



**Vers de meilleurs soins en santé mentale**  
par la réalisation de circuits et de réseaux de soins



# **PROPOSITION DE PROJET DANS LE CADRE DE L'ARTICLE 107 DE LA LOI SUR LES HOPITAUX**

**Promoteur: Secteur Santé Mentale (A) de l'Intercommunale de Soins Spécialisés de Liège (ISoSL)**

**Partenaires privilégiés: Centre Hospitalier Régional de la Citadelle (CHR) & Association Interrégionale de Guidance et de Santé (AIGS)**

**Partenaires concertés: Partenaires fédérés et actifs à la Plate-Forme Psychiatrique de Liège**

# 1. Explication sur la vision du projet

Le projet s'inscrit de manière globale dans les lignes directrices telles que définies dans le Traité de Lisbonne. Les principes généraux sont ceux définis par l'OMS. Ces mêmes principes s'inscrivent dans la Charte fondamentale des Droits de l'Homme. Les partenaires souscrivent à la récente Déclaration d'Helsinki.

Au niveau local, il nous paraît opportun d'être attentif à divers points :

1) La région liégeoise se caractérise par la richesse de sa vie associative et par sa culture du travail en réseau qui a précédé la réforme de 1990, bien avant la création des plates-formes psychiatriques de concertation. En effet, l'adhésion à des projets novateurs a permis à cette dernière de se doter de nombreux organes de concertation, au gré des divers projets dans lesquels l'une ou l'autre institution s'est engagée: organes mixtes de gestion des initiatives d'habitations protégées, comités locaux d'accompagnement des référents hospitaliers, comités d'accompagnement des projets pilotes "double diagnostic", "soins psychiatriques à domicile", coordinations autour du problème des assuétudes (cadres régional et fédéral), pratiques de coordinations cliniques propres à chaque institution, réseau des intervenants en santé mentale, ... Il s'agira donc de conjuguer cette organisation nouvelle avec les structures existantes et leur mode actuel de fonctionnement, en optimisant les coordinations existantes tout en évitant les écueils passés (lourdeurs décisionnelles et organisationnelles, rigidité des contraintes prédéterminées, redondance des organes de concertation, ...)

2) Un autre point important concerne l'intégration progressive des divers partenaires intéressés à contribuer à la construction du réseau, de façon à permettre à tout patient de disposer pour son programme d'aide et de soins de la plus large palette possible d'infrastructures utiles à sa réadaptation sociale et professionnelle. Cette intégration doit également concerner l'ensemble des acteurs de l'aide sociale au sens large qui, à un moment ou un autre, aurait besoin d'un tel dispositif pour la réalisation de leurs objectifs. Ainsi, le réseau visera à stimuler la coordination et la complémentarité de l'offre globale de soins et services spécialisés de façon à mieux rencontrer et prendre en compte, non seulement les demandes des personnes résidant sur un bassin de soins déterminé, mais aussi, dans la mesure du possible, les besoins objectivés qui y émergent (demandes des prestataires de soins généraux, demandes de soins contraints, demandes de l'entourage, constats des acteurs des relais sociaux, des décideurs locaux,...). La richesse de cette expérience sera donc de conjuguer une expertise spécialisée par groupes cibles d'âge et de classes de pathologies psychiatriques à une expertise par ressources territoriales en acteurs de soins et en intervenants sociaux, culturels et professionnels en mettant cette expertise à la connaissance et au service des acteurs de première et deuxième lignes. Nous veillerons cependant à ne pas "psychiatriser" des situations qui ne le nécessitent pas. La santé mentale contribue à la santé "tout court". Le réseau veillera à rester centré sur une population qui nécessite le recours à une expertise de type psychopathologique.

3) Le projet que nous proposons se caractérise également par le développement d'un modèle basé sur un maintien des "malades psychiatriques" dans la communauté et vise à construire pour eux des systèmes de soutien en dehors des hôpitaux tout en intégrant ces derniers comme outil à cette fin.. Une

attention particulière sera portée aux processus de réhabilitation psychosociale comme actions à développer pour optimiser les capacités persistantes d'un sujet dit malade et atténuer les difficultés résultant des conduites déficitaires ou "anormales".

Il s'agira donc de conduire avec les usagers et leur entourage la construction d'un espace intermédiaire entre le champ thérapeutique et le champ social en réduisant les effets secondaires des soins psychiatriques, en augmentant le fonctionnement social, en soutenant les familles, en réduisant la stigmatisation et en maintenant les liens sociaux. Ce travail concerne celui de l'autonomie, à savoir l'accroissement des capacités de vie en société notamment en ayant une action sur les capacités socioprofessionnelles et relationnelles.

Le travail des différents partenaires du projet ciblera l'ensemble des pratiques "en attente de théorie" visant à la sortie réelle des champs psychiatriques vers plus de citoyenneté.

En résumé, le projet:

- Se base sur des valeurs reprises par l'OMS, le Traité de Lisbonne et la Déclaration d'Helsinki, ...
- S'inscrit dans la philosophie globale de la réforme des soins en santé mentale associant l'ensemble du dispositif dans une vision commune orientée vers des soins dans la communauté et vers l'insertion sociale
- S'inspire d'une histoire et d'expériences locales.
- Prend comme référence des pratiques issues de projets pilotes antérieurs et cadres théoriques à la fois issus d'expertises scientifiques et d'expériences transnationales.

## 2. Groupe cible

Le groupe cible est celui des adultes à partir de 16 ans pour qui une problématique psychiatrique est suspectée ou décelée par un des partenaires du réseau.

La définition d'une problématique psychiatrique se fait en référence aux critères de classification contenus dans l'ICD-10 et compatibles avec le DSM-IV.

Cette définition du groupe cible se veut suffisamment large pour répondre aux différents principes défendus au point 1.2 et 1.3.

Cependant, pour répondre à des critères d'opérationnalité et d'efficacité, une attention toute particulière sera portée à un public présentant les caractéristiques suivantes :

- Chronicité ou risque de chronicité de la pathologie.
- Lourdeur de la symptomatologie pour le patient et son entourage.
- Risque important de désinsertion sociale.
- Pronostic réservé en terme de rétablissement "spontané"
- Nécessité de la coordination de plusieurs services dans le processus de réhabilitation.

Il ne s'agira donc pas d'opérer en termes de critères d'inclusion ou non dans un réseau d'aide mais de définir une organisation qui permette à chaque usager d'un territoire de bénéficier d'une aide appropriée en fonction de ses difficultés. Ainsi, nous verrons des dispositifs à géométrie variable en fonction des situations rencontrées.

### 3. Objectifs

L'objectif général du projet sera de construire une offre globale de services organisés en réseau structuré orienté vers la communauté et permettant à chaque personne de trouver une réponse individualisée.

Les objectifs sont :

#### **1) Au niveau du patient :**

##### *A) Valeur ajoutée:*

- Améliorer la prise en compte des demandes et besoins de la population présentant des problèmes en santé mentale en diversifiant, en structurant et en intensifiant l'offre de soins. Associer à la démarche, en tant qu'acteurs, les usagers, les familles et l'environnement social.
- Améliorer le diagnostic précoce de certaines maladies afin d'éviter les stigmates personnelles et sociales en mettant à disposition de la première ligne une expertise psychiatrique de proximité rapidement accessible.
- Adapter dans un processus continu l'offre de soins aux besoins évolutifs de l'utilisateur et faciliter le recours aux services existants les plus adaptés (urgences, hospitalisations, soins ambulatoires, réadaptation fonctionnelle, clubs thérapeutiques, groupes d'entraide...) afin de maintenir le processus de réhabilitation.
- Améliorer l'intégration des patients avec des problèmes psychiques dans la société en soutenant leur investissement dans leurs différents rôles sociaux.

##### *B) Opérationnalisation :*

- Création d'un réseau coordonné évolutif reprenant l'ensemble des acteurs nécessaires au processus de réhabilitation. Une cartographie sera réalisée par territoire. Elle tiendra compte des éléments suivants : proximité des soins, spécialisation des soins, diversité des soins. Les liens fonctionnels seront conventionnés. Le coordinateur veillera à son actualisation et à sa diffusion vers l'ensemble des services partenaires. Il élaborera un "mode d'emploi" sur le mode des arbres décisionnels qui répondra à deux questions : qui interpeller pour aider le patient à un processus de réhabilitation et comment ? Il s'assurera de la bonne maîtrise des procédures d'activation chez chaque partenaire.
- Création pour chaque usager du réseau d'un plan de service intégré (voir annexe 1 - PSI) qui permet à ce dernier et aux différents intervenants d'avoir une vision claire de qui fait quoi et dans quel objectif. Il reprend le trajet de soins élaboré sur le mode de la concertation lors de l'inclusion dans le dispositif.
- Création d'une fonction de « case manager » (référént) pour chaque patient qui aura pour mission d'évaluer sur un mode évolutif l'adéquation du plan de service intégré à la situation du patient et qui éventuellement pourra le modifier sur base des concertations cliniques.

- Création d'équipes spécialisées dans l'intervention au domicile en complémentarité des dispositifs existants.
- Création de contacts formalisés entre les représentants du réseau et les associations d'usagers.

*C) Evaluation :*

- Nombre de patients inclus dans le dispositif.
- Evolution de l'utilisation des ressources psychiatriques par patient.
- Evolution de la qualité de vie.
- Evolution de l'adaptation socioprofessionnelle.
- Nombre de contacts avec les associations d'usagers.

**2) Au niveau des professionnels :**

*A) Valeur ajoutée :*

- Optimiser les liaisons des acteurs de soins vers les acteurs de la réadaptation, de la formation et de l'action sociale.
- Utiliser, par une bonne connaissance, les ressources du réseau pour leur expertise et leur spécificité, dans l'intérêt des usagers (compétences professionnelles).
- Participer au développement de nouvelles compétences professionnelles (équipes mobiles, médecins psychiatres à domicile...)

*B) Opérationnalisation:*

- Formation des partenaires à la logique du réseau créé et à l'utilisation de ses composantes.
- Formation des partenaires du secteur santé mentale aux logiques d'insertion, formation des partenaires du secteur socioprofessionnel et socioculturel aux logiques psychiatriques.
- Pratique des logiques d'immersion du personnel dans les services partenaires en insistant sur les logiques d'assimilation de cultures différentes.
- Développement d'un projet de recherche-action tant sur les compétences spécifiques (équipes mobiles, services d'urgence, case management, ...) que sur l'intérêt de leur articulation.

*C) Evaluation :*

- Nombre d'agents formés.
- Nombre d'expériences d'immersion.
- Nombre de conventions entre partenaires, associées à des procédures formalisées.
- Publications.
- Recommandations de bonnes pratiques

### **3) Au niveau du Réseau :**

#### *A) Valeur ajoutée.*

- Développer des projets communs entre partenaires, en « mutualisant » les ressources.
- Permettre une intervention rapide et de proximité en liaison avec la première ligne généraliste.
- Optimiser les liaisons entre les soins et les dispositifs de l'action sociale et de l'insertion professionnelle.
- Participer à l'évaluation des bonnes pratiques en matière de construction de réseau (en lien avec les équipes scientifiques et les autres projets inscrits dans la phase exploratoire)

#### *B) Opérationnalisation :*

- Création de conventions de collaboration entre différents partenaires du réseau visant la continuité des soins autour de l'utilisateur ainsi que leur globalité.
- Implication du coordinateur dans les associations de généralistes.
- Création d'équipes mobiles permettant aux ressources du réseau ambulatoire de se mobiliser avec les moyens qui leurs sont impartis.

#### *C) Evaluation :*

- Nombre de conventions.
- Rapport d'activité des équipes mobiles.

## **4. Délimitation du domaine d'activité géographique**

Nous proposons d'implanter le projet sur le territoire de l'arrondissement de Liège. Ce dernier couvre une partie du territoire de la Plate-Forme Psychiatrique Liégeoise, ainsi que le territoire du Relais Social et de notre projet pilote de soins psychiatriques à domicile "Concerto". Nous nous proposons d'étendre l'action à la commune de Waremme dans un second temps.

**L'arrondissement de Liège est composé des communes suivantes :** Ans, Awans, Aywaille, Bassenge, Beyne-Heusay, Blégny, Chaudfontaine, Comblain-au-Pont, Dalhem, Esneux, Flémalle, Fléron, Grâce-Hollogne, Herstal, Juprelle, Liège, Neupré, Oupeye, Saint-Nicolas, Seraing, Soumagne, Sprimont, Trooz et Visé. Cela représente 590972 personnes. (cf. annexe 2 - Caractéristiques de la population sur le territoire périphérique)

Une étude, de la Plate Forme psychiatrique liégeoise de 1999, démontre que deux personnes sur trois ont, sur ce territoire, rencontré un problème de santé mentale (1,8 problème par personne en moyenne) au cours de leur vie.

Le tableau ci-dessous représente, parmi les problématiques psychiatriques, la prévalence des différents troubles :

Troubles	Prévalences	Hommes	Femmes
Troubles thymiques	23,9%	8,6%	15,3%
Troubles anxieux	24,3%	15,7%	32,3%
Alcool – abus et dépendance	29,5%	46,3%	13,6%
Psychose	1% de la population	Pas de différence	

Selon une étude de l'observatoire Wallon de la santé en 2001, dans l'arrondissement de Liège, l'état de santé "perçu" est inférieur à celui du Royaume comme en témoigne le tableau suivant :

	Très bonne santé	Bonne santé	Moyenne santé	Mauvaise santé	Très mauvaise santé
Arr. Liège	27.8%	40.8%	22.4%	6.9%	2.1%
Royaume	30.9%	44.00%	18.9%	4.9%	1.3%

Le bassin de desserte de l'arrondissement de Liège correspond à une zone urbaine à semi-urbaine dotée d'une densité institutionnelle en santé mentale riche et variée (cf. annexe 3 Listing Offres de soins)

L'offre de soins sur le territoire concerné apparaît suffisante en terme de moyens hospitaliers à l'exception des moyens liés aux hospitalisations sous contrainte et à l'organisation des services d'urgence psychiatrique. Elle est insuffisante en terme de moyens ambulatoires.

La conséquence de cette situation est la suivante : le patient a tendance à se "perdre" dans les interstices entre ces différents services au détriment d'une continuité des soins.

Le projet peut répondre à ce problème à deux niveaux :

- En amélioration la collaboration entre services afin d'améliorer le processus de « tuilage ».
- En mettant à disposition des services ambulatoires des équipes mobiles spécialisées avec une grande souplesse de fonctionnement permettant les interventions en dehors des murs et des heures.

## 5. Description de la nouvelle structure

### Introduction

Les 3 partenaires, ISoSL secteur Santé Mentale, CHR Citadelle de Liège et AIGS, engagent l'ensemble de leurs ressources sur la participation et l'ouverture de leurs équipements pour développer un partenariat dans le cadre de la construction du projet de réseau.

Dans le cadre du « 107 », ISoSL secteur Santé Mentale envisage le développement de deux équipes de traitement à domicile dans la gestion de la crise et dans les soins aux patients présentant des difficultés psychiatriques chroniques grâce au gel de 30 lits T et aux engagements complémentaires par l'enveloppe budgétaire du projet.

Il s'agira ensuite d'évoluer progressivement vers un modèle organisationnel intégré, articulant les réalités fonctionnelles et institutionnelles des services publics et privés, régionaux et fédéraux, ... permettant d'élaborer des trajectoires de soins individualisés grâce aux spécificités de l'ensemble des partenaires existant sur le territoire et dans le respect du libre choix du patient.

Cette étape pose le cadre opérationnel du réseau, développe des procédures et construit des méthodologies dans une progression évolutive pour in fine, utiliser le dispositif autour du patient.

### 5.1 Composition du réseau

#### *5.1.1. Départ du projet*

Dans un premier temps, comme nous l'avons auparavant précisé, il nous apparaît opportun d'élaborer la structure organisationnelle entre 3 partenaires, à savoir :

- le promoteur ISoSL secteur santé Mentale qui dispose d'un hôpital psychiatrique, d'initiatives d'habitations protégées, de Maison de Soins Psychiatrique, d'un Service de Santé Mentale, de structures pour toxicomanes et d'une expérience en soins psychiatriques à domicile.
- le Centre Hospitalier Régional de la Citadelle (CHR) qui dispose d'un service d'urgences psychiatriques, de lits A en hôpital général dont certains sont dédiés à la gestion brève de la crise.
- l'Association Interrégionale de Guidance et de Santé (AIGS) qui rassemble de nombreux services de santé mentale ambulatoires, des Centres de Réadaptation Psychosociale, un dispositif d'insertion professionnelle (Centres de Formation Professionnelle, Entreprise de Formation par le Travail,...), des ressources d'action sociale intégrée dans le tissu local et est en lien direct avec une association d'usagers, Together.

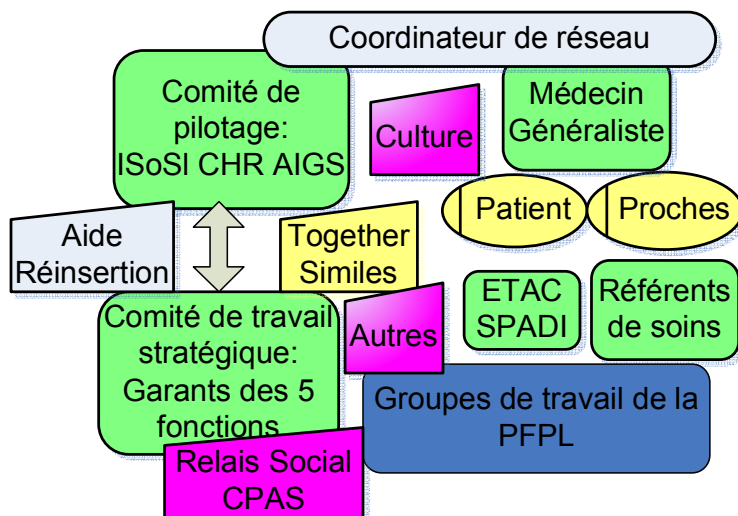
Ces 3 partenaires réunissent non seulement une expertise complémentaire propre à investiguer l'élaboration du projet dans ses 5 fonctions, mais aussi un grand nombre de services dont l'accessibilité est garantie sur le territoire visé par ce projet.

Pour construire le projet, nous avons donc choisi de définir un comité de pilotage constitué des représentants de ces trois partenaires. Ce comité accompagne l'élaboration du projet qu'il soumet à ses instances décisionnelles, de façon à garantir la viabilité institutionnelle des engagements pris par chacun.



Même si ces 3 partenaires assurent déjà à eux seuls les 5 fonctions requises dans le cadre du projet, il ne s'agit pas de limiter le réseau de soins à ces 3 partenaires, mais plutôt de constituer un groupe de travail expert à taille raisonnable pour aboutir à des décisions opérationnelles dans la modélisation de ce réseau.

Dans un premier temps, l'inclusion du patient dans le projet de réseau devra se faire via un de ces trois partenaires en veillant à respecter les indications. On peut envisager une évolution du système dans le temps.



### 5.1.2. Évolution du projet

Très rapidement, et en fonction de l'évolution du projet, nous associerons à notre démarche d'autres partenaires indispensables à permettre de proposer une offre globale et intégrée et notamment :

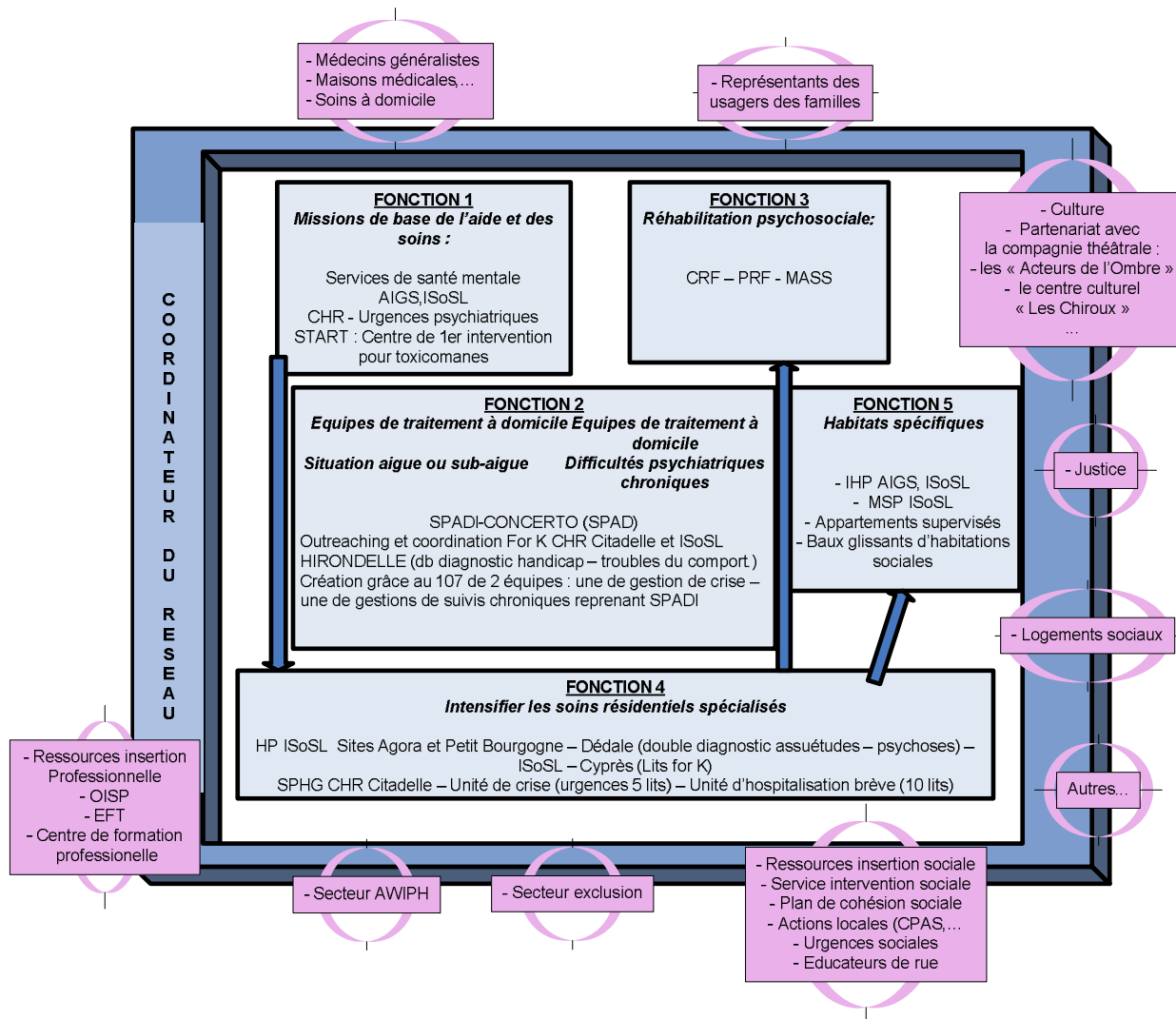
- les intervenants de première ligne (médecins généralistes, soins à domicile, maisons médicales, psychiatres traitants,...)
- les partenaires de l'aide sociale, de la formation professionnelle et de la culture ((CPAS, Relais Social, logements sociaux, DIISP – Dispositif intégré d'insertion socioprofessionnelle,...)
- les représentants des usagers et des familles (Similes, Psytoyen, Together,...)
- les représentants du monde judiciaire et des pouvoirs locaux (juges de Paix, Parquet, administrateurs de biens, représentants de la Ville, des Communes,...)
- les partenaires en santé mentale réunis à la plate-forme psychiatrique liégeoise,

Le concept de réseau s'élargit ainsi vers les autres acteurs, pour sortir de la seule approche des soins et permettre un véritable partenariat qui doit aboutir à l'insertion durable des personnes souffrant de problématique de santé mentale dans la société.

Cette concertation continue permettra de proposer au sein du réseau une offre intégrée et continue d'aide et de soins adaptés aux besoins individuels de chaque usager, basée sur l'optimisation du recours aux ressources territoriales, dans le respect du libre-choix du patient.

Les projets pilotes développés pour le territoire, qu'ils soient des compétences fédérales, des régions ou des communautés, trouveront place dans le dispositif.

### 5.1.3. Schéma du réseau au départ du projet



Tous les services en Santé Mentale du territoire concerné pourront rejoindre les ressources des fonctions, pour autant qu'elles adhèrent aux procédures qui seront définies dans le cadre du projet.

Ils pourront aussi mobiliser le dispositif pour l'inclusion d'un usager.

#### 5.1.4 Descriptif des fonctions:

Il s'agit ici de présenter les différentes ressources de chacune des cinq fonctions qui sont mobilisables par les différents partenaires.

Ceci est un descriptif qui ne montre pas le caractère évolutif et dynamique que représente la mise en commun des ressources que l'on retrouvera dans la phase opérationnelle du travail en réseau et qui se traduira par la complémentarité de l'offre autour du patient.

Les liens de coopération seront fonction de chaque situation clinique. Ils seront élaborés lors des processus de concertation et consignés dans le plan de service intégré.

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

Cette fonction sous-entend un accueil de la demande accessible, l'organisation d'une réponse de proximité, basée sur un diagnostic qui permettra de donner une réponse adaptée aux difficultés psychiques ou psychologiques de la population du territoire concerné Cette fonction sera remplie par les services de santé mentale (SSM) de l'AIGS et d'ISoSL, par le service d'Urgence Médico-psycho-social du C.H.R. et par le centre « START ».

1) Les SSM :

a) Liste des SSM impliqués :

Service de santé mentale de Herstal Lieux-Dits AIGS	Rue Saint Lambert, 84 à 4040 Herstal
Service de santé mentale de Beyne Heusay AIGS	Rue Cardinal Mercier, 32 à 4610 Beyne-Heusay
Service de santé mentale de Visé AIGS	Rue de la Fontaine, 53 à 4600 Visé
Service de santé mentale de Comblain-au-Pont AIGS	Route d'Aywaille, 22 à 4170 Comblain-au-Pont
Centre de Guidance de Hannut AIGS	Rue J. Mottin, 6 à 4280 Hannut
Service de santé mentale de Jupille AIGS	Cité André Renard, 15 à 4020 Jupille
Service de santé mentale de Nandrin AIGS	Rue Albert Botty, 1 à 4550 Nandrin
Centre de Guidance de Waremme AIGS	Rue G. Joachim, 49 à 4300 Waremme
Service de santé mentale de Montegnée AIGS	Chaussée Churchill, 28 à 4420 Saint-Nicolas
Service de santé mentale de Soumagne AIGS	Rue de l'Egalité, 250 à 4630 Soumagne
Service de santé mentale d'Oupeye AIGS	Rue du Roi Albert, 12 à 4680 Oupeye
Service de santé mentale de Blegny AIGS	Place Sainte-Gertrude, 1a à 4670 Blégny
Service de santé mentale Angleur (ISoSL)	Rue Vaudrée, 40 à 4031 Angleur
Service de santé mentale (ISoSL)	Rue des Franchimontois, 4B à 4000 Liège
Service de santé mentale (ISoSL)	Place Saint-Christophe, 2 à 4000 Liège

b) Apport dans le projet :

- Détection des troubles.
- Suivi des troubles dans le cadre de la prévention.
- Activités d'information/formation/supervision au bénéfice d'autres professionnels.

2) Le Centre **START** :

Il a comme mission de base, en tant que centre de première intervention pour toxicomanes, la détection de problématiques de santé mentale au sein de cette population mais également la prévention des comorbidités liées aux pratiques toxicomaniaques notamment dans le champ de la santé mentale.

3) Le service d'Urgence Médico-Psycho-Social du C.H.R. :

Il assure une mission de détection précoce, de dépistage et de pose d'un diagnostic notamment par le biais de ses consultations de crise largement utilisées par les médecins généralistes et autres acteurs de la santé. Il fonctionne 24h/24h et est composé de psychiatres et psychologues.

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

ISoSL a mis en route un projet de soins psychiatriques à domicile en partenariat avec l'AIGS, appelé SPADI (Soins Psychiatriques A Domicile Intégrés) qui travaille sur le modèle des "assertive community treatment".

Les Habitations Protégées Liégeoises, dont sont partenaires ISoSL, AIGS et Similes, ont aussi obtenu un projet pilote de "soins psychiques pour personnes résidant à domicile" (Concerto) qui concerne essentiellement la coordination du soin au domicile.

Il s'agit maintenant de s'appuyer sur cette double expertise pour développer **deux équipes mobiles importantes**, complémentaires à Concerto, travaillant sur un territoire déterminé dont elles maîtrisent la connaissance des ressources. Ces équipes auront pour mission de répondre à toute demande d'inclusion répondant aux critères déterminés (inclusion – exclusion) quel que soit le partenaire qui la sollicite, psychiatre de garde, médecin généraliste, SSM, Relais Social, urgences, centre de réadaptation fonctionnelle, partenaires du réseau social public ou privé .... Elles travailleront sur une catégorisation des demandes :

- **Situation pré-aigue** : révélée par une réactivation des symptômes connus ou des attitudes comportementales bizarres et inquiétantes pour l'entourage sans véritable état de crise
- **Situation aigue** qui nécessite une intervention dans un délai de 48H maximum:
- **Situation chronique** qui permet d'élaborer ou de réaliser une offre de suivi à domicile d'un partenaire du réseau dans la continuité ou la complémentarité des soins en cours

Ces équipes coordonnées par un infirmier en chef travailleront en collaboration étroite avec les projets pilotes SPAD.

#### **1) Equipe de traitement ambulatoire de crise ETAC (situations aiguës)**

Elle examine la possibilité d'intervenir dans le milieu de vie de la personne malade mentale sans compromettre la sécurité du malade, de son entourage et du personnel de façon à apporter l'aide et les soins adaptés aux besoins de la personne. Elle s'appuie sur le service des urgences du CHR de la Citadelle si elle le juge utile. Elle fait appel aux fonctions de l'aide médicale urgente ou à la police si nécessaire. L'équipe de crise assurera une garde téléphonique 24H/24 et 7J/7 en collaboration avec les gardes psychiatriques des partenaires :

- Toute nouvelle demande devra être évaluée par l'équipe et le psychiatre dans un délai de 24 à 48h. Durant le week-end, la garde psychiatrique d'un des partenaires devra valider la prise en charge par l'équipe de crise.
- Les visites au domicile ne se feront qu'à la demande d'un médecin (médecin traitant, psychiatre, des urgences et seulement entre 9 et 17h). En dehors de ces heures, les évaluations urgentes devront se

faire aux urgences des hôpitaux généraux et pourront être référées au service d'urgence Médico-psycho-social de la Citadelle.

- Le premier contact avec un usager, s'il a lieu au domicile, devra être pris par deux membres de l'équipe, en présence du médecin traitant et des proches de l'usager, vivant sous le même toit ou non
- Les prises en charge se limiteront à une durée d'un mois ou feront partie du P.S.I. du patient.
- La volonté de l'intéressé et de l'entourage sera toujours considéré comme une condition de prise en charge.
- L'équipe examinera selon un protocole déterminé les partenaires en santé mentale pertinents dans la situation.
- Un projet thérapeutique personnalisé sera élaboré en concertation avec l'usager, le médecin traitant et les proches, comprenant un planning hebdomadaire (document standardisé et contractualisé) de visites d'intervenants psychiatriques, d'activités thérapeutiques dans la mesure du possible intégrées dans la cité, rendez-vous avec psychologue, médecin traitant et orientation vers les dispositifs de réinsertion adaptés aux besoins et aux possibilités de la personne (milieu associatif, culturel, professionnel,...).
- L'usager et les proches bénéficient pendant la durée de prise en charge du numéro de téléphone joignable 24H/24 et 7j/7 ; en cas d'urgence, un intervenant peut se rendre au domicile s'il connaît la situation et se sent à même de s'y rendre en toute sécurité, afin d'évaluer la situation et si nécessaire de contacter un des psychiatres de garde.
- La sortie du suivi par l'ETAC se fait idéalement de manière programmée, soit après une amélioration suffisante des troubles initiaux, en présence du médecin traitant, soit en évoluant vers un suivi de type SPADI ou vers un dispositif ambulatoire activé, soit en cas d'aggravation des troubles vers une hospitalisation.

## **2) L'équipe de Soins Psychiatriques A Domicile Intégrés, SPADI (situations chroniques et pré-aigües)**

L'objectif des SPADI est de permettre à un public spécifique souffrant d'une maladie mentale de quitter ou d'éviter le milieu hospitalier en bénéficiant de soins psychiatriques assurés par une équipe mobile pluridisciplinaire, jusqu'à la création de liens effectifs avec les travailleurs d'une ou des infrastructures ambulatoires. L'équipe adaptera le modèle d'intervention SPADI, qui associe des intervenants dotés d'une expertise acquise au sein de l'hôpital psychiatrique d'ISOSL à des intervenants dotés d'une expertise ambulatoire des services de l'AIGS. Elle se spécialisera en pools territoriaux pour maîtriser la connaissance des ressources du territoire et optimiser leur utilisation en fonction des besoins du patient. Elle travaille dans le respect de la philosophie et des procédures déterminées et, bien entendu, dans le respect des droits de la personne, de la systémique familiale ou de son environnement individuel et de son identité.

- La plupart des patients seront connus des services psychiatriques et des services psychosociaux. Ils seront rencontrés au sein même de la structure référente avant le suivi à domicile proprement dit. Un formulaire de candidature (cf. annexe 4 – Formulaire actuel de candidature SPADI) sera rempli avec le service demandeur. La candidature sera analysée en collaboration avec les deux psychiatres titulaires des SPADI.

- L'équipe de crise et les psychiatres seront à l'origine de la majorité des demandes, qui devront être traitées dans les 15 jours.
- La durée des prises en charge dépendra du type de problématique (durée moyenne d'un an et demi); la fréquence des passages dans le milieu de vie sera déterminée en fonction des besoins de la personne suivie et tendra à un estompage progressif au bénéfice de liens dans le réseau. L'équipe encouragera l'intervention de tous les partenaires utiles au maintien du patient dans son lieu de vie et de son insertion dans la société afin de ne pas se rendre indispensable.
- L'équipe propose un soutien, un encadrement, un travail de l'autonomie et le développement d'un réseau de support social, voire socio-professionnel des usagers ; elle associe le médecin traitant et les proches, dans la mesure du possible, à la construction du Plan de Soins Individualisé (cf. contrat thérapeutique actuel de Spadi annexe 5) et aux concertations utiles. La finalité est le maintien de l'utilisateur dans son domicile.
- L'équipe SPADI est mobile, elle intervient sur le territoire et au domicile de l'utilisateur.
- Elle œuvrera à maintenir les personnes dans leur milieu de vie avec la meilleure qualité de vie possible et à éviter les décompensations et les hospitalisations.
- Cette équipe sera active entre 8h30 et 17h 5j/7j.
- Elle mettra fin de façon concertée au suivi, idéalement, lorsque la personne et le réseau de soins ont un fonctionnement stable, structuré et autonome.
- Elle offre la fonction de case management en fin de suivi (appel possible si besoin par l'utilisateur, un proche, un partenaire,...) pour préserver la stabilisation de l'utilisateur et du réseau mis en place, voire accompagner dans de bonnes conditions une réhospitalisation qui serait nécessaire.

Critères d'admission :

- Reconnaissance des problèmes handicapant la vie en dehors de l'hôpital
- Acceptation d'une relation d'aide à domicile
- Diagnostic posé de maladie mentale
- Stabilisation des signes et symptômes compromettant la sécurité du patient et de son entourage
- Psychiatre traitant

Un dossier de suivi adapté aux nécessités spécifiques du travail ambulatoire est déjà utilisé. Il sera ajusté aux exigences de l'adaptation de SPADI à ces nouvelles perspectives.

Outre la collaboration déjà évoquée avec le projet « Concerto », ces deux équipes mobiles veilleront à une bonne articulation de leurs actions avec les projets suivants :

- **Le projet MIKado, qui s'inscrit dans le trajet de soins pour les jeunes (< 18 ans) avec une problématique psychiatrique.** Ce service propose une équipe mobile d'outreaching. L'objectif est d'éviter une admission ou une réadmission dans une Unité de Traitement Intensif (UTI).

- Le projet L.I.L.A.S. qui a une fonction d'outreaching dans le cadre du projet-pilote Dédale de traitement intensif de patients présentant un double diagnostic. Cette équipe présente les mêmes objectifs et fonctionnalités que l'équipe MIKado. Elle a une mission de suivi pré et post-hospitalier.

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

Cette fonction sera réalisée par huit équipes équitablement dispersées sur la zone d'action. Notons que toutes ces équipes sont en lien direct avec l'ensemble des initiatives compétentes en matière de réinsertion professionnelle dont une partie est sous l'égide de l'A.I.G.S. (O.I.S.P., E.F.T., C.F.P.)

Il s'agit de :

#### **1) Les centres de réadaptation fonctionnelle de l'A.I.G.S. :**

Dans le projet, ces services auront pour but d'offrir à certaines catégories de patients psychiatriques, dans un stade spécifique de leur maladie, un programme ambulatoire de rééducation psychosociale de durée limitée, visant à développer, dans un délai assez court, leur niveau d'autonomie au niveau du logement et de l'accès à la formation et l'emploi.

Ces services impliqués dans le projet sont les suivants :

- CRP « L'Ancre », Rue du Roi Albert, 235 à 4680 Oupeye.
- CRF « Le Maillet », Rue Cardinal Mercie, 312 à 4610 Beyne Heusay
- CRF « L'Intervalle », Chaussée Brunehault, 268 à 4041 Vottem
- CRF « Le Sablier », Rue du Village, 38 à 4690 Eben Emael.

#### **2) L'ASBL Réflexions pour les patients psychotiques** (demande de reconnaissance comme club thérapeutique du SSM Franchimontois)

Réflexions est un espace ambulatoire de soins, de self-help et de soutien pour les personnes souffrant de troubles psychotiques. Elle est également un centre d'information sur la psychose. Elle vise par-là à faciliter la compliance médicamenteuse, l'intégration psychologique de la maladie dans la vie quotidienne (deuil, organisation pratique, stigmatisation...), la réhabilitation psycho-sociale des personnes atteintes, pour qu'elles deviennent capables de comprendre leurs symptômes invalidants, et ainsi de mieux les gérer en poursuivant les soins nécessaires.

**3) Le Balancier** organise au sein et en dehors de l'hôpital psychiatrique d'ISoSL des séances d'information et de soutien à l'intention de patients bipolaires **et de leurs proches** en parallèle avec un programme de psycho-éducation pour patients.

#### **4) La Maison d'Action Socio- Sanitaire d'ISoSL, centre de Revalidation Fonctionnelle pour toxicomanes aux drogues illicites**

Le travail de l'équipe avec ce public particulier se centre essentiellement sur les logiques d'insertion sociale au sens premier du terme: l démarches administratives de remise en ordre de l'assurabilité sociale, amélioration de la situation sur le plan du logement, l'orientation vers des centres axés sur la requalification et/ou la formation professionnelle (CRF, EFT,...), accessibilité aux soins médicaux.

## **5) La Postcure de Réadaptation Fonctionnelle (PRF) en post hospitalisation des sites Agora et Petit Bourgogne**

La « PRF » a une durée de 3 mois renouvelable une fois. Elle permet d'une part la poursuite des activités thérapeutiques spécifiques débutées lors de la prise en charge hospitalière et d'autre part de passer en douceur d'une prise en charge 24H/24 vers une formule de vie autonome en consolidant les liens au réseau ambulatoire.

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

Cette fonction sera assurée par six unités d'hospitalisation réparties sur les sites d'ISOSL et du C.H.R. « La Citadelle ».

Il s'agit de :

#### **1) Les unités de soins de l'Hôpital psychiatrique d'ISoSL sites Agora et Petit Bourgogne**

- Elles sont organisées de façon à admettre les patients en lit d'indice A et de les passer en lit T si la durée de séjour est atteinte. Ce choix administratif permet de conserver à chaque unité une équipe qui veille à stimuler un plan de soins des plus intensifs. La durée médiane de séjour est de 37 jours, le nombre d'admissions est de 2274 par an et le nombre de nouveaux patients est de 864 par an

- Chaque site hospitalier spécialisera une unité de soins dans la mission d'hospitalisation rapide et supposée brève liée à l'activité du dispositif. Ces unités travailleront de manière plus spécifique à la mise en place rapide d'un parcours de soins ambulatoires.

#### **2) Le projet pilote "Double diagnostic assuétudes et psychose" (Dédale)**

Il s'agit d'une unité de prise en charge de patients présentant une comorbidité psychose-assuétudes dont la spécificité est de proposer un projet thérapeutique intensif et spécialisé. Ce service bénéficie d'une expertise unique et de partenaires privilégiés et conventionnés du réseau.

#### **3) L'unité de crise pour patients ayant des problèmes avec les substances du C.H.R. « La Citadelle »**

Il s'agit d'une unité de cinq lits susceptible d'accueillir via le service d'urgence psychiatrique du C.H.R., tout patient se présentant en état de crise en lien plus au moins directe avec la notion d'abus de substance. Le but de cette unité est de stabiliser le patient et de mettre en place un projet de soins essentiellement ambulatoire dans un délai de cinq jours.

#### **4) L'unité d'hospitalisation psychiatrique brève du C.H.R. « La Citadelle ».**

Il s'agit d'une unité de dix lits en cours de création dans le cadre de ce projet destinée aux patients vus au service d'urgence qui ne nécessitent pas a priori une hospitalisation psychiatrique classique. Ces lits ont pour objet une mise au point diagnostique rapide, une gestion de la crise ainsi que des soins intensifs psychiatriques. Son objectif est l'élaboration d'un projet de soins ambulatoire rapide (10 jours).

Il s'agit d'une politique assez semblable à celle de l'Unité de crise mais ces lits pourraient accueillir des patients n'ayant pas de problème avec les substances psycho-actives ainsi que des patients nécessitant quelques jours d'hospitalisation supplémentaires.



Il est important de souligner à ce stade que les deux unités précédemment citées s'appuient sur le service d'urgence psychiatrique (U.M.P.S.) qui fait partie intégrante du projet en terme de disponibilité au réseau pour toutes problématiques dites urgentes.

### **5) Le « C.L.E.A.N. » : Centre Liégeois d'Évolution vers une Autonomie Nouvelle.**

Le C.L.E.A.N. est un centre mixte pour patients polytoxicomanes nécessitant une prise en charge résidentielle. Il est agréé par l'INAMI en rééducation fonctionnelle mais fait initialement partie des projets fédéraux en terme d'accueil de crise des problématiques liées aux substances. Il œuvre à la rupture progressive avec les produits voire au sevrage. Le mode de vie y est communautaire et l'accent mis sur les apprentissages et sur le réinvestissement dans un rythme de journée. Il s'agit d'une hospitalisation brève (1 mois), renouvelable une fois.

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

L'offre de soins concernant cette fonction peut se résumer comme suit :

#### **1) Les Initiatives d'Habitations Protégées (I.H.P.).**

L'équipe pluridisciplinaire des IHP permet à l'usager un travail d'autonomisation par le biais d'un hébergement thérapeutique communautaire avant un retour au logement personnel. Les membres de l'équipe assurent une présence physique quatre jours par semaine et ils organisent une garde 24H/24, 7j/7.

En fonction des objectifs individualisés du résident, des contacts avec les partenaires du réseau et une mise en place des actions requises sont planifiés. Cette offre est axée sur le suivi du traitement médical, sur la restauration de la situation sociale et sur l'acquisition des autonomies nécessaires au retour dans la cité.

**L'asbl « Les Habitations Protégées Liégeoises », dont l' A.I.G.S., ISoSL et Similes sont membres, gère 85 places, 77 via ISoSL, 8 via AIGS. S'y ajoutent 2 maisons communautaires à Aywaille et à Waremme gérées par des asbl dont l'AIGS est membre.**

#### **2) Les appartements supervisés à l'initiative de l'AIGS:**

- 4610 Beyne-Heusay - Rue Cardinal Mercier, 32: 5 places.
- 4040 Herstal – Rue St Lambert, 84: 6 places.

#### **3) Les Maisons de soins psychiatriques (MSP) d'ISoSL: Les Charmilles et Les Cèdres.**

. Les MSP accueillent des patients présentant un trouble psychiatrique stabilisé, essentiellement des pathologies psychotiques, ainsi que des personnes faisant l'objet de mesures de contraintes légales (maintien PPMM, Défense sociale). Ces deux maisons totalisent un nombre de 89 places.

### **5.2 Répartition des tâches au sein du réseau**

Les institutions de soins liégeoises possèdent une pratique ancienne de partenariat multidimensionnel, souvent conventionné. Cette pratique rend la concertation autour du patient habituelle, de même que la participation du patient lui-même aux concertations quand cela est possible. La liste des expériences antérieures de travail en réseau est en annexe (cf. annexe 6).

Dans notre proposition de projet, les accords de partenariat dans la construction du réseau se situent à trois niveaux :

Projet 107 promoteur ISoSL

### 5.2.1. Au niveau des organisations

Il a été établi dès le départ de confier cette étape dans une première phase à un Comité de pilotage.

Le Comité de pilotage est constitué de représentants des directions administratives et médicales des 3 partenaires de base (ISoSL – CHR – AIGS).

Ensemble, ils s'accordent sur les termes généraux de collaboration pour l'élaboration du projet et de l'apport de chaque partenaire dans la construction du réseau. Ils définissent les rôles et les responsabilités de chacun des partenaires qui prennent place dans les différentes fonctions. Les tâches administratives sont partagées entre l'ensemble des partenaires en liaison avec le comité de pilotage. Les partenaires s'accordent pour choisir des locaux du promoteur comme base stratégique de centralisation du projet. L'utilisation des moyens logistiques des partenaires sera déterminée en fonction des besoins dans l'évolution du projet.

La répartition des tâches au sein du réseau s'envisage dans la logique des trajets de soins avec comme objectif la réhabilitation. Si on devait modéliser les choses de manière linéaire, nous serions dans le schéma (classique) suivant :

**Détection du problème psychopathologique ⇒ traitement médical et psychologique clinique**  
**⇒ travail de la réadaptation ⇒ travail de la réinsertion.**

Nous savons que la réalité de la chose clinique est bien plus complexe notamment de par son caractère dynamique. Ainsi, il est préférable d'envisager un parcours de soins autour duquel chaque fonction peut intervenir avec souplesse dans une logique à géométrie variable. Cette vision des choses permet à l'ensemble des acteurs du réseau d'ajouter ou de retirer une fonction lorsque la situation l'exige et ce toujours en tendant vers cet objectif de réhabilitation. La concrétisation de ce changement se fera via le plan de services intégré (cf. annexe 1), sur base des principes de concertation, à l'initiative du « case manager »

Cette méthodologie garantit un service optimum adapté au patient mais garantit aussi une juste répartition des tâches au sein du réseau. En effet, Il n'est plus question pour un service de tenter de tout gérer (traitement, réadaptation, crises, ...) et donc de ne rien gérer ; il est question de pouvoir faire intervenir différents services ayant des missions spécifiques telles que décrites dans les cinq fonctions au gré d'une évaluation continue de la dynamique évolutive du patient.

- Dès le dépôt du projet, le relais sera confié au coordinateur de réseau. Le coordinateur, avec les garants de services (qui reçoivent mandat) de leur institution, construit et affine les procédures et les méthodologies de travail en réseau, tout au long de la phase exploratoire. En fonction de l'expérience, et via le comité de pilotage, il relayera vers les institutions partenaires les meilleures procédures à suivre pour articuler les différentes fonctions et les services qui les constituent autour de chaque singularité.

### 5.2.2. Au niveau du patient

Comme mentionné auparavant, chaque patient introduit dans le projet de réseau se verra doté d'un plan de service intégré qui lui précisera avec son accord quels services interviennent pour quelle mission et dans quel objectif. Ce plan de service précisera également qui sera le case manager du patient. Ce plan de service concerté sera détenu par le patient (et éventuellement son entourage) mais aussi par tous les services susceptibles d'intervenir sur la situation.

Ce plan de service sera initié par le service par qui le patient est introduit dans le réseau. L'intervenant en charge du patient à ce moment sera le garant de cette élaboration dans le respect des dispositions prises par le comité de pilotage. Il passera la main à une fonction plus adéquate si nécessaire.

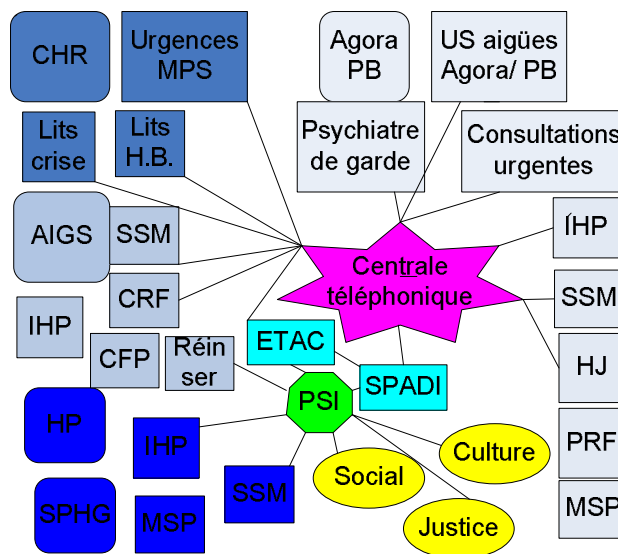
### 5.2.3. Au niveau logistique

ISoSL, en sa qualité de promoteur, développera un dispositif de transmissions quotidiennes téléphoniques de type téléconférence du matin et du soir entre les urgences, les lits de crise et d'hospitalisation brève, les équipes de traitement à domicile, les garants utiles et le psychiatre de garde de l'hôpital psychiatrique d'ISoSL.

Cet échange permettra d'évaluer entre intervenants confrontés aux situations urgentes l'évolution quotidienne de ces situations urgentes, de façon à préciser les rôles attendus de chacun et de faciliter le passage de relais entre intervenants positionnés dans le réseau. Il s'agit là d'un rôle clé dans la gestion des situations de crise.

Le modèle préconisé reste bien un modèle médical qui confère au médecin la responsabilité de la politique d'admission et de sortie, qu'il s'agisse d'hospitalisation ou de traitement ambulatoire de crise ou chronique. La responsabilité médicale incombe au médecin de l'institution qui gère le service (urgences, HP, ETAC, SPADI,...).

Le schéma ci-dessous est évidemment réducteur de la globalité des ressources existantes et mobilisables.



### 5.3 Nouveaux rôles

Bien que des expériences de pratiques de réseau ont déjà été élaborées entre les partenaires principaux du projet, il nous semble nécessaire de nous imprégner du cadre global proposé dans le guide de la réforme des soins en santé mentale. Ceci aura pour effet de formaliser certaines pratiques, de les inscrire dans le concept global tout en garantissant les bonnes pratiques et le caractère créatif de notre expérience locale. Ainsi, nous voyons apparaître :

### *5.3.1. Le Comité de pilotage.*

Il réunit les directions administratives et médicales d' ISoSL Secteur Santé Mentale et de ses partenaires privilégiés, le CHR Citadelle et l'AIGS.

Le rôle du comité de pilotage est d'élaborer le projet « 107 », de le soumettre à la concertation des partenaires en santé mentale et des partenaires généralistes dans un premier temps, des partenaires socio-professionnels et culturels ainsi qu'aux représentants des usagers et des familles dans un second temps et de veiller à intégrer les remarques et critiques dans la construction du réseau et de son mode organisationnel.

### *5.3.2. Le Coordinateur de réseau :*

Le coordinateur de réseau est choisi par l'ensemble des partenaires, sur base d'un profil spécifique.

Actuellement, Nicole DEMETER, directrice du secteur Santé Mentale d'ISoSL , assure la coordination du projet.

Le coordinateur de réseau connaît la finalité de la réforme des soins en santé mentale, il s'inspire du guide et a une vision globale des soins en santé mentale, de l'action sociale et de l'insertion.

Il assure la gestion du projet élaboré, se forme à la culture et aux méthodes de gestion du projet, il prend connaissance des ressources spécifiques du territoire du projet, il facilite la création du réseau. Il rencontre le comité de pilotage régulièrement, il rencontre aussi les responsables des structures et poursuit une connaissance affinée des ressources disponibles, il contribue à l'actualisation d'une cartographie (outil SPILLER en cours d'élaboration à la PFPL). Il organise et anime le comité de travail stratégique. Le coordinateur participe aux divers groupes de travail de la PFPL auxquels participent les délégués de services rassemblés par groupes-cibles d'âge ou de pathologies psychiatriques.

### *5.3.3. Garants de services (responsables):*

La plupart des structures fonctionnent dans un organigramme hiérarchique. Il est dès lors important d'articuler ces garants avec l'organigramme hiérarchique de chaque institution. Le but est que le garant soit le représentant légitimé dans son rôle par la direction de sa structure, de façon à consolider l'élaboration des procédures et protocoles utiles. Il a pour mission d'apporter le point de vue de sa structure dans l'élaboration en cours, il rapporte auprès de son équipe et de son responsable hiérarchique le résultat du travail élaboré, il ramène les critiques constructives au sein du comité de travail stratégique.

### *5.3.3. Le Comité de travail stratégique:*

Le coordinateur de réseau et l'ensemble des garants de services constituent le comité de travail stratégique. Dans un souci d'efficacité, chaque partenaire décide de limiter le nombre de garants de services dans chacune des fonctions. Cette pratique permettra de mieux structurer le comité de travail stratégique et d'arriver au consensus de travail en réseau. C'est dans ce comité de travail stratégique que sont élaborées les procédures et les outils méthodologiques. Les procédures sont évolutives, elles seront affinées tout au long de la phase exploratoire sur base de l'expérimentation. Les procédures sont validées par les directions administratives et médicales qui constituent le comité de pilotage permettant ainsi aux intervenants de terrain de réaliser leurs missions en cohérence. Le comité de travail stratégique aura aussi comme mission de définir des outils méthodologiques permettant de mettre en pratique la concertation autour du patient. C'est l'aboutissement opérationnel du travail en réseau, centré sur les besoins du patient et utilisant les ressources disponibles dans le réseau

#### 5.3.4. Les Référents de soins:

La notion du référent de soins pourra s'inspirer de plusieurs expériences et notamment le référent en milieu hospitalier, l'agent de liaison en service de santé mentale, le référent du plan de services individualisés en réhabilitation psychosociale... Le référent de soins a pour mission de connaître le projet global du patient, d'éclairer l'équipe pluridisciplinaire sur les particularités du patient et d'aider le patient à se positionner en qualité d'acteur de son projet et de partenaire dans le processus de soins et aides qui le concerne. L'un de ces référents peut être désigné comme **case manager**, jouant la (ré)activation du réseau s'il est sollicité par le patient ou un de ses proches, ou encore par un intervenant.

#### 5.3.5. Plate-forme psychiatrique de Liège:

Le mode organisationnel de la PFPL favorise la participation de représentants des structures affiliées dans des groupes thématiques de public cible (âge, type de problématiques) ou de mission (interface justice/santé). Le coordinateur de réseau peut s'appuyer sur ces groupes pour jouer l'interface entre le comité de pilotage, le comité de travail et l'ensemble des partenaires en santé mentale susceptibles d'apporter des ressources contributives au réseau, dans le respect des procédures et protocoles convenus.

#### 5.3.6. L'équipe mobile :

Il ne s'agit pas à proprement parler d'un nouveau rôle pour nous puisque l'équipe SPADI existe sur fonds propres depuis 1999

La description de leur fonctionnement est développée au point 5, fonction 2. Cette équipe est composée de paramédicaux (essentiellement des infirmiers) dont la mission se rapproche de celle des soins au domicile. Elle en diffère par certains aspects auxquels il faudra être particulièrement attentifs (notamment pour les « E.T.A.C. ») : le fait que l'intervention se fait parfois en l'absence de plans de soins prédéterminé. En effet, leur rôle consiste parfois plus à se rendre compte d'un problème plutôt que de le traiter et par ailleurs l'intervention ne se fait pas toujours au chevet de patients connus.

### **5.4 Instruments pour la communication et le suivi de la qualité**

Ce point a été abordé au travers des points précédents.

En résumé, chaque patient se voit attribué un PSI dès son entrée dans le réseau. Ce dernier est évolutif. Il est conservé par le patient et par les partenaires impliqués.

Certains partenaires travaillent depuis quelques années à un outil pratique d'échange entre le patient et les intervenants. Cet outil est une version abrégée du Plan de Soins Individualisé. Il permet au patient de l'emporter toujours avec lui et donc de le partager avec d'autres membres du réseau qui ne seraient pas directement impliqués dans le P.S.I. Cette initiative préfigure les notions de directives anticipées en psychiatrie. Pour plus de renseignement, il est possible de consulter le site [www.psyfuté.be](http://www.psyfuté.be).

### **5.5 Modèle de gestion et d'administration**

Comme nous l'avons défini, le modèle de gestion et d'administration repose sur :

- **des fonctions clés à savoir :**

- Le comité de pilotage qui détermine le projet de réseau, il valide les procédures utiles au fonctionnement du réseau et est garant du bon déroulement de la construction du réseau puis de son bon fonctionnement. Il se réunit mensuellement.

- Le coordinateur du réseau qui veille à la mise en œuvre du réseau et à son bon déroulement:

- Pour ce faire, il anime le comité de travail constitué des représentants par fonction des partenaires, les "garants".
- Il assure la liaison entre le comité de pilotage du projet, le comité de travail et les partenaires intéressés à être ressources dans le cadre du projet.

- Le comité de travail stratégique veille à construire et ajuster de façon constante les procédures et protocoles utiles au bon fonctionnement du réseau. Les garants désignés veillent à assurer la continuité de leur participation, gage d'un travail cohérent. Il se réunit tous les 15 jours les 3 premiers mois, mensuellement la première année, puis trimestriellement sauf nécessités. Les salles de réunion des partenaires lui sont accessibles.

- Les référents de soins développent une vision holistique de la personne malade mentale dont ils sont référents ; ils participent aux rencontres de coordination autour du patient. Ils permettent à leur équipe d'intégrer cette vision holistique et l'apport de partenaires dans les choix stratégiques de plans de soins.

- L'infirmier en chef, responsable des équipes mobiles, veille à la bonne gestion et au respect du mandat de chacune des équipes. Il inscrit ces nouvelles ressources dans l'organisation globale du réseau.

➤ **des lieux d'activités :**

Un espace de travail équipé est mis à la disposition du coordinateur dans les locaux d'ISoSL Secteur Santé Mentale, dont les salles de réunion lui sont accessibles pour mener à bien sa mission. Les salles de réunion des partenaires privilégiés lui sont également accessibles.

- **des procédures** (processus) qui déterminent les modes d'intervention, ainsi que le développement d'outils spécifiques dans le travail en réseau autour du patient.

Toutes les procédures qui sont ainsi développées seront validées par l'ensemble des partenaires.

Il sera nécessaire de mettre en place des outils pertinents pour réaliser en continu une évaluation du modèle mis en place et des résultats obtenus. Nous confierons au comité de travail stratégique la mission d'élaborer des indicateurs de résultats de l'efficacité du travail en réseau et parmi ceux-ci on peut déjà mettre en avant :

- Nombre de situations suivies dans leur milieu de vie
- Types de pathologie prise en charge
- Nombre de PSI utilisés dans le réseau des partenaires
- Nombre de lits « transformés »
- Nombre de journées sans hospitalisation
- Nombre d'insertions
- Qualité de vie des usagers
- Satisfaction des proches
- Nombre d'hospitalisations sous contrainte
- Satisfaction des usagers et des professionnels

- Évaluation de la santé physique des patients

D'autre part, nous aurons à comparer les résultats obtenus dans les autres projets et favoriser les échanges de bonnes pratiques entre projets.

## 6. Stratégie de développement du réseau

### 6.1 Echelonnement, de la stratégie globale de développement du réseau

#### 6.1.1. Phasage

**1<sup>er</sup> PHASE** : information, communication en processus continu.

- Chez les partenaires :
  - Au niveau d'ISoSL, pendant cette phase, des séances d'information sont mises en place à destination de tous les travailleurs du secteur A d'ISoSL, la publication maintenue à jour sur l'intranet des infos « 107 », la concertation avec les représentants des travailleurs entamées, les médecins psychiatres et les responsables hiérarchiques de chaque unité/ service informés de façon privilégiée pour qu'ils mobilisent l'intérêt de leur équipe et la réflexion sur l'ouverture et la contribution à ce projet. Le Comité de Gestion a été informé du projet. Le directeur médical a entamé l'information des médecins généralistes et des maisons médicales
  - Au niveau de l'AIGS, des séances d'information ont été organisées au départ à la ligne hiérarchique et dans un deuxième temps aux personnels des secteurs impliqués dans la réforme des soins en santé mentale. Le Journal d'Entreprise INTERFACE a, à plusieurs reprises, abordé les axes généraux de la réforme. Le Conseil d'Administration a également été informé de l'évolution du projet.
  - Au niveau du C.H.R., diverses réunions d'équipes ont eu lieu dans le cadre de l'élaboration du projet. Ces dernières avaient deux objectifs : prendre l'avis des travailleurs quant à l'articulation et aux missions des cinq fonctions et informer ces derniers quant à leurs futures missions.
    - Concertations avec les partenaires privilégiés, accord informel
    - Déclaration d'intérêt déposée avant le 30/6/10 par le candidat promoteur ISoSL secteur Santé Mentale
    - Participation du promoteur aux séances d'information du SPF le 21/05/10, le 6/10/10,
    - Rencontre exploratoire du 2/09/10 : Présentation de l'intention générale par le promoteur lors de l'interview organisé au SPF Santé (Directeur Médical et Directrice de Secteur A ISOSL) Participation du promoteur et du partenaire AIGS à la séance de la RW à destination des SSM.
    - Visite des services de psychiatrie Générale Banlieues Est de Lille EPSM Lille Métropole le 8/10/10 (Directeur Général d'ISoSL, directrice et directeur médical du secteur santé mentale, ainsi que psychiatre et infirmière en chef pressenties pour les équipes mobiles)

Participation aux séances de formation organisées par le SPF

**1<sup>ère</sup> étape**: Mise en place d'un groupe de travail composé du promoteur ISoSL et des partenaires privilégiés, CHR Citadelle – AIGS qui a ainsi défini le COMITE DE PILOTAGE

→ Proposition d'un projet commun

→ Information continue et concertation avec les travailleurs des partenaires associés

**2<sup>ème</sup> étape:** Consultation par chaque partenaire des garants des services constituant les 5 fonctions

→ Inventaire des ressources disponibles au départ du projet.

→ Spécification des apports particuliers

→ Elaboration et écriture du projet en commun

→ Elaboration du profil et appel à candidature pour la fonction de coordinateur de réseau : Nicole DEMETER, Directrice du Secteur Santé Mentale d'ISoSL, assure actuellement le rôle de coordinateur.

→ Présentation du projet au Comité de Gestion du Secteur A ISoSL le 27/10/10 (cf. annexe 7 – Extrait du PV du Comité de Gestion du 27/10/10).

→ Présentation du projet aux partenaires de la PFPL le 28/10/10 (cf. annexe 8 – Attestation de présentation du projet).

**3<sup>o</sup> étape:** Dépôt du projet le 29/10/10

→ Accord de coopération pour le dépôt de la candidature au projet (cf. annexe 9).

→ Soirée d'information "107" aux médecins généralistes de la région liégeoise programmée le 16/11/10 avec les médecins directeurs ou responsables des 3 partenaires

### 2° PHASE: Si le projet est sélectionné

**4° étape :** Appel à coaching pour la fonction de coordinateur et la construction du modèle par un coordinateur de LILLE

Choix du coordinateur par l'ensemble des partenaires (consensus)

**5° étape :** Mise en place d'un comité de travail stratégique constitué de garants de services des partenaires privilégiés par fonctions

→ Elaboration des procédures

→ Validation des procédures par le comité de pilotage

→ Création et Inventaire des outils méthodologiques

→ Planning d'immersion

**6° étape:** Présentation du projet aux partenaires en santé mentale intéressés à contribuer aux ressources du réseau, proposer un modèle de partenariat conventionné et intégrer aux ressources les partenaires contributifs

Pendant toute la durée de cette phase, participation de l'ensemble des partenaires aux séances d'information et modules de formation organisés aux niveau fédéral, régional et communautaire

### 3° PHASE

**7° étape:** Présentation du projet de réseau auprès des acteurs autres que santé mentale et psychiatrie, transférer et adapter les procédures et outils méthodologiques



### 6.1.2. Calendrier de la création de la fonction 2

Novembre 2010:

- Préparation du cadre hospitalier (infirmier, médical, logistique) au glissement vers la gestion des équipes ambulatoires.
- Appel aux équipes hospitalières d'ISoSL Secteur Santé Mentale à se porter candidats volontaires à l'équipe de traitement ambulatoire.
- Elaboration d'un plan de formation à destination des équipes mobiles
- Poursuite de la communication à destination de l'ensemble du personnel de l'hôpital psychiatrique

Janvier 2011 (sous réserve de sélection)

- L'unité concernée par le gel des 30 lits T refusera toute admission, clôturera les séjours hospitaliers ou orientera les patients vers les autres unités au prorata des places disponibles et de l'orientation optimale des patients, de façon à rendre une équipe complète disponible à la création de la fonction 2 dès début février.
- Les 2 équipes ambulatoires seront théoriquement constituées sur base des volontaires (certains posent déjà leur candidature) et de l'équipe existante de Spadi (ISoSL et AIGS) ainsi que du recrutement compensatoire pour détacher un nombre suffisant d'intervenants expérimentés.
- L'infirmier en chef de l'équipe ambulatoire sera désigné de façon à accompagner la mise en route de la fonction 2.
- Un plan de formation sera élaboré pour permettre à des intervenants hospitaliers de se préparer au travail à domicile, notamment par l'utilisation de l'expertise acquise par l'équipe SPADI et coaching par ses membres, par un programme d'immersion chez les partenaires de façon à maîtriser leur apport spécifique, par un programme spécifique pour les sensibiliser à la philosophie et au cadre structurel d'intervention.
- Des locaux seront adaptés aux besoins de l'équipe mobile, équipement en mobilier, postes de travail informatiques et téléphones.

Mars 2011:

- Répartition de l'équipe non volontaire de l'unité fermée compensatoire aux candidats retenus pour l'équipe ambulatoire.
- Constitution des 2 équipes ambulatoires, formation selon le plan programmé, appropriation des outils existants à l'équipe SPADI, construction d'outils adaptés à ce nouveau travail.
- Management de l'équipe pour intégrer la philosophie des soins, les procédures déterminées et donner cohésion à cette nouvelle équipe.
- Poursuite de l'activité SPADI (liste active de ~ 90 personnes suivies) par l'équipe initiale et transformation progressive de son cadre organisationnel vers le nouveau cadre organisationnel.

Avril 2011:

- Répartition de l'équipe initiale dans des pools spécialisés par fonctions crise/ chronique et par zones territoriales. Intégration des nouveaux membres dans ces équipes et ces pools.
- Mise en route du nouveau cadre organisationnel des 2 équipes Crise/SPADI
- Mise en route du suivi de cadre institutionnel pour superviser les équipes.

### 6.1.3. Calendrier de la création du réseau

Novembre 2010

- Poursuite de la communication à destination du personnel des partenaires
- Elaboration d'un plan de communication par le comité de pilotage à destination des publics concernés

Janvier 2011 (sous réserve de sélection):

- Confirmation de la désignation du coordinateur par l'ensemble des partenaires
- Constitution du comité stratégique par la désignation des garants de services des 3 partenaires dans chaque fonction

Février 2011

- Mise en route du comité de travail stratégique qui s'attelle aux missions qui lui sont définies
- Mise en route du plan de communication qui sera adressé progressivement aux membres de la PFPL, aux représentants des travailleurs, aux représentants des patients et des familles, aux partenaires sociaux et aux acteurs de l'insertion professionnelle.

Avril 2011

- Ouverture du cadre organisationnel aux institutions qui souhaitent mettre leurs ressources à disposition du réseau élaboré.

Octobre 2011

- Premier bilan d'évaluation avec impact sur le fonctionnement des diverses fonctions
- Remédiation des situations insatisfaisantes ciblées par le comité stratégique

Pendant la durée de cette phase, participation de l'ensemble des partenaires aux séances d'information et modules de formation organisés aux niveaux fédéral, régional et communautaire.

## **6.2 Gestion des risques**

La gestion des risques est à envisager à divers niveaux :

### *6.2.1. Au niveau des patients*

Il est important de préserver les moyens actuels consacrés au bénéfice d'une population présentant une problématique psychiatrique lourde et complexe en évitant que la logique d'activation génère l'abandon d'une patientèle qui se marginalise alors (SDF, lieux dits d'accueil sans cadre de référence,...) ou se judiciairise (défense sociale, prison). Il n'est pas excessif d'aborder les risques de décès par suicide, incurie ou aggravation de la problématique psychiatrique chez des patients présumés capables d'autonomie mais qui à échéance

Projet 107 promoteur ISoSL

brève en paient le prix fort. La qualité de vie subjective est un critère d'évaluation de l'offre d'aide et de soins pour permettre au patient d'atteindre un palier d'autonomie adapté à ses ressources et ses capacités.

La confidentialité des données doit être garantie dans le cadre des échanges d'informations nécessaires à la concertation entre partenaires autour du patient. Les supports à ces échanges doivent s'y conformer.

Le libre choix de recourir ou non à une structure doit être garanti. Les droits fondamentaux du patient doivent être respectés :

- Problème d'hébergement des patients psychiatriques à problématique sociale complexe.
- Risque d'intrusion dans l'intimité des personnes.

#### *6.2.2. Au niveau institutionnel*

Le financement des lits gelés doit permettre la viabilité du projet sans compromettre le bon fonctionnement global de l'institution hospitalière et l'accomplissement de ses missions.

La diminution des lits augmente la pression de la demande. Il s'agira de gérer le turn over dans un rapport constant entre la nécessité d'entrer et le délai de préparation à la sortie garant d'une (ré)insertion optimale.

L'augmentation de la lourdeur des pathologies devant être accueillies en milieu hospitalier nécessitera une adaptation de l'offre thérapeutique.

Le déplacement progressif des personnes prises en charge en hôpital psychiatrique vers le milieu de vie renforce le recours aux infrastructures extrahospitalières et ambulatoires, dont les moyens restent inchangés. La reconversion des équipes hospitalières en équipes de soins psychiatriques à domicile apporte une fonction nouvelle complémentaire aux acteurs déjà en place, son rôle sera de stimuler le patient à y recourir à bon escient. Cet apport ne pallie cependant pas la problématique des listes d'attente.

#### *6.2.3. Au niveau du personnel*

Il est essentiel de garantir à chaque membre du personnel un cadre de fonctionnement qui respecte ses besoins de sécurité. L'exposition au risque d'agressivité et de violence doit être évalué avant toute intervention à domicile. Un programme de formation continue doit permettre aux intervenants de s'adapter tant au niveau du contexte de prestations d'aide et de soins dans le milieu de vie pour la fonction 2 qu'au niveau du cadre modélisé de partenariat centré sur la (ré) intégration du patient dans son milieu de vie.

#### *6.2.4. Au niveau du réseau*

Les partenaires se rejoignent avec chacun leur histoire, leur culture, leurs statuts, leurs règlements de travail, leur organisation. L'exploration d'un champ nouveau nécessite l'ajustement des horaires de travail, des règles de fonctionnement, des assurances qui couvrent les champs d'activité, dont celui nouveau du domicile et des responsabilités croisées. Des groupes de travail, médicaux et autres, en collaboration avec le SIPPT et les assureurs, seront nécessaires pour évaluer les engagements des uns et des autres, et clarifier un cadre de travail sécurisé pour les travailleurs. Il conviendra de créer des espaces d'échange autour des cultures, de reconnaissance des particularités, de rapprochement et de construction de culture commune avec tous les personnels par des processus de rencontres, de formations et de méthodologies.

## **7. Financement et allocation des moyens**

### **7.1. Remarque BMF**

Le gel de 30 lits T sur 504 lits aura peu d'impact sur les dépenses de fonctionnement « B1 ». Il s'agit essentiellement de dépenses fixes (administration, sécurité, ...)

L'entretien ménager, l'électricité, le chauffage devront être assurés dans les locaux spécifiques au personnel et aux activités « projet 107 » au lieu d'une unité de soins.

Seules les matières premières des repas sont des frais variables permettant une minime "économie".

La diminution de charges « B1 » ne devrait donc pas compenser la perte des quotes-parts patients des 30 lits gelés.

Pour le présent plan financier, il ne sera donc pas tenu compte de ces éléments.

### **7.2. Médecins**

Le présent projet nécessite 1,5 ETP psychiatre minimum.

Le montant de 225.000€ prévu pour les projets sera utilisé à cette fin.

### **7.3. Fonction de coordination**

1 ETP nécessaire à la fonction et frais de fonctionnement y afférents (en ce compris personnel de secrétariat).

Le montant de 100.000€ prévu par projet sera utilisé à cette fin.

### **7.4. Personnel**

La fermeture d'une unité de 30 lits T devrait permettre la mise à disposition de minimum 12 ETP (partie B2 du BMF).

Le personnel (psychologues, infirmiers, paramédicaux, éducateurs, aides-soignants, assistants sociaux) nécessaire au fonctionnement des 2 équipes mobiles (ISoSL et partenaires CHR, AIGS) est estimé à 20 ETP soit 12 ETP pour l'équipe de traitement ambulatoire de crise "ETAC" et 8 ETP pour l'équipe de traitement à domicile des difficultés psychiatriques chroniques "SPADI".

La charge du personnel complémentaire (8 ETP) est estimée à 400.000 €.

### **7.5. Frais de fonctionnement**

Outre les frais de fonctionnement ordinaires visés au point 7.3., des frais spécifiques doivent être prévus : centrale d'échange téléphonique et informatique, leasing de véhicules permettant la mobilité et la rapidité d'intervention, essence et autres frais de déplacement, aménagement spécifique des locaux...

Les frais de fonctionnement annuels sont estimés à 100.000 €.

Le montant complémentaire prévu pour le fonctionnement des projets 107 \_soit 400.000€ \_ sera utilisé pour couvrir ces frais de fonctionnement spécifiques (point 5) et permettre l'engagement d'environ 6 ETP (sur les 8 prévus au point 4).

Des réaffectations " internes" pourraient être envisagées afin d'assurer le fonctionnement du projet tel que décrit sans mettre en péril l'équilibre financier de l'institution « promoteur ».

Projet 107 promoteur ISoSL

	<b>1</b>
<b>1. Explication sur la vision du projet</b>	<b>2</b>
<b>2. Groupe cible</b>	<b>3</b>
<b>3. Objectifs</b>	<b>4</b>
<i>1) Au niveau du patient :</i>	<i>4</i>
A) Valeur ajoutée:	4
B) Opérationnalisation :	4
C) Evaluation :	5
<i>2) Au niveau des professionnels :</i>	<i>5</i>
A) Valeur ajoutée :	5
B) Opérationnalisation	5
C) Evaluation :	5
<i>3) Au niveau du Réseau :</i>	<i>6</i>
A) Valeur ajoutée.	6
B) Opérationnalisation :	6
C) Evaluation :	6
<b>4. Délimitation du domaine d'activité géographique</b>	<b>6</b>
<b>5. Description de la nouvelle structure</b>	<b>8</b>
<i>Introduction</i>	<i>8</i>
<i>5.1 Composition du réseau</i>	<i>8</i>
5.1.1. Départ du projet	8
5.1.2. Évolution du projet	9
5.1.3. Schéma du réseau au départ du projet	10
5.1.4 Descriptif des fonctions:	10
Fonction 1: activités en matière de prévention et de promotion des soins en santé mentale, détection précoce, dépistage et pose d'un diagnostic	11
Fonction 2 : équipes ambulatoires de traitement intensif, aussi bien pour les problèmes psychiques aigus que chroniques	12
Fonction 3: équipes de réhabilitation travaillant à la réinsertion et à l'inclusion sociale	15
Fonction 4: unités intensives de traitement résidentiel, aussi bien pour les problèmes psychiques aigus que chroniques, lorsqu'une hospitalisation s'avère indispensable.	16
Fonction 5: formules résidentielles spécifiques permettant l'offre de soins lorsque l'organisation des soins nécessaires à domicile ou en milieu substitutif est impossible.	17
<b>Projet 107 promoteur ISoSL</b>	<b>29</b>

5.2 Répartition des tâches au sein du réseau	17
5.2.1. Au niveau des organisations	18
5.2.2. Au niveau du patient	18
5.2.3. Au niveau logistique	19
5.3 Nouveaux rôles	19
5.3.1. Le Comité de pilotage	20
5.3.2. Le Coordinateur de réseau	20
5.3.3. Garants de services (responsables):	20
5.3.3. Le Comité de travail stratégique:	20
5.3.4. Les Référents de soins:	21
5.3.5. Plate-forme psychiatrique de Liège:	21
5.3.6. L'équipe mobile :	21
5.4 Instruments pour la communication et le suivi de la qualité	21
5.5 Modèle de gestion et d'administration	21
<b>6. Stratégie de développement du réseau</b>	<b>23</b>
6.1 Echelonnement, de la stratégie globale de développement du réseau	23
6.1.1. Phasage	23
6.1.2. Calendrier de la création de la fonction 2	25
6.1.3. Calendrier de la création du réseau	26
6.2 Gestion des risques	26
6.2.1. Au niveau des patients	26
6.2.2. Au niveau institutionnel	27
6.2.3. Au niveau du personnel	27
6.2.4. Au niveau du réseau	27
<b>7. Financement et allocation des moyens</b>	<b>28</b>
7.1. Remarque BMF	28
7.2. Médecins	28
7.3. Fonction de coordination	28
7.4. Personnel	28
7.5. Frais de fonctionnement	28

## **ANNEXE 1 : PSI (PLAN DE SOINS INDIVIDUALISE) ET PPI (PLAN DE PROGRAMME INDIVIDUALISE)**

### **1. PPI –PSI : EMERGENCE DU CONCEPT**

#### **1.1. Définitions**

Les notions de Plan de Programme et de Plan de service, nécessairement individualisés puisqu'ils ne s'adressent qu'à une seule personne à la fois, sont apparues dans le champ psychosocial dans le contexte global des changements culturels qui ont présidé au mouvement de la désinstitutionalisation.

Il s'agit de méthodologies de formalisation, de planification et de coordination d'interventions requises par la réponse aux besoins de personnes requérant de multiples services qu'ils soient de nature sanitaire, éducative, psychosociale, psychologique ou professionnelle.

Ces services peuvent être fournis à l'intérieur d'une même structure institutionnelle comme un centre de réadaptation fonctionnelle par exemple, qui organise des ateliers divers : entraînement aux habiletés sociales, gestion du stress, remise à niveau de connaissance, recherche d'emploi, ...

**On parlera alors de Plan de Programme Individualisé (PPI) :** un membre de l'équipe institutionnelle coordonne un programme articulant différents services ou ressources offerts par l'établissement.

Un inconvénient de cette pratique est que le praticien court toujours le risque d'occulter, de négliger ou de minimiser les besoins de l'utilisateur pour lesquels l'établissement ne fournirait pas de ressources. L'intervenant enfermé dans une logique institutionnelle risque d'évaluer les besoins de l'utilisateur en terme de ressources disponibles et d'amener ainsi cet usager à se couler dans le moule institutionnel au prix de son exclusion éventuelle.

Par ailleurs, les services requis par les besoins de l'utilisateur peuvent être fournis non seulement à l'intérieur de différentes structures institutionnelles, mais aussi par le biais des multiples possibilités qu'offre le tissu social et associatif sur un territoire déterminé.

**On parlera alors de Plan de Service Individualisé (PSI) :** un coordinateur appelé tantôt case manager, agent de suivi ou courtier de service, veille à l'utilisation, intégrée dans une même démarche, des différentes ressources disponibles dans le réseau afin d'optimiser les services rendus aux bénéficiaires.

La difficulté de cette pratique réside dans la question même de la coordination entre différentes structures et services qui s'inscrivent dans leur logique institutionnelle propre et qui peuvent avoir une vision très différenciée des besoins de l'utilisateur.

Trois biais essentiels peuvent en fait affecter l'évaluation des besoins de l'utilisateur :

- les valeurs culturelles qui sous-tendent la vie quotidienne des professionnels et qui colorent la représentation qu'ils se font de l'utilisateur. A cet univers de référence du professionnel, correspond l'univers de référence de l'utilisateur. Il s'agit de reconnaître la légitimité de chacun de ces univers symboliques et d'établir entre eux des ponts qui ouvrent au dialogue et à une compréhension réciproque.

- la formation des professionnels qui les amène à identifier les besoins de la personne de façon sectorisée ou fragmentaire en fonction de leur spécialisation. A ce danger d'instrumentalisation de l'utilisateur, répond la

diversification des approches dans un travail d'équipe dont l'utilisateur fait partie en tant que client en demande de service.

- la structure où se rencontrent professionnels et usagers. Cette structure tend à induire une définition des besoins des personnes à partir de la disponibilité des services offerts par les établissements, reléguant au second plan, voire oubliant les besoins pour lesquels ils ne disposent pas de ressources. A cet enfermement institutionnel répond l'institutionnalisation de comités d'utilisateurs dans lesquels se joue le lien d'association.

A côté des Plans de Programme et des Plans de Services, on retiendra aussi le concept de Plan d'Intervention Individualisé (PII). Il s'agit en fait de la formalisation des objectifs, des moyens mis en œuvre et de l'échéancier de chacun des intervenants du PPI ou du PSI.



## ANNEXE 2 : CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION

	Population totale 2008	Hommes 2008	Femmes 2008	Droit Intégration Sociale 2007	Bénéficiaires AWIPH	Taux emploi	Indice GINI (1)	Indice de richesse 2007 (2)
<b>Basse-Meuse</b>								
Bassenge	8.483	4.175	4.308	62	89	58,3%	0,214	96,1
Dalhem	6.647	3.284	3.363	11	28	63,2%	0,231	109,3
Herstal	37.685	18.035	19.650	523	329	51,8%	0,182	83,1
Juprelle	8.619	4.267	4.352	31	53	62,5%	0,222	107,9
Oupeye	23.669	11.327	12.342	132	173	57,2%	0,206	95,6
Visé	16.903	8.051	8.852	226	118	54,3%	0,197	90,9
<b>Total Basse-Meuse</b>	<b>102.006</b>	<b>49.139</b>	<b>52.867</b>	<b>985</b>	<b>790</b>	<b>57,9%</b>	<b>0,209</b>	<b>97,2</b>
<b>Condroz - Ourthe</b>								
Anthisnes	4.003	1.985	2.018	7	12	64,5%	0,236	105,3
Aywaille	11.227	5.516	5.711	71	68	59,3%	0,213	95,3
Comblain-au-Pont	5.401	2.574	2.827	22	41	57,8%	0,198	89,9
Esneux	13.065	6.318	6.747	81	65	59,0%	0,239	112,6
Hamoir	3.620	1.774	1.846	32	17	55,5%	0,210	94,0
Nandrin	5.688	2.803	2.885	15	48	62,7%	0,245	121,2
Neupré	9.685	4.717	4.968	52	41	61,4%	0,262	126,2
Ouffet	2.613	1.311	1.302	13	13	60,1%	0,209	99,3
Sprimont	13.211	6.423	6.788	58	64	62,3%	0,243	107,7
Tinlot	2.436	1.200	1.236	4	16	63,7%	0,216	102,7
<b>Total Condroz - Ourthe</b>	<b>70.949</b>	<b>34.621</b>	<b>36.328</b>	<b>355</b>	<b>385</b>	<b>60,6%</b>	<b>0,227</b>	<b>105,4</b>
<b>Haute-Meuse</b>								
Ans	27.550	13.056	14.494	289	186	55,3%	0,208	94,7
Awans	8.758	4.204	4.554	37	62	60,5%	0,220	104,4
Flémalle	24.963	11.815	13.148	278	181	52,7%	0,193	88,9
Grâce-Hollogne	21.813	10.497	11.316	155	191	52,6%	0,190	86,5
Saint-Nicolas	22.600	10.760	11.840	276	191	48,0%	0,172	78,9
Seraing	61.657	29.242	32.415	1.129	558	47,5%	0,186	82,7
<b>Total Haute-Meuse</b>	<b>167.341</b>	<b>79.574</b>	<b>87.767</b>	<b>2.164</b>	<b>1.369</b>	<b>52,8%</b>	<b>0,195</b>	<b>89,4</b>
<b>Hesbaye</b>								
Berloz	2.854	1.403	1.451	11	18	64,6%	0,220	102,9
Braives	5.660	2.780	2.880	43	41	63,9%	0,226	102,1
Crisnée			1.497			64,5%	0,253	112,3

	2.906	1.409		11	16			
Donceel	2.883	1.457	1.426	4	16	65,4%	0,222	110,5
Faimés	3.614	1.817	1.797	8	12	67,8%	0,228	110,4
Fexhe-le-Haut-Clocher	3.046	1.524	1.522	15	17	60,8%	0,217	104,2
Geer	2.979	1.487	1.492	5	27	65,8%	0,215	105,7
Hannut	14.724	7.118	7.606	93	122	63,0%	0,222	104,7
Lincet	3.040	1.462	1.578	9	16	65,2%	0,234	102,9
Oreye	3.549	1.744	1.805	11	16	65,5%	0,238	106,1
Remicourt	5.191	2.504	2.687	16	27	64,8%	0,227	108,0
Saint-Georges-sur-Meuse	6.571	3.182	3.389	68	37	54,7%	0,200	91,2
Waremmé	14.306	6.846	7.460	66	164	60,8%	0,217	103,1
Wasseiges	2.582	1.254	1.328	18	24	63,4%	0,236	98,6
<b>Total Hesbaye</b>	<b>73.905</b>	<b>35.987</b>	<b>37.918</b>	<b>378</b>	<b>553</b>	<b>63,6%</b>	<b>0,225</b>	<b>104,5</b>
<b>Liège</b>								
Liège	190.102	93.082	97.020	7.071	1.593	47,3%	0,212	85,5
<b>Total Liège</b>	<b>190.102</b>	<b>93.082</b>	<b>97.020</b>	<b>7.071</b>	<b>1.593</b>	<b>47,3%</b>	<b>0,212</b>	<b>85,5</b>
<b>Plateau - Vesdre</b>								
Beyne-Heusay	11.857	5.715	6.142	101	93	55,7%	0,199	90,4
Blégny	13.004	6.381	6.623	43	77	64,3%	0,234	107,1
Fléron	16.161	7.587	8.574	156	135	54,5%	0,207	93,5
Herve	16.755	8.161	8.594	86	136	63,2%	0,215	99,7
Olné	3.782	1.880	1.902	16	14	63,2%	0,258	118,6
Soumagne	15.747	7.746	8.001	106	119	60,3%	0,206	95,7
Trooz	7.731	3.808	3.923	69	44		0,218	96,1
<b>Total Plateau - Vesdre</b>	<b>85.037</b>	<b>41.278</b>	<b>43.759</b>	<b>577</b>	<b>618</b>	<b>60,2%</b>	<b>0,220</b>	<b>100,2</b>
<b>Total général</b>	<b>689.340</b>	<b>333.681</b>	<b>355.659</b>	<b>11.530</b>	<b>5.308</b>	<b>57,1%</b>	<b>0,215</b>	<b>97,0</b>

(1) Indice d'inégalité entre les salaires et le niveau de vie, les revenus, etc. (0=égalité parfaite - 1=inégalité la plus haute)

(2) Indice de richesse = Total net imposable / Nombre d'habitants (Belgique : 100)

	Etat de santé générale-ai ressentit Bon 2001	Consultations omnipraticien 2008	Consultations (neuro)psychiatre 2008	Hospitalisations classiques 2007 (3)					Hospitalisations de jour 2007 (3)			
				Troubles men-taux (médical)	Troubles men-taux (chirurg.)	Alcoolisme / usage drogue	Système ner-veux (médical)	Système ner-veux (chirurg.)	Troubles men-taux (médical)	Alcoolisme / usage drogue	Système ner-veux (médical)	Système ner-veux (chirurg.)
<b>Basse-Meuse</b>												
Bassenge	71,0%	44.461		46			71	7	4		4	27
Dalhem	77,0%	46.376		12		6	56	8			10	14
Herstal	67,6%	158.587	7.884	241	4	95	538	64	4		57	139
Juprelle	74,9%	46.255	2.916	30		11	98	23	4		11	32
Oupeye	71,0%	126.328	1.527	115	4	36	263	43	4		18	83
Visé	72,4%	83.475	1.182	71		34	20	36	4		11	58
<b>Total Basse-Meuse</b>	<b>72,3%</b>	<b>505.482</b>	<b>13.509</b>	<b>515</b>	<b>8</b>	<b>182</b>	<b>1.046</b>	<b>181</b>	<b>20</b>		<b>111</b>	<b>353</b>
<b>Condroz - Ourthe</b>												
Anthisnes	75,6%	9.095	2.383	5		4	45	10			4	12
Aywaille	72,4%	49.136	1.069	51		21	123	19			11	36
Comblain-au-Pont	70,1%	18.066	671	18		7	71	13			4	16
Esneux	75,5%	50.821	8.696	38		28	141	36	4		4	34
Hamoir	71,7%	19.318	1.187	7		9	31	10			6	10
Nandrin	78,2%	16.005	3.156	11		7	52	11			4	16
Neupré	77,6%	62.647	9.548	31		10	93	15			4	26
Ouffet	74,3%	7.415		9		4	25	4			6	9
Sprimont	77,7%	50.537	1.319	43	4	13	142	17	4		14	31
Tinlot	78,5%	2.498	781	7		4	20	5				8
<b>Total Condroz - Ourthe</b>	<b>75,2%</b>	<b>285.538</b>	<b>28.810</b>	<b>220</b>	<b>4</b>	<b>107</b>	<b>743</b>	<b>140</b>	<b>8</b>		<b>57</b>	<b>198</b>
<b>Haute-Meuse</b>												
Ans	70,0%	133.438	4.907	121	4	44	352	57	4		48	90
Awans	73,0%	48.894	1.941	33		9	106	20	4		15	26
Flémalle	66,7%	97.601		103	4	21	300	44	4		36	107
Grâce-Hollogne	69,4%	99.985	2.723	107		45	236	41	4	4	29	76
Saint-Nicolas	67,3%	87.181	245	90	4	31	331	39	4		25	79
Seraing	65,7%	246.988	1.761	330	4	133	903	120	9		34	184
<b>Total Haute-Meuse</b>	<b>68,7%</b>	<b>714.087</b>	<b>11.577</b>	<b>784</b>	<b>16</b>	<b>283</b>	<b>2.228</b>	<b>321</b>	<b>29</b>	<b>4</b>	<b>187</b>	<b>562</b>
<b>Hesbaye</b>												
Berloz	73,1%	7.631		7		8	22	4				14
Braives	72,8%	24.723		16		8	61	11	4	4	4	10
Crisnée	72,6%	17.929	1.043	6		4	27	6			5	9
Donceel	77,7%	11.623	2.685	6		5	39	6			4	8
Faimes	73,7%	12.061		9		8	44	6	4		4	11
Fexhe-le-Haut-Clocher	74,1%	12.319	752	9		4	28	4	4		4	13
Geer	74,4%	18.007	2.561	8		4	31	5			4	8

Hannut	73,0%	65.629	973	44		19	156	15			5	54
Lincent	72,0%	23.158		11		5	35	4				6
Oreye	72,3%	22.100		11		7	38	7			4	8
Remicourt	72,3%	34.170	1.458	24		4	91	8			4	11
Saint-Georges-sur-Meuse	69,4%	26.800		25		13	80	10				23
Waremme	70,0%	68.454	1.138	65		40	153	27	4		16	44
Wasseiges	70,4%	10.755	42	7			24	4			4	5
<b>Total Hesbaye</b>	<b>72,7%</b>	<b>355.359</b>	<b>10.652</b>	<b>248</b>		<b>129</b>	<b>829</b>	<b>117</b>	<b>16</b>	<b>4</b>	<b>58</b>	<b>224</b>
<b>Liège</b>												
Liège	66,9%	777.782	94.545	1.089	8	533	2.510	341	21		277	488
<b>Total Liège</b>	<b>66,9%</b>	<b>777.782</b>	<b>94.545</b>	<b>1.089</b>	<b>8</b>	<b>533</b>	<b>2.510</b>	<b>341</b>	<b>21</b>		<b>277</b>	<b>488</b>
<b>Plateau - Vesdre</b>												
Beyne-Heusay	70,0%	72.622		43		19	175	28	4		16	40
Blégny	76,0%	76.580	3.134	56	4	25	146	21	4		15	53
Fléron	69,9%	74.059	7.922	69	4	35	203	28			13	52
Herve	78,2%	73.354	3.835	57		27	172	36	4		33	36
Olné	80,2%	5.169	1.821	14		8	42	8			4	14
Soumagne	74,9%	74.989	786	50		15	166	24			11	51
Trooz	74,3%	26.820	716	26	4	7	83	14			4	31
<b>Total Plateau - Vesdre</b>	<b>74,8%</b>	<b>403.593</b>	<b>18.214</b>	<b>315</b>	<b>12</b>	<b>136</b>	<b>987</b>	<b>159</b>	<b>12</b>		<b>96</b>	<b>277</b>
<b>Total général</b>	<b>71,8%</b>	<b>3.041.841</b>	<b>177.307</b>	<b>3.171</b>	<b>48</b>	<b>1.370</b>	<b>8.343</b>	<b>1.259</b>	<b>106</b>	<b>8</b>	<b>786</b>	<b>2.102</b>

(3) L'indication "4" signifie en réalité que 1, 2, 3 ou 4 hospitalisations ont été comptabilisées.

## ANNEXE 3 : LISTING OFFRE DE SOINS

1. Offre de soins	
1.1 Offre de soins de première ligne	
1.1.1 Services de prévention	
JAP Jeunesse - Aide - Prévention	Rue Louis Germeau, 10 à 4340 Hognoul
Point Cannabis	Rue du Collège, 31 à 4600 Visé
CIAJ	place Communale, 1 4100 Seraing
CLPS	boulevard de la Constitution, 19 4020 Liège
Commission provinciale de prévention des assuétudes	Rue Beeckman 26, 4000 Liège
Province de Liège-Maison du Social	boulevard d'Avroy, 28-30 4000 Liège
Ecoutons les jeunes A.S.B.L.	rue de Flémalle Grande, 22, 4400 Flémalle
Espace Jeunesse	rue de l'Hôtel communal, 57 4420 Saint-Nicolas
Espace quartier (Cellule communale de prévention)	rue Paquay, 25 4100 Seraing
Espace santé - Solidaris/FPS	rue Douffet, 36 4020 Liège
La Débrouille	rue du Haut Pré, 4100 Seraing
Serv. de prévention (Contrat de sécurité et de prévention)	rue François Lapierre, 17-19 4620 Fléron
1.1.2. Associations de médecins généralistes	
AMTEE	Avenue Laboule 124 4130 Esneux
Asbl des médecins de Grâce-Hollogne	Rue Méan 269 4460 Grâce-Hollogne
Asbl société de médecine de Fléron et Beyne-Heusay	Drève du Château 5 4620 Fléron
Association de médecine Ans-Alleur-Loncin	Rue de l'Yser 328 4430 Ans
Ass. de médecins de Beaufays -Embourg-Mehagne	Voie de l'Air Pur 249 4052 Beaufays
Ass. de médecins généralistes de la Basse Meuse	Rue Joseph Wauters 74 4683 Vivegnis
Association de médecins généralistes de Hannut	Rue de la Crosse 1 4280 Villers-Le-Peuplier
Ass. de médecins Jupille-Bellaire-Saive-Queue du Bois	Rue du Bois de Breux 116 4020 Jupille
FLAGM	Rue de Huy 44 4300 Waremme
Herstal Santé	Large Voie 88 4040 Herstal
Médecins généralistes Sprimontois (MGS)	Rue du Centre 19 4140 Sprimont
Médicase	Rue Wafusée 76 4470 Saint-Georges

Médimagne	Rue Campange 149 4630 Soumagne
Société de médecine de Grivegnée	Rue de Herve 203 4030 Grivegnée
Société de médecine de Seraing et environs	Rue de Plainevaux 249 4100 Seraing
1.1.3. Maisons médicales et de santé intégrée	
Intergroupe liégeois des maisons médicales A.S.B.L.	rue du Laveu, 76 4000 Liège
Maison médicale Herma	rue Natalis, 73 4020 Liège
Maison médicale-Centre de Santé de Tilleur	rue Malgarny, 2 4420 Tilleur-Saint-Nicolas
Maison médicale "La Passerelle"	rue Gaston Grégoire, 16 4020 Liège
Maison médicale Agora	rue de Rotheux, 164 4100 Seraing
Maison médicale Atoll	rue Large Voie, 5 4040 Herstal
Maison médicale Bautista Van Schowen- Centre de Santé Intégré	rue de la Baume, 215 4100 Seraing
Maison médicale d'Ougrée	rue de la Rose, 163 4102 Ougrée
Maison médicale Aquarelle	rue Mathieu de Lexhy, 170 4460 Grâce-Hollogne
Maison médicale du Cadran	rue Sainte-Marguerite, 124 4000 Liège
Maison médicale Houlpays	Thier de la Chatreuse, 7 4020 Liège
Maison médicale Le Laveu	rue du Laveu, 74 4000 Liège
Maison médicale Légia	rue Gilles Magnée, 145 4430 Ans
Maison médicale MPLP HERSTAL	avenue Francisco Ferrer, 26 4040 Herstal
Maison médicale Oxygène	place des Verriers, 14 4100 Seraing
Maison médicale pour le peuple	rue de Plainevaux, 5 4100 Seraing
Maison médicale Solidarités	rue du Cristal 14A 4100 Seraing
Maison médicale Tournesol	Grand Route 240 4400 Flémalle
Médecins généralistes associés	rue Henri Orban, 5 4920 Aywaille
1.1.4. Structures d'urences	
<u>Structures de soins</u>	
CHR Citadelle Urgences psychiatriques	Bd du 12 <sup>ème</sup> de ligne, 1 à 4000 Liège
START - MASS	Montagne Ste Walburge, 4 A à 4000 Liège
<u>Services d'accueil d'urgence</u>	
Urgences Sociales CPAS de Liège	rue du Vertbois, 86 à 4000 Liège
Sans Logis Hommes (40 lits)	rue Saint-Laurent, 172 à 4000 Liège

Sans Logis Femmes (44 lits)	rue de Bassenge, 46 à 4000 Liège
Foyer d'Accueil pour Jeunes Travailleurs Hommes (44 lits)	rue de l'Hôtel Communal, 97 à 4460 Grâce-Hollogne
Abri de nuit Mixte (25 lits)	rue sur la Fontaine, 106 à 4000 Liège
Abri de Jour	Rue Lambert Le Bègue, 36-38 à 4000 Liège
La Fontaine	rue Pouplin, 3 (Jonfosse) à 4000 Liège
Oxygène asbl Hommes (35 lits)	rue Jean d'Outremeuse, 69 à 4020 Liège
La Traille Femmes (9 lits)	rue Joseph Wauters, 19 à 4480 Engis
L'Abri de nuit Opération Thermos (22 lits)	rue Chevaufosse, 80, à 4000 Liège
Un toit pour la Nuit (14 lits)	rue du Molinay, 28 à 4100 Seraing
Thermos	Rue Chevaufosse, 80 à 4000 Liège
<b>1.2 Offre de soins ambulatoires</b>	
<b>1.2.1 Services de Santé Mentale et centres de guidance</b>	
Service de santé mentale psycho-J	Rue Hors Château, 59/1 à 4000 Liège
Service de santé mentale de Herstal AIGS Lieux-Dits	Rue Saint Lambert, 84 à 4040 Herstal
Service de santé mentale de Beyne-Heusayl IGS Lieux-Dit	Rue Cardinal Mercier, 32 à 4610 Beyne-Heusay
Service de santé mentale de Visé AIGS Lieux-Dits	Rue de la Fontaine, 53 à 4600 Visé
Service de santé mentale de Herstal AIGS Epsilon AICS	Rue Saint Lambert, 84 à 4040 Herstal
Service de santé mentale de Ougrée	Rue Bertholet, 29 à 4102 Ougrée
Service de santé mentale de Seraing - Ougrée	Rue Hya, 71 à 4100 Seraing
Service de santé mentale de Jemeppe	Rue Voie du Promeneur, 13 à 4101 Jemeppe
Service de santé mentale de Comblain-au-Pont AIGS	Route d'Aywaille, 22 à 4170 Comblain-au-Pont
Centre de Guidance de Hannut	Rue J. Mottin, 6 à 4280 Hannut
Service de santé mentale de Jupille AIGS	Cité André Renard, 15 à 4020 Jupille
Service de santé mentale de Nandrin	Rue Albert Botty, 1 à 4550 Nandrin
Service de santé mentale	Rue de Dinant, 22 à 4800 Verviers
Service de santé mentale	Rue de la Maison Communale, 4 à 4802 Verviers
Service de santé mentale de Verviers	Rue de Dinant, 18-20 à 4800 Verviers
Centre de Guidance de Waremme	Rue G. Joachim, 49 à 4300 Waremme
Service de santé mentale - C.L.I.P.S.	Rue Alex Bouvy, 18 à 4020 Liège
Service de santé mentale - ALFA	Rue de la Madeleine, 17 à 4000 Liège
Service de santé mentale - Club André Baillon	Rue des Fontaines Roland, 7-9 à 4000 Liège
Service de santé mentale - Club André Baillon II	Rue Louis Jamme, 29 à 4000 Liège
Service de santé mentale Aire Libre	Rue des Augustins, 34 à 4000 Liège

Service de santé mentale - LE TAQUET	Chaussée Churchill, 28 à 4420 Saint-Nicolas
Service de santé mentale (A.I.G.S.)	Cité André Renard, 15 à 4020 Liège-Jupille
Service de santé mentale (A.I.G.S.)	Rue du Ponçay, 1 à 4680 Hermée
Service de santé mentale (A.I.G.S.)	Chaussée Churchill, 28 à 4420 Saint-Nicolas
Service de santé mentale (A.I.G.S.)	Rue de l'Egalité, 250 à 4630 Soumagne
Service de santé mentale d'Oupeye AIGS	Rue du Roi Albert, 12 à 4680 Oupeye
Service de santé mentale de Beyne Heusay AIGS	Grande Route, 306 à 4610 Beyne Heusay
Service de santé mentale de Blegny AIGS	Place Sainte-Gertrude, 1a à 4670 Blégny
Service de santé mentale Angleur (ISoSL)	Rue Vaudrée, 40 à 4031 Angleur
Service de santé mentale (ISoSL)	Rue des Franchimontois, 4B à 4000 Liège
Service de santé mentale (ISoSL)	Place Saint-Christophe, 2 à 4000 Liège
Service de santé mentale adultes (A.I.G.S.)	Rue Saint-Lambert, 84 à 4040 Herstal
Service de santé mentale enfants (A.I.G.S.)	Rue Saint-Lambert, 84 à 4040 Herstal
Service de santé mentale de Flémalle	Rue Spinette, 2 à 4400 Flémalle
Service de santé mentale Léon Halkein	Rue de Sluse, 17 à 4600 Visé
Service de santé mentale Le Méridien (A.I.G.S.)	Rue de la Fontaine, 53 à 4600 Visé
Service de santé mentale SIAJEF - Revers	Rue Maghin, 18-19 à 4000 Liège
Service de santé mentale Universitaire Enfants - Parents	Rue Lambert Le Bègue, 16 à 4000 Liège
Service de santé mentale C.L.I.P.S.	Rue Alex Bouvy, 18 à 4020 Liège
SYGMA Service pour Auteurs d'Infractions à caractère sexuel	Rue Jacob Makoy, 57 à 4000 Liège
1.2.2 Centre de Réadaptation Fonctionnelle et centres de jour	
Centre Liégeois d'Evolution vers une Autonomie Nouvelle - CLEAN	Rue N. Kinet, 7 à 4020 Liège
CRF Club André Baillon (adultes)	Avenue de l'Observatoire, 20 à 4000 Liège
CRF St Nicolas	Chaussée Churchill, 28 à 4420 Saint-Nicolas
Centre de réhabilitation psychiatrique L'Ancre (adultes)	Rue du Roi Albert, 235 à 4680 Oupeye
CRF AIGS Le Sablier (adultes)	Rue du Village, 38 à 4690 Eben-Emael
CRF AIGS	Rue Thies Zabay 1A à 4690 Eben-Emael
CRF AIGS L'intervalle (adultes)	Chaussée Brunehault, 268 à 4041 Vottem
CRF AIGS Le Maillet (enfants- adultes)	Rue Cardinal Mercier, 32 à 4610 Beyne-Heusay
CRF Le Trait d'Union	Grand Route, 306 à 4610 Beyne-Heusay
Centre Henry Wallon Psy V1	Rue Clos Hennekinne, 128 à 4051 Chaudfontaine
Centre Henry Wallon Psy V2	Rue Vallée, 65 à 4051 Chaudfontaine
Centre de Rééducation de l'enfance - CRE	Rue Hors Château, 59 à 4000 Liège
Centre de Rééducation de l'enfance - CRE	Rue de l'Etang, 94 à 4102 Seraing Ougrée
CRF AIGS (enfants)	Rue Tirogne, 28 à 4460 Grâce-Hollogne
CRF AIGS (enfants)	Rue de la Croix Rouge, 15 à 4600 Visé



CRF AIGS La Courte Echelle (enfants)	Rue Large-Voie, 180 à 4040 Herstal
CRF (enfants)	Rue Tinlot, 42-44 à 4040 Herstal
CRF (enfants)	Rue Spinette, 2 à 4400 Flémalle
CRF (enfants)	Rue Hors-Château, à 4000 Liège
CRF Ans	Rue Kerstenne, 41 à 4430 Ans
CRF Centre Bernadette (enfants)	Rue du Centre Bernadette, 2 à 4250 Geer
CRF Le Colibri (enfants)	Chaussée Churchill, 26 à 4420 Montegnée
Centre Thérapeutique et Aide Educative – CTAE (enfants et ado)	Rue Vielle Montagne, 22 à 4000 Liège
La Ferme du Soleil (enfants)	Chaussée Colonel Joset, 51 à 4630 Soumagne
Centre psychothérapeutique de Jour pour Enfants La Manivelle (enfants et ado)	Bd de la Constitution, 153 à 4020 Liège
Service d'accueil de jour pour jeunes non scolarisés « Les Machiroux » AIGS (AWIPH°)	Rue Kerstenne, 49 à 4430 Ans
Centre de Référence Autisme de Liège- CRAL	Quai Godefroid Kurth, 45 à 4020 Liège
1.2.3 Hôpitaux de jour	
Hôpital de jour ISoSL site Petit Bourgogne	Rue Professeur Mahaim, 84 à 4000 Liège
Hôpital de jour ISoSL site Agora	Montagne Sainte-Walburge, 4a à 4000 Liège
Hôpital de jour de la clinique Notre Dame des Anges	Rue E. Vandervelde, 67 à 4000 Liège (Galin)
Hôpital de jour universitaire La Clé (CHU)	Bd de la Constitution, 153 à 4020 Liège
1.2.4 Services d'aide et de soins à domicile	
Soins Psychiatriques à Domicile Intégrés (SPADI)	Montagne Ste Walburge, 4A à 4000 Liège
CONCERTO	Montagne Ste Walburge, 4A à 4000 Liège
La Trame ( suivi psychiatrique à domicile)	Rue de Herve, 17 à 4651 Herve - Battice
Hirondelle AIGS	
T.A.H.	
Le Pélican AIGS	
CSD	Rue de la boverie, 379 à 4100 Seraing
ASD Liège	Rue d'Amercoeur, 55 à 4020 Liège
ASD Ourthe-Amblève	Place Marcellis, 10 à 4920 Aywaille
ACDI (Association de Coordination de soins et de domicile indépendants)	Bd Frère Orban, 46 à 4000 Liège

Centre d'Information Sanitaire	Rue Georges Truffaut, 35 à 4432 Alleur
Centre familial de la Région Wallonne	Rue Louvrex, 76 à 4000 Liège
CIAS Centre indépendant d'aide sociale des mutualités libres	Bd d'Avroy, 9 à 4000 Liège
Chaufontaine – Santé	Voie de l'air pur, 102 à 4052 Chaufontaine
Equipe de soutien en soins palliatifs à domicile DELTA	Boulevard de l'Ourthe 12, 4032 Chênée
La récré du coeur	Rue d'Amercoeur, 55 à 4020 Liège
MAD Maintien à Domicile	Rue de Plainevaux, 249 à 4100 Seraing
Service d'Aide à Domicile Ougrée / Seraing / Flémalle	Esplanade de la mairie, 1 à 4102 Ougrée
SOS Basse-Meuse, Centre de Coordination de soins et de services à domicile du CPAS de Oupeye	Rue sur les Vignes, 37 à 4680 Oupeye
Vivre à Domicile	Rue Bois l'Evêque, 2A/11 à 4000 Liège
Croix jaune et blanche	Rue d'Amercoeur 55, 4020 Liège
CPAS Aide et soins à domicile, soutien psychologique	
Centre de coordination de soins et de services à domicile	Place Saint-Jacques, 13 à 4000 Liège
CPAS Ans-Loncin (aides familiales)	Rue E. Colson, 148 à 4431 Ans
CPAS de Awans (aide à domicile)	Rue des Ecoles, 2 à 4340 Awans
CPAS de Chaufontaine (service d'aide à domicile)	Rue des Combattants, 28 à 4051 Chaufontaine
CPAS de Flémalle	Rue de l'Ermitage, 16 à 4400 Flémalle
CPAS de Herstal	Rue JP Antoine, 79B à 4040 Herstal
CPAS de Juprelle	Rue Cordémont, 17 à 4450 Juprelle-Slins
CPAS de Neupré	Rue Duchêne 13, 4120 Neupré
1.2.5 Centres de planning familial	
Centre d'accompagnement et de planning familial "le 37"	Rue Saint-Gilles, 29 à 4000 Liège
Centre de planning et de consultations conjugales et familiales "E.Mazy" ASBL	Rue Cathédrale, 97 à 4000 Liège
Planning Familial « R et M » décentralisation de Liège E Mazy	Rue des Récollets, 26 à 4600 vlsé
Centre de planning familial des FPS ASBL	Rue des Carmes, 17 à 4000 Liège
Centre Louise Michel ASBL	Rue des Bayards, 45 à 4000 Liège
La Famille Heureuse ASBL	Rue Hemricourt, 3 à 4000 Liège
Infor-Famille ASBL	En Feronstrée, 129 à 4000 Liège

Infor-Femmes ASBL	Rue Trappé, 10 à 4000 Liège
Service d'information Psycho-Sexuelle SIPS ASBL	Rue Sœurs de Hasque, 9 à 4000 Liège
Collectif Contraception Planning Familial ASBL	Rue Lairesse, 91 à 4020 Liège
Collectif Contraception ASBL Planning Familial de Seraing	Rue de Ferrer, 176 à 4100 Seraing
Planning Ourthe-Amblève ASBL	Place Marcellis, 12 à 4920 Aywaille
Centre de planning familial de Fléron	Rue de Magnée, 55 à 4620 Fléron
1.2.6 Services spécialisée en assuétudes	
Accueil Drogues	Rue Saint Jean-en-Isle 15 4000 Liège
Alfa SSM	Rue de la Madeleine 17 4000 Liège
Cap Fly asbl	Rue du Ruisseau 17 4000 Liège
La Teignouse	Sart 2 4171 Poulseur
Nadja asbl	Rue Souverain Pont 56 4000 Liège
Seraing5	Rue de la Province 104 4100 Seraing
START – MASS	Montagne Sainte Walburge, 4a à 4000 Liège
GAPP de Flémalle	Rue du Herdier 6, 4400 Flémalle
Thâis Asbl	Place Xavier Neujean 40, 4000 Liège
1.2.7 Services spécialisés en prostitution	
ICAR	Place Xhavier Neujean, 36 à 4000 Liège
SURYA	Rue Rouveroy, 2 à 4000 Liège
Le Nid	Rue du Marnix 83, 4100 Seraing
THAÏS	Place Xavier Neujean 40, 4000 Liège
1.2.8 Centres thérapeutiques et autres	
Centre de thérapie Charles Emile d'Oultremont	Rue Hors Château, 59/2 à 4000 Liège
Service de psychologie clinique - ULG	Bd du Rectorat (B.33) Sart-Tilman à 4000 Liège
Praxis	Rue Puits en Sock, à 4020 Liège
Tabane asbl (Ethno-psychiatrie)	Rue des Steppes, 28 à 4000 Liège
1.2.9 Centres PMS	
Centre P.M.S. libre I, V, IX	Boulevard Emile de Laveleye, 78 à 4020 Liège
Centre P.M.S. libre II	Rue de Sclessin, 47 à 4000 Liège
Centre P.M.S. libre III, VI, VII	Rue Louvrex, 70 à 4000 Liège

Centre P.M.S. libre IV	Boulevard d'Avroy, 60 à 4000 Liège
Centre P.M.S. libre VIII	Avenue Albert 1er, 18 à 4600 Visé
Centres P.M.S. Communal de Liège IV Echevinat de l'Instruction publique	Rue Beeckman, 27 à 4000 Liège
Centres P.M.S. de la Communauté française (21) Ministère de l'Enseignement obligatoire	Place Surllet de Chokier, 15-17 à 1000 Bruxelles
Centres P.M.S. provincial (11)	Rue du Commerce, 14 à 4100 Seraing
1.2.10 Associations de bénéficiaires et de proches / self help	
SUN (Club André Baillon)	Avenue de l'Observatoire 20, 4000 Liège
Together (AIGS)	Chaussée Brunehault 228 B, 4041 Herstal
Asbl Réflexions	Rue Pont St-Nicolas, 2 à 4020 Liège
Psytoyens	Boulevard Beaufraipont 19/2, 4032 Chênée
Similes	Bd Beaufraipont, 19/2 à 4032 Chênée
Alcooliques anonymes	B.P.266 4020 Liège
Emotifs anonymes	Rue de la Madeleine 17 4000 Liège
D.R.A.P.S.	rue Felix Vandersnoeck, 39 4000 Liège
Joueurs anonymes	Rue de l'Eglise, 3 4032 Chênée
Vie Libre	rue des Mineurs, 18A 4000 Liège
Le Balancier	Rue Professeur Mahaim, 84 à 4000 Liège
1.2.11 Services du secteur enfance et parentalité	
SOS – Enfants – Aide et Prévention - SAP	Rue de la liberté, 56 à 4020 Liège
<b>1.3 Offre de soins résidentielle</b>	
1.3.1 Hôpitaux psychiatriques, psycho-gériatriques et généraux	
<u>Hôpitaux psychiatriques et psycho-gériatriques</u>	
Clinique Notre Dame des Anges (223 lits)	Rue E Vandeveld, 67 à 4000 Liège
ISoSL Petit Bourgogne (303 lits)	Rue Professeur Mahaim, 84 à 4000 Liège
ISoSL Agora (191 lits)	Montagne Sainte-Walburge, 4A à 4000 Liège
ISoSL site Pèri	Montagne Ste Walburge 4B, à 4000 Liège
Hôpitaux généraux avec service de psychiatrie A ou K	
CHR Citadelle	Bd du 12 <sup>ème</sup> de ligne, 1 à 4000 Liège

CHR Site Ste Rosalie	Rue des Wallons, 72 à 4000 Liège
CHR site Château Rouge	Rue du Grand Puits, 47 à 4000 Liège
CHC Rocourt	
CHU de Liège	Domaine Universitaire Sart Tilman, B35 à 4000 Liège
CHU Ourthe-Ambève	Rue Grandfosse à 4130 Esneux
CHU Notre Dame des Bruyères	Rue de Gaillarmont, 600 à 4030 Grivegnée
1.2.10 hôpitaux avec policlinique psychiatrique ou service de psychiatrie de liaison	
Clinique André Renard	Rue André Renard 1, 4040 Herstal
Policlinique du Vertbois	Avenue maurice Destenay 3, 4000 Liège
Policlinique Isi Delvigne	Rue neuve 26, 4032 Chênée
CHC Clinique Saint Joseph	Rue de Hesbaye 75, 4000 Liège
CHC Clinique Notre Dame - Oupeye	Rue Basse Hermalle 4, 4681 Oupeye
CHC Clinique Notre Dame Waremme	Rue de Sélys Longchamps 47, 4300 Waremme
CHBAH seraing	Rue Laplace, 40 à 4100 Seraing
CHBAH Waremme	Avenue de la Résistance, 1 à 4300 Waremme
1.3.2 Maisons de Soins Psychiatriques	
MSP Les Charmilles (48 places)	Rue Professeur Mahaim, 86 à 4000 Liège
MSP Les Cèdres (41 places)	Rue Professeur Mahaim 2 à 4000 Liège
MSP La Parenthèse (25 places)	Rue Thier des Raves à 4550 Nandrin
MSP Notre Dame Waremme (30 places)	Rue de Selys, 47 à 4300 Waremme
1.3.3 Initiatives d'Habitations Portégées	
IHP ISoSL – Petit Bourgogne (46 places)	Rue Professeur Mahaim 84, 4000 Liège
IHP ISoSL – Agora (24 places)	Montagne Sainte-Walburge 4A , 4000 Liège
IHP individuelle ISoSL – Agora (7 places)	Montagne Sainte-Walburge 4A , 4000 Liège
IHP Ourthe-Ambève AIGS (2places)	Rue aux Petites Croix, 6 à 4920 Aywaille
IHP Trixhe Maille AIGS (8 places au total)	Rue Trixhe Maille, 192 à 4040 Herstal
IHP Ourthe-Ambève AIGS	Rue de Aywaille, 22 à 4170 Comblain-au-Pont
IHP L'essor Asbl	Rue E. Vandervelde, 67 à 4000 Liège (Glain)
IHP Club André Baillon Asbl	Rue des Fontaines Roland, 7-9 à 4000 Liège
IHP de Waremme	Avenue Guillaume Joachim, 49 à 4300 Waremme

IHP Le Hall (24 places)	Rue de Herve, 17 à 4651 Herve - Battice
Liprolo	Rue Maghin, 19 à 4000 Liège
SIAJEF	Rue Maghin, 18 à 4000 Liège
1.3.4 Services AWIPH pour jeunes avec des troubles caractériels présentant un état névrotique ou prépsychotique	
Service Résidentiel pour Jeunes « Le Relais »	Place du Marché, 17 à 4651 Herve – Battice
La Verdissée	Rue Schoonbroodt, 3-5 à 4650 Herve
Les Galapiats	Route d'Henri-Chapelle, 15 à 4651 Herve - Battice

**ANNEXE 4 : FORMULAIRE DE CANDIDATURE SPADI**

***SPADI : FORMULAIRE D'ANALYSE DE CANDIDATURE***

(sous réserve d'acceptation)

**I. Fiche d'identification**

Nom : ..... Prénom : .....

Masculin  Féminin

Date de naissance : ..... Lieu : .....

Date et origine de la demande : .....

Référent du patient : .....

Psychiatre traitant : .....

Médecin généraliste : .....

**Situation administrative**

Domicile (CI) : .....

Résidence : .....

Tél : .....

Mutuelle : ..... En ordre : oui  non

PPMM : oui  non  Depuis le : Jour :

AP Biens : .....

Etat civil : Célibataire  Marié  Divorcé  Séparé  Cohabitant

**Situation familiale et sociale**

Père : .....

Mère : .....

Fratie : .....

.....  
.....

Conjoint/partenaire : .....

Milieu de vie : .....

Personne ressource : .....

Enfants : .....

.....

.....

### **Parcours scolaire et formations professionnelles**

.....

.....

.....

.....

.....

### **Antécédents professionnels**

Fonction : .....

Lieu de travail : .....

Durée : .....

### **Situation matérielle et financière**

Logement : Propriétaire       Locataire

Chambre garnie       Studio       Appartement       Maison       Autre :

.....

Revenus : .....      Origine : .....

Charges (loyer, pension alimentaire, dettes, ...) : .....

.....

.....

### **Situation judiciaire**

Com. déf. Sociale

Article 14

SAJ

SPJ



## II. Projet et bilan d'autonomie

	Autonome	Avec stimulation	Aide indispensable	Remarques et observations
<p><b>1. <u>Autonomie de base</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hygiène corporelle</li> <li>- Hygiène vestimentaire</li> <li>- Capacité de se lever</li> </ul> <p><b>2. <u>Autonomie résident</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Entretien logement</li> <li>- Entretien linge</li> <li>- Capacité à faire liste des courses</li> <li>- Capacité à faire des courses</li> <li>- Préparation des repas</li> </ul> <p><b>3. <u>Autonomie com.</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilisation des TEC</li> <li>- Démarches administratives</li> <li>- Suivi courrier</li> <li>- Contacts judiciaires (SAJ, SPJ, CDS, ...)</li> </ul> <p><b>4. <u>Autonomie financière</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gestion de son budget</li> <li>- Contacts GB</li> </ul> <p><b>5. <u>Autonomie sanitaire</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Préparation de son traitement</li> <li>- Régularité injection</li> <li>- Suivi médical (rdv)</li> <li>- Suivi psychiatrique (rdv)</li> <li>- Maîtrise des assuétudes</li> <li>- Gestion des symptômes</li> <li>- Participat. aux activités au sein du service</li> </ul> <p><b>6. <u>Intégration dans le réseau</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- SSM</li> <li>- CRF</li> <li>- HJ</li> <li>- ....</li> </ul>				

Projet d'activités, de formation, loisirs, ... :

**7. Quelles sont vos attentes concernant les services rendus par les SPADI? ( Comment imaginez-vous le suivi SPADI)**

(à compléter par le patient et le service)

## **DONNÉES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES**

Entourer

Niveau intellectuel :	Normal	Limite	Retard
-----------------------	--------	--------	--------

Conscience	Bonne	Plutôt bonne	Plutôt mauvaise	Mauvaise
Introspection	Bonne	Plutôt bonne	Plutôt mauvaise	Mauvaise
Mentalisation	Bonne	Plutôt bonne	Plutôt mauvaise	Mauvaise
Verbalisation	Bonne	Plutôt bonne	Plutôt mauvaise	Mauvaise
Compréhension	Bonne	Plutôt bonne	Plutôt mauvaise	Mauvaise
Motivation	Bonne	Plutôt bonne	Plutôt mauvaise	Mauvaise
Energie	Bonne	Plutôt bonne	Plutôt mauvaise	Mauvaise
Persévérance	Bonne	Plutôt bonne	Plutôt mauvaise	Mauvaise
Tolérance	Bonne	Plutôt bonne	Plutôt mauvaise	Mauvaise
Assertivité	Bonne	Plutôt bonne	Plutôt mauvaise	Mauvaise
Sociabilité	Bonne	Plutôt bonne	Plutôt mauvaise	Mauvaise

« C'est-à-dire »

### Pensée

**Niveau intellectuel** : N > 85 ; L 85-70 ; R < 70

**Conscience** : je perçois et je connais

**Introspection** : je vois en moi-même

**Mentalisation** : je conçois les problèmes

**Verbalisation** : je dis les problèmes

**Compréhension** : je saisis le sens

### Action

**Motivation** : j'ai envie de participer

**Energie** : je suis dynamique et vigoureux

**Persévérance** : je suis constant et endurant

### **Relation**

**Tolérance** : je respecte les différences

**Assertivité** : je m'affirme sans agressivité

**Sociabilité** : j'aime la compagnie

### III. Demande à remplir par le médecin

#### Diagnostic selon DSM IV

Axe 1 :


Axe 2 :


Affections somatiques

.....  
.....  
.....

Comportement par rapport aux assuétudes

.....  
.....  
.....

Traitement actuel

(joindre fiche svp)

Demande ou avis ou attentes médicale

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Remarques

Echelle des symptômes **Entourer la période :**

**Antécédents / état actuel / période à préciser:.....**

	<b>Jamais</b>	<b>Rarement</b>	<b>Parfois</b>	<b>Souvent</b>
Irritabilité				
Impulsivité				
Agressivité				
Vandalisme				
Violence				
Inquiétude				
Anxiété				
Angoisses				
Paniques				
Phobies				
Anhédonie				
Asthénie / Adynamie				
Comportements d'échec				
Auto-agressivité				
Comportements suicidaires				
Excitation				
Agitation				
Opposition				
Délire				
Hallucinations				
Méfiance / Suspicion				
Psychorigidité / Autoritarisme				
Orgueil / Mégalomanie				
Fausseté du jugement / Interprétation				
Dénégation / Projection				

## **ANNEXE 5 : CONTRAT THERAPEUTIQUE – SPADI (cf.fichier excel)**

## **ANNEXE 6 : EXPÉRIENCES ANTÉRIEURES DE TRAVAIL EN RÉSEAUX DANS LA RÉGION LIÉGEOISE**

- "Le Réseau", association précurseur des plates-formes psychiatriques des années 80 jusqu'à la pleine reprise de ses missions par la PFPL,
- le Comité Local d'Accompagnement Pluridisciplinaire dit CLAP du "Référént Hospitalier" qui rassemble tant les représentants de patients, de familles que les partenaires en santé mentale locaux,
- l'asbl " Les Habitations Protégées Liégeoises" (HPL) qui réunissent AIGS, Similes Liège et ISoSL secteur santé mentale
- le comité d'accompagnement du projet pilote porté par les HPL "Soins psychiatriques pour patients séjournant à domicile" Concerto, qui rassemble des représentants de plusieurs coordinations de soins à domicile
- le comité d'accompagnement du projet pilote "double diagnostic psychose/assuétude" qui rassemble des représentants du relais social, éducateurs de rue, urgences du CPAS, du CHR Citadelle, de l'AIGS et autres partenaires spécialisé
- le partenariat conventionné entre les urgences psycho-médico-sociales du CHR Citadelle avec l'AIGS et ISoSL secteur santé mentale pour améliorer la réponse apportée aux personnes arrivées, mais aussi avec le Siajef, le Club André Baillon,...
- Relia qui rassemble les partenaires concernés par les assuétudes
- Les groupes de travail de la PFPL qui rassemblent des délégués des partenaires mobilisés par thèmes ou groupes cibles (adultes, jeunes, personnes âgées, alcool, toxicomanie, jeunes et consommation, interface justice/santé...)

## **ANNEXE 7 : EXTRAIT DU PV DU COMITE DE GESTION DU 27/10/10 (cf .fichier pdf)**

## **ANNEXE 8 : ATTESTATION DE PRESENTATION DU PROJET 107 AUX PARTENAIRES DE LA PFPL (cf.fichier pdf)**

## **ANNEXE 9 : ACCORD DE COOPERATION POUR LE DEPOT D'UNE CANDIDATURE AU "PROJET DANS LE CADRE DE L'ARTICLE 107 DE LA LOI SUR LES HÔPITAUX" (cf.fichier pdf);**