



Proposition de projet introduite par le Centre Hospitalier Jean Titeca dans le cadre de l'implémentation de l'article 107 de la loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins

Ce dossier de candidature est le fruit de la « fusion » des projets initialement développés par le Centre Hospitalier Jean Titeca et les Cliniques Universitaires Saint-Luc.

1. Explication sur la vision du projet

Comme nous en témoignons plus loin, la pratique du travail en réseau sur la région bruxelloise est déjà ancienne et les collaborations entre secteurs y sont quotidiennes. Le réseau ambulatoire bruxellois est tout particulièrement riche en initiatives, aux fonctions et orientations très diversifiées constituant ainsi un tramage particulièrement dense au sein de la cité tout en assurant de par cette diversité la relative assurance de pouvoir rencontrer les besoins spécifiques de chaque usager. Il ne s'agit donc pas ici d'initier des pratiques de réseau ou de développer l'ambulatoire mais bien de poursuivre leur mise au travail via une nouvelle aventure et selon des modalités complémentaires et originales introduites par les projets articles 107 (notamment les interventions mobiles et l'accent mis sur le maintien à domicile). Processus de longue haleine dont les objectifs restent notamment :

- D'assurer une **accessibilité à des soins individualisés de qualité** et de soutenir une insertion sociale, citoyenne des usagers et notamment pour des populations particulièrement précarisées (patients présentant des troubles « chroniques » nécessitant la coexistence et/ou l'articulation de plusieurs types de soins et d'accompagnements sur des périodes souvent longues et pour lesquels les réponses traditionnelles du secteur restent souvent peu opérantes ou se sont montrées défailtantes à certains moments-clefs...) quant à cette accessibilité ou en phase aiguë.

- De développer la **prise en compte de l'environnement** (proches, habitat, tissu socio-culturel et économique local,...) de l'usager dans l'élaboration de ses soins et de son accompagnement.
- De développer des modalités d'intervention et des dispositifs originaux non stigmatisants, à même de soutenir l'intégration sociale, citoyenne de l'usager et par ce biais contribuer sa santé.
- De **soutenir et développer des pratiques locales et de réseau** à même de rencontrer les besoins de la population et notamment ici de favoriser le maintien des usagers dans la cité, la communauté et notamment à leur domicile;
- De **contribuer à la concertation des différents acteurs** (usagers, proches, professionnels de la santé mentale, professionnels de la santé, professionnels hors santé, associations ...) au niveau de l'organisation de nos dispositifs, de nos collaborations...
- De **développer l'inscription de l'usager au sein et au centre de la concertation** entre les acteurs engagés à ses côtés comme partenaire à part entière dans l'élaboration des services dont il bénéficie.
- ...

2. Groupe cible

Le groupe cible est constitué de l'ensemble de la population adulte, à partir de 16 ans.

Néanmoins, afin de rencontrer certains impératifs méthodologiques, nous avons distingué une zone générale et une zone expérimentale prioritaire, elle-même divisée en plusieurs zones locales. Cet aspect est développé au point 4.

Il nous semble également important de cibler l'une ou l'autre population prioritaire parmi celles qui ont le plus de difficultés à accéder à des soins de qualité sur mesure. Nous souhaitons ainsi nous focaliser dans un premier temps sur les usagers vivant des situations complexes, qu'elles soient chroniques ou non.

***Argument.** Initialement, le promoteur du projet désirait spécifiquement centrer celui-ci sur les situations sous médico-légales de la Région de Bruxelles Capitale, ceci afin d'améliorer l'accessibilité aux soins, la continuité de ceux-ci et l'insertion sociale de cette population. Ces situations médico-légales sont associées à un défaut de l'accès aux soins, à une difficulté accrue d'assurer la continuité de ceux-ci, tout comme l'assertivité des patients... Ce qui amènera éventuellement à ce que des actes dommageables soient éventuellement posés et/ou pressentis.*

Classiquement, la littérature scientifique met bien en évidence que ces patients médico-légaux présentent des caractéristiques associées à un moins bon pronostic, plus d'hospitalisations et de réhospitalisations (29,23,24,33), le plus souvent sous contrainte légale (4, 26, 25, 7, 3, 15, 4), des durées d'hospitalisations plus importantes (9,23), des ruptures de suivis,.... Or, le CHJT, promoteur du projet, occupe une place à part au sein du réseau bruxellois en étant tout particulièrement reconnu pour son engagement clinique auprès de ces populations « difficiles ».

La problématique de l'augmentation des mises en observation sur Bruxelles (11,32,14,21) associée à la diminution du nombre des services agréés¹, de même que la frilosité persistante d'un grand nombre d'acteurs de la santé mentale à prendre en charge des populations médico-légales (PPMM, Défense sociale, ForK) ont contribué à ce que les conditions

¹ Les acteurs engagés auprès des patients PPMM ne peuvent que s'alarmer de voir des services psychiatriques en hopitaux généraux ne pas renouveler leur agrément pour ces patients. Ce fut le cas des Cliniques Universitaires St Luc il y a maintenant quelques années suivi plus récemment par la Clinique Générale St Jean. L'accueil des patients PPMM déjà tout particulièrement difficile avec l'augmentation du recours à la procédure d'urgence ne fait que se complexifier encore avec notamment comme conséquence, le débordement des capacités d'accueil et de prise en charge de structures maintenant leur agrément. Ces structures verront sans aucun doute leur proportion de patients hospitalisés sous contrainte légale encore augmenter. Cela n'est pas sans conséquence... S'il est important que le réseau de soins maintienne des places en suffisance, nous devons également rester vigilants quant au maintien de la diversité de ces dispositifs d'accueil et d'accompagnement des patients PPMM. A titre d'exemple, les possibilités offertes dans les SPHG quant à une prise en charge simultanée des aspects somatiques (et notamment dans la perspective de certains diagnostics différentiels ou de la prise en charge de comorbidités spécifiques) restent bien supérieures aux possibilités offertes dans les HP.

d'accueil et d'accompagnement de ces populations se dégradent de manière importante et ce malgré des initiatives extrêmement porteuses dans le secteur (service d'outreaching ForK, service d'outreaching Défense sociale, ...). A l'occasion des différents groupes de travail menés dans le cadre de l'examen des pistes d'amélioration des collaborations sur le Réseau Bruxellois autour des situations médico-légales, il est rapidement apparu que ces pistes étaient susceptibles de bénéficier à tous les usagers. D'autre part, les actions de prévention nécessitaient que les interventions dépassent le strict groupe cible précédemment défini. En conséquence, le groupe cible initial relativement restreint a été élargi.

3. Objectifs

Description de l'objectif de l'offre de soins et des résultats attendus

Améliorer l'accessibilité aux soins, leur continuité, l'insertion sociale et le bien-être des usagers. L'idée de « rétablissement » correspond parfaitement à cet objectif, étant entendu que s'il s'agit de chercher à maintenir le plus possible les usagers dans la communauté, il ne s'agit pas ici de chercher une "guérison" vue comme une absence de symptômes. Il s'agit plutôt de soutenir les usagers dans la création d'un équilibre personnel qui repose de plus en plus sur des ressources hors-psychiatrie.

Une attention plus spécifique est portée envers des sous-groupes classiquement associés à un défaut de l'accès aux soins et aux accompagnements adaptés ainsi qu'à une difficulté accrue d'assurer la continuité de ceux-ci. Ces situations sont délétères à de nombreux niveaux (santé mentale, inscription familiale, sociale, professionnelle, santé physique, relations interpersonnelles,...) et s'accompagnent d'une dégradation du pronostic.

Ainsi, à titre d'exemple, cela mènera éventuellement à ce que des actes dommageables soient parfois posés et/ou craints. La contrainte aux soins risque ainsi de surgir là où il s'agissait tout d'abord d'une difficulté d'accès à des soins et à des accompagnements ainsi qu'à la continuité de ceux-ci. Classiquement, l'on retrouve dans la littérature que ces patients sous statut médico-légal présentent des caractéristiques associées à un moins bon pronostic (plus d'hospitalisations et de ré-hospitalisations (29,23,24,33) notamment sous contrainte (4, 26, 25, 7, 3, 15, 4), des durées d'hospitalisation plus importantes (9,23), des ruptures de suivis,...

Parmi les résultats escomptés, nous espérons avoir une action:

- Préventive sur le recours aux services d'urgences.
- Préventive sur les demandes de mise en observation et les réintégrations.
- Sur le développement des possibilités d'alternatives à l'hospitalisation et notamment aux hospitalisations sous contrainte légale. Transformer la contrainte en soins volontaires hospitaliers ou non (3,4, 7,11,14,25,26,32) et renforcer l'alliance thérapeutique afin d'améliorer le pronostic.
- Sur la diminution du nombre de demandes d'expertise dans le cadre de la loi du 26 juin 1990. Or celles-ci sont en augmentation très problématique depuis de nombreuses années (11,32,14,21)
- Préventive sur les hospitalisations.
- Sur les durées d'hospitalisation et la fréquence des réhospitalisations.
- Préventive sur les risques de séjour de très longue durée.
- Sur l'inscription-la réinscription du patient en position d'acteur-sujet de ses soins dans le respect de ses droits et dans le souci de l'amélioration de:
 - son intégration familiale, sociale, culturelle et économique,
 - son inscription auprès des initiatives de l'ambulatoire.

- Sur la restauration des relations entre l'utilisateur et son environnement proche. Cela concerne tant les membres de la famille du patient, ses proches ou les professionnels des structures accueillant le patient que son inscription dans la cité, la vie associative ou professionnelle... Avec une attention spécifique pour les ruptures avec la famille qui sont malheureusement particulièrement délétères quant au parcours à venir pour l'utilisateur (3, 4, 6, 15, 25, 26, 30, 32).
- Sur un renforcement des partenariats existants et le développement d'initiatives originales à même de rencontrer les besoins spécifiques de la population (équipes mobiles notamment).
- ...

Comment ces objectifs sont-ils opérationnalisés?

Des pistes novatrices diverses ont été dégagées lors de nos différentes rencontres. Il reste au groupe de travail à prioriser celles-ci et à les opérationnaliser, notamment par le biais de procédures, de conventions, d'outils, de dispositifs... Ce travail s'opérera sur les premiers mois de l'année 2011.

Pratiquement, il s'agira de :

- Mettre en place des nouveaux outils cliniques :
 - Une **équipe mobile** d'accompagnement des **situations chroniques et/ou complexes**.
 - Une fonction de **case-management** et de relais vers l'ambulatoire au niveau du **service des urgences** des C.U. Saint Luc, amorce d'une future équipe mobile de crise et le développement d'une **consultation à la demande de tiers**.
- Poursuivre de manière structurée une élaboration collective selon les méthodes développées au point 6 afin d'arriver à :
 - Un ensemble de **procédures** de collaboration et de **concertation autour des situations cliniques**.
 - Des **outils communs** de circulation d'information et d'**identification des besoins**.

4. Délimitation du domaine d'activité géographique

Au vu des spécificités du travail clinique et en réseau sur la Région et de la nature même de la réforme soutenue par les projets 107, **la délimitation géographique doit être ici envisagée à trois niveaux, soit une zone générale et en son sein une zone expérimentale prioritaire, elle-même subdivisée en plusieurs zones locales**. Ceci afin de rencontrer notamment les impératifs méthodologiques de la **phase exploratoire du projet**.

En effet, les dynamiques locales, de quartiers au sein de la zone plus vaste des 19 communes gardent une importance fondamentale, que cela soit au niveau des collaborations cliniques ou des initiatives visant le maintien des usagers à leur domicile. D'autre part, le développement d'aspects novateurs comme les équipes mobiles, nécessite de circonscrire plus précisément une zone limitée (zone d'intervention de ces équipes) afin de ne pas perdre les effets escomptés par une dilution des moyens sur les 19 communes avec entre autres pour conséquence une diminution importante des actes pouvant être posés auprès du patient (maîtrise du rapport entre temps de transport et temps d'intervention).

4.1. Trois zones de travail

- **La Région de Bruxelles-Capitale constitue la zone générale retenue (1.200.000 habitants).**

Au vu des partenariats cliniques indispensables dans la construction de l'accompagnement et de la réinsertion des patients rencontrés par les partenaires, il a rapidement été évident que la zone ne pouvait être « découpée » selon la modélisation d'origine (zone définie par 300.000 habitants). Il faut y voir les effets :

- des spécificités du travail clinique sur Bruxelles (répartition des acteurs sur la Région), dont le travail en réseau est déjà ancien,
- d'une spécialisation accrue de certains acteurs,
- de la réalité de la dynamique urbaine.

La Région de par sa situation centrale et de par sa concentration en une série d'initiatives originales ou renommées fonctionne tel « un aimant » quant à son offre de soins et d'accompagnement. Sans même évoquer ici le pouvoir d'attraction opérant par toute capitale, il nous faut également insister sur le nombre non négligeable de prises en charge concernant des personnes résidants sur d'autres régions. Parallèlement, des liens et des partenariats déjà anciens existent avec des initiatives en soins et en accompagnement (dans et hors secteur de la santé mentale) sur l'ensemble de la Belgique. Bien que cela ne fasse pas à proprement parlé du projet, ce point nécessite une attention spécifique.

- **La Zone “Bruxelles-Est” (250.000 habitants)**

Cette zone de travail nous semble adéquate quant à la perspective du développement des équipes mobiles. Elle encadrera également la réflexion autour de l'opérationnalisation de la fonction de réhabilitation psycho-sociale.

- **Les 4 territoires locaux (+/- 60.000 habitants)**

Ce dernier cadre de travail est le cadre de travail qui permettra d'impliquer non seulement les acteurs de la santé mentale les plus proches du milieu de vie des personnes – les services de santé mentale – mais également tous les acteurs de la première ligne généraliste et de secteurs connexes (secteur social, secteur handicap, etc.). Ce niveau de territoire doit permettre d'identifier toutes les ressources du territoires en ce compris les ressources « hors-psychiatrie ».

Précision de la division territoriale des deux derniers niveaux (carte en annexe) :

Territoire Bruxelles-Est	Quartiers 23à28 et 78à100 (*)	Saint-Josse, Schaerbeek, Evere, Bruxelles-Ville (Haren), Woluwé-Saint-Pierre, Woluwé-Saint-Lambert , Auderghem.	250 727 habitants
Sous-territoire n°1	Quartiers 23à27	Saint-Josse (sauf Gare du Nord) et une partie de Schaerbeek.	69 808 habitants
Sous-territoire n°2	Quartiers 78à85	Schaerbeek, Evere et une partie de Bruxelles-Ville (Haren)	58 177 habitants
Sous-territoire n°3	Quartiers 28 et 86à91	Woluwé-Saint-Lambert et une partie de Schaerbeek	63 340 habitants
Sous-territoire n°4	Quartiers 92à100	Woluwé-Saint-Pierre, une partie de Woluwé-Saint-Lambert et d'Auderghem	59 402 habitants

(*) voir point 4.2. et la division en quartiers réalisée dans le cadre du « Monitoring des Quartiers ».

4.2. La détermination des trois zones de travail

Les zones de travail telles que définies ci-dessus sont susceptibles d'évoluer en fonction du travail d'élaboration collective qui se poursuivra dans la suite du projet.

Il est toutefois important de préciser les points de référence qui ont permis de fixer cette première division territoriale. Cette division a été **élaborée à partir de la division de Bruxelles en quartiers proposée par l'Institut Bruxellois de Statistiques et d'Analyse (IBSA) dans le cadre du projet "Monitoring des Quartiers"**². Ces quartiers qui ont été conçus comme des entités d'observation urbaine, permettant une lecture fine et aisée du territoire régional à une échelle infra-communale. L'objectif du Monitoring est de mettre à disposition une sélection d'indicateurs caractérisant les dynamiques et les disparités territoriales au sein de la Région de Bruxelles-Capitale. Des cartes, des tableaux et des graphiques illustrent l'état des quartiers selon différentes thématiques : la démographie, l'économie, le logement, le cadre de vie, ...

Ces quartiers sont constitués d'un ensemble de secteurs statistiques sociologiquement homogènes, déterminé selon une série de critères élaborés par un consortium interuniversitaire. Ces quartiers ne correspondent pas nécessairement au découpage communal.

En prenant comme base cette division en quartiers, **nous disposons donc de ressources importantes pour mieux connaître les caractéristiques de la population** desservie par nos institutions.

5. Description de la nouvelle structure

5.1 Composition du réseau

Le projet regroupe 65 initiatives en soins et accompagnement.

SSM et CSM	11	À ces 52 structures s'ajoutent les 13 partenaires suivants: le Réseau Bruxelles Est, Similes, la Centrale des Services à Domicile, le Centre Médical ENADEN, le CATS (Centre d'Accueil et de Traitement du Solbosch), Eole, Eole-Liens, Babel, trACTor, Psytoyens, la Maison Médicale du Nord, la Fédération des Associations des Médecins Généralistes de Bruxelles, le CPAS de Woluwe-Saint-Lambert.
SPAD	2	
Rehab. Psycho. Soc.	12	
MSP	4	
IHP	12	
Hôpitaux	11	
		Parmi ces 65 partenaires, 9 initiatives désirent être tenues informées des avancées du projet:
	13	FAMGB (Fédération des Associations des Médecins Généralistes de Bruxelles), trACTor, la Maison Médicale du Nord, le CPAS de Woluwe-Saint-Lambert, Zorgcoördinator CGGZ Brussel, Hôpital Saint Pierre, le Centre de Guidance d'Ixelles, SSM le Chien Vert, Psytoyens.
Total	65	

Ces partenaires – qui sont présents sur l'ensemble des 19 communes bruxelloises – s'impliqueront de manière différenciée en fonction de leur présence ou non dans la zone expérimentale. Ces différents niveaux d'implication seront à préciser dans les premiers temps de la mise en œuvre du projet.

Si le nombre de partenaires rassemblés autour du projet semble important, il n'est pas pour autant le strict reflet de la réalité du travail clinique quotidien du réseau. Début juin, le CHJT a très rapidement listé les institutions et initiatives en soins et accompagnement avec lesquelles il opère régulièrement. 117

² <http://www.monitoringdesquartiers.irisnet.be/>

initiatives³ ont ainsi été identifiées comme engagées dans des collaborations cliniques et ce en excluant nos nombreuses collaborations en dehors de la région bruxelloise. Cela témoigne:

- de l'importance, de l'ancienneté et de l'actualité de la pratique du travail en réseau sur la région bruxelloise;
- de la richesse des ressources présentes sur la zone;
- de l'importance de la diversité des initiatives, pour rencontrer les besoins spécifiques de chaque usager.

Usagers et proches comme partenaires

Une représentation et un partenariat actif avec les usagers et leurs proches (via Psytoyens, Similes, le collectif du CHJT) ont débuté durant la phase préparatoire du dossier de candidature et trouveront dans le développement du projet de nouvelles formes. Voici les initiatives déjà entreprises en vue de rencontrer cet objectif d'associer usagers et proches au projet.

- Le CHJT, promoteur du projet, a sollicité l'avis des usagers via son collectif. **Le collectif des usagers du CHJT** a reçu pour mission de la direction du CHJT de s'informer des projets de réforme de la psychiatrie. Les usagers ont ainsi été invités à travailler plus spécifiquement les fonctions 1, 2 et 4 lors de leurs réunions des 22, 29 juin, 6, 13 juillet et 21 septembre.
- Le CHJT, promoteur du projet, est heureux de pouvoir compter **Similes** parmi les partenaires engagés dès le mois de juin 2010, participation particulièrement active et enrichissante.

Au sujet des proches. Beaucoup de familles sont tout particulièrement exposées et ont souvent dû endurer des situations particulièrement difficiles. Elles sont ainsi souvent amenées à prendre de la distance au fil des crises et des hospitalisations afin de se protéger. D'autre part, c'est parfois le patient qui a « définitivement » rompu les liens avec son milieu d'origine. Nous avons à renforcer et à co-construire un important travail d'accueil, d'écoute, de soutien et d'orientation des familles. Les milieux thérapeutiques ont visiblement du mal à trouver la juste mesure entre le respect de leurs engagements auprès du patient (loi sur les droits du patient, règle de confidentialité, idéologies véhiculées dans certains courants thérapeutiques...) et la nécessité d'offrir aux familles des réponses et un accompagnement dignes de ce nom. Car même dans la perspective où un patient refuse tout travail, tout contact avec sa famille et tout échange d'information, il nous semble important que celle-ci puisse être entendue et orientée vers des lieux de soutien et d'information. Un des objectifs réside donc notamment dans la tentative de réinscrire un partenariat viable et constructif entre le patient, sa famille et les professionnels concernés. Soutenir l'implication des proches auprès du patient, leur information quant à la maladie, aux symptômes, aux traitements et ressources diverses sont des éléments reconnus (3, 4, 6, 7, 15, 26, 30, 37) comme des facteurs associés à l'amélioration du follow-up de l'usager, de son insertion sociale et de son accès aux soins.

- Les partenaires du projet ont acté dès leur première réunion plénière leur souhait de voir associés les usagers, leurs représentations ainsi que les proches et leurs représentations au développement du projet et à sa réalisation. Cela a notamment pris la forme d'un **courrier commun en date du 7 juillet 2010 à l'attention de la PFCSM régionale.**

Où l'on peut notamment lire: «... *Le CHJT sollicite l'avis, les réflexions et l'expertise des patients à partir de la modélisation qui a été proposée pour penser les projets article 107 et ce via le collectif des usagers du CHJT. D'autres expériences similaires nous laissent à penser que les fruits de cette initiative nous surprendront sans doute encore une fois par la pertinence de leur propos. C'est pourquoi nous souhaiterions que dans le cadre des projets article 107, la PFCSM soutienne des initiatives similaires et l'implication des associations d'usagers et proches, notamment auprès des divers initiateurs de projets...* »

- Dans les phases ultérieures du projet, les initiatives partenaires seront sollicitées afin de développer cette participation à la réalisation du projet. **Des acteurs et initiatives en place sur la Région bruxelloise seront plus spécifiquement sollicités**, notamment afin de s'inscrire comme partenaires et de collaborer directement à la construction ou à l'intensification de collaborations locales.
- La place de l'usager, des services du réseau et de ses proches trouveront un développement spécifique dans **l'organisation de la collaboration clinique**, que cela soit via les interventions à domicile, le

³ 19 SSM, 5 maisons médicales, 4 SPAD, 16 initiatives en réhabilitation, 12 homes, 11 IHP, 14 hôpitaux et 36 autres initiatives partenaires dans et hors soins de la santé mentale.

projet de soutenir les initiatives de type « entretien à la demande d'un tiers », les réunions cliniques associant usagers, professionnels et proches autour du plan de services individualisés...

- Enfin, plus récemment, l'**asbl PSYTOYENS** a formulé le souhait de rejoindre les acteurs du projet afin d'y inscrire la réflexion et la participation des associations d'usagers.
- Les recommandations formulées notamment à l'occasion du 15 octobre à Liège « **Réforme des soins en santé mentale: Participation des Usagers et des Proches** » alimenteront les suites du travail (39).

Partenaires hors santé mentale et hors soins.

Un des grands enjeux du travail en réseau est de penser les différents niveaux d'organisation/d'implication et donc également de circulation d'information entre les acteurs des soins de santé mentale (HP, SPHG, IHP, MSP, CRF,SSM,...), les acteurs de santé généralistes (MM, MG, SISD,...) et les acteurs des secteurs connexes (secteur social, justice, handicap, culturel,...).

Nous avons contacté une série d'acteurs de ces secteurs mais nous n'avons pas cherché à les impliquer plus avant dans un premier temps. Nous les recontacterons dans la perspective de développer un travail d'élaboration collective au niveau des territoires locaux comme développé au point 5.2.

Partenaire universitaire.

L'Institut de Recherche Santé et Société (IRSS) de l'UCL est associé au projet. D'une manière générale, l'IRSS souhaite offrir un cadre novateur aux chercheurs intéressés par le développement d'activités de recherche qui visent à mieux comprendre les déterminants de la santé, les services et systèmes de santé et les interactions complexes qui les relient à la santé des individus et des populations. Dans ce cadre-ci, il se mettra au service du projet pour offrir des ressources méthodologiques.

Fonctions assurées par les partenaires du projet

Parmi ces 65 initiatives:

- 22 ont une action principale sur F1;
- 6 ont une action principale sur F2;
- 18 ont une action principale sur F3;
- 13 ont une action principale sur F4;
- 18 ont une action principale sur F5.

L'ensemble des 5 fonctions reprises dans la modélisation des projets 107 est représenté. Quelques partenaires ne sont pas repris à proprement parlé dans la modélisation d'origine car situés hors soins de santé mentale au sens strict (CPAS, Centrale des Services à Domicile, ...). Afin de donner une lisibilité de ces différents acteurs, trois documents sont annexés :

- La **liste des partenaires** (identification, coordonnées, personne de contact).
- Une **cartographie sommaire des partenaires avec leurs fonctions principales et complémentaires.**
- La **déclaration d'action propre à chaque partenaire.**

Très rapidement, les partenaires ont désiré **assouplir la modélisation d'origine des projets 107 quant à la définition des fonctions**. Il nous semble en effet important de **faire apparaître des fonctions**

complémentaires partiellement assurées par les initiatives à côté de leur(s) mission(s) principale(s) (fonctions telles que décrites dans la modélisation d'origine des projets 107).

En effet, la grande majorité des initiatives en santé mentale s'inscrivent simultanément et à des degrés divers dans différentes fonctions. Ainsi, à titre d'exemple, le CHJT qui dans le modèle proposé se situe en « F4 » intervient également partiellement sur d'autres fonctions, notamment « F2 » et « F3 » via les services d'outreaching pour les adolescents et les patients sous le statut de défense sociale. Ainsi, il serait particulièrement dommageable que les partenaires ne se déclarent que dans une et une seule fonction. Cela aurait des conséquences néfastes dont notamment le fait d'entériner une vision par trop simpliste et réductrice tant du travail en réseau que du travail des acteurs qui le composent. Chaque partenaire a donc été invité à mentionner la ou les fonction(s) principale(s) assurée(s) ainsi que la ou les fonction(s) complémentaire(s) ou partiellement assurée(s) mais en les faisant clairement apparaître comme telles. L'idée étant de mentionner ces différents champs d'activités (principaux comme complémentaires) et de tendre ainsi à mieux rendre compte de la complexité et de la réalité du terrain tout en utilisant la modélisation proposée. D'autre part, les partenaires ont été invités à accompagner de commentaires leur inscription dans ces fonctions tout comme à faire apparaître des fonctions qui « débordent » éventuellement la modélisation proposée.

5.2 Répartition des tâches au sein du réseau

Le grand nombre de partenaires impliqués, des cultures et des pratiques de travail en réseau extrêmement diversifiées et déjà anciennes sur une zone importante constituent tout à la fois une chance, en terme de ressources et d'expériences, mais aussi une source de difficultés. Ainsi, les temps de concertation nécessaires pour dégager les points forts et les faiblesses de nos pratiques ou dispositifs nécessitent plus de temps que celui qui nous a été donné de mettre à profit lors de cette phase de préparation du dossier de candidature. Ainsi, si le travail est largement entamé et que des pistes novatrices diverses ont été dégagées, il reste au groupe de travail à prioriser celles-ci et à les opérationnaliser, notamment par le biais de procédures et conventions, d'outils... Cela fait partie des tâches figurant au planning.

Néanmoins, une première phase indispensable visant à faire un état des lieux quant aux différentes fonctions assurées sur la Région a pu être menée. Des problématiques centrales et des pistes novatrices ont ainsi pu être dégagées. Les partenaires du projet se sont particulièrement concentrés sur **les modalités de fonctionnement des acteurs en place pour tenter d'améliorer structurellement les partenariats au sein du réseau et ainsi de mieux rencontrer les besoins des usagers**. Afin de soutenir cette réflexion, ont notamment été organisées⁴:

- Cinq réunions dont chacune d'entre elles était consacrée à une des fonctions développées dans la modélisation d'origine avec les acteurs en place sur celles-ci.
- Une journée d'ateliers exclusivement consacrée à l'examen des articulations entre les diverses fonctions sur la Région.

A partir de ce premier travail d'élaboration collective mené depuis plusieurs mois, deux types d'actions vont être menées dès les premiers temps du projet. Il s'agit de :

- La mise sur pied de **nouveaux dispositifs cliniques**, à savoir une équipe mobile d'accompagnement à domicile de patients présentant des situations complexes et/ou chroniques d'une part, et d'autre part le

⁴Ce travail se poursuit avec notamment des demandes adressées à des projets thérapeutiques INAMI 2006-2007 (tels Aencrages, ABC, AMC...) pour que ceux-ci nous adressent le fruit de leur expérience autour de ces questions.

développement de ponts entre l'Unité de Crise des Cliniques Universitaires Saint-Luc, les services de santé mentale du territoire de Bruxelles-Est et l'ensemble de l'ambulatoire à travers la mise sur pied d'une fonction de case-management.

- La poursuite et **la structuration du travail d'élaboration collective entre les partenaires**, avec une focalisation sur la zone d'action prioritaire, afin de dégager des procédures de travail en réseau globales dans lesquelles s'intégreront les nouveaux dispositifs cliniques précités.

Les pistes succinctement reprises plus loin constituent un **échantillon des propositions que les partenaires du projet ont émises lors de ces rencontres**. Ces différentes pistes seront mises au travail dans le cadre de ce travail d'élaboration collective.

5.2.1. Les nouveaux dispositifs cliniques.

Que cela soit au sein du projet ou au niveau des acteurs présents sur la Région, les fonctions 1, 3, 4, 5 si elles connaissent des difficultés spécifiques à leur secteur ou un problème général d'engorgement, ces fonctions restent bien représentées.

Il en va par contre différemment de la 2ème fonction telle que développée dans la modélisation des projets 107.

Volet accompagnement à domicile de patients chroniques

Certains SSM, SPAD, services hors soins de la santé mentale (CSD par exemple), services d'outreaching et ponctuellement une série d'autres acteurs interviennent régulièrement à domicile dans l'accompagnement de patients chroniques pouvant notamment par ce biais être maintenus chez eux. Parmi les partenaires du projet, trACTor assure spécifiquement des interventions spécialisées à domicile (sur la commune d'Ixelles) et en réseau auprès d'une population de personnes (case load: 30 patients) présentant des troubles chroniques particulièrement proches du modèle proposé dans le cadre des projets 107.

Au vu des dynamiques identifiées avec les différents partenaires lors des rencontres du mois de septembre et des rencontres plus spécifiques avec les acteurs engagés sur cette fonction, les **moyens hospitaliers dégagés du gel de lits devraient être réalloués pour développer une initiative de ce type**.

Certains des éléments nous ayant amenés à ce choix stratégique peuvent être retrouvés dans le chapitre traitant des « Pistes d'amélioration dégagées lors des concertations » (voire 5.2.2., point C).

La mise en place de cette initiative devra se construire avec les partenaires notamment engagés sur cette fonction et/ou les partenaires engagés sur la zone géographique restreinte et expérimentale retenue sur laquelle se déploiera cette équipe. Il semble en effet illusoire de considérer que l'équipe de suivi à domicile de patients chroniques constituée à partir de la réallocation de 30 lits T puisse intervenir sur l'ensemble de la Région. La place et l'expertise des SPAD, de « trACTor », des SSM, du CSD,... seront plus spécifiquement sollicitées dans cette construction.

Le développement de ce volet du projet figure au planning.

Volet interventions de crise

Sans pouvoir bénéficier d'autant de ressources que pour la partie accompagnement à domicile de patients chroniques, une « amorce » d'équipe mobile sera mise en place au niveau de l'Unité de Crise et d'Urgences Psychiatriques des Cliniques Universitaires Saint-Luc.

L'objectif n'est pas encore de pouvoir se déplacer en urgence suite à des appels, mais de pouvoir travailler le lien avec le réseau à partir des situations qui arrivent à l'unité de crise. Il s'agit de créer des ponts entre les

services de santé mentale, les intervenants de première ligne, les autres structures ambulatoires et le service des urgences. Il s'agit donc bien d'une amorce permettant le développement future d'une réelle équipe mobile pour les interventions de crise.

Pratiquement, cela impliquera :

- **Le développement d'une fonction de case-management.** Il s'agit ici de mobiliser les ressources du territoire, de **faire le lien avec les structures ambulatoires et avec le réseau social de la personne.** Cela implique déjà une mobilité importante, même si les restrictions budgétaires imposent de travailler uniquement avec les personnes qui arrivent jusqu'aux urgences.
Ce travail impliquera également un travail préalable de développement des liens entre ambulatoire et hospitalier et de réflexion sur les procédures concrètes permettant d'assurer une orientation adéquate des situations. On peut ainsi imaginer, même si cela suppose encore un travail d'élaboration, une **présence effective mais limitée de membres d'équipes ambulatoires au niveau du service des urgences** afin de construire ces procédures concrètes.
Ce développement de liens et de réflexions sur les procédures trouvera un écho dans le travail d'élaboration collective décrit au point suivant.
- **Le renforcement de la fonction psychiatrique.** Ce renforcement est d'abord une nécessité pour assumer l'augmentation des demandes au niveau du service qui ne manquera pas de résulter de la mise en place du dispositif. Mais l'objectif du renforcement de la fonction psychiatrique sera également de développer ce qui semble un enjeu important dans les situations de crise : les consultations à la demande d'un tiers, c'est-à-dire à la demande de la famille essentiellement et plus largement de l'entourage de la personne concernée, ce qui impliquera plus que probablement également de la mobilité et bien entendu, un cadre éthique rigoureux.

5.2.2. Le poursuite et la structuration du travail d'élaboration collective.

Cette partie de travail sera menée au départ du "groupes de travail stratégique" en collaboration avec d'autres partenaires hors santé mentale. L'objectif est de construire de manière collective un ensemble de **procédures** de collaboration et de **concertation autour des situations cliniques** ainsi que des **outils communs** de circulation d'information et d'**identification des besoins**.

A/ La mise en commun des pratiques et des ressources

Cette étape est une des plus importantes du projet. Comme mentionné plus haut, elle constituera la base qui, partagée par tous, permettra de négocier des procédures de coordination réellement adaptées aux besoins des usagers. Afin de ne pas mélanger vécu des usagers et réalités institutionnelles des services, nous développerons en parallèle deux types de méthodologie.

Le premier niveau s'attaquera à une évaluation collective des **difficultés et des expériences positives vécues par les usagers** dans le cadre de leurs contacts avec les services d'aide et de soins en santé mentale. Il s'agit ici d'essayer de faire une évaluation centrée sur les besoins des usagers (ou du moins sur ce que les professionnels de la santé pensent être les besoins des usagers).

Le deuxième niveau d'analyse se centrera sur **l'évaluation des ressources des services de soins et leur niveau d'interaction avec d'autres services** du secteur ou de secteurs connexes.

L'inter-connaissance entre partenaires est un objectif sous-jacent de l'ensemble du processus. Il s'agira non seulement d'apprendre à comprendre comment d'autres services pensent leur travail mais aussi de se créer des possibilités d'observer concrètement le travail les uns des autres.

Nous savons que l'inter-connaissance entre services est largement développée à Bruxelles – et plus particulièrement sur le territoire de Bruxelles-Est puisqu'un réseau Cocof y est déjà actif –, mais il nous semble important d'aborder ce travail en se laissant la possibilité d'être surpris par l'autre, ce qui ne manquera pas d'arriver.

– Cadre territorial et participants

Le travail de mise en commun des pratiques et des ressources doit se faire à partir de la division territoriale la plus proche du milieu de vie. Les 4 sous-territoires définis au point 2.4. sont ainsi le cadre tout indiqué.

Pour ce travail, il nous faudra également élargir les participants. Au-delà des acteurs du secteur de la santé mentale, hospitaliers et ambulatoires, nous allons convier toutes les structures d'accompagnement actives sur le territoire : première ligne généraliste, secteur handicap, services sociaux, secteurs associatif, culturel, etc. Ces différentes structures sont non seulement des acteurs qui connaissent et accompagnent au quotidien les usagers mais ils connaissent également le mieux les ressources, parfois improbables, du territoire.

Les associations d'usagers et les groupes d'entraide seront invités à participer à ce processus et ce pour deux raisons. La première est que, en offrant un espace d'entraide entre pairs, ils sont aussi des acteurs de l'aide et des soins. La deuxième raison est plus méthodologique : leur présence soutiendra l'orientation de la réflexion vers l'expérience vécue par les usagers.

– Difficultés et expériences positives vécues par les patients

La qualité de résultats de cette partie du travail dépendra de l'utilisation d'une méthodologie d'animation structurée et structurante. Il s'agit d'offrir un cadre qui permette à toutes les structures de soins/d'accompagnement de s'exprimer sur un pied d'égalité et soutienne les participants dans une réflexion centrée sur le vécu des usagers.

Il existe quantité de méthodes susceptibles de nous soutenir dans cette tâche : la méthode d'analyse en groupe, l'arbre à problèmes, le focus-group, l'entretien collectif, etc. (40, 41, 42)

A ce stade, il est important également de signaler que ce travail, s'il constitue une analyse ponctuelle au début du projet, devrait pouvoir déboucher sur des instruments collectifs d'évaluation des besoins qui vont structurer de manière continue le travail en réseau. Nous pouvons déjà à ce stade préciser les principaux questionnements qui structureront ce travail d'analyse collective.

- **Définir notre public prioritaire.** C'est la première étape du travail. Il s'agit ici de donner corps pratiquement à ce que nous entendons par « usagers vivant des situations complexes ». Il nous faut exprimer le plus concrètement possible quelles sont **les difficultés médicales, psychologiques et sociales auxquelles sont confrontées ces personnes** en évitant les grandes catégories que chaque profession/service utilise de manière différente.
- **Mettre en évidence, à partir du travail de terrain, les problèmes rencontrés par les usagers dans leur sollicitation des services** de soins et d'accompagnement en santé mentale, que ce soit dans un cadre de suivi quotidien ou en situation de crise. Il s'agit ici de pointer les situations qui ne trouvent pas de réponse satisfaisante avec l'organisation actuelle des services psycho-médico-sociaux. Cette partie du questionnement implique de rester centré

sur les problèmes liés à l'organisation du système de santé et non liés au vécu personnel des usagers.

- A l'inverse du point précédent, il s'agit ici de mettre en évidence, à partir du travail de terrain, **les expériences positives en terme de continuité des soins et d'inscription sociale** des personnes. Cette partie du questionnement implique de rester centré sur l'objectif global de l'organisation des soins globaux (accessibilité, continuité des soins, soins sur mesure, insertion sociale) et non sur les objectifs particuliers de l'une ou l'autre modalité de soins.

– Particularité des structures et état des collaborations.

Cette partie du travail d'analyse se centrera moins sur le point de vue subjectif des professionnels de la santé à propos de la situation des usagers qu'ils accompagnent que sur une objectivation des ressources institutionnelles en présence dans le cadre territorial que nous avons défini.

Il s'agit, d'une part, de préciser **les caractéristiques des structures** actives dans le secteur de la santé mentale et dans les secteurs connexes (type de public, conditions d'accès, reconnaissance légale, pouvoir subsidiant, références cliniques et type de personnel, etc.) et d'autre part d'analyser **les types de rapport que ces structures ont les unes avec les autres** (rapports structurés ou informels, envoi d'usagers, etc.). Cette partie du travail sera aussi l'occasion d'aller concrètement à la rencontre du travail quotidien des partenaires du projet.

Un des outils importants de cette partie du travail sera **l'application d'instruments et d'indicateurs de l'analyse en réseaux (Social Network Analysis – SNA)** (43, 44, 45, 46, 47, 48) à l'analyse des partenariats inter-services de soins et à l'analyse des trajectoires réelles des patients au sein de ces réseaux. La méthode SNA est bien connue dans le domaine des sciences sociales et s'est largement diffusée dans d'autres domaines d'étude ces dernières années, notamment dans le domaine de la santé publique pour étudier l'organisation des soins. Elle permet notamment :

- de cartographier les relations existantes entre services (envois de patients, rencontres, partenariats formalisés) et la circulation des patients entre services de soins,
- de mettre en évidence et d'évaluer des caractéristiques structurales des réseaux ainsi cartographiés, telles que la densité des liens (l'importance du « linkage » permettant de multiplier les trajectoires de soins possibles pour les patients), la centralité de certains services (les services centraux sont en position de coordination des trajectoires de soins), les trous structuraux (permettent d'identifier les manques dans la structure du réseau et donc de piloter les initiatives à développer)...

Cette méthode a déjà été appliquée par l'IRSS dans des recherches antérieures.

A titre d'exemple, une cartographie des relations entre services concernant l'orientation d'usagers entre services sur les communes de Schaerbeek/Saint-Josse-ten-Node et montrent clairement le rôle central des services sociaux (cercles) et des soins de santé primaires (carrés) est disponible en annexe.

Les étapes principales de ce travail seront :

- la définition du **type d'information** importante à connaître sur le **fonctionnement des services** (reconnaissance, accessibilité,...)
- le **type précis de relation inter-service que nous souhaitons investiguer** (envoi de patients, concertation autour du patient,...)

- **l'établissement d'un questionnaire**, sur base des questionnaires existants, validés dans le cadre de la méthode du Social Network Analysis, complété par des questionnements généraux sur le service,
 - **l'organisation de la récolte de ces données avec les participants des “garants de services” et de travail de terrain**. L'intérêt de confier à un travailleur d'un service la mission de récolter des données sur un autre service est double. Cela permet de réaliser un travail impossible pour une seule personne et cela permet de soutenir la connaissance non seulement de l'esprit du travail des partenaires mais aussi de la pratique quotidienne.
 - A partir de ces données, **un rapport sera réalisé** contenant une cartographie des ressources des territoires concernés et une cartographie des relations entre les ressources présentes sur ces mêmes territoires.
- Synthèse.
- Sur base de toutes les données récoltées, une synthèse sera réalisée mettant en avant un état de la situation, des ressources, des difficultés, des relations entre structures à laquelle chacune des structures de soins pourra officiellement adhérer.
- Cette synthèse constituera la base de l'étape suivante du travail : l'élaboration participative des procédures de travail en réseau.

B/ La construction participative des méthodologies.

Dans un deuxième temps, des méthodologies de coordination du travail autour du patient devront être élaborées. Il sera alors nécessaire de mettre en rapport l'évaluation de la situation décrite au point présent.

- Information et analyse de méthodes de coordination clinique.
- Diverses méthodes de coordination clinique sont décrites dans la littérature ou sont issues d'expériences belges et pourront nourrir l'imagination des membres du groupe de travail stratégique.
- Nous pouvons citer, entre autres,
- le Plan de Service Individualisé,
 - les Directives anticipées en psychiatrie (PAD) (43, 44, 45, 46, 47, 48)
 - le Case-Management (49,50,51)
 - Les systèmes d'information sanitaire (49,50,51)
 - les méthodes de Soutien à l'Emploi,
 - la Clinique de la Concertation, la concertation autour du patient (issue des projets thérapeutiques),
 - le référent de fonctions (proposé dans le cadre de la présente réforme)

Le graphe ci-dessous (51) illustre la nécessité d'élaborer des outils formalisés qui permettent la collaboration effective.

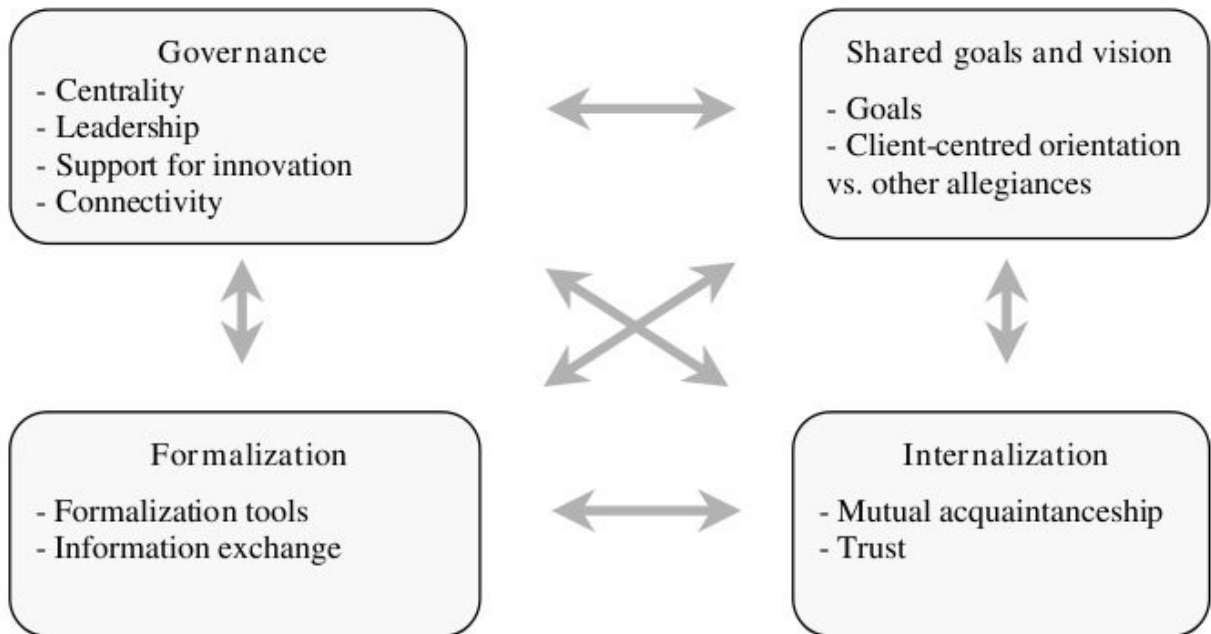


Figure 1

The Four-Dimensional Model of Collaboration. This figure shows the four dimensions of the model of collaboration and the ten indicators associated with these dimensions. The arrows indicate the interrelationships between the four dimensions and how they influence each other.

– Information et analyse d'initiatives particulières

La région bruxelloise (et les autres régions du pays) ne manque pas d'expériences particulières qui devront également être analysées et proposées à titre de réflexion dans le cadre d'élaboration de procédures concrètes de travail en réseau.

Nous pouvons citer, entre autres,

- le Réseau Bruxelles-Est,
- la Coordination Urgences,
- trACTor,
- Eole-Liens

Et d'autres encore à découvrir au cours des investigations que nous mènerons dans le cadre du projet.

– Les questions de financement. Dans ce travail de réflexion et de documentation, les mécanismes de financement qui incitent et récompensent le travail collaboratif et la perspective patient devront également être envisagées (52).

– Sélection des méthodes les plus adaptées à la situation de terrain et/ou construction d'une méthode originale.

A partir de toutes ces données, le rôle du "groupe de travail stratégique" sera de déterminer et de mettre en oeuvre la ou les méthodes les plus adaptées et à assurer le suivi. Des méthodes de travail permettant un retour réflexif permanent sur les pratiques seront développées également.

C/ Pistes et réflexions.

Le premier apport du travail d'élaboration collective ci-dessus est d'avoir alimenté et permis la rédaction du présent dossier. Ces pistes et réflexions constituent une base importante qu'il s'agira de mettre en chantier dans un cadre structuré, dès le début du projet.

– Problèmes généraux et pistes

- Au vu d'une certaine « **gentrification** » couplée à une **hyperspécialisation de certaines pratiques tant hospitalières qu'ambulatoires, l'accès aux soins pour ceux qui en ont le plus besoin est mis à mal**. Il nous semble important de rappeler toute l'importance de la mission généraliste de service public qui est confiée au secteur et notamment auprès des patients « les moins désirables ». Dans cette optique, les partenaires souhaitent réaffirmer toute l'importance du maintien (voire du développement) de la capacité d'accueil des situations PPMM, notamment au sein des hôpitaux bruxellois. Il s'agit là d'une **mission de service public** pour le moins fondamentale s'il en est.
- Dans de nombreux groupes, des partenaires se découvrent, font connaissance. La **nécessité de développer des outils performants d'information** concernant les initiatives présentes sur une zone déterminée est affirmée (type cartographie dynamique), tout comme la nécessité de temps pour que les acteurs fassent connaissance.
- **Une cartographie dynamique du Réseau**. La nécessité de développer une cartographie dynamique du secteur de la santé mentale bruxelloise mais également des ressources locales hors santé mentale a été à plusieurs reprises affirmée. Ce travail devrait idéalement trouver sa place au sein de la PFCSM en partenariat avec les acteurs locaux. Un courrier émanant de la PFCSM va être adressé aux 19 communes à l'attention de leur bourgmestre et des secrétaires communaux afin de leur suggérer de déléguer un représentant au niveau de la PFCSM, ceci afin de lancer une synergie Santé mentale.
- Les partenaires s'accordent sur le fait que l'articulation et le transfert vers un autre lieu offrent de meilleures perspectives lorsque ce passage est préparé, c'est-à-dire que des contacts ont eu lieu, que les intervenants aient eu l'occasion de se rencontrer autour de l'usager et que celui-ci ait été accompagné dans de bonnes conditions. Dans la pratique, on relève des coupures, des ratages, une difficulté à garantir un travail de liaison et de passation de bonne qualité. Le thème de fil conducteur dans la trajectoire du patient est évoqué.
- Le problème des allers et retours entre l'hôpital et les institutions de réhabilitation ou les autres acteurs de l'ambulatoire est également soulevé: à l'occasion de la crise, le patient est souvent réadressé à l'hôpital, avec un arrêt de la prise en charge en extra-hospitalier et la perspective d'une nouvelle démarche de candidature à soutenir... Il faudrait, dans l'esprit du circuit de soins, faciliter le retour après une hospitalisation plus courte et faciliter les allers et retours et transitions entre les diverses fonctions.
- La modélisation proposée dans le cadre des projets 107 semble offrir des opportunités déjà partiellement ou localement expérimentées (**Plan de Services Individualisé, référent permanent dans chaque service pour chaque patient, ...**) à même de **favoriser la coordination des différents acteurs dans leur accompagnement de l'usager**.

- **L'importance de maintenir et de développer des circuits à très faibles exigences** pour les personnes les plus faibles a été réaffirmée.
- Le sentiment général que **les demandes adressées par les professionnels à un confrère ou à une structure ne sont pas toujours suffisamment entendues** et leur expertise de la situation insuffisamment prise en compte (demande d'hospitalisation, demande d'entretien avec un psychiatre...).
- **Les problématiques du logement et des ressources financières des usagers** couplées à la situation spécifique de la région bruxelloise.
- **La pénurie de psychiatres** est évoquée tout comme leur départ vers la médecine libérale, ce qui se fait au détriment des missions de service public.
- **Difficultés et pistes par fonction.**
 - **Exemple de piste autour de F1.**
La place des généralistes comme acteurs incontournables des problématiques de santé mentale, est réaffirmée et plus spécifiquement en ce qui concerne les points suivants:
 - Le quotidien des consultations comporte une part importante relative à la santé mentale, que la problématique soit identifiée comme telle ou non.
 - En l'absence d'équipe spécialisée pour les interventions d'urgence en santé mentale, ce sont les généralistes qui, notamment via les gardes à domicile, rencontrent les personnes en difficultés psychiques et assurent l'accès à des soins. Or, les services de garde par les généralistes sur Bruxelles sont de plus en plus difficiles à assurer et ce tout particulièrement en pleine nuit. Il est nécessaire de revitaliser ce système de garde.
 - Par leurs modalités d'interventions à domicile et les consultations, les généralistes permettent que la demande d'un sujet (ou pour un autre membre de la famille) puisse être plus facilement formulée et rencontrée que lors du recours à un service spécialisé mais plus stigmatisant de par son appellation même.
 - Les visites à domicile des généralistes présentent l'avantage majeur d'être largement validées par notre culture là où les interventions du champ de la santé mentale à domicile restent des épiphénomènes.
 - Difficultés de partenariat avec les hôpitaux. Les généralistes ne sont bien souvent ni informés d'une entrée ni d'une sortie. Dans ce cas de figure, il est inconcevable de développer une véritable collaboration, de programmer les interventions des acteurs de première ligne avec la sortie du patient (ex: Qui prescrit quoi? Qui adapte le TMT? ...). Un simple signalement permettrait déjà de très nettement améliorer nos perspectives et celles de l'utilisateur. Les généralistes et le milieu somatique utilisent quotidiennement le système informatisé « *MEDIBRIDGE* ». Cette solution technique semble à même de rencontrer une série d'attentes de part et d'autre.
 - **Exemple de piste autour de F2**
 - Si les SPAD sont localisés sur F1 dans la modélisation d'origine, ils interviennent aussi sur F2. Or, ces services manquent cruellement de moyens, ont des missions extrêmement ambitieuses (mais parfois différentes d'un SPAD à l'autre) et des zones

d'intervention sans aucun doute beaucoup trop vastes. Si ces initiatives restent peu connues parfois de certains partenaires, leurs capacités d'accompagnement sont débordées. Des ajustements des moyens, des missions, des zones d'intervention et des mandats semblent nécessaires tout particulièrement dans le partenariat avec certains acteurs de la santé mentale dont les actions, les missions se recouvrent partiellement.

Ainsi nous affirmons la nécessité de spécifier les fonctions et les rôles des SPAD, des équipes « outreaching », des interventions à domicile soutenues par les SSM... Et ceci afin :

- D'organiser le travail, le suivi, l'accompagnement, identifier clairement les mandats, moyens et limites de chaque acteur. Une situation aussi confuse pour les professionnels représente un danger potentiel pour les usagers notamment en termes de rupture de la continuité des soins.
- D'utiliser au mieux le peu de ressources disponibles aujourd'hui sur le secteur de l'intervention à domicile. Certaines structures disposent de peu voire très peu de moyens humains alors que leurs missions sont particulièrement étendues tout comme les zones qu'elles doivent couvrir. Ainsi les SPAD par exemple.

Certaines missions d'accompagnement à domicile doivent passer par une sectorisation plus réaliste. Afin que le service puisse être accessible à un maximum d'usagers. Un partenaire évoque passer beaucoup plus de temps en transport qu'en accompagnement alors que cette structure est débordée par les demandes.

La mise en place d'une équipe d'**intervention à domicile pour des patients présentant des problèmes chroniques et complexes**, dans le cadre du projet 107, nécessitera, le cas échéant, que des réponses pragmatiques et précises soient construites avec les acteurs et services actuellement en place. D'autre part, l'expertise de ces acteurs fait qu'il serait souhaitable de les associer au développement du projet en lui-même. Formation à l'intervention à domicile, supervision de l'équipe, aide à la construction de ponts et relais vers les structures de proximité avec lesquelles des partenariats doivent être tissés, organisation des accompagnements dans leurs dimensions transférentielles... La formation et l'expérience professionnelle des personnes venant constituer cette équipe ont également été discutées.

- Les **accompagnements à domicile soutenus par des « non-professionnels de la santé mentale »** sont reconnus comme souvent incontournables mais également difficiles à assurer. C'est finalement le personnel le moins qualifié qui est le plus exposé et le moins soutenu de manière spécifique. Cette question trouve avec l'expérience d'un des partenaires du projet (trACTor) des modalités originales de montage susceptibles d'offrir un véritable soutien de ces professionnels (CSD par exemple).
- Le **développement d'une fonction de case-management au niveau des urgences** des C.U. Saint-Luc constitue une amorce d'une véritable équipe mobile de crise.
- **Exemple de piste autour de F3**

Les centres de revalidation conventionnés INAMI n'étant pas des services de premières lignes (consultations) ni des services hospitaliers – ils se sont toujours définis comme intermédiaires et transversaux entre les centres ambulatoires et les centres intra-muros, entre le social et le médical, entre le milieu de vie et le milieu de soins. Le renfort de nouvelles fonctions ambulatoires (équipes mobiles de traitement intensif, aussi bien pour les problèmes de santé mentale aigus que chroniques) dans l'offre de soins ouvre de nouvelles perspectives de collaboration pour les centres de revalidation dans la prise en charge des patients mais aussi par l'accueil de patients plus fragiles.

- Il conviendrait toutefois, tout comme cela se passe avec les partenaires actuels, de bien définir les modalités pratiques de ces collaborations (règles de procédure). Comme il s'agit d'un travail de collaboration autour du patient, **nous préconisons le modèle P.S.I. (Plan de Services Individualisé)** qui rassemble régulièrement en présence du patient les différents intervenants et qui coordonne leurs actions (qui fait quoi, quand, comment, à quel rythme..). **La désignation d'un référent permanent dans chaque service pour chaque patient** est également un préalable à toute bonne forme de collaboration et d'échanges d'informations. La rotation des équipes dans les services d'urgences pose souvent problème sur ce point. L'expérience montre aussi que le passage d'une structure, d'un service à l'autre ne se fait pas spontanément sur simple prise de rendez-vous. Un accompagnement par un professionnel de chacune des structures est souvent nécessaire. De même, une prise de contact préalable à une admission (ex : rencontres à l'hôpital avant la sortie et visite éventuelle du centre, échanges dans un service d'urgences avec le patient et le personnel de garde, périodes d'essai) s'impose dans beaucoup de cas. Les équipes mobiles pourraient probablement s'inscrire de manière adéquate dans une collaboration de ce type, moyennant des accords de fonctionnement clairs et précis entre intervenants mais aussi avec le patient pour veiller à ce que le timing soit adapté à son rythme et tienne compte de ses appréhensions et de ses craintes de changement.
- Dans la perspective de nouveaux projets de collaboration entre des services représentant les cinq « fonctions-clefs » d'une prise en charge axée sur les soins en milieu de vie, la **Fédération des Structures Psycho-Socio-Thérapeutiques a listé une série de 11 points auxquels** il conviendrait d'apporter une solution, dans les conventions INAMI. Courrier en date du 25 février 2010 à l'attention de Madame Moens, Experte en politique de la santé mentale, Cabinet de la Vice Première-Ministre, Ministre des Affaires sociales et de la Santé Publique.
- **Exemple de pistes autour de F4**
 - La **diminution du nombre de services agréés pour les mises en observation sur la Région**. Toute l'importance du maintien (voire du développement) de la capacité d'accueil des situations PPMM au sein des hôpitaux bruxellois est réaffirmée. Il s'agit là d'une mission de service public pour le moins fondamentale s'il en est. Or, ces missions de service public semblent vaciller par moments et ce pour l'ensemble du secteur de la santé mentale. Ces dernières années, deux services bruxellois ont renoncé à leur agrément PPMM ce qui a contribué à augmenter la pression sur les services restants

avec notamment comme conséquences: une dégradation des conditions d'accueil, des prises en charge et de travail et une augmentation de la proportion des patients PPMM dans les services agréés restants. Si la perspective d'une augmentation des lits agréés est évoquée comme éventuellement souhaitable, rapidement deux réflexions sont formulées:

- Mais qui voudrait de ces lits aujourd'hui? Les acteurs présents semblent faire le constat d'un désengagement d'une partie du réseau de soins et notamment hospitalier dans l'accompagnement des situations cliniques les plus lourdes.
- D'autre part, si de tels lits étaient mis en place, ils seraient également très rapidement saturés à l'image des services agréés existants. **Ainsi, il semble que ce soit par des actions touchant la dynamique du réseau de soins** que l'on peut escompter limiter l'augmentation des mises en observation observée depuis l'introduction de la loi du 26 juin 90. En cela les projets 107 constituent une opportunité à saisir.
- Les **moyens dont disposent les services agréés** pour réaliser l'objectif d'une prise en **charge intensive sont insuffisants**. Afin de soutenir l'objectif d'une intensification de la 4ème fonction et/ou simplement de pouvoir assurer dans de bonnes conditions la fonction des services agréés, il semble nécessaire qu'une indexation spécifique soit mise en place notamment pour les 40 premiers jours. Ce que le financement actuel (index A) ne permet pas quant à la sécurité, au travail de liaison avec le milieu du patient, les initiatives de l'ambulatoire... La concertation avec le réseau naturel du patient et les acteurs de la santé nécessite du temps clinique débordant les moyens actuels de ces services. Ainsi, certains acteurs de l'ambulatoire tout comme l'utilisateur peuvent avoir le sentiment que la sortie n'a pas été suffisamment préparée. Il est en effet étonnant que des services prenant en charge une majorité de patients aigus, hospitalisés sous contrainte légale, présentant de moins bons pronostics, sans conscience morbide, ne disposent pas de moyens complémentaires.
- Il faudrait aussi développer les **consultations pour les tiers à l'hôpital** et dans les différentes institutions de psychiatrie pour adultes comme cela existe déjà dans les consultations de pédopsychiatrie. Par exemple, pour les proches qui ont une personne suicidaire dans leur entourage
- Deux hôpitaux ont identifié un **sous-groupe de patients pour lesquels les réponses développées en partenariat avec l'ambulatoire restent malheureusement aujourd'hui insatisfaisantes**. Ces patients sont très régulièrement réhospitalisés sans que l'accrochage à d'autres initiatives ou structures ne fonctionne actuellement. Ils sont généralement devenus indésirables dans le réseau, seul l'hôpital semblant fonctionner comme adresse valide pour eux. Le développement d'un accompagnement à domicile semble offrir de nouvelles perspectives pour ce sous-groupe cible.
- Afin de lutter contre l'hospitalisation trop fréquente de personnes pouvant être suivies en ambulatoire (engorgement des services, difficultés importantes à trouver une place disponible rapidement...), susciter la réflexion et le développement d'actions pouvant se

déployer en amont d'une potentielle hospitalisation permettant d'offrir et de cultiver des alternatives :

- Développement de **critères** permettant de définir ce qui constitue aujourd'hui une **bonne indication d'hospitalisation**.
- Fonctions assurées par **Similes**.
- **Entretien de pré-admission** pouvant permettre de rencontrer une demande qui ne doit pas pour autant trouver une réponse en terme d'hospitalisation ou de non hospitalisation. Il nous faut saisir ces occasions pour accueillir l'usager, son réseau, mettre au travail la demande et faire exister des alternatives tangibles, satisfaisantes, permettant d'assurer un accès à un suivi, un accompagnement le plus adapté et si possible non hospitalier.
- Lorsque cela s'avère une alternative pertinente et afin de « **rebrancher** » **le patient arrivant aux urgences sur les services ambulatoires**, développer la collaboration entre ces services. Proposition de collaboration étroite entre les SSM de proximité et le service local des urgences (présence quotidienne et limitée des SSM au sein des services urgences). La pertinence de l'initiative des urgences de Saint-Luc a retenu l'attention du groupe.
- **Accroître le partenariat avec les acteurs extérieurs (professionnels et non professionnels) impliqués dans le projet de sortie**. Les rendez-vous entre professionnels de l'hospitalier, usagers, professionnels extérieurs, familles,... dans le cadre d'un projet de sortie devraient être renforcés qualitativement et quantitativement (3,4,7,15, 20,24,25,26,29,30).
- Sauf contre-indication spécifique, un **entretien dans les 10 jours suivant la sortie de l'hôpital devrait** être planifié (7,15,20,24,29,30);
- **Exemple de piste autour de F5**
 - Le **manque de place en IHP** est contextualisé. La pratique d'admission dans les IHP semble avoir changé sur les 10 dernières années. Si, auparavant, le pari d'un séjour était soutenu de manière moins discriminante, aujourd'hui, une attention spécifique sur une série de critères associés avec un « meilleur séjour » lors des candidatures a comme résultats:
 - Les candidats conviennent mieux aux services proposés en IHP.
 - Les candidats retenus restent plus longtemps, sont plus stables et dès lors les places « tournent » moins.
 - Beaucoup de ces résidents deviennent des résidents à long terme. Il semble que pour une part importante, ces personnes soient au « maximum de leurs capacités de resocialisation, au point de butée de leur autonomie...».
 - Les structures sont pleines, la rotation se ralentit considérablement.
 - Le **manque de place en MSP** est contextualisé. Les MSP sont également saturées mais leur dynamique est en évolution. Si auparavant, les séjours étaient dans une certaine mesure assimilables à du placement, de plus en plus de structures soutiennent un projet de revalidation avec un objectif de projet de sortie. Cela a pour conséquence

de dynamiser les prises en charge et de permettre à des résidents de prendre plus d'autonomie par la suite mais cela a également pour conséquence que des MSP refusent les patients présentant peu ou pas de perspective de sortie à moyen terme. Ce nouveau niveau d'exigence est susceptible de « malmener les autres résidents », les anciens, les plus « fragiles ». Cette évolution des pratiques s'accompagne d'une difficulté majeure. Les MSP ne disposent pas des moyens humains permettant de mettre en place des accompagnements adaptés de leurs résidents vers l'extérieur dans une démarche d'autonomisation. Or, ces usagers nécessitent que soit assurée une véritable continuité, un fondu enchaîné à leur sortie. **Le financement de ce type de poste de liaison vers l'extérieur semble extrêmement important.** Une partie non négligeable des résidents pourrait tirer parti de ce type d'initiative. Enfin, il devient beaucoup plus difficile de trouver une place en MSP pour les patients les plus « lourds », ne présentant pas de perspective d'autonomisation. Ceux-ci risquent d'être orientés vers des homes, des structures « pirates » ou de rester dans les hôpitaux faute d'alternative.

- La problématique du logement à Bruxelles. Piste: avoir un certain nombre de places réservées dans les appartements sociaux.
 - Il est nécessaire de penser et de développer des lieux et circuits à très faibles exigences mais présentant « une expertise sensible ».
 - Financement de poste de liaison, d'accompagnement vers l'extérieur au sein des IHP et MSP.
 - Développement de la réflexion et des synergies avec les structures non agréées.
- **Adaptation de certaines réglementations à titre expérimental durant le projet**
- F4 en interaction avec les autres fonctions F1, F2, F3, F5. Les transitions sont difficiles à négocier en règle générale pour ces patients, l'accroche du patient à l'ambulatoire ou à un suivi extérieur devrait pouvoir débiter en cours d'hospitalisation, que l'alliance interpersonnelle se tisse, que les lieux des futures rencontres soient connus, expérimentés bien avant la mise en place pragmatique du projet de sortie en lui-même. Cette préparation à la sortie nécessite du temps et des moyens spécifiques. Elle doit débiter plus rapidement. Et ce, notamment malgré **le principe de l'impossibilité d'un double financement** qui rend certaines de ces initiatives impossibles actuellement (ou peu praticables financièrement et logistiquement tant pour les patients que pour les structures). Exemples:
 - **Remboursement des consultations avec le médecin traitant quand le patient est hospitalisé,**
 - **Possibilités financières d'activités en centre de jour alors que le patient est hospitalisé,...**
 - **La Fédération des Structures Psycho-Socio-Thérapeutiques a listé une série de 11 propositions visant l'adaptation de réglementations constituant un frein important au déploiement des missions du secteur.** Courrier en date du 25 février 2010 à l'attention de Madame Moens, Experte en politique de la santé mentale, Cabinet de la Vice Première-Ministre, Ministre des Affaires sociales et de la Santé Publique.

- **Mise en place de remboursements INAMI pour les consultations chez les psychologues** afin de réorienter les demandes de suivi psychothérapeutique vers les praticiens privés et d'ainsi permettre de désengorger les SSM et les consultations des psychiatres. Engorgements qui mettent à mal l'accessibilité de cette aide de première ligne aux populations les plus lourdes ainsi qu'aux demandes devant être reçues de manière « urgente ».

5.3 Nouveaux rôles

Modèle de coordination

Le modèle général proposé dans le cadre de l'appel à projet est retenu. Néanmoins, certains aménagements spécifiques devront être mis en place:

- Les divers financements passant par l'institution qui libère les moyens permettant la réallocation, il nous semble vital de compléter le « comité de travail stratégique » d'**une personne ayant légalement et pratiquement les moyens de** cette gestion et ce afin de rencontrer au mieux **la gestion des aspects contractuels et financiers** dans le cadre du projet.

Ainsi, le Directeur général du Centre Hospitalier Jean Titeca assurera **la gestion des aspects contractuels et financiers par sa participation au « comité de travail stratégique »**.

- Le « **comité de travail stratégique** » sera composé d'un représentant pour chacune des fonctions du modèle présentes sur la zone d'expérimentation prioritaire auxquels s'ajoutent le coordinateur, le conseiller méthodologique et le responsable des aspects contractuels et financiers.
- Le « **conseiller méthodologique** ». Considérant l'importance du cadre méthodologique (développé au point 5.2.2) pour assurer un travail d'élaboration collectif structuré, orienté vers les résultats et permettant l'implication effective de chaque partenaire, il est particulièrement important qu'une fonction spécifique soit dégagée pour l'élaboration continue de ce dispositif. Ce « conseiller méthodologique » soutiendra le travail du coordinateur en proposant au « groupe de travail stratégique » différentes **méthodologies de travail, d'animations, d'outils d'aide à la décision**, etc.

Au-delà du travail d'élaboration collective des premiers mois, le « conseiller méthodologique » aura également pour tâche de **mettre en forme pratique les outils d'évaluation commune des besoins, d'échange d'informations** et de décisions collectives qui formeront l'architecture concrète du travail de réseau. Et ce, en accord avec le « groupe de travail stratégique » et le coordinateur.

- **Une série d'outils ont été développés** durant les mois ayant permis la préparation du dossier de candidature. Ceux-ci seront maintenus et développés.
 - Une adresse électronique et un numéro de GSM spécifiques ont été mis en place dès le mois de juin 2010 afin de faciliter la centralisation des demandes, informations, contacts... pour le projet
 - Une cartographie des partenaires reprenant la mention de leur(s) fonction(s) a débuté. Cette initiative sera poursuivie et enrichie.

Opérationnalisation de la fonction de coordination

- Choix d'un coordinateur et du « conseiller méthodologique »

Une fois les projets sélectionnés et si nous sommes retenus, les partenaires seront invités à une réunion plénière dans un délai de deux à trois semaines à compter des résultats.

Lors de cette rencontre, les différents candidats coordinateurs et conseillers méthodologiques seront invités à se présenter.

L'identité des candidats coordinateurs et conseillers méthodologiques ainsi qu'un bref CV devraient parvenir à l'ensemble des partenaires entre la sélection du projet et cette réunion plénière. Lors de celle-ci, les partenaires présents choisiront le coordinateur et le conseiller méthodologique.

En fonction des engagements contractuels liant les candidats retenus à d'autres employeurs et, en fonction des délais nécessaires à la résiliation de leurs engagements, une période de transition devra être assurée.

Ces modalités organisationnelles afin d'opérer le choix d'un coordinateur à temps plein (38h/semaine) ont été validées lors de la réunion plénière du 4 octobre 2010. A cette occasion, une présentation du profil de compétences et des missions du coordinateur a été réalisé à l'attention des partenaires.

L'ensemble des partenaires ont été sollicités afin de soumettre dans les délais impartis des candidats au poste de coordination.

Le profil de compétences du conseiller méthodologique doit, lui, encore être formellement élaboré et ce, en accord avec le "groupe de travail stratégique" et le coordinateur. Il sera déterminé en collaboration avec l'Institut de Recherche Santé et Société de l'UCL.

- **Durant la période de transition**

Durant la période de transition (débutant à la sélection du projet et allant jusqu'au moment où le coordinateur pourra assurer l'ensemble de ses missions) la personne ayant animé les rencontres autour du projet et assuré la coordination fera office de coordinateur.

Personne assurant la transition : Monsieur Christophe Herman, psychologue employé au CHJT.

Une fois le coordinateur nommé ayant pris ses fonctions, la personne ayant assuré la coordination durant la période de transition l'accompagnera sur une période de trois à six mois afin d'opérer le relais dans les meilleures conditions.

La gestion des aspects contractuels et financiers sera assurée par Monsieur Francis Broeders, Directeur général du Centre Hospitalier Jean Titeca.

Autres éléments

Les fonctions de bases des « **responsables de service** », de la « **personne de référence** » et des « **équipes mobiles** » sont sommairement définies au sein de l'appel à projet. La nomination à ces fonctions et les précisions quant à leurs mandats respectifs interviendront début 2011 si le projet est retenu. Ce travail visant à préciser ces mandats apparaît au planning de travail.

Si à l'heure actuelle, les « responsables de service » ne sont pas nommés au sens strict, chaque partenaire a néanmoins délégué spécifiquement un représentant pour participer aux diverses rencontres en vue d'élaborer le projet. Il sera demandé aux partenaires de privilégier, dans la mesure du possible, la confirmation de ces personnes dans la fonction de « responsable de service ». Et, ceci afin d'assurer une continuité du suivi, de l'investissement et de la vision du projet. Les partenaires ayant délégué plusieurs représentants pourront continuer à le faire. Néanmoins, il leur sera demandé d'identifier clairement leur « responsable de service » officiel. La liste des personnes ayant été déléguées par les partenaires ainsi que leurs coordonnées figurent dans le document annexé intitulé « **Liste des partenaires** ».

5.4 Instruments pour la communication et le suivi de la qualité

Différents instruments de communication et de suivi de la qualité seront développés dans le cadre du travail d'élaboration collective et se concrétiseront progressivement.

D'une manière générale, des **outils communs d'évaluation des besoins** et des **systèmes d'information sanitaires** communs devront être mis en place. Il en existe une multitude et le travail décrit au point 5.2.2 B aura pour objectif de dégager les plus pertinents.

Nous pouvons cependant déjà pointer deux outils parmi d'autres qui sont susceptibles d'être développés :

Le plan de soins individualisés (PSI) :

- Le PSI est co-construit avec la participation de l'utilisateur, des professionnels, des proches et tout intervenant impliqué dans les soins et l'accompagnement de l'utilisateur dans le respect du secret professionnel et des règles de déontologie. Le PSI mentionne les tâches de chaque service et les personnes à contacter. L'utilisateur est l'architecte de ce PSI secondé dans cette tâche par la « personne de référence ».
- Le PSI devrait se doubler d'une « carte de soins » (39) reprenant l'ensemble des personnes de contact et services (médecin traitant, professionnels et non professionnels, personne de confiance...) que l'utilisateur désire y faire apparaître.

Les directives anticipées en psychiatrie (PAD):

Les Directives Anticipées en Psychiatrie (**Psychiatric Advance Directives, PAD**) sont des documents permettant aux patients psychiatriques chroniques qui connaissent des crises récurrentes de spécifier des choix de traitement et/ou de désigner une personne de confiance pour les périodes où ils sont incapables de prendre de telles décisions. Ils peuvent être élaborés en concertation avec des professionnels de soins et/ou avec des proches du patient.

Les PADs produisent des effets bénéfiques tant sur le plan intra-personnel –la santé et le bien-être du patient–, sur le plan interpersonnel –la qualité des relations et la communication entre le patient, son entourage et les professionnels qui les accompagnent–, que sur le plan organisationnel –la continuité des soins et l'efficacité du système de soins de santé mentale–. En effet, ils permettent à la fois au patient d'exprimer ses besoins, aux soignants qui l'entourent de faire l'inventaire des ressources existantes autour du patient (approche communautaire), et à l'ensemble de ces acteurs de planifier une trajectoire de soins adaptée aux besoins spécifiques du patient et en concertation avec lui. C'est donc à la fois un outil qui permet de prévenir les crises, d'organiser l'accompagnement du patient dans son milieu de vie avec l'appui de l'ensemble des ressources existantes et en concertation avec lui, et de planifier l'organisation des soins pour les périodes de crise ou un accompagnement aigu s'avère indispensable.

5.5 Modèle de gestion et d'administration

Les méthodes de coordination et de gestion (e. a. tâches de gestion, structures de concertation, processus de décision, de concertations, compte-rendu des décisions) doivent encore être définies par le groupe des partenaires, cette tâche figure au planning de travail. Néanmoins:

- La **coordination est actuellement assurée à partir du CHJT**, promoteur du projet qui a confié cette mission transitoire (en attendant la sélection du projet et la nomination du coordinateur) à l'un de ses employés (voire 5.3).

- Afin d'assurer une **permanence dans la centralisation des informations** et un dispatching efficace de celle-ci et afin de faciliter la coordination, une adresse mail spécifique (projet107@chjt.be) et un numéro de GSM (0491 34 80 25) ont été mis en place par le promoteur du projet et ce depuis le mois de juin 2010.
- Des précisions ont été apportées en ce qui concerne la **gestion et la responsabilité des aspects financiers et contractuels au sein du comité de travail stratégique (voire 5.3)**
- Jusqu'à la sélection du projet et la nomination du coordinateur ainsi que la constitution du comité de travail stratégique, l'ensemble des décisions sont prises en concertation avec l'ensemble des partenaires (voire modalités de nomination du coordinateur) sur invitation du promoteur à l'occasion de réunions plénières ou par invitation à se prononcer par mail. Pour la fréquence des rencontres entre partenaires et les groupes de travail spécifiques voir « l'historique des étapes du montage du projet déjà franchies » figurant au point 6.1.

6. Stratégie de développement du réseau

6.1 Échelonnement

Planning des prochaines étapes du développement du projet

Ce planning nécessitera d'être complété tout comme des ajustements devront également intervenir notamment en fonction d'éléments encore indéterminés (date à laquelle seront connus les projets sélectionnés, sortie de certains arrêtés royaux, disponibilités contractuelles du coordinateur sélectionné, pistes de travail priorisées par les partenaires...).

Novembre-décembre	Présentation aux partenaires des candidats coordinateurs. Sélection du coordinateur et du conseiller méthodologique.
Janv 2011	<ul style="list-style-type: none"> •Prise de fonction du coordinateur (en fonction de ses disponibilités contractuelles) •Nomination des membres du comité de travail stratégique. Mise en place du groupe stratégique et du conseiller méthodologique. •Méthodes de coordination et de gestion (e. a. tâches de gestion, structures de concertation, processus de décision, de concertations, compte-rendu des décisions) •Démarrage du processus de mise en commun des pratiques et des ressources <ul style="list-style-type: none"> ◦ Constitution de groupe de travail par sous-territoire local dans un objectif d'évaluation des besoins. ◦ Établissement d'un questionnaire dans la perspective de réaliser un Social Network dans un objectif de cartographie des ressources, moyens disponibles et des collaborations sur la zone expérimentale <ul style="list-style-type: none"> •Les partenaires cliniques sur cette zone prioritaire non engagés dans le projet à l'heure actuelle seront spécifiquement recontactés afin de les inviter à nous rejoindre. •Recherche des partenaires complémentaires « hors santé mentale » sur la zone expérimentale (médecins généralistes, maison médicale, CPAS, initiatives culturelles, sociales...) •Recherche et identification des différentes instances pouvant offrir des soutiens spécifiques (PFCSM, équipe de recherche, Eole-Lien, collaborations ponctuelles avec d'autres projets pour le développement de certains outils, documents...)
Février	•Mise en place de deux groupes de travail en vue du développement des « équipes mobiles » interventions de crise (case-management au niveau du service des

	<p>urgences) et accompagnement à domicile de patients chroniques.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Démarrage du travail préparatoire à la phase de construction participative des méthodologies, à savoir la récolte d'information et l'analyse d' : <ul style="list-style-type: none"> ◦ outils de coordination clinique ◦ outils d'analyse des besoins ◦ outils d'échange d'information
Mars	<p>Identification et recherche des moyens nécessaires au développement de « l'équipe mobile chronique » (recherche de locaux, appel à candidatures, budgétisation, moyens de déplacement, construction du partenariat avec les acteurs de la zone expérimentale, identification des formations complémentaires, supervision,...)</p> <p>Identification et recherche des moyens nécessaires au développement de la fonction de case-management au niveau du service des urgences des C.U. Saint-Luc</p>
...	...
Juillet	<p>Mise en place de « l'équipe mobile chronique » sur la zone expérimentale prioritaire</p> <p>Mise en place de la fonction de case management au niveau du service des urgences.</p> <p>Finalisation du rapport issu du processus de mise en commun des pratiques et des ressources.</p> <p>Démarrage de la seconde phase du travail, la construction participative des méthodologies, qui devra permettre de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Définir les fonctions de base et mandats respectifs des « référents de service », • Élaboration d'un document type pour le développement du plan de soins individualisés « carte de soins » ou de toute autre modèle qui aura émergé dans la phase précédente du travail.

Rapide historique des étapes du montage du projet déjà franchies

Aout – Déc 2008	Développement au sein du CHJT d'une proposition de projet dans le cadre du 97ter.
Déc 2009	Groupes de travail au sein du CHJT autour de F2 et des accompagnements de type outreaching...
	Multiples échanges et contacts dans divers groupes de travail et sessions d'information autour de la réforme
14/06/10	Séance d'information générale à l'attention des membres du personnel du CHJT "La réforme de la psychiatrie dans le cadre des projets 107"
15/06/10	Deux groupes de travail internes au CHJT en vue de recueillir des « pistes d'amélioration » de nos pratiques et des pistes d'amélioration en ce qui concerne le travail avec le réseau.
16/06/10	Groupe de travail interne au CHJT en vue de recueillir des « pistes d'amélioration » de nos pratiques et des pistes d'amélioration en ce qui concerne notre travail avec le réseau.
16/06/10	<p>- Session d'information au SPF</p> <p>- Groupe de travail interne au CHJT en vue de recueillir des « pistes d'amélioration » de nos pratiques et des pistes d'amélioration en ce qui concerne notre travail avec le réseau.</p>
22/06/10	<p>- Réunion à la PFCSMB dans le cadre des projets 107.</p> <p>La PFCSM a été informée le 22 juin 2010 de l'attention du CHJT de rentrer un projet dans la cadre de l'article 107. Une brève présentation du projet, de sa zone d'action, de son groupe cible, de nos motivations et des moyens dégagés par le CHJT a été réalisée lors de la réunion du groupe de travail « article 107 »</p> <p>A cette occasion, le CHJT a également invité la PFCSM à prendre l'initiative d'organiser une rencontre entre les acteurs de la Région ayant l'intention de rentrer un projet article 107. Ceci afin que</p> <ul style="list-style-type: none"> - les acteurs de la santé mentale soient informés des projets en cours, - puissent être envisagés d'éventuels recouvrements, fusions, articulations entre projets, - l'appel à collaboration que le CHJT a lancé en vue de réunir les partenaires intéressés a été relayé par la PFCSM auprès des acteurs du secteur. <p>- Le collectif des usagers du CHJT est informé des projets de réforme de la psychiatrie.⁵</p>
28/06/10	Deux réunions préparatoires visant à une première rencontre avec les « acteurs potentiels » ont eu lieu. Cela a été l'occasion de préciser le contenu du projet et de répondre aux premières interrogations de nos partenaires.

⁵Le collectif des usagers du CHJT a reçu pour mission de la direction du CHJT de s'informer des projets de réforme de la psychiatrie. Les usagers ont été invités à travailler plus spécifiquement les fonctions 1, 2 et 4 lors de leurs réunions des 22, 29 juin, 6, 13 juillet et 21 septembre.

29/06/10	<p>- Une troisième réunion préparatoire visant à une première rencontre avec les « acteurs potentiels » a eu lieu. Cela a été l'occasion de préciser le contenu du projet et de répondre aux premières interrogations de nos partenaires.</p> <p>- Collectif des usagers du CHJT</p>
01/07/10	<p>Réunion plénière avec les partenaires Première réunion de travail avec les « acteurs potentiels ». Une quarantaine de partenaires étaient présents. L'objet de la rencontre visait plus spécifiquement l'élaboration d'une méthode de travail. Les partenaires ayant rejoint le projet du CHJT ont réaffirmé le 7 juillet leur désir de voir la concertation entre projets être soutenue à la PFCSM. Un courrier commun a dès lors été adressé en ce sens à la PFCSM. Suite à cette rencontre, les acteurs potentiels sont invités à collecter une série d'informations devant alimenter différents groupes de travail sur le mois de septembre. Les partenaires sont invités à compléter un document-type via lequel les partenaires se déclarent actifs dans une fonction.</p>
06/06/10	Collectif des usagers du CHJT
13/07/10	Collectif des usagers du CHJT
28/07/10	Rencontre avec les représentants des autorités fédérales et régionales.
01/09/10	<p>Réunion plénière avec les partenaires Modifications du document-type via lequel les partenaires se déclarent actifs dans une fonction. Cartographie des acteurs et fonctions. Présentation et choix quant à la méthode de travail. Valeurs du Réseau. Questions-réponses.</p>
10/09/10	<p>- Réunion interne au CHJT Préparation des groupes de travail du mois de septembre Synthèse des pistes de travail collectées au sein du CHJT dans le cadre du projet 107</p>
13/09/10	Groupe de travail restreint autour de la 4ème fonction
14/09/10	<p>- Réunion à la PFCSMB. Premier temps de concertation à la PFCSMB entre les divers projets soutenus sur la Région. - Groupe de travail restreint autour de la 2ème fonction - Groupe de travail restreint autour de la 3ème fonction</p>
15/09/10	<p>- Groupe de travail restreint autour de la 1ère fonction - Groupe de travail restreint autour de la 5ème fonction</p>
16/09/10	<p>Journée consacrée à l'examen des articulations entre les diverses fonctions 10 groupes de travail permettent d'examiner très spécifiquement chaque articulation au sein du modèle (F1-F2, F1-F3, F1-F4, ...) Un atelier complémentaire est consacré à la collecte d'éléments en vue de la rédaction d'une charte des valeurs.</p>
21/09/10	Collectif des usagers du CHJT
29/09/10	Réunion de l'ancien projet thérapeutique 2006-7 Aencrages-bis afin de collecter des éléments à même d'être mis à profit dans le cadre du projet.
30/09/10	<p>Réunion plénière avec les partenaires Informations. Feedback d'un groupe de travail issu d'Aencrages-bis. Présentations et débats autour des pistes collectées à l'occasion des groupes de travail des 13, 14, 15, 16 septembre.</p>
04/10/10	<p>Réunion plénière avec les partenaires Informations. Montage de la fonction de coordination du projet. Elargissement du groupe cible initialement envisagé. Développements autour de F2.</p>
05/10/10	<p>- Réunion à la PFCSMB. Deuxième temps de concertation à la PFCSMB entre les divers projets soutenus sur la Région. - Mise en place d'un groupe de travail afin de récolter des éléments de la littérature et des éléments épidémiologiques en vue de la rédaction du dossier de candidature.</p>
06/10/10	Session d'information au SPF
14/10/10	<p>Réunion avec Mme Moens (Experte en politique de la santé mentale, Cabinet de la Vice Première-Ministre, Ministre des Affaires sociales et de la Santé Publique.), des représentants de la Région et la cellule de soutien aux projets 107 sur la Région. Point quant à la situation bruxelloise. Examen des possibilités de fusion entre projets.</p>
19/10/10	<p>Réunion avec le projet 107 soutenu par St Luc. Présentation du projet107 de St Luc. Examen des possibilités de partenariats et/ou de fusion entre projets</p>
22/10/10	Réunion à la PFCSM
26/10/10	<p>Réunion entre le projet soutenu par le CHJT et celui soutenu par St Luc. Modification du dossier de candidature en vue d'une fusion des projets soutenus initialement par le CHJT et les Cliniques Universitaires St Luc.</p>
26/10/10	Réunion plénière avec les partenaires. Informations relatives à la fusion des projets du CHJT et des

	Cliniques Universitaires St Luc
27/10/10	Réunion à la PFCSM avec des représentants de la Région.
29/10/10	Introduction du dossier de candidature

6.2 Gestion des risques

Éléments identifiés à ce jour comme risques potentiels pouvant se présenter tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du réseau

Au niveau de l'utilisateur

- Préserver la liberté de circulation de l'utilisateur au sein de l'ensemble du réseau de soins et d'accompagnement et non seulement au sein du réseau « expérimental » dans le cadre du projet.
- Adapter les modalités de fonctionnement du réseau aux difficultés des utilisateurs concernés par celui-ci. Le réseau doit être au service des besoins de l'utilisateur, le rythme de ce dernier doit être respecté et non l'inverse.
- Veiller à préserver et à soutenir la position d'acteur de l'utilisateur notamment dans le cadre de concertation en réseau où il sera « en infériorité numérique » dans la rencontre avec les partenaires engagés dans son accompagnement.
- Laisser à l'utilisateur le « droit à la rechute » tout en assurant un devoir de soutien auprès de lui.
- Veiller au processus d'adaptation du réseau par rapport aux nécessités de terrain : places suffisantes et adaptées aux problématiques des utilisateurs.
- Préserver les liens de réseau déjà établis par l'utilisateur tout au long de son parcours.
- S'assurer que le développement du réseau ne génère des sous-groupes pour lesquels l'accessibilité des soins serait mise à mal. Par exemple, dans le cadre du développement de critères d'inclusions.
- ...

Au niveau des proches

- Créer, autant que possible, une collaboration avec les proches de l'utilisateur qui ne serait pas cristallisée autour de la pathologie.
- L'intégration des proches, dans le travail clinique et de réseau nécessite une attention particulière de manière à rendre active et performante cette participation tout en réussissant à éviter les écueils d'une stigmatisation ou d'un estompement des règles de déontologie.
- ...

Côté réseau

- Préserver les liens de réseau déjà établis entre initiatives.
- Préserver la liberté de travail des personnes et des structures au sein du réseau tout en améliorant la coordination entre initiatives mais au bénéfice des utilisateurs.
- Veiller à ne pas élaborer une logique de parcours entre les différentes structures du réseau. Ne pas stigmatiser ou hiérarchiser les structures entre elles.
- Les questions relatives au respect du secret professionnel dans le cadre d'une pratique de Réseau restent particulièrement sensibles.
- La diminution des lits hospitaliers sur Bruxelles et au CHJT risque de compliquer sérieusement la situation des patients les plus fragiles si la dynamique mise en place dans le cadre des projets venait à

tarder à porter ses fruits notamment auprès de ce groupe cible. Droit à l'hospitalisation quand la situation de l'usager le nécessite.

- Veiller à ce que les initiatives développées ne contribuent pas malgré elles à développer de nouvelles formes de stigmatisation (information du quartier, des partenaires, généralistes...), d'enfermement (veiller, lors de la construction du réseau à ne pas créer un "hors réseau" (enfermement à domicile, refus de patients plus facilement identifiés comme difficiles), de chronicisation (à domicile), de dépendance...
- L'expérience des projets thérapeutiques INAMI 2006-2007 amène les partenaires à formuler des craintes spécifiques quant
 - aux modalités et outils d'évaluation dans le cadre du projet de recherche,
 - à l'importance du temps que chaque structure a investi dans ces projets (oser questionner le rapport coût /bénéfice tout particulièrement quand l'investissement dans le développement des projets se réalise au détriment du temps passé en intervention auprès du patient),
 - à la viabilité à long terme de l'investissement ainsi consacré.
- la mise en place des projets 107 est notamment conçue dans sa modélisation initiale comme un réaménagement de « l'offre globale de soins » et devrait être pensée, pour le patient, comme « une porte de sortie d'un réseau psychiatrique ». Cela nous questionne quant aux représentations de nos politiques en ce qui concerne le réseau, sa nature, les populations que nous rencontrons, leurs besoins, la nature de notre travail,.... La pertinence, dans de nombreuses situations, du maintien d'un lien (même ténu) a été évoquée tout comme l'importance de la continuité de l'accompagnement de populations présentant des pronostics malheureusement peu favorables... Des actions quant à ces représentations semblent nécessaires tout en veillant à rester intelligible par nos interlocuteurs.
- ...

Pistes et éléments identifiés à ce jour comme permettant de pallier, de surveiller ou de maîtriser certains de ces risques.

- Rédaction d'une « charte » du réseau reprenant les valeurs au cœur de nos pratiques (ce travail a débuté et une partie des risques formulés ici sont extraits des réflexions préparatoires à la rédaction de cette charte.
- La présence au sein des partenaires de représentants actifs de proches et d'usagers nous semble à même de nous éviter bien des écueils.
- L'expérience des projets thérapeutiques INAMI 2006-2007 permet aux partenaires de s'appuyer sur des expériences, des documents de consensus quant à l'encadrement et à l'accompagnement du volet recherche notamment.
- Le souci des partenaires pour les usagers « les plus faibles ».
- Développement d'outils, de procédures et de conventions permettant d'assurer ou de contribuer à la maîtrise des différents risques identifiés.
- L'appui d'un « conseiller méthodologique » et la collaboration avec l'IRSS constituent autant d'outils permettant de mesurer la pertinence des actions mises en place, de bénéficier d'input en terme de littérature,etc. Tout cela permettra d'évaluer au mieux les risques et de maîtriser ceux-ci..
- ...

Parallèlement, de nombreux risques évoqués ici rejoignent certaines des appréhensions formulées par les usagers et les proches. Ainsi, les recommandations formulées par les usagers/proches plus spécifiquement dans le cadre de leurs expériences au sein des projets thérapeutiques et des concertations transversales (2007-2010) permettent de relever des points forts, difficultés et recommandations en écho aux professionnels qui étaient engagés dans ces projets. A titre d'exemple (39, p. 22):

- Il existe un risque de rigidité des réseaux qui pourrait enfermer l'utilisateur au lieu de le libérer alors qu'on espère, in fine, qu'il se porte mieux dans la société et non pas enfermé dans un système médical.
- L'excès de contraintes administratives (nombre d'inclusions, échelle d'évaluation...) et de règles de fonctionnement (nombre de concertations/patient, présence impérative des 3 intervenants désignés...) étouffent les responsables au point de risquer de compromettre le bon déroulement du PT. Une telle formalisation se fait au détriment de l'expérimentation projetée.

Concertation au sein de la PFCSM et avec les autres projets sur la Région.

Les critères de recevabilité de la proposition de projet demandent de rendre compte de « la mesure dans laquelle la proposition de projet est abordée avec la ou les plateforme(s) de concertation en soins de santé mentale dont le domaine d'activité correspond ou se chevauche avec le domaine d'activité de la proposition de projet ». Il s'agit là en effet d'un processus dont les étapes permettent d'évaluer les risques de chevauchements, doublons, manques... entre projets. Au vu de l'importance de la région, de ses spécificités, de la grande diversité des initiatives en santé mentale sur celle-ci, ce travail préliminaire a été conséquent. Depuis le 22 juin, moment où le CHJT a informé officiellement la PFCSM de son intention de rentrer un projet dans le cadre de l'article 107 jusqu'au moment où le dossier de candidature a été introduit (30 octobre), de très nombreuses rencontres ont eu lieu afin d'informer le secteur, rechercher des collaborations, envisager d'éventuelles fusions. Voici un bref aperçu de ces temps de travail spécifiques.

- **La PFCSM a été informée le 22 juin 2010 de l'intention du CHJT de rentrer un projet dans le cadre de l'article 107.** Une brève présentation du projet, de sa zone d'action, de son groupe cible, de nos motivations et des moyens dégagés par le CHJT (30 lits T) a été réalisée lors de la réunion du groupe de travail « article 107 ». A cette occasion, le CHJT a également invité la PFCSM à prendre l'initiative d'organiser une rencontre entre les acteurs de la Région ayant l'intention de rentrer un projet article 107. Ceci afin que :
 - les acteurs de la santé mentale soient informés des projets en cours;
 - puissent être envisagés d'éventuels recouvrements, fusions, articulations entre projets.

L'appel à collaboration que le CHJT a lancé en vue de réunir les partenaires intéressés a été **relayé par la PFCSM** auprès des acteurs du secteur.

- Les partenaires ayant rejoint le projet du CHJT ont réaffirmé le **7 juillet** à l'occasion d'une **réunion plénière du projet soutenu par le CHJT** leur désir de voir la concertation entre projets être soutenue à la PFCSM. Un courrier commun a dès lors été adressé en ce sens à la PFCSM.
- Entre juin et octobre 2010, **quatre rencontres ont eu lieu au sein de la PFCSM** (14 septembre, 5, 22 et 27 octobre) afin d'y soutenir la concertation entre les divers projets sur la Région. Le CHJT a participé à l'ensemble de ces rencontres.

- Le **14 octobre**, nous avons participé à **une rencontre avec Mme Moens⁶, des représentants de la Région et la cellule de soutien aux projets 107 sur la Région. Cette rencontre avait notamment pour objet** de faire la point quant à la situation bruxelloise, d'examiner les possibilités de fusion entre projets dont notamment entre ceux développés à partir du CHJT et des Cliniques Universitaires St Luc.
- Le **19 octobre**, le projet soutenu par l'Hôpital Universitaire St Luc a été présenté. A cette occasion ont été abordées la méthodologie du projet, la recherche de partenaires, les possibilités de partenariats et/ou de fusion entre les projets soutenus par le CHJT et les Cliniques Universitaires St Luc.
- Le **26 octobre**, une **réunion au CHJT entre le projet soutenu par le CHJT et celui soutenu par des Cliniques Universitaires St Luc** a permis d'entériner une possibilité de fusion entre les deux projets.
- Au terme du processus de concertation, un rapprochement des deux projets a été décidé. **Les 26 et 27 octobre** ont été mis à profit pour assurer un articulation concrète et cohérente entre les deux projets.

7. Financement et allocation des moyens

Réallocation des moyens afférents aux lits « gelés » par maintien du BMF pendant au moins trois ans.

Sous réserve de la réalisation du financement et de ses modalités tel que prévu initialement dans le cadre de l'appel à projet, le CHJT s'engage à dégager des moyens en personnel équivalant à 30 lits T soit 10 équivalents temps plein.

Les moyens dégagés (soit des moyens financiers équivalant à 10 temps plein) seront utilisés en vue de la constitution d'une équipe mobile mais selon la répartition suivante:

- 5 ETP de membres du personnel aujourd'hui employés au sein du CHJT.
- 5 ETP en personnel à engager par le CHJT mais en provenance des structures partenaires de l'ambulatoire présentes sur la zone expérimentale prioritaire.

En effet, en fonction des mouvements naturels en personnel au sein du CHJT, seule une partie (50%) du volume de personnel dégagé du gel de lits devra provenir du CHJT (et ce sur une base volontaire et d'un profil ad hoc).

Le reste des moyens en ETP dégagés (soit 50%) par le CHJT devrait être mis à profit par l'octroi à des structures partenaires présentes sur la zone expérimentale prioritaire d'un financement spécifique pour qu'elles dégagent du personnel qualifié et volontaire en vue de constituer la seconde partie de l'équipe mobile.

Ce montage d'une équipe mobile 50% hospitalière - 50% ambulatoire nous permet:

- de nous assurer la constitution d'une équipe de professionnels motivés, expérimentés et performants,
- de faire exister au sein de cette nouvelle équipe une diversité d'approches, de cultures et d'éviter une culture « hospitalocentriste ».
- de faire exister au sein de cette nouvelle équipe des liens naturels et facilités avec des initiatives diverses du réseau local de l'ambulatoire.

Malheureusement, pour l'heure, il nous faut constater l'absence d'assurance en ce qui concerne l'engagement d'autres hôpitaux comme autant de sources permettant de soutenir une réallocation plus importante de moyens

⁶ Experte en politique de la santé mentale, Cabinet de la Vice Première-Ministre, Ministre des Affaires sociales et de la Santé Publique.

hospitaliers sur la Région. Cette faiblesse de moyens, nous contraint d'emblée au constat que le projet aura sans doute des difficultés à soutenir toutes ses ambitions et des priorités devront dès lors être dégagées.

Médecin (budget maximum de 225000 euros par an)

- Le financement d'un (de) poste(s) de médecin(s) psychiatre(s) à hauteur de 75000 euros/an en tant que coordinateur pour l'équipe d'intervention à domicile à l'intention des patients chroniques tel que définit dans le cadre des projets 107.
- Le financement d'un (de) poste(s) de médecin(s) psychiatre(s) à hauteur de 150000 euros/an est prévu pour appuyer le travail d'amorce d'une équipe mobile de crise dans le cadre des services d'urgence des Cliniques Universitaires Saint-Luc. Son travail se centrera, outre la gestion de la probable augmentation de la demande, sur la mise sur pied de consultations à la demande de tiers.
- Le budget devrait être mis à la disposition du projet en juillet 2011.

Utilisation du budget de 500.000 euros max. par an pouvant être octroyé par projet

Etant donné l'ampleur du travail de concertation nécessaire à opérationnaliser les 5 fonctions prévues dans le cadre de la réforme et, étant donné la nécessité de soutenir le travail d'amorce d'une équipe mobile de crise à partir du service des urgences des C.U. Saint-Luc, **il nous semble nécessaire de bénéficier d'un montant de 800.000 euros par an** (détail de la projection ci-après).

Financement de la coordination

- **Financement du coordinateur.** Ce budget ne peut être précisé à l'heure actuelle, les partenaires examineront en effet les candidatures au poste lorsque le projet sera sélectionné. Si tel est le cas, une projection de ce budget spécifique devrait pouvoir intervenir durant le mois de décembre 2010. Le budget finançant le salaire du coordinateur doit être disponible dès janvier 2011 afin de rencontrer les engagements financiers et contractuels qui seront pris avec le coordinateur.
- **Financement de la personne faisant office de coordinateur durant la période de transition.** Psychologue ayant un DES en psychopathologie et psychothérapie employé à temps plein au CHJT ayant une ancienneté de 15 années et un complément de fonction.
Les financements du coordinateur et de la personne faisant office de coordinateur durant la période de transition devront être assurés concomitamment durant une période de 3 à 6 mois maximum. Le terme exacte de cette période sera fixé par le « comité de travail stratégique » en concertation avec le coordinateur et ceci afin d'assurer une passation de relais dans les meilleures conditions.
- **Financement du conseiller méthodologique.** Ce budget (1 ETP + frais d'installation) ne peut être précisé à l'heure actuelle, les partenaires examineront en effet les candidatures au poste lorsque le projet sera sélectionné.
- **Financement de la coordination clinique** (case-management) entre le services d'urgences et les services ambulatoires. Soit 1,5 ETP + frais d'installation.
- **Les frais d'installation du coordinateur** (fournitures de bureau, mobilier, PC, GSM, frais de représentations, de déplacements, véhicule de fonction, abonnement aux transports en commun,

location de locaux ,...) seront évalués à la nomination du coordinateur, certains paramètres ne pouvant être approchés sans que son identité soit connue ou que la zone expérimentale soit précisée (loyer des locaux). Néanmoins, il semble a priori important que les locaux du coordinateur ne soient pas situés au sein d'une structure hospitalière.

- **Les frais d'installation de la personne assurant la coordination durant la période transitoire** devront être évalués (PC, connexion internet, GSM, déplacements ...). Néanmoins, une partie de ces frais pourront être en partie « transférés » au poste de coordinateur une fois celui-ci nommé et en fonction.
- **Un défraiement fixe sera redistribué aux garants de service** qui participent au groupe de travail restreint intitulé « comité de travail stratégique » et ce, en fonction de leurs présences aux réunions. Le montant de ce défraiement devra être fixé par les partenaires.
- **D'autres frais relatifs à la coordination du projet.**

L'importance de l'étendue de la zone concernée et du nombre d'acteurs en présence alourdissent et complexifient considérablement les démarches de concertation, le suivi et le traitement de l'information... Un financement complémentaire pourrait à ce titre soutenir la fonction de coordination que cela prenne la forme :

- de financements de tâches de secrétariat, traduction,...
- de financements ponctuels de tâches spécifiques en lien direct avec la coordination. Ainsi, à titre d'exemple, il a notamment été question à plusieurs reprises de développer un outil d'information et de coordination consistant en une cartographie dynamique de la région, des acteurs en présence en santé mentale et hors santé mentale... et cela en collaboration avec la PFCSM, la fondation Julie Renson et les autorités communales.

Autres postes

Les acteurs du projet désirant déployer plus spécifiquement une équipe d'intervention à domicile à l'intention de patients chroniques, certains frais vont intervenir et nécessiteront des moyens complémentaires à ceux dégagés de la réallocation de lits hospitaliers en vu du financement du personnel proprement dit. Ainsi :

- Location de locaux, postes de travail informatisés, connexion (internet, GSM), frais de déplacements (abonnements, financements de véhicules...)
- Formations complémentaires des membres de cette équipe.
- Financement des supervisions et de l'accompagnement au développement du projet par des acteurs engagés dans un travail similaire sur Bruxelles.

Détails de la projection de 800.000 euros par an

Financement du coordinateur (1 ETP) Frais d'installation du coordinateur (location de locaux, fournitures de bureau, mobilier, PC, GSM, frais de représentations, de déplacements (véhicule de fonction), ... Ce y compris la personne faisant office de coordinateur en attendant la nomination du coordinateur.	125000
Financement du conseiller méthodologique (1 ETP) 55000 euros Frais de fonctionnement conseiller méthodologique : location de bureau, frais de communication, matériel informatique, frais de formation, frais de mobilité (dans la perspective d'explorer des initiatives intéressantes) 27000 euros	82000
Financement du case-management unité de crise (1,5 ETP) 68000 euros Frais de fonctionnement case-management : location de bureau, frais de communication,	118000

matériel informatique, frais de formation, frais de mobilité (véhicule, dans la perspective d'accompagner vers le milieu de vie) :50000 euros	
Financement du comité de pilotage . Frais de déplacements, frais de réunion...	25000
Frais de fonctionnement relatifs à l'équipe mobile F2 (patients chroniques) Loyers des locaux, véhicules, matériel d'installation de l'équipe, frais de formation et de supervision...	150000
Budget permettant de soutenir le développement d'une équipe mobile dans le cadre des interventions de crise à domicile (soit 5 ETP)	300000
Total	800000

Le travail en Réseau sur la Région de Bruxelles Capitale - Une nécessité d'être inventif

Les moyens dégagés de la réallocation de moyens hospitaliers restant particulièrement faibles sur la Région, d'autres pistes de travail nous semblent devoir être explorées.

Ainsi, les partenaires se sont particulièrement mis au travail sur des pistes complémentaires afin d'améliorer le travail du Réseau dans ses différentes fonctions mais aussi quant à leurs articulations. Ces différentes pistes pourraient trouver, via ce budget complémentaire, des moyens déterminants.

L'amélioration des modalités de fonctionnement des acteurs en place pour tenter d'améliorer structurellement les partenariats au sein du Réseau a constitué un volet particulièrement conséquent de notre approche et est repris au chapitre « Pistes d'amélioration dégagées lors des concertations ».

Enfin, des **pistes complémentaires** semblent se dessiner quant à la possibilité de dégager des moyens (certes limités mais non négligeables) à partir d'initiatives aujourd'hui en place. **Ainsi Eole-Liens** pourrait éventuellement dégager quelques moyens afin de compléter et de réorienter ses missions d'écoute et d'orientation en développant un volet d'accompagnement des usagers au sein du réseau. Ces perspectives nécessitent d'être investiguées plus avant.

Impact de la modification de la capacité d'accueil du CHJT pour les patients hospitalisés

Aucune difficulté ne se présente au niveau des patients quant à la modification de la capacité d'accueil du CHJT. En effet, les 30 lits T (proposés pour la réallocation des moyens) ne sont plus actuellement physiquement présents sur le site du CHJT (et ce temporairement dans le cadre d'importants travaux architecturaux engagés actuellement. Ces travaux par leurs nuisances diverses ont en effet un impact important sur la capacité d'accueil du CHJT). Les moyens humains correspondant à ces lits sont actuellement engagés auprès des lits physiquement en place sur le site. Ainsi, temporairement et en attendant la mise en place de l'équipe mobile (dans le cas où le projet serait sélectionné), ces moyens humains renforcent le cadre des unités de soins d'admissions. Unités de soins particulièrement sollicitées par les mises en observation dans le cadre de la loi du 26 juin 1990.

Annexes

- Liste des partenaires
- Descriptif des fonctions assurées par les partenaires – Plan
- Déclarations d'action propre à chaque partenaire
- Carte du territoire
- Exemple de cartographie réalisée avec la méthode Social Network Analysis

Bibliographie

1	« Æncrages » autour de la loi du 26 juin 1990 . Dossier de candidature pour un 'Projet thérapeutique Soins de Santé Mentale' dans le cadre de l'art. 56, § 2, alinéa 1er, 3°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. Décembre 2006 Bruxelles.
2	Agius M, Shah S, Ramkissoon R, Murphy S, Zaman R. Three year outcomes of an early intervention for psychosis service as compared with treatment as usual for first psychotic episodes in a standard community mental health team - final results . <i>Psychiatr Danub</i> . 2007 Sep;19(3):130-8
3	Bonsack C, Pfister T, Conus P. Linkage to care after first hospitalisation for psychosis . <i>Encephale</i> . 2006 Oct;32(5 Pt 1):679-85
4	Carol A. Boyer, Ph.D. Donna D. McAlpine, M.A. Kathleen J. Pottick, Ph.D. Mark Olfson, M.D., M.P.H. Identifying Risk Factors and Key Strategies in Linkage to Outpatient Psychiatric Care <i>Am J Psychiatry</i> 157:10, October 2000
5	Chapireau F. Old and new long stay patients in French psychiatric institutions: results from a national random survey with two-year follow-up . <i>Encephale</i> . 2005 Jul-Aug;31(4 Pt 1):466-76
6	Cirillo S, Selvini M, Sorrentino A.M. La terapia familiare nei servizi psichiatrici . Raffaello Cortina Editore, Milano, 2002.
7	Compton M.T., M.D., M.P.H.; Rudisch B.E., M.D.; Craw J., M.P.H.; Thompson T., B.A.; Owens D.A., M.D.; Predictors of Missed First Appointments at Community Mental Health Centers After Psychiatric Hospitalization . <i>PSYCHIATRIC SERVICES</i> April 2006 Vol. 57 No. 4
8	Cuffel B, Ph.D.; Held M, M.D.; Goldman W, M.D.; Predictive Models and the Effectiveness of Strategies for Improving Outpatient Follow-Up Under Managed Care . <i>Psychiatric Services</i> November 2002 Vol. 53 No. 11
9	Dausey D, Rosenheck R, M.D., Lehman A, M.D., Preadmission Care as a New Mental Health Performance Indicator . <i>Psychiatric Services</i> 53:1451-1455, Nov. 2002
10	de Coninck François et Platteeuw A. Réseaux ambulatoire et hospitalier : articulations. Lignes de force de la réflexion collective du groupe de travail 2003-2005 . Plate-forme de concertation pour la santé mentale de Bruxelles-capital
11	Depuydt C, Brusselmans M, Bertrand C, Dubois V. - La loi de protection de la personne du malade mental en Belgique : analyse de la procédure urgente - Communication au Congrès International Interdisciplinaire sur les Urgences, CIU (Abstract book p.22), Montréal, 26-30 juin 2005.
12	Desclin J., Revendications des familles des malades mentaux . SIMILES, Octobre 1998, 37 pages
13	Dickey B, PhD; Normand Sh., PhD; Hermann R.C., MD, MS; Eisen S.V., PhD; Corte's D.E., PhD; Cleary P.D., PhD; Ware N., PhD; Guideline Recommendations for Treatment of Schizophrenia The Impact of Managed Care . <i>ARCH GEN PSYCHIATRY/VOL 60, APR 2003</i>
14	du Roy de Blicquy P, Dubois V. Loi du 26 juin 1990: Évaluation du travail d'expertise dans un service d'urgence psychiatrique . <i>Louvain Médical</i> 123, Octobre 2004 pp296-304
15	Follow-Up After Hospitalization for Mental Illness . The Commonwealth Fund. December 2006. Disponible en ligne : www.commonwealthfund.org/snapshotscharts/snapshotscharts_show.htm?doc_id=376501
16	Herman CH., Schellekens A., « Brèves chroniques des longs séjours » Intervention à la journée d'étude organisée par l'Hopital Psychiatrique du Beau Vallon le 25 novembre 2004, sur le thème « Quand le temps devient traitement ». Namur. Disponible en ligne : http://www.chjt.be/colloque2005/docs/CHJTiteca_Schellekens-Herman.pdf
17	Intervention du collectif de réflexion d'usagers du GUE à l'atelier n°1 « Relations thérapeutiques, traversées au long cours ». 2ème journée de rencontre « Quand le temps devient traitement » ATELIERS. Organisée par le Centre Hospitalier Jean Titeca et centre thérapeutique et culturel « Le Gué ». 11 octobre 2005. Bruxelles. Disponible en ligne : http://www.chjt.be/colloque2005/accueil.php?IDITEM=1
18	Kisely S., Smith M., Lawrence D., Cox M., Campbell L. A., Maaten S.; Inequitable access for mentally ill patients to some medically necessary procedures <i>Canadian Medical Association or its licensors CMAJ</i> • March 13, 2007 • 176(6)

19	Knecht G, Schanda H, Berner W, Morawitz I, Haubenstock E. Outpatient treatment of mentally disordered offenders in Austria. Int J Law Psychiatry. 1996 Winter;19(1):87-91
20	Kruse G.R., M.S.; Rohland B.M., M.D.; Factors Associated With Attendance at a First Appointment After Discharge From a Psychiatric Hospital. PSYCHIATRIC SERVICES April 2002 Vol. 53 No. 4
21	L'augmentation des demandes d'expertise pour une mise en observation: symptôme de malaise urbain ? Journée de réflexion organisée par le Réseau Bruxelles Est. Bruxelles, le 22 novembre 2005. Les Cahiers de la Santé de la Commission Communautaire Française.
22	Marshall M, Crowther R, Almaraz-Serrano A, Creed F, Sledge W, Kluiters H, Roberts C, Hill E, Wiersma D, Bond GR, Huxley P, Tyrer P, Systematic reviews of the effectiveness of day care for people with severe mental disorders: (1) Acute day hospital versus admission; (2) Vocational rehabilitation; (3) Day hospital versus outpatient care. Health Technology Assessment 2001; Vol. 5: No. 21
23	Marshall M, Lockwood A. Assertive community treatment for people with severe mental disorders. Cochrane Database Syst Rev. 2000;(2):CD001089.
24	Nelson E, Ed.D.; Maruish M, Ph.D.; Axler J, M.D.; Effects of Discharge Planning and Compliance With Outpatient; Appointments on Readmission Rates. PSYCHIATRIC SERVICES © July 2000 Vol. 51 No. 7
25	Olfson M., M.D., M.P.H., Mechanic D., Ph.D., Boyer C.A., Ph.D., Hansell S., Ph.D. Linking Inpatients With Schizophrenia to Outpatient Care. Psychiatr Serv 49:911-917, July 1998
26	Olfson M., M.D., M.P.H.; Mechanic M., Ph.D.; Hansell S., Ph.D.; Boyer C.A., Ph.D.; Walkup J., Ph.D.; Weiden P.J., M.D.; Predicting Medication Noncompliance After Hospital Discharge Among Patients With Schizophrenia. PSYCHIATRIC SERVICES © February 2000 Vol. 51 No. 2
27	Plate-forme de Concertation pour la Santé mentale en Région de Bruxelles- Capitale asbl. « Commentaires et réflexions du groupe de travail » Mise en observation - Intervision » Déc 2000
28	Rapport National 1998 du RESUME PSYCHIATRIQUE MINIMUM. Ministère des Affaires Sociales, de la Santé Publique et de l'Environnement. Administration des Soins de Santé, Direction de la Politique des Soins de Santé, Cellule des Soins Psychiatriques. Bruxelles
29	Rosenfield S, Caton C, Nachumi G, Robbins E. Closing the Gaps: The Effectiveness of Linking Programs Connecting Chronic Mental Patients from the Hospital to the Community The Journal of Applied Behavioral Science, Vol. 22, No. 4, 411-423 (1986)
30	Schwartz J, Hiatt D, Hargrave G, Shaffer I, Improving Aftercare Effectiveness. GGWP-01 (08/07) © 2007 MHN, Inc.
31	Seifert D, Schiffer B, Leygraf N. Plea for forensic aftercare--results from an evaluation of forensic ambulances in Germany. Psychiatr Prax. 2003 Jul;30(5):235-41
32	Stillemans E, Roland M, Seghers A, L'application de la loi du 26 juin 1990 : constats et réflexions après plus de 10 ans. Acta Psychiatrica Belgica – N) 104/1 – 2004 – 21-39
33	Thompson E., Ph.D., M.P.H.; Neighbors H., Ph.D.; Munday Ch., Ph.D.; Trierweiler S., Ph.D.; Length of Stay, Referral to Aftercare, and Rehospitalization Among Psychiatric Inpatients. Psychiatric Services 54:1271–1276, 2003
34	Verhaegen L., « Perspectives de la politique bruxelloise de santé mentale » étude réalisée à la demande des Ministres J. Chabert et J.-L. Thys, Ministres de la Santé de la région Bruxelles-Capitale. Décembre 1991, éd. Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale.
35	Wingerson D, M.D.; Russo J, Ph.D.; Ries R, M.D.; Dagadakis CH, M.D.; Roy-Byrne P, M.D.; Use of Psychiatric Emergency Services and Enrollment Status in a Public Managed Mental Health Care Plan. PSYCHIATRIC SERVICES November 2001 Vol. 52 No. 11
36	Kopelowicz A, Wallace CJ, Zarate R, Teaching psychiatric inpatients to re-enter the community: a brief method of improving the continuity of care. Psychiatr Serv. 1998 Oct;49(10):1313-6.
37	Reynolds W, Lauder W, Sharkey S, Maciver S, Veitch T, Cameron D, The effects of a transitional discharge model for psychiatric patients. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2004 Feb;11(1):82-8.
38	Cornet S., De Clercq M., Evaluation des demandes d'avis faites par le procureur du Roi et les forces de police auprès d'un service d'urgences psychiatriques et devenir des procédures. Acta Psychiat. Belg. 1997: 192-224
39	« RECOMMANDATIONS du groupe usagers/proches sur la réorganisation des soins en santé mentale » Psytoyens – Similes - Mars 2010
40	Luc Van Campenhoutd, Abraham Franssen et Fabrizio Cantelli , La méthode d'analyse en groupe , Explication, applications et implications d'un nouveau dispositif de recherche , SociologieS [En ligne], Théories et recherches, mis en ligne le 05 novembre 2009 .
41	Richard A. Krueger & Mary Anne Casey, Focus groups, a practical guide for applied research , Sage Publications Inc. London, 2000
42	Duschesne S., Heagel F., L'entretien collectif , Armand Colin, 2008

43	Scott J. Social network analysis: a handbook . 2nd ed ed. London: SAGE Publications, 2000.
44	Provan KG, Fish A, Sydow J. Interorganizational networks at the network level: A review of the empirical literature on whole networks . Journal of Management 2007 Jun;33(3):479-516.
45	Borgatti SP, Mehra A, Brass DJ, Labianca G. Network Analysis in the Social Sciences . Science 2009;323(5916):892-5.
46	Provan KG, Milward HB, Isett KR. Collaboration and integration of community-based health and human services in a nonprofit managed care system . Health Care Management Review 2002;27(1):21-32.
47	Provan KG, Milward HB. A Preliminary Theory of Interorganizational Network Effectiveness - A Comparative-Study of 4 Community Mental-Health Systems . Administrative Science Quarterly 1995 Mar;40(1):1-33.
48	Nicaise P, Tulloch S, Dubois V, Matanov A, Priebe S, Lorant V. Assessing Inter-Organisational Mental Health and Social Care Collaboration using Exploratory Social Network Analysis , as Applied to Brussels and London (à paraître).
49	Glasbu J. & Dickinson, International perspectives en Health and Social Care, Partnership Working In Action , Blackwell Publisching, 2009
50	Sayse Liz, From psychiatric patient to citizen, Overcoming discrimination and Social Exclusion , Palgrave, 2000
51	Danielle D'Amour, Lise Goulet2, Jean-François Labadie, Leticia San Martín-Rodriguez and Raynald Pineault, A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations , BMC Health Services Research 2008, 8:188
52	Robinson, J.C., Theory and Practice in the Design of Physician Payment Incentives , The Milbank Quarterly, Vol. 79, No. 2, 2001