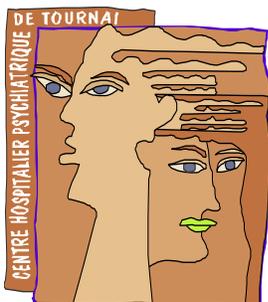


CENTRE HOSPITALIER REGIONAL ET MAISON DE SOINS PSYCHIATRIQUES

Organisme d'intérêt public doté de la personnalité juridique

Décret du 6 avril 1995 relatif à la gestion des hôpitaux psychiatriques de la Région Wallonne



94, Rue Despars
7500 TOURNAI
Tél. 069/88.02.01
Fax 069/88.02.53
C.C.B. 091-0114643-18

PROJET 107

Hainaut Occidental

1. VISION DU PROJET
2. GROUPE CIBLE
3. OBJECTIFS-MISSIONS-RESULTATS ATTENDUS
4. ZONE GEOGRAPHIQUE D'ACTIVITE
 - 4.1. Phase 1
 - 4.2. Phase 2
 - 4.3. Services offerts actuellement sur la zone concernée
5. DESCRIPTION DE LA NOUVELLE STRUCTURE :
 - 5.1. Composition du réseau et relevé des besoins par fonction
 - 5.2. Répartition des tâches dans le réseau par fonction
 - 5.3. Nouveaux rôles
 - 5.4. Instruments pour la communication et suivi qualité
 - 5.5. Modèle de gestion et d'administration
6. STRATEGIE DE DEVELOPPEMENT DU RESEAU
 - 6.1. Echelonnement
 - 6.2. Gestion des risques
7. FINANCEMENT ET ALLOCATION DE MOYENS

1. VISION DU PROJET

Depuis longtemps, de nombreux intervenants en Santé Mentale du Hainaut Occidental, et du Tournais en particulier, se connaissent, se rencontrent, et travaillent en collaboration.

Un circuit de soins existe sans être entièrement formalisé comme tel.

Des réseaux se constituent autour de chaque patient, en fonction de ses besoins et en fonction des possibilités offertes par le circuit de soins.

De nombreuses lacunes existent cependant : il manque fortement de moyens pour accompagner valablement les patients à domicile, de logements adaptés, de collaboration entre hôpital et domicile, de possibilités d'intervention d'urgence, de diversification de l'offre de soins permettant d'éviter les hospitalisations ... ou de hâter le retour au domicile.

Tant au niveau de la collaboration entre les intervenants qu'au niveau de la diversification de l'offre de soins, les besoins des usagers sont donc insuffisamment rencontrés.

Afin de mieux rencontrer les besoins des usagers, un noyau d'intervenants issus de l'ambulatoire et de l'hôpital se sont réunis régulièrement depuis mai 2009, ont identifié les problèmes et réfléchi à des réponses avec la collaboration du Centre Franco Basaglia de Liège, et en s'inspirant notamment de l'expérience du secteur voisin de Lille Est, qu'ils ont rencontré à plusieurs reprises.

Ont participé à ce travail des professionnels issus des services de santé mentale, de l'hôpital psychiatrique dans ses diverses composantes, des maisons médicales, des habitations protégées, de SIMILES (association de familles de patients), du SPAD (service de coordination des soins psychiatriques à domicile), des clubs psychosociaux, etc...

Ce travail a servi de base à l'élaboration du présent projet dans le cadre de l'article 107

Les rencontres ont ensuite été élargies à l'ensemble des acteurs intervenant en qualité de spécialistes ou non dans le champ de la santé mentale.

Dans un objectif de déstigmatisation et de réintégration du patient dans la société, notre philosophie de travail est d'impliquer, progressivement, au maximum les acteurs généralistes (médecins généralistes, maisons médicales, aides familiales, etc.). Dans cette optique, les nouvelles équipes travailleront dans une logique d'appui (en termes de prestations et de coordination) aux acteurs existants, sans se substituer à eux. Ceci pour éviter toute concurrence stérile.

Nous avons adopté la **méthode de travail** suivante :

- 1) Choisir, dans un premier temps, une zone d'action pas trop étendue (100.000 habitants), et l'étendre dans un second temps à l'ensemble du Hainaut Occidental.
- 2) Etablir la liste de tous les intervenants de cette zone, spécialisés en santé mentale et non spécialisés, qui peuvent apporter ou apportent déjà une aide à l'utilisateur.
- 3) Réunir ces intervenants par fonction assurée (certains assurent plusieurs fonctions et sont présents dans plusieurs groupes)
- 4) Pour chaque fonction, repérer avec eux les lacunes au niveau de l'offre de soins et au niveau de la collaboration entre eux
- 5) Chercher par quels moyens combler ces lacunes
- 6) Faire des propositions concrètes d'utilisation des moyens qui pourraient être dégagés par l'application de l'article 107
- 7) Evaluer les résultats obtenus en fonction des objectifs recherchés par critères quantitatifs (nombre et durées d'hospitalisations, nombre de réinsertions dans une activité professionnelle ou non) et qualitatifs (questionnaire de satisfaction des patients et de leur famille-entourage, échelle d'autoévaluation de la qualité de vie)

Ce projet de réseau est donc l'aboutissement d'une collaboration constructive entre l'ensemble des acteurs de la santé mentale, généralistes et spécialistes, de la zone concernée dans un premier temps, soit le grand Tournai.

Dans un second temps, la même méthode sera appliquée aux acteurs de l'ensemble de la zone du Hainaut Occidental.

Il est établi dans le strict respect du projet thérapeutique propre et indépendant de chaque partenaire et n'établit aucun rapport hiérarchique actuel ou futur entre les différentes institutions.

2. GROUPE CIBLE

Toute la population des adultes + jeunes à partir de 16 ans. Dans la population concernée (Hainaut Occidental) les troubles psychiatriques sont souvent associés à d'importantes difficultés socio-économiques. Cet aspect doit donc être pris en compte (logement social par exemple).

De même, la population des internés libérés à l'essai qui s'installent dans la région nécessite une expertise particulière et doit être incluse dans le groupe cible.

Pour ce qui concerne les jeunes de plus de 16 ans et moins de 18 ans, il existe déjà des liens entre les unités K (20 lits) + FOR K (8 lits) et le secteur de l'aide à la jeunesse, le secteur de l'enseignement (écoles extérieures + école à l'hôpital), le secteur de la justice (tribunaux de la jeunesse).

Des prises en charge spécifiques pourraient voir le jour dans les IHP pour des jeunes de 16-22 ans présentant des troubles psychiatriques.

Question : quid des patients entre 15 et 16 ans hospitalisés dans les lits A des hôpitaux ?

3. OBJECTIFS – MISSIONS – RESULTATS ATTENDUS

3.1. Objectifs

= AMELIORER GLOBALEMENT LA QUALITE DE VIE DES USAGERS DU HAINAUT OCCIDENTAL EN REpondANT MIEUX A LEURS BESOINS :

- 1) être **soignés** grâce à une offre de soins souple, diversifiée, et accessible, le plus possible dans leur milieu de vie. L'hospitalisation intervient seulement en dernier recours et est la plus courte possible.
- 2) être **aïdés** sur le plan du logement, du travail, des liens sociaux, et de la participation à la vie citoyenne en général

3.2. Missions pour atteindre ces objectifs :

- 1) constituer un réseau de caractère pluridisciplinaire, centré sur le patient, et coordonné par un coordinateur de réseau (cfr 5.3.1, p. 18)
- 2) un réseau constitué de soignants, d'usagers et de leurs proches, dans le but de cogérer une partie des activités
- 3) un réseau en partenariat avec des organismes sociaux, de réinsertion ou de formation professionnelle, d'enseignement, et des organismes culturels
- 4) un réseau établissant des collaborations « décatégorisées » avec d'autres secteurs : personnes âgées, justice, handicap ...

3.3. Résultats attendus

- Amélioration de la qualité de vie des usagers (cfr point 7, p.4)
- Diminution progressive du nombre et de la durée des hospitalisations
- Amélioration de la réinsertion dans une activité professionnelle, dans la vie sociale et dans les activités citoyennes (cfr point 7, p.4)
- Augmentation des possibilités pour les patients d'intégrer les logements sociaux et privés via un accompagnement adapté, spécialement pour les patients occupant actuellement les lits qui seront « gelés » (5.2.2., p 16)
- Implication des responsables politiques locaux pour faciliter l'insertion des patients dans la cité
- Implication plus grande des généralistes et autres acteurs de première ligne généraliste
- Renforcement de la collaboration entre généralistes et spécialistes
- Changement de paradigme du soin hospitalier vers le soin à domicile chez les soignants «réaffectés» aux équipes mobiles (grâce à des stages et des formations, cfr 5.3.4, p. 19)

4. ZONE GEOGRAPHIQUE CONCERNEE_(annexe 1)

4.1. Phase 1 : 2011

Installation du projet sur le grand Tournai (100.000 habitants : Tournai + communes limitrophes).

Carte en annexe.

Ce territoire correspond grosso modo au « bassin de vie » tournaisien. En effet, le Hainaut Occidental a la caractéristique d'être composé de petites et moyennes villes (Tournai, Mouscron, Ath, Leuze, Péruwelz). De ce fait, il existe des habitudes de vie, des collaborations entre professionnels, des réseaux sociaux... fort différents entre ces pôles urbains.

Construire d'emblée un circuit de soins sur l'ensemble du Hainaut Occidental apparaît démesuré, voire impraticable dans un premier temps.

Construire un réseau, c'est mettre en lien des acteurs nombreux et très différents qui doivent apprendre à se connaître et à travailler ensemble. Notre projet s'est construit sur des bases solides avec des acteurs qui travaillent déjà ensemble mais qui souhaitent améliorer le service offert à la population : partir de là nous permet de nous donner les meilleures chances de réussite. Nous remarquons qu'en France, la taille des secteurs psychiatriques est d'environ 80.000 habitants.

Communes concernées :

Tournai :	67.476 habitants	
Brunehaut :	7.771 habitants	
Antoing :	7.540 habitants	
Rumes :	5.067 habitants	
Pecq :	5.301 habitants	
Celles :	5.541 habitants	
Total :	98.696 habitants	440 km ²

4.2. Phase 2 : 2012

Une extension aux autres sous-régions, bassins de vie ou secteurs du Hainaut Occidental (arrondissements de Mouscron, Ath, et extension à l'ensemble de l'arrondissement de Tournai : Estaimpuis, Mont de l'Enclus, Leuze, Péruwelz) se fera dans un deuxième temps, en 2012, pour couvrir alors une zone d'action de 293.770 habitants et 1.000 km².

Cette extension entrera cependant en phase de préparation dès le début du projet, en 2011.

Elle se fera en collaboration avec les institutions de santé mentale des différents bassins de vie ou secteurs composant le reste du Hainaut Occidental dans le cadre de la Plate Forme Picarde de Concertation pour la Santé Mentale, de sorte qu'à terme, tout son territoire soit couvert et qu'il n'existe pas de recouvrements inutiles. Nous demanderons prochainement à la Plate Forme d'entamer une réflexion sur cette question de la territorialité.

Arrondissements administratifs du Hainaut Occidental :

Ath :	81.361 habitants	487 km ²
Mouscron :	70.619 habitants	100 km ²
Tournai :	141.790 habitants	440 km ²
Total :	293.770 habitants	1.027 km ²

4.3. Services offerts sur la zone concernée

4.3.1. Services hospitaliers psychiatriques

CRP Les Marronniers :

- 240 lits psychiatriques répartis en différentes unités ayant chacune leurs spécificités.
- 350 lits psychiatriques en section de Défense Sociale

Centre Hospitalier Wallonie Picarde (CHwapi) :

Unité ouverte de crise psychiatrique et d'accueil en urgence de 30 lits A, travaillant en liaison psychiatrique et assurant une garde permanente avec les urgences générales, actuellement sur le site de la Dorcas du CHwapi (Centre Hospitalier Wallonie Picarde).

4.3.2. Services ambulatoires spécialisés en santé mentale

Les SSM :

- service de Santé Mentale du Tournaisis ;
- centre de guidance provincial ;

Le Cap : centre de réhabilitation psychosociale prenant en charge de nombreux patients psychiatriques. Lieu thérapeutique qui offre la possibilité de s'exprimer en groupe sous forme d'ateliers. Prise en charge individuelle également possible.

Citadelle : service d'aide aux toxicomanes constitué de 2 SSM et de 2 maisons médicales.

CAHO : coordination assuétudes du Hainaut Occidental

Le SPAD : Bien Chez Soi

Les Clubs thérapeutiques :

- situé à Tournai, le Brebi's Flub (bistrot sans alcool) est né en 2006. Cogéré par patients et soignants sur le modèle des Clubs thérapeutiques, il s'adresse à des adultes qui souffrent de difficultés psychologiques.(Initiative commune CRP Les Marronniers, Habitations Protégées du Hainaut, Maison médicale Le Gué, Service de Santé Mentale du Tournaisis)
- Le Bric à Brac, club psycho-social fondé au départ des Habitations Protégées en 2007, offre un espace d'activités, d'échanges et d'expressions à toute personne adulte qui rencontre des problèmes psychiatriques.

L'hôpital de Jour psychiatrique (CRP Les Marronniers)« La Colline » : 30 lits a

Les équipes d'outreaching dépendant des Marronniers :

- For K ;
- Outreaching K ;
- Outreaching pour internés libérés à l'essai ;
- Outreaching prison.

4.3.3. Services ambulatoires non spécialisés en santé mentale

Les 3 maisons médicales : le Gué, la Venelle, Maison médicale du vieux chemin d'Ere

Les services d'Aide familiale, aide ménagère

- le service d'aide aux familles et aux personnes âgées ;
- la SAFTAM, service d'aide familiale des arrondissements de Tournai-Ath-Mouscron
- l'ASD, aide et soins à domicile
- CSD, centrale de soins à domicile
- l'ADMR, aide à domicile en milieu rural
- le service d'aide ménagère du CPAS

Les services infirmiers à domicile

- l'IMSTAM, intercommunale d'oeuvres médico-sociales de Tournai-Ath-Mouscron
- CSD, centrale de soins à domicile
- ASD, aide et soins à domicile

Les Centres de coordination des soins à domicile :

- SISD, cecosto, service intégré de soins à domicile
- CECOSAD, centre de coordination des soins et de l'aide à domicile

La Maison de Justice

Le bureau d'Assistance aux victimes du Tournais (Police)

SAIS : service d'aide à l'intégration sociale de la ville de Tournai

Service d'accompagnement pour personnes handicapées

3 centres de Planning familial : La famille heureuse, Aurore Carlier, Au quai

Les services sociaux des mutuelles

Les services sociaux des logements sociaux

Le CPAS :

- service social général (pour tout public) ;
- la Ruche : maison de quartier qui propose d'intégrer au maximum les patients aux activités culturelles et aux festivités à Tournai. Elle propose aussi un lavoir accessible à tous.
- Centre de Scolarité et de Loisirs
- Service d'insertion professionnelle
- Médiation de dettes
- Service logement

Aide à la réhabilitation professionnelle

- MIRHO, mission régionale du Hainaut Occidental
- CFRP, centre de formation et de réadaptation professionnelle
- OISP, organisme d'insertion socio-professionnelle : IFI, initiative formation réinsertion, femme active
- CERAT, centre d'éducation et de réadaptation au travail, secteur AWIPH
- AID ESCALE, action intégrée de développement
- EFT, entreprise de formation par le travail
- La cuisine en herbe
- Service de réinsertion professionnelle de l'AWIPH
- FOREM

Services d'aide à la jeunesse

- SAJ
- SPJ
- AMO, aide en milieu ouvert: Canal J et Graine

-SAIE, service d'aide et d'intervention éducative

Maisons de quartier

-Le pain sur la planche
-La Ruche, maison de quartier qui propose d'intégrer au maximum les patients aux activités culturelles et aux festivités à Tournai. Elle propose aussi un lavoir accessible à tous.

Télé-service Ecoute-Accueil

Vie féminine

ONE

4.3.4. Services d'hébergement spécialisés en santé mentale

Maison de soins psychiatriques : 120 lits

Le Relais : Habitations protégées : 72 places
- 47 places d'habitations protégées communautaires
- 20 places d'habitations protégées en studio
- 5 places d'habitations protégées en suivi individuel en ville

4.3.5. Services d'hébergement non spécialisés en santé mentale

Les maisons d'Accueil :

-les chênes de Mambré ;
-l'Etape
-la Consoude, pour les femmes victimes de violences conjugales
-les Oliviers, pour les jeunes de 18 à 25 ans

La Maison Maternelle

Les services résidentiels de transition : appartements supervisés du Home Valère Delcroix (AWPH)

4.3.6. Les acteurs indépendants

Les médecins généralistes regroupés au sein du cercle AGT, cercle des médecins généralistes du Tournaisis.

Les psychiatres indépendants.

Les psychologues-psychothérapeutes indépendants

Les infirmières indépendantes à domicile

...

Remarques :

- Cette liste n'est pas exhaustive, de nombreux autres acteurs non spécifiques sont susceptibles d'intervenir comme acteur d'un réseau autour du patient : familles, entourage, voisins, propriétaires, pharmaciens, commerçants du quartier, enseignants, etc...

- Tous les services cités ne participent évidemment pas au même titre au fonctionnement d'un réseau. Leurs rôles respectifs devront être clarifiés progressivement en accord avec chacun. Ce sera une des fonctions du coordinateur de réseau.

5. NOUVELLE STRUCTURE DU RESEAU

5.1. Composition du réseau et relevé des besoins par fonction

Tous les prestataires de service de la zone concernée, regroupés par fonction, ont été invités à analyser les lacunes et les besoins en matière de santé mentale dans cette zone. Les partenaires clés sont ceux qui collaborent activement à la réalisation du projet 107.

5.1.1. Fonction 1

Activités en matière de prévention, promotion des soins en santé mentale, détection précoce et pose d'un diagnostic.

Présents lors de la discussion : (en gras **partenaires clés**)

- les **Maisons Médicales**
- L' **AGT (cercle des généralistes du Tournaisis)**
- Similes Wallonie**
- Le Centre de Guidance Provincial (service de santé mentale)**
- Le SSMT (service de santé mentale du Tournaisis)
- 3 plannings familiaux
- (Psytoyens, associations de patients, s'est ajoutée par la suite)

Les plannings n'identifient pas de difficulté particulière : quand la situation devient trop lourde, ils réorientent. Le SSMT (service de santé mentale du Tournaisis) souhaite jouer un rôle de « ressource extérieure » pour le réseau. Son activité essentiellement centrée sur les consultations de psychothérapie implique, pour des raisons éthiques, la préservation d'une confidentialité optimale.

L'association Psytoyens, association d'usagers, s'est jointe à nous par la suite

Différents besoins et lacunes sont mis en évidence :

Lacunes :

- manque de communication entre les acteurs de l'ambulatoire et l'hôpital
- souhait des médecins généralistes de pouvoir joindre rapidement un psychiatre pour avoir une aide, un conseil dans la gestion des situations psychiatriques à domicile
- difficultés rencontrées lors de la gestion de la crise : Où orienter ? A qui s'adresser ? surtout les week-ends et en soirée ? Que faire lorsqu'une hospitalisation n'est pas souhaitable ou souhaitée ?
- Difficulté à obtenir un rendez-vous rapide en consultation psychiatrique
- Manque de formation de certains intervenants à domicile par rapport à la souffrance psychique

Besoins :

- proposer des espaces d'intervision, pour penser, comprendre, agir, soigner et créer ensemble ... avec celui qui le demande. Un espace où peut se recréer un tissu social ; ce lieu permettrait aussi à chacun de mieux connaître les pratiques des autres intervenants du réseau.
- Renforcer les équipes mobiles qui pourraient intervenir au domicile lors des crises pour éviter l'hospitalisation
- Ouvrir un lieu ou une consultation est rapidement possible pour poser une indication de soins et réaliser la mise en route de celui-ci
- Préciser les liens et la coordination avec l'unité de crise actuellement sur le site Dorcas.
- Créer une permanence psychosociale 24 h/24.

5.1.2. Fonction 2 :

Equipes ambulatoires de traitement intensif, aussi bien pour les problèmes psychiques aigus que chroniques

Présents : (en gras **partenaires clés**)

- **SPAD Bien chez soi, coordination soins psychiatriques à domicile**
- **SIMILES Wallonie**
- **Hôpital de jour La Colline**
- **4 services d'aide familiale**
- **3 services d'infirmières à domicile dont un service d'infirmières indépendantes**
- Maison de justice
- **CPAS de Tournai**
- **CAHO**
- **2 Maisons médicales**
- **5 représentants du CHP « Les Marronniers » : outreaching K, For K, infirmière d'un service A, référente hospitalière, outreaching internés libérés à l'essai.**
- Bureau d'assistance aux victimes de la zone de Police du Tournaisis

Les nombreux participants, venant de services variés, montrent un intérêt pour les soins psychiatriques à domicile. Le débat a confirmé une réelle envie de travailler à domicile en réseau. Peu de services n'ont pas répondu à l'invitation (les services sociaux des mutuelles).

Lacunes :

- Manque de soutien pour les familles et les services tout venant, non habitués à prendre en charge des patients psychiatriques.
- Prise en charge difficile quand le patient est isolé, n'a pas d'entourage et quand la collaboration se passe mal avec le médecin traitant.
- Manque de formation, besoin de réassurance et cadre de travail pas toujours clairement mis en place à la sortie de l'hôpital pour les équipes d'infirmières à domicile et les aide-familiales. Ces services sont alors peu à l'aise dans ces situations où le relationnel est plus important que l'acte technique. Il peut aussi y avoir des craintes quant au comportement imprévisible potentiellement agressif de ces patients.
- Difficultés à trouver des pistes lors d'une situation de crise, d'urgence ou lors de la sortie de l'hôpital.
- Manque de relais possible dans les maisons d'accueil ou maternelles.
- Conditions d'accès strictes pour accéder à certains services spécialisés (procédures d'admission).

Besoins :

- Renforcer ou mieux coordonner les moyens de prendre en charge la crise ou les urgences psychiatriques surtout après 17h, les WE et jours fériés.
- Renforcer les équipes mobiles tel le SPAD (moyens insuffisants).
- Pouvoir offrir un lieu de formation, de supervision aux personnes qui le désirent.
- Prévoir un relais ou intervenir plus tôt avant la sortie du patient de l'hôpital (équipe mobile qui pourrait prendre contact dès l'admission). Faciliter la collaboration avec les services hospitaliers
- Améliorer la prise en charge des patients psychiatriques chroniques à domicile en concertation étroite avec le SPAD et les différents intervenants généralistes (médecins généralistes, aides familiales, CPAS,...) autour du patient

Le groupe exprime clairement une demande d'intensification des moyens pour la psychiatrie à domicile en tenant compte de ce qui existe déjà (outreaching et SPAD).

Une référence à long terme est également nécessaire pour les services non spécialisés en santé mentale, ainsi qu'un coaching (sensibilisation, soutien, information) en vue d'améliorer la continuité des soins (travail de concertation en réseau).

5.1.3. Fonction 3 :

Equipes de réhabilitation travaillant à la réinsertion et à l'inclusion sociale.

Présents : (en gras **partenaires clés**)

**Le CPAS ;
Les Maisons Médicales ;
Le Cap et l'Ancre
Les Chênes de Mambré ;
Les services d'Outreaching dépendant des « Marronniers » ;
Le Brebi's Flub ;
Le Bric à brac ;
L'hôpital de Jour « la Colline ».(Marronniers)**

Lacunes :

- manque de personnel formé et présent dans la ville pour assurer des permanences d'écoute et de soutien ;
- manque de moyens des services existants ;
- manque d'un lieu d'accueil qui puisse accueillir les patients en dehors des « heures de bureau » : en soirée et le week-end ;
- isolement social fréquent (manque de lien social, manque de lieux adaptés pour créer ce lien) ;
- difficulté pour l'usager de formuler ses demandes et de briser seul sa situation d'isolement ;
- l'absence de communauté thérapeutique sur le territoire de Tournai ;
- manque d'échanges entre les intervenants ;

Besoins :

- intensifier les initiatives qui existent déjà, notamment celles qui permettent d'intégrer les personnes en souffrance psychique dans des activités culturelles ou des ateliers ne dépendant pas spécialement du domaine psychiatrique ;
- proposer un lieu d'échanges entre les intervenants pour permettre de meilleurs relais entre les différentes structures ;
- créer un lieu d'accueil ouvert sur la ville, les soirs et les week-ends ;
- renforcer les équipes mobiles.

5.1.4. Fonction 4 :

Unités intensives de traitement résidentiel aussi bien pour les problèmes psychiques aigus que chroniques lorsqu'une hospitalisation s'avère nécessaire.

Présents : (en gras **partenaires clés**)

CRP Les Marronniers : 2 lits de crise K, 2 lits de crise FOR K, 30 lits T intensifs

CHWAPI site La Dorcas qui est plus une unité de crise avec des prises en charge aiguës et pas réellement une unité de « traitement résidentiel aigu ».

Le nombre de places « intensives » disponibles dans les hôpitaux psychiatriques et généraux semble suffisant, sauf pour ce qui est des lits K : nous sommes très souvent confrontés, dans le cadre de demandes de prise en charge, à une impossibilité d'hospitalisation avec parfois des délais d'attente de plusieurs mois) Il reste cependant de nombreux autres problèmes :

Lacunes :

- Importance de responsabiliser les acteurs de l'ambulatoire par rapport à la gestion de crise, l'hospitalisation n'étant pas toujours la seule solution.
- Nécessité d'évaluer la disponibilité des services de crise et de la prise en charge urgente psychiatrique ainsi que la possibilité de trouver une réponse urgente à la crise.
- Difficulté de trouver des relais externes pour les patients ayant séjourné longtemps à l'hôpital et entre autres pour les internés libérés à l'essai, spécialement les déficients mentaux
- Manque important de logements à des prix abordables ou de propriétaires prêts à louer un bien à des personnes présentant une pathologie psychiatrique ou étant sous APG, d'où allongement des durées d'hospitalisation.
- Manque de structures extérieures à l'Hôpital pouvant suffisamment prendre en charge les patients à leur sortie, et donc séjours qui se prolongent
- Insuffisance des équipes mobiles existantes : un manque important au niveau du SPAD dont les capacités de prise en charge sont totalement saturées.
- Difficultés pour les patients hospitalisés d'envisager de s'inscrire dans des activités ouvertes à tous (ex : Académie, Conservatoire, ...).

Besoins :

La mise en place du réseau ambulatoire devrait grandement faciliter la fluidité et la qualité de la prise en charge des patients.

Une discussion est ouverte avec le service de psychiatrie du Chwapi, qui joue déjà un rôle important dans la gestion des urgences psychiatriques, pour tenter de mieux définir les complémentarités entre ce service, les services intensifs et non intensifs des Marronniers, et le nouveau dispositif ambulatoire.

Permettre aux personnes souffrant de troubles psychiques d'avoir, comme les autres, accès à des logements convenables à des prix abordables. Développer pour cela des collaborations avec les responsables politiques locaux, les sociétés de logement social, et des éventuelles familles d'accueil.

5.1.5. Fonction 5 :

Formules résidentielles spécifiques permettant l'offre de soins lorsque l'organisation des soins nécessaires à domicile ou en milieu substitutif du domicile est impossible

Présents : (en gras **partenaires clés**)

- **IHP, Habitations protégées du Hainaut**
- **MSP la Traversée**
- **DAL , collectif du droit au logement (collectif d'associations mobilisées autour du droit au logement).**
- **Tournai logement (agence immobilière sociale)**
- **Logements sociaux du CPAS**
- **Logis tournaisien.**
- **Maisons d'accueil. (Etape, Chênes de Mambrée)**
- **CAHO en tant que porteur d'un projet de centre d'hébergement**
- Maison maternelle.

Lacunes :

- Manque crucial de logements salubres à prix abordable. L'instabilité résidentielle est le deuxième facteur de rechute dans la maladie mentale. Dans certains services des Marronniers, la proportion de SDF dépasse 50 %.
- Saturation des places en Habitations Protégées, et listes d'attente importantes en MSP .
- Certains patients ne souhaitent pas vivre en communauté.
- Dans les maisons d'accueil, les patients psychiatriques demandent plus de temps au détriment des autres personnes. De plus la cohabitation n'est pas toujours aisée.
- Difficultés à joindre les psychiatres après 18h et les week-ends.

Besoins :

- Ouvrir des places en HP et MSP et demande d'assouplissement des conditions d'accès
- Créer des équipes mobiles qui pourront faciliter l'acceptation des patients psychiatriques dans les structures d'hébergement existantes en passant régulièrement et en informant les intervenants sur la prise en charge de personnes souffrant de problèmes psychiques.
- Créer des partenariats avec des services qui seraient intermédiaires entre les propriétaires privés et les patients psychiatriques.
- Informer, conscientiser la population et les politiques à cette problématique pour déstigmatiser la maladie mentale.
- Etablir davantage de connexions entre les structures du milieu psychiatrique et les services sociaux généraux tout en pouvant compter sur l'appui et l'aide de services à domicile de type « outreaching »
- A plus long terme, si possible pouvoir développer comme à Lille, des placements dans des familles d'accueil même temporaires. A Lille, ce type de solution permet d'éviter certaines hospitalisations.
- Créer des liens plus étroits avec le CPAS et les sociétés de logement.
- Possibilité de pouvoir interpellier un professionnel après 16h et le week-end. Ces moments correspondent à des situations difficiles rencontrées par les équipes.
- Elargir les heures d'ouverture du bistrot thérapeutique aux soirées et we.
- Etendre la réflexion avec les services de l'AWIPH étant donné qu'il y a souvent une intrication des pathologies psychiatriques et du handicap (double diagnostic).

5.1.6. Conclusions :

Lacunes

Les principales lacunes relevées par l'ensemble des participants sur la zone d'action concernée sont les suivantes

- Difficulté à joindre les psychiatres et surtout à obtenir une consultation et éventuellement une hospitalisation rapidement
- Lieux d'hospitalisations psychiatriques d'urgence à identifier clairement
- Lieux d'hospitalisations psychiatriques de crise (quelques jours) à identifier clairement
- Service de soins psychiatriques à domicile 24h/24 inexistant : à créer
- Accueil et permanence de crise inexistant : à créer
- Communication ambulatoire – hôpital : à améliorer
- Concertation entre intervenants autour du projet de vie du patient : à organiser
- Manque de logements à bas prix
- Manque de places d'habitations protégées
- Manque de places en MSP
- Capacité de prise charge du SPAD limitée par manque d'effectifs
- Les services psychiatriques aigus sont souvent encombrés parce que mal utilisés par méconnaissance des ressources existantes et insuffisance de clarification des rôles de chacun.
- Les acteurs généralistes, comme les maisons médicales, les médecins généralistes et les services à domicile manquent fortement de moyens spécifiques pour assurer leur part de prise en charge de ces patients, que ce soit en terme de formation (en psychiatrie) et de personnel psychosocial.

Pour répondre à ces lacunes, il faut concrètement :

- Clarifier et identifier les responsabilités et les rôles de chaque intervenant, dans un esprit de complémentarité optimale, et diffuser l'information auprès des professionnels comme des usagers.
- Préciser les différentes gardes institutionnelles et les référents joignables et les coordonner.
- Définir le projet thérapeutique identitaire des différents intervenants du réseau psychiatrique auprès des intervenants du réseau de santé mentale avec une concertation éclairée, afin d'éviter l'encombrement des demandes de prises en charge psychiatriques en aigu et des crises.
- Diversifier l'offre de soins,
- Créer des équipes mobiles,
- Créer un lieu permanent d'accueil permettant si nécessaire une consultation rapide avec un psychiatre,
- Assurer une meilleure concertation entre les intervenants autour du projet de vie du patient,
- Quand l'hospitalisation est nécessaire, en réduire la durée par une intensification des soins et par l'augmentation des possibilités de réinsertion
- Créer des places en habitations protégées
- Créer des places en MSP
- Développer des collaborations avec des organismes sociaux (logement), éducatifs (formation professionnelle), culturels ...
- Attribuer des moyens nouveaux en terme de personnel psychosocial aux services généralistes et organiser les formations nécessaires en terme d'approche du patient psychiatrique pour les acteurs généralistes

Ces tâches au sein du réseau seront réparties, par fonction, de la manière suivante :

5.2. Répartition des tâches au sein du réseau par fonction

5.2.1. Fonction 1

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

- médecins généralistes (AGT : cercle des généralistes du Tournaisis)
- maisons médicales (Le gué, la venelle ...)
- SSMT, Centre de guidance provincial
- SIMILES
- PSYTOYENS
- **NOUVEAU : création d'un Centre de permanence psychosociale** en ville, ouvert de 8 à 22h tous les jours, y compris le weekend, et aussi accessible la nuit par téléphone. Lieu **d'accueil permanent**. Fonction d'accueil cogérée par soignants et usagers
- Lieu **d'orientation** vers généralistes ou vers structures adaptées, et en cas de crise psychiatrique vers l'unité de crise psychiatrique travaillant avec les urgences générales (Chwapi) ou vers les lits de crise (ados, ados délinquants) du CRP Les Marronniers
- Lieu de **consultation** rapide d'un psychiatre de l'équipe mobile (par téléphone immédiatement, sur place dans la journée) selon des procédures à définir.
- Lieu de **concertation** et de **réunion** pour les acteurs du réseau entre eux et autour du patient.

Phasage : recherche d'un bâtiment à louer en ville dès acceptation du projet, et mise en route début 2011.

5.2.2. Fonction 2

Equipes ambulatoires de traitement intensif, aussi bien pour problèmes psychiques aigus que chroniques.

Les médecins généralistes, les maisons médicales et les infirmières à domicile par exemple assurent déjà un accompagnement à domicile de nombreux patients. Les généralistes de garde interviennent à domicile la nuit et le WE. Mais les ressources de ces acteurs sont nettement insuffisantes pour pouvoir faire face à toutes les situations

NOUVEAU : création de 2 équipes mobiles capables d'intervenir rapidement à l'appel téléphonique d'un médecin dans la zone d'action (grand Tournai), basées à la "permanence psychosociale", ainsi que le SPAD "Bien chez soi" (coordination des soins psychiatriques à domicile), animées et dirigées sur place par un psychiatre. Les actuelles équipes d'outreaching (internés libérés, ados) pourront s'intégrer dans les équipes mobiles.

- 1 équipe mobile aigus (16 ETP) interventions au domicile 24h/24 pendant max 1 mois pour un patient
- 1 équipe mobile chroniques (14 ETP) interventions au domicile de 8h à 22h y compris le we, pendant une durée illimitée

Ces équipes mobiles travailleront en appui des structures existantes

Des accords avec l'AWIPH pourront être concrétisés concernant un suivi mixte (AWIPH-Marronniers) à domicile d'internés handicapés mentaux libérés à l'essai.

Phasage : gel progressif de 45 lits (15 lits A et 30 lits T- assurer la continuité des soins à ces patients) sur une période de 3 années, et réallocation simultanée des moyens ainsi dégagés.

Ressources à développer pour assurer la continuité des soins à ces 45 patients : augmentation du nombre de places IHP et MSP, projets liés au logement (logements sociaux, agence immobilière sociale, placement en famille d'accueil, collaboration avec structures existantes accueillant patients non psychiatriques etc.), et projets liés aux soins à domicile (équipes mobiles, outreaching)

5.2.3. Fonction 3

Equipes de réhabilitation travaillant à la réinsertion et l'inclusion sociale dans le but d'augmenter les capacités d'autonomie dans la vie journalière, les capacités de créer ou recréer du lien social, et d'élaborer des projets individualisés d'activités professionnelles.

-hôpital de jour 30 places	CRP Marronniers
-programme de rééducation fonctionnelle	CRP Marronniers
-centre de réadaptation	CAP
-ateliers thérapeutiques en ville	BRIC à BRAC, atelier du Gué LA RUCHE
-bistro thérapeutique	BREBI'S FLUB
-centres de formation professionnelle	CFRP, MIRHO, CERAT, cuisine en herbe ...
- NOUVEAU : fonction d'accueil cogérée	Centre permanence psychosociale

Phasage: début 2011.

5.2.4. Fonction 4

Unités intensives de traitement résidentiel pour problèmes psychiques aigus ou chroniques quand une hospitalisation s'avère indispensable

-unité d'hospitalisation de crise de 30 lits, qui travaille avec les urgences générales	CHWAPI
-mise en observation patients agressifs 8 lits intensifs	Marronniers
-patients avec troubles du comportement 8 lits intensifs	Marronniers
-patients chroniques 30 lits intensifs	Marronniers
-lits K de crise 2 lits	Marronniers
-lits Forensic K de crise 2 lits	Marronniers

NOUVEAU : Procédures d'admission et procédures de suivi après sortie de ces différentes unités hospitalières coordonnées par "permanence psychosociale". Intensification des soins pour 30 lits T.

Phasage : début 01/01/2011

5.2.5. Fonction 5

Formules résidentielles spécifiques, habitats spécifiques pour problèmes psychiques chroniques stabilisés

-47 places d'habitations protégées communautaires	IHP Le Relais
-20 places d'habitations protégées en studio	IHP Le Relais
- 5 places d'habitations protégées en suivi individuel en ville	IHP Le Relais
-120 places en MSP	MSP La Traversée

NOUVEAU : Procédures d'admission et procédures de suivi après sortie coordonnées par "permanence psychosociale", développement de collaborations avec logements sociaux. Création de nouvelles places d'Habitations Protégées et MSP, par reconversion de lits. Une négociation sera entamée avec les différents acteurs du logement social pour favoriser l'insertion des patients dans les logements sociaux. Par ailleurs, une réflexion sera entamée pour examiner l'opportunité de créer une nouvelle offre de logement à bas prix accessible aux personnes présentant des troubles mentaux.

Des prises en charge spécifiques pourraient être réalisées dans les IHP pour l'accueil de personnes moins autonomes ou d'un public plus diversifié tel que les **jeunes de 16-22 ans**.

Moyens : un renfort de l'équipe mobile et de l'outreaching K ou FOR K auprès de l'équipe IHP afin d'apporter des soins flexibles en fonction d'une demande croissante d'apprentissage de l'autonomie vu leur jeune âge. Un soutien de l'équipe mobile permettrait d'envisager la prise en charge plus globale de ce public pour lequel peu de structures alternatives existent, et pour qui les IHP pourraient alors organiser une prise en charge de type IHP+.

Phasage: procédures début 2011, ouverture de nouvelles places par la suite.

5.3. Nouveaux rôles

5.3.1. Coordinateur de réseau

La première mission du coordinateur de réseau sera de permettre la concrétisation des conventions de collaboration déjà signées (fichier PDF en annexe) sous la forme d'une convention de réseau avec chacun des partenaires qui sont à l'origine du projet, mais surtout avec les partenaires hors champ spécifique de la santé mentale (le social, le politique, le culturel, l'éducatif). La participation de ces partenaires hors champ spécifique de la santé mentale est en effet indispensable pour atteindre l'objectif final de « retour dans la cité » et de « retour dans le circuit général des soins santé » des usagers souffrant de troubles psychiques.

Les conventions de réseau préciseront le rôle de chaque partenaire dans le réseau et les modalités précises de collaboration par la mise au point de procédures. Elles seront élaborées par le coordinateur de réseau avec les garants de service des institutions partenaires.

Ensuite, le coordinateur de réseau organisera les réunions nécessaires avec les garants de service d'une part et pour chaque patient avec ses référents de soins.

Le profil de fonction du coordinateur de réseau a été défini au cours de la session d'information du 17/06/10.

Phasage : appel à candidats dès l'acceptation du projet. Recrutement à partir du 01/01/2011.

Actuellement la fonction de coordination du réseau est exercée par les deux promoteurs du projet :

- Dr Virginie JEANMART, psychiatre, hôpital de jour La Colline, Outreaching admission internés, CRP Les Marronniers
- M. Jean Luc HOEBANX, psychologue, directeur des services paramédicaux et psychosociaux au CRP Les Marronniers, administrateur délégué des Habitations Protégées du Hainaut « IHP Le Relais »

5.3.2. Responsables de service

Les responsables ou garants des différents services partenaires dans le réseau auront mandat pour engager leur service, selon les modalités et les procédures qui seront définies en concertation avec l'ensemble des partenaires.

Le profil de fonction des responsables de service a été défini au cours de la session d'information du 17/06/10.

Actuellement et provisoirement, des « coordinateurs de fonction » ont été désignés. Ils ont représenté tous les intervenants de leur fonction dans la construction du projet.

Ultérieurement, chaque institution partenaire devra désigner un responsable de service apte à la représenter et à l'engager dans les réunions de réseau.

Coordinateurs de fonction actuels :

NOMS	FONCTIONS
Dr Olivier MARIAGE, Médecin Directeur Maison Médicale Le Gué	Fonction 1
Me Marie Christine DEREUSE, coordinatrice SPAD Bien chez soi	Fonction 2
Me France DUJARDIN, coordinatrice du club thérapeutique Brebi's Flub	Fonction 3
Dr Virginie JEANMART, psychiatre Marronniers	Fonction 4
Dr Georges YOUSSEF, psychiatre chef de service CHwapi	Fonction 4
M. Jean Luc Hoebanx, directeur services paramédicaux et psychosociaux Marronniers	Fonction 4
Me Virginie DELARUE, coordinatrice Habitations Protégées Le Relais	Fonction 5

5.3.3. Personnes de référence

La personne de référence sera un interlocuteur privilégié pour une personne soignée donnée et son entourage, une personne qui maintient un fil conducteur au cours du temps et assure ainsi un rôle primordial dans la cohérence et la continuité des soins, si nécessaire par des visites au domicile.

Elle sera choisie parmi les référents de soins avec l'accord du patient.

Ses objectifs seront :

- solliciter les ressources de l'entourage familial, social (voisinage, amis) et professionnel du patient
 - être le garant des liens et du relais entre le patient et le réseau, et avec l'équipe mobile pluridisciplinaire
 - être le garant de la temporalité : veiller à ce que le projet du patient suive son cours et s'adapte en fonction de l'évolution clinique.
 - veiller à la coordination entre les différents acteurs de soins ou d'aide autour du patient
 - participer à la réflexion commune et pluridisciplinaire sur le sens des besoins de la personne soignée et sur les réponses à y apporter
-
- favoriser la dynamique thérapeutique en participant à l'élaboration du projet de soins et de réinsertion
 - solliciter les réunions de concertation si besoin est

Les personnes de référence ou référents de soins seront les personnes responsables de la réalisation du plan de soins et du projet d'insertion mis au point avec chaque patient. Pour chaque fonction, un référent de soin devra être, si pas directement concerné, au moins prêt à assumer ce rôle en cas de besoin.

Le profil de fonction des personnes de référence a été défini au cours de la session d'information du 17/06/10.

5.3.4. Equipes mobiles

Basée à la permanence psychosociale, les équipes mobiles dirigées par un psychiatre seront constituées au fur et à mesure de la mise à disposition du personnel libéré par le gel de 45 lits au CRP Les Marronniers. (cfr 5.2.2., p. 16)

Les membres de ces équipes mobiles seront choisis sur base volontaire (les organisations syndicales ont été concertées sur le projet en Comité de Concertation de Base, une information sera donnée à l'ensemble du personnel si le projet est accepté, et un appel interne à candidats sera alors lancé).

Un certain nombre de membres du personnel ont d'ores et déjà marqué leur intérêt pour le projet, en participant à des réunions avec les partenaires du réseau, ou en se portant déjà candidats pour les équipes mobiles si le projet est accepté.

Les membres des équipes mobiles bénéficieront au préalable de formations spécifiques :

- sous forme de stages de deux semaines dans le CMP (centre médico-psychologique) du secteur de Lille Est, qui a déjà marqué son accord de principe.
- sous forme de contacts avec les équipes hospitalières d'outreaching actuellement en fonction. Composées de psychologues, d'assistants sociaux et d'infirmiers, ces équipes feront bénéficier les équipes mobiles à constituer de leur expérience du domicile.
- sous forme de contacts avec les acteurs non hospitaliers des soins à domicile, qui pourront également faire bénéficier les membres des équipes mobiles de leur longue expérience de ce terrain. Ceci permettra par ailleurs aux soignants hospitaliers et non hospitaliers d'apprendre à mieux se connaître.
- Le SPF organisera également des formations spécifiques

5.3.5. Comité de pilotage

Un comité de pilotage constitué de personnes détachées des institutions faisant partie du réseau de soins, (au moins un représentant par fonction : le coordinateur de fonction) sera mis en place dès acceptation du projet.

La fonction du comité de pilotage sera principalement la mise en place d'un processus d'évaluation permanent pour nous permettre, à partir de l'analyse de situations cliniques, d'identifier les dysfonctionnements et d'élaborer de nouvelles procédures permettant d'améliorer la qualité du service à la population

5.4. Instruments pour la communication et le suivi qualité

Une des fonctions de la «permanence psychosociale» est d'offrir aux partenaires du réseau un lieu d'échanges et de concertation. Des salles de réunion pourront accueillir les garants de service et les référents de soins.

Les procédures seront mises au point et appliquées par les garants de service et par les référents de soins.

5.4.1 Plans d'Accompagnement Individualisés

Des **PAI**, « **plan d'accompagnement individualisé** » seront mis au point par les référents de soin avec chaque patient inclus, en fonction des ressources mises à disposition par l'entourage et par les partenaires, et en fonction des besoins individualisés de chaque patient. C'est la raison pour laquelle nous avons rassemblé le plus possible de ressources, spécialisées et non-spécialisées, pour qu'elles soient partenaires, même occasionnellement.

Les PAI seront accessibles à chaque partenaire concerné par les soins au patient, et ce avec son accord. Ils ne contiendront pas d'autres données personnelles du patient que celles nécessaires à la réalisation de son projet d'insertion.

Plus qu'un outil de travail, le PAI est surtout une manière de penser ...

Le PAI permet de mettre en place une approche globale fondée sur des valeurs qui visent à répondre aux besoins des patients, à promouvoir l'autonomie, et à faciliter l'intégration sociale des personnes qui nécessitent des réponses particulières ou adaptées à leur situation.

Le PAI s'intègre dans un processus où les intervenants travaillent de manière pluridisciplinaire à évaluer les compétences, les vulnérabilités et les besoins de la personne, à élaborer des objectifs de travail individualisés, et à développer des pistes pour pouvoir y répondre.

Il permet donc aux intervenants de se rassembler autour du et pour le patient, afin de l'aider ensuite à évoluer dans son projet personnel.

Le PAI est en perpétuelle évolution, il suit le patient dans son projet et il doit donc être régulièrement évalué. L'évaluation régulière du PAI est un des rôles essentiels du référent de soins.

5.4.2. Processus d'évaluation

Un processus d'évaluation permanent devra permettre au **comité de pilotage** d'identifier les dysfonctionnements et d'élaborer de nouvelles procédures permettant d'améliorer la qualité du service à la population.

Des enquêtes basées sur des critères quantitatifs (nombre et durées d'hospitalisations, nombre de réinsertions dans une activité professionnelle ou non) et qualitatifs (questionnaire de satisfaction des patients et de leur famille-entourage, échelle d'autoévaluation de la qualité de vie) seront menées par le comité de pilotage. (point 5.3.5, p. 20)

5.5. Modèle de gestion et d'administration

Le modèle de construction du réseau que nous avons choisi consiste à améliorer et formaliser pas à pas les collaborations déjà existantes sur la zone concernée.

Ce modèle implique de nombreuses réunions entre les acteurs de terrain d'abord, entre les partenaires de référence ensuite, et enfin avec les partenaires plus « périphériques » ou occasionnels.

Le modèle de gestion et d'administration du réseau sera donc mis au point de la même manière progressive par les partenaires de référence dès acceptation du projet.

Les réunions auront lieu à la permanence psychosociale. Le fait de baser au même endroit les réunions, le SPAD, les équipes mobiles et leurs psychiatres, permet une communication optimale.

Le comité de pilotage constitué des personnes détachées des institutions faisant partie du réseau de soins, (au moins un représentant par fonction : le coordinateur de fonction) sera mis en place dès acceptation du projet.

Les conventions de collaboration déjà signées sont jointes au présent document sous forme d'un fichier pdf.

D'autres conventions de collaboration seront signées dans les jours qui viennent, certaines institutions devant préalablement faire approuver le projet par un conseil d'administration.

6. STRATEGIE DE DEVELOPPEMENT DU RESEAU

6.1. Echelonnement (annexe 3)

La mise en place de l'équipe mobile se fera par paliers durant les trois premières années.

Il serait en effet impossible de trouver des solutions alternatives pour 45 patients en quelques semaines ou mois. (cfr 5.2.2. p. 17)

L'extension à l'ensemble du Hainaut Occidental sera entamée en 2011 et finalisée en 2012.

Construire un réseau qui ne correspondrait pas aux bassins de vie de notre région du Hainaut Occidental nous paraîtrait antinomique avec le principe de proximité qui prévaut dans la réforme.

Le bassin de vie de Tournai constituera un point de départ. Le projet vise à s'étendre au nord au bassin de vie de Mouscron-Comines, à l'est au bassin de vie de Leuze et Ath, et de Péruwelz au sud.

Des projets de réseau existent déjà dans ces zones, comme annoncé par la plate forme picarde de concertation pour la santé mentale. Une articulation de ces projets devra se réaliser sans overlap ni zones non couvertes. La plate forme picarde de concertation pour la santé mentale devra être le lieu où cette articulation sera négociée.

Une des institutions du réseau de Tournai (L'IHP « le Relais ») étend par ailleurs ses activités sur la région de Mouscron en ouvrant, le 1^{er} janvier 2011, 8 places d'IHP à Mouscron. Des contacts avec les institutions partenaires (le Centre Hospitalier Mouscronnois par le biais de leur projet thérapeutique : « un lieu un lien », Le Centre de Réadaptation Fonctionnelle : Centre Laurent Maréchal, ...) sont mis en place dans ce contexte

afin de favoriser l'implantation de ce nouveau projet sur Mouscron. Par ailleurs un appel à projet a été introduit par cette même institution (L'IHP « le Relais ») afin de couvrir la région Mouscron-Comines par le SPAD.

Il s'agira alors d'articuler les projets entre eux de manière à offrir à l'ensemble des habitants du Hainaut Occidental des services de proximité en matière de santé mentale et de réinsertion.

6.2. Gestion des risques

- Risque de se disperser : coordonner les interventions de chacun selon les procédures à mettre au point
- Risque d'oubli de la place centrale de l'utilisateur : veiller à garder l'utilisateur acteur de son plan de soins et de son projet d'insertion en référence à la ligne directrice commune définie par le projet.(point 3 : Objectifs, missions, résultats attendus, p.5), respecter le secret professionnel et veiller à ne se partager que les informations « utiles » dans l'intérêt du patient.
- Risque de « choc des cultures » de travail : assurer stages et formations permanentes et supervisions externes pour le personnel hospitalier réaffecté aux soins à domicile. Référence à une ligne directrice commune définie par le projet.(point 3 : Objectifs, missions, résultats attendus, p.5). Réunions « institutionnelles » entre les partenaires du réseau permettant de faire le point sur les écueils rencontrés et d'adapter les stratégies. Comité de pilotage.
- Risque de violences : formation en gestion de la violence
- Risque de réactions de défense des territoires de travail de chacun : réunions institutionnelles (ci dessus)

Cette liste n'est pas exhaustive. Le comité de pilotage sera le lieu où aborder et tenter de résoudre ces différents problèmes.

7. FINANCEMENT ET ALLOCATION DE MOYENS

-Réallocation des moyens afférents aux lits « gelés » par maintien du BMF (B1 et B2) pendant au moins 3 ans

-Financements supplémentaires via le B4 :

-500.000 € annuels pendant au moins 3 ans pour : le coordinateur de réseau, la formation du personnel, les frais de fonctionnement (dont le loyer ou l'amortissement de bâtiments, les frais de déplacements, l'achat éventuel de véhicules, les frais de participation des acteurs indépendants aux réunions...). Dont 100.000 € (maximum) disponibles dès le 01/01/2011 pour la fonction de coordinateur de réseau. Voir budget prévisionnel ci dessous.

-225.000 € annuels pour l'activité médicale de l'ensemble des équipes mobiles, soit 1,5 ETP psychiatre.

Le projet engendrera un certain nombre de dépenses nouvelles pour l'institution (dépenses qui ne sont actuellement pas prises en charge dans le Budget des Moyens Financiers) :

L'engagement du coordinateur de réseau de niveau de direction (A4), de niveau universitaire, avec au minimum 5 ans d'ancienneté.

Les frais de déplacement de ce coordinateur (évaluation basée sur une hypothèse de 5.000 Km par an) ; ainsi que son matériel informatique et ses fournitures de bureau.

L'engagement d'une nouvelle secrétaire de niveau B3 (5 ans d'ancienneté).

La prise en location de bureaux pour accueillir le coordinateur, les équipes, les bureaux médicaux et des salles de réunion ; ainsi que les charges locatives.

Pour l'aménagement et l'entretien général des locaux (remise en peinture, etc.).

Pour l'entretien de ces bureaux, l'engagement d'une femme de ménage de niveau D4 (5 ans d'ancienneté) ½ temps.

De l'équipement en mobilier pour le cabinet médical et pour les autres bureaux.

De l'équipement informatique pour les collaborateurs.

Des frais de publication de folders d'information.

Des charges de création et de maintenance d'un site Internet.

Les défraiements des médecins généralistes qui participeront aux réunions d'évaluation (90 EUR par réunion), ainsi que les défraiements éventuels d'autres intervenants non financés par ailleurs pour ce faire

Pour le démarrage du projet en 2011, l'évaluation se base sur l'hypothèse de 200 patients vus chacun 4 fois.

Pour la suite du projet, à partir de 2012, l'évaluation se base sur l'hypothèse de 400 patients vus chacun 4 fois.

Pour les déplacements des équipes thérapeutiques, l'acquisition de 3 véhicules (en leasing) ; ainsi que les taxes, assurances et frais d'entretien.

Les charges en carburant de ces véhicules.

Pour 2011, l'évaluation se fait sur une hypothèse de 25.000 Km par an et par véhicule.

A partir de 2012, l'évaluation se fait sur une hypothèse de 50.000 Km par an et par véhicule.

Pour les communications des agents, 5 lignes téléphoniques fixes, 5 téléphones portables et une ligne ADSL.

Les formations des agents.

En 2011, formation de 15 agents qui débiteront le projet.

En 2012, formation de 15 agents qui rejoindront le projet.

Les défraiements pour les familles qui accueillent des patients.

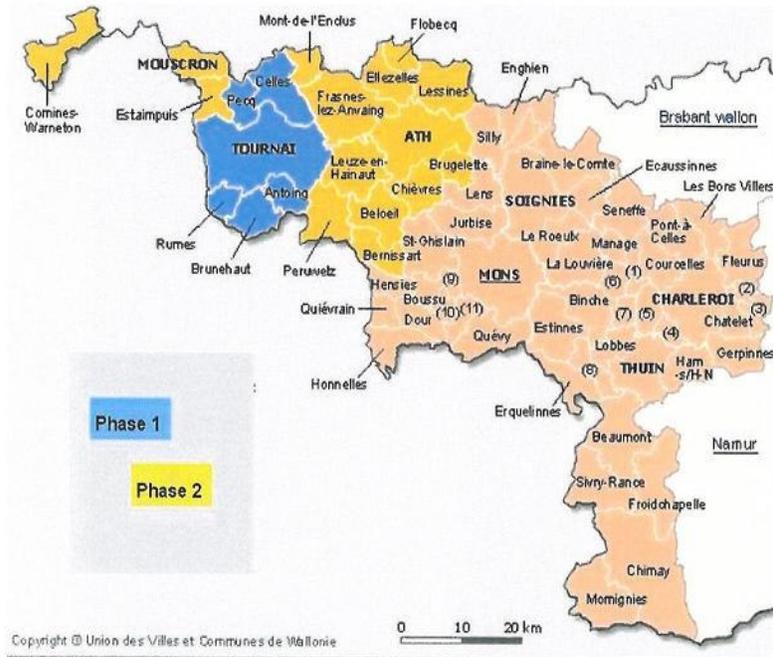
En 2011, 3 familles participantes.

En 2012, 6 familles participantes.

Budget prévisionnel

Poste	Hypothèse	Charge Estimée 2011	Charge Estimée 2012
Coordinateur	A4 / Anc. 5 ans	78.000,00	80.000,00
Déplacements	5.000 Km / An	1.600,00	1.600,00
Matériel Informatique	1.500 EUR / An	1.500,00	1.500,00
Fournitures de Bureau	500 EUR / An	500,00	500,00
Secrétaire	B3 / Anc. 5 ans	36.000,00	36.750,00
Location Bureaux	1.500 EUR / Mois	18.000,00	18.000,00
Charges Locatives	300 EUR / Mois	3.600,00	3.600,00
Aménagement / Entretien	2.000 EUR / An	2.000,00	2.000,00
Pers. Entretien (1/2 Temps)	D4 / Anc. 5 ans	14.000,00	14.200,00
Mobilier Cabinet Médical	2.000 EUR / An	2.000,00	2.000,00
Mobilier Autres Bureaux	3.000 EUR / An	3.000,00	3.000,00
Matériel Informatique	7.500 EUR / An	7.500,00	7.500,00
Frais de communication	1.000 EUR / An	1.000,00	1.000,00
Création / Maintenance Site Internet	2.500 EUR / An	2.500,00	2.500,00
Défraiements Généralistes	90 EUR / Réunion 200 Patients vus 4x (2011) 400 Patients vus 4x (2012)	72.000,00	144.000,00
Leasing 3 Voitures	300 EUR / Mois / Véhicule	10.800,00	10.800,00
Taxes, Entr., Assur. Véhicules	2.000 EUR / An / Véhicule	6.000,00	6.000,00
Carburant Véhicules	25.000 Km / An / Véhicule (2011) 50.000 Km / An / Véhicule (2012)	7.500,00	15.000,00
Communications (5 GSM)	500 EUR / An / GSM	2.500,00	2.500,00
5 Lignes Fixes + 1 ADSL	30 EUR / Mois / Connexion	1.800,00	1.800,00
Formations Eq. Mobile	15 ETP (2011) 30 ETP (2012)	22.500,00	22.500,00
Défraiements familles d'accueil (1.000 EUR / Mois / Famille)	3 familles en 2011 6 familles en 2012	36.000,00	72.000,00
Total		330.300,00	448.750,00

ANNEXE 1 : Carte des zones concernées - Hainaut Occidental



- ANNEXE 2 :**
- Travail préliminaire
 - Calendrier des réunions préparatoires
 - Accord du Conseil Médical du CRP Les Marronniers

TRAVAIL PRELIMINAIRE

15 réunions de réseau de mai 2009 à mai 2010, rassemblant 12 à 15 participants issus des services de santé mentale, de l'hôpital psychiatrique dans ses diverses composantes, des maisons médicales, des habitations protégées, de SIMILES (association de familles de patients), du SPAD (service de coordination des soins psychiatriques à domicile), du Centre de rééducation fonctionnelle Le Cap, des clubs psychosociaux, etc... avec la collaboration du Centre Franco Basaglia de Liège, et en s'inspirant notamment de l'expérience du secteur voisin de Lille Est, qu'ils ont rencontré à plusieurs reprises.

CALENDRIER 107

21/05/10	information nationale 107 bxl
11/06/10	réunion réseau
17/06/10	Information 107 outils bxl
30/06/10	réponse positive Marronniers
09/07/10	réunion réseau/mise en place GT
10/08/10	réunion GT4 hôpitaux
17/08/10	réunion coordination 107
19/08/10	réunion GT5 hébergement
20/08/10	réunion GT1
27/08/10	réunion réseau
30/08/10	réunion GT2 domicile
02/09/10	réunion 107 bxl/fixation dates tournoi
08/09/10	réunion GT3 réhabilitation
10/09/10	réunion coordination 107 réunion réseau
01/10/10	visite Lille Est réunion réseau
05/10/10	réunion coordination 107
06/10/10	réunion 107 bxl / infos réunion GT5 hébergement
07/10/10	réunion coordination 107
12/10/10	réunion coordination 107
14/10/10	approbation projet 107 par CA Marronniers
18/10/10	réunion coordination 107
28/10/10	réunion coordination 107

ACCORD DU CONSEIL MEDICAL DU CRP LES MARRONNIERS

Le Conseil Médical ainsi que l'Assemblée Générale des Médecins du CRP Les Marronniers ont marqué leur accord sur le projet 107 Hainaut Occidental en date du 29 octobre 2010.

ANNEXE 3 : Planning des réalisations

PLANNING DE MISE EN PLACE DES PROJETS

PROJETS	Fonction 1	Fonction 2	Fonction 3	Fonction 4	Fonction 5
coordinateur réseau	01/01/11	01/01/11	01/01/11	01/01/11	01/01/11
création Permanence Psychosociale	01/01/11		01/01/11		
installation du SPAD à la Permanence		01/01/11			
gel de 15 lits A et 30 lits T				2011 à 2013	
formations/stages équipes mobiles		2011 à 2013			
équipe mobile intensive		2011 à 2013			
équipe mobile longue durée		2011 à 2013			
création places HP					2011-2012
création places MSP					2011-2012
30 lits T intensifs				01/01/11	
hospitalisations de crise				01/01/11	
extension hainaut occidental	2012	2012	2012	2012	2012

ANNEXE 4 : Liste des conventions de collaborations signées au 29/10/2010

- Les conventions de collaboration engagent les partenaires à participer à la construction du projet, à informer ses membres du contenu et des missions du projet, et à collaborer à la mise en place du projet dès sa mise en application en cas d'acceptation de celui-ci.

22 conventions de collaboration ont été signées à la date du 29 octobre 2010.

Un certain nombre d'autres conventions de collaboration seront signées dans les prochaines semaines.

Liste des conventions signées et datées, et annexées dans un fichier pdf multipages :

PARTENAIRES	RESPONSABLES
PSYTOYENS	Chantal GELDERS, coordinatrice
MSP « La Traversée »	Jean FONCOUX, directeur général adjoint ff
SIMILES Wallonie	André BOUCHART, président
A.S.B.L. CRFPPT	Sergio CAVALERA, directeur
Centre de planning et de consultation familiale et conjugale « La Famille Heureuse »	C. PONCIN, vice-présidente
Le SPAD « Bien chez soi »	Marie-Christine DE REUSE, coordinatrice
AIHO	Isabelle CROP
Aide à domicile en milieu rural	Christelle VERBEURE, directrice régionale
La Maison Médicale	Caroline CALLENS
La Maison Médicale « La Venelle »	Dr Michel DE JONGHE
Le service d'aide aux familles et aux personnes âgées asbl	Paul BILTRESSE, administrateur délégué
Les Habitations Protégées « Le Relais »	Virginie DELARUE, coordinatrice
Club Psycho Social « Bricabrac »	Virginie DELARUE, coordinatrice
AID « L'Escale »	A. WANTHIER, directrice
Centre de planning familial « Aurore Carlier »	Dorothee DEPORTERE, coordinatrice
La Maison Médicale « Le Gué »	Dorothee DEPORTERE, coordinatrice
La SAFTAM (service d'aide familiale)	Vincent HECQ, directeur
Association des Généralistes du Tournaisis	Dr BONSIGNORE, directeur
La Maison Maternelle « Espérance »	Mme VERCAUTEREN, assistante sociale
Collectif Droit Au Logement	Coralie LADAVID, vice-présidente
IMSTAM	Vincent HECQ, directeur
Le PACT (outreaching internés libérés à l'essai)	Dr YOUSSEFI, psychiatre