



Proposition de projet: Hermes Plus

Territoire: Centre de Bruxelles

Groupe Cible: adolescents et adultes

Candidat promoteur: Clinique Sanatia ASBL

Données de contact: Patrick Janssens p/a DGGZ-CSM Antonin Artaud, Grootgodshuisstraat 10, 1000 Brussel 02/218 33 76, patrickjanssens@advalvas.be
Evelyne Chambeau. Clinique Sanatia ASBL. Rue du Moulin, 27-29 1210 St Josse. 0495/774316
evelyne.chambeau@skynet.be

1. Explication sur la vision du projet

Les soins psychologiques et psychiatriques sont marqués par une multiplicité de problèmes, différentes phases dans lesquelles les patients **peuvent se situer**, de même que **de** multiples formes de soutien et d'aide spécialisées.

Offrir les soins les plus adaptés **et cela dans le** milieu de vie **même** des patients, sont le défi et la mission que se donne ce réseau.

Les points de départ du réseau "Hermes Plus" sont les suivants:

Un réseau existe grâce aux relations fonctionnelles entre les différentes organisations(différents acteurs). La mission et la fonction de ce réseau est de veiller **à son propre développement**, et constitue de ce fait le point principal d'attention. Il n'existe pas de réseau sans des relations continues et structurées, il s'agirait alors seulement d'un rassemblement de prestataires de soins, dans un domaine commun.

- il faut tenir compte de la situation spécifique **de** chaque territoire. Dans la région bruxelloise, nous distinguons, plusieurs groupes cibles très spécifiques. De ce fait, le réseau développe pour ces groupes cibles spécifiques, des moyens de communication adaptés, de même que des techniques, avec la collaboration d'équipes spécialisées (pour les patients psychiatriques à domicile, patients psychiatriques qui se trouvent dans la phase complexe d'orientation, de même que les patients dans l'évitement des soins à domicile).

- Le réseau part du principe de dispenser et d'offrir les soins aussi près que possible du milieu de vie du patient et désire faire appel aux droits et aux dispositifs à la portée de chaque citoyen.
- Le réseau est centralisé et se compose de partenaires individuels.
- Le réseau cherche à offrir les meilleurs soins, répondant aux besoins du client. Ces soins évalués doivent conduire à éviter de dispenser des soins qui ne sont pas nécessaires ou qui sont superflus, ce qui amènerait à une forme d'enfermement des soins.
- Le réseau est bien équipé de toutes les formes de soins psychiatriques, résidentiels, semi-résidentiels et ambulatoires. Une collaboration étendue existe entre les services de santé mentale, soins à domicile, soins de première ligne et médecins traitants. Sur cette base, le réseau constitue une collaboration explicite afin de s'accorder sur les soins à dispenser.
- Les possibilités de soins existants, sont investis de manière à correspondre aux buts fixés par le réseau, les partenaires impliqués souscrivent à ces buts.
- Le réseau donne une attention particulière à une forme responsable, un suivi continu dans le cadre d'une réorientation.
- Le réseau offre des soins, qui sont à la disposition – sous toutes ses formes – dans les deux langues nationales. De surcroît, il existe des dispositifs spécifiques dans d'autres langues.
- Le réseau est un circuit ouvert. Aux côtés des partenaires officiels, qui sont impliqués dans le développement du réseau, sur le terrain, il existe une collaboration avec d'autres prestataires de soins et services – émanant également d'autres secteurs – qui se joignent à ce projet.
- Au sein du réseau, ce sont les soins qui ont une place centrale, pas les institutions, ni les différents prestataires de soins.
- Le réseau prend l'initiative d'évaluer sa pratique et ses résultats à l'aide d'une enquête scientifique. A ses fins, une enquête de satisfaction est en cours auprès des prestataires de soins qui étaient impliqués par le Projet thérapeutique Hermes. Cette enquête scientifique indépendante est exécutée par le bureau d'investigation "Lucas". Les résultats sont attendus en mai 2011, et permettront d'évaluer la pratique en réseau, ceci sous tous ses aspects, de même, que d'insister sur l'importance du "réfèrent". (Voir Annexe I).

- Suite à cette enquête et à ses résultats, le réseau pourra prendre les initiatives nécessaires afin d'adapter ou de proposer d'autres mesures afin de répondre à d'éventuels besoins ou fonctions additionnels.

2. Groupe cible

1. Le projet Hermes Plus s'adresse à toutes personnes (adolescents et adultes) ayant des problèmes psychologiques ou psychiatriques, ainsi qu'à leurs familles et cela, en tenant compte de leurs contexte social.

Le réseau ne fait aucune distinction entre les bénéficiaires et cela qu'ils se trouvent déjà être connus du réseau, qu'ils viennent du secteur de la santé mentale, de structures de soins psychiatriques, ou encore qu'ils aient un suivi extérieur à ces différents secteurs.

En plus de s'adresser aux patients qui se trouvent dans le circuit classique des soins, le projet se donne comme but de se pencher sur les problèmes de groupes cibles plus spécifiques qui existent dans la région bruxelloise (voir point 2).

2. Plusieurs partenaires du réseau bénéficient d'une grande expérience, d'une offre d'aide et de méthodes spécifiques concernant des groupes cibles difficiles à atteindre, tels que:

- les patients qui évitent de recevoir des soins;
- les patients qui, malgré ce qui est mis en place, ne sont pas reçus dans les structures classiques de soins;
- les patients qui se retrouvent et survivent dans des réseaux d'aides informels qui leurs prodiguent des soins inadaptés;
- les patients qui se trouvent dans une phase d'orientation compliquée.

Cette attention portée à ces groupes cibles, nous permet de constater que beaucoup de nos partenaires sont en contact avec de nombreux patients souffrant de troubles psychiatrique mais qui n'entrent pas dans ce circuit de soin spécifique alors qu'ils pourraient néanmoins être atteints. Le bureau d'investigation "Lucas" évalue que seulement 25 % des patients faisant partie de ce groupe sont pris en charge par les soins psychiatriques (voir annexe 2.)

3. Objectifs

Les objectifs doivent être formulés à différents niveaux: au niveau des soins, des patients, des travailleurs, de la famille et les structures sociales annexes.

- a. Les soins

Les points de départ des soins ambulatoires sont:

- Se diriger vers *des soins les plus appropriés et dans un délai le plus court*. *Les soins appropriés représentent un équilibre entre "Besoin et Offre" et dépendent des "Moyens et possibilités du réseau"*.
- Etre transparents au niveau des soins offerts et **prévoir** l'inclusion des patients dans les choix à prendre.
- Mettre en oeuvre au niveau de l'organisation des soins, un maximum de structures, qui sont disponibles pour les soins **"réguliers"** et pour les soins de patients psychiatriques.
- **Les soins sont prioritaires, pas les institutions, ni les prestataires de soins.**

Ces buts se concrétisent en sous rubriques qui sont variées **et sont** indépendantes de la fonction (fonction 1.... Fonction 5) que les prestataires de soins offrent:

b. Les prestataires de soins

Afin d'optimiser les objectifs de soins, les prestataires de soins sur le terrain doivent développer une prise de connaissance, de ce qui est offert en de matière de qualité de soins .

- **Actuellement, ce qui est mis à disposition, l'est uniquement au service de la trajectoire de soins de l'utilisateur. L'institution et ses prestataires donnent beaucoup de responsabilité aux patients et prennent peu en compte, ni en charge toutes les facettes de leurs vies quotidiennes. Le développement d'une culture de soins qui prendrait plus en compte ces questions constitue une des priorités du réseau.**
- **En offrant des soins nouveaux et plus complets, un des points essentiels du circuit de soins, la garantie de ce qui constitue la priorité du réseau, est respectée et maintenue.** Cela est permis, dès le départ, en impliquant le patient dans la trajectoire de soins, en l'informant, au fur et à mesure des étapes, ou dans la réorientation, en l'impliquant dans la planification de la fin d'un séjour. Le suivi aura souvent lieu dans la structure d'accueil du patient.
- **La transparence et une communication claire au patient sont des points essentiels et prioritaire. La formation et la supervision seront essentiels pour atteindre cet objectif. Le réseau prendra cette initiative ou soutiendra toute initiative déjà existante.**

c. Le patient:

Hermes Plus s'adresse aux patients psychiatriques qui se trouvent dans des structures résidentielles, ou en soins ambulatoires. Il n'existe aucun critère d'exclusion.

- Les patients seront confrontés à une institution de soins, qui leur offrira une aide plus transparente et de ce fait, une offre d'aide, plus vaste, plus variée, plus nuancée. Ceci demandera une adaptation de la part des patients. Les patients se comporteront de manière plus responsable concernant leur trajet au sein des institution de soins et seront moins livrés à aux différentes institutions.

d. La famille:

Les plateaux de concertations, qui développés depuis un temps certain, donnent aux familles, aux institutions sattesites, aux partenaires du circuit social, et aux personnes faisant partie du circuit social, une participation dans le planning des soins, et leur donne un statut individuel dans le développement des soins, devront être développés et être inclus dans le réseau.

4. Délimitation du domaine d'activité géographique

Territoire

Le territoire du projet concerne une partie de Bruxelles. Les partenaires sont essentiellement concentrés autour du "Nord-Centre-Ouest et Sud-Ouest". Ces régions, sont représentées dans la Cartographie de "l'Observatoire pour la Santé mentale de Bruxelles" comme concernant les groupes les plus vulnérables de la population de Bruxelles (Laeken, Bruxelles, Molenbeek et Anderlecht).

Dans un premier temps, le projet se délimitera à une région plus restreinte, qui se concentrera sur le centre de Bruxelles. Ceci ne nous amène pas nécessairement à un appauvrissement de l'offre , ni à une diminution des possibilités des cinq fonctions du projet. La fonction 2 A, notamment – qui est à nos yeux, la partie la plus difficilement réalisable de notre projet – peut mieux s'adapter, mieux se développer pendant la phase expérimentale, si nous limitons le territoire géographique de son action. Si, pendant l'élaboration de la première phase de 2 ans du projet, une méthodologie et l'expérience peuvent être élaborés, dans la région ainsi délimitée, un "know how" peut servir et sera adaptable aux autres teritoires , considérées comme "moins difficiles et complexes" au sein de la Région capitale.

L'offre dans la région

Le Centre de Bruxelles est un environnement qui abrite un réseau de soins ambulatoires très vaste. Des services francophones, Bi-communautaires et flamands sont situés dans cette région.

Ils offrent, des réseaux de soins tant résidentiels, qu'ambulatoires, de première, deuxième et troisième lignes. Toutes les formes de travail communautaire, ambulatoire et résidentiel sont disponibles. Ces structures et offres sont disponibles dans les deux langues nationales. En dehors de la disponibilité des “**ICB's (médiateurs interculturels des Centre de santé mentale Bruxelles, Sanatia...)** l'offre linguistique s'étend vers bien d'autres langues (arabe, turque, polonais, rwandais,...) En faisant appel à **ICB** ou à des interprètes sociaux de 'Bruxelles Accueil, pratiquement toutes les langues sont disponibles dans la région bruxelloise.

Aller à la rencontre des groupes cibles

Les problèmes psychologiques et psychiatriques classiques rencontrés dans cette région, qui existent également ailleurs, sont plus spécifiques à certains groupes cibles, plus précis Ceci est en relation directe avec la fonction et la puissance d'attraction de la capitale, exercée sur certains groupes et également en relation directe avec le développement historique de la ville.

Certains partenaires individuels, développent à l'aide de leurs moyens propres ou à l'aide **de subsides spécifiques**, des stratégies de travail dirigés vers des groupes cibles différents. Il s'agit d'apporter de l'aide aux personnes démunies qui n'ont pas – ou de façon limitée – accès **aux soins**, ou ne sont pas en relation avec des réseaux d'aide (SMES) des patients psychiatriques qui vivent à la rue (asbl Diogène) de même que des patients psychiatriques en phase de transition difficile (PT Hermes), **d'autres qui se trouvent dans des lieux** accueil pour sans abris (asbl Chez Nous) de même que des patients psychiatriques qui cherchent un logement libre quotidien (Den Terling)...

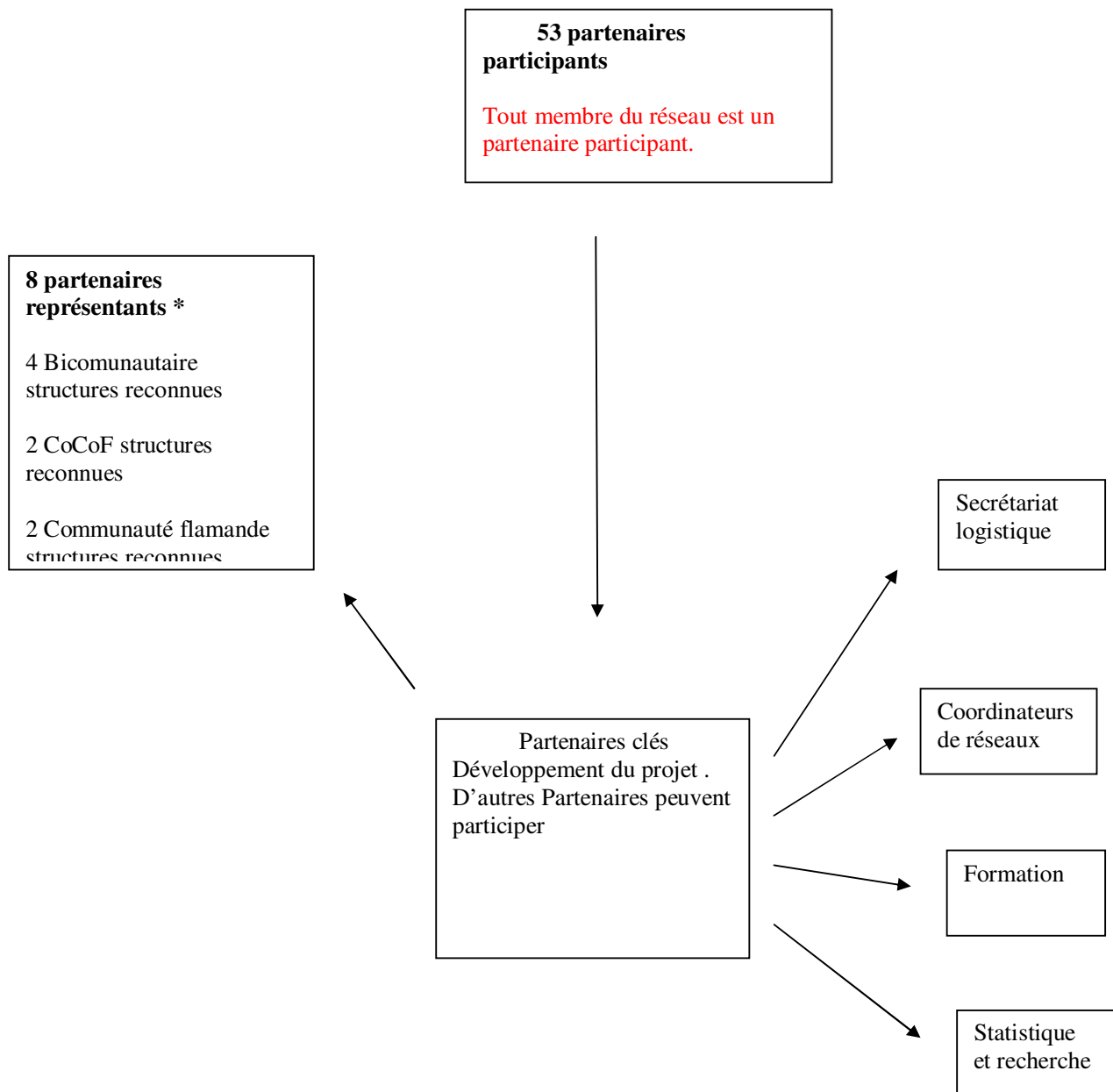
Ces institutions nommées ci-dessus, sont accessibles aussi bien pour les patients francophones que néerlandophones et pour les patients d'autres origines et langues.

Ces différentes institutions ont grandement contribué aux dossiers actifs de PT Hermes.

Certaines de ces institutions sont aujourd'hui partenaires de PT Hermes.

5. Description de la nouvelle structure

5.1 Composition du réseau



- Dans l'organigramme actuel d'Hermes, les organisations suivantes forment le groupe "représentation des membres": **4 Bicommunautaire** structures reconnues (asbl/vzwDiogenes, CSM/DGGZ A.Artaud, CHU Brugmann, **vacant**), 2 CoCoF structures reconnues (CSD, UCL St.-Luc), 2 Structures reconnues de la Communauté flamande (CGGZ -Brussel, Den Teirling). Ces structures seront adaptées dans le cas où Hermes Plus sera créé et suite à cette création, certains partenaires ne désireront peut être plus en faire partie ou de nouveaux partenaires se présenteront.

•

Partenaires représentants (responsables du projet)

En ce qui concerne la responsabilité du réseau, il existe 4 places CoCom – services reconnus, 2 CoCoF – services reconnus et deux services reconnus par la Communauté flamande. La préférence est donnée aux services, qui d'office, amènent leur personnel.

Les services ambulatoires et résidentiels issus du secteur social et d'autres services qui offrent une coordination auront une place. Ce groupe devra choisir un président.

Les Partenaires représentants sont – au même titre que tous les membres du circuit – invités à la réunion des Partenaires clés.

Les partenaires représentants suivront les propositions des partenaires clés.

Les décisions seront prises par le collège à l'unanimité des votes. S'il y a des désistements, le président du réseau tranchera.

Comme les partenaires différents occupent en général plusieurs des 5 fonctions, chaque fonction dans ce groupe devra être représentée. Si nécessaire une procuration pourra être donnée pour que chaque fonction soit représentée.

Partenaires clés (Développement du projet)

Tous les partenaires qui s'inscrivent dans le développement du projet. Ce groupe peut être divisé en sous-groupes afin d'organiser des liens de collaborations spécifiques. Ce groupe de Partenaires clés est le moteur du réseau et – si possible – sera dirigé par un ou plusieurs des partenaires "représentants du réseau".

La raison de cette structure est de stimuler la participation des membres, et dans la mesure du possible, de les maintenir à long terme dans le réseau. Afin de remplir ce rôle, nous cherchons des partenaires ayant une implantation importante et une ancienneté dans le secteur de prestataires de soins à Bruxelles. La participation de chaque membre participation à cette fonction sera rémunérée par le réseau. Nous disposons de 30.000 euro par an afin de rémunérer cette participation.

Coordination du réseau (Coordinateur de réseau)

Un coordinateur de réseau (1ETP) sera engagé, qui sera assisté par un collaborateur. Le choix de cette équipe (qui a la mission de coordonner le réseau) est impératif – surtout dans la phase de démarrage. Le coordinateur et son collaborateur se porteront garants pour la continuité du projet et la responsabilité.

Partenaires participants

Le réseau se compose de 53 partenaires participants. Chaque partenaire, signataire, peut participer, s'il le désire aux activités dans le cadre du "développement du projet".

Actuellement le réseau se compose de partenaires qui veulent participer au développement de Hermes Plus, repris dans le tableau qui suit.

Ce tableau a été composé en fonction des réponses des partenaires quant à la question "dans laquelle des 5 fonctions votre institution se situe" et "dans quelle mesure correspondent vous à cette fonction" (score de 1 à 5 où 1 signifie plus ou moins et 5 maximum).(voir annexe 3).

Comme au sein d'Hermes Plus, plusieurs organisations participent déjà à la coordination des soins , une fonction 6 "Coordination", considérée comme essentielle a été ajoutée.

Aucun partenaire de PT Hermes n'a donné sa démission. D'autres organisations se sont ajoutées. Ceci nous donne la liste qui suit, de partenaires probables pour le réseau Hermes Plus.

En procédant à l'analyse de celle-ci, les chiffres peuvent sans aucun doute aider dans la formation de la représentation du groupe de partenaire d'"Hermes Plus".

	Fonction1	Fonction 2A	Fonction 2B	Fonction 3	Fonction 4	Fonction 5	Coord.
Nombre/ instances/53	40	9	35	43	21	21	10
Score total	127	14	93	151	78	88	
Score Moy	3	2	2,65	3,5	3,7	4,2	

Institution/Service	F 1	F 2 a	F 2b	F 3	F 4	F 5	C
1 . CHU Brugmann – psychiatrie service 74	3		5	4	5		
2 Familiehulp	4						X
3 SSM L'Eté	5		5	4			
4 Psymobile asbl	1			3			X
5 SPAD Prisme-Nord-Ouest	4		3				
6 Initiatief/Initiative BW/HP Antonin Artaud			2	4		5	X
7 Begeleid Wonen Brussel	3		2	3	1		X
8 PVT/MSP Sanatia	2		2	3		5	
9 Clinique neuro-psychiatrique Sanatia	2		2	2	5	1	
10 Coin des cerises	3		2	3			
11 PTZ Lila	4		4	5			X

12	CHU St.-Pierre	2		4	3	5		
13	Beschut Wonen Primavera			2	4		5	
14	UZ Brussel					5		
15	Source asbl	2		2	4		5	
16	Entre Autres HP	3		3	3		5	
17	Wops de Nuit			2	5	5		
18	CSM L'Adret	4		2	3			
19	Hôpital Molière Longchamps	2		3	3	5		
20	Diogènes asbl/vzw	2	2	4	3		2	
21	DGGZ/CSM Antonin Artaud	5	1	5	4			
22	Zorgequipe/equipe de soins Annexe Vorst	2			5		5	
23	PSC Elsene			4	4	3		
24	CGGZ Brussel	5	1	5	4			
25	CSD	4						
26	Cliniques de l'Europe	3		3	3	5		
27	Home Baudouin	3		1		3		
28	Maison Médicale Santé Plurielle	5	2	2				
29	PVT/MSP Schweitzer	2		2	4		5	
30	BW De Nieuwe Thuis			2	4		5	
31	Den Teirling				4			
32	PVT Thuis			2	4		5	
33	UCL St-Luc	4		3	3	5		X
34	Institut Pacheco	3			2	5	4	
35	Dionysos II	3			2			X
36	Foyer de L'Equipe	3	1	1	5	1	4	
37	Bij Ons/Chez Nous vzw/asbl	3		2	5			
38	Prélude HP	3	2	2	3	3	5	
39	PTZ PsyCoT	4			3			X
40	TP/PT Hermes							X
41	Réseau Bxl Est							X
42	Centre Hospitalier Jean Titeca	3		2	4	4	5	
43	Eole Psy	4						
44	Le Canevas	2		3	5	1	1	
45	vzw Mandragora				3		5	
46	vzw Festina Lente				3		5	
47	Huize Jan De Wachter				2		5	
48	La Pièce	3	1	1	1	3	5	
49	Code	3			5	3	1	
50	Crit	3			5	3		
51	Imago	3			5	3		
52	Babel	5	3	3				
53	CJA	3	1	1	5	5		

1. Dr. Geerke Steegen

Françoise Weil

2. Serrien Katrien

3. Luxereau Cathérine

4. Depasse Gauselm

5. Julie Oderno

Michel Van Den Bussche

CHU Brugmann psychiatrie – Unité 74

Familiehulp

SSM L'Eté Anderlecht

Psymobile asbl

SPAD Prisme-Nord-Ouest

6. Lisson Kristof	Initiative/Initiatief HP/BW Antonin
Sakai Lilas	Artaud
7. Klaar Desmaele	Begeleid Wonen Brussel – project
Valentine Lebacq	Bruggenbouwer
8. Pedro Ortiz	MSP Sanatia
Etienne Buysse	
9. Dr. Laurence Ayache	Clinique neuro-psychiatrique Sanatia),
Chambeau Evelyne	asbl Sanatia
10. Martens Stéphanie	Coin des Cerises
11. Iris Deconninck	PTZ Lila
Lieve Van Den Broeck	
12. Dr. Serge Zombek	CHU St.-Pierre
13. De Vos Krisitien	Beschut Wonen Primavera
14. Dr. Baeken Chris	UZ Brussel
15. André Virginie	Source asbl
16. Vandenbussche Michel	Entre Autres HP
17. Demoortel Nadine	Wops de Nuit
18. Bernadette Vermeylen	CSM L'Adret
19. Biard Nathalie	Hôpital Molière Longchamps
Isabelle Favry	
20. Laurent Demoulin	asbl/vzw Diogenes
21. Patrick Janssens	CSM Antonin Artaud
22. Mathieu Vansantvoet et	Equipe de soins prison Forest et
Glibert Serge	Berkendael
23. Véronique Vercruyssen	PSC Elsene
24. Julienne Wyns	CGGZ Brussel
25. Carine Van Droogenbroeck	CSD
26. Dr. De Hertogh	Clinique de l'Europe
27. Blondiau Philippe	Home Baudouin
28. Dr. Michel Roland	Maison Médicale Santé Plurielle
29. Linda Van Roy	MSP/PVT Schweitzer

30. Anne Van Goidsenhove	BW De Nieuwe Thuis
31. Marijke Bosserez	Den Teirling
32. Rita Braet	PVT Thuis
33. Virginie Laval	UCL St.-Luc
34. Dr. Brand Daniel	Institut Pacheco
35. Kara Mazlum	Dionysos II
36. Dr. Michel Dewez	Foyer de l'Equipe
37. Jan Verellen	Bij Ons/Chez Nous vzw
Bart De Win	
38. Van De Wijngaert Thierry	Prelude HP
39. Greta Leire	PsyCoT
40. Patrick Janssens en partners	TP Hermes
Valerie Velle	
Greta Leire	
41. Stefanie Martens	Réseau Bxl Est
42. Dr. Seutin Alain	Centre Hospitalier Jean Titeca
Eeman Virginie	
43. Françoise Weil	Eole Psy
44. Eveline Chambeau	Le Canvas
45. Suzy Maes	VZW Mandragora
46. Suzy Maes	VZW Festina Lente
47. Lieven De Schepper	Huize Jan de Wachter
Evelien Vlasselaer	
48. Dr. Serge Bechet	La Pièce
49. Dr. Françoise Honhon	Babel
50. Dr. Giovanna Jannuzzi	Crit
51. Dr. Nicole Calevoi	Imago
52. Dr. Ernio Ranalli	Code
53. Dr. Véronique Delvenne	CJA

5.1.3. Déterminations

L'on remarquera en lisant cette liste, que presque tous les partenaires se proposent pour plusieurs "fonctions" du modèle théorique de la Majorité fédérale.

Ceci constitue une valeur ajoutée qui découle de plusieurs éléments:

- En grande partie, le réseau réalise les 5 fonctions sur base des services existants. Ceci est conforme à la Majorité bruxelloise.
- Bruxelles Capitale possède un grand nombre de services et d'organisations qui travaillent dans les soins ambulatoires. Il existe peu de possibilité d'hébergement, depuis des décennies, d'autres solutions, d'autres alternatives ont été cherchées, dans les structures plus ambulatoires.
- Offrir des soins à long terme dans un environnement possédant des structures ambulatoires, signifie également que les phases que traversent les patients (qui se retrouve dans la structure théorique des 5 fonctions) devrait amener à mettre en place une organisation et une offre de soins appropriée.
- Au vu du grand nombre de services existants, de nombreuses structures se sont développées en accord, côte à côte. Ceci nous amène entre autres au développement et à la coordination des structures (fonction 6). Certaines de ces "good practices" ont été utilisées de façon étendue comme modèles à l'étranger.
- Le réseau devra développer de nouvelles activités (fonction 2A). Pour mettre ces activités en place, des moyens supplémentaires devront être cherchés. Actuellement le nombre de "lits psychiatriques" ne permet pas d'organiser la fonction 2A de manière optimale. Des fonctions du secteur ambulatoire seront rajoutées.

En ce qui concerne le réseau la fonction 2B, elle s'appuiera sur les institutions et organisations qui offrent déjà cette fonction à un grand groupe de patients.

5.1.4. Fonctions manquantes

La fonction 2A est la fonction qui n'est remplie que partiellement quant aux attentes. Ceci demandera plus de négociations avec des partenaires et instances, qui devront assurer que cette fonction pourra être complétée. Il existe, néanmoins déjà des accords avec des partenaires de soins ambulatoires, afin de mettre à disposition pour la fonction 2A des membres du personnel. De surcroît, un ou plusieurs partenaires appartenant aux structures hospitalières sont prêts à mettre à disposition rapidement leur structure pour composer une équipe 2A et 2B mobiles pour le réseau.

5.2 Distribution des tâches dans le réseau

5.2.1. Mission du réseau Hermes Plus

La collaboration des partenaires au sein de plusieurs fonctions entraîne:

- S'inscrire dans le concept "(balanced psychiatric care) concept dans lequel, il faut faire appel le plus possible aux structures régulières à disposition.
- S'assurer de la qualité de leur fonction(s) et si possible s'orienter plus vers le secteur ambulatoire.
- Par l'orientation et le renvoi vers les structures déjà existantes – et celles encore à développer – respecter les accords de collaboration.
- Dans le cas d'orientation ou de renvoi complexes vers d'autres structures, se consulter, éventuellement par le biais de méthodes de concertation déjà en place.

5.2.2. Concrétisation

La mission sera concrétisée par les éléments suivants:

- Le réseau Hermes Plus ne remplace pas de structure existante.
- Le réseau a comme but de surtout travailler les relations sous-jacentes, les accords et la communication.
- Le réseau sensibilise, invite et aboutit à des soins psychiatriques communautaires.
- Le réseau forme et soutient les prestataires de soins.
- Le réseau identifie les lacunes, et tente de les résoudre et de les éviter, **dans un premier temps** par "l'analyse, l'organisation et la collaboration" .
- Le réseau signale les lacunes aux instances.
- Le réseau cherche des formes de communication fiables, afin d'être mieux au courant des trajets de soins et des circuits des patients. La vie privée du patient reste prioritaire face à l'efficacité.

5.2.3. Le Référent

Pour certains patients qui se trouvent dans le circuit de soins, nous ferons appel à un référent, ceci avec l'intention que le processus d'orientation et le renvoi vers d'autres structures, **puisse se faire avec un accompagnement plus explicite**. De même lorsque la complémentarité et la collaboration étroite entre différents prestataires de soins semble essentielle.

Les référents seront mis à disposition par les différents partenaires qui ont déjà acquis une expérience positive, **et une expertise dans le développement de ces méthodes. Plusieurs scénarii sont possibles, soit les prestataires de soins remplissent eux-mêmes cette fonction de référent, soit ce rôle est transmis à d'autres services, qui sont directement concernés par le patient.**

Le référent se verra proposé une formation et une intervision.

Pour certaines structures, des relations ont déjà été mises en place afin d'assurer une collaboration. La relation entre le secteur ambulatoire et les soins résidentiels psychiatriques est en plein développement (Hermes); la relation entre l'accueil résidentiel (CAW-CSM Bruxelles) et le secteur ambulatoire de la santé mentale, a déjà dépassé la phase de développement.

5.2.4. Description des fonctions

5.2.4.1. Fonction 1

Dans cette fonction ou groupe de services, se situent entre autres des équipes de **CGG's als PTZ**.

Ce groupe de prestataires de soins est composé de partenaires qui sont concernés et actifs pour des projets spécifiques de collaboration dans les secteurs ambulatoires psychiatriques autour du patient. Les **De CGG's** sont le premier partenaire. Les **CGG's** qui sont impliqués dans Hermes Plus, se distinguent par les soins psychiatriques ambulatoires qu'ils offrent souvent sous forme de soins mobiles. . Ces équipes multidisciplinaires jouent un rôle essentiel dans la continuité des soins apportés au patient dans son milieu de vie. Ils contribuent également dans le processus de décharge et d'admission en milieu hospitalier, ils peuvent prendre en charge le suivi psycho-social, de même que le suivi psychiatrique ambulatoire. Ils font donc partie intégrante du réseau des prestataires de soins autour du patient à domicile.

De même, certaines activités de Projets Psychiatriques à domicile (Projecten Psychiatrisch Thuiszorg PTZ) s'insèrent dans cette fonction. Les patients qui sont signalés par les soins à domicile, sont souvent les patients, pour qui le soutien des équipes des **(PTZ)**, fait la différence entre une prise en charge en milieu psychiatrique **ou le maintien des soins à domicile. L'élaboration de cette fonction – surtout dans la région bruxelloise, où existent des milliers d'habitations sociales – contribue de manière importante – à empêcher l'envoi abusif en**

milieu résidentiel psychiatrique. Elle devrait remplir dans le contexte de la réforme, un rôle essentiel dans la détection, prévention et l'intervention rapide.

Différents partenaires issus du secteur ambulatoire **CGG**, possèdent une expérience en matière de collaboration proactive avec les services **PAAZ (CGGZ Brussel /AZ VUB)** ou encore avec les Groupes de consultation médicales (**CGGZ Bruxelles**) / Centres de santé mentale de quartiers tel que Medikuregem) donc avec les centres de santé mentale de première ligne.. Les **CGG's** remplissent grâce à cette collaboration avec les médecins traitants, CAW's, les services communaux et locaux une fonction qui les relie aux intervenants de première ligne qui se joignent à d'autres domaines tels que logements, travail, bien-être, éducation etc...

Les CGG se situent dans leurs engagements dans les activités préventives et dans leur fonction au sein du protocole de suicide (tentatives, idéations, signes...). Les patients et leur entourage peuvent dans les 48 heures obtenir un rendez-vous prioritaire. Le "screening" de cette fonction, permet de peser si la nécessité s'impose de faire appel à des prestataires de soins intensifs ambulatoires, ce qui nous renvoie au lien avec la fonction 1.

La prise de connaissance, la sensibilisation et la suite d'actions à mettre en place auprès des services de première ligne, doivent ici également être élaborés.

.

5.2.4.2. Fonction 2

Nous devons faire une distinction entre les fonction 2A et 2B, car ces fonctions s'adressent à des groupes cibles différents et devront être élaborés autrement avec d'autres moyens et d'autres méthodes, Là où la fonction 2A est mobile et à un enjeu à n'importe quel moment et n'importe quel lieu de la région de travail; la fonction 2B est mobile et se situe autour de clients qui sont connus et qui ont le désir d'être accompagnés de manière intensive dans le secteur ambulatoire. L'élément "proximité et disponibilité" joue un rôle essentiel dans la fonction 2B. La fonction 2B est par définition "locale" et répartie sur le territoire. En ce qui concerne la fonction 2A, un "back up" sérieux, avec un accès immédiat à l'admission est indispensable.

Fonction 2A

La fonction 2A doit s'assurer que les patients présentant des difficultés psychiatriques ou psychologiques, puissent être admis le plus vite possible en cas de besoin. Cette fonction devra dorénavant s'assurer que les patients présentant des difficultés psychiatriques ou psychologiques, n'ayant pas besoin de prise en charge, ne soient pas admis en milieu psychiatrique.

La fonction 2A, telle qu'elle devra fonctionner, offrira des soins ambulatoires en état de crise en médiation avec les soins ambulatoires.

Cette fonction doit s'assurer que les personnes avec des plaintes psychologiques n'atterrissent d'office dans le secteur de soins résidentiels, mais qu'ils soient reçus par les structures des soins ambulatoires. La mobilité constitue un élément important dans ce contexte. La clé de cette fonction est le choix de ne pas faire admettre des patients sur la base de la première demande ou de la première démarche. C'est ici qu'une équipe expérimentée, des rendez-vous bien menés autour de l'accompagnement, une période d'intervention déterminée, sont les ingrédients essentiels.

Afin de mener cette mission à bien, nous devons pouvoir faire la distinction entre les personnes en situation de crise, qui sont connus des services d'aide ou non.

Patient ayant un lien avec les services de soins

Au sein de la fonction 2A, il faut faire une distinction entre les patients en état de crise – et qui ont au sens large du terme – un lien avec des services de soins. Ce groupe se distingue – dès la première intervention – du groupe de personnes qui ont “un comportement de crise”, mais pour qui il n'y a pas de prestataires de soins. Cette distinction doit permettre d'évaluer s'il paraît réaliste d'envoyer une équipe mobile vers une situation de crise.

Si le patient n'a aucun lien –si tenu soit-il- avec un quelconque prestataire de soin, et donc sans information édifiante, une équipe mobile de prestataires de soins, n'est pas équipée pour être confrontée à une telle situation. Une telle situation, ne garantit ni la sécurité du patient, ni celle de l'équipe intervenante.

L'équipe mobile pourra par contre agir, si la situation a été mieux évaluée, et évitera que seules les personnes qui portent les symptômes de la situation conflictuelle, deviennent à chaque fois le patient identifié.

De cette façon, une équipe mobile peut contribuer à l'hospitalisation des patients qui en ont réellement besoin et éviter les hospitalisations inutiles.

Cette fonction est cruciale et le talon d'Achille de cette réforme.

Il est donc conseillé que cette fonction 2A se compose d'une équipe de professionnels expérimentés et indépendants, avec un grand sens de responsabilité. Cette équipe est mobile et ne doit pas agir dans la hâte.

Cette équipe se compose d'un nombre de prestataires de soins, qui peuvent intervenir rapidement sur place. En fonction de la capacité d'évaluer l'étendue de la situation de crise, ils doivent pouvoir prendre le risque de faire autre chose que de faire hospitaliser la personne se trouvant en état de crise. La “responsabilité” en

relation directe avec "l'évaluation du risque" se trouve représenter la plus grande difficulté, et devra faire l'objet d'une étude juridique.

Cette équipe se compose de professionnels expérimentés, qui ont l'habitude de ce genre de situation. Ils ont dans ce projet de collaboration un accès direct aux soins ambulatoires subsidiés. Cette équipe a à sa disposition dans un délai très court, des lits d'hôpitaux pour une prise en charge de courte ou de longue durée (afin de permettre (si nécessaire) une hospitalisation).

Puisque le départ et l'admission vers une prise en charge résidentielle dépend de la disponibilité de lits, la coordination avec la fonction 1 est indispensable. Cette collaboration peut se structurer sur plusieurs niveaux. Aussi bien sur base d'une collaboration structurée, qu'à travers une collaboration proactive, la fonction 1 peut contribuer à faciliter et avancer la sortie d'une institution résidentielle psychiatrique.

Relation avec les services de santé mentale ambulatoires.

Les soins ambulatoires s'engagent à inclure endéans les premiers 30 jours suivant la crise, d'inclure ces patients dans une structure de soins ambulatoires multidisciplinaire.

Pour les patients présentant des idéations suicidaires, on peut faire appel au **CGGZ-Bruxelles**, auprès du "Protocole de prévention de suicide", ces patients auront un rendez-vous dans les 48 heures and un CSM de leur région.

Relation avec les hôpitaux

L'hôpital Sanatia – et sans doute d'autres partenaires hospitaliers (en négociation) – pour les patients suivis dans la fonction 2A, pourra organiser rapidement une admission en milieu psychiatrique. Ce back-up représente pour l'équipe mobile une partie essentielle à la fonction 2A.

Relation aux dispositifs coercifs.

La création d'une équipe mobile n'exclut pas la mise en observation. Elle ne représente, pas non plus, une alternative pour cette forme d'intervention.

Relation à la police

Pour les personnes en crise, qui n'ont aucune relation avec les réseaux d'aide et de soins – dans le sens le plus large du terme – l'intervention de la police restera privilégiée. Les prestataires de soins sont équipés différemment que la police. Une bonne collaboration entre les deux doit être développée, afin d'assurer la **sécurité du patient, des agents de police et les prestataires de soins.**

Relation avec le médecin traitant

Les médecins traitant font partie des prestataires de soins qui feront sans doute le plus appel à cette fonction. Une communication intense avec les médecins traitants, les cabinets et leurs structures diverses est prioritaire.

La fonction 2B

Au sein du réseau il existe plusieurs services qui depuis des décennies se sont concentrés sur les soins ambulatoires à long terme. Ils sont actifs pour une population respectivement petite ou grande.

L'expérience dans les soins ambulatoires à long terme, nous apprend qu'ils sont mobiles et multidisciplinaires. Ceci inclut des méthodes telles que suivi psychiatrique, disponibilité, case management, concertation structurée avec les prestataires concernés, la famille, la clé de cette activité.

L'expérience nous apprend que dans cette forme de suivi, les situations de crise sont souvent résolues avec les moyens existants de ces équipes. Parfois une prise en charge courte dans une structure résidentielle psychiatrique est nécessaire.

Ces équipes sont confrontées à des difficultés inimaginables et qui rend à ces moments là une prise en charge psychiatrique très difficile. Ceci peut souvent amener à l'escalade inutile dans un moment de crise. Dans cette situation tout le monde est victime.

Les partenaires au sein d'Hermes Plus, viennent du secteur de soins psychiatriques résidentiels, ils s'engagent auprès des partenaires ambulatoires à faciliter et à accélérer l'accès à la prise en charge.

Conditions

Les services offerts actuellement par ces soins, grâce à leur expérience, estiment que cette fonction est suffisamment accessible – même si celle-ci n'est accessible que durant les 5 jours ouvrables. Actuellement il n'y a pas de prise en charge le week end. Les situations de crise dans lesquelles les patients se trouvent (qui se trouvent dans cette forme d'accompagnement), font plus partie du processus, que d'une situation "imprévue et soudaine" Ceci a comme conséquence une intensification des soins sous diverses formes, ou à la recherche d'une solution temporaire.

Le "service de garde centralisé" de la fonction 2A peut alors en accord avec le partenaire relatif à la situation dans la fonction 2B, être mobilisé.

Collaboration

La collaboration avec d'autres partenaires, ayant d'autres fonctions est essentielle pour les patients suivis dans le cadre de la fonction 2B. et offre une garantie leur permettant de faire appel à d'autres structures de soins. Cette collaboration peut avoir comme conséquence que le patient, à long terme, soit amené à moins faire appel à la structure de la fonction 2, et se tournera plus vers les fonctions 3 et 5.

L'hôpital Sanatia est également disponible pour collaborer et favoriser une hospitalisation rapide..

5.2.4.3. Fonction 3

La fonction trois qui assure les missions de réhabilitation, réinsertion et inclusion sociale sera remplie, en fonction des problématiques par nos partenaires SSM, par les conventions inami de réhabilitation

psychosociale de jour, de nuit et résidentielles, par les centres d'accueil d'urgence, ou maison d'accueil ainsi que par les MSP

Cette mission nous paraît essentielle dans ce réseau car c'est sur celle-ci que repose une possible sortie de la psychiatrie.

La réhabilitation se trouve fortement entravée à cause des "formes intermédiaires de soins". Cette fonction offre une grande souplesse afin de répondre aux besoins et désirs des personnes qui se réinsèrent dans la société. Au vu du fait que de plus en plus de partenaires sont impliqués dans la procédure de réhabilitation, cette activité se distingue par la collaboration avec/par des services qui entourent le patient.

La réhabilitation est une fonction dans laquelle beaucoup de partenaires sont actuellement actifs (43 sur 53). Le fait qu'à Bruxelles, il n'existe pas de prises en charge psychiatriques de longue durée, à eu comme conséquence depuis des décennies, les soins à long terme s'est développée en soins ambulatoires. Ceci est une valeur ajoutée et s'inscrit dans la planification de la réforme.

Il existe, un know how, une offre différenciée, émanant d'un grand nombre d'organisations ambulatoires. Cette mission est remplie de différentes manières. Les participants CSM jouent un rôle conscient dans les soins ambulatoires à long terme. INAMI-les conventions pour la réhabilitation psycho-sociale, "PVT" trouvent leur place aussi bien dans l'offre de jour que de nuit. Le réseau dispose parmi ses partenaires de tellement de programmes de réhabilitation hautement spécialisés comparés aux adresses de bas niveau pour des patients psychiatriques.

La réhabilitation est un échelon vers l'intégration et offre la possibilité aux patients psychiatriques d'éviter de remplir les lits en psychiatrie.

5.2.4.4. Fonction 4

Cette fonction de prise en charge hospitalière aiguë sera assumée par les différents hôpitaux partenaires du projet. L'hôpital Sanatia par son service de pré-admission et de consultation rapide pourra servir de relais au réseau et assurer dans la mesure du possible des places aux patients du réseau qui nécessiteront une hospitalisation. Afin d'améliorer la prise en charge hospitalière, le travail de pré-admission et la réflexion que ce travail suscite (différence entre crise subjective et crise psychiatrique) nous semble tout à fait essentielle. En effet, L'hospitalisation en psychiatrie est, dans le champ des interventions en santé mentale, un choix qui porte à conséquences en terme d'identification, de liens sociaux, de trajectoire future d'un individu...Admettre quelqu'un dans un hôpital psychiatrique suppose donc de notre part un choix réfléchi et une responsabilité partagée.

Une réflexion pourrait donc être conduite au sein du réseau sur les critères pertinents pour que la réponse « hôpital » apparaisse comme la meilleure alternative possible dans l'éventail des prises en charge ?

Par ailleurs, nous pensons que pour l'amélioration des résultats d'une hospitalisation, la prise en charge globale du patient et la prise en compte de son milieu de vie antérieure et future est indispensable. Les fonctions, psychologues, ergothérapeutes, assistants sociaux, éducateurs, ... au sein de l'hôpital, et les liens de réseau avec les autres services en amont et en aval peuvent permettre une telle prise en charge.

Cette fonction se trouve actuellement en rupture avec les secteurs de soins. Grâce à une collaboration constamment renouvelée, l'attention sera attirée, s'il faut hospitaliser ou non. Plus de concertation avec les prestataires d'orientation, une fonction performante 2A, devrait améliorer cette situation, afin de mieux évaluer l'hospitalisation de patients. De surcroît, plus d'attention sera donnée pour une meilleure communication avec d'autres intervenants, prestataires qui étaient impliqués dans les soins dispensés avant l'hospitalisation du patient. Lorsque le patient est déchargé de l'hôpital, on prendra soins que le patient sera pris en charge par d'autres prestataires, en temps voulu, en concertation et en toute transparence.

D'ores et déjà au sein d'Hermes une concertation se fait à l'aide des CSM et les hôpitaux afin d'améliorer la collaboration. Ceci dans le but d'améliorer et de trouver des formes plus adéquates quant à la prise en charge hospitalière (attente du patient, durée du séjour, se rendre disponible pour des informations essentielles.

5.2.4.5.Fonction 5

Cette fonction sera assurée prioritairement par nos partenaires HP , MSP et maisons d'accueil. Les conventions inami de nuit et résidentielle assume aussi en partie cette fonction . D'autres partenariats devront être trouvés pour les patients pour qui le réseau ne trouverait provisoirement pas d'autres soutiens et vue la grande précarité sociale de la population de Bruxelles et les énormes difficultés de logement.

Les initiatives Habitations protégées de Bruxelles sont connues pour leur manque de moyens. Souvent, il s'agit de petites structures avec peu de places reconnues. Ceci a comme conséquence que le concept Habitations protégées à Bruxelles prend diverses formes, et est accessible aux patients avec des besoins et possibilités très diversifiées. Il existe des petites structures résidentielles, de même que des structures qui depuis 20 ans offrent une habitation protégée individuelle. L'infrastructure, est d'ailleurs totalement différente. Il y a aussi bien une offre architecturale adaptée aux personnes nécessitant beaucoup de soins, que des structures qui organisent les habitations protégées en appartements et studios, qui sont mis à disposition par les Logements sociaux. Ce qui est à développer sont les initiatives pour le travail protégé. Les pistes actuelles se situent dans la collaboration avec des centres de quartiers ou des services urbains.

Au vu de la problématique de logement à Bruxelles (accès, coût et qualité) cette fonction devra se développer en collaboration avec les structures de logement et d'urbanisme à Bruxelles.

Le secteur d'accueil a une fonction importante de garde-fous. En collaboration avec d'autres fonctions, il doit être possible de raccourcir drastiquement le séjour des patients psychiatriques dans les secteur d'accueil. Les soins à domicile représentent pour ces patients un soutien essentiel.

5.2.4.6. Travailler les relations sous-jacentes

Créer un réseau afin de favoriser les soins ambulatoires, devra être concrétisé sur plusieurs niveaux et de plusieurs manières. Ceci concerne autant les aspects spécifiques aux patients, que l'organisation des soins. Différents services ont une expérience diversifiée en ce qui concerne leurs pratiques et expérience.

Il ne suffit pas de disposer d'un grand nombre d'institutions et de structures d'organisation dans un réseau. Un réseau existe uniquement parce qu'il existe des relations entre les différents prestataires et services de soins. Cette collaboration devra être facilitée, et améliorée.

Protocole de collaboration

Ces protocoles de collaboration offrent une base pour organiser le plus possible d'activités trans murs. Les protocoles doivent garantir que la collaboration soit structurée. Les protocoles qui doivent encore être développés, le seront de manière à décrire et diriger, les entrées et sorties des patients. Un bon protocole, doit aboutir à ce que les patients ne demeurent pas dans une structure de soins inappropriée. Un protocole sert à structurer la collaboration quotidienne.

Il faut favoriser à l'aide de ces protocoles, les contacts transversaux, par téléconférences, ou en assistant aux réunions d'équipes des autres partenaires, réunions d'équipes, par délégation...)

Les protocoles de collaboration qui existent déjà entre les institutions (Services PAAS, CSM, Collaboration Habitations protégées, Collaboration Soins à domicile...) seront évalués et éventuellement adaptés aux besoins des objectifs du projet.

Les protocoles de collaboration seront élaborés avec d'autres partenaires du circuit de santé. Il serait préférable de formaliser d'autres relations au sein d'Hermes Plus. Il existe des exemples de cette bonne pratique auprès des partenaires de ce réseau (ex: Sociale Huisvestingsmaatschappijen en Beschut wonen, tussen de CAW's en de CGGZ's,...).

Collaboration et échange

La collaboration dans le secteur de la santé mentale est souvent basée sur "la connaissance de l'autre". Dans le secteur de la santé mentale le fait de connaître ou de pouvoir connaître les autres prestataires détermine "comment et à qui on oriente quelqu'un. Bruxelles, jouissait d'initiatives favorisant ces échanges. On peut apprendre à se connaître à travers des stages, afin d'apprendre et de se familiariser avec les pratique des autres prestataires actifs dans d'autres structures.

Groupes cibles spécifiques

Les groupes cibles spécifiques demandent des rendez-vous adaptés, des méthodes spécifiques et des structures spécifiques. (teks que Smes, Diogène, Hermes...). Le réseau, grâce à ses partenaires et à son implantation territoriale, est en contact avec des groupes cibles spécifiques. Pour ces différents groupes, il existe des bonnes formes de suivi, de concertation.

Les méthodes à utiliser seront proposées comme formation et seront partagées avec d'autres circuits afin de développer ces méthodes et les approfondir. Ceci doit contribuer à une plus grande sensibilité envers les besoins des patients psychiatriques.

Les Référents

On peut faire appel aux référents (voir plus haut) si les accords de collaboration ne suffisent pas pour le client ou le groupe cible concerné.

Fonctions passerelles

Les partenaires peuvent développer des fonctions passerelles entre les organisations, dans le cas où le groupe cible, ou l'origine de la structure le requiert. Cette collaboration peut répondre à des besoins spécifiques. Ils peuvent être développés de plusieurs manières.

Formation

Formation des prestataires, avec l'aide de personnes qui orientent, ou pour développer le concept de "référént". Pour la fonction "formation", un budget est prévu. Le réseau peut également utiliser le savoir et l'expérience acquis grâce au PT Hermes. Pendant la durée du projet PT Hermes, des référents ont reçu une formation. Aujourd'hui encore il existe une intervision trimestrielle du groupe de référents. Ce savoir et cette expérience peut également être partagée et proposée aux autres réseaux.

Information:

Un bon réseau dispose d'outils qui permettent de travailler "on-line", à la disposition des prestataires. Ceci devrait faciliter et accélérer la réorientation. Centralis n'existe plus.

5.3 Nouveaux rôles

Les nouveaux rôles ont été décrits, nommés et élaborés plus haut dans ce document.

5.4 Instruments pour la communication et le suivi de la qualité

Le réseau peut contribuer à mettre en place des plans de soins, qui en première instance concernent plusieurs prestataires qui travaillent avec le même patient (plans de soins transversaux). En ce qui concerne, d'autres plans de soins, les prestataires individuels restent seuls responsables.

Le réseau expliquera de quelle manière des plans de soins transversaux peuvent être développés ensemble et en concertation avec le patient.

Les plans de soins transversaux ne seront développés que si le patient a donné son accord. (cfr. Accord du patient PT Hermes). Les plans seront communiqués par écrit avec les participants, les prestataires concernés et le patient (cfr PT Hermes). Ils seront suivis et évalués par la concertation de soins transversale.

Cette communication réciproque concernant les patients, se fera de la manière la plus efficace, afin de protéger totalement la vie privée du patient. Le respect de la vie privée du patient aura la priorité sur la vitesse, et l'efficacité d'outils techniques.

Des éléments importants de cette communication réciproque concernant les patients devra être développée.

5.5 Modèle de gestion et d'administration

Le modèle de gestion qui a été choisi, est basé sur un modèle non-piramidial, et permet aux partenaires d'être impliqués et responsabilisés.

Les partenaires qui désirent développer la collaboration ont l'opportunité de le faire. Les partenaires représentants peuvent également participer à ce développement et sont responsables pour les développements des partenaires clés.

Ceci aura pour conséquence, une collaboration étendue; collaboration qui permet aux "petits acteurs" de participer et prendre autant de responsabilités que les "grands acteurs".

Ce modèle de gestion a prouvé son efficacité dans le cadre de PT Hermes, il n'y a donc aucune raison de changer ce modèle.

6. Stratégie de développement du réseau

6.1 Echelonnement

La première phase qui vise à réunir les personnes, les services, organisations, et partenaires qui vont soutenir l'appel de projet, se termine le 31 octobre 2010.

Première phase:

Au cas où Hermes Plus sera approuvé en tant que projet, l'équipe de coordination sera constituée deux mois après. Nous chercherons un établissement indépendant.

Durant cette première phase l'équipe mobile 2A sera élaborée et mise en formée.

Deuxième phase:

Hermes Plus veut avant tout travailler les relations réciproques entre les services impliqués. Ceci se passera entre les différentes fonctions en groupes de travail. Ces groupes de travail seront dirigés par les partenaires clés, qui seront assistés par les coordinateurs de réseaux.

Les premiers partenaires importants pour la continuité de soins qui seront amenés à travailler ensemble sont:

- La relation entre le réseau et les médecins traitants;
- La relation entre les secteurs résidentiels (accueil- et le secteur hospitalier) et le secteur ambulatoire (centres de santé mentale et services sociaux).

Phases ultérieures:

D'autres partenaires qui participent à la continuité de soins, seront rassemblés pour toutes les fonctions. Les partenaires peuvent également prendre l'initiative et faire appel aux coordinateurs de réseaux.

Il est actuellement trop tôt pour présenter l'échelonnement concrètement.

6.2 Gestion des risques.

Les initiateurs ont développé un know how concernant la formation de réseaux.

Les réseaux qui s'occupent de patients psychiatriques qui vivent à domicile, (Lila, Prisme Nord-Ouest, PscyCoT), constituent pour la plupart les premières expériences avec la création d'équipes virtuelles qui collaborent en dépassant les frontières et les secteurs, représentent les premières expériences d'une collaboration structurée.

Des expériences positives et négatives qui entourent la création et le maintien d'un réseau performant, se sont déroulées dans les différents "Projets thérapeutiques", ceci avec la participation de plusieurs partenaires. L'expérience acquise grâce au Projet thérapeutique Hermes forme la base de la proposition actuelle dans le cadre de la structure et l'organisation d'Hermes Plus.

Ce qui diffère avec les expériences précédentes est l'étendue du réseau. Le groupe cible est plus large et plus diversifié. Les méthodes utilisées sont plus variées et les attentes plus grandes. C'est la raison, qui a poussé les initiateurs à utiliser le plus possible les expériences acquises pour continuer à développer le réseau.

Ces expériences nous donnent également la possibilité de connaître les points faibles et l'envie d'éviter les risques:

- Le réseau ne sera pas “dédié” à un partenaire. Le risque est trop grand – la phase d’acception du projet dépassée -les partenaires sont remerciés. Le réseau est dirigé par plusieurs.
- L’incertitude politique de Bruxelles, influence l’organisation du secteur de soins. Le réseau détourne ce problème en rassemblant les partenaires issus des différentes communautés reconnues, d’une telle façon qu’aucune “communauté” ne puisse entreprendre quelque chose sans inclure les autres.
- Un réseau ne peut pas fonctionner trop lentement. Ceci est certainement le plus grand défi. Actuellement nous n’avons pas de visibilité par rapport à la charge de travail, lorsque les fonctions et les services se réunissent et sont impliqués ensemble dans un même projet. Beaucoup de moyens seront mis à disposition du réseau, pour le développement de ce réseau, ce qui engendre que le réseau n’est pas dépendant seulement de la bonne foi et le travail bénévole.
- Un réseau ne peut dépendre uniquement d’engagements bénévoles. Différent des projets précédents, le réseau Hermes Plus sera un réseau professionnel. D’un côté, parce qu’il y a un investissement important sous forme de “prêts”. D’autre part, d’autres moyens seront transférés en moyens financiers, ce qui entraîne, que les partenaires qui investissent du temps et mettent des moyens et outils à disposition du réseau, seront rémunérés. L’argent n’est pas tout, mais sans argent on ne peut réaliser un tel projet.

Les points forts du réseau sont:

- Le réseau est conscient de l’importance de faire connaître le réseau, de la confiance, la qualité.... Ces éléments qui donnent le sens au projet et qui permettront l’évaluation du réseau. Nous devons être conscients et anticiper les problèmes qui pourraient surgir et résoudre les problèmes inattendus.
- Le réseau est conscient que c’est une force, qu’il est accessible aux partenaires de la totalité du territoire de travail.

Il ne fait pas de distinction entre les patients des partenaires participants au projet, et ceux qui ne participent pas au projet.

7. Financement et allocation des moyens

7.1. Points de départ

Le financement du projet part des principes suivants.

Le réseau veut s’accorder avec les fonctions des organisations existantes. Le réseau peut disposer de moyens qui émanent de sources financières diverses. L’allocation de ces moyens se fera selon les principes suivants.

- Moyens émanant de la réallocation de moyens (geler les lits) sont alloués au développement des 5 fonctions, les fonctions manquantes seront les premières à être développées.
- Moyens pour mettre à disposition des membres du personnel, sont destinés au développement du réseau, de même pour le développement de fonctions manquantes.
- Moyens qui sont mis à disposition par la majorité au projet, sont dédiés au développement et au fonctionnement du réseau, et au développement ultérieur de fonctions inexistantes aujourd'hui, ou incomplètes.
- Les moyens mis à disposition par la majorité, pour la fonction médicale, seront mis à disposition de la fonction médicale.
- **7.2. Moyens mis à disposition**

7.1.1. Des moyens financiers fédéraux, une somme de maximum 100.000 € peut être dédiée à la coordination du projet. Le reste de 400.000 € sera dédié au développement des fonctions manquantes.

7.1.2. Actuellement, il n'y a pas de moyens supplémentaires disponibles en relation avec le gel des lits psychiatriques.

7. 1.3. Hermes Plus peut faire appel à des moyens supplémentaires émanant du secteur ambulatoire. Il s'agit actuellement de 4 à 6 fonctions ambulatoires. Nous devons ajouter que:

Ces montants sont "théoriques" et dédiés exclusivement pour l'engagement de personnel.

- Il est possible, que des fonctions autres que de niveau A1 devront être engagés.

- Pour faciliter les choses, les FTE, ont été reconvertis vers une moyenne de 50.000 euro par FTE; 6 fonctions ce qui nous amène à 300.000 euros.

7.1.4. Est compris dans ce budget la possibilité, pour les services qui donnent une délégation à leurs membres du personnel afin d'assister aux groupes de travail des "partenaires clés" de pouvoir les rémunérer, quand la demande en est faite, (avec un plafond de 30.000 euro/an). Notre expérience au sein de PT Hermes, nous a appris que le know how des "seniors" dans le secteur de soins, représente une contribution non négligeable, qui peut faire la différence entre un projet réussi ou raté.

7.1.5. Il n'est pas exclu que nous pouvons bénéficier de moyens d'autres partenaires, les négociations sont en cours.

7. 1.6. Budget Hermes Plus

La proposition du budget et son allocation ressemble à ceci: .

1. *Coördination Hermes plus*

Moyens fédéraux Coordination du projet

Coordinateur du projet	1 FTE	70.000
Coordination du projet		30.000

Moyens ambulatoires

1 FTE convertit	50.000
-----------------	--------

Budget Total disponible coordination du projet: $70.000 + 30.000 + 50.000 = 150.000 \text{ €}$

2. *Infrastructure et moyens*

Loyer	25.000	
Communication – implémentation- moyens	15.000	
Mobilité	10.000	
Infrastructure totale et moyens		$25.000 + 15.000 + 10.000 = 50.000 \text{ €}$

3. *Equipe mobile*

Moyens fédéraux

Budget disponible	350.000
-------------------	---------

Moyens ambulatoires

+/- 5 FTE convertit =	250.000
-----------------------	---------

Total des moyens disponibles pour l'équipe mobile $350.000 + 250.000 = 600.000 \text{ €}$

4. Responsabilité médicale

Moyens fédéraux 225.000 €

Total des moyens pour la responsabilité médicale 225.000 €

Total

Budget Total disponible pour la coordination de projet 150.000 €

Moyens d'implémentation 50.000 €

Total des moyens pour l'équipe mobile 600.000 €

Total des moyens pour la responsabilité médicale 225.000 €

+ Total des moyens disponibles pour Hermes Plus 1.025.000 €

Explications

- Pour une petite équipe 2A (1 personne en service) 24/24 heures de mise à disposition, nous estimons que ceci demande une équipe minimale de 5 personnes. Tenant en considération le dédomagement pour un horaire irrégulier et des prestations de nuit, ceci correspond à un budget pour 8 FTE.
- Afin de garantir la sécurité et la qualité, ce staff devra être présent durant de plus longues heures. Si quelqu'un fait le service de nuit (?) et les autres 4 personnes sont absentes à deux, ceci représente un coût pour 15 membres du personnel. $15 \times 50.000 = 750.000 \text{ €}$... indexé annuellement. Il faut ajouter à ceci une personne de responsabilité et une personne de "réserve"..
- Hermes Plus veut se développer en tant que structure dirigeante centrale qui facilite et stimule les relations entre les prestataires. A cet effet nous choisissons une structure organisationnelle, qui peut soutenir ce processus, le développer et le diriger. Ceci explique les coûts élevés de coordination.
- Hermes Plus en ce qui concerne les locaux, sera situé à l'extérieur de toute autre organisation en n'entretient aucun lien privilégié avec les partenaires.

- Nous choisissons une équipe assez conséquente afin de garantir la continuité et la disponibilité. .

7. L'étendue de ce qui a été discuté avec le personnel concernant la proposition du projet avec chaque partenaire impliqué.

L'entretien avec les membres du personnel est très différent pour chaque organisation. De manière globale, on peut estimer que les membres du personnel sont au courant de la situation. Au vu que le futur dépend de la reconnaissance du projet, il est compréhensible que les membres du personnel n'ont pas été mis au courant, plus que nécessaire et seulement concernant des informations qui sont sûres.

8. L'étendue de ce qui a été discuté de la proposition du projet avec le(s) plateaux de concertations de la santé mentale, dont le territoire de travail correspond ou est contiguë avec le territoire de la proposition de projet.

Le projet Hermes Plus a participé à toutes les réunions organisées par le Plateau de concertation de la santé mentale de Bruxelles Capitale.

Annexes

Annexe 1 : Accord Enquête de satisfaction Lucas

Annexe 2: Références vers diverses publications

Annexe 3: Description des fonctions des partenaires de Hermes plus



Kapucijnenvoer 39 bus 5310
3000 Leuven
☎ +32(0)16 33 69 10
fax: +32(0)16 33 69 22
www.kuleuven.be/lucas

OVEREENKOMST PROJECTFINANCIERING

'Tevredenheidsonderzoek HERMES'

Tussen de ondergetekenden, partijen bij deze overeenkomst:

De Katholieke Universiteit te Leuven, waarvan de bestuurszetel gevestigd is te 3000 Leuven, Oude Markt 13, vertegenwoordigd door prof. dr. Mark Waer, rector, en prof. dr. Chantal Van Audenhove, optredend voor LUCAS, hierna genoemd "LUCAS".

en

vzw Antonin Artaud, Grootgodshuisstraat 10 te 1000 Brussel, vertegenwoordigd door de heer Patrick Janssens, administratief coördinator,

OVERWEGENDE DAT

"Hermes" richt zich naar personen met ernstige en langdurige psychische problemen, woonachtig in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Deze mensen hebben vaak ernstige sociale problemen en het is een moeilijk proces om voor hen het passende zorgaanbod samen te stellen.

"Hermes" is een netwerk van organisaties **de vzw is daar lid van?** die elk op zich actief zijn in de zorg. Het zijn instellingen, diensten of personen die in de 1^{ste}, de 2^{de} of de 3^{de} lijn een aanbod hebben voor de hogervermelde doelgroep. Wat hen bindt in dit netwerk is het overleg dat zij organiseren rond personen met ernstige psychiatrische problematiek. Momenteel wordt dit overleg ontwikkeld rond het optimaliseren van het "(her-)oriënteringsproces" dat voor een bepaalde groep van deze personen moeizaam, traag en gecompliceerd verloopt.

WORDT OVEREENGEKOMEN WAT VOLGT:

Art. 1 Voorwerp van het Onderzoek

Lucas zal een onderzoek voeren omtrent de mate van tevredenheid van de managers, de hulpverleners/ referentiepersonen en de gebruikers van Hermes. Lucas gebruikt als vertrekbasis de wetenschappelijke kennis over evenwichtige zorg in de samenleving voor mensen met langdurige en ernstige psychische problemen. Volgende deelaspecten van de werking komen aan bod in de bevraging:

Het functioneren van het netwerk:

De activiteit van het netwerk bestaat uit het ontwikkelen van een gestructureerd overleg rond iedere patiënt in het kader van een (her)oriënteringsproces. Om dit te organiseren is een netwerkstructuur nodig. Het onderzoek zal op volgende vragen een antwoord geven vanuit het perspectief van het management:

Op welke punten functioneert die structuur optimaal en welke zijn de knelpunten in de samenwerking tussen de diensten? Wat is de reële uiteindelijke kost van het netwerk, en voor de deelnemende organisaties? Wat is er nodig om het netwerk logistiek voldoende te ondersteunen?

Het netwerk is bedoeld als een open netwerk en dus toegankelijk voor alle diensten – zowel voor aanmelding als voor samenwerking. Wordt dit als dusdanig gepercipieerd? Wat is er nodig om het netwerk verder uit te bouwen of beter te ondersteunen?

Welke tijdsinvestering impliceert het netwerk voor elke organisatie? Welke return levert dit op? Wat is de kosten – baten verhouding voor de verdere ontwikkeling van de eigen organisatie als voor de dagelijkse activiteiten?

De kenmerken van de gebruikers

Lucas analyseert de instroom gegevens en proberen op basis hiervan het profiel van de gebruikers te beschrijven en te analyseren. Volgende vragen staan centraal:

Wie bereikt men vooral? Welke kenmerken heeft de doelgroep?

Uit welke sectoren wordt aangemeld – en wat is de achterliggende dynamiek van deze aanmeldingen?

Het functioneren van de deelnemende hulpverleners

In de bevraging van de hulpverleners wordt op volgende vragen gefocust:

Wat is de meerwaarde om als hulpverlener deel uit te maken van een zorgcircuit rond één cliënt? Welke knelpunten levert dit op? Voor het eigen functioneren als hulpverlener? Voor de patiënt? Voor de organisatie? Voor de aanpak? Voor de samenwerking met andere hulpverleners?

De concrete werking rond patiënten

De hulpverleners worden bevraagd over het klinisch functioneren. Een zorgcircuit zal immers op het klinische vlak andere keuzes maken dan een individuele hulpverlener. Wordt dit zo ervaren? Welke leerervaringen doet men hierin op? Welke voordelen en nadelen ziet men hieraan? Wat is er nodig om deze processen te ondersteunen?

Wat zijn de werkzame factoren in het bereiken van de doelstellingen van de patiënt? Wat werkt er en wat werkt niet in deze aanpak?

Welke zijn de stappen/fasen in het oriënteringsproces? kennismaking met andere structuren, informatie, planning, opvolging, communicatie transparantie – wat werkt motiverend / demotiverend - voor de cliënt en wat werkt motiverende en demotiverend voor de hulpverlener?

Wat zijn de verwachtingen van diegenen die de aanmeldingen doen? Wanneer besluit een organisatie een aanmelding te doen? Wat betekenen tijd en ruimte in de begeleiding van deze patiënten?

Op gebied van de overlegmethodiek met referentiepersonen

Hermes ontwikkelde een gestructureerde overlegmethodiek en maakt gebruik van referentiepersonen die toegevoegd worden aan het te ontwikkelen zorgcircuit. Deze personen staan los van de instellingen die de zorg

voor de patiënt aanbrengen, maar coördineren de hulp. De referentiepersonen beantwoorden vragen over de sleutelkenmerken van de begeleiding in het oriënteringsproces, de sleutelkenmerken van de referentiepersonen, nood aan ondersteuning, supervisie en vorming.

Bevraging van de gebruikers

De gebruikers zelf zullen bevraagd worden over hun perceptie van de hogervermelde kenmerken van de aangeboden zorg en zorgorganisatie. Het participeren aan het overleg over de eigen hulpverlening is hierin een belangrijke focus. Vindt men dit een meerwaarde of zou men liever niet participeren? Welke knelpunten ervaart men en wat zou men wensen dat er aan de zorg toegevoegd of gewijzigd wordt.

Art. 2 Methode

Lucas ontwikkelt een bevraging voor de managers en de hulpverleners/ referentiepersonen en voor de gebruikers een gestandaardiseerd interview aan te vullen met een vragenlijst (visie op zorg). Deze bevraging is kort en krachtig en betreft een beperkt aantal sleutelementen in de zorg en enkele open vragen.

In enkele overlegmomenten wordt het ontwerp van bevraging afgestemd op de beginvraag.

De elektronische bevraging wordt gericht aan het volledige adressenbestand van de hulpverleners en managers van Hermes. Hierbij wordt de Privacywetgeving nageleefd. De bevraging van gebruikers gebeurt door een student in het kader van een masterproef.

De student verwerkt ook de resultaten van de elektronische bevraging.

Het onderzoeksrapport biedt een overzicht van de antwoorden op de onderzoeksvragen en situeert deze binnen de onderzoeksliteratuur en formuleert aanbevelingen voor het beleid.

Onderzoeksequipe

Maria De Groof, wetenschappelijk medewerker Lucas
Ann Desmet, senior onderzoeker Lucas
Prof dr. Chantal Van Audenhove, directeur Lucas

Art. 3 Tijdsplan

Afwerking onderzoeksvoorstel en contract: 30 augustus 2010
Eerste ontwerp van vragenlijst en interview: ter bespreking eind september
Oktober- december: bevraging
Februari – maart: verwerking gegevens door de student
ontwerp rapportering: april
Eindrapport: eind mei 2011

Art. 4 Budget

Antonin Artaud stelt een subsidie ter beschikking van Lucas ten belope van 25.000 euro incl. overhead K.U.Leuven 17%, verdeeld als volgt:

20.750 euro waarvan
12.000 euro personeelskosten
4000 euro projectleiding
4.750 euro werking voor :

- ontwikkeling elektronische bevraging

- vertaling vragenlijsten
- verplaatsingskosten student
- layout rapport

Lucas stelt hiervoor de nodige schuldvorderingen op.

Art. 5 Resultaat

De eindproducten of resultaten die in het kader van het project worden gerealiseerd, zijn de intellectuele eigendom van LUCAS.

De resultaten zullen ter beschikking worden gesteld van Antonin Artaud.

Opgesteld te Leuven op 14 september in twee exemplaren waarbij iedere partij verklaart een exemplaar te hebben ontvangen

Voor K.U.Leuven

Voor Antonin Artaud

Prof.dr. Mark Waer
Rector

Patrick Janssens
Administratief coördinator

Prof.dr. Chantal Van Audenhove
Directeur LUCAS

Bijlage 2

De volgende publicaties ondersteunen de telling dat een grote groep personen met ernstige psychiatrische problemen niet in de psychiatrisch zorg zitten:

1. Wang, PS et al 2007: Use of mental health services for anxiety... Lancet 370, 841-850
2. Thorincroft 2007 Most people with mental illness are not treated. Lancet 370, 807 808.
3. De omvang van de groep van ernstig en langdurig psychisch zieken, K. De Rick, C.Van Audenhove, F. Lammertyn

Bijlage 3

Een heel aantal partners hebben een beschrijving gegeven van hun huidige werking in het kader van de 5 functies. Een aantal partners hebben de tijd niet gehad om ons dit schriftelijk te bezorgen maar hebben ons mondeling hun score bevestigd. Hier volgen er een aantal komende uit heel diverse sectoren:

Fiche I.Naam: Familiehulp

Gemeente: Zorgregio Brussel werkzaam in Brussel 19

Beschrijving van de activiteiten van de dienst: Familiehulp is een autonome dienst voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg in Vlaanderen en Brussel. Familiehulp biedt een uitgebreid gamma van thuiszorgdiensten aan zoals gezinszorg, bejaardenzorg, kraamzorg, opvang voor zieke kinderen, zorg voor psychisch zieke cliënten, poetshulp en karweihulp. Iedereen die (tijdelijk) ondersteuning nodig heeft bij verzorgende of huishoudelijke taken kan beroep doen op Familiehulp.

De zorgverlening kan zowel preventief, als ondersteunend of vervangend zijn. Kwaliteitsvolle en verantwoorde thuiszorg op maat, op basis van de noden en behoeften met als belangrijkste doel personen zo lang mogelijk in hun vertrouwde omgeving te laten verblijven, is het hoofddoel van Familiehulp.

Functies:

Functie 1

2. De mate waarin u geheel of gedeeltelijk aan de doelstellingen van deze functie zoals ze beschreven wordt door de FOD tegemoet komt.

Functie 1: De basiswerkers zijn continu en frequent aanwezig bij de cliënt. Op die manier zijn zij de eersten om te constateren hoe het gaat met de cliënt. Hun werkplek is immers de thuisomgeving van de cliënt zelf.

De sectorverantwoordelijken nemen deel aan multidisciplinair overleg naar aanleiding van individuele cliëntsituaties. Het multidisciplinair overleg is samengesteld uit de betrokken hulpverleners van de verschillende organisaties uit de geestelijke gezondheidszorg.

Functie:	Score:	Bijkomende activiteiten:
1	4	!

“!” Onze medewerkers komen meestal vaker aan huis bij cliënten dan de gemiddelde hulpverlener van andere organisaties en op een heel laagdrempelige manier.

Vanuit die optiek kan Familiehulp een meerwaarde betekenen in multidisciplinair overleg met andere organisaties van het netwerk rond een cliënt. De informatie-uitwisseling tussen hulpverleners bevordert de kwaliteit van de hulpverlening in twee richtingen. Onze medewerkers spelen een grote rol in de observatie en signalisatie van verandering in gedrag van de cliënt. Diensten als een CGG of psychiatrische ziekenhuizen, e.a. kunnen onze medewerkers handvatten aanreiken over hoe ze best omgaan met bepaald gedrag en hoe men op tijd kan inspelen op veranderende noden van een cliënt.

3. Middelenallocatie.

Vanuit Familiehulp kan een stafmedewerker 1 uur per week aan een overlegplatform deelnemen ter ondersteuning van het project.

Sectorverantwoordelijken van de Zorgregio Brussel nemen deel aan multidisciplinair overleg naar aanleiding van individuele cliëntsituaties.

Fiche II 1. Identificatie

Naam van de dienst: **DGGZ/ CSM Antonin Artaud**

Gemeente waar de dienst is gelegen en de gemeenten waarop de dienst hoofdzakelijk actief is: Brussel 1000

2. De mate waarin u geheel of gedeeltelijk aan de doelstellingen van deze functie zoals ze beschreven wordt door de FOD tegemoet komt.

Functie 1: score 5 “ ! ”

Functie 2A: score 1

Functie 2B: score 5

Functie 3: score 4 “ * ”

Functie 1 “ ! ”

Als diensten waarmee we regelmatig samenwerken vragen om in te gaan op situaties waarbij zij appel moeten doen op psychiatrische zorg, gaan we hier dikwijls wel op in – ook als de cliënt tot dan toe niet is gekend door de dienst

Functie 1 “ ! ”

De dienst is sterk betrokken in de ontwikkeling van de psychiatrische thuiszorg PsyCoT, en heeft het concept ontwikkeld van coördinatie van zorg door overleg te hebben met de hulpverleners in aanwezigheid van de patiënt

Functie 3 “*”

CSM /DGGZ Antonin Artaud heeft een structurele samenwerking met het laagdrempelig dagactiviteitencentrum “Den Teirling door het beschikbaar stellen aan van personeel in logistieke functies. Soms wordt deze samenwerking voor beperkte periodes uitgebreid met begeleiding of animatie.

Functie 3 “*”

De dienst biedt de vorming aan medewerkers die binnen het therapeutisch project Hermes de rol van referentiepersoon op nemen.

Fiche III Gevraagde gegevens van Lila voor aanvraag dossier art. 107

Vraag 1. Identificatie

Naam: Lila, project PZT (psychiatrische zorg in de thuissituatie)

Gemeente waar dienst is gelegen: Vorst

Gemeente waarop de dienst hoofdzakelijk actief is: Brussel Hoofdstedelijk Gewest

Beschrijving van de activiteiten van de dienst: Het project psychiatrische zorg in de thuissituatie richt zich tot personen met een psychiatrische problematiek die in hun thuismilieu verblijven en hun hulpverleners. Het aanbod bestaat uit drie luiken

1. Case management
2. Coaching van hulpverleners
3. Coördinatie van overleg

Functies: 1,2 en 3

Vraag 2. De mate waarin u geheel of gedeeltelijk aan de doelstellingen van deze functie zoals ze beschreven wordt door het FOD tegemoet komt:

Functie	score	Bijkomende activiteit
1	4	
2 (2b)	4	!
3	5	“*”

Toelichting functie 2: lila biedt begeleiding aan personen met psychiatrische problematiek en hun familie in hun thuismilieu, maar is geen crisisinterventieteam.

Toelichting functie 3: Naast begeleiding van de patiënt en zijn familie biedt Lila ook **coaching** aan eerstelijns hulpverleners die in aanraking komen met personen met een psychiatrische problematiek.

In functie van de integratie van de patiënt in de maatschappij wordt het netwerk rond de patiënt verstevigd, waarbij het van groot belang is dat er duidelijke afspraken zijn tussen de verschillende geledingen van dit netwerk. Via **gecoördineerd overleg** is tussen patiënt en hulpverleners het mogelijke informatie uit te wisselen, afspraken te maken en te evalueren. Zo'n overleg kan eenmalig of op systematische basis georganiseerd worden.

Vraag 3: middelenallocatie

Hierop kan ik niet direct antwoorden. Ik wil dit wel in team en stuurgroep bespreken.

Fiche IV

INITIATIEF	ANTONIN	ARTAUD	–	BESCHUT	WONEN
GEMEENTE:	1000	Brussel,	actieterrein	1000	Brussel
BESCHRIJVING:	22 appartementen gesitueerd op het grondgebied van 1000 Brussel waarin een individueel project beschut wonen wordt aangeboden, op maat van de cliënt.				
FUNCTIES:	2b + 3 + 5 + 6				

FUNCTIE 2b: ambulante interventies bij hoogdringendheid – SCORE 5

Wanneer een resident zich in een situatie bevindt die dringende interventie vereist opteert de equipe beschut wonen ervoor de contacten via huisbezoek en/of permanentie te intensifieren. Het doel van deze interventies is voornamelijk gericht op het vermijden (indien mogelijk) van een hospitalisatie en het stimuleren en ondersteunen van de zelfredzaamheid van de resident.

FUNCTIE 3: Rehabilitatieteams die werken rond herstel en sociale inclusie – SCORE 4

De individuele begeleiding van de resident stimuleert en ondersteunt de (re-)integratie in de maatschappij door gebruik te maken van de middelen en mogelijkheden die de maatschappij aan éénieder aanbiedt. Het begeleiden naar en het ondersteunen van activiteiten binnen de socio-culturele sector maken deel uit van de dagdagelijkse begeleiding. Dit draagt ons inziens bij aan de beoogde autonomisering van elke resident met als doel een zo goed mogelijke integratie in de maatschappij.

FUNCTIE 5: Specifieke woonvormen – SCORE 5/5

We menen dat mensen met ernstige psychiatrische moeilijkheden die een intensieve en frequente zorg nodig hebben, daarvoor niet in groep moeten wonen of moeten leven in een klein residentieel kader. Als cliënten dat willen kunnen we intensieve psychiatrische zorg waarborgen met behoud van **maximale individuele vrijheid en privacy**.

We zijn ervan overtuigd dat huisvesting en omgeving een wezenlijk deel uitmaken van de reïntegratie van deze cliënten in de maatschappij.

De begeleiding en interventietechnieken bestaan uit volgende punten:

- Hoofdbegeleider en co-begeleider om een maximale continuïteit van zorg te kunnen garanderen.
- Permanentie: Drie maal per week is er iemand van het begeleidingsteam aanwezig en bereikbaar op het bureau : maandagochtend van 9u tot 12u, woensdagnamiddag van 13u tot 16u en vrijdagnamiddag van 13u tot 16u. Dit zijn vaste onthaaltijdstippen waarbij elke bewoner appel kan doen op een begeleider.
- Huisbezoeken: Een minimum van 1 huisbezoek per week is voorzien en overeengekomen met de resident. Bij crisismomenten zijn de tussenkomsten frequenter en soms zelfs dagelijks. In dringende crisissituaties kan een teamlid 24u/24u opgeroepen worden via een GSM
- Telefonische permanentie 24/24u: Zoals reeds vermeld kan een teamlid 24u/24u opgeroepen worden via een GSM.

Samenwerkingsovereenkomst met Sociale Woonmaatschappij "De Lakense Haard"

Op regelmatige tijdstippen wordt er aan personen die in het beschut wonen verblijven voorgesteld om te verhuizen naar een **sociale woning** in hun omgeving. Hierbij kan de begeleiding die wordt geboden door de equipe van het beschut wonen gewoon verder gezet worden door dezelfde begeleiders. De begeleiding wordt verder gezet, de woonplaats verandert. Hierdoor kunnen we cliënten vooral veel goedkoper huisvesten waardoor ze hun meestal beperkte financiële middelen opnieuw aan andere dingen kunnen besteden. Dit verhoogt de levenskwaliteit. Eventueel in een latere fase kan de begeleiding worden beëindigd zonder dat dit betekent dat de cliënt opnieuw dient te verhuizen. De cliënt blijft wonen, de begeleiding stopt. We menen dat

deze vorm van het verlaten van beschut wonen reëel bijdraagt tot integratie en rehabilitatie aan het tempo en de mogelijkheden van de cliënt.

Deze werking is mogelijk omdat in de **samenwerkingsovereenkomsten** die werd afgesloten met de **Sociale Woonmaatschappijen “de Lakense Haard” en de “Brusselse Haard”**, deze instellingen ons een beperkte maar vaste “pouille” van appartementen ter beschikking stellen. Deze overeenkomst houdt tevens in dat indien de begeleiding door de cliënt om welke reden dan ook wordt afgebroken, de cliënt kan blijven wonen waar hij woont. Het Initiatief Beschut Wonen Antonin Artaud krijgt dan een ander sociaal appartement ter beschikking.

FUNCTIE 6: Coördinatie

Gezien het feit dat de hulpverleners van het Initiatief Beschut Wonen deel uitmaken van een groter netwerk rond de patient is het dan ook vanzelfsprekend dat zij deelnemen of de organisatie op zich nemen van overlegmomenten tussen de verschillende hulpverleners. Het coördineren van de hulpverlening draagt bij tot een transparante en overzichtelijke begeleiding waarbinnen elke hulpverlener vanuit zijn specifieke missie toedraagt tot de continuïteit van de zorg.

Fiche V

V.Z.W. Mandragora

Gewijde Boomstraat 104, 1050 Elsene

Het is een project beschut wonen met een bicommunautaire erkenning dat werkzaam is in Elsene, Etterbeek, St.Gillis, St.-Pieters-Woluwe en Ukkel.

Het project omvat momenteel 47 plaatsen.

Functie 3, score 3

Functie 5, score 5

Het gaat om mensen met een psychotische problematiek die geholpen worden om zelfstandig te wonen en zich te reïntegreren in de maatschappij.

Er wordt gewerkt volgens het model van de psycho-sociale rehabilitatie.

We streven naar zorg op maat via een geïndividualiseerd zorgprogramma voor elke bewoner, dat aangepast is aan zijn vragen, behoeften en mogelijkheden. Samen met de bewoner worden de aandachtspunten benoemd en wordt er een zorgplan opgesteld.

Qua huisvesting probeert het project ook een antwoord te bieden op verschillende niveau's van behoeften en mogelijkheden tot zelfstandigheid en reïntegratie.

Er zijn 2 klassieke gemeenschapshuizen waar de bewoners gestimuleerd worden tot een grote zelfstandigheid en waar activering een belangrijk aandachtspunt is.

Op eenzelfde manier wordt er gewerkt met de alleenwonenden. Hier worden mensen begeleid die over wat minder sociale vaardigheden beschikken.

Een deel van deze groep gebruikt deze vorm van beschut wonen als tussenstap naar een vorm van zelfstandig wonen zonder of met beperktere begeleiding.

Een laatste vorm benoemen we als 'pensions'. Het zijn gemeenschapshuizen waar mensen wonen met een gestabiliseerd ziektebeeld, maar die minder zelfredzaam zijn. De focus van de begeleiding hier ligt meer op de ondersteuning van de ADL-activiteiten en minder op de activering.

Op deze manier probeert beschut wonen iedereen op zijn niveau een plaats te geven binnen de maatschappij.

Fiche VI

Bijkomende informatie betreffende **vzw Beschut Wonen Primavera** voor **art. 107 Hermes plus**

1. IDENTIFICATIE

Naam : vzw BESCHUT WONEN PRIMAVERA asbl
Kunstenaarsstraat 20
1020 LAKEN
02/479.89.19
beschutwonenprimavera@skynet.be

Gemeente : Beschut Wonen Primavera beschikt over een gedifferentieerd woonaanbod

- 1 gemeenschapswoning te **Jette** voor 4 bewoners (Jetselaan 120 A)
- 1 gemeenschapswoning te **Laken** voor 6 bewoners (Kunstenaarsstraat 20)
- 1 appartement voor 2 bewoners te Jette (Jetselaan 120 A 3^e verd.)

- drie individueel appartementen te Jette, (Charles Woestelaan 177)
- Ook wordt begeleiding aangeboden binnen de eigen huisvesting van de cliënt = Individueel Beschut Wonen. Momenteel in de gemeenten **1000 Brussel**, Laken, Jette

2. DE MATE WAARIN WE GEHEEL OF GEDEELTELIJK AAN DE DOELSTELLINGEN VAN DE FUNCTIE VOLDOEN ZOALS ZE BESCHREVEN WORDT DOOR HET FOD.

De dienst vzw Beschut Wonen Primavera biedt zorg in **functies 1-3-5**

Functie	Score	Bijkomende activiteiten
Functie 2	2	*
Functie 3	4	!
Functie 5	5	!

Toelichting functie 2: BEHANDELING VAN BEWONERS IN EEN SUBACUTE OF ACUTE TOESTAND OF MET EEN CHRONISCHE PSYCHIATRISCHE PROBLEMATIEK

Beschut Wonen Primavera treedt regelmatig op bij crisissituatie, onmiddellijke interventie (dikwijls door telefonisch contact of begeleiden van bewoner naar zijn behandelend psychiater) en een hogere frequentie van huisbezoeken kan een eventuele ziekenhuisopname voorkomen ! Een multidisciplinair team staat ter beschikking van de bewoners. Voor dringende zaken is er buiten de gewone kantooruren steeds iemand van het team beschikbaar per GSM.

Indien er eventueel toch een hospitalisatie noodzakelijk is wordt er vanuit Beschut Wonen Primavera al vanaf de eerste week gedacht en gewerkt aan een eventueel ontslag. **(cfr. functie 4)**

Toelichting functie 3 : PSYCHOSOCIALE-REHABILITATIE

Beschut Wonen Primavera stelt zich tot doel bij te dragen tot het stabiliseren en/of resocialiseren van mensen met psychiatrische problemen die geen nood hebben aan een permanent verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis maar niet (of nog niet) volledig zelfstandig kunnen wonen.

De begeleiders hebben een ondersteunende, stimulerende en oriënterende rol en streven naar **zorg op maat** !

- Administratieve ondersteuning
- Budgetbegeleiding
- Aandacht voor hygiëne, huishoudelijke taken, voeding, fysieke gezondheid en psychische klachten, medicatie, ...
- Zoeken & opvolgen van zinvolle vrijetijdsbesteding en/of arbeidsrehabilitatie
- (Weder)opbouw van een sociaal netwerk
- Begeleiding naar externe diensten
- Helpen omgaan met psychotische symptomen, antipsychotische medicatie, verslaving, ...

Samen met de bewoner wordt op basis van bovenvermelde noden een **begeleidingscontract** opgesteld met, naast een geïndividualiseerde uitwerking van de doelstellingen, ook praktische afspraken over de huisbezoeken. Belangrijk hierbij zijn :

- Kennismaking en Oriëntatie; contact leggen en opbouwen van een samenwerkingsrelatie
- Onderzoeken en informatie verzamelen over de wensen, behoeften, ondersteuningsvragen, mogelijkheden en beperkingen, gewenste hulpbronnen
- Stellen van doelen
- Maken van een plan
- Uitvoering van het plan
- [Evaluatie](#) en [terugkoppeling](#)

3. MIDDELENALLOCATIE

Vzw Beschut Wonen Primavera wil voornamelijk de woonfunctie mee invullen maar acht het momenteel onmogelijk om personeel uit te besteden.

Fiche VII

Partners Hermes Plus

1. Begeleid Wonen Brussel
L. Wittouckstraat 54
1020 Laken
02/420.43.13
www.begeleidwonenbrussel.be

Wij zijn werkzaam in heel het Brussels Hoofdstedelijke Gewest .

Wij begeleiden volwassenen met een handicap (verstandelijk, visueel, auditief, motorisch, autisme, aangeboren hersenletsel). Het merendeel van onze cliënten zijn mensen met een verstandelijke handicap. Een deel van hen leeft in kansarmoede en heeft bijkomend psychische problemen.

Daardoor beantwoorden we maar deels aan de doelstellingen omdat onze doelgroep maar een klein deel van de beoogde doelgroep vormt.

Functie 1 : score 3. Doordat we aan huis komen, merken we psychische moeilijkheden in een vroeg stadium op. We werken samen met eerstelijns hulpverlening (huisdokter) en met meer gespecialiseerde hulpverlening.

Functie 2 : score 2. Wij begeleiden enkele mensen met een chronische problematiek die er o.m. door onze aanwezigheid in slagen thuis te blijven en zelfstandig te wonen (met af en toe een korte opname)

Functie 3 : score 3. Sociale rehabilitatie (integratie in het dagelijks leven via werk, vrije tijd, zinvolle relaties, ...) vormt een belangrijk onderdeel van de begeleidingen.

Contactpersonen :

Klaar De Smaele, Pedagogisch Verantwoordelijke, Bruggenbouwer met thuislozensector
Valentine Lebacqz, Pedagogisch Verantwoordelijke, teambegeleidster.

Fiche VIII

1. Identificatie

- naam: Bij Ons – Chez Nous
- gemeente : 1000 Brussel; actief in de regio Brussel
- functie(s) : functie 1 : Inloophuis voor thuislozen waar we vooral aan vroegdetectie doen

2. De mate waarin u geheel of gedeeltelijk aan de doelstellingen van deze functie zoals ze beschreven wordt door de FOD tegemoet komt.

Score voor functie 1 : 3

3. Middelenallocatie.

Bij Ons stelt zijn laagdrempelige onthaalruimte en diensten ter beschikking o.a. aan thuislozen met psychiatrische problematiek.

Indien nodig kan een werkracht 4 uur ter beschikking staan van het netwerk in functie van een gezamenlijk opzetten van de hulp en ondersteuning van daklozen met psychiatrische problematiek.

Fiche IX

Naam: Psycho Sociaal Centrum St.Alexius-Elsene

Gemeente : Elsene. Het PSC bedient vooral Zuid-Brussel : Elsene, Etterbeek, Sint-Gillis en Oudergem

Beschrijving van de activiteit van de dienst :

Het P.S.C. St. Alexius -Elsene is een psychiatrisch ziekenhuis voor deeltijdse hospitalisatie (dag- en nachthospitaal) en een rehabilitatiesetting voor relatief jonge volwassenen die lijden aan een langdurige psychotische stoornis.

Functies : 2b, 3 en 4

Vraag 2 : De mate waarin u geheel of gedeeltelijk voldoet aan de doelstellingen van deze functie zoals ze beschreven wordt door de FOD

Het P.S.C. St. Alexius-Elsene bidet zorg in de volgende functies zoals die beschreven worden de FOD

Functie	Score	Bijkomende activiteiten
Functie 2b	4	*
Functie 3	4	**
Functie 4	3	***

*Vanuit het P.S.C. St.Alexius-Elsene werd in 2006 gestart met ACT (assertive Community Treatment). TrACTor werkt volgens het ACT-zorgmodel en is een Nederlandstalig initiatief dat intensieve thuiszorg biedt aan mensen met een ernstige psychiatrische problematiek.

**Het centrum werkt volgens een model van psychosociale rehabilitatie voor personen met een psychotische aandoening, waarbij een evenwicht nagestreefd wordt tussen individuele aanpak en gemeenschapsleven, tussen maatschappelijke integratie en respect voor het anders-zijn

*** Het gaat hier uitsluitend over deeltijdse hospitalisatie en de doelgroep wordt gevormd door patiënten met een psychotische problematiek.

Bij nachthospitalisatie overnachten de patiënten in het centrum en wordt gestreefd naar een zinvolle dagactiviteit, bij voorkeur buiten het centrum.

Bij daghospitalisatie worden kandidaten doorverwezen vanuit verschillende voorzieningen. Voor deze vorm van begeleiding wordt een bereidheid gevraagd om aan activiteiten deel te nemen die georganiseerd worden door het centrum. Een geïndividualiseerde aanpak blijft van toepassing : er wordt met iedere patiënt afgesproken hoeveel dagen ze naar het centrum komen.

Vraag 3

Het Psycho-Sociaal Centrum St.Alexius-Elsene investeert al eigen middelen in het Act-project. Gezien het beperkt aantal bedden voor deeltijdse hospitalisatie (33 nacht en 11dag) zien wij geen mogelijkheid om bedden te heralloceren.

Fiche X

1. Fiche Den Teirling

- Den Teirling dagactiviteitencentrum
- Gelegen te Elsene; actief op heel Brussels hoofdstedelijk Gewest
- Beschrijving: ontmoetingsplek met aanbod van dagactiviteiten voor personen die behoefte hebben aan dagbesteding en niet in het 'gewone' circuit terecht kunnen.
- Functie 3 : rehabilitatie en sociale inclusie

2.

functie	score	bijkomend
Functie 3	4	*

Den Teirling beantwoordt aan de beschrijving in functie 3, met voorbehoud voor de programma's met het oog op beroepsmogelijkheden.

Bijkomend heeft Den Teirling een sociaal-artistieke praktijk ontwikkeld, die tegemoet komt aan vele vragen m.b.t. herstel van de bezoekers. Deze artistieke praktijk is een methode op zich om te werken aan rehabilitatie en sociale inclusie.

3. Middelen:

Den Teirling heeft 3,5 VTE voor de functie, wat betreft ontmoeting en dagactiviteiten.

Fiche XI

Vraag 1

Naam: vzw Huize Jan De Wachter

Gemeente: De dienst is gelegen in 1000 Brussel en het gemeenschapshuis te 1020 Brussel (Laken)

Functie: 5

Vraag 2

Functie 5 kent score 5

! Er is een samenwerkingsverband tussen het initiatief beschut wonen vzw Huize Jan De Wachter en Den Teirling voor de uitbouw van een activiteitencentrum in de Noord- west rand.

Vraag 3

Voorlopig kunnen wij geen middelen ter beschikking stellen.

Fiche XII

V.Z.W. Festina Lente
Opperstraat 73, 1050 Elsene

Het is een project beschut wonen met Nederlandstalige erkenning dat vooral werkzaam is in de regio Elsene-Etterbeek.

Functie 3, score 3

Functie 5, score 5

Festina Lente is een project beschut wonen dat plaats biedt aan 19 bewoners: 16 bewoners zijn verdeeld over 3 gemeenschapshuizen en 3 bewoners worden individueel gevolgd.

Het gaat om mensen met een psychotische problematiek die geholpen worden om zelfstandig te wonen en zich te reïntegreren in de maatschappij.

Er wordt gewerkt volgens het model van de psycho-sociale rehabilitatie.

We streven naar zorg op maat via een geïndividualiseerd zorgprogramma voor elke bewoner, dat aangepast is aan zijn vragen, behoeften en mogelijkheden. Samen met de bewoner worden de aandachtspunten benoemd en wordt er een zorgplan opgesteld.

Festina Lente werkt in Brussel samen met de andere Nederlandstalige partners binnen de Geestelijke Gezondheidszorg, met name voor de projecten psychiatrische zorg in de thuissituatie Lila en het dagactiviteitencentrum Den Teirling.

Activering is een belangrijk aandachtspunt in de werking. We streven naar een gepaste activiteit op maat voor elke bewoner.

Fiche XIII

Vraag 1:

Naam: PAAZ Dienst Psychiatrie UZBrussel

Gemeente: Jette, Patiënten komen uit BHV.

Beschrijving van de activiteiten van de dienst:

Kortdurende (max 3 weken) intensieve residentiële behandeling voor zowel acute als chronische psychische problemen wanneer een opname noodzakelijk is. 30 A bedden.

Functies: 4

Vraag 2: Zoals beschreven in de FOD bieden we specifieke residentiële, intensieve observatie en behandeling aan. Het accent ligt daarbij op acute zorg, indicatie- en diagnosestelling en intensieve behandeling.

Functie	Score	Bijkomende activiteiten
Functie 4	5	

Fiche XIV

Project Psychiatrische Thuiszorg "Psychiatrie – Coördinatie – Thuiszorg" PsyCoT

-De naam van de dienst: "Psychiatrie – Coördinatie – Thuiszorg" PsyCoT

-de gemeente waar de dienst is gelegen en de gemeenten waarop de dienst hoofdzakelijk actief is: De dienst is actief over het gebied Brussel Hoofdstad.

-de functie(s):

Functie 1: score 4

Functie 3: score 5

Functie 6 : Coördinatie (*)

Functie 6 : Coördinatie (*) : De dienst heeft sinds 10 ervaring in het samenbrengen van de hulperleners, die vanuit verschillende zorgfuncties betrokken zijn in de zorg voor de patiënt. Het concept "referentiepersoon" werd hier voor ontwikkeld en werd overgedragen naar andere projecten in en buiten Brussel.

Functie 6 : Coördinatie (*) : Vanuit de coördinatie van zorg, ontstond een netwerk van partners die over gans Brussel betrokken waren in de zorg voor psychiatrische patiënten. Dit netwerk bestaat momenteel uit hulpverleners die uit alle sectoren en geledingen van het sociaal werk, het algemeen welzijnswerk, justitie en uit de gezondheidszorg. Deze deelnemers aan de zorg hebben "de methodiek van het overleg" gemeenschappelijk.

Fiche XV

1. Identification

- Prisme Nord-Ouest
- On est situé à Jette et nous intervenons sur les communes suivantes : Jette, Ganshoren, Berchem-Sainte-Agathe, Koekelberg, Anderlecht, Molenbeek, Laeken, Neder-Over-Hembeek, Strombeek-Bever, plus exceptions.
- F 1 car le SPF définit les SPAD dans cette fonction. F 2 car nous prenons en charge à domicile des patients chroniques et nous pouvons être amené à gérer l'urgence auprès de certains de nos patients.

2. D'après vous dans quelle mesure le ou les fonctions décrites ci-dessus correspondent aux objectifs tels que décrits par le Service Public Fédéral (SPF)

! Le cadre de travail ne nous permet pas une prise en charge intensive (nous ne pouvons proposer un rendez-

Fonction	Score	Activités supplémentaires
Fonction 1	4	
Fonction 2	3	!

vous
que
toutes
les 2
semai
nes).
De

même, l'intervention d'urgence est limitée.

3. (Ré)organisation des moyens

La prise en charge à domicile mobilise beaucoup d'énergie, notamment au niveau du temps, d'où l'impossibilité de proposer un encadrement plus soutenu et soutenant. Si nous voulons pouvoir proposer une prise en charge des moments d'urgence, il serait nécessaire d'augmenter les effectifs, ce qui permettrait notamment une plus grande flexibilité horaire et disponibilité.

Fiche XVI

Nom: "Clinique Sanatia" ASBL

3 sites:

Hôpital psychiatrique. Rue du Moulin 27-29 à St Josse. Population de la commune et de l'ensemble de la région de Bruxelles-capitale

Fonctions remplies:

Fonction 1 score 2 par la pratique de pré-admission (RDV dans les 48h) diagnostics et prévention

Fonction 2 score 2 idem que pour fonction 1

Fonction 3 score 2 l'hôpital tente aussi de part son département des services cliniques de mettre la réhabilitation en route dès l'admission

Fonction 4 score 5

Fonction 5 score 1 l'hôpital a une fonction de travail aigu et n'est pas un lieu de résidence

MSP (Maison de soins psychiatrique) Rue du Collège, 45 à Ixelles. Population de l'ensemble de la région de Bxl

Fonctions remplies:

Fonction 1 score 2 prévention des rechutes des patients chroniques

Fonction 2 score 2 Ce score va augmenter par la mise en place espérée d'une équipe de travail à domicile avec les patients ayant quitté la MSP ou avant leur entrée

Fonction 3 score 3 la MSP vise avec tous les patients avec qui c'est possible une réhabilitation que ce soit par l'inscription de la vie de la commune ou du quartier ou via la mise en place d'une sortie possible vers des lieux moins structurants

Fonction 4 score 1

Fonction 5 score 5 C'est sa fonction première

Centre psychothérapeutique de jour "Le Canevas", Rue du Collège, 55 à Ixelles. population de toute la région de Bxl

Fonctions remplies:

Fonction 1 score 2 par la pratique des candidatures: diagnostics, reorientation et prévention

Fonction 2 score 3 Suivi des patients en crise aiguë ou chronique (à domicile possible si accord INAMI)

Fonction 3 score 5 C'est sa fonction première: centre de révalidation convention INAMI

Fonction 4 score 1

Fonction 5 score 1

Fiche XVII

"ENTRE AUTRES"

A.S.B.L.

Rue Bonaventure 28
1090 BRUXELLES
Tél. : 02.478.93.62
Fax : 02.479.63.75
Fortis : 001-2018297-94

REPONSE AU QUESTIONNAIRE HERMES

Question 1 :

Nom : Entre Autres asbl

Commune : Jette

Description des activités de ce service :

Ce service propose des habitations protégées semi-communautaires dans 8 entités différentes et 7 flats individuels.

Fonctions : 1, 2, 3 et 5

Question 2 :

Fonction	Score
Fonction 1	3
Fonction 2	3
Fonction 3	3
Fonction 5	5

Notice explicative de la fonction 1 :

- Score 3 : les habitations protégées ont une fonction importante dans la détection des difficultés que peuvent rencontrer les résidents ceci explique notre grande accessibilité (permanence de 9h à 18h tous les jours de la semaine).

Notice explicative de la fonction 2 :

- Score 3 : le service propose un suivi à domicile temporaire (le temps que l'accroche se fasse suffisamment avec un service extérieur) aux résidents qui s'installent dans leur propre logement

Notice explicative de la fonction 3 :

- Score 3 : le service propose un accompagnement au quotidien dans le développement des ressources personnelles du résident et l'acquisition de nouvelles possibilités.

Notice explicative de la fonction 5 :

- Score 5 : le service propose des logements semi-communautaires (chambre individuelle et espaces communautaires) et individuels pour 44 personnes avec un suivi psycho-social en fonction des besoins de la personne.

Question 3

Pour ce qui concerne cette question nous pouvons dire que notre institution est prête à répondre aux demandes dans la mesure de ses possibilités. Il nous semble compliqué d'être précis puisqu'on ne sait pas ce qui sera exactement demandé à chaque partenaire.

Fiche XVIII

Les maisons d'accueil pour adultes en difficulté ont pour mission, comme leur mandat le précise, *l'accueil, l'hébergement et l'aide psycho-sociale adaptée aux bénéficiaires afin de promouvoir leur autonomie, leur bien être physique et leur réinsertion dans la société.*

Elles accueillent donc des adultes en difficulté, sans vraiment savoir ce que recouvrent ces difficultés, mais sans méconnaître que les difficultés se manifestent rarement seules quand c'est au seuil de leurs portes.

La maison d'accueil héberge la personne tout entière : il ne s'agit que rarement d'un "simple" problème d'hébergement, de lit à trouver pour la nuit. En accueillant la personne, on fait entrer avec elle le chapelet des difficultés qui l'ont "réduite" à cette démarche. Des problèmes familiaux, de relation, des problèmes de santé, un accident de vie, un contentieux avec la Justice, des assuétudes variées (de la CaratPils au Jeu, les combinaisons possibles sont nombreuses et cumulables), et d'autres souffrances parfois moins identifiées, plus intimes, mais pourtant bien réelles.

La maison d'accueil héberge la personne entière et non ses "seules" difficultés, et, si elle ne souhaite surtout pas être totalitaire, elle se comprend bien comme généraliste. Les 168 heures d'une semaine sont bien plus que le temps des repas, du repos, des entretiens et autres consultations, en interne comme en externe.

Et donc nous voici candidats à embarquer à bord du PSY107, car comme Monsieur Jourdain, sans le savoir, sans même en connaître l'existence, nous le faisons déjà, ce travail du PSY107 : alors, autant le faire avec d'autres, il paraît que l'union fait la force.

En accueillant et hébergeant des personnes qui ont occupé des lits (??) aigus, des lits (??) longue haleine, ou qui parfois feraient bien d'en occuper, nous sommes en plein dans le sujet, sans pouvoir optimiser les possibilités qui existent, en poussant à l'émergence d'initiatives qui devraient exister.

Dans la fonction 1, de promotion/prévention/dépistage/intervention précoce en SM, les maisons d'accueil occupent au moins des postes et des avant-postes de sentinelles. Si l'expertise est loin d'être pointue, les observations trouvent toute leur pertinence dans leur continuité, comme nous l'indiquions dans notre préambule.

Dans la fonction 2, quant aux équipes d'intervention mobiles qui se déplacent jusqu'au demandeur de soins, nous avons plutôt l'impression que l'exercice de la fonction 1 nous conduit à prendre le chemin inverse, et amener le demandeur de soins au prestataire, et que cet accompagnement se fait autant dans l'espace que dans le temps : attendre exige parfois un long accompagnement; c'est incontestablement un pôle qui devrait être renforcé par l'insertion dans un réseau PSY107

Dans la fonction 3, visant la réhabilitation psychosociale, les maisons d'accueil sont dans leurs missions, pour lesquelles seul du personnel social (éducateurs spécialisés/assistants sociaux) est prescrit. Il y aurait à assurer un renfort spécifique, sous une forme à préciser.

La fonction 4 –hospitalisation de crise- sera sollicitée auprès des acteurs spécialisés du réseau, de même que *la fonction 5*, formes d'habitat et de séjour spécifiques.

Il apparaît cependant que les maisons d'accueil ont une fonction pratiquement explicite de salles d'attente, que ce soit avant une hospitalisation, ou plus habituellement dans l'attente, sinon la quête d'habitats spécifiques. Elles exercent ici une combinaison des fonctions 1 et 5, en amont et en aval des phases critiques nécessitant l'appel aux unités intensives.

Les maisons d'accueil seraient donc bien à leur place dans un réseau PSY107, et trouveront tout intérêt à y participer explicitement plutôt que de n'intervenir qu'en appoint d'un travail réalisé par ailleurs, chacun faisant au mieux sa part de travail.

