



Proposition de projet dans le cadre de l'implémentation de l'article 107 de la loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins

Mesdames, Messieurs,

La Réforme de la Santé Mentale nous amène à nous positionner comme acteurs de ce projet important et à vous soumettre le dossier de candidature ci-joint. Il traduit notre volonté de participer à l'émergence d'une nouvelle offre de soins et d'un processus qualitatif dans les 5 fonctions définies et leur articulation.

Les hôpitaux psychiatriques, ACIS-asbl Hôpital psychiatrique Saint Jean de Dieu à Leuze-en-Hainaut, ACIS-asbl Hôpital psychiatrique Saint Charles à Wez-Velvain et C.H.P. « Le Chêne aux Haies » à Mons ont décidé d'unir leurs ressources et leurs efforts pour mettre en œuvre un projet dans leur zone d'action.

Conformément à l'article 107, ils ont décidé de geler 80 lits index T dont respectivement 30 lits pour ACIS-asbl Hôpital psychiatrique Saint Jean de Dieu, 10 lits pour ACIS-asbl Hôpital psychiatrique Saint Charles et 40 lits pour le C.H.P. « Le Chêne aux Haies ».

Les partenaires sollicités par ce projet sont pour la plupart des acteurs de soins avec lesquels nos institutions travaillent déjà depuis quelques années. A ce propos, nous tenons à vous informer qu'un accord d'engagement de leur part dans le projet de réforme est à la signature des directions respectives. Il va de soi que ces documents seront à votre disposition.

Espérant que le projet ci-joint retiendra votre meilleure attention, nous vous prions de croire, Mesdames, Messieurs, en l'assurance de nos respectueuses considérations.

Chantal BOUCHEZ

Directrice générale du C.H.P.
« Le Chêne aux Haies »

Jean-Philippe VERHEYE

Directeur de ACIS-asbl Hôpital psychiatrique
Saint Jean de Dieu et Saint Charles

1. Vision du projet

1.1 Cadre conceptuel

Le concept de la reliance a été porté par Marcel Bolle de Bal. Il définit la reliance¹ comme la création de liens entre une personne et l'un des systèmes ou des sous-systèmes dont elle fait partie. L'acte de relier implique toujours une médiation, un système médiateur.

Marcel Bolle de Bal situe la reliance à trois niveaux :

- la reliance à soi (reliance psychologique)
- la reliance aux autres (reliance sociale)
- la reliance au monde (reliance culturelle, écologique ou cosmique).

Dans cette perspective, les partenaires du projet de réforme, dont les hôpitaux psychiatriques promoteurs de ce projet, tentent depuis plusieurs années, de développer des projets visant une autre offre de soins qui soit facteur de reliance.

Citons à titre d'exemples :

- « L'ARCHET » et « CONCERTHO », Projets Thérapeutiques en Santé mentale
- Le Maillon, Groupe de réhabilitation
- ETPM, Espace Transitionnel Passe Muraille
- GAP, Groupe d'Accueil Personnalisé
- La CMI, Cellule Mobile d'Intervention « Synergie handicap-psychiatrie »
- Les Assemblées générales
- L'Echeveau, Espace socioculturel – Dispositif transversal culturel
- L'Art-Rencontre, Lieu d'expression créative
- Le projet de Référent Hospitalier pour la continuité des soins
- Le Club des artistes
- Filoulien
- ...

Ces différents projets sont brièvement décrits en annexe 1. Les plaquettes de présentation de ces différents services sont à la disposition du SPF, Santé publique.

En tant que partenaires promoteurs du projet de réforme, nous nous positionnons comme un des acteurs de reliance, et entendons dès lors, avec l'ensemble des partenaires, développer ces pratiques de réseau et structurer les circuits de soins.

¹ Marcel Bol de Bal, 2003, Reliance, déliance, liance : émergence de trois notions sociologiques, Société n°80 2003/2, page 99 à 131.

1.2 Postulats de base :

- ❖ Le réseau de soins de l'usager² en souffrance psychique s'appuie sur le réseau naturel de l'usager et sur les aidants naturels (famille, proches,...).
- ❖ L'usager est positionné en tant qu'acteur de son changement.
- ❖ Toute prise en charge sera basée sur une adhésion volontaire de l'usager, et laissée à son libre choix.
- ❖ Le circuit de soins, construit par les partenaires des différentes fonctions, entend se développer en complémentarité, et s'organiser sur un modèle de travail en réseau basé sur :
 - l'optimisation des collaborations naturelles et des compétences spécifiques de chaque intervenant
 - l'expérimentation de nouveaux partenariats
 - la constante recherche d'une qualité dans les soins offerts et ce, pour un public cible donné.

1.3 Principes de base partagés par l'ensemble des partenaires du projet sont les suivants :

- ❖ Postuler l'usager en tant que sujet.
- ❖ Se mobiliser autour de l'usager et de ce qu'il apporte.
- ❖ Se centrer sur l'usager, avec lui et intégrer ses liens passés, présents et à venir.
- ❖ Proposer la concertation comme base d'une amélioration de la vie de l'usager et de ses proches : la famille étant un partenaire indissociable du projet thérapeutique du patient.
- ❖ Créer des moments de langage commun, une « ambiance concertative » pour travailler ensemble autrement.
- ❖ Faire émerger à la fois la concertation au départ de l'usager et la cohérence de son projet. La concertation est le lieu où s'expriment les droits fondamentaux : le droit à la dignité humaine, à l'équité et au bien-être.
- ❖ Utiliser le plan de soins individualisé, comme outil assurant la continuité des soins.
- ❖ Rédiger une charte de travail en réseau, commune à tous les partenaires.

2. Le Groupe cible

Le groupe cible présente les caractéristiques suivantes lors de son inclusion dans le projet : il est constitué d'adultes, hommes et femmes, âgés de 16 ans et plus, en souffrance psychique, nécessitant un accompagnement important dans les soins, et des soins adaptés à leur problématique. Une attention particulière sera réservée aux usagers présentant un haut risque d'incohérence et de discontinuité des soins, en raison de leur pathologie mentale, ainsi qu'aux patients qui ont des difficultés à accéder aux soins ambulatoires. De cette manière, le projet s'applique à toutes les pathologies psychiatriques et en particulier aux

² Usager : Il s'agit de toute personne en souffrance psychique qu'elle soit bénéficiaire d'un service d'aide ou de soins, ou patient d'un médecin traitant, hospitalisé, etc. Dans ce cas, le terme usager sera un terme générique et le terme « patient » ou « résident » pourra être employé pour celui qui utilise les dispositifs de soins dans les fonctions concernées.

pathologies psychiatriques qui s'accompagnent d'anosognosie ou de minimisation des gravités et conséquences.

Le groupe cible présente un diagnostic principal tel que la schizophrénie ou d'autres troubles psychotiques, les troubles de l'humeur, la dépression, la dépendance à l'alcool, les troubles de la personnalité, les affections psycho-organiques et autres.

➤ **A ce diagnostic principal, peuvent être associés :**

Un ou plusieurs des facteurs psychopathologiques et comportementaux repris ci-dessous :

- un maintien dans le milieu de vie ou un retour à domicile difficile,
- une insertion complexe dans la filière habituelle de soins,
- un risque de rechute fondamentale ou des rechutes fondamentales répétées,
- des antécédents de réhospitalisations psychiatriques,
- un risque ou une non compliance thérapeutique (médicamenteuse, postcure, ...),
- une incapacité à prendre une part active aux soins et/ou à faire preuve d'initiative dans les accompagnements proposés,
- une présence de plusieurs pathologies,
- une grande consommation de soins hospitaliers alors que des alternatives ambulatoires peuvent être activées,
- un besoin d'évaluation(s) spécialisée(s) et/ou d'un suivi intensif dans le milieu de vie.

Mais également,

Un ou plusieurs des facteurs psychosociaux repris ci-dessous :

- une situation financière et/ou sociale (en ce compris le logement) complexes,
- une mobilisation importante des intervenants (non) professionnels,
- un manque et / ou une inadéquation du soutien de l'entourage direct (conjoint, famille, proches, ...),
- des proches nécessitant un soutien face à la maladie mentale,
- un manque et / ou une inadéquation du soutien de l'entourage professionnel,
- une absence d'activités « structurées » (travail, loisirs, études, ...),
- une difficulté majeure à vivre la solitude,
- des difficultés dans l'exercice du rôle parental,
- une marginalisation ou un manque d'autonomie.

Ce sont autant d'éléments qui accentueront la mise en place d'un **accompagnement spécifique du patient, pouvant mobiliser les 5 fonctions de la réforme.**

La description du groupe cible, ainsi formulée, est donc relativement large, de manière à permettre à toute personne en souffrance psychique de bénéficier de l'offre de soins déployée dans sa nouvelle organisation. De la même façon, si des situations plus particulières venaient à se présenter, les partenaires les plus adéquats pour la gestion de celles-ci seraient recherchés.

3. Objectifs

3.1 Le projet est novateur par les objectifs généraux qu'il se fixe :

- Créer ou améliorer une dynamique de reliance permettant à l'usager de (re)devenir acteur dans la construction et le renforcement du lien à soi, à l'autre, aux autres et à l'environnement, tout en le maintenant dans son milieu de vie.
- Soutenir l'usager, son entourage et les professionnels (soins, culturels, sociaux, ...) dans leurs interventions respectives.
- Soutenir le développement de meilleures interfaces pour toutes les institutions des différents secteurs concernés par la santé mentale.
- Créer ou renforcer de nouvelles interfaces avec des membres du réseau associatif.
- Permettre le partage et la reconnaissance des savoirs en augmentant ainsi les spécificités de chacun.
- Recourir de façon plus précoce, plus souple et plus adéquate aux différents services existants sur le territoire, adaptés à la problématique individuelle et au contexte de vie du sujet, et ce afin d'éviter le recours à des modes d'intervention de soins sous contraintes.

3.2 Objectifs spécifiques exprimés par le patient, la famille et les acteurs, partenaires du projet de réforme en santé mentale.

Le patient

Notre expérience avec les projets thérapeutiques « Archet » et « Concertho » est une **pratique de concertation**. Celle-ci nous amènent à rencontrer régulièrement les représentants des patients que sont Psytoyens. Nous les avons personnellement invités à réfléchir avec nous à la place des patients et de la famille au sein de ces concertations. Ils nous expriment clairement leurs besoins :

- Favoriser l'insertion de la personne dans son lieu de vie.
- Aider l'usager à prendre une position de sujet, capable de jouer un rôle actif dans le projet de soins.
- Développer, en collaboration avec les acteurs de 1^{ère} ligne, une offre de soins en santé mentale à l'attention des personnes difficilement accessibles qui ne recourent pas ou peu aux services de soins tels qu'organisés actuellement.
- Rendre visible les différentes offres de soins en santé mentale pour les patients et leurs proches.
- Prévenir les recours itératifs aux services d'urgences et intervenir de façon précoce afin d'éviter le recours à des modes d'intervention de soins sous contrainte.
- Offrir des lieux de rencontre pour les usagers en dérouté et fragilisés dans un projet de vie qui leur semble aussi lourd à affronter que la société elle-même.
- Offrir aux personnes actuellement institutionnalisés pour un problème de santé mentale, une possibilité de soins extra hospitaliers grâce à la collaboration des acteurs de soins et des services de proximité.
- Promouvoir les ressources de la personne et soutenir ses habiletés sociales.

Nous poursuivons notre collaboration avec l'association **Psytoyens**, afin d'intégrer le patient dans ce projet de réforme, et de construire ensemble une méthodologie pour y aboutir. Le courrier confirmant la poursuite de cette collaboration se trouve en annexe 2.

La famille

La famille, l'entourage sont les premiers partenaires que les intervenants doivent considérer.

Les familles nous expriment clairement leurs besoins :

- Rendre visible les ressources présentes dans le réseau, de manière à pouvoir identifier un intervenant référent pour le patient, accepté par lui.
- Informer pour déstigmatiser la maladie mentale.
- Former à la détection précoce des symptômes.
- Conseiller et soutenir les proches dans l'accompagnement des personnes en souffrance.
- Reconnaître la famille et l'entourage comme des partenaires à part entière ayant leur propre dynamique.

Nous poursuivons également notre collaboration avec l'association **Similes** afin de questionner la place de la famille dans ce projet, et de construire ensemble une méthodologie pour y aboutir. Le courrier confirmant cette collaboration se trouve en annexe 3.

Les acteurs, partenaires du projet de réforme en santé mentale

Au cours de la préparation de ce dossier de candidature, les partenaires du projet ont pu exprimer leurs besoins et leurs attentes envers la nouvelle offre de soins (cf. annexe 4).

Nous les traduisons en terme d'objectifs à rencontrer par l'activation des 5 fonctions :

- Donner une meilleure visibilité des partenaires du réseau en santé mentale mais aussi d'autres secteurs de réhabilitation et de réinsertion (travail, logement, culture, ...).
- Déstigmatiser la maladie mentale : sensibiliser à la maladie mentale de manière à mieux appréhender les troubles du comportement et pouvoir y réagir adéquatement.
- Soutenir et développer les formations des professionnels.
- Mettre à la disposition des acteurs des outils permettant d'accompagner de la façon la plus adéquate, les personnes présentant un problème de santé mentale.
- Participer au développement de la collaboration.
- Maintenir autant que faire se peut l'utilisateur au domicile, dans son milieu de vie naturel.
- Mieux préparer le retour au domicile des patients après une hospitalisation ou un séjour en milieu thérapeutique.
- Coordonner les interventions, en créant et en soutenant un lien entre tous les partenaires de l'utilisateur et avec celui-ci, selon les spécificités et les limites de chacun.
- Favoriser les échanges et les contacts entre les services de proximité.
- Poursuivre et développer les concertations cliniques des projets thérapeutiques.

Sur base du concept de reliance développé ci-dessus, et plus spécifiquement, au niveau de la réhabilitation et de la réinsertion :

- Intensifier la mise en place d'espaces de création et d'animation, qui se définissent comme des leviers d'intégration et d'insertion socioculturelles pour le public cible.
- Développer et consolider le projet d'autonomie et d'intégration sociale du patient.
- Rechercher un logement adapté aux besoins du patient dans la communauté, et le cas échéant, rechercher un habitat spécifique, lorsque les soins à domicile ou en milieu substitutif sont impossibles.
- Accompagner ces personnes dans la perspective de (re)démarrer une activité professionnelle, s'investir dans une formation, un bénévolat, ou du moins, structurer la journée sur le mode d'une « vie active » et participative vis-à-vis de la société.

3.3 En synthèse, voici la description de la plus value

- Augmenter l'intégration des soins proposés à l'utilisateur dans son propre environnement (social, familial, ...).
- Construire, maintenir ou augmenter la participation de l'utilisateur à une vie sociale. (professionnelle, de loisirs, culturelle).
- Maintenir l'utilisateur dans son milieu de vie.
- Réduire le taux de réhospitalisation.
- Offrir une diversité, souplesse et adaptation des réponses aux besoins de l'utilisateur quelque soit le lieu où il vit.
- Intervenir de façon plus précoce en cas d'aggravation de la situation.
- Développer de nouvelles collaborations plus étroites et continues ; mettre en place de nouvelles dynamiques interinstitutionnelles.
- Diminuer les ruptures dans le processus d'aide et de soins au niveau du patient et des intervenants.
- Expérimenter de nouvelles pratiques.
- Augmenter les interfaces entre les circuits de soins selon le public cible.

Ces objectifs seront opérationnalisés via un plan d'action tenant compte des 5 fonctions, détaillé à la page 15, point 5.1

L'évaluation de la réalisation des objectifs sera conduite par le Comité de travail :

- sur base des outils PDCA et SWOT
- sur base de tableaux de bord.

4. Délimitation du domaine d'activité géographique

Le projet de réforme couvrira la zone d'activité suivante :

Ath – Beloeil – Bernissart – Lens — Ellezelles – Flobecq – Frasnés-Lez-Anvaing - Leuze-en-Hainaut – Péruwelz et Bonsecours – Antoing – Brunehaut - Lessines – Silly – Enghien – Boussu – Colfontaine – Dour – Frameries – Hensies – Honnelles – Mons – Quaregnon – Quevy – Quiévrain – Saint-Ghislain - Jurbise – Brugelette – Chièvres.

Cette zone d'action comprend le territoire décrit ci-dessus et s'étendra occasionnellement au territoire naturel des partenaires, et spécifiquement en fonction des besoins des usagers qu'ils accompagnent.





Cette zone d'action connaît des particularités tantôt rurales tantôt urbaines, dont il convient de tenir compte dans l'organisation concrète des réseaux et circuits de soins à développer. Cette zone d'action correspond également à des espaces actuels de travail en réseau. En effet, les promoteurs ont déjà développé avec succès différentes initiatives et projets de concertation depuis quelques années avec des partenaires sociaux, culturels, médicaux,

Le choix de cette zone d'action est donc motivé par :

- le maintien de collaborations naturelles efficaces et leur développement
- un territoire géographique à dimension humaine qui permettra aux professionnels, et notamment aux équipes mobiles, de connaître les partenaires du réseau et de développer des collaborations concrètes avec le patient
- la volonté de développer de nouvelles initiatives dans les domaines de la réhabilitation et réinsertion culturelle, sociale et professionnelle.

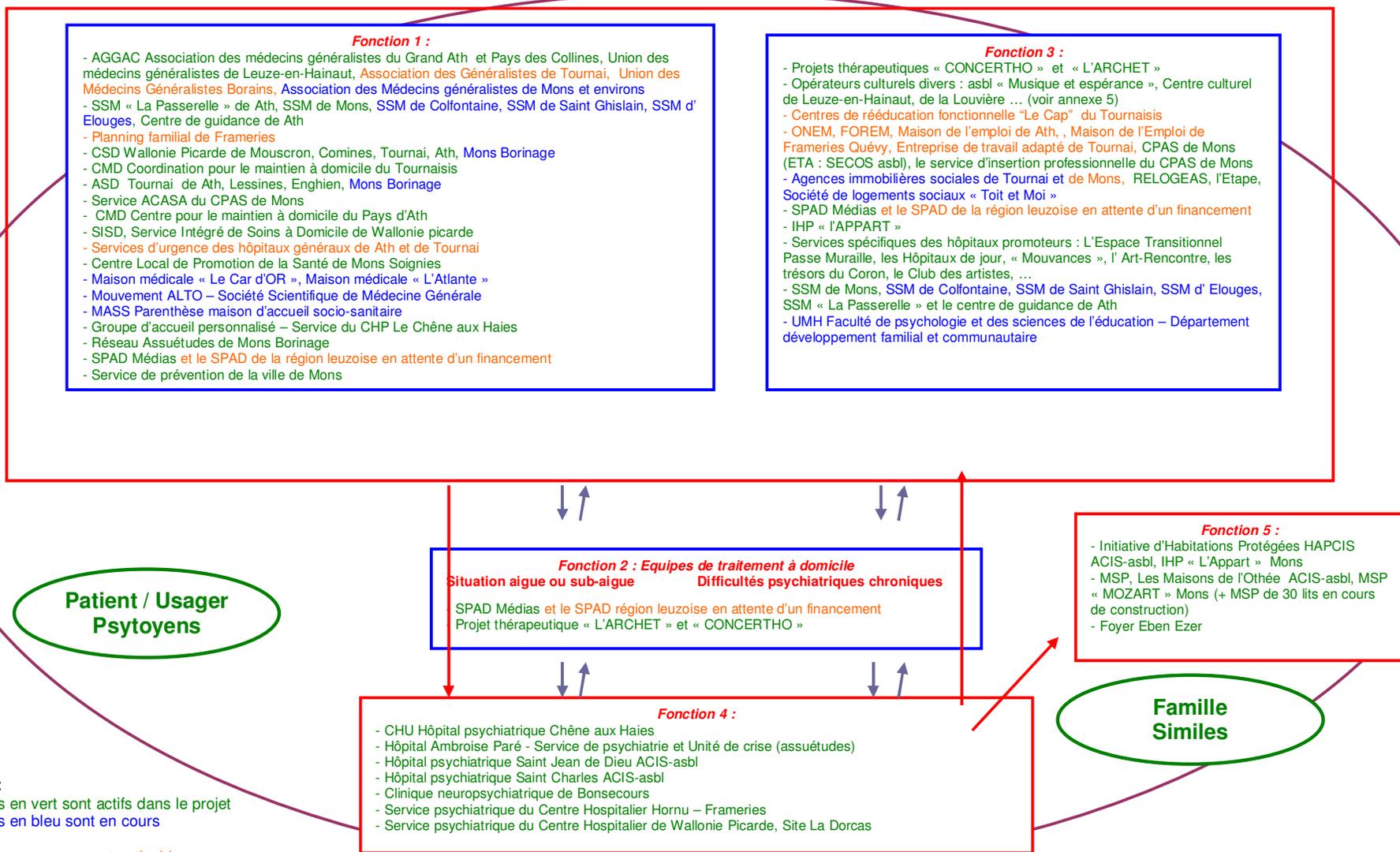
Force est de constater que la zone d'action présente des caractéristiques communes au niveau de sa population notamment, mais néanmoins une accessibilité différenciée aux soins de santé en raison de sa réalité géographique urbaine et rurale.

Structure par âge de la population au 1er janvier 2008 par communes									
COMMUNES	population âgée de moins de 15 ans	population âgée de plus de 64 ans	Population en âge de travailler (âgée de 15 à 64 ans)						
			Population en âge de travailler	en % de la population totale	Féminine (en %)	moins de 25 ans (en %)	de 25 à 49 ans (en %)	de 50 à 64 ans (en %)	
BOUSSU	3.609	3.259	13.324	66,0%	51,3%	20,0%	51,0%	29,0%	
COLFONTAINE	3.966	2.944	13.134	65,5%	51,1%	18,7%	50,9%	30,5%	
DOUR	3.090	2.883	10.926	64,7%	50,1%	18,8%	51,7%	29,5%	
FRAMERIES	3.647	3.388	13.692	66,1%	50,9%	18,0%	51,3%	30,7%	
HENSIES	1.185	1.046	4.495	66,8%	50,2%	19,3%	50,6%	30,1%	
HONNELLES	856	820	3.350	66,7%	49,4%	18,2%	52,3%	29,6%	
JURBISE	1.856	1.347	6.543	67,1%	51,2%	17,3%	53,0%	29,7%	
LENS	826	632	2.661	64,6%	50,3%	17,2%	54,2%	28,7%	
MONS	15.142	14.427	61.583	67,6%	50,7%	19,5%	51,7%	28,7%	
QUAREGNON	3.362	3.001	12.426	66,1%	51,1%	19,2%	51,2%	29,6%	
QUEVY	1.331	1.318	5.085	65,7%	49,6%	17,0%	52,7%	30,4%	
QUIEVRAIN	1.106	1.142	4.321	65,8%	50,4%	19,0%	51,0%	29,9%	
SAINT-GHISLAIN	3.731	3.994	14.983	66,0%	51,3%	18,2%	50,7%	31,2%	
ANTOING	1.356	1.320	4.891	64,6%	49,6%	18,4%	52,5%	29,2%	
ATH	4.888	4.627	18.071	65,5%	50,1%	18,1%	53,2%	28,7%	
BELOEIL	2.355	2.164	9.019	66,6%	49,2%	17,2%	54,2%	28,6%	
BERNISSART	2.115	1.797	7.700	66,3%	50,0%	18,3%	53,2%	28,5%	
BRUGELETTE	656	481	2.309	67,0%	48,6%	16,5%	53,3%	30,2%	
BRUNEAUT	1.439	1.298	5.003	64,6%	49,4%	18,2%	53,9%	27,9%	
CHIEVRES	1.207	1.031	4.170	65,1%	49,7%	16,7%	55,9%	27,4%	
ELLEZELLES	989	1.083	3.712	64,2%	49,4%	17,8%	51,3%	31,0%	
FLOBECQ	571	647	2.069	62,9%	49,7%	17,3%	51,2%	31,5%	
FRASNES-LEZ-ANVAING	1.921	1.945	7.198	65,1%	48,9%	17,4%	53,2%	29,4%	
LESSINES	3.289	3.109	11.748	64,7%	49,7%	18,1%	53,3%	28,6%	
LEUZE-EN-HAINAUT	2.231	2.342	8.758	65,7%	49,2%	19,1%	51,3%	29,6%	
PERUWELZ	3.122	2.746	11.073	65,4%	49,6%	19,1%	52,2%	28,7%	
ENGHIEN	2.290	1.937	8.254	66,1%	50,1%	18,2%	53,2%	28,7%	
SILLY	1.552	5.331	5.331	66,5%	50,1%	17,3%	52,5%	30,2%	
				Moyenne					
				65,7%	50,0%	18,1%	52,4%	30,6%	
				Source : SPF, statistiques démographiques, au 1er janvier 2008, document du Forem "Analyse du Marché de l'emploi et de la formation - Etat des lieux socio-économique", édition 2009					

Des études européennes basées sur des recherches diagnostiques nous indiquent qu'aujourd'hui une personne sur trois dans l'Union connaît au moins une forme de mauvaise santé mentale au cours d'une année donnée, et les troubles les plus fréquents sont la dépression majeure (6,5%), les phobies spécifiques (6,4%), et les troubles somatoformes (6,3%). De plus, tous les indicateurs de santé mentale étudiés dans l'enquête de santé (Belgique, 2008) sont liés au niveau d'éducation. Ainsi, le mal être, les troubles émotionnels, les comportements suicidaires et la consommation de psychotropes se concentrent davantage **dans les groupes les plus défavorisés sur le plan socio-éducatif**. De nombreuses personnes atteintes de troubles mentaux font plus appel aux services de soins de santé primaires et moins aux dispositifs de santé mentale.

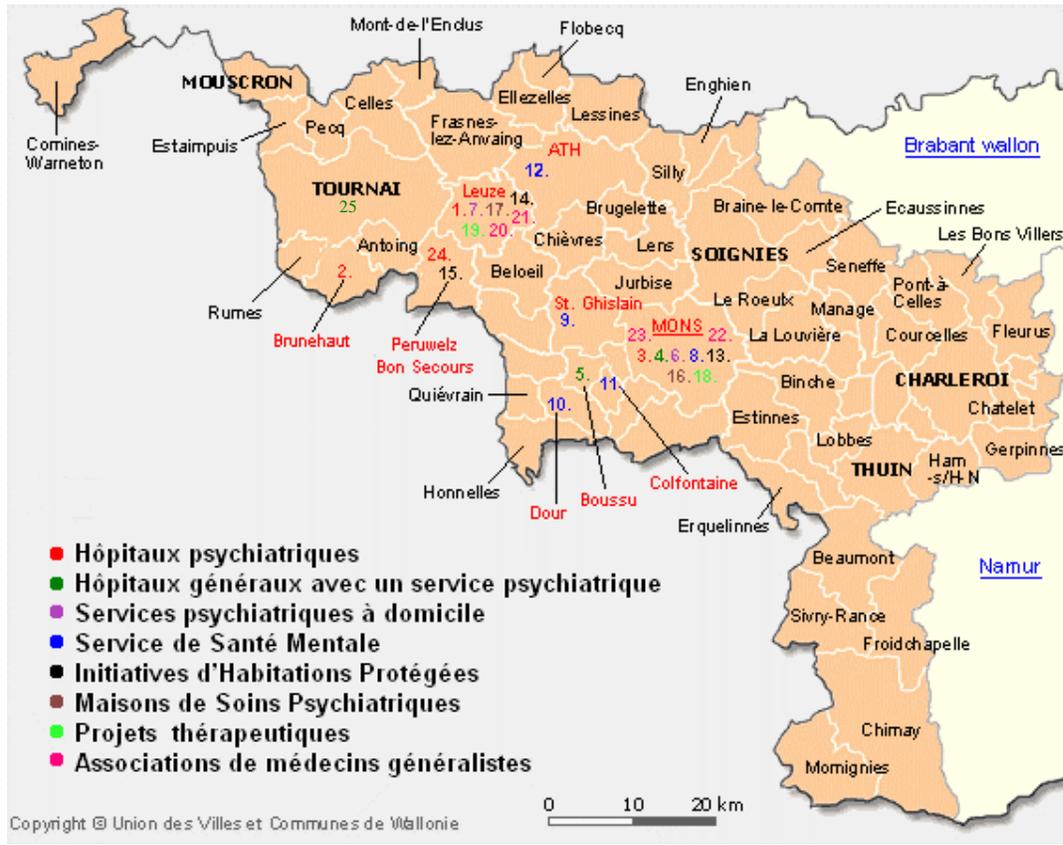
Communes du 107								
COMMUNES	population âgée de moins de 15 ans	population âgée de plus de 64 ans	Population en âge de travailler	Population totale		Superficie en ha	superficie en km ²	km ²
BOUSSU	3.609	3.259	13.324	20192	250431	2001,36	20,01	583,6
COLFONTAINE	3.966	2.944	13.134	20044		1361,60	13,61	
DOUR	3.090	2.883	10.926	16899		3331,65	33,31	
FRAMERIES	3.647	3.388	13.692	20727		2594,94	25,94	
HENSIES	1.185	1.046	4.495	6726		2599,43	25,99	
HONNELLES	856	820	3.350	5026		4365,48	43,65	
JURBISE	1.856	1.347	6.543	9746		5785,76	57,85	
LENS	826	632	2.661	4119		4942,00	49,42	
MONS	15.142	14.427	61.583	91152		14625,95	146,25	
QUAREGNON	3.362	3.001	12.426	18789		1107,90	11,07	
QUEVY	1.331	1.318	5.085	7734		6515,60	65,15	
QUIEVRAIN	1.106	1.142	4.321	6569		2122,39	21,22	
SAINT-GHISLAIN	3.731	3.994	14.983	22708		7017,62	70,17	
ANTOING	1.356	1.320	4.891	7567	146450	3113,21	31,13	770,9
ATH	4.888	4.627	18.071	27586		12694,63	126,94	
BELOEIL	2.355	2.164	9.019	13538		6154,73	61,54	
BERNISSART	2.115	1.797	7.700	11612		4342,37	43,42	
BRUGELETTE	656	481	2.309	3446		2840,28	28,40	
BRUNHAUT	1.439	1.298	5.003	7740		4610,73	46,10	
CHIEVRES	1.207	1.031	4.170	6408		4691,42	46,91	
ELLEZELLES	989	1.083	3.712	5784		4469,48	44,69	
FLOBECQ	571	647	2.069	3287		2300,13	23,00	
FRASNES-LEZ-ANVAING	1.921	1.945	7.198	11064		11244,38	112,44	
LESSINES	3.289	3.109	11.748	18146		7228,91	72,28	
LEUZE-EN-HAINAUT	2.231	2.342	8.758	13331		7353,21	73,53	
PERUWELZ	3.122	2.746	11.073	16941		6055,97	60,55	
ENGHIEN	2.290	1.937	8.254	12481	24695	4059,27	40,59	108,3
SILLY	1.552	5.331	5.331	12214		6768,14	67,68	
				Source : SPF, statistiques démographiques, au 1er janvier 2008, document du Forem "Analyse du Marché de l'emploi et de la formation - Etat des lieux socio-économique", édition 2009		Capru - communes wallonnes en chiffres- Cellule d'analyse et de prospective en matière de ruralité (Région Wallonne)		
		POPULATION TOTALE ZONE 107		421576		Superficie Totale en Km²	1462,8	

5.1 Composition du réseau : les 5 fonctions représentées dans le nouveau modèle des soins en santé mentale



Légende :
 Les partenaires en vert sont actifs dans le projet
 Les partenaires en bleu sont en cours d'activation
 Les partenaires en orange sont activables

Nos partenaires clés sont situés sur la carte ci-dessous.



Hôpitaux psychiatriques

- | | |
|---|-------------------------|
| 1. Hôpital Psychiatrique Saint Jean de Dieu ACIS-asbl | Leuze-en-Hainaut |
| 2. Hôpital Psychiatrique Saint Charles ACIS-asbl | Brunehaut (Wez-Velvain) |
| 3. C.H.P. « Le Chêne aux Haies » | Mons |
| 24. Clinique Neuropsychiatrique de Bonsecours | Péruwelz |

Hôpitaux généraux avec un service psychiatrique

- | | |
|---------------------------------------|---------|
| 4. C.H.U A.Paré | Mons |
| 5. Centre Hospitalier Hornu-Frameries | Boussu |
| 25. C.H.W.A.P.I. La Dorcas | Tournai |

Services psychiatriques à domicile

- | | |
|---------------------------------|------------------|
| 6. Médias | Mons |
| 7. Projet de création d'un SPAD | Leuze-en-Hainaut |

Services de Santé Mentale

- | | |
|--------------------------|----------------|
| 8. SSM de Mons | Mons |
| 9. SSM de Saint-Ghislain | Saint-Ghislain |

10. SSM d'Elouges	Dour
11. SSM de Colfontaine	Colfontaine
12. SSM « La Passerelle », ACIS-asbl	Ath

Initiatives d'Habitations Protégées

13. L'Appart	Mons
14. Hapcis, ACIS-asbl	Ath et Leuze-en-Hainaut
15. L'Arbre Vert	Bonsecours

Maisons de Soins Psychiatriques

16. M.S.P « MOZART »	Mons
17. M.S.P. Maisons de l'Othée, ACIS-asbl	Leuze-en-Hainaut

Projets thérapeutiques

18. L'Archet	Mons
19. Concertho	Leuze-en-Hainaut

Associations de médecins généralistes

20. Union des médecins généralistes de Leuze	Leuze-en-Hainaut
21. Association des généralistes du grand Ath et Pays des Collines	Ath – Pays des Collines
22. Association des médecins généralistes de Mons et environs	Mons
23. Union des médecins généralistes borains	Borinage

Les Services d'aide et de soins à domicile, la Coordination d'aide et soins à domicile et le Service Intégré de Soins à Domicile.

Sur le territoire

5.2 Répartition des tâches au sein du réseau

Au stade actuel, les partenaires du projet définis dans le tableau de la page 15 sont bien informés des 5 fonctions. Ils sont identifiés dans les fonctions pour lesquelles ils seront mobilisés. Une réflexion portant sur la répartition des missions et des tâches respectives de chaque acteur, est en cours.

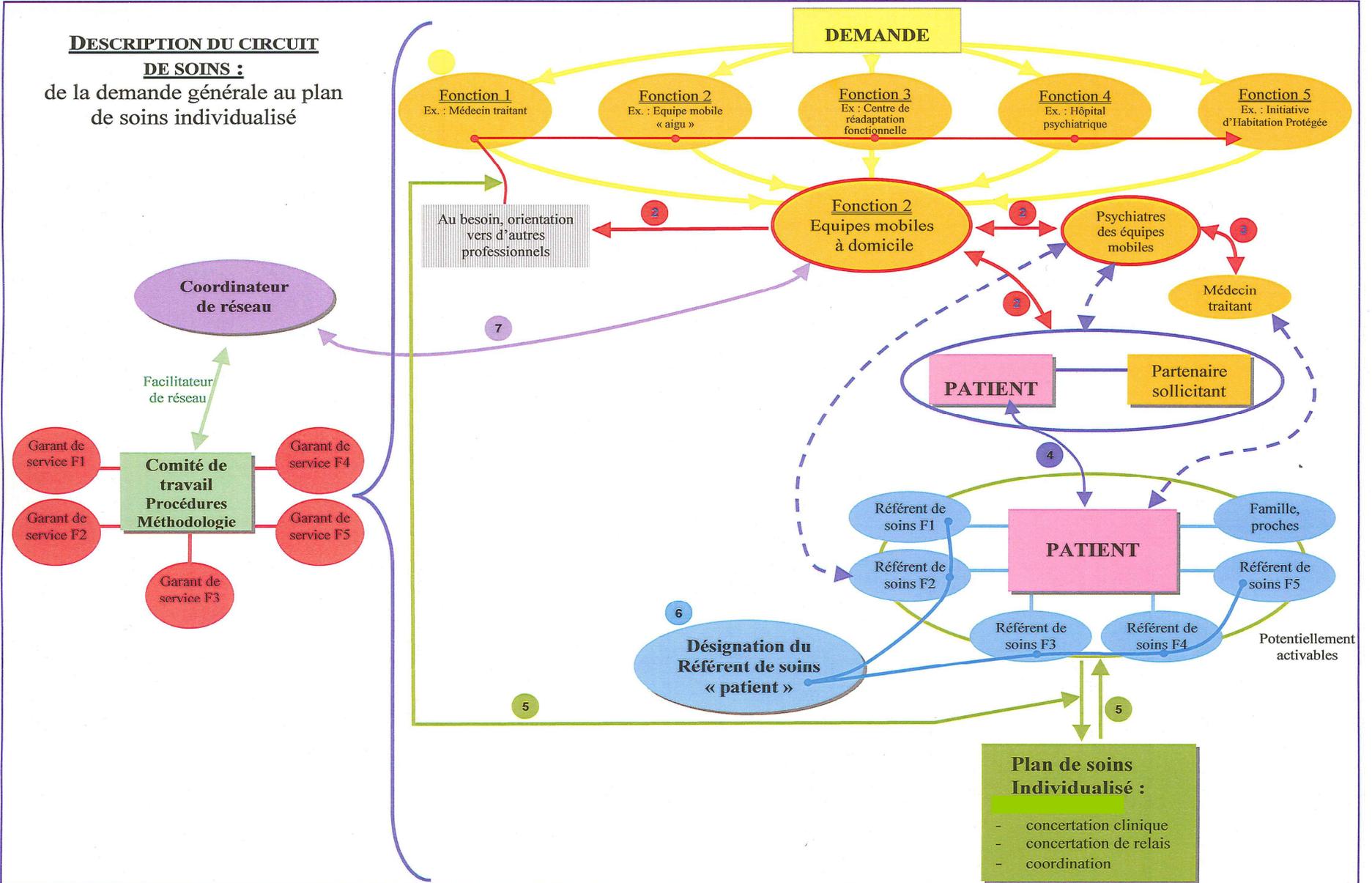
Celles-ci seront formalisées dans le cadre de conventions de collaboration entre les partenaires du projet.

Les partenaires confirment leur participation dans ce projet et s'engagent à désigner un garant de service, qui prendra part aux Comités de travail locaux (cf. page 22). Quant aux hôpitaux promoteurs, ils entendent geler 80 lits T afin d'y consacrer les ressources à l'activation des fonctions 2, 3 et 4 (cfr. description plus complète dans 6.1 L'échelonnement, page 24). Les hôpitaux promoteurs ont obtenu l'aval de leur Conseil d'administration, Conseil de gestion et Conseil médical respectif.

Le schéma suivant correspond à une proposition de circuit de la demande. Elle sera soumise à l'attention du Comité de travail.

DESCRIPTION DU CIRCUIT

DE SOINS : de la demande générale au plan de soins individualisé



Description du circuit de soins

Demande :

1

Avec l'assentiment de l'utilisateur, tout intervenant de la zone d'action du projet, peut solliciter via un n° d'appel téléphonique, le service des équipes mobiles.

Phase exploratoire :

Ces équipes reçoivent la demande et prennent contact avec leur psychiatre responsable.

2

Soit, ils orientent ensemble cette demande vers un des prestataires d'aide et/ou de soins du circuit (Médecin traitant, psychiatre traitant, hôpital, ...). Dans ce cas, l'utilisateur n'est pas inclus dans le projet de réforme.

Soit, le psychiatre, responsable des équipes mobiles, les mandate pour rencontrer le patient et le professionnel sollicitant afin de contextualiser la demande, les besoins de l'utilisateur, et de situer les fonctions mobilisées et mobilisables. Le cas échéant, le psychiatre peut également rencontrer l'utilisateur et/ou l'intervenant sollicitant. En accord avec les équipes mobiles, le psychiatre décide de l'inclusion ou non du patient dans le projet.

3

Le psychiatre des équipes mobiles prend contact avec le médecin traitant du patient et l'informe de la situation.

Phase d'inclusion :

4

Dans le cas d'une inclusion de l'utilisateur dans le projet, et après s'être assuré de son consentement éclairé, les équipes mobiles désignent un « concertateur » (nous prenons l'option de confier la fonction de concertation à une personne « le concertateur » ayant des compétences particulières de concertation). Une 1^{ère} concertation clinique(cf. page 19) avec le patient et les référents d'aide et de soins mobilisés par la situation ou potentiellement activables, est organisée. Celle-ci s'organise au lieu de vie du patient ou ailleurs.

5

La 1^{ère} concertation clinique peut orienter l'utilisateur vers un prestataire de soins unique ou déboucher sur un plan de soins individualisé. Le psychiatre des équipes mobiles ainsi que le médecin traitant de l'utilisateur sont des collaborateurs privilégiés pour tous les partenaires du réseau

6

Lorsque la demande conduit à un plan de soins individualisé, la concertation clinique amène à désigner un référent de soins - patient. C'est lui qui se charge de la coordination des soins.

Le plan de soins individualisé définit, en concertation, un fonctionnement et des objectifs communs, ceci afin de garantir une meilleure continuité et adaptation des soins au patient. Le « concertateur » organise des concertations régulières avec les référents des fonctions concernées, le patient et/ou ses proches.

Tout au long du processus d'accompagnement de l'utilisateur, nous distinguons trois formes de concertations :

- ❖ **La concertation clinique** : elle correspond au moment de la mise en place et du suivi du plan de soins individualisé. Elle s'organise au moins trois sur une durée d'un an, et implique obligatoirement la présence de l'utilisateur et/ou ses proches ainsi que les professionnels de l'aide et du soins impliqués.

Ces concertations ont lieu :

- en présence du patient.
- en présence de tous les dispensateurs de soins et d'aide (potentiellement) concernés.
- idéalement en présence du médecin généraliste, et si ce n'est pas le cas, il est systématiquement informé de la concertation. Un retour est organisé pour lui transmettre les informations utiles et importantes.

Les concertations cliniques servent à :

- définir les missions de chacun en regard des attentes et des besoins du patient et de sa famille
- clarifier le rôle et les limites de chacun,
- créer des liens avec le réseau des professionnels concernés,
- évaluer régulièrement le plan de soins individualisé, à réajuster les interventions des dispensateurs si nécessaire,
- et maintenir une cohérence dans le travail que chacun entreprend avec le patient.

- ❖ **La concertation de relais** : elle correspond au passage d'un relais d'un partenaire à l'autre (ex : en fin d'hospitalisation, lors de la préparation du retour à domicile. Elle implique les professionnels directement concernés et l'utilisateur.

- ❖ **La coordination** : elle concerne seulement les professionnels impliqués. Il s'agit de moments où se relaye l'information, où se questionne « le qui fait quoi et comment » entre les concertations cliniques, autour de l'utilisateur. Celui-ci est potentiellement présent lors de ces échanges qui se font en cas de nécessité.

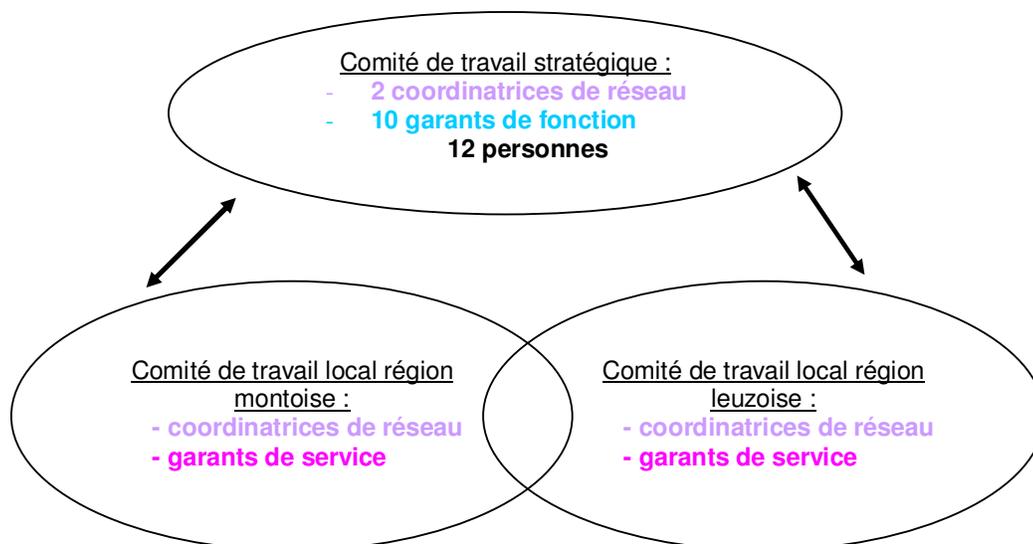
7

Au cours de rencontres régulières, les équipes mobiles informent la coordinatrice de réseau des demandes qui leur sont faites et de leur gestion.

Chaque intervenant est responsable du travail qu'il accomplit avec le patient, dans le respect des règles professionnelles et éthiques qui lui sont applicables.

5.3 Nouveaux rôles

Compte tenu de l'importance de la zone géographique et du nombre de partenaires, nous proposons la structure suivante :



Coordinateur de réseau

L'organisation de la fonction de coordinateur de réseau est envisagée sur deux personnes à mi temps, qui travailleront en étroite collaboration.

L'assentiment de l'ensemble des partenaires est sollicité pour retenir la candidature de **Mme Charlotte Ducrotois** et celle de **Mme Véronique Bauffe**.

Leur profil :

Mme Ducrotois est infirmière et occupe depuis 1999 la fonction de Référente hospitalière pour la continuité des soins à l'hôpital psychiatrique Saint Jean de Dieu. Elle occupe aussi la fonction de cadre intermédiaire. Elle a initié l'évolution de la culture soignante orientée vers un travail de réseaux. Elle a coordonné la mise en œuvre d'un véritable partenariat avec les structures et personnes impliquées dans l'accompagnement d'aide et de soins des usagers.

En ce sens, elle a développé le projet « Concerto » dont 3 des principes fondamentaux sont :

- la place de l'utilisateur comme acteur de son changement
- la mise en place méthodologique de la concertation
- une intervention là où se situe l'utilisateur.

Mme Ducrotois a développé une collaboration réciproque des structures ambulatoires liées aux fonctions 1 et 3. Elle a une excellente connaissance et reconnaissance des partenaires de la zone d'action.

Pour parfaire sa formation, elle vient de terminer une formation de 4 années en analyse systémique et thérapie familiale, à l'Institut d'Etudes de la Famille de Lille.

Elle siège en tant qu'administratrice au Conseil d'administration de la Plate-forme picarde de concertation en santé mentale.

Mme Bauffe est diplômée Assistante sociale de la Haute Ecole de Mons et licenciée en travail social de l'U.L.B.. Elle a débuté sa carrière professionnelle en tant que collaboratrice parlementaire à la Chambre des Représentants, assistant plus particulièrement aux Commissions Affaires sociales et Santé.

En juillet 1996, elle entre en fonction en tant qu'Inspectrice Générale au sein du Centre Hospitalier Psychiatrique « Le Chêne aux Haies » dont elle assure la gestion aux côtés du Directeur général. Elle est amenée, dans le cadre de cette fonction, à mener régulièrement des concertations et négociations, tant avec les professionnels oeuvrant au sein du C.H.P qu'avec les organisations syndicales représentées au sein de l'institution.

Elle participe par ailleurs activement au développement de projets particuliers menés avec des patients du C.H.P. et tournés vers l'extérieur de l'institution (cf. annexe 1). Elle initie certains de ceux-ci, sollicitant la collaboration de partenaires extérieurs au milieu hospitalier. Elle dispose à cet égard, d'une bonne connaissance des acteurs socio-sanitaires de la région de Mons Borinage.

En 2002, elle finalise par ailleurs un DES en gestion socioéconomique des institutions socio-sanitaires, développé par l' UMH et la FUCAM.

En janvier 2008, elle accède à la Direction générale du C.H.P et devient membre, à cette même date, du Conseil d'administration du Bureau de la Plate forme Picarde de Concertation en Santé mentale.

Sa connaissance des acteurs de santé de la zone géographique de la Plate forme précitée se développe à cette occasion. Enfin, de janvier à septembre 2010, elle est amenée à assurer la présidence f.f. de la Plate forme.

Actuellement et suite à l'intégration du CHP à l'Intercommunale CHUP de Mons - Borinage, en juillet 2009, elle occupe une fonction dans laquelle elle est plus particulièrement en charge des projets spécifiques des deux institutions : le CHP « Chêne aux Haies » et le CHU A. Paré.

Leurs missions :

- Les coordinatrices prennent connaissance des ressources mobilisables sur la zone d'action du projet, organisent la visibilité de celles-ci et en réalisent une cartographie.
- Elles se profilent comme étant les facilitatrices de la création du réseau de soins à différents niveaux. Elles soutiennent l'adaptation des structures d'aide et de soins au profit de la nouvelle offre axée sur la réinsertion et la réhabilitation.
- Elles gèrent le Comité de travail ainsi que les Comités de travail locaux (cf. page 22), dans le but de définir une méthodologie de travail commune.
- Elles travaillent en étroite collaboration avec tous les partenaires du projet.
- Elles sont garantes du processus et mettent en lien les résultats obtenus avec les objectifs généraux et la vision stratégique du projet, de manière à (ré)ajuster les méthodologies utilisées.
- Elles rédigent un rapport intermédiaire et un rapport global chaque année.
- Elles tentent de dégager des bonnes pratiques.

Garant de service

Dans l'accord de collaboration du projet, il sera demandé, à chaque partenaire signataire du projet, de désigner un garant de service, qui le représentera.

Durant toute l'expérimentation, il sera l'interlocuteur, le garant de son institution dans la construction organisationnelle du réseau.

Il servira d'appui permanent et de liaison fonctionnelle entre les actions définies dans le projet et leur concrétisation sur le terrain.

Les garants de service et les coordinatrices de réseau constituent les Comités de travail locaux. Ceux-ci sont créés au nombre de deux : un Comité de travail local montois et un comité de travail leuzois.

Garant de fonction

Compte tenu du nombre important de partenaires et afin de faciliter l'organisation du Comité de travail, nous proposons de **créer des garants de fonction**. Chaque Comité de travail local désignera un garant de fonction et ce , pour chacune des 5 fonctions du projet. La sélection se fera par consensus.

Ces 10 garants et les 2 coordinatrices constituent le Comité de travail stratégique.

Référent de soins

Chaque structure impliquée dans le plan de soins individualisé désigne un référent de soins.

- Il centre son action sur l'utilisateur.
- Il utilise les procédures et méthodologies élaborées par le Comité de travail.
- Il assure la liaison entre les ressources disponibles du réseau de soins.

Référent de soins – patient

- Il remplit également les missions évoquées ci-dessus.
- Il coordonne l'exécution du Plan de Soins Individualisé.
- Il est l'interlocuteur privilégié de l'utilisateur, ses proches et des dispensateurs de soins.

Les équipes à domicile

Deux équipes sont différenciées par leur disponibilité.

De manière à couvrir la zone d'action et à offrir un service de proximité, une équipe comprenant tant un volet aigu qu'un volet chronique, pourra être activée sur la région montoise et la région leuzoise.

<u>Les équipes de traitement intensif à domicile</u>	<u>Les équipes de traitement continu par lien assertif</u>
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Composition <ul style="list-style-type: none"> ▪ 10 ETP infirmiers ▪ 3 ETP éducateurs ▪ 1,5 ETP assistants sociaux ▪ 1,5 ETP psychologues 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Composition <ul style="list-style-type: none"> ▪ 8 ETP infirmiers ▪ 1,5 ETP aide soignants ▪ 1,5 ETP éducateurs ▪ 2 ETP assistants sociaux ▪ 1 ETP psychologue

Ces équipes mobiles fonctionnent sous la direction de leur Direction hospitalière infirmière et paramédicale. Le psychiatre en assure la direction médicale. Elles participent à des supervisions régulières centrées sur leurs pratiques. Elles s'associent l'aide d'une fonction de secrétariat.

Sur base de la composition des équipes mobiles respectives et de profils de fonction pré-définis, un appel à candidatures sera lancé, dans un premier temps, au niveau interne des hôpitaux promoteurs du projet afin de constituer ces deux équipes. A partir des équipes constituées, et dans le cas où les compétences attendues ne seraient pas rencontrées, un appel à candidatures externes sera réalisé.

Afin d'implémenter les équipes mobiles (fonction 2), nous proposons **de geler 30 lits T de l'HP Saint Jean de Dieu, 10 lits T de l'HP Saint Charles et 40 lits T de l'HP « Le Chêne aux Haies », et de constituer l'équipe mobile pluridisciplinaire au fur et à mesure du gel de ces lits.**

L'équipe de traitement continu par lien assertif sera basée dans un lieu nettement identifié. L'équipe de traitement intensif à domicile occupera le même lieu, mais pourra durant la nuit, se joindre à la salle d'urgence d'un hôpital général partenaire.

5.4 Instruments pour la communication et le suivi de la qualité

Cet outil sera élaboré par le Comité de travail. Après une analyse des besoins, des objectifs clairs et mesurables sont définis avec l'utilisateur, consignés dans le plan de soins et validés en concertation clinique. Ce plan de soins est propriété de l'utilisateur, il le partage avec chacun des intervenants de son réseau de soins. A partir de là, chaque intervenant met en œuvre un plan d'actions repris dans le plan de soins, et destiné à aider le patient à atteindre les objectifs définis. Ceux-ci sont évalués régulièrement en concertation clinique et le cas échéant, réajustés.

Les moyens de communication habituels entre professionnels du réseau de soins du patient restent activables.

5.5 Modèle de gestion et d'administration

Dans notre modèle de gestion, les partenaires dirigeants sont les hôpitaux promoteurs du projet. Un accord de collaboration reprendra les responsabilités des partenaires signataires du projet, concernant les options stratégiques et opérationnelles. Cet accord sera effectif dès la sélection du projet. Toute institution désireuse d'entrer dans le réseau peut à tout moment introduire sa candidature aux coordinatrices, qui le soumettent sa demande au Comité de travail local concerné.

Pratiquement :

- ✓ Le Comité de travail stratégique, composé des 10 garants de fonction, se réunit au moins 6 fois par an sous la direction des coordinatrices de réseau.
- ✓ Les Comités de travail locaux, composés des garants de service, se réunissent au moins 4 fois par an sous la direction des coordinatrices de réseau. Ils seront sollicités dans les décisions et les réajustements qui interviendront en cours de projet, de manière à impliquer l'ensemble des partenaires signataires de la réforme.

L'agenda de ces rencontres est tenu par les coordinatrices de réseau. Celles-ci veillent à l'émergence d'un consensus et sollicitent tous les partenaires signataires, dans un processus de gestion participative.

Les coordinatrices sont, pour ce faire, détachées de leurs institutions de référence, de manière à leur garantir une indépendance de fonctionnement.

Dans un deuxième temps, des conventions de collaboration traduiront l'opérationnalisation des objectifs du projet avec un partenaire signataire particulier.

6. Stratégie de développement du réseau

6.1 Principes de base

L'ensemble de la démarche du projet de réforme en ce compris les étapes décrites ci-dessous, ont été, sont et seront considérées dans le respect des patients, des membres du personnel et de tous les partenaires. Elles ont été, sont et seront élaborées selon un principe basé sur la concertation.

6.2 Echelonnement

Avant l'appel à projet de réforme

- **En 1999**, Projets de Référent hospitalier pour la continuité des soins.
- **En 2001**, Création du SPAD, Projet de Soins Psychiatriques à domicile « Médias ».
- **En Mars 2007** Projets thérapeutiques en santé mentale « Concerto » et « L'Archet ».

- **En Janvier 2010** Candidature de l'IHP Hapcis ACIS-asbl à la création d'un SPAD, Projet de Soins Psychiatriques à domicile. Cette candidature est sollicitée par les partenaires signataires de Concertho.

Depuis le 21 mai 2010

L'annexe 4 détaille le contenu de nos échanges et travaux avec les différents partenaires.

- **Transmission des informations reçues lors des différentes sessions d'information au SPF :**
 - au sein des instances dirigeantes des hôpitaux promoteurs du projet, au corps médical, aux instances syndicales et aux membres du personnel de ces hôpitaux, sous forme d'assemblées générales ou de staffs.
 - aux partenaires potentiels du projet.
- **Echanges et discussions :**
 - depuis mai, avec les partenaires potentiels signataires sous la forme d'un groupe de travail ou de rencontres individuelles. Ils se sont positionnés dans chacune des fonctions et réfléchissent ensemble à l'implémentation du projet et particulièrement des fonctions 1, 2 et 3.
 - avec les membres du personnel des hôpitaux promoteurs sous forme d'un groupe de travail ou de staffs, les discussions ont porté notamment sur le gel de lits, l'identification des unités de soins et patients cibles, la désaffectation des lits, le flux des patients concernés, ...
 - au sein de la Plate-forme picarde de concertation en santé mentale : réunions du Bureau, du Conseil d'administration et invitation des hôpitaux concernés par le projet de réforme.
 - avec les Conseils d'administration, le Comité de gestion, les Comités de direction, les Conseils médicaux et les instances syndicales des hôpitaux promoteurs.
 - avec les associations de patients PSYTOYENS et de familles SIMILES.
- **Introduction de la déclaration d'intérêt.**
- **Echanges concernant une collaboration entre les hôpitaux promoteurs du projet et proposition relative au gel de lits (à concurrence de 80 lits T).**
- **Demande d'avis des Conseils médicaux et accord.**
- **Sollicitation officielle des instances de gestion et décision.**
- **Rédaction du dossier de candidature.**
- **Désignation des coordinatrices de réseau par l'ensemble des partenaires du projet.**
- **Introduction du dossier de candidature.**

Dans l'attente de la sélection du projet

- Poursuite des groupes de travail et des rencontres individuelles avec les partenaires actuels et potentiels en vue de l'élaboration d'un projet d'accord de collaboration.
- Assemblées générales du personnel des hôpitaux promoteurs.
- Poursuite des groupes de travail internes aux hôpitaux concernant l'articulation des fonctions en fonction de leur réalité de terrain.
- Appel à candidature interne du personnel qui composera les équipes mobiles à domicile.
- Poursuite des échanges et des discussions au sein de la Plate-forme.
- Poursuite des échanges et des discussions avec SIMILES et PSYTOYENS.
- Confirmation des unités de soins et des patients concernés par le gel des lits.
- Mobilisation progressive des ressources actuelles des hôpitaux promoteurs et sollicitation des acteurs potentiels du réseau, pour préparer qualitativement la sortie des patients concernés par le gel de lits.
- Participation des coordinatrices de réseau aux formations prévues par le SPF.

Dès la sélection du projet

- Signature de l'accord de collaboration entre les partenaires du projet de réforme.
- Activation progressive des fonctions 1, 3 et 5 au fur et à mesure de la signature des conventions particulières avec les partenaires de réseau.
- Désignation des garants de fonction pour une durée déterminée.

Parallèlement :

- Cartographie des ressources disponibles dans la zone d'action.
- Mise en place du Comité de travail stratégique et des Comités de travail locaux.
- Activation progressive du gel de lits.

- **Formalisation des conventions de collaboration fonctionnelles : activation des fonctions et des circuits.**
- **Constitution et formation des équipes mobiles.**
- **Mise en place d'une supervision pour celles-ci.**
- **Mise en place du processus d'évaluation.**

L'activation de toutes les fonctions doit dans un premier temps, se concentrer sur la sortie des patients concernés par le gel des lits, avant d'être déployée pour des situations nouvelles.

Les procédures et conventions de collaboration doivent donc se concrétiser prioritairement pour ces patients. L'objectif est, qu'au terme d'une année de développement du projet, les fonctions puissent être déployées à l'égard de l'ensemble du public cible.

6.3 Gestion des risques

Nous estimons indispensable que la grille d'analyse « **SWOT** » soit réalisée à échéance régulière et à chacun des niveaux : micro (au niveau du référent de soins), méso (au niveau des garants de service) et macro (au niveau des coordinatrices).

Cette analyse nous permettra d'évaluer la qualité de reliance du projet aux différents stades du processus.

L'analyse SWOT conduite par le **Comité de travail stratégique** évaluera entre autres:

- les résistances humaines et/ou organisationnelles probables
- les obstacles matériels éventuels
- le processus d'admission et de sortie dans le projet de circuit de soins
- les réunions de concertation
- ...

« Créer un projet, c'est avoir un souci constant d'adaptation ». Le projet de réforme souhaite garantir une certaine souplesse et une ouverture : il doit rester disponible à des réajustements et à des recadrages éventuels.

Le Comité de travail stratégique :

- offrira un soutien au déroulement du projet
- réalisera un contrôle par rapport aux objectifs fixés.
- procédera à un suivi visant à opérer des ajustements éventuels et nécessaires au projet.

Il assurera le « feed-back » pour le suivi de l'ensemble du projet : le Comité de travail stratégique s'attellera à organiser la communication de ses travaux entre tous les acteurs internes et externes impliqués dans le projet de réforme. Il conduira des bilans partiels et établira un bilan annuel global.

7. Financement et allocation des moyens

AFFECTATION DU BUDGET COMPLEMENTAIRE (500.000 euros)

Frais équipe aiguë		29.128,00
Logistique	22.388,00	
Administration	6.740,00	
Frais équipe chronique		29.128,00
Logistique	22.388,00	
Administration	6.740,00	
Frais coordinatrices de réseau		69.839,61
Frais commun au projet		38.177,00
Engagement supplémentaire 5 ETP		295.824,00
Requalification de soignant non qualifié		44.821,00
		506.917,61

EQUIPES DE TRAITEMENT INTENSIF A DOMICILE

CHARGES DE PERSONNEL

Infirmière	10 ETP	591.647,70
Psychologue	1,5 ETP	93.348,92
Assistante sociale	1,5 ETP	88.747,16
Paramédicaux	3 ETP	177.494,31
Non qualifié	0 ETP	0,00
Total	16 ETP	951.238,08

LOGISTIQUE

Frais de déplacement

Amortissements 4 véhicules	11.360,00	
Assurance omnium	5.496,00	
Taxe de circulation	1.464,00	
Carburant	4.068,00	
		22.388,00

Administration

4 gsm	600,00	
Communications	2.400,00	
Pc portables 2	640	
Formation supervision	2.500,00	
Amortissement mobilier	600	
		6.740,00

COUT TOTAL

980.366,08

**EQUIPES DE TRAITEMENT PAR LIEN
ASSERTIF**

CHARGES DE PERSONNEL

Infirmière	8 ETP	473.318,16
Psychologue	1 ETP	62.232,61
Assistante sociale	2 ETP	118.329,54
Paramédicaux	1,5 ETP	88.747,16
Non qualifié	1,5 ETP	66.336,89
Total	14 ETP	808.964,35

LOGISTIQUE

Frais de déplacement

Amortissements 4 véhicules	11.360,00	
Assurance omnium	5.496,00	
Taxe de circulation	1.464,00	
Carburant	4.068,00	
		22.388,00

Administration

4 gsm	600,00	
Communications	2.400,00	
Pc portables 3	640	
Formation supervision	2.500,00	
Amortissement mobilier	600	
		6.740,00

COUT TOTAL

838.092,35

**COORDINATEUR DE
RESEAU**

CHARGES DE PERSONNEL

Echelle barémique 1.80	62.232,61
------------------------	-----------

LOGISTIQUE

Frais de déplacement

Amortissements 1 véhicule	2.840,00	
Assurance omnium	1.374,00	
Taxe de circulation	366,00	
Carburant	1.017,00	
		5.597,00

Administration

Gsm	150,00	
Communications	600,00	
Pc portables	160	
Formation supervision	500,00	
Amortissement mobilier	600	
		2.010,00

COUT TOTAL

69.839,61

La désaffectation des lits ainsi qu'une description du flux de patients est décrite en page 24, au point 6.2 Echelonnement.

Note de considération

Nous nous permettons d'attirer l'attention du jury sur le fait que les promoteurs du projet ont été particulièrement attentifs à ne pas définir dans le présent dossier, des étapes qui devront s'élaborer de façon collective au sein du Comité de travail et aux Comités de travail locaux.

Modèle
**pour les propositions de projet dans le cadre de l'implémentation de l'article 107 de la loi relative aux
hôpitaux et à d'autres établissements de soins**

Annexes

Annexe 1 : Liste des projets développés par les hôpitaux promoteurs du projet

Annexe 2 : Appel à collaboration Psytoyens

Annexe 3 : Appel à collaboration Similes

Annexe 4 : Objectifs des partenaires du projet par fonction

Annexe 5 : Opérateurs culturels de la zone d'action

Annexe 1 : Liste des projets développés par les hôpitaux promoteurs du projet

Ces projets sont décrits succinctement. Une description plus complète est à la disposition du jury

Projet Thérapeutique “Concertho”, Service picard pour l’initiation précoce et transdisciplinaire de la concertation en santé mentale.

De quoi s’agit-il ?

Ce projet a pour but de :

- Chercher avec l’usager un accompagnement adapté à sa situation
- Permettre aux professionnels de différents domaines de mieux travailler ensemble

Il s’agit de créer du lien et du sens entre des professionnels, une personne et ses ressources au niveau psycho-médico-social. Il trouve sa particularité dans deux objectifs globaux :

- Créer ou améliorer une dynamique relationnelle permettant à l’usager de (re)devenir acteur dans la construction et le renforcement du lien social tout en le maintenant dans son milieu de vie. Et favoriser la concertation des intervenants autour de l’usager.
- Soutenir de meilleures interfaces pour toutes les institutions des différents secteurs concernés par la santé mentale et permettre le partage, la reconnaissance des spécificités et savoirs.

Comment ?

- Quelqu’un fait **appel au projet** pour un usager.
- L’envoyeur, l’usager et la coordinatrice se **rencontrent**. Ils préparent la première réunion.
- La coordinatrice organise une première **réunion de concertation** avec les partenaires signataires du projet et toute personne que l’usager aura jugé nécessaire d’inviter. On rédige le plan de prise en charge.
- Quatre réunions de concertation sont organisées la première année ; trois les années suivantes.
- Des rencontres entre les réunions peuvent avoir lieu. Le projet « Concertho » veille au respect des droits et devoirs de chacun comme par exemple, la circulation des informations concernant l’usager.

Pour qui ?

Ce projet s’adresse à toute personne entre 19 et 65 ans rencontrant des difficultés chroniques et complexes en raison de l’instabilité de ses relations interpersonnelles, de leur image de soi, de leurs affects et de leur impulsivité marquée. Elles peuvent (dé)mobiliser un grand nombre d’intervenants. Elles questionnent notre souplesse dans l’abord thérapeutique et la nécessité d’une concertation particulière entre les différents intervenants.

Où ?

Zone d’activité :

Ath, Belloeil, Bernissart, Lessines, Le Pays des Collines, Frasnes-lez-Anvaing, Leuze-en-Hainaut, Péruwelz, Mons-Borinage.

Avec qui ?

Ce projet est établi en accord avec des partenaires de référence :

- Hôpital psychiatrique Saint-Jean-de-Dieu.
- Service intégré de Soins à domicile « CECOSTO » (coordinateur administratif du projet).
- Service Provincial de Santé Mentale de Colfontaine.
- Service de Concertation Intégrée Psychiatrique et Individualisée “Médias”.
- Association des médecins généralistes du Grand Ath et des Collines.
- Union des médecins de la région de Leuze-en-Hainaut.
- Centre Hospitalier Hornu – Frameries.
- Clinique neuropsychiatrique de Bonsecours.
- Centre Public d’Action Sociale d’Ath – Centre de Coordination de Soins et Services à domicile.

Personne de contact ?

Claire GANZITTI, Coordinatrice du projet thérapeutique. Adresse administrative : Hôpital psychiatrique Saint-Jean-de-Dieu, Avenue de Loudun, 126, 7900 Leuze-en-Hainaut

Projet thérapeutique : L'Archet

L'Archet est destiné à toute personne adulte présentant un problème de dépendance à l'alcool, formulant une demande de soutien et habitant les régions de Mons-Borinage, du Centre ou de Soignies.

Le projet poursuit trois objectifs : chercher avec l'usager un accompagnement adapté à sa situation, favoriser la continuité thérapeutique au-travers des différents secteurs (médecins généralistes, services ambulatoires et hospitaliers), et permettre aux professionnels de différents domaines de mieux travailler ensemble en réunissant les personnes pour des concertations.

Les partenaires actuels de référence sont :

- le Centre de Santé Mentale de Mons,
- la Maison Médicale « Le Car d'Or »,
- le Service Psychiatrique de Soins à Domicile MEDIAS,
- l'Initiative d'Habitations Protégées l'Appart,
- la Maison d'Accueil St Paul,
- le Centre de Jour l'Escalé,
- le Service d'Aides Familiales « Acasa »,
- le Centre Hospitalier Universitaire Ambroise Paré.

Le Maillon

Le Maillon est une structure intermédiaire qui a pour but d'évaluer et d'accompagner le patient psychotique dans un processus de réhabilitation. Il a pour objectif de maintenir et/ou d'optimiser les compétences de chacun.

Chacun des six patients inclus dans Maillon l'est pour une période d'un an. Il bénéficie d'un cadre hospitalier dans lequel il doit expérimenter sa capacité à gérer sa vie quotidienne (gestion de la médication, de sa chambre, de son agenda, de la préparation d'un repas de midi ...). Sans standard pré-établi, la prise en charge s'effectue en collaboration avec le patient, la famille et le réseau.

La structure est destinée aux patients présentant une symptomatologie relativement stabilisée, demandeurs d'une vie autonome et pouvant accepter la collaboration avec un groupe et avec le réseau familial.

L'Echeveau

Depuis de nombreuses années, l'Echeveau est un service socioculturel organisé au sein de l'hôpital psychiatrique Saint Jean de Dieu. Cherchant à provoquer l'épanouissement culturel de l'individu, l'Echeveau est un espace d'échange, de découverte axés sur les arts, la culture et la créativité. Tout au long de l'année, des spectacles, des rencontres d'artistes, des sorties extérieures ainsi que de nombreux ateliers sont organisés.

L'Echeveau offre aussi aux patients hospitalisés la consultation libre de quelques revues spécialisées ainsi que d'ouvrages issus de sa bibliothèque (romans, BD, ...). Un service de remédiation à la lecture et l'écriture (« Atelier Alpha ») leur est également proposé.

Régulièrement, des manifestations transversales ponctuent l'hospitalisation. De plus, en collaboration avec le Centre Culturel local de Leuze-en-Hainaut, des projets originaux viendront enrichir l'offre culturelle de l'Echeveau.

En ce qui concerne les produits proposés à la vente, ils font partie intégrante du service aux personnes que l'Echeveau s'est fixé comme autre objectif : un bar social en quelques sortes, un espace différent dont le but est d'aider le patient à vivre au mieux son hospitalisation.

Le dispositif culturel transversal

S'appuyant sur les réalités artistiques et culturelles mises en place au sein de l'hôpital psychiatrique Saint Jean de Dieu, le dispositif culturel transversal a développé de nombreux réseaux de partenariats avec des opérateurs culturels traditionnels et des artistes. Ce développement aide à l'insertion sociale de la personne en proposant, à partir de leur lieu de vie, des activités culturelles adaptées en objectivant la réalité de leurs moyens de transport, la réalité de leurs moyens économiques, la qualité de leur engagement dans la démarche de leur insertion sociale.

Parallèlement à cela, les modèles de réflexion et du fonctionnement sont développés au sein de structures culturelles locales (par ex : Centre Culturel de Leuze-en-Hainaut), régionales (par ex : Culture.WAPI) et fédérale (par ex : Culture et Démocratie).

L'ETPM (L'Espace Transitionnel Passe Muraille)

L'Espace Transitionnel Passe Muraille est un ensemble d'ateliers ouverts à toute personne en hospitalisation complète ou de jour. Il travaille avec les médias d'expression en privilégiant les ateliers comme espaces potentiels de création, de symbolisation et d'élaboration psychique.

Les cadres de référence qui sous-tendent le travail thérapeutique et la réflexion qui l'accompagne s'inspirent de concepts psychanalytiques et de notions d'art thérapie.

Les ateliers actuellement ouverts ont pour médias : la musique, le chant, le cheval, la terre, la danse, le cinéma, la peinture et l'écriture.

L'ETPM réalise aussi des projets événementiels comme des ateliers d'été, des camps, ou des sculptures monumentales (le « cheval de terre », les totems sur le site du Chêne aux Haies).

L'atelier « Art-Rencontre »

L' atelier s'inscrit au sein de l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu à Leuze-en-Hainaut. Celui-ci accueille des adultes en souffrance psychologique.

Qui sommes-nous ?

Comme il se nomme, l'atelier se veut un lieu d'expression créative dans un souci d'échange, de partage, de rencontre autour de l'art. La rencontre de personnes hospitalisées désireuses d'explorer, de découvrir leur potentiel créatif ; d'ouvrir leurs SENS.

L'atelier se situe dans un local à l'extérieur des services de soins. Il est ouvert tous les jeudis de 14h00 à 15h30. Les animatrices responsables de l'atelier sont : Gaëtane Dermond et Hélène Fossé, ergothérapeutes.

Chaque participant s'y investit : le temps qu'il peut ou le temps qu'il veut.

Oser sa créativité, oser s'étonner !

Oui, mais comment y arriver sereinement ?

Tout d'abord :

***Le local** ; un lieu, un espace défini comme atelier, pendant un temps déterminé, aménagé dans le souci et l'espoir qu'il sera « un sol fécond » à l'expression.*

***Quelques matériaux** ; simples mais transformables et manipulables à souhait : tissu, papier, carton, bois, treillis,...*

***Des outils** ; permettant d'assembler, de structurer, d'unir, de concentrer ses envies créatrices.*

***Un thème** ; un « tremplin », un mot ou un jeu de mots sur lequel chacun a la liberté d'y mettre sa propre imagination.*

***Des animatrices** ; garantes du bon déroulement, du respect de chacun et de sa production. Elles*

sont conseillères techniques mais surtout accompagnatrices respectueuses de la recherche de « l'être en devenir ».

Les participants ; chacun à son rythme, imaginent, créent, jouent avec les formes, les contours, les couleurs, usent de fantaisie, cherchent et découvrent les richesses mais aussi les limites de la matière.

Dans cet espace protégé de non-jugement et de non-directivité, une énergie circule, c'est de cette énergie que va naître une production.
Cette création sera le lieu et l'objet d'une rencontre, témoin d'histoires et d'émotions.

L'exposition se veut être une opportunité qui redonne à cette œuvre sa valeur existentielle au-delà de sa valeur artistique et esthétique.

L'atelier existe depuis 1999

Les différentes expositions réalisées s'inscrivent dans des projets socioculturels. Les œuvres n'ont pas de valeur marchande mais uniquement relationnelle. Les artistes font le choix de les « mettre en scène » en s'adaptant aux lieux proposés...« toute une histoire »...

Les expositions

- * En 2000 : « UNE TRANCHE D'ÉTRANGE », Salle du Parc du Coron, 7900 Leuze-en-Ht.
- * En 2001 : « PARURE EN PARADE », salle du Mouquet à 7904 Tourpes.
- * En 2003 : « REPRÉSENTATION THÉÂTRALE SURPRISE », salle le Léz'art 9, 7600 Péruwelz.
- * En 2005 : « LE TEMPS D'UN RÊVE », Eglise de Thimougies (7533).
- * En 2006 : « PAS DE DANSE », porte ouverte de l'Hôpital St-Jean-de-Dieu
- * En 2007 : « ENTRE LE CIEL ET L'EAU », à la Réserve Naturelle des Marais d'Harchies.
- * En 2009 : L'Art-Rencontre a fêté ses 10 ans sur le thème « IMAGIN'AIRE » en collaboration avec l'asbl « Vous l'ai-je-dit ».
Les animatrices de l'atelier « Art-Rencontre » ont marqué leur désir de partager cette fête avec le public leuzois et des environs. **10 projets créatifs, en lien avec le thème de l'atelier : « L'Art et la Rencontre »**, ont été proposés aux visiteurs. Différents lieux ont été investis à l'intérieur de l'hôpital ainsi qu'à l'extérieur, dans la ville de Leuze.
- * En 2010 : « Bas les masques », Maison de la Culture à 7500 Tournai.

Le G.A.P. (Groupe d'Accueil Personnalisé)

Le Groupe d'Accueil Personnalisé organise, depuis début 2007, l'accueil de toute personne se présentant spontanément sur le site de l'hôpital, avec une demande d'hospitalisation ou une demande concernant un traitement ou des soins.

Le G.A.P., équipe composée d'infirmiers, de psychologues et d'assistants sociaux, intervient à la demande du médecin psychiatre de garde, qui est prévenu par le service «Accueil » du Centre de la demande d'un patient ou d'une famille.

Lors de la rencontre initiale, organisée en binôme (infirmier/AS, infirmier/psy,...), l'équipe du G.A.P. se charge de discerner la crise de l'urgence et envisage les enjeux de la démarche.

Cet entretien est ensuite rapporté oralement, en présence des personnes, au médecin psychiatre qui prend la décision d'une hospitalisation ou adresse le patient au C.P.P.C. (Centre de consultations de psychiatrie et de psychologie clinique du C.H.P).

Le projet de Référent Hospitalier pour la continuité des soins

La fonction de Référent Hospitalier pour la continuité des soins vise à prévenir les rechutes fondamentales et/ou les réhospitalisations inadéquates de patients à situation complexe et à haut risque, en vue de leur proposer le contexte de soins le mieux (adapté) approprié.

Cet objectif peut être réalisé en préparant dès l'admission à l'hôpital un retour de qualité vis le milieu de vie et en favorisant de manière générale, la continuité des soins. A cet effet, il convient d'élaborer des processus de collaboration interdisciplinaire dans l'hôpital, de même qu'entre les hôpitaux et les structures hospitalières.

Cette fonction se décline en 3 niveaux : micro, méso et macro.

Niveau micro – patients :

- Il prépare qualitativement la sortie du patient, et ce, en accord et en concertation avec celui-ci.
- Il se construit autour d'une démarche holistique en interdisciplinarité.

Démarche holistique :

- Contextualiser les demandes, les besoins et les ressources du patient autour de trois dimensions : biologiques, psychologiques et sociales.
- Rassembler les différents diagnostics élaborés par les différentes disciplines présentes dans l'équipe hospitalière.
- Elaborer ensemble la prise en charge hospitalière et évaluer la continuité des soins en accord avec les différents partenaires : le patient, son entourage et les intervenants intra et extra hospitaliers.

Niveau méso :

- Promotion de la culture de la continuité des soins dans l'hôpital.

Niveau macro

- Favoriser l'interface entre l'intra et l'extra hospitalier.

Contribuer à signaler aux politiques les manquements ressentis au niveau de la continuité des soins.

La Cellule Mobile d'Intervention S.H.P. (Synergie handicap – psychiatrie)

La C.M.I. (Cellule Mobile d'Intervention) a pour public cible des adultes présentant un handicap mental avéré et des troubles graves du comportement. Elle a pour objectifs d'aller vers la situation de crise, de soutenir les équipes et/ou les familles en difficulté, de mettre en place des réponses individualisées en collaboration avec l'entourage et les intervenants et de faciliter l'accès au soin psychiatrique pour les personnes en situation de handicap.

Elle continue son intervention jusqu'à la résolution de la crise et tente, autant que possible, de soutenir des prises en charge qui permettent d'éviter les hospitalisations. Dans les cas où cela s'avère impossible, l'option est alors de proposer une hospitalisation à court terme.

Le club des artistes

“Le Club des artistes” est ouvert à l'ensemble des unités de soins de l'hôpital sans limitation du nombre d'inscription.

Il accueille tous les patients désireux de travailler au sein d'un groupe uni par la même motivation : se détendre, dessiner et peindre en réalisant au mieux les consignes du module engagé. Et dans le respect du travail des autres.

“Le Club des artistes” fonctionne par module, sur un thème choisi, selon une technique de peinture précise, durant une période limitée à 4 semaines maximum. Chaque module est accessible individuellement.

L'atelier est ouvert tous les matins du lundi au vendredi de 9h15 à 9h45. Il est fermé le week-end et les jours fériés.

L'inscription préalable à un module est recommandée. Cette inscription rend la présence requise toute la durée du module choisi.

Toutes les réalisations appartiennent au "Club des artistes". Elles sont anonymes et peuvent être montrées, exposées, vendues...

L'atelier reste ouvert pendant ses plages horaires et peut être visité sans demande préalable.

Une exposition et vente des travaux réalisés dans le cadre du "Club des artistes", de "l'Atelier Terre" et de "la Menuiserie" seront organisées au sein de l'Institut.

Au plaisir de vous rencontrer au "Club des artistes"

Pierrette.

L'Assemblée générale

Le concept d' « assemblée générale » est né au Centre hospitalier Psychiatrique « Le Chêne aux Haies », il y a six ans. Il s'agit d'une réunion à laquelle les patients invitent leur famille, leur médecin traitant, un membre de leur réseau psychosocial ... Elle a lieu quatre fois par an, et uniquement pour les patients qui le désirent. Le patient reste donc la cheville ouvrière de l'ensemble de l'organisation qui le concerne et ce, d'un bout à l'autre de son parcours au travers des différentes assemblées.

La réunion est animée par deux membres du « Point du Jour ». Elle a pour objectif d'installer une structure formelle d'échanges entre le patient et ceux qu'il considère comme ses proches, et de tenter ainsi de diminuer l'incompréhension qui peut être celle de l'entourage vis-à-vis d'une prise en charge en psychiatrie. Un autre objectif est de permettre des rencontres de réseau, dans le but d'améliorer les contacts entre les interlocuteurs extérieurs et d'augmenter la cohérence de la prise en charge. Enfin, un troisième objectif est d'intensifier la collaboration entre les réseaux naturel et professionnel du patient.

A l'issue de six ans de fonctionnement (et donc de l'organisation de plus de 20 réunions), on constate que l'Assemblée générale renforce l'appareil psychothérapeutique en place et que les solidarités créées allègent d'autant les parcours de patients en majorité psychotiques ou borderlines. Des interactions entre familles initient, pas à pas, de réelles empathies à la souffrance psychique, des mots s'inscrivent sur les histoires parallèles qu'elles ont à vivre à des rythmes différents.

FILOULIEN

POURQUOI CET ESPACE ?

L'idée de Filoulien, espace de rencontres pour parents hospitalisés en psychiatrie à l'Hôpital psychiatrique Saint Jean-de-Dieu et leurs enfants, est née du constat que les unités n'étaient pas adaptées pour recevoir ces enfants et qu'elles étaient non propices aux échanges entre parent et enfant.

Le personnel soignant percevait un certain malaise entre parent et enfant lors des moments de visite et parfois même il assistait au refus de l'enfant à venir en visite ou au refus des parents à recevoir leurs enfants en visite. Dans bien des cas, l'enfant était livré à lui-même, traînant ou jouant dans les couloirs sans aucune prise en charge spécifique.

Les intervenants des unités psychiatriques se posaient des questions quant au vécu de l'enfant, qui parfois pouvait exprimer sa souffrance non seulement face à la maladie de son parent mais aussi face à la séparation imposée par l'hospitalisation.

OBJECTIF DU PROJET « FLOULIEN »

L'objectif premier du projet est de :

- Favoriser la rencontre et les échanges des patients avec leurs enfants et leur famille dans un espace privilégié, accueillant, intime et chaleureux.
- Préserver, soutenir, consolider et parfois même rétablir les liens familiaux et intergénérationnels mis en péril par la maladie, l'hospitalisation en psychiatrie ou l'admission en maison de soins psychiatriques.

Les autres objectifs poursuivis seraient de :

- Dédramatiser le lieu « hôpital psychiatrique », la maladie mentale à travers l'utilisation d'un local accueillant, chaleureux dans lequel il est possible de préserver la relation parents, grands-parents, enfants, petits enfants, au-delà du contexte institutionnel.
- Mettre des mots sur les représentations que l'enfant et les autres membres de la famille peuvent avoir de la maladie mentale et de ses structures. Répondre aux questions qu'ils se posent.
- Répondre à une éventuelle demande du patient de soutien éducatif et/ou thérapeutique dans l'exercice du rôle de parent.
- Accueillir le patient et les membres de sa famille dans le cadre d'entretiens de famille dans un espace plus adapté aux enfants.
- Prévenir l'apparition éventuelle de troubles mentaux chez les enfants.

Annexe 2 : Appel à collaboration Psytoyens

Hôpital Psychiatrique Saint-Jean-de-Dieu

Avenue de Loudun, 126 - 7900 Leuze-en-Hainaut
Tél : 069.67.20.20 - Fax : 069.66.11.45
Courriel : st-jeandedieu@acis-group.org
Site web : www.acis-group.org

Association Chrétienne des Institutions Sociales et de Santé asbl



Psytoyens
Mme Chantal Gelders
Coordinatrice
Rue Henri Lemaître 78
5000 Namur

Leuze-en-Hainaut, le 19 octobre 2010

Madame,

Depuis 2007, nous sommes promoteurs du Projet thérapeutique de concertation en santé mentale « Concertho ». Tout au long de ce processus, nous avons tenu à rencontrer des représentants de patients et des familles.

En juin 2009, nous vous avons personnellement invité à réfléchir avec nous à la place des patients et de la famille au sein de ces concertations. Vous nous avez exprimé différentes attentes et besoins. Cette rencontre fut riche et précieuse autant pour les professionnels que pour les non-professionnels. Nous en avons tenu compte. Forts de ces premiers contacts positifs, nous reprenons contact avec vous.

Actuellement, nous préparons une proposition de projet intitulé « **Vers de meilleurs soins en santé mentale par la réalisation de circuits et de réseaux de soins** ». Nous souhaiterions vous associer au développement de ce nouveau projet et convenir d'une rencontre.

Pourriez-vous confirmer l'intérêt de votre association pour notre initiative. Afin de préciser les termes de nos relations, une rencontre serait opportune. Pourriez-vous dans votre réponse écrite, nous proposer quelques dates d'ici fin 2010.

Nous vous remercions de l'attention que vous accorderez à la présente et vous prie de recevoir, Madame, l'expression de mes sincères salutations.

J.P. Verheye
Directeur

Projet 107 - Thunderbird

Fichier Édition Affichage Aller à Messages Outils ?

Relever Écrire Adresses Répondre Rép. à tous Transférer Étiquette Supprimer Indésirable Imprimer Reculer Avancer

Sujet: Projet 107
De: c.gelders@psytoyens.be
Date: 25/10/2010 09:38
Pour: [Carine Overlau <carine.overlau@acis-group.org>](mailto:Carine.Overlau@acis-group.org)

Chère Carine,

Comme convenu lors de notre entretien téléphonique de ce matin, je te confirme notre intérêt pour votre projet.

Psytoyens serait heureux de compter parmi vos partenaires.

Cordialement,

Chantal Gelders
Coordinatrice

~~~~~  
Ce message a été vérifié par MailScanner  
pour des virus ou du spam et rien de  
suspect n'a été trouvé.

Faites suivre cet email à [helpdesk@acis-group.org](mailto:helpdesk@acis-group.org)  
si vous estimez qu'il s'agit de SPAM, merci !  
~~~~~

Les axes de tr... Psytoyens.pdf Psytoyens asbl...tion 2010.pdf Recommandatio...OREVU[1].pdf Recueil cartes blanches.pdf

Démarrer PROJÉT 107 - les parte... Canevas officiel 25 10 ... Canevas officiel 25 10 ... Psytoyens et Similes po... **Projet 107 - Thunde...** Appel à candidature

Annexe 3 : Appel à collaboration Similes

Chênée, le 22 octobre 2010

A l'attention de Monsieur J-P Verheye
Directeur
Hôpital Psychiatrique Saint-Jean-de-Dieu
Avenue de Loudun, 126
7900 Leuze-en-Hainaut

Monsieur le Directeur,

Suite à votre courrier du 21 octobre 2010, nous acceptons de nous associer au développement de votre nouveau projet s'inscrivant dans le cadre de la réforme « 107 ».

C'est avec plaisir que nous adhérons à une démarche de collaboration basée sur une réflexion globale, à propos de la participation des proches de personnes atteinte d'un trouble psychique, aux réseaux et circuits de soins.

Nous sommes disponible pour une rencontre, nous vous proposons les dates suivantes :
Les mardis 7 et 21 décembre 2010 et les mardis 11 et 18 janvier 2011 entre 10h et 15h.

D'ici là, nous vous prions d'agréer, Monsieur le Directeur, l'expression de nos salutations les plus distinguées.

Pour Similes Wallonie
Fabienne Collard
Coordinatrice

Similes

Vous n'êtes pas seul

SIMILES - WALLONIE

a.s.b.l.

Familles et amis de personnes atteintes de troubles psychiques

Boulevard Beaufraipont, 19/2

4032 Chênée

Tél/ Fax/ Répondeur: 04/344.45.45

compte n°: 103-0129368-38

E-mail : wallonie@similes.org

<http://www.similes.org>

Chênée, le 28 octobre 2010

A l'attention de Véronique Bauffe
Secrétaire Générale
Centre Hospitalier Psychiatrique
du Chêne aux Haies
24, Chemin du Chêne aux Haies
7000 Mons

Madame Bauffe,

Suite à notre contact du 28 octobre 2010, nous acceptons de nous associer au développement de votre projet s'inscrivant dans le cadre de la réforme « 107 ».

C'est avec plaisir que nous adhérons à une démarche de collaboration basée sur une réflexion globale, à propos de la participation des proches de personne atteinte d'un trouble psychique, aux réseaux et circuits de soins.

Nous nous réjouissons de vous rencontrer le lundi 29 novembre à 14h pour réfléchir ensemble à notre future collaboration.

D'ici là, nous vous prions d'agréer, Madame Bauffe, l'expression de nos salutations les plus distinguées.

Pour Similes Wallonie
Fabienne Collard
Coordinatrice

Annexe 4 : Objectifs des partenaires du projet par fonction

Légende :

Les partenaires en vert sont actifs dans le projet

Les partenaires en bleu sont en cours d'activation

Les partenaires en orange sont activables

Les acteurs de la fonction 1

- **AGGAC Association des médecins généralistes du Grand Ath et Pays des Collines, Union des médecins généralistes de Leuze-en-Hainaut, Association des Généralistes de Tournai, Association des Médecins généralistes de Mons et environs, Union des Médecins Généralistes Borains**
- **CSD Wallonie Picarde de Mouscron, Comines, Tournai, Ath, CSD de Mons Borinage**
- **CMD Coordination pour le maintien à domicile du Tournaisis**
- **ASD Tournai de Ath, Lessines, Enghien, ASD de Mons Borinage**
- **CMD Centre pour le maintien à domicile du Pays d'Ath, Service ACASA du CPAS de Mons**
- **SISD, Service Intégré de Soins à Domicile de Wallonie picarde**
- **Services d'urgence des hôpitaux généraux de Ath et de Tournai**
- **Centre Local de Promotion de la Santé de Mons Soignies**
- **Groupe d'accueil personnalisé – Service du CHP Le Chêne aux Haies**
- **Réseau Assuétudes de Mons Borinage**
- **SPAD Médias et le SPAD de la région leuzoise en attente d'un financement**
- **Service de prévention de la ville de Mons**
- **Maison médicale « Le Car d'OR »**
- **Mouvement ALTO – Société Scientifique de Médecine Générale**
- **MASS Parenthèse maison d'accueil socio-sanitaire**
- **SSM de Mons, SSM de Colfontaine, SSM de Saint Ghislain, SSM d' Elouges, SSM « La Passerelle » et Centre de guidance de Ath**
- ...

Ces différents intervenants et services remplissent des **missions de base de l'aide et des soins**. Leurs missions se traduisent en terme de prévention, de détection précoce ou de première intervention. Ces services et professionnels accompagnent de manière régulière des personnes en souffrance psychique. Ils collaborent de manière ponctuelle en vue de maintenir une continuité des soins et services offerts, d'ajuster leurs interventions de manière à garantir une cohérence dans l'accompagnement de l'utilisateur. Depuis 2007, sur la zone d'activité concernée, ils ont construit et participent formellement au projet de concertation pour la santé mentale « Concertho » et se rencontrent régulièrement en concertation en présence de l'utilisateur concerné. Ils souhaitent pouvoir pérenniser et intensifier cette collaboration et utiliser le processus de la concertation pour l'ensemble du groupe cible décrit au point 2.

Les objectifs et résultats attendus pour le projet de circuits de soins:

- **Avoir une meilleure connaissance et une meilleure visibilité des partenaires du réseau en santé mentale mais aussi dans d'autres secteurs de réhabilitation notamment (travail, logement, culture, ...) :**
 - connaître les partenaires ressources et utiles sur le territoire : connaître leur méthodologie de travail, leurs limites, leur cadre de travail,
 - développer une relation de confiance, aller sur place se rendre compte, s'imprégner des éléments qui seront importants dans le suivi en ambulatoire,...
 - établir une relation de confiance avec le patient et installer le relais
 - savoir vers qui se tourner en cas de problèmes, de questions générales ou de problèmes particuliers par rapport aux patients suivis
 - établir un contact direct avec le « référent » du patient en santé mentale de manière à pouvoir poser des questions sur le traitement, sur le comportement du patient, sur la manière adéquate de réagir dans certaines situations, ... bénéficier d'une expertise, d'un conseil, d'une orientation par le biais d'un professionnel en santé mentale
 - le contact direct permettrait de pouvoir alerter d'autres professionnels, le psychiatre, l'hôpital, dès les 1ers signes de décompensation, de rechutes.

- **Etre sensibiliser de manière générale à la maladie mentale de manière à mieux appréhender les troubles du comportement et pouvoir y réagir de manière optimale :**
 - de manière générale, bénéficier d'une sensibilisation, d'une formation concernant les personnes souffrant de troubles mentaux afin de repérer et prévenir les éventuelles rechutes, de réagir plus adéquatement et/ou d'interpeller des relais efficaces que ce soit au niveau des hôpitaux psychiatriques, des médecins traitants, des psychiatres.

- **Mieux préparer le retour au domicile des patients hospitalisés souffrant de troubles psychiques :**
 - rencontrer l'équipe hospitalière et les autres intervenants de l'ambulatoire de manière à préparer le retour, la mise en place de soins et d'aide appropriés
 - coordonner les soins apportés au patient en l'intégrant au programme d'accompagnement comme sujet
 - aider l'usager à organiser son projet de soins personnalisé et adapté à ses difficultés et à ses besoins, en collaboration avec les autres professionnels impliqués auprès de lui.

- **Coordonner les soins pour les usagers en difficultés psychiques, en créant et en soutenant un lien entre tous les partenaires de l'usager et avec celui-ci, selon les spécificités et les limites de chacun :**
 - bénéficier de moments de concertation entre le patient, son entourage proche et les intervenants (potentiellement) impliqués dans le plan d'accompagnement de manière à garantir une continuité, des soins sur mesure et une cohérence du travail en réseau entrepris

- être informé des moments thérapeutiques importants pour le patient.
- **Bénéficier des conseils et de l'expertise d'une équipe en santé mentale, qui peut intervenir au domicile pour des situations limites en offrant :**
 - un soutien au professionnel de la 1^{ère} ligne impliqué
 - au patient lui-même en temporisant la crise, en accompagnant le patient vers un service d'aide adéquat, en facilitant la passation de relais ou parfois, en préparant une éventuelle hospitalisation
 - à la famille, aux proches qui se sentent aussi démunis face aux problèmes de comportement du patient.

Les acteurs de la fonction 2

- **SPAD Médias et le SPAD région leuzoise en attente d'un financement**
- **Projet thérapeutique « L'ARCHET » et « CONCERTHO »**

Les objectifs et résultats attendus pour le projet de circuits de soins:

- Les deux équipes mobiles s'adressent d'une part aux personnes en situation aiguë ou subaiguë et d'autres part aux personnes qui rencontrent des difficultés psychiatriques chroniques.
- Elles vont développer une nouvelle forme de soins en santé mentale, plus rapidement accessible aux personnes et leur offrir des soins adaptés là où elles vivent.
- Elles vont offrir une alternative à l'hospitalisation en créant une offre mobile, avec intervention rapide et intensive pour les situations aiguës et dont l'intensité et la durée seront adaptées pour les personnes qui présentent une problématique chronique.
- Elles organisent leur action en complémentarité avec les autres fonctions, en y ajoutant une mobilité et une expertise.

Les acteurs de la fonction 3

- **Projets thérapeutiques « CONCERTHO » et « L'ARCHET »**
- **Opérateurs culturels divers : asbl « Musique et espérance », Centre culturel de Leuze-en-Hainaut, de la Louvière ... (voir annexe 5)**
- **Centres de rééducation fonctionnelle "Le Cap" du Tournaisis**
- **ONEM, FOREM, Maison de l'emploi de Ath, Entreprise de travail adapté de Tournai, Maison de l'Emploi de Frameries Quévy, CPAS de Mons (ETA : SECOS asbl), ...**
- **Agences immobilières sociales de Tournai, RELOGEAS, l'Etape**
- **SPAD Médias et le SPAD de la région leuzoise en attente d'un financement**
- **IHP « L'APPART »**

- **Services des hôpitaux promoteurs : L'Espace Transitionnel Passe Muraille – les Hôpitaux de jour – « Mouvances », l' Art-Rencontre, les trésors du Coron, le Club des artistes, ...**
- **SSM de Mons, SSM de Colfontaine, SSM de Saint Ghislain, SSM d' Elouges, SSM « La Passerelle » et Centre de guidance de Ath**
- **UMH Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation – Département développement familial et communautaire**
- ...

Ces partenaires s'inscrivent dans le secteur de la réhabilitation psychosociale. Celle-ci se traduit dans différents secteurs : le logement (habitation privée et hébergement alternatif), la culture et le travail.

Les objectifs et résultats attendus pour le projet de circuits de soins:

Du point de vue général de la réhabilitation, le Projet thérapeutique en santé mentale

A travers les concertations régulières et structurées, le projet thérapeutique joue un rôle essentiel dans :

- le maintien de la continuité des soins,
 - la cohérence des soins offerts
 - le maintien des liens entre le patient, son entourage et les professionnels de l'aide et du soins
 - le soutien à la famille, aux proches face à la maladie mentale
 - le soutien aux professionnels impliqués dans l'accompagnement du patient.
- **Les partenaires signataires de ce projet, également impliqués dans ce nouveau projet de réforme, souhaitent développer l'esprit de concertation et utiliser cet outil performant dans le projet de circuits de soins.**

Au niveau culturel

- **Intensifier la mise en place d'espaces de création et d'animation, qui se définissent comme des leviers d'intégration et d'insertion socioculturelles pour le public cible.**

Le développement de cette fonction 3 « réhabilitation » permet :

- par leur participation aux actions culturelles et grâce à un accompagnement culturel personnalisé, de « remettre en route » des personnes en souffrance psychique.
- d'offrir dans la Cité une opportunité en matière de prévention à la maladie mentale, de prise à temps des 1ers symptômes de la maladie
- de modifier le regard porté par la société sur la réalité de la maladie mentale, d'en comprendre les enjeux psychosociaux.

Au niveau du logement :

La zone d'action du projet de réforme offre peu de possibilités de logements adéquats pour des personnes en souffrance psychique.

- **Maintenir l'usager au domicile, dans son milieu de vie naturel en :**
 - développant un partenariat avec des sociétés de logements sociaux, les logements alternatifs afin de permettre aux personnes en souffrance psychique de trouver un logement adéquat en fonction de leurs besoins, et de vivre dans la Cité.
 - développant des relais permettant au patient hospitalisé et présentant une pathologie chronique et complexe de retourner vivre seul dans un lieu vie et dans un cadre de vie adéquat, tout en bénéficiant d'un accompagnement individualisé à domicile.

Depuis janvier 2010, une unité de soins hospitalière élabore un répertoire des différentes structures d'accueil et de logement existant dans notre zone d'action. Ce répertoire s'est constitué au fil des visites, des rencontres et des collaborations de ce service en vue de la réhabilitation de leurs patients souffrant de troubles chroniques et complexes.

En Mai 2010, des rencontres INTERREG portant sur l'accompagnement social en matière de logement des personnes en souffrance mentale ont eu lieu. Ces rencontres se poursuivent. Nous avons approché certains acteurs actifs dans le domaine de la réhabilitation par le logement et entameront prochainement avec eux un travail de collaboration.

Au niveau du travail

- **Accompagner ces personnes qui souffrent de troubles psychiques dans le maintien de leur activité professionnelle, d'un plan d'accompagnement spécialisé et en étroite collaboration avec les professionnels du réseau.**
- **Mobiliser ces personnes et les accompagner dans la perspective de (re)démarrer une activité professionnelle, une formation, un bénévolat, ...**
- **Développer des collaborations avec des organismes de bénévolat ou de recherche d'emploi adapté à partir du lieu de vie de l'usager (hôpital, domicile, résidences, ...).**
- **Par ailleurs, une série de personnes concernées par le projet ne seront jamais aptes à travailler dans le circuit socioprofessionnel proprement dit. Avec l'aide des professionnels du secteur, on développera des initiatives spécifiques leur permettant de structurer leur journée sur le mode d'une vie active : séquence d'activité réduite, productivité non exigée, interaction encourageante avec les milieux de travail.**

D'ici décembre 2010, nous approcherons divers partenaires : AWIPH, entreprises de travail adapté, ONEM, FOREM, Bénévolat, centre de réadaptation fonctionnelle,

Les acteurs de la fonction 4

- **CHU Hôpital psychiatrique Chêne aux Haies**
- **Hôpital Ambroise Paré - Service de psychiatrie et Unité de crise (assuétudes)**
- **Hôpital psychiatrique Saint Jean de Dieu ACIS-asbl**
- **Hôpital psychiatrique Saint Charles ACIS-asbl**
- **Clinique neuropsychiatrique de Bonsecours**
- **Service psychiatrique du Centre Hospitalier Hornu – Frameries**
- **Service psychiatrique du Centre Hospitalier de Wallonie Picarde, Site La Dorcas**

Lorsque les personnes en souffrance sont dans une phase telle que l'aide offerte au domicile ou par l'environnement de vie n'est plus suffisante, une hospitalisation offrant des soins spécifiques et intenses doit être envisagée, aussi bien pour des problèmes psychiques aigus que chroniques.

Les objectifs et résultats attendus pour le projet de circuits de soins:

- **L'hôpital délivre une observation et un traitement résidentiels spécifiques et intenses en mettant l'accent sur les soins aigus, sur l'indication et l'établissement d'un diagnostic et sur la prise en charge intensive.**

L'hôpital vise de plus en plus des séjours de courte durée, d'une plus grande intensité et fréquence grâce à un encadrement spécialisé. Dès le début de l'hospitalisation, on est soucieux de développer un travail en réseau, de manière à mettre en place une collaboration et une coordination de soins avec les professionnels, l'entourage qui prendront le relais à la sortie du patient. Il est important de maintenir une communication permanente avec les autres fonctions de manière à maintenir les liens avec le réseau social des patients, en se centrant sur leur possibilité de retour à domicile et d'insertion.

- **Mieux préparer le patient hospitalisé à la sortie**

Le rôle de l'hôpital sera d'intensifier la préparation à cette vie en autonomie, d'installer un accompagnement personnalisé et continu, des relais au domicile et de rester disponible pour les équipes et/ou structures qui prendront le relais, en étroite collaboration de l'équipe mobile de traitement continu par lien assertif. Cet objectif se réaliserait en :

- établissant un projet de réinsertion et/ou de réhabilitation avec le patient, et ce dès le début de l'hospitalisation
- établissant des relais avec d'autres professionnels de l'ambulatoire de manière à proposer des soins continus et adaptés au patient
- facilitant une relation de confiance entre le patient et les intervenants qui seront impliqués au domicile.

- en se déplaçant au domicile du patient ou dans la structure qui va l'accueillir de manière à observer le patient, aménager le futur lieu et cadre de vie et préparer les personnes relais à l'accompagnement du patient ; ceci peut se faire avec la collaboration de l'équipe mobile
- offrant une disponibilité aux professionnels ressources même si le patient n'est plus hospitalisé.
- pratiquant éventuellement l'immersion de certains professionnels afin qu'ils perdurent le traitement mis en place et qu'ils puissent veiller à sa continuité une fois le patient de retour à domicile.
- formalisant auprès des personnes relais sous une forme transmissible et accessible de ce qui est à observer chez le patient afin de prévenir d'éventuelles rechutes

A partir du moment où le patient est sorti et vit dans son milieu naturel, le service hospitalier peut prévoir une évaluation diagnostic et une remise au point du traitement sous forme d'hospitalisation brève et d'implication en concertation des personnes relais si la situation le demande. On privilégie un travail intense ou lieu d'une longue hospitalisation. On privilégie ainsi tout au long du processus et avec les fonctions 1, 2, 3 et 4 la consolidation des compétences acquises à l'hôpital, du traitement, ...dans ce cas, on évalue au domicile les étayages et les ressources à mettre en place.

➤ **Soutenir les référents proches dans les actes de la vie quotidienne à domicile**

En leur proposant une écoute et une expertise en santé mentale : soutien, coaching, sensibilisation aux troubles mentaux pour la famille, les aides à domicile, le MT de manière à étoffer leurs capacités de travail et de soutien au patient, au domicile.

Les acteurs de la fonction 5

- Initiative d'Habitations Protégées HAPCIS ACIS-asbl, IHP « L'Appart » Mons
- MSP, Les Maisons de l'Othée ACIS-asbl, MSP « MOZART » Mons (+ MSP de 30 lits en cours de construction)
- Société de logements sociaux « Toit et Moi »
- Agence Immobilière Sociale de Mons
- ...

Les objectifs et résultats attendus pour le projet de circuits de soins:

➤ **Offrir un hébergement résidentiel aux personnes souffrant de troubles psychiques chroniques lorsque les soins à domicile ou en milieu substitutif sont impossibles.**

Ces habitats ont pour objectif d'apporter un soutien à l'organisation de la vie quotidienne de personnes souffrant de troubles psychiatriques chroniques stabilisés et qui présentent des possibilités d'intégration sociales réduites. Le but poursuivi est de faciliter l'insertion sociale du patient par un accompagnement personnalisé, tenant compte des besoins d'autonomie exprimés par les patients.

➤ **Consolider le projet d'autonomie et d'intégration sociale du patient**

par le biais d'un accompagnement dans le domaine du culturel, du travail, des loisirs, ...

➤ **Trouver un logement adapté aux besoins du patient dans la communauté**

tenant compte du cadre et du lieu de vie, des aspects financiers. Perspective de la protection de l'habitat.

Annexe 5 : Opérateurs culturels de la zone d'action

Nous entendons par OPERATEURS CULTURELS, l'ensemble des personnes et des associations avec qui nous sommes en lien régulier sous formes de projets, de contacts ou de partenariats.

1. Centre Culturel de leuze. Contact : Madame Laeticia Tarditi.

Principal partenaire pour des raisons de territorialité proche. Nous sommes depuis deux ans membres du conseil culturel et de fait de l'Assemblée Générale - nous sommes membres aussi de la cellule programmation

2. Article 27 asbl - Contact : Madame Bettremieux.

Nous sommes représentant au sein de la structure hospitalière de l'article 27. Article 27 est une structure d'aide financière accordée sous certaines conditions aux personnes fragilisées économiquement. Depuis 2008, +/- 200 tickets ART 27 ont été distribué au sein des différents services de l'hôpital (principalement : TRIEU, MSP, FONTENNELLE, CORON)

3. Direction Générale des affaires culturelles du Hainaut. Contact : Madame Devlaminck.

Institution Provinciale hennuyère d'aide à la mise en place d'atelier artistique.

4. WAPI - ACHO, Contact : Madame Sarah Wlomainck.

L'agence culturelle du Hainaut Occidental - Wallonie picarde est un partenaire culturel permettant une ouverture régionale majeure sur nos activités qui le demande comme : Journée Ethique, Les tables rondes sur la chanson française, ...

5. La Vénerie - Centre Culturel de Watermael-Boitsfort. Contact : Monsieur Thomas Prédour.

Partenaire de fait car son nouveau directeur est Monsieur Thomas Prédour, ancien animateur-directeur de Leuze. Des projets sont en perspectives avec le centre culturel et le l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu dans le courant de l'année 2011.

6. Service Provincial de la Jeunesse - Contact : Monsieur Eric Rigaut.

Autre Institution Provinciale hennuyère pouvant mettre à disposition des animateurs ou du matériel.

7. Foyer socioculturel d'Antoing - Contact : Madame Solenne Lebreton.

Partenaire culturel rayonnant sur les communes d'antoing, Maubray et celles de Brunehaut. Outre des échanges de programmations et d'informations, des suivis dans les programmations sont souvent repris au sein du fil du vent.

8. Bibliothèques de Leuze-en-Hainaut, d'Antoing, Péruwelz, Frasnes, et Brunehaut.

Outre la visite organisée au sein de l'une ou l'autre bibliothèque, elles servent à la fois de relais d'informations d'événements et sont aussi partenaires pour l'une ou l'autre exposition.

9. ContreDanse, Centre national de la danse en communauté française de Belgique - Bruxelles.

Contact : Matilde Cegarra Polo. Asbl bruxelloise, partenaire d'actions précises autour de la danse.

10. Opéra Royal de la Monnaie - Bruxelles. Contact : Anne Florence Delannay.

Partenaire d'action en lien avec la musique classique et/ou l'opéra. cette structure propose des réductions et/ou places gratuites à l'un ou à l'autre de leurs événements.

11. Musique et Espérance

12. Maison culturelle de La Louvière

Nous entendons par OPERATEURS SOCIAUX AUX ORIENTATIONS CULTURELLES, l'ensemble des personnes et des associations issus des sphères sociales mais qui possèdent en leur sein, une dynamique culturelle.

1. **Autre lieu** - Bruxelles. Contact : Madame Aurélie Ehx.

Association questionnant par thématique les dynamiques liées à la santé mentale. Nous appuyons l'une ou l'autre de leurs actions en étant soit diffuseur, soit partenaires de créations.

2. **Culture et démocratie** - Bruxelles. Contact : Madame Marie Poncin.

Asbl soutenue par la Communauté française. Nous participons au réseau art et santé, dans le groupe d'élaboration de projet de développement de ce réseau.

3. **La preuve par 3** - Tournai. Contact : Monsieur Michael Henin.

Centre de jour pour personnes handicapées avec qui nous collaborons autour d'échange d'expositions de réalisations des personnes.

4. **ASBL Solidarité au Sahel** - Leuze. Contact : Noëlle Durieux.

Asbl promouvant la culturel du Sahel. Nous avons établis des contacts et sommes intervenus dans leur manifestation annuelle avec un travail d'atelier autour de la thématique de l'eau.

5. **Collectif des femmes leuwoises**- Leuze. Contact : Suzanne Prédour.

Collectif de femmes cherchant à valoriser le temps de loisir octroyée aux femmes. Nous avons pu échanger différentes manifestations avec ce collectif comme la création de tapisserie murale, la journée de la femme,

...

A titre d'exemple, voici les acteurs culturels, l'ensemble des artistes qui ont collaboré aux programmations culturelles de 2008, 2009 et premier semestre de 2010.

1. Barbara Dits - photographe - Leuze - prix du Hainaut 2008
2. Aurélien Van Trimpont - Bruxelles - Comédien professionnel
3. Nicolas Cremery - Lille - Guitariste et concepteur sonore
4. Daniel Dalla Guarda - Paris - Chercheur sur l'oeuvre de Léo Ferré
5. Luc Reubrecht - Montroeil-au-bois - Chanson française
6. Sébastien Cools - Nivelles - Chanson française
7. Christian Leduc - La réole, Gironde, France, Chanson française
8. Chantal Bornarel - Tournai - Joaillière
9. Raphy Rafaël - Huy - Guitariste
10. Poi - Bagas, France, Cirque
11. L'Os de Seiche - Bruxelles, Chanson française
12. Jean-Paul Den - Enghien, Chanson Française
13. Kriss Gadden - Ath, Peintures
14. Cassonade - Tournai, Théâtre et magie pour enfant
15. Braddy Romero - Cuzco - Pérou - Peintures
16. Sandrine Questier - Tournai - Accordéon
17. Anne Rauwel - Ciysoing, France, Peintures
18. France Everard - Enghien, Peintures
19. Benoît Mariage - Bruxelles, Cinéaste

20. Danses & cie - Tournai, Compagnie de danses
21. Rafael Montorsano, Sao Paulo, Brésil, Pianiste
22. Michèle Lenoir - Tournai, Peintures
23. AfterShave - Lille, France, Rock
24. Quentin Dujardin - Durnal, Musique du Monde
25. Marc Herman, Ottignies-Louvain-la-neuve, Humoriste
26. Anne Bouché, Ellezelles, Peintures