



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



Liège, le 26 octobre 2010

Projet de constitution d'un réseau de soins

Grand Liège et

triangle Huy Waremme Visé

Ce projet est élaboré dans le cadre des souhaits de collaboration des partenaires cosignataires, en réponse à un appel à projets « Vers de meilleurs soins en santé mentale par la réalisation de réseaux et circuits de soins* ».

*Arrêté royal du 10 juillet 2008 portant coordination de la loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements, art.11 et art. 107

*Article 63§2 de l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux

TABLE DES MATIERES

Introduction :	3
Partenaires signataires :	4
Promoteur :	5
Acteurs cosignataires :	6
Partenaires hors structures psychiatriques :	7
Domaine d'activité :	7
Périmètre territorial :	8
Arrondissement de Huy :	10
Arrondissement de Liège :	10
Arrondissement de Waremme :	10
Projet fondateur :	11
Schéma d'un circuit de soins intégré de santé mentale :	12
Naissance d'un réseau :	13
Proposition de redistribution des lits ou de leur fonction – Moyens matériels :	16
Résumé du calcul :	18
Un réseau = cinq fonctions - schéma :	20
1ère fonction : activités en matière de prévention, de promotion des soins en Santé Mentale, détection précoce, dépistage et pose d'un diagnostic :	21
2ème fonction : équipe mobile de crise :	25
équipe mobile pour patients chroniques :	27
calculs basés sur les normes :	30
3ème fonction : réhabilitation travaillant à la réinsertion :	32
4ème fonction : traitement hospitalier intensif :	34
Résumé des outils de la 4ème Fonction :	37
5ème fonction : formules résidentielles spécifiques :	38
Organes d'implémentation du projet et de coordination des actions :	40
Accompagnement du projet :	41
Fiche signalétique du coordinateur :	45
Phasage du projet :	49
Gestion des risques :	50
Discussion sur l'offre de soins du réseau, en qualité et en quantité :	51

INTRODUCTION

Le présent projet répond à l'invitation des gouvernements fédéral, régionaux et communautaires qui sollicitent le secteur de santé mentale pour initier une réforme en profondeur de la structuration de l'offre, au bénéfice du patient et de son maintien dans toute la mesure du possible au sein de son milieu de vie.

Nous avons perçu ce projet comme une petite révolution copernicienne, puisque sa vision se détourne d'une politique centrée sur l'offre de soins au bénéfice d'une structuration en réseau des acteurs, outils et fonctions de la santé mentale autour de la demande de soin (le patient est au centre du processus). Ainsi, le trajet du patient pourra se structurer, non en fonction des instruments qui peuvent l'accueillir, mais en adéquation avec les nécessités de prise en charge de sa pathologie aux différents stades de celle-ci.

Les acteurs cosignataires sont conscients qu'à travers le projet auquel ils adhèrent, non seulement leur pratique journalière en sera bouleversée, mais aussi leurs structures en seront changées, et que la relative imperméabilité actuelle de l'interface entre outils sera transformée en un réseau de communication à voies rapides où circuleront non seulement les patients, leurs dossiers, et les informations qui les concernent, mais aussi les travailleurs des différentes structures.

Ce présent travail n'est donc que la trame et l'ébauche d'un nouveau mode de fonctionnement que les partenaires réinventeront au fur et à mesure de son implémentation. Il faut cependant remercier ces partenaires pour leur volonté de collaboration et le saut dans l'inconnu qu'ils s'apprêtent à faire.

Ce réseau n'aurait pu se construire sans l'opportunité d'un rapprochement, autant physique que politique, entre les deux entités **Centre hospitalier chrétien (CHC) et Centre hospitalier spécialisé Notre-Dame des Anges (CNDA)** qui, par la réorganisation de leurs outils, permettent de libérer les moyens financiers nécessaires à la construction du réseau.

N'oublions pas aussi que la longue collaboration de l'**Université de Liège**, du **Centre hospitalier universitaire Liégeois** et de l'**Hôpital de jour La Clé** avec, d'une part, C.N.D.A. et, d'autre part, le CHC, a construit le nucleus sur lequel a pu se greffer l'offre de concertation et de collaboration large que nous proposons aujourd'hui.

Enfin remercions ceux qui ont cru au dialogue, difficile mais stimulant, entre structures hospitalières et ambulatoires, hier si étrangères l'une à l'autre, aujourd'hui prêtes à la collaboration, et qui se sont attelées depuis longtemps (entre autres à la Plateforme Psychiatrique Liégeoise) à faire prendre la sauce de notre nouvelle cuisine.

Il fut souvent dit que les acteurs de terrain, loin des grandes théories, ont inventé le Réseau par leur pratique quotidienne, comme M. Jourdain faisait de la prose avant que « ceux qui savent » ne la codifient. C'est leur travail journalier, stimulé ensuite par les pratiques mises en place à travers les projets thérapeutiques expérimentés par nos membres, qui permet ce rapprochement formel entre les structures où ils travaillent.

Les éléments de ce projet ont donc été largement discutés tant entre partenaires qu'au sein de chaque structure, tant au niveau des directions (Conseil d'Administration, Gestion journalière ...) qu'au sein des travailleurs (Conseil d'entreprise, rencontres avec les syndicats) et auprès des médecins concernés (réunions communes C.A./médecins, Conseils médicaux, Comités de concertation). Il sera essentiel, pour que le projet se poursuive, que cette large concertation s'instaure en continu de telle sorte que des bouleversements organisationnels et de pratique soient gérés et acceptés par toute la communauté thérapeutique.

Nous remercions tous ces acteurs, tous ces facteurs de sens, d'actions et d'opportunités, d'avoir rendu ce projet possible, et de le vouloir pour les années qui viennent.

Partenaires signataires

- Centre Hospitalier Spécialisé Notre-Dame des Anges Liège
- Centre Hospitalier Universitaire de Liège sites Sart Tilman et Bruyères, en particulier le service psychiatrique universitaire dirigé par le Professeur Anseau M.
- Centre Hospitalier Chrétien sites St Joseph Liège, Espérance Montegnée, Notre Dame Hermalle, Notre Dame Waremmes, St Vincent Rocourt et St Elisabeth Heusy
- Centre Hospitalier Régional Hutois
- Hôpital de jour La Clé Liège
- Centre A. Baillon SSM, IHP et CRF
- SSM Universitaire Liège
- SSM Léon Halkein Visé
- SSM Seraing
- MSP Waremmes
- IHP L'Essor
- IHP Rocourt
- IHP A. Baillon
- IHP Hutois
- ASBL Revers
- Aide et Soins à Domicile Liège Huy Waremmes
- Psytoyens
- Similes

Promoteur

Le promoteur du projet est le **Centre Hospitalier Spécialisé Notre-Dame des Anges à Liège, Numéro d'agrément 925**, hôpital Psychiatrique de 223 lits. Les lits gelés se feront sous son numéro d'agrément, et le coordinateur de projet sera issu de ses rangs.

Hôpital depuis toujours tourné vers l'extérieur (ce fut le premier hôpital psychiatrique ouvert en Belgique francophone), CNDA s'est largement adapté à un fonctionnement spécifiquement hospitalier centré sur le soin aigu, avec une durée d'hospitalisation moyenne de 53 jours, malgré un nombre de lits T important (135 lits T). Son hinterland naturel est la Ville de Liège et sa grande périphérie (il existe de longue date des accords de collaboration spécifiques avec le service d'urgence du Centre Universitaire Liégeois) ainsi que le nord de la province.

Ses compétences reconnues en gestion des dépressions majeures, et les techniques spécifiques employées (électroconvulsivothérapie), lui font drainer une large population, non seulement de la province, mais couvrant toute la Wallonie ainsi que le Grand-duché du Luxembourg.

Nous devons cependant souligner qu'il existe concrètement deux promoteurs à ce projet, puisque les transferts, gels ou reconversions de lits sont distribués entre CNDA et le **Centre Hospitalier Chrétien (CHC)** sur ses différents sites, le site de Rocourt en particulier doté de 75 lits A, connu pour sa gestion des dépressions majeures, des structures limites et des assuétudes dans un contexte pluridisciplinaire. Le CHC assure par ailleurs, de nombreuses prises en charge aigues au travers des différents services d'urgence spécialisés (SUS) des cliniques du groupe. Le projet de regroupement de trois des six cliniques du CHC par la création du nouvel hôpital liégeois (NHL), a deux pas du CHS Notre Dame des Anges sur l'entité de Glain, facilite ce rapprochement fonctionnel des services psychiatriques des deux entités. Il a en effet été proposé par les deux Conseils d'Administration de regrouper et de réorganiser les lits psychiatriques sur ces deux sites.

La volonté des deux institutions précitées est de mettre en œuvre à court terme une structure organisationnelle et médicale qui concrétisera leurs synergies. Dans le cadre de notre projet, la répartition des lits à terme doit donc être entendue comme un positionnement géographique des lits d'une entité commune, positionnement soutenant le projet médical sous-jacent. Nous parlerons dans ce cadre de l' « entité CHC-CNDA ».

Acteurs cosignataires

Le service de psychiatrie et de psychologie médicale du **CHU de Liège** dirigé par le Professeur Anseau, depuis toujours partenaire privilégié de la Clinique Notre-Dame des Anges, apporte un soutien essentiel au projet de réseau même s'il ne participe pas au gel de lits hospitaliers.

En sus de ses fonctions d'Urgences Psychiatriques sur deux sites (Bruyères et Sart Tilman), de consultation spécialisée sur quatre sites et d'hospitalisation aiguë résidentielle (30 lits A CHU), sa spécificité d'hôpital universitaire permettra de développer les fonctions de formation et d'expertise au bénéfice de tous les membres du réseau et du public concerné.

L'asbl **I'Essor** qui gère 27 lits HP est aussi un partenaire actif dans la reconversion puisqu'il se voit renforcé de 4 lits antérieurement gérés par le CHC, et promoteur d'une part importante du projet dans la création par reconversion d'appartements supervisés, et la construction sur fonds propre d'une maison d'accueil capable d'accueillir les patients nécessitant un hébergement non spécialisé.

Les autres partenaires co-signataires auront aussi une part active dans l'élaboration du réseau de soins en faisant l'effort d'une redéfinition de leurs fonctions :

L'asbl « **La Clé** » sera à la pointe du pôle Hôpital de jour du nouvel ensemble, en alternative ou en aval à l'hospitalisation psychiatrique.

Le **Centre André Baillon**, pôle SSM renforcera la première fonction, et par son club thérapeutique centré sur l'accompagnement ambulatoire des pathologies lourdes renforcera les moyens de réhabilitation (3^{ème} fonction) et de soutien au maintien à domicile (interface avec la première ligne).

Le pôle Initiative Habitations Protégées renforcera la 5^{ème} fonction.

Le pôle CRF sera un pilier essentiel de la 3^{ème} fonction centrée sur la réhabilitation.

Le **Centre Hospitalier Régional Hutois** nous offre un renforcement de quatre des cinq fonctions, plus spécifiquement en Haute Meuse Liégeoise. Le CHRH en entrant dans le projet se donne la possibilité de bénéficier sur son territoire de la 2^e fonction afin de partager un réseau aux larges moyens.

Le **CSM Léon Halkein** couvrira la région visétoise, en étroite collaboration avec l'hôpital d'Hermalle qui possède une antenne psychiatrique, et la Clinique de Heusy.

Le **CSM Universitaire de Liège** et le **CSM de Seraing** complètent l'offre de la 1^{ère} fonction de consultation ambulatoire en interface entre la 1^{ère} ligne d'une part et les services hospitaliers d'autre part.

Partenaires hors structures psychiatriques

Enfin des partenaires non spécifiquement psychiatriques, comme l'**asbl Revers** et le service d'aide à domicile **ASD**, affilié au SISD Liège-Huy-Waremme, nous permettent de renforcer le soutien à domicile, le relais vers la 1^{ère} ligne, la réinsertion dans le milieu de vie, la sortie harmonieuse du réseau spécialisé psychiatrique et la réintégration des patients comme membres à part entière de la société civile.

Les représentants des malades et des familles (**Similes, Psytoyens**), qui participent déjà aux activités de réinsertion de certaines structures (projet 100 alcoolisme, groupes psycho-éducation pour schizophrènes et bipolaires à CNDA...) sont sollicités pour favoriser un dialogue permanent entre thérapeutes et patients, et trouver leur place dans l'organisation de la concertation autour du malade (voir le chapitre consacré à ce sujet). Le projet est ouvert à d'autres partenaires dans les limites de la territorialité définie. L'appel à collaboration comme structures partenaires ou membres signataires ne se clôture pas au dépôt officiel du projet.

Notre réseau s'inscrit aussi dans la concertation permanente de tous les membres du secteur de santé mentale de la province de Liège, officiellement structurée par la Plateforme Psychiatrique Liégeoise. Les membres de notre réseau, qui sont aussi membres actifs de la Plateforme, ont l'habitude de partager largement leurs projets avec les membres d'autres réseaux et d'autres régions, et particulièrement dans le cadre des projets thérapeutiques dont ils ont eu la charge (projet 73 développé par La Clé, projet 100 soutenu par CNDA). Ils ont ainsi acquis une riche expérience de la collaboration thérapeutique autour du patient, tous partenaires confondus, signataires ou non d'accords de collaboration spécifiques.

Remarque : chaque partenaire s'est présenté avec ses spécificités et a défini quelles fonctions il comptait occuper dans le réseau. Cette présentation de chacun est en annexe du dossier.

Domaine d'activité

Le projet s'adresse à une population adulte qui relève déjà de soins proposés par les partenaires du projet. Les nouveaux outils proposés offriront à cette clientèle, ou à de nouveaux besoins, une place utile dans l'offre de santé mentale du territoire concerné.

Tous ces partenaires acceptent déjà en général d'élargir le groupe Adulte vers la grande adolescence, c'est-à-dire à partir de 16 ans, comme le projet le demande. Cette extension demandée de la clientèle correspond en fait à leur pratique quotidienne.

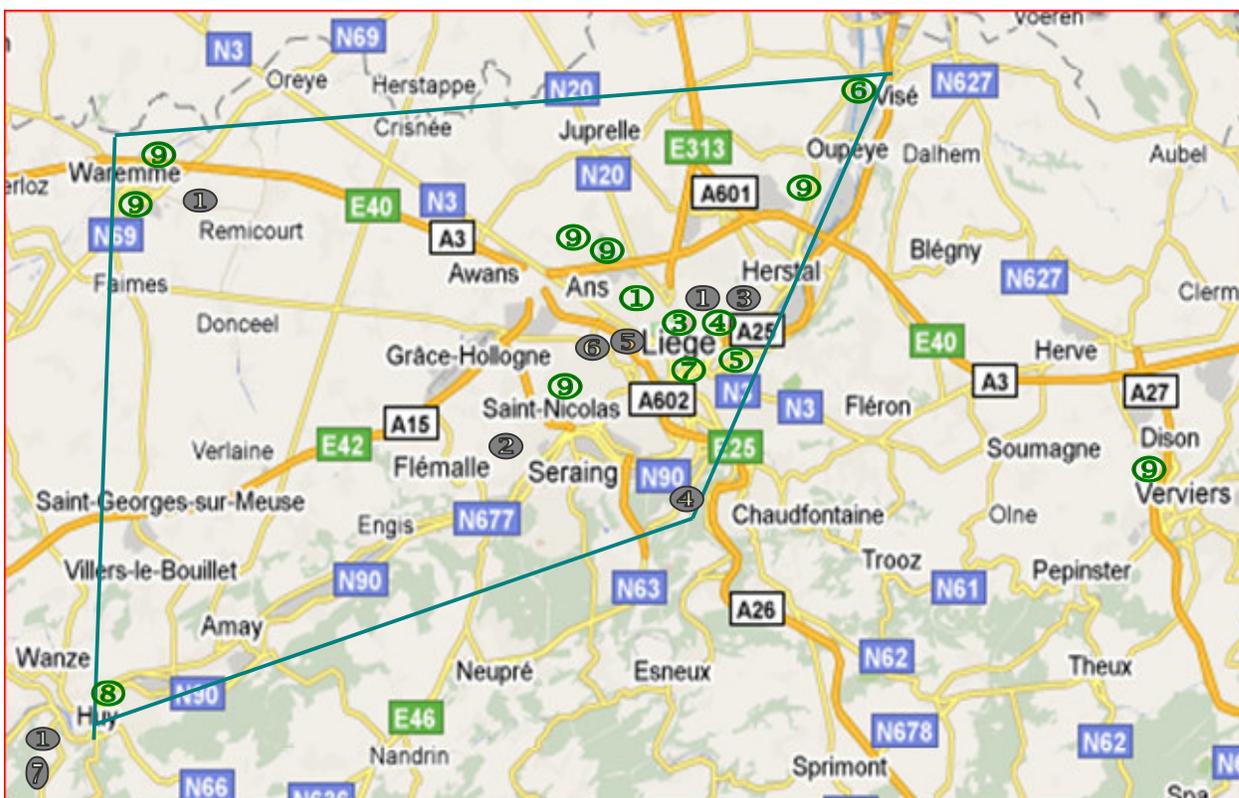
Il est entendu qu'il ne s'agit pas pour nous de concurrencer les autres acteurs oeuvrant en tout ou partie sur le même territoire, avec lesquels des collaborations de terrain seront permanentes.

D'autre part, le partenariat renforcé avec la première ligne réduira aussi, nous l'espérons, la durée de prise en charge des patients par les structures de santé mentale, même si l'offre de nouveaux services accroîtra le nombre de patients accueillis. Le rôle ainsi rendu au médecin généraliste et au milieu de vie donnera comme bilan un accroissement du nombre de personnes qui s'adresseront au réseau, mais parallèlement un raccourcissement de l'action spécifique santé mentale, au bénéfice d'une action commune plus longue (santé mentale et première ligne), ce qui doit donner un bilan total d'actes santé mental équivalents.

Périmètre territorial

- Territoire du Grand Liège, Liège centre et communes périphériques
- Triangle formé par les pôles Liège-Visé- Waremme-Huy, la Hesbaye et la vallée du Geer.
- Par extension naturelle, ouverture sur le territoire de la Basse-Meuse rive droite, jusqu'au bassin sanitaire desservi par l'hôpital de Heusy

Voici une vue géographique de notre territoire :



- ① REVERS ASBL
Rue Maghin 76 à 4000 LIEGE
- ② ASBL SIMILES WALLONIE
Bld Beaufraipont 19/24 à 4032 CHENEE
- ③ IHP DU CLUB ANDRE BAILLON
Rue Fontaine Roland à 4000 LIEGE
- ④ SSM DU CLUB ANDRE BAILLON
Rue fontaine Roland 9 à 4000 LIEGE
- ⑤ CRF DU CLUB ANDRE BAILLON
Avenue de l'observatoire 20 à 4000 LIEGE

- ⑥ CENTRE DE GUIDANCE L. HALKEIN
Rue de Sluze 17 à 4600 VISE
- ⑦ SSM UNIVERSITAIRE DE LIEGE
Rue Lambert Lebègue à 4000 LIEGE
- ⑧ CENTRE HOSPITALIER REGIONAL HUTOIS
Rue Trois Ponts, 2 à 4500 HUY
- ⑨ CENTRE HOSPITALIER CHRETIEN site de SAINT-JOSEPH
Rue de Hesbaye 75 à 4000 LIEGE
- ⑨ CENTRE HOSPITALIER CHRETIEN site de NOTRE-DAME HERMALLE
Rue Basse Hermalle 4 à 4681 HERMALLE sous ARGENTEAU
- ⑨ CENTRE HOSPITALIER CHRETIEN site de l'ESPERANCE
Rue Saint Nicolas 447 à 4420 MONTEGNEE
- ⑨ CENTRE HOSPITALIER CHRETIEN site de NOTRE-DAME WAREMME
Rue de Sélys-Longchamps 47 à 4300 WAREMME
- ⑨ CENTRE HOSPITALIER CHRETIEN site de NOTRE-DAME WAREMME - MSP
Rue de Sélys-Longchamps 47 à 4300 WAREMME
- ⑨ CENTRE HOSPITALIER CHRETIEN site de SAINT-VINCENT
Rue François Lefèbvre 207 à 4000 ROCOURT
- ⑨ CENTRE HOSPITALIER CHRETIEN site de SAINT-VINCENT - IHP
Rue François Lefèbvre 207 à 4000 ROCOURT
- ⑨ CENTRE HOSPITALIER CHRETIEN site de SAINTE-ELISABETH
Rue de Naimeux 17 à 4802 HEUSY
- ① ASD LIEGE HUY WAREMME
Rue d'Amercoeur 55 à 4000 LIEGE
- ② SSM SERAING
Voie du Promeneur 13 à 4101 JEMEPPE SUR MEUSE
- ③ HOPITAL UNIVERSITAIRE DE JOUR LA CLE
Boulevard de la Constitution 153 à 4000 LIEGE
- ④ CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE SART TILMAN & BRUYERES
Domaine du Sart Tilman bte 35 à 4000 LIEGE
- ⑤ ASBL ESSOR
Rue Emile Vandervelde 67 à 4000 LIEGE
- ⑥ CENTRE HOSPITALIER SPECIALISE NOTRE-DAME DES ANGES
Rue Emile Vandervelde 67 à 4000 LIEGE
- ⑦ PSYTOYENS.asbl
Rue Henri Lemaître 78 à 5000 NAMUR

Arrondissement de HUY	108.030 habitants
------------------------------	--------------------------

Amay
 Burdinne
 Engis
 Huy
 Marchin
 Verlaine
 Villers le Bouillet
 Wanze

Arrondissement de LIEGE	296.779 habitants
--------------------------------	--------------------------

Ans
 Awans
 Bassenge
 Beyne-Heusay
 Blegny
 Esneux
 Flémalle
 Fléron
 Grace-Hollogne
 Herstal
 Juprelle
 Liège
 Saint-Nicolas
 Seraing
 Visé

Il est entendu que cet arrondissement est couvert par deux réseaux différents ce qui garantit le libre choix du patient

Arrondissement de WAREMME	75.695 habitants
----------------------------------	-------------------------

Berloz
 Braives
 Crisnée
 Donceel
 Faimés
 Fexhe-le-Haut-Clocher
 Geer
 Hannut
 Lincet
 Oreye
 Remicourt
 Saint-Georges

Projet fondateur
Objectifs de l'offre de soins
Résultats attendus.

Résumé

- **Articulation d'un réseau de soins en santé mentale cohérent, offrant une palette de soins complète et coordonnée.**
- **Développement des 5 piliers de base, de telle sorte d'offrir des circuits et trajets de soins flexibles, structurés et efficaces à la population concernée**
- **Renforcement de pôles d'excellence spécifiques: par ex. éthylisme (projet 100), dépression résistante (projet 73), etc ...**
- **Soutien scientifique universitaire pour:**
 - **l'élaboration des procédures de soins**
 - **l'évaluation permanente des pratiques**
 - **l'expertise scientifique des résultats**
 - **la formation des acteurs de soins**

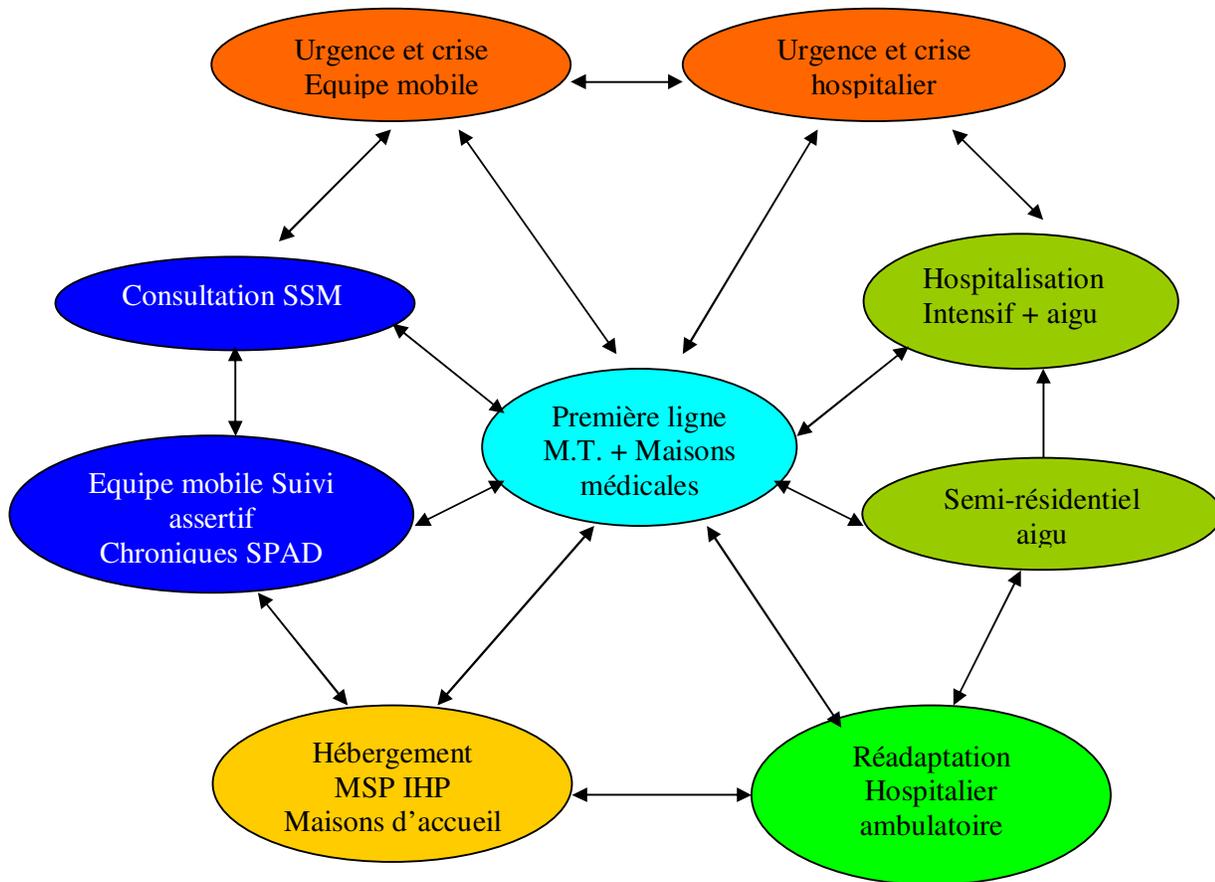
Le présent projet de réseau de soins n'a pas voulu se limiter à un effort de constitution d'équipes mobiles. Dans l'esprit de la Déclaration Conjointe du 24 juin 2002 sur la politique future en matière de soins en santé mentale de réseau et circuits de soins pour améliorer la qualité des soins psychiatriques, et du guide « Vers la mise en place de meilleurs soins en santé mentale par la réalisation de circuits et réseaux de soins » issu de la conférence interministérielle Santé Publique du 26 avril 2010, il s'est voulu un effort de réflexion et de construction d'une cohérence face à la réalité des trajets de soins souvent complexes et incohérents des pathologies psychiatriques. Ce projet, en tentant de donner une réponse thérapeutique adéquate à tous les stades et à tous les moments des diverses pathologies, se propose d'aider le patient psychiatrique et son milieu familial et social, à travers les structures mises en place, pour guérir, tant que faire se peut, amoindrir, pour la plupart des cas, soulager, si rien d'autre n'est possible, sans les enfermer, ni dans des étiquettes définitives, ni dans des solutions préfabriquées, ni dans des structures chronifiantes, hospitalières ou autres.

Chacun des partenaires apportera ainsi son expertise spécifique actuelle, mais tentera aussi de coordonner et de compléter l'offre commune, pour un balayage le plus complet possible du spectre des pathologies sur le territoire défini.

En particulier, chacun a défini son positionnement et son offre spécifique dans les 5 fonctions nécessaires pour la cohérence du projet, mais aussi aux interfaces du réseau psychiatrique spécialisé. Au fur et à mesure de l'implémentation du réseau, nous tenterons d'élargir et d'inventer les structurations de l'aide psychiatrique déficitaires ou manquantes, avec comme but essentiel de favoriser tant l'entrée que la sortie dans le circuit de soins en santé mentale, en collaboration étroite avec la 1^{ère} ligne des soins généralistes, pour répondre à leurs besoins sans empiéter sur leurs prérogatives, auprès des familles pour les aider à intégrer au mieux la personne malade, auprès de la société civile pour tenter de rendre compatibles les exigences de celle-ci et les droits et besoins des patients ainsi rendus à leur citoyenneté.

Comme nous le définirons plus loin, l'articulation harmonieuse des cinq fonctions, de leur interface avec les soins non spécialisés et les ressources du milieu naturel, et, dans le réseau, des compétences et des interventions de chacun autour du patient, ne pourra se faire qu'à partir des trois caractéristiques essentielles du réseau : cohérent, complet, coordonné.

Schéma d'un circuit de soins intégré de santé mentale



1. Principes organisationnels de collaboration dans le réseau.

Les principes organisationnels vont se fonder sur les lignes de force de la philosophie de base développées antérieurement. Si chaque partenaire doit garder son fonctionnement et ses compétences propres, la cohésion de l'ensemble nécessite des efforts d'adaptation de chacun tant au niveau de la fonction remplie que de l'articulation avec les autres fonctions dans le trajet de soins adapté à chaque patient.

A) Le réseau doit être complet :

La structuration du réseau nécessite de couvrir, sur le territoire défini, les cinq fonctions de base définies dans le projet. Il nous faut cependant être plus ambitieux et tenter d'offrir à la population concernée une palette de soins couvrant au maximum ses besoins pour toutes les pathologies, et à tous les stades de leur évolution (de l'urgence à la réhabilitation, du milieu de vie à l'hébergement non spécialisé).

Après que chaque structure aura défini son périmètre d'action thérapeutique (quelle pathologie peut être prise en charge, à quelle phase de la maladie, dans quelle option et avec quel projet d'action ?) et territorial (quel caseload, quelle population desservie, etc.), l'inventaire des ressources du réseau sera retravaillé en commun pour compléter ou replanifier l'action commune.

Ceci nécessite :

1. de simplifier nos fonctions si celles-ci s'avèrent redondantes et inutilement concurrentielles.
2. De différencier les fonctions lorsque celles-ci sont parallèles pour permettre un meilleur choix du patient entre structures équivalentes
3. D'adapter le champ d'action de chaque fonction pour que le relais d'une structure à l'autre soit adapté à l'évolution des nécessités des patients et couvre l'ensemble de leurs trajets de soins.
4. De réunir les forces et les moyens pour créer un outil dans un créneau d'action nécessaire mais manquant.

B) *Le réseau doit aussi être coordonné :*

Le but du réseau est d'offrir pour chaque patient un trajet de soins spécifique, correspondant à ses besoins, et acceptant son libre choix, en articulant les outils et les compétences de chacun pour favoriser une continuité des soins harmonieuse non seulement sur le plan thérapeutique mais aussi sur le plan humain. Le circuit ainsi construit est une trame interconnectée en tous ses points sur laquelle le trajet de chaque patient s'imprimera selon ses besoins propres.

1. Le réseau doit développer un langage commun pour éviter les incohérences dans la communication.
2. Le réseau doit développer un système informatique et des moyens de transmission de données compatibles pour simplifier les contraintes de l'intendance et favoriser le partage des informations nécessaires entre acteurs, à tout interface rencontré.
3. Le réseau doit développer des procédures de transfert des patients tant au niveau des conditions de transfert, qu'à celui du relais harmonieux du plan de soins individualisé, ou de l'accord commun (coordination autour du patient) sur le projet thérapeutique.
4. Le réseau doit structurer la réponse aux sollicitations de la première ligne, en désignant de manière rapide et efficace l'interlocuteur le plus à même d'être activé. La communication permanente entre le réseau et la première ligne sera construit de telle sorte qu'elle garde une cohérence référentielle, quel que soit l'acteur momentanément activé.
5. Le rôle et la responsabilité de chacun doivent être précisés, en particulier lors des relais d'un outil à l'autre.

C) *Le réseau doit être cohérent :*

Si chaque partenaire doit garder en propre son identité culturelle, sa structure organisationnelle et ses règles de fonctionnement interne, il est cependant nécessaire de définir en commun des règles de fonctionnement partagées par tout le réseau.

1. Règles déontologiques communes et librement acceptées : continuité des soins, secret médical, place de la famille,...
2. Règles juridiques administratives et financières sécurisantes pour le partage des responsabilités entre structures et acteurs, du coût des offres de soins communes, etc...
3. Responsabilité médicale des actes confiés et partage du secret régis par des protocoles stricts
4. Protocoles précis de conservation et de gestion du dossier commun, issus de la concertation transversale autour du patient
5. Connaissance réciproque des outils de chacun, et des personnes qui les composent (réunions en tournante dans les différentes structures comme expérimenté au projet 100)
6. Partage éventuel de personnel pour la coordination structurelle, la concertation autour du patient, et le choix du référent du patient, mais aussi pour des fonctions ou des outils à mettre en commun.

Proposition de redistribution des lits ou de leur fonction
Moyens matériels

Résumé

- **Regroupement de l'essentiel des lits A de CNDA et de Rocourt sur les sites CNDA et NHL.**
- **Fermeture (gel) de l'essentiel ou de la totalité des lits T CNDA, réservoir de reconversion pour la structuration des équipes mobiles et la création de nouveaux moyens d'action (lits de crise, lits IB (soins intensifs),...**
- **Collaboration entre tous les partenaires pour le partage des missions, et des moyens matériels et humains, selon des protocoles d'activité communs**

Dans la situation actuelle :

L'hôpital psychiatrique CNDA – n° d'agrément 925 – bénéficie de 60 lits A hôpital psychiatrique, 135 lits T, 26 lits A de jour et 2 lits A de nuit.

La CHC clinique Saint-Vincent à Rocourt – n° d'agrément 158 – bénéficie de 75 lits A effectifs.

Il n'y a pas de lits psychiatriques sur les autres sites du CHC – n° d'agrément 152 –, mais une garde d'urgences psychiatriques sur plusieurs sites.

Enfin pour les lits résidentiels non hospitaliers, le CHC bénéficie à Waremme de 30 lits MSP et à Rocourt de 4 lits Initiative Habitations Protégées ; l'Essor bénéficie de 27 lits Initiative Habitations Protégées.

Dans le projet :

Le site de Glain de l'hôpital psychiatrique CNDA bénéficierait de 120 lits A auxquels s'ajouteraient 2 x 8 lits IB. Les lits A de jour passeraient à 30 lits, avec fermeture des lits A de nuit. Les lits T serviraient de réservoir de reconversion.

Le site du Nouvel Hôpital Liégeois du CHC bénéficierait d'un service de 30 lits A auxquels s'ajouteraient 6 lits A de crise adossés à un service d'Urgence Psychiatrique Spécialisé.

Les deux équipes mobiles seraient créées à partir du gel de 30 lits T et 15 lits A. L'équipe de crise aurait son siège sur le site NHL proche des lits de crise ; l'équipe mobile pour patients chroniques aurait son siège sur le site CNDA auprès du service A1 de jour.

Les lits MSP seraient augmentés de 30 unités pour arriver à 60, et les Initiatives Habitations Protégées seraient regroupées pour arriver à 31 IHP auxquels on pourra adjoindre 10 Appartements Supervisés.

Calcul du déplacement, gel ou reconversion :

L'ensemble des deux entités bénéficie actuellement de 135 lits A. Les 4 services de 30 lits A à CNDA et le service de 30 lits A au CHC épuisent le total des lits A actuels, qui nécessitent en sus une reconversion de 20 lits T.

Nous avons besoin en sus de 6 lits A de crise sur le site NHL, ce qui correspond à une reconversion de 8,82 lits T.

Les 16 lits IB nécessiteraient une reconversion de 23,52 lits T si l'on s'en tient aux règles strictes de reconversion. Il faut calculer cependant que ces lits nécessitent un encadrement en personnel double de celui des lits A. Nous espérons bien sûr avoir un accord pour cette augmentation d'encadrement, mais par mesure de sécurité nous envisagerons le dédoublement de lits T nécessaires, d'où le chiffre de 47,04 lits T.

Pour passer de 26 A1 à un total de 30 lits A1 de jour, il faut donc reconvertir les lits A2 de nuit, et 3 lits T qui correspondent à 2 lits A1 de jour supplémentaires.

Enfin les deux équipes mobiles nécessitent la reconversion de 30 lits T CNDA et 15 lit A CHC Rocourt. Le CHC s'engagerait en plus personnellement à abandonner le droit de reconvertir les 15 lits A qu'il a encore en portefeuille. Le calcul de l'encadrement en personnel que vous trouverez en annexe pour ces deux équipes mobiles, et le projet de les articuler étroitement avec les ressources humaines des services auxquels ils sont adossés (Urgences et lits de crise pour l'équipe mobile 1, hôpital de jour CNDA pour l'équipe mobile 2) nous permet de dégager les ressources en personnel nécessaires aux équipes mobiles.

Enfin pour ce qui est des offres résidentielles non hospitalières, 30 lits MSP supplémentaires nécessiteraient la reconversion de 20 lits T, et 10 lits supplémentaires d'IHP type Appartement Supervisé ne nécessiteraient que la fermeture de 2 lits T.

Donc à partir d'une réserve de 135 lits T, nous arrivons à un total de 107,34 lits T si nous pouvons bénéficier de l'agrément des lits IB. Dans le cas inverse, notre réservoir de reconversion en lits T serait épuisé. Nous pouvons aussi discuter de l'intérêt de reconvertir des lits T en lits MSP pour lesquels le calcul de reconversion est loin d'être favorable.

Ne vaudrait-il pas mieux garder un certain nombre de lits T qui pourraient éventuellement par la suite servir de monnaie d'échange pour l'ouverture des lits K ou pour tout autre reconversion ?

Pour pallier l'insuffisance de l'hébergement en aval de l'hôpital, nous pourrions accroître le nombre de lits type Maison d'Accueil pour atteindre 150 lits.

Résumé du calcul

Situation actuelle

CNDA

60 A

135 T

26 A1

2 A2

CHC

75 A

15 A en portefeuille

Equipes mobiles

Résidentiel non hospitalier

30 MSP

27 + 4 IHP

Règle de reconversion

120 A + 30 A = 150 A qui correspondent à 60 CNDA + 75 Rocourt + 15 en reconversion de T.

Total des A épuisé

6 A de crise NHL = 8,82 T

2 x 8 IB = 23,52 T ou 47,04 T

30 lits de jour = 26 + 2 + 3 T

2 x équipes mobiles = 30 T

30 T + 15 A = 50 T

60 MSP = 30 existants + 20 T reconvertis

10 IHP type Appartement supervisé à créer

= 2 T

Projet entité CNDA-CHC sur le site Glain

Site CNDA

120 A

2 X 8 = 16 IB

2 x 15 = 30 A1

Site NHL

30 A

6 A de crise

Crise : 30 patients

15 A

Chronique : 250 patients

30 T

60 MSP

30 IHP

10 Appartements supervisés

120 Maisons d'accueil

Donc à partir d'une réserve de 135 T :

<u>Minimum</u>	<u>Maximum</u>
30 T 15A → équipes mobiles	50 T
8,82 T → lits de crise	8,82 T
23,52 T → lits IB	47,04 T
3 T → lits de jour	3 T
20 T → lits MSP	20 T
2 T → appartements supervisés	2 T
Total → 107,34	140.86 T

Règles de reconversion I :

- A.R. du 16/06/99 de reconversion des lits hospitaliers:
 - 1 lit IB (PTCA adulte)= 1A ou 1,33 T
 - 1 lit A = 1,47 T
 - 1 lit a = 0,78 A
 - 1 lit K = 2,7 A ou 3,57 T ou 3,3 C ou D

Rem: Il existe une programmation (nationale) distincte pour les lits A en hôpital général (0,27 lits/1000 hab.) et en hôpital psychiatrique (0,25 lits/1000 hab.)

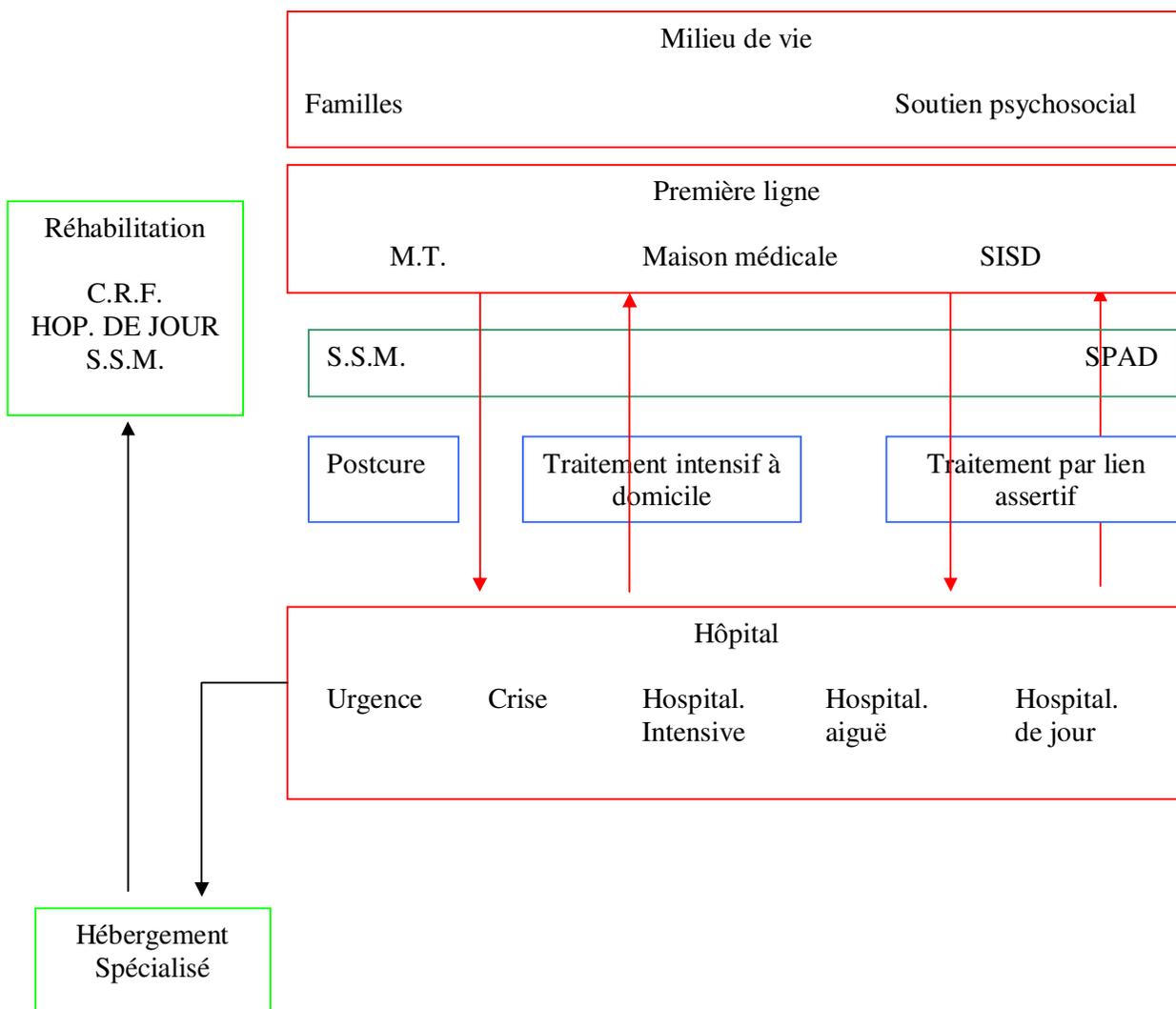
Règles de reconversion II :

- AR du 16/06/99 IHP
Programmation 0,5/1000 hab.
1 lit T = 5 IHP
1 lit a = 3,5 IHP
1 lit aigu (C,D,G) = 8 IHP

- AR du 23/06/03 MSP
Programmation 0,6/1000 hab.
1 lit T = 1,48 MSP
1 lit aigu (C,D,G) = 2,44 MSP

Un réseau = cinq fonctions

- 1ere fonction: information, prévention, diagnostic précoce, 1ere orientation.
- 2e fonction: 2 équipes mobiles: de crise et de soins chroniques
- 3e fonction: réhabilitation pour l'insertion
- 4e fonction: soins aigus hospitaliers
- 5e fonction: hébergement alternatif



1^e Fonction :

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

Résumé

A) information et prévention + formation

➤ Relevé des ressources actuelles du Réseau en matière d'information et de formation

Mais le Réseau, parce qu'il a l'Université comme partenaire, se doit d'étoffer cette fonction: Formation des étudiants et assistants, formation continue des spécialistes, formation continue et soutien scientifique des généralistes, formation des intervenants spécialisés (équipes mobiles) et non spécialisés (SISD, aide sociale): expertise universitaire, collaboration de tous les acteurs

Volet prévention et éducation à la santé semble dévolu aux SSM mais non financé: Information vers le milieu scolaire (drogues..), PMS (schizophrénie..), entreprises (alcool..), etc..

Effort commun pour étoffer cette fonction Collaboration avec ➤Communauté, Province, Plateforme.

B) premier diagnostic et orientation

➤Avis de proximité par les SSM (fonction de base, mais comment renforcer la disponibilité de ces équipes limitées ?). Soutien par les policliniques spécialisées des partenaires (Brull, CHU, Bruyères, Esneux, CNDA,CHC...)

➤1^{er} avis non urgent largement représenté : SSM, policliniques, expertise spécifique consultation CHU. Délai raisonnable

➤Demande d'avis urgent de la 1^e ligne doit être traité au plus vite (délai 48h ?) et affiné de façon complète (examens complémentaires CHU, NHL, CHRH) ➤Disponibilité du médecin de garde équipe mobile de crise pour avis urgent – de 24h ou conseil téléphonique à la première ligne.

➤Expertise mise en obs. non urgente consultation CHU CHC

A) Prévention et information

La prévention au sens large des malades psychiatriques passe essentiellement par une meilleure information, tant du public, que des professionnels et que de la première ligne en contact direct avec la population fragilisée. La prévention est théoriquement du domaine des Communautés. Les Provinces interviennent elles aussi pour une information large et pédagogique des populations concernées.

La fonction des services de santé mentale, en étroite proximité avec les populations desservies et les acteurs de terrain, qu'ils soient ou non médicaux, donne à ces services une place privilégiée pour ce rôle qu'ils ne peuvent cependant actuellement remplir, si ce n'est ponctuellement, avec leurs moyens actuels. Un effort global du Réseau, soutenu éventuellement par la Plate-forme et la Province, à travers une collaboration large des acteurs sur tout le territoire desservi, devra être réalisé. La présence de l'Université de Liège dans notre

réseau nous rend en effet légitimement et moralement responsables d'une large information de terrain, si utile à la prévention.

Il existe cependant déjà chez de nombreux membres des activités informatives tant auprès de publics ciblés que d'acteurs de terrain qui sollicitent un soutien.

Ainsi l'Université de Liège est l'acteur incontournable de la formation psychiatrique des médecins généralistes et des spécialistes qui travailleront pour l'essentiel sur les territoires de la province. Les conférences de Colonster et autres journées d'études organisées par le professeur Ansseau soutiennent la formation continue des psychiatres et psychologues de notre province.

Le Club André Baillon organise des formations pour les membres des maisons médicales avec lesquelles il travaille étroitement.

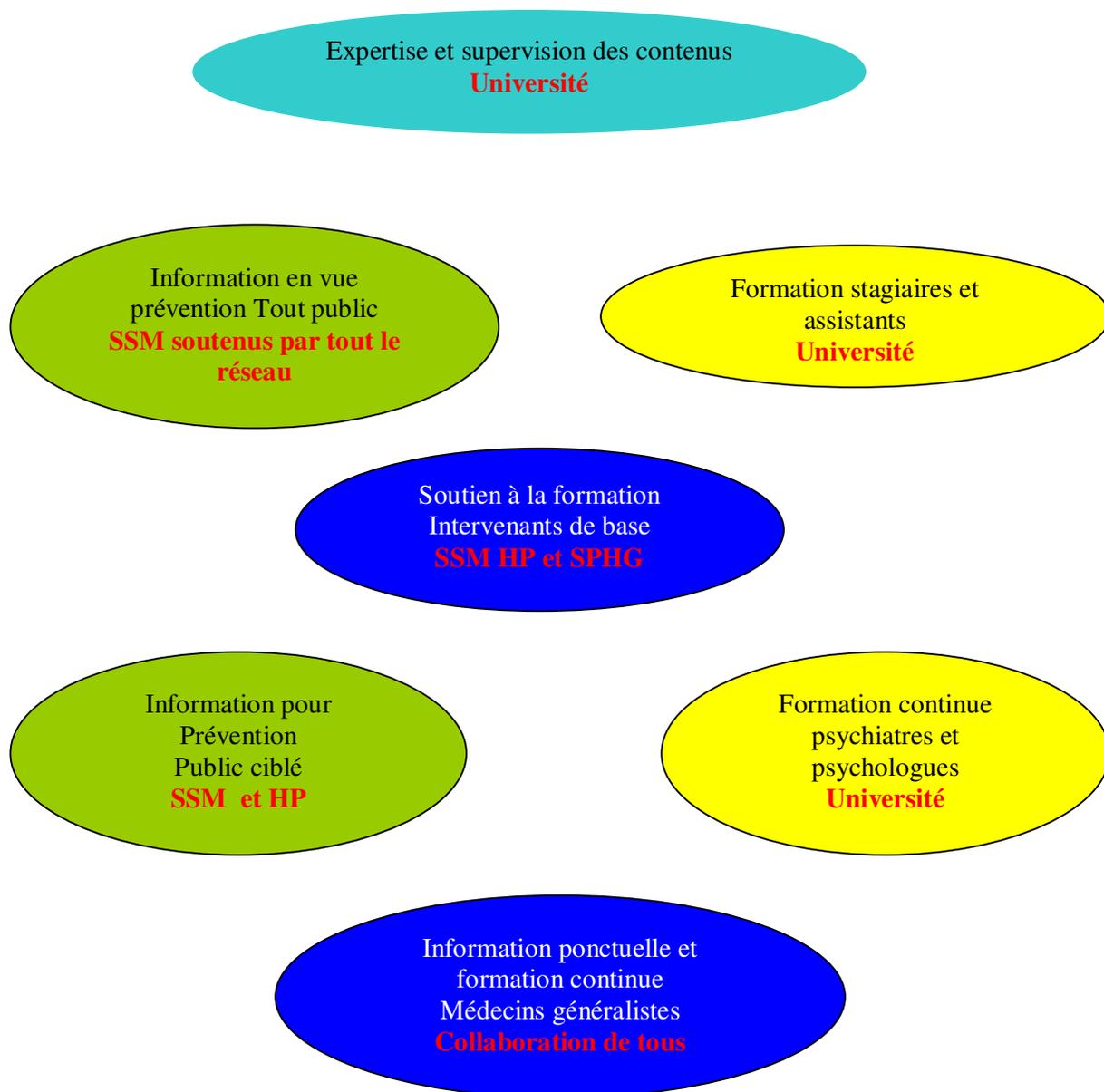
De même le C.H.S. Notre-Dame des Anges participe d'une part à l'information et au soutien des familles des patients schizophrènes et bipolaires en collaboration avec l'ASBL Similes. D'autre part elle offre des formations structurées aux personnels des services ASD.

Enfin les médecins des différentes institutions rencontrent régulièrement les médecins généralistes dans leurs Glem pour leur formation continue.

Tout ceci mériterait d'être structuré et redistribué entre les différents acteurs. Nous solliciterons aussi pour ce faire la Communauté française qui est cosignataire du projet 107 et l'autorité subsidiante pour les actions de prévention.

Il ne faut pas négliger dans le travail journalier la fonction informative de tous les acteurs en contact avec le milieu du patient. La nouvelle fonction des équipes mobiles à domicile renforcera, tant auprès de la première ligne que du milieu naturel du patient, ce rôle d'information et de formation de l'entourage qu'occupent déjà les services de santé mentale, et de manière générale tous les acteurs spécialisés des soins psychiatriques.

**Schéma organisationnel de l'information et de la formation en
santé mentale**



B) 1^{er} diagnostic et orientation :

Ce volet ne doit pas se résumer à la capacité d'offrir un premier diagnostic d'orientation à la population générale. Il s'agit en fait de restructurer et améliorer la porte d'entrée du circuit de soins spécialisés en santé mentale, et en particulier dans l'interface avec l'interlocuteur privilégié qui est le médecin traitant dont la fonction d'orientation est bien sûr primordiale.

1° Si l'entrée dans le circuit de santé mentale doit rester possible spontanément pour le patient (Urgences), ou par sollicitation expresse de son milieu de vie ou de la justice (protection de la personne), un échelonnement par le passage du médecin traitant reste le moyen le plus élégant de collaboration entre les soins primaires et les soins spécialisés. Il semble aussi utile que les services d'Urgences, porte d'entrée fréquente, même en dehors des situations d'urgence, soient moins sollicités qu'actuellement, mécanisme dispendieux, qui dramatise le premier contact, dans de mauvaises conditions d'accueil, avec le circuit de santé mentale. Il nous faut donc favoriser l'envoi du patient par son médecin traitant pour avis psychiatrique.

En général l'avis ne nécessite pas une réponse urgente. Les consultations spécialisées, que ce soit en SSM ou en policlinique psychiatrique, offrent dans notre réseau de larges moyens pour répondre à la demande dans des délais raisonnables.

Il en va tout autrement d'une demande d'avis urgent. Les délais d'attente, en particulier dans le service de santé mentale, mais aussi en policlinique, sont incompatibles avec une situation critique. Il nous faudra donc inventer un créneau d'avis urgent (48h) en alternative à l'envoi au service d'urgences psychiatriques si le risque n'est pas majeur.

Nous pensons que la garde psychiatrique, telle qu'elle sera réorganisée, pourrait offrir cet accueil en consultations avec un délai maximum de 48 heures. Cette offre d'urgences pourrait être doublée d'une permanence téléphonique au bénéfice des médecins généralistes qui nous sollicitent.

Enfin, les sollicitations urgentes dans une situation menaçante resteront l'apanage des Urgences générales, particulièrement bien représentées dans notre réseau (voir fonction 4).

Notons enfin que les services d'urgence du CHU sont agréés par la Justice pour une expertise en cas de mise en observation d'urgence (Procureur du Roi). La procédure non urgente, initiée par le juge de paix, ne bénéficie pas actuellement de cette possibilité d'expertise rapide. Nous envisageons la possibilité, à travers les consultations d'urgence mentionnées plus haut, d'offrir à la Justice de Paix un avis d'expertise rapide sans passage dramatisé par les services d'Urgence.

2e Fonction

1°) Equipe mobile de crise

Résumé

- **Disponibilité 24h/24 et 7j/7**
- **Permanence de 2 équipiers (psychologue + infirmier ou A.S).**
- **Supervision d'un psychiatre responsable de l'équipe**
- **Permanence d'une responsabilité psychiatrique garde tél. avec déplacement possible 24h/24**
- **Camp de base Urgences CHC**
- **Rem: impossible sans fusion avec une équipe d'urgence psychiatrique et appui de lits de crise**

Dans les 5 options dévolues au réseau, l'équipe mobile de crise est celle qui éveille le plus de craintes de la part du personnel, le plus de difficulté pour l'organisateur, le plus d'incompréhension quant à sa fonction précise.

Fonction : il ne s'agit pas d'un SMUR répondant à toutes demandes d'intervention urgente au domicile du patient. L'équipe mobile de crise ne se trouve pas au niveau des urgences psychiatriques ni en amont de celle-ci. Elle doit permettre au contraire, au même niveau que les autres outils de gestion de la crise (voir plus loin), mais en alternative à ceux-ci, de gérer la décompensation momentanée pour un patient jugé capable de rester à domicile.

La porte d'entrée la plus naturelle se trouve en aval des services d'Urgence psychiatrique, lorsque, l'urgence étant gérée, le potentiel de récidence, ou la persistance d'une symptomatologie importante, permet néanmoins au psychiatre de décider d'un retour à domicile. Ce retour précaire dans le milieu de vie sera encadré par l'équipe mobile de crise, qui s'appuiera sur le médecin traitant, s'il existe, et sur les ressources du milieu naturel (famille, voisinage, ressources sociales) pour gérer la symptomatologie critique et les causes psychosociales qui en sont éventuellement la source.

Une autre porte d'entrée possible se fait à la demande du médecin traitant, après avis d'une consultation psychiatrique urgente, ce qui permet de court-circuiter le service d'urgence pour le patient dont le potentiel critique reste compatible avec le maintien au domicile, s'il est étroitement encadré par la collaboration du M.T. et de l'équipe mobile.

Caseload : le caseload demandé est de 30 patients/mois, c.à.d. 360 patients/an. Il faudra garder une certaine flexibilité de potentiel en file active, mais avec un plafond maximum de 45 patients, de telle sorte que le caseload moyen calculé sur l'année corresponde à ce qui est demandé.

Territoire : le territoire d'action est celui du réseau. Le temps de déplacement maximum ne devrait pas dépasser ½ h. La situation centrale du NHL permet de respecter cette contrainte.

Sortie du système : la durée de traitement maximum étant strictement limitée (1 mois), le relais de l'action doit être préparé dès le début de la prise en charge.

La sortie se fait soit par résolution de la crise, soit par un constat d'insuffisance des moyens.

1^{ère} solution : Résolution de la crise

1. le patient au mieux ne nécessite qu'une intervention spécialisée ponctuelle ou limitée et est réadressé à son médecin traitant après évaluation et structuration des ressources du milieu.
2. le patient nécessite un suivi psychiatrique spécialisé et est adressé en consultation spécialisée au service de santé mentale proche de son domicile ou aux polycliniques du réseau (ou à tout psychiatre de son choix).
3. le patient nécessite des moyens thérapeutiques importants pour éviter une récurrence. Il est adressé à l'équipe mobile pour patients chroniques à haut potentiel de récurrence.
4. le patient nécessite des moyens de réhabilitation pour renforcer ses compétences d'adaptation au milieu de vie. Il est adressé aux ressources de réinsertion de la fonction 3.

2^{ème} solution : échec de l'intervention

1. la crise débouche sur une urgence – le patient peut être adressé à tout moment aux services d'Urgences du réseau.
2. le potentiel de risque est jugé trop élevé – relais vers les Urgences ou programmation d'une hospitalisation résidentielle aiguë.
3. l'encadrement journalier est insuffisant pour un travail en profondeur – le patient est adressé au service de crise de l'hospitalisation de jour.
4. le patient nécessite, de par sa pathologie, l'insuffisance ou la toxicité du milieu, ou l'imprévisibilité des risques, un hébergement continu. Il est adressé au service résidentiel d'un hôpital psychiatrique.

Durée du traitement : 30 jours maximum.

Il faudra vérifier sur le terrain si cette durée de prise en charge est compatible avec la réalité. Pour plus de flexibilité, il faudra probablement fixer une durée moyenne de séjour sur l'année plutôt qu'un délai maximum moins compatible avec l'adaptabilité aux différents cas rencontrés.

Composition de l'équipe :

1. permanence 24h/24 de 2 équipiers en 3 pauses, composition : 1 psychologue et 1 infirmier. Ils agissent de concert au domicile du patient ou à la permanence pour gérer la crise et cadrer la symptomatologie ;
2. gestion à moyen terme par un assistant social en horaire de jour qui coordonne le soutien du milieu et de la première ligne, et prépare le relais en fin d'intervention ;
3. coordination de l'équipe et responsabilité médicale par le psychiatre qui voit le patient, sauf urgence, à sa consultation, supervise les interventions des équipiers, est l'interlocuteur du M.T. et

prend la responsabilité des interventions et des décisions. Relais en dehors des heures ouvrables par la garde psychiatrique. Les membres de l'équipe forment un staff commun avec le personnel des urgences et du service de crise y attendant de telle sorte que la permanence nocturne ou de w.e. soit répartie sur plus de personnel

4. réunions d'équipes en temps de midi qui réunit le personnel de jour des deux pauses, l'assistant social, le psychiatre et le secrétariat, en concertation pluridisciplinaire. Prévoir un temps de concertation réseau autour du patient (1 membre de l'équipe en référence)
5. gestion médicale des dossiers (observations médicales, fiches de traitement, certificats, rapports, etc.) par le psychiatre responsable, gestion administrative par le secrétariat.

2°) équipe mobile pour patients chroniques à haut potentiel de récidive

Résumé

- **Permanence 6J/7 et 10h/24**
- **Suivi à domicile de patients à haut potentiel de récidive**
- **Constitution d'équipes de deux intervenants (psychologue + infirmier ou A.S.), intervention sur le patient, sa famille et son milieu de vie, collaboration avec le Médecin Traitant et les Services de Soins à Domicile**
- **Psychiatre responsable de l'équipe (1/2 ETP)**
- **Suivi médical en consultation de policlinique**
- **Camp de base Hôpital de jour CNDA**
- **Difficilement concevable pour la permanence et le relais vers le circuit classique sans appui sur une équipe hospitalière (hosp. de jour) et une policlinique psychiatrique. Appui sur un SPAD souhaitable**

L'équipe mobile pour patients chroniques représente en réalité un outil dont tout psychiatre ayant travaillé en institution rêve de pouvoir bénéficier.

En fait, la collaboration par les services de soins à domicile et les projets d'accompagnement du patient en sortie d'hospitalisation de type SPAD en sont une première ébauche.

Il est en effet évident que la fréquence de réhospitalisation en hôpital psychiatrique peut être diminuée par un accompagnement à domicile spécifique et spécialisé, en s'appuyant parallèlement sur les ressources de la 1^{ère} ligne et du milieu de vie du patient.

Le risque est cependant présent de s'adresser à des patients à faible potentiel de rechute et de réhospitalisation qui bénéficieraient par effet d'aubaine d'un encadrement supplémentaire certes utile mais qui dès lors restreindraient la disponibilité du service pour les patients à haut potentiel de réhospitalisation.

Notre structure de réseau sera particulièrement attentive à cet élément et devra déterminer clairement les conditions d'entrée et de sortie pour les bénéficiaires, sur des critères de gravité scientifiquement étayés.

Fonction : il s'agira donc d'encadrer la réintégration ou le maintien à domicile du patient dont les rechutes symptomatiques fréquentes entraînent des hospitalisations répétées ou du patient dont la persistance symptomatique induit une hospitalisation prolongée malgré un bon potentiel de réinsertion.

L'équipe mobile pour patients chroniques se positionne donc en aval de l'hôpital psychiatrique, ou éventuellement des structures de gestion de la crise, pour autant que celle-ci ait été répétée et invalidante

Porte d'entrée : la prise en charge se fait à la demande d'un psychiatre à la sortie de la fonction 4, ou éventuellement de la fonction 2 équipe mobile de crise. Il faudra définir de manière précise le protocole d'entrée de l'outil.

Caseload : des chiffres de 250 à 400 patients ont été cités. Le chiffre maximum ne nous semble de prime abord pas praticable. Si nous envisageons en effet au minimum un contact patient/mois par l'équipe au domicile de celui-ci, avec un fonctionnement de l'équipe fixé à 60 heures par semaine, nous arrivons à une moyenne de contact de 30 min./patient, sans compter le déplacement. Il nous semble raisonnable de commencer avec un objectif de 150 patients choisis pour leur haut potentiel de récurrence. L'objectif de 250 nous semble un maximum, et nécessite d'élargir l'équipe de base (les calculs d'ETP libérables permettent de l'envisager).

Territoire pour l'équipe mobile chronique : le territoire d'action s'étend sur le territoire du projet, avec des déplacements qui ne doivent pas dépasser une 1/2 heure.

Durée de traitement et sortie du système : la durée de traitement est théoriquement non limitée. Cependant, notre expérience nous a montré qu'en cas de durée d'hospitalisation, ici de prise en charge, indéterminée, la structure et les équipes ont tendance à prolonger celle-ci de manière importante par surprotection. Dans ces conditions, même si le patient est réintégré à son domicile, le piège à la dépendance se referme malgré tout sur lui. D'autre part, il est évident que le caseload limité empêche l'entrée de nouveaux patients si la sortie est lente, et l'équipe s'installera vite dans une routine de soutien pour patients chronicisés, la reprise de la prise en charge par la 1^{ère} ligne deviendra illusoire, et par effet de domino le système aigu se grippera faute d'aval pour ses structures, et se chronicisera lui aussi.

Nous pensons donc qu'il vaut mieux avoir une durée d'hospitalisation limitée (à voir avec l'expérience mais une durée moyenne de 2 ans nous semble très confortable) avec un caseload plus étroit mais une charge de travail par patient plus conséquente. Ceci donne 10 entrées/mois, ce qui est tout à fait raisonnable pour le potentiel de l'équipe.

La sortie idéale du système est un retour vers la prise en charge de 1^{ère} ligne par le médecin traitant, solution que l'on néglige trop souvent pour les patients chroniques stabilisés. Il peut être épaulé par un soutien en consultation spécialisée par les services de santé mentale, les policliniques hospitalières ou les spécialistes privés.

La persistance des symptômes déficitaires, fréquente chez ces patients, nécessitera souvent le relais vers les services intégrés de soins à domicile, soutenus dans un premier temps par le SPAD.

Si la stabilisation à domicile se heurte à un manque de ressources du patient, le relais, ou le travail en parallèle, des moyens de réadaptation de la 3^{ème} fonction sont mis en branle.

Les clubs thérapeutiques et/ou les clubs de self help encadrés ou non peuvent compléter les moyens de réinsertion pour la gestion d'un handicap permanent.

Composition de l'équipe : le travail thérapeutique auprès de ces patients nécessite un déplacement à domicile essentiellement pendant les premiers temps de la prise en charge, où la cogestion et le contact direct avec la 1^{ère} ligne, le milieu familial, et les structures sociétales non spécialisés, sont importants.

Au fur et à mesure de la réussite de la réinsertion, le travail peut se faire de plus en plus dans les locaux de consultation, l'équipe n'étant sollicitée en déplacement que pour révision du projet thérapeutique pluridisciplinaire, ou face à un risque de rechute avec mauvaise compliance. Le SPAD peut intervenir en relais momentané vers les services non spécialisés d'aide à domicile. D'autre part, pour des patients où la stabilisation symptomatique est déjà importante, le déplacement en duo n'est plus vraiment nécessaire, même pour les interventions au domicile du patient.

Avant expérimentation du système, nous envisagerons cependant l'équipe mobile pour patients chroniques sur le modèle de l'équipe de crise, seuls les horaires d'ouverture étant différents.

1. *Permanence 10h par jour en deux pauses superposées.*

Composition : un psychologue et un infirmier par pause.

Ceci permet pour la moitié du temps de dédoubler les équipes fonctionnelles.

2. *Gestion sociale en horaire D par l'assistant social, qui assure l'interface de l'équipe et des intervenants de 1^{ère} ligne et prépare le relais pour clore l'intervention spécialisée.*

3. *Coordination de l'équipe et responsabilité médicale par le psychiatre.*

Il voit le patient à sa consultation, supervise les interventions des équipiers, est l'interlocuteur du médecin traitant et prend la responsabilité des interventions et des décisions.

Relais en dehors des heures ouvrables par la garde psychiatrique.

Les membres de l'équipe forment un staff commun avec le personnel de l'hôpital de jour dont la fonction est proche, tant en amont (hôpital de jour de crise) qu'en parallèle (H J de réhabilitation).

Calculs basés sur les normes

1. Financement ETP pour 30 lits T (CNDA)

Infirmiers :	5.0
Psychologues :	0.25
Assistants sociaux :	0.25
Paramédicaux :	3.0
Non qualifiés :	1.50

2. Financement ETP pour 15 lits A (Rocourt)

Infirmiers :	3.0
Psychologues :	0.25
Assistants sociaux :	0.25
Paramédicaux :	3.0
Non qualifiés :	1.50

3. Financement ETP pour 15 lits A en portefeuille (CHC)

Ces 15 lits A du CHC sont ici repris pour mémoire puisqu'il s'agit d'une renonciation de déploiement de lits en portefeuille. Cette renonciation, qui contribue à la diminution du nombre de lits psychiatriques déployés par habitants, n'a pas d'incidence sur le financement des ETP nécessaires à la mise en œuvre des équipes mobiles.

4. Projection équipe mobile aigus

- Quatre pauses de travail :

A (06H40 – 14H46) ;
B (13H00 – 21H06) ;
N (20H41 – 07H03),
D (08H00 – 16H30).

- Pauses A – B – N : un psychologue et un infirmier, 7/7 jrs,
- Pause D : un assistant social, 5/7 jrs.

- Le calcul (basé sur les chiffres du personnel de CNDA) tient compte de :

1 ETP : 38H/sem X 52 = 1976H/an,

Temps de travail auquel nous avons soustrait :

- 20 congés payés,
- 11 jours fériés,
- 2 jours de congés supplémentaires (moyenne),
- 76 heures de maladie (moyenne),
- 0 fin de carrière.

Soit un total de 1649,20 heures par an.

5. Ressources nécessaires : 12.53 ETP

Infirmiers :5.76
Psychologues :5.76
Assistants sociaux : 1.0
Paramédicaux : 0
Non qualifiés : 0

6. Projection équipe mobile chroniques

- Une pause de travail de 10 heures de présence.
- Présence : un psychologue, un infirmier et un assistant social (6/7 jrs). L'équipe sera complétée par un éducateur ou un non qualifié.

Même calcul (basé sur les chiffres du personnel de CNDA) que pour l'équipe aigus.

7. Ressources nécessaires : 9.51 ETP arrondi à 10 ETP

Infirmiers :2.25
Psychologues :2.25
Assistants sociaux :2.25
Paramédicaux : 0
Non qualifiés :2.25
Secrétariat 1.0

8. Différences

Infirmiers : 8.0 – 8.01 = -0.01
Psychologues : 0.5 – 8.01 = -7.51
Assistants sociaux : 0.5 – 3.25 = -2.75
Paramédicaux : 6.0 - 0 = 6.0
Non qualifiés : 3.0 – 2.25 = 0.75

TOTAL : - 3.52

Et le personnel qualifié est plus important.

Le personnel d'intendance n'est pas repris dans les calculs.

Par contre le personnel surnuméraire (premier emploi, Maribel, FBI, etc ...) n'a pas été envisagé, ce qui permet d'étoffer le nombre d'ETP disponibles pour les équipes mobiles.

Si nous envisageons en plus des équipes communes, avec d'une part des services d'urgences spécialisées, et d'autre part le service d'hospitalisation de jour, la flexibilité ainsi acquise dans l'organisation des équipes permet de pallier les impondérables et les absences de personnel momentanées, pour garantir en tout temps la continuité des soins.

Une partie du financement supplémentaire de 500.000 euros attendu pour le projet, nous permettra, si nécessaire de combler le gap de personnel persistant.

3e Fonction :
Réhabilitation travaillant à la réinsertion et à l'inclusion sociale

Résumé

- **CRF de réinsertion sociale et citoyenne (Club A Baillon)**
- **Hôpital de jour de moyenne durée à visée de réadaptation relationnelle et pratique (CNDA 15 lits de jour et La Clé 25 lits de jour partiellement disponibles)**
- **Post-cure en sortie d'hospitalisation HP (maximum 6 mois)**
- **Centre de jour d'intégration et orientation**
- **Clubs thérapeutiques et Clubs Patient type self help (A. Baillon et CNDA)**

Dans l'esprit de la réforme, la fonction de réhabilitation est essentielle à la restauration d'un lien social normal pour le patient dont la symptomatologie aiguë a pu être traitée. On le sait, en effet, la maladie psychiatrique laisse des séquelles déficitaires après stabilisation symptomatique, que ces séquelles psychosociales soient cause de la décompensation psychiatrique, conséquence de celle-ci, ou inhérente à la maladie traitée. La rechute aiguë fait son lit sur ces déficits psychosociaux persistants.

Nous pensons qu'il y a lieu de distinguer différents niveaux de réhabilitation :

1° Trouble ou déficit du lien social :

- En aval direct, ou en parallèle, au traitement de la symptomatologie aiguë, la réhabilitation du lien social est intimement liée au soin aigu. Il est nécessaire en effet dans le plan de soins d'hospitalisation de prévoir un travail psychothérapeutique et sociothérapeutique de reconstruction du lien avec le milieu familial. C'est la raison par ex. des weekends thérapeutiques en hospitalisation.
- Dès le retour à domicile, le projet thérapeutique hospitalier peut se poursuivre en postcure, dans les conditions réelles de contraintes et d'exigences sociales, et en prise directe avec le milieu de vie ;
- Si le lien social est plus gravement perturbé, la restauration du lien social nécessite un moment thérapeutique particulier qui lui est dédié :
 - a) l'Hôpital de jour La Clé, dès la phase thérapeutique, investit la restauration de la communication sociale en traitement intensif ;
 - b) l'Hôpital de jour Notre-Dame des Anges dédie 15 lits spécifiques pour une action à plus long terme, et à la carte, du déficit relationnel en relais progressif vers le milieu de vie ;
 - c) de même, le Club André Baillon a développé son service de réinsertion fonctionnelle dans des compétences de réinsertion sociale et citoyenne pour les pathologies les plus déficitaires, où les troubles communicationnels sont à l'avant-plan.

2° Troubles ou déficits pratiques perturbant la réinsertion :

- Les patients nécessitent souvent en aval de leur symptomatologie aiguë un apprentissage ou réapprentissage des fonctions pratiques nécessaires à l'autonomie. L'apprentissage des

activités de vie journalière fait partie des fonctions de réinsertion tant du C.R.F. que de l'hôpital de jour ;

- Il est cependant nécessaire de poursuivre cette restauration des fonctions pratiques dans le cadre habituel du patient. Les fonctions SPAD dont nous espérons bénéficier à Huy et à Liège, et les Services de Soins à Domicile par l'intermédiaire de notre partenaire ASD permettront ce relais progressif en milieu de vie ;
- Il reste un certain nombre de pathologies dont les déficits d'insertion sont plus difficiles à restaurer ou même impossibles. Nous pensons qu'il y a lieu de dédier un certain nombre de logements pour ce réapprentissage pas à pas en habitation protégée (Club André Baillon, habitations protégées de Huy, L'Essor) ou dans des appartements supervisés qui sont prévus dans la reprogrammation des lits du réseau.

3° Déficits permanents à compenser :

- Certains déficits persistants nécessitent une aide permanente ou des outils de soutien adaptés. Pour ce qui est des déficits compatibles avec l'insertion dans le milieu, nous avons déjà développé en partie et continuerons à développer des instruments de centre de jour d'orientation dont le but est de faire le lien entre le patient et les structures citoyennes existantes (club de sport, culturel, etc.) ;
- Il faut prévoir aussi des instruments spécifiques offrant un soutien spécialisé persistant (club thérapeutique) ou un auto renforcement encadré a minima (club *self help*), outils déjà initiés par les partenaires du service de santé mentale du Club André Baillon et de l'ASBL Espace Glain.

4° Réinsertion professionnelle :

Il faudra enfin développer avec les partenaires extérieurs (orientation scolaire, FOREm ...) le volet « Réorientation et Réinsertion professionnelle ». Les structures de l'AWIPH seront aussi sollicitées si la réinsertion professionnelle nécessite un réapprentissage, ou un emploi adapté en cas de déficit permanent.

4e Fonction : Traitement hospitalier intensif

Principes de base :

- **Le secteur hospitalier se recentre sur l'aspect thérapeutique, et non plus protectionnel, en favorisant le relais vers le domicile ou l'hébergement alternatif.**
- **Les soins intensifs se structurent de l'urgence au traitement chronique des patients instables, sans oublier le traitement semi-résidentiel intensif.**
- **L'intensité du traitement justifie le recours hospitalier, plus que la durée d'hospitalisation, mais en favorisant au maximum le relais vers les soins dans le milieu de vie.**

Introduction

Le guide pour de meilleurs soins en santé mentale par la réalisation de circuit et de réseaux de soins indique que la fonction de traitement résidentiel en hôpital psychiatrique ou hôpital général doit se concentrer sur les soins intensifs (et sous-entendu bien sûr au détriment des fonctions de protection et d'hébergement des patients stabilisés). C'est la raison pour laquelle notre réseau a voulu réfléchir en profondeur à la fonction hospitalière, résidentielle ou autre, dans le circuit de soins de santé mentale, et proposer dans cet esprit un large réaménagement des lits et des fonctions hospitalières pour les rapprocher du projet global de la réforme. Nous avons souligné que notre projet ne se contente pas de libérer un financement pour la constitution des équipes mobiles. C'est en effet toute la fonction hospitalière qui est ici réenvisagée, des Urgences jusqu'aux soins de longue durée, en passant par l'interface avec le domicile et la première ligne. La 2^{ème} fonction en équipe mobile, la 3^{ème} fonction de réhabilitation et la 4^{ème} fonction de soins intensifs et aigus sont donc intimement articulées, d'autant que nous pensons que la distinction hospitalier - extrahospitalier n'est plus véritablement opérationnelle dans la nouvelle organisation des soins.

En nous concentrant sur la 4^{ème} fonction, nous nous limiterons ici au statut hospitalier des outils du réseau.

Les soins intensifs (au sens de fonction thérapeutique aiguë) se structurent, dans les faits, de l'Urgence, dont l'intervention est parfois très ponctuelle, jusqu'au traitement intensif prolongé des patients instables dont le potentiel de dangerosité reste longtemps présent. C'est en effet l'intensité du traitement, sa technicité, la nécessité de s'appuyer sur des structures matérielles et humaines incompatibles avec les soins ambulatoires, qui justifient le recours à l'hospitalisation plutôt que le caractère résidentiel ou intra-muros de l'intervention.

D'autre part, c'est le caractère intensif des soins qui justifie la durée nécessaire de l'hospitalisation plutôt que des normes précises fixant cette durée. Négliger ce principe revient à négliger le besoin du patient, que nous proclamons être au centre de nos préoccupations, au profit de normes administratives qui sont le reflet des besoins des structures.

Il faut cependant rendre sa raison d'être première à la fonction psychiatrique hospitalière : le diagnostic et le traitement aigu des symptômes psychiatriques. Le traitement hospitalier doit tendre au retour à domicile du patient dans les plus brefs délais, et idéalement au seul relais de la 1^{ère} ligne non spécialisée. La prise en charge des déficits persistants, résidentielle ou autre, ne doit pas être négligée, mais relève d'autres structures, spécialisées ou non (fonctions 2b,3,5).

Urgences et crise hospitalières

Notre réseau est déjà très bien représenté pour accueillir les urgences psychiatriques avec le partenaire du CHU sur deux sites (Bruyères et Sart Tilman), le CHC actuellement sur 5 sites (St Joseph, Espérance, Hermalle, Waremme et Heusy) et notre partenaire du CHR Hutois sur son site hospitalier.

Nous envisageons d'autre part de développer, à partir des Urgences du CHC, une structure intégrée d'accueil des urgences et de la crise, deux moments thérapeutiques dont la gestion est souvent emboîtée. Le rapprochement géographique des structures de soins du CHC et du CNDA élargira cette intégration pour les symptomatologies aiguës à haut potentiel de risque aux unités de soins intensifs résidentiels (lits IB) et structures semi-résidentielles aiguës (Hôpital de jour de crise).

Concrètement le service d'Urgence du CHC sera soutenu par un service d'Urgence psychiatrique spécifique avec locaux et personnel en propre. Ainsi l'interface d'urgences somatiques et psychiatriques fonctionnera en étroite collaboration entre spécialistes spécifiques. Sur le même site, et partageant la même équipe, nous pourrions disposer de 6 lits de crise de courte durée pouvant différer ou éviter l'hospitalisation psychiatrique. Enfin le site sera aussi le camp de base de l'équipe mobile de gestion ambulatoire de la crise.

Les services d'Urgences, pour être efficaces, nécessitent un aval rapide et cohérent. Les troubles à haut potentiel de risque persistant ou présentant des comportements incompatibles avec leur gestion aux urgences (ex PTCA) bénéficieront donc d'un relais spécifique et rapide vers les deux unités de soins intensifs, sur le site de CNDA, dans une architecture et avec des équipes de soins spécifiques (lits de types IB). La gestion de la crise non résolue aux Urgences pourra être relayée par un dispositif résidentiel (6 lits CHC), semi-résidentiel (15 lits H. jour CNDA), ou ambulatoire (30 places d'équipe mobile de crise).

Cette nouvelle gestion de l'urgence devrait permettre une approche beaucoup plus humaine de la décompensation psychiatrique. L'amélioration de l'aval des urgences et le développement d'outils spécifiques de crise permettront, nous n'en doutons pas, d'éviter un grand nombre d'hospitalisations psychiatriques résidentielles.

Unités intensives de traitement résidentiel

Remarque préliminaire :

Ce titre, proposé par le guide, nous semble malheureux, et nous nous en expliquons :

1° il ne s'agit pas uniquement de traitement résidentiel, les lits a1 et a2 ont en effet pour une large part une fonction de traitement aigu, de première intention, à l'instar des lits A résidentiels. Comme il l'a été encore développé lors du dernier congrès francophone des hôpitaux de jour (Verviers 2010), le potentiel de traitement en semi-résidentiel est comparable, à l'exception des moyens de surveillance, et l'économie des moyens hôteliers en fait un outil économique, flexible et efficace.

2° Il vaut mieux réserver le terme intensif aux services IB, conçus et encadrés pour cette fonction (par analogie avec les soins intensifs somatiques). Nous proposons de redéfinir la fonction de service A en unités de diagnostic et de traitement, pour la distinguer de la fonction de revalidation (lits T) et de la fonction d'encadrement thérapeutique (lits MSP).

Nous l'avons dit auparavant, nous avons voulu pousser au plus loin l'esprit de cette réforme, et recentrer ainsi la fonction hospitalière sur sa raison première : le soin aigu. C'est déjà le fonctionnement actuel des partenaires du CHU et du CHRH. Les lits hospitaliers de Rocourt et de CNDA avaient aussi de longue date entamé une politique de recentrage sur les soins aigus. La réforme renforcera cette option volontariste.

Comme nous l'avons souligné, les hôpitaux du Centre Hospitalier Chrétien et l'hôpital Notre-Dame des Anges vont échanger, et partager, largement leurs ressources pour réaménager leurs fonctions hospitalières et les rendre plus efficaces dans la gestion intensive des décompensations psychiatriques.

Concrètement les lits de longue durée de traitement chronique (135 lits T sur le site CNDA) seront en grande partie sacrifiés au bénéfice de l'intensification des soins.

Quatre unités de 30 lits A (120 lits résidentiels) seront le *core business* de la clinique Notre-Dame des Anges. Comme l'expérience accumulée de longue date par cet hôpital le permet, ils seront dédiés aux soins résidentiels des pathologies psychiatriques majeures et qui nécessitent l'encadrement humain et les structures sécurisées les plus importantes (psychoses, bipolarités et dépressions majeures, assuétudes troubles limites, suicides et automutilations, troubles comportementaux, etc.). Ils seront complétés de 2 unités de 8 lits de type soins intensifs (lits IB) évoqués ci-dessus. Ils prendront en charge, dans des locaux spécifiques sécurisés (double sas d'entrée, jardin séparé, chambres individuelles aménagées en chambres d'isolement) et avec un personnel spécifique renforcé, les troubles majeurs du comportement (impulsivité clastique, automutilations et suicides violents, confusion majeure et delirium, délires agissants, ...) et en particulier les indications de mise en observation adressées par la justice. Ces lits seront l'aval naturel des partenaires du réseau autant que de la 1ère ligne, avec une priorité pour le territoire desservi par le réseau.

Le CHC pourra s'appuyer sur 6 lits A de crise de courte durée (72h) en aval des Urgences psychiatriques, comme signalé plus haut, et l'offre psychiatrique sur le site du Nouvel Hôpital Liégeois sera complétée d'une unité de 30 lits A pour des pathologies à faible potentiel de risque (impulsif, violent, ou suicidaire) compatibles avec une gestion sécurisée en hôpital général. Nous pourrions ici développer des fonctions particulières qui nécessitent une approche pluridisciplinaire psychiatrique/somatique, comme l'anorexie mentale ou les troubles psychosomatiques, et, sur le pôle pédiatrique, une spécificité d'hospitalisation psychiatrique mère/enfant qui nécessite la collaboration des gynécologues, pédiatres, pédopsychiatres et psychiatres. Nous espérons, lorsque la réforme sera élargie à la pédopsychiatrie, compléter cette offre par une unité pédopsychiatrique de 20 lits K pour satisfaire spécifiquement les besoins de la petite enfance.

Le Centre Hospitalier Universitaire dispose d'une unité de 30 lits A de traitement psychiatrique, toutes pathologies confondues, dont le caractère universitaire renforce la fonction d'enseignement et les compétences en expertise particulière.

Le Centre Hospitalier Régional Hutois bénéficie d'une unité de 30 lits, qui sont agréés pour la fonction hospitalière de protection de la personne (mises en observation).

En ce qui concerne les soins intensifs semi-résidentiels, notre réseau comprend 2 partenaires qui croient depuis longtemps à l'utilité des lits hospitaliers de jour comme alternative à l'hospitalisation résidentielle complète, et les utilisent en conséquence (hospitalisation de prime intention et de courte durée) :

° L'hôpital de jour « La Clé » a une très longue expertise de l'hospitalisation intensive pour patients en décompensation psychiatrique à raison d'une prise en charge de 5 jours sur 7 en continu.

° La Clinique Notre-Dame des Anges bénéficie actuellement de 26 lits d'hospitalisation de jour ; la reconversion de lits T permettra d'arriver à une unité structurelle de 30 lits de jour dont la moitié sera dédiée à la gestion intensive de la crise, en aval direct des urgences, avec un programme spécifique de soins pouvant aller jusqu'à 7j/7.

Résumé des outils de la 4ème Fonction

1) Urgences hospitalières CHU: Urgences psychiatriques permanentes sur les deux sites Sart Tilman et Bruyères + expertise mises en observation à la demande du parquet.

➤CHC: Urgences psychiatriques permanentes NHL + 6 lits de crise courte durée ➤CHRH : Urgences psychiatriques Huy et Waremme

➤Antennes d'urgences psychiatriques Waremme, Hermalle, Heusy

➤Relais privilégiés vers

2X8 lits IB intensifs CNDA

Equipes mobiles aigus + chroniques

Tous moyens du réseau

2) Unités intensives de traitement résidentiel

➤CHU: 30 lits A de diagnostic et traitement, expertises particulières.

➤CNDA: 120 lits A de traitement des pathologies lourdes + 2x8 lits IB (soins intensifs)

➤CHC:

30 lits A pathologies légères et psychosomatiques. Anorexie. Mère-enfant.

6 lits de crise attendant aux Urgences Psychiatriques

20 lits pédopsy petite enfance

3) Soins intensifs semi-résidentiels

➤Hôpital de jour La Clé:25 lits aj soins intensifs de jour 5j/7

➤Service de jour CNDA:15 lits aj de jour gestion de la crise 7j/7

➤Solution intermédiaire entre soins résidentiels et équipe mobile de crise

Résumé

➤MSP à accroître

- 30 MSP+ de réadaptation fonctionnelle à long terme
- 30 MSP- de long séjour

➤IHP: Essor + Rocourt : 27+4 lits, André Baillon : 17 lits, CHRH : 16 lits. Envisager Appartements protégés.

➤Maison d'accueil de l'Essor: nouvelle structure sur fonds propres pour patients stabilisés avec perte d'autonomie.

➤Suggestion: Equipe mobile d'outreaching commune aux MSP et IHP tuteurant la maison d'accueil, les maisons de repos associées et éventuellement l'hébergement pour handicapés.

Nous avons réfléchi la 5^{ème} fonction dans le même esprit d'intégration verticale et d'articulation efficace des différents outils du réseau. De même, le projet reste pour cette fonction centrée sur le patient, l'acceptation de ses déficits permanents et de ses besoins de soins, mais aussi le désir de le voir maintenir ou restaurer sa plus grande autonomie possible.

Pour cette raison, notre projet est d'accroître le nombre de lits MSP pour parvenir à une structure à double fonction :

- 1° 30 lits d'hébergement spécialisé dédiés à une réadaptation prolongée dans un but de restauration des capacités d'autonomie
- 2° 30 lits dédiés à l'encadrement de patients stabilisés, mais dont la symptomatologie persistante empêche tout retour à une autonomie suffisante.

De même, les habitations protégées auront cette double fonction :

- 1° tremplin prolongé vers une reconstruction de l'autonomie psychosociale pour un retour vers un milieu de vie non protégé.
- 2° acceptation d'un déficit permanent et offre d'un milieu de vie protégé à long terme.

Le potentiel total d'initiatives d'habitations protégées du réseau est ainsi loin d'être négligeable : 27 lits Essor + 4 lits CHC qui y seront intégrés et auxquels s'ajouteront 10 lits d'appartements supervisés. 17 lits André Baillon. 12 lits IHP hutois.

L'apport d'un certain nombre d'appartements supervisés (prévision de 10 lits par reconversion) s'inscrit aussi dans la même logique : favoriser la sortie rapide des soins aigus à l'hôpital, alors que la persistance des déficits empêche momentanément ou définitivement une resocialisation complète. La restauration des compétences sociales (ou la solution attendue des ressources sociétales : logement social...) permet ensuite de suspendre la tutelle.

Le projet peut-être le plus original de notre réseau serait la création par l'ASBL L'Essor d'une maison d'accueil dont le développement pourrait atteindre 120 à 150 lits. Nous avons été préoccupés par l'hébergement de nos patients les moins autonomes. Pour ces patients stabilisés, mais avec déficits permanents, les nécessités

d'hébergement sont actuellement remplies par des maisons privées à but lucratif, en dehors de tout encadrement adapté (ou de tout agrément ou inspection minimaux). Aucune autre structure n'est capable d'absorber ce grand nombre de patients qui sont exclus du circuit de soins de santé mentale. L'idée est donc d'offrir sur fonds propres un hébergement permanent qui garantirait une qualité de vie, une sécurisation, et un soutien d'intendance à ces patients qui sont arrivés au bout de l'amélioration de leurs compétences.

Toute cette fonction d'hébergement aboutit donc pour une grande partie des patients dans un hébergement non spécialisé psychiatrique, alors que le déficit permanent d'origine psychiatrique ou le réveil fréquent d'une symptomatologie psychiatrique nécessite une aide spécialisée certes allégée. Nous pensons ici aux maisons d'accueil, mais aussi aux structures d'hébergement pour handicapés à double diagnostic ou aux structures pour personnes âgées M.R. ou M.R.S., souvent peu adaptées à la persistance symptomatique de nos patients âgés. C'est pour ces structures adjacentes aux structures de santé mentale que nous envisageons une équipe d'outreaching sur les ressources en personnel des équipes M.S.P. et d'habitations protégées, et qui pourrait intervenir à la demande auprès de ces structures d'hébergement. L'ASBL l'Essor pourrait être le noyau sur lequel se construit cette intégration transversale de l'hébergement, et cette interface avec l'hébergement non spécialisé.

Projet d'intégration du résidentiel non hospitalier

l'ESSOR

- MSP +: réhabilitation de patients à potentiel de réinsertion élevé: 30 lits
- MSP -: hébergement long terme de patients stabilisés à symptomatologie résiduelle élevée: 30 lits
- IHP court séjour pour réinsertion rapide
- IHP long séjour pour patients à dépendance résiduaire persistante : en tout 31 lits
- Appartements supervisés à visée de revalidation sociale : 10 lits
- Maison d'accueil pour chroniques dépendants stabilisés : 120 à 150 lits
- Equipe d'outsourcing vers institutions non spécialisées: MR, MRS, hébergements AWIPH, maisons d'accueil.

Organes d'implémentation du projet et de coordination des actions

Résumé

3 niveaux d'organisation :

- **Organigramme de coordination des deux structures promoteurs**
- **Comité de travail d'implémentation du réseau**
 - **Coordinateur**
 - **Garants de service**
- **Concertation autour du patient**

La coordination du projet réseau nécessite de distinguer deux types de coordination, et pour le deuxième type, deux phases de coordination.

Premier type de coordination : coordination des collaborations structurelles et fonctionnelles des deux promoteurs responsables du gel des lits.

Vu l'ampleur de la réorganisation des fonctions psychiatriques du Centre Hospitalier Chrétien et du C.H.S. Notre-Dame des Anges, le projet nécessite entre ces deux partenaires qui échangent, gèlent, ou reconvertissent leurs lits, une coordination particulière en étroite symbiose entre les directions des deux établissements et le coordinateur du projet. Cette coordination particulière est essentielle pendant toute la phase de construction du projet et d'implémentation de celle-ci. Elle restera cependant importante durant la phase de fonctionnement normal du projet puisque, comme nous l'avons vu dans la présentation de celui-ci, les instruments de gestion de l'Urgence psychiatrique, de la crise psychiatrique, de l'hospitalisation intensive et aiguë, devront être étroitement coordonnés, et la fonction des 2 équipes mobiles nécessitera aussi entre les deux structures une étroite collaboration, tant pour la gestion de la fonction elle-même que pour la gestion des ressources humaines, et en particulier des médecins et du système de garde qui en porteront la responsabilité.

Second type de coordination : coordination réseau

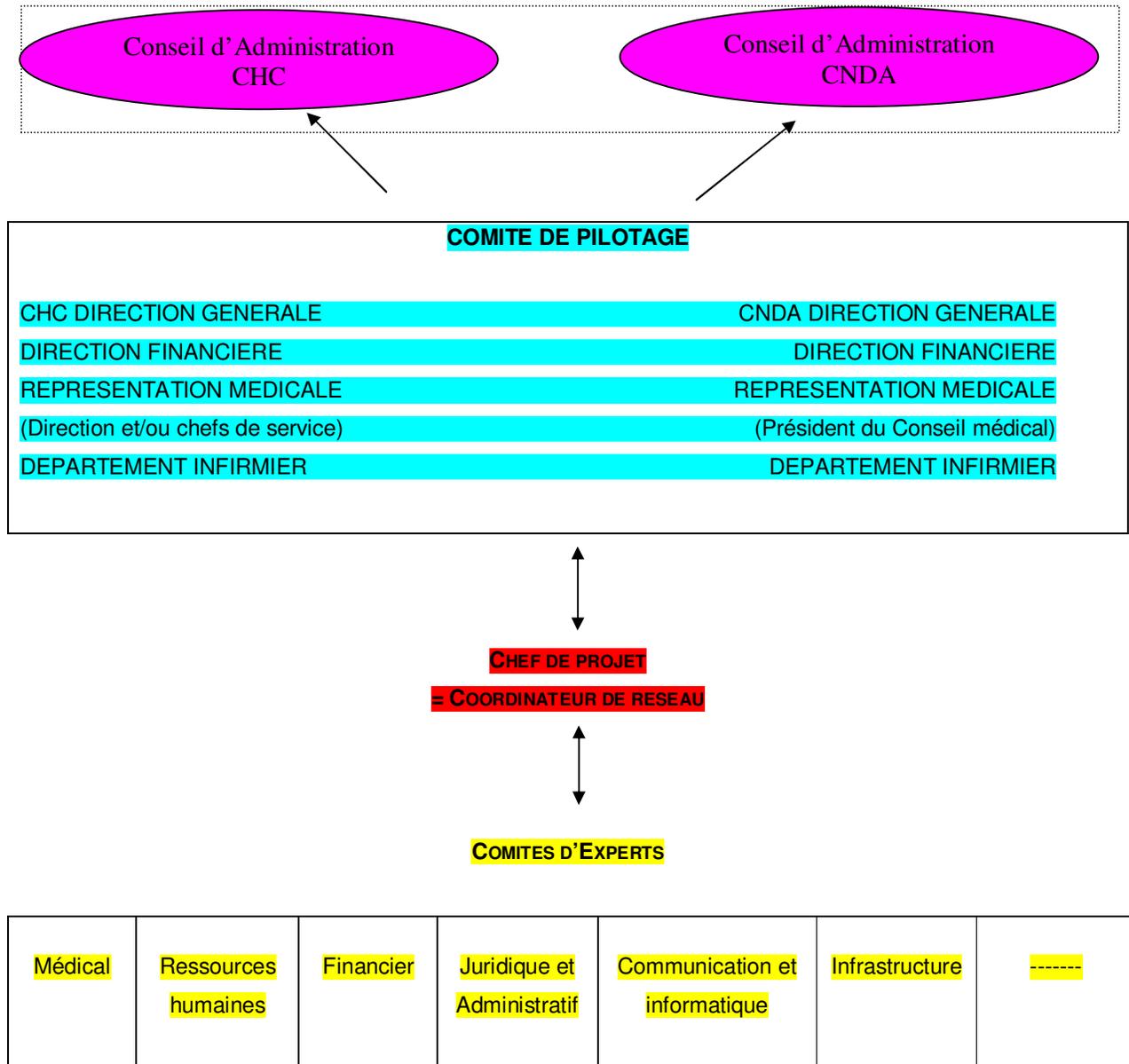
Il concerne cette fois l'ensemble du réseau. En phase de construction du projet, le travail sera essentiellement organisationnel et nécessitera un lourd investissement de chaque partenaire pour l'encadrement de la politique générale des soins, l'établissement des consensus opérationnels et la tutelle de la coordination. En phase de fonctionnement, la coordination structurelle, si elle restera importante, sera moins essentielle que la coordination sur le terrain des projets thérapeutiques et des plans de soins (coordination autour du patient).

Nous reprendrons donc pour les trois types de coordination la construction organisationnelle qu'elle nécessite.

1° Coordination de la collaboration CHC – CNDA dans le cadre du projet 107

Ce premier niveau de coordination non seulement favorise la collaboration entre les deux institutions, mais donne aussi les moyens au réseau global du Projet de se déployer. Il est donc nécessaire qu'il existe une articulation synergique entre les deux concertations, mais aussi que les travaux de concertation entre opérateurs aient toujours une légère avance sur la concertation structurelle du réseau.

ACCOMPAGNEMENT DU PROJET



Suivant le schéma ci-dessus, l'instance décisionnelle ultime sera bien sûr le niveau des conseils d'administration. Ceux-ci entérinent ou réfutent les dossiers que le comité de pilotage considère arrivés à maturité. Il serait utile d'envisager une interface entre les deux conseils d'administration pour les décisions stratégiques essentielles.

Comité de Pilotage

Le comité de pilotage doit accompagner étroitement le processus. Il doit donc pouvoir se réunir rapidement et régulièrement.

a) Composition :

Le **comité de pilotage** sera composé du directeur général et du directeur financier de chaque institution. Pour ce qui est de la représentation médicale, le directeur médical de CNDA est déjà représenté en tant que chef de projet. Le directeur médical du CHC pourra être accompagné ou représenté par les chefs de services psychiatriques des deux sites (St Joseph et Rocourt). La présidente du conseil médical de CNDA représentera les médecins de son institution.

Enfin les chefs de nursing des deux institutions doivent pouvoir représenter les ressources humaines, non seulement infirmières mais aussi psychologiques et paramédicales.

b) Fonction :

Le **comité de pilotage** :

- prend les décisions nécessaires à l'avancée du Projet sur base des propositions du chef de projet et de la personne de référence de chaque volet
- valide les délais proposés par le chef de projet pour les différentes étapes
- fait des suggestions et propositions nouvelles ou alternatives qui devront être analysées et développées par le chef de projet
- assure la cohérence entre les décisions prises pour le projet et les autres réflexions en cours dans chacune des institutions
- fait appel à l'arbitrage du Conseil d'Administration des deux PO pour les sujets éventuellement conflictuels ou qu'il estime engager la stratégie globale des deux institutions.

Chef de projet :

Fonction :

- planifie en détail les différentes étapes et actions du Projet en terme de timing, de personnes leader et de ressources des actions
- assure la coordination entre les personnes responsables des différentes actions (acteurs internes et/ou externes) et le comité de pilotage
- assure la cohérence entre les actions et les décisions prises dans les différents volets
- est le moteur et le garant de la créativité et de l'innovation au sein des groupes de travail et au fil de l'avancée du projet
- assure le suivi permanent des piliers du projet
- assure le respect du budget, du timing, la gestion du changement et la gestion des risques.

Comités d'experts

a) Composition :

Ils sont subdivisés en fonction des territoires de compétence particuliers. Ainsi devraient exister les groupes d'expertise médicale, financière et administrative, de ressources humaines, de communication et de support informatique, d'infrastructure etc. au gré des nécessités de l'évolution du projet. Les membres de ces comités d'experts pourront varier en fonction des dossiers qui leur sont proposés par le comité de pilotage et le chef de projet. Le leader de chaque groupe sera cependant permanent. Leur composition sera fixée par le comité de pilotage en fonction des suggestions du chef de projet.

b) Fonction :

Chaque **comité d'experts** aura pour fonction d'analyser en détail les propositions qui leur sont soumises, d'en proposer l'architecture et la composition, d'en analyser les ressources financières et humaines nécessaires, les risques encourus, leur intégration dans l'ensemble. Ils pourront s'entourer d'experts extérieurs lorsque cela s'avèrera nécessaire. Ils souligneront aussi l'utilité et les risques d'intégration de ces projets dans l'ensemble du réseau 107.

Evolution de la concertation en phase de fonctionnement

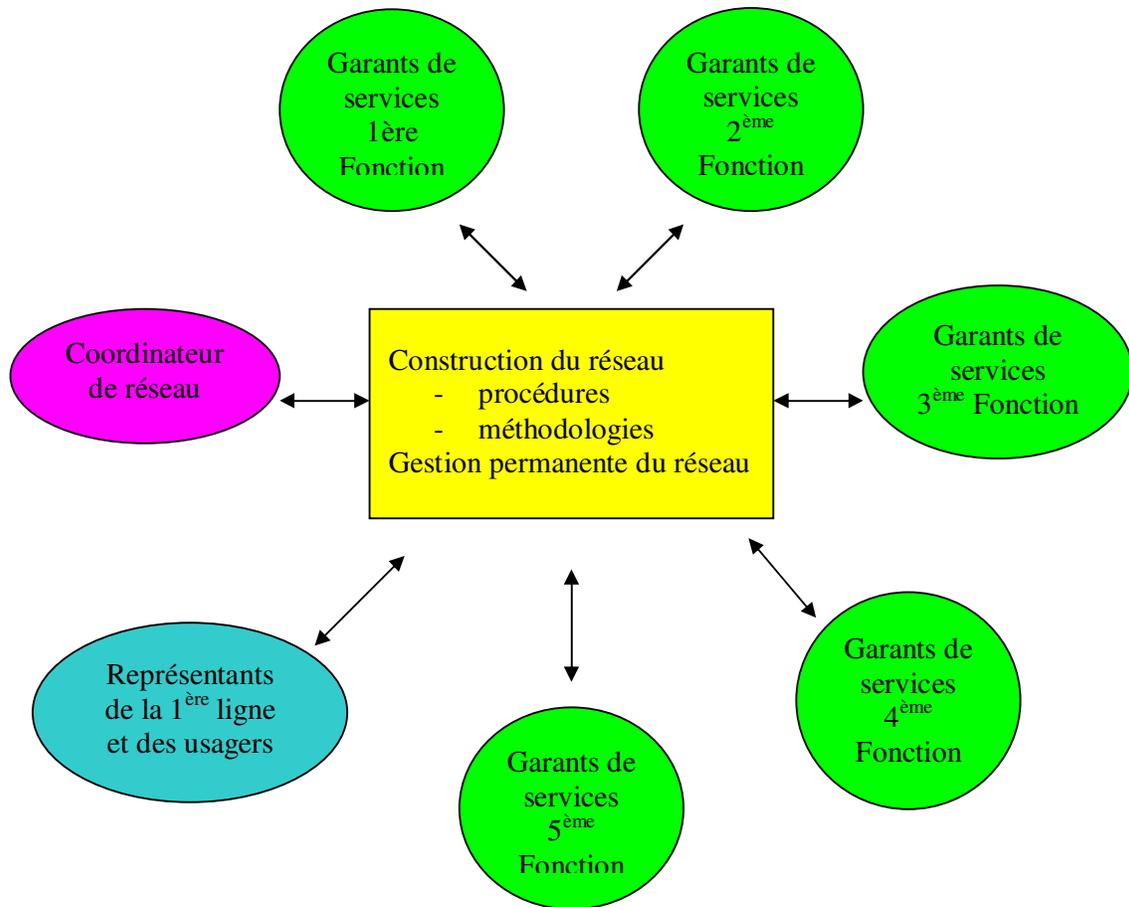
Lorsque le modèle sera implémenté, le comité de pilotage devra évoluer vers une structure de gestion permanente de ce que l'on pourra appeler **le pôle psychiatrique commun** aux deux institutions. En effet, comme nous l'avons signalé plus haut, le fonctionnement des différents outils des deux institutions travaillera en étroite imbrication tant au niveau de la gestion du personnel, que de la responsabilité de la fonction, ou que des implications financières de la gestion journalière. Une superstructure organisationnelle est donc à inventer.

2° Concertation entre acteurs du Réseau Grand Liège Huy Waremme Visé

Le deuxième niveau de concertation concerne la coordination de tout le Réseau. Un modèle de fonctionnement est suggéré par le guide « *Vers de meilleurs soins en santé mentale* » issu de la concertation entre l'état fédéral, les régions et les communautés.

Nous en reprendrons donc les différents éléments :

Comité de travail permanent du Réseau



1. *Mise en place des acteurs :*

Les garants de service :

Chaque structure du réseau inscrite dans le projet désignera, par fonction où elle est active, un représentant (garant de service) qui sera durant tout le processus d'implémentation l'interlocuteur du coordinateur et le garant de sa structure dans la construction organisationnelle du réseau. Son mandat est clair, il a la confiance de sa structure, il est connu du coordinateur de réseau ; il va servir d'appui permanent et de liaison fonctionnelle entre les actions définies en commun dans le projet de construction de réseau, leur implémentation et leur concrétisation sur le terrain en gestion continue. En pratique, les différentes structures se définiront comme acteurs dans une ou plusieurs fonctions. Ils désigneront un garant de service par fonction occupée.

Le coordinateur de réseau :

Il est issu de la structure promotrice du projet, et accepté par l'ensemble des garants pour coordonner les cinq fonctions.

Il prend connaissance des ressources mobilisables existantes, et se profile comme étant le facilitateur de la création du réseau. Il connaît les spécificités des différentes ressources et les projets en cours dans chaque structure.

Il rencontre les responsables : pouvoir organisateur et direction de sa structure. Il s'imprègne de l'offre des différentes ressources, mais aussi de leurs limites ; il en connaît les législations. Il réalise une cartographie actualisée des besoins et ressources du territoire.

Il réunit de façon structurelle ou exceptionnelle le groupe de travail représentant les 5 fonctions.

Fiche signalétique du coordinateur du Réseau Grand Liège et triangle formé par Huy-Waremme-Visé

Le coordinateur du réseau, désigné par le promoteur CNDA et issu de ses rangs, et choisi par les membres du Réseau est le Docteur KEMPENEERS Jean-Louis, dont le curriculum est joint en annexe.

Il nous semble présenter toutes les conditions requises pour occuper au mieux cette fonction essentielle à la réussite du réseau.

Le Docteur Kempeneers est médecin psychiatre, ayant effectué toute sa carrière en institution psychiatrique. Il exerce encore une importante activité clinique au sein de son institution, tant auprès des patients hospitalisés qu'en suivi ambulatoire. Il a aussi exercé en service de Santé Mentale. Enfin il possède le titre de médecin chef de service d'établissements pour malades mentaux et à ce titre a la responsabilité de suivi de nombreux patients traités dans le cadre de la loi de la protection de la personne. Il participe au jury de sélection des nouveaux candidats organisé par la région wallonne.

Son expérience clinique en santé mentale est donc ancienne et reste actuelle.

Le Docteur Kempeneers exerce la fonction de Directeur médical au CHS Notre-Dame des Angés à Liège-Glain depuis novembre 1999. Pour exercer au mieux cette fonction, il a acquis le certificat interuniversitaire en management médical en 2001 et le certificat en gestion du changement en 2007 (UCL). En sus de la gestion journalière de la fonction médicale, il participe aux différents organes de gestion de l'institution et préside la Gestion journalière des soins. Il est invité permanent à son Conseil d'Administration. Son expérience de gestion médicale, administrative et en ressources humaines s'appuie sur une formation solide et une pratique prolongée.

Le Docteur Kempeneers est administrateur et membre du bureau exécutif de la Plateforme Psychiatrique Liégeoise depuis 2000, il y a exercé la fonction de trésorier et en est l'actuel président. Il préside le groupe de travail 'mise en observation' de l'Interplateforme Wallonie-Bruxelles. Il a été membre fondateur de l'Institut wallon en santé mentale, membre effectif du Conseil Wallon des Etablissements de soins de 2001 à 2009 et membre actif de son groupe de travail Psychiatrie, membre effectif de Conseil Régional Wallon des Services de Santé Mentale de 2002 à 2009.

Son expérience de politique hospitalière, et de politique de coordination des soins en santé mentale s'inscrit dans un engagement concret et des responsabilités assumées aux postes qu'il occupe.

Le Docteur Kempeneers est impliqué de longue date dans les réflexions de réforme de santé mentale. Il exerce le rôle de secrétaire de la Conférence des Médecins-chefs Francophones de Wallonie et de Bruxelles dont il est membre fondateur. A ce titre, il a participé au voyage d'étude à Birmingham organisé par la ministre de la Santé Mme L. Onkelinx, et aux discussions sous l'égide de son cabinet en vue d'encadrer la fonction médicale au sein des équipes mobiles, à créer dans le cadre de cet appel à projet. Il a lui-même proposé divers textes tendant à inspirer le projet.

Sa connaissance des problématiques de réseau et du contenu de la réforme est profonde, documentée, et actualisée.

Le Docteur Kempeneers s'engage à s'investir largement dans sa fonction de coordinateur du Réseau, projet dont il a largement inspiré la rédaction. Il abandonnera ses activités cliniques au profit de la réalisation de ce projet pour en garantir la disponibilité de temps. Sa fonction de Médecin-chef de CNDA, qui en est le promoteur, s'articule parfaitement à sa nouvelle fonction de coordination de réseau, et lui permettra, en connaissance de cause et avec l'autorité et la responsabilité nécessaires, de coordonner et suivre de près les fonctions médicales essentielles à la réussite du projet. Sa large connaissance des membres du Réseau, responsables des structures ou acteurs de terrain, facilitera ses fonctions de coordinateur, autant dans son rôle de facilitateur structurel, que de gestionnaire journalier

2. Mise en place du comité de travail :

- Chaque acteur du réseau (structure de soins) nomme un garant de services qui a mandat de sa structure pour la représenter
- Un coordinateur de réseau est désigné pour faciliter l'élaboration et le fonctionnement harmonieux du réseau
- Le coordinateur de réseau et l'ensemble des garants constituent le comité de travail stratégique qui devra aboutir à l'opérationnalisation du travail en réseau sur des territoires définis. C'est un groupe de préférence fermé, qui établit dès le départ un plan de travail structuré.

Plan de programme comprenant obligatoirement :

- La finalité recherchée (construction opérationnelle de réseau)
- Les objectifs généraux pour y parvenir
- Les actions à mener
- Les moyens à y affecter
- Un échéancier
- Une analyse feedback (évaluation permanente des résultats).

Ce plan programme est connu et bien intégré par tous les membres du comité de travail, mais aussi des PO de chaque structure.

Ce plan programme est sous la responsabilité globale (pilotage) du coordinateur de réseau qui veillera à la réalisation des objectifs par une animation dynamisante des différents acteurs.

3. Construction participative :

Nous sommes ici dans la phase d'implémentation du réseau. Les objectifs de cette phase peuvent résumer ces concepts clés : l'organisation, la planification, l'élaboration des stratégies, l'établissement de complémentarités, la concertation, la coordination, la conception d'outils nouveaux ,l'information et le partenariat .Ce sera le rôle de ce comité de travail de construire théoriquement et d'implémenter chacun de ces chapitres.

Le coordinateur de réseau sera en permanence confronté à des missions tant stratégiques et politiques que d'organisation et de gestion, ainsi que de communication.

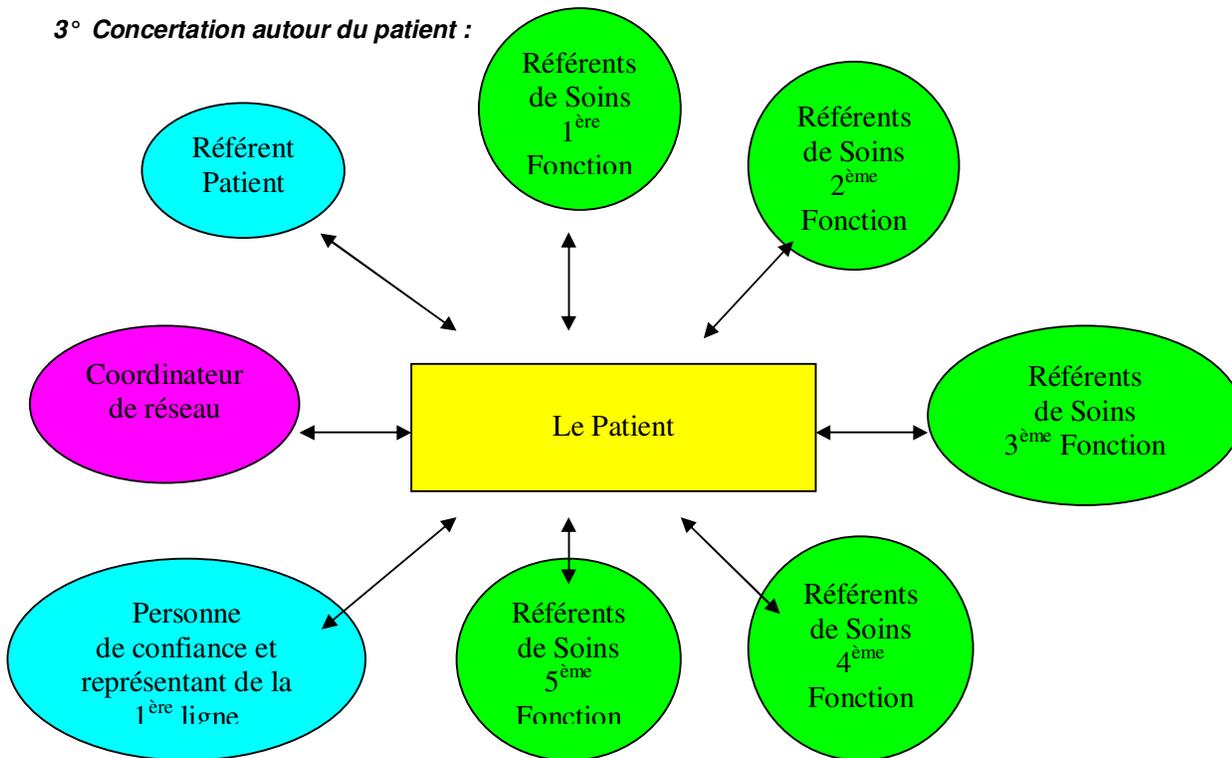
Nous en retiendrons deux axes essentiels :

- a) la mise en commun des pratiques et des ressources
- b) la mise en place des consensus et des procédures

4. **Gestion permanente :**

Ce comité de concertation réseau poursuivra bien sûr son action lorsque celui-ci sera implémenté, et prendra alors la forme d'un comité de gestion permanente. Il réadaptera l'articulation entre fonctions et entre acteurs en fonction de l'évolution des besoins, de l'évaluation des résultats et des mesures de qualité, des nouveaux projets suggérés par les membres du Réseau. Il aura aussi la fonction de superviser le dernier niveau de concertation qui est celui autour du patient.

3° Concertation autour du patient :



La concertation autour du patient doit pouvoir bénéficier de notre expertise acquise à travers le Projet 100. En effet, ce projet a développé une approche originale et pragmatique de soins transversaux qui respectent les trajets de soins souvent complexes des patients psychiatriques.

Concrètement, si le trajet de soins, et donc la concertation autour d'un patient se complexifie, soit que plusieurs fonctions et plusieurs outils agissent en cascade, en parallèle, ou en alternance, le patient sera entouré d'un organe de concertation propre.

L'activation de l'organe de concertation autour du patient sera suggéré par un membre d'une des cinq fonctions, et entériné par le comité de travail permanent. Chaque fonction ou structure activée pour le besoin du patient désignera un référent de soins représentant l'équipe activée. Le patient désignera parmi ses référents un accompagnant-projet qui sera son interlocuteur privilégié pour la définition de son projet et l'accompagnera tout au long du processus. Il pourra aussi désigner une personne ressource, un non professionnel représentant sa famille ou son milieu de vie, qui aidera les acteurs dans le processus de concertation autour du patient. Cette concertation définira le projet thérapeutique, coordonnera les plans de soins des différents acteurs, stimulera le soutien au (et du) milieu de vie, et déterminera les ressources nécessaires au projet thérapeutique. Les référents se réuniront en fonction de l'activation pour le patient de leur fonction propre.

Un dossier de concertation sera établi et géré par le référent patient, dont la fonction reste permanente pendant tout le processus de concertation autour du patient. Celui-ci sera aussi l'interlocuteur privilégié auprès des référents de soins non activés momentanément, des référents de première ligne qui ne pourraient être présents à cette concertation. Il sera aussi responsable de la communication avec d'autres acteurs momentanés ou hors réseau de soins, mais qui participent au processus.

En fin de processus, la concertation rédigera un bilan final qui servira d'outil de mesure pour le suivi de qualité coordonné globalement par le Comité de gestion permanente du réseau.

Phasage du projet

Le phasage de l'implémentation du projet est particulièrement complexe. Nous devons prévoir, en fonction de l'installation du Nouvel Hôpital Liégeois sur son nouveau site, trois phases d'implémentation

1^{ère} phase

Celle-ci se déroule dans le courant de l'année 2011, elle permet de rendre effective l'instauration des deux équipes mobiles :

- Gel de 30 lits T de CNDA
- Ouverture de l'équipe mobile chronique sur le site CNDA et avec les moyens en personnel de CNDA
- Gel de 15 lits A du CHC Rocourt
- Abandon du droit d'ouverture de 15 lits A en portefeuille au CHC
- Ouverture de l'équipe mobile aiguë au CHC, avec le personnel du CHC.

2^{ème} phase

Celle-ci se déroule de 2012 à 2017, en attendant la construction du Nouvel Hôpital Liégeois.

- Transformation de 45 lits T en 30 lits A sur le site CNDA
- Ouverture de 16 lits IB par reconversion de 25 lits T sur le site CNDA.
- Elargissement à 30 lits partiels A1 de l'hôpital de jour par reconversion de 2 lits A2 de nuit et 3 lits T de CNDA
- Ouverture de 30 lits MSP + par fermeture de 20 lits T CNDA
- Construction de la maison d'accueil de l'Essor (120 à 150 lits) sur fonds propres.

3^{ème} phase

Ouverture du Nouvel Hôpital Liégeois en 2017, qui permet la phase finale du projet.

- Transfert des 60 lits A de Rocourt vers l'entité CHC-CNDA
- Ouverture de 6 lits A de crise NHL à partir de la reconversion et fermeture de 9.5 lits T de CNDA.

Ce timing respecte +/- le financement par lit et les ETP en fonction sur chaque site.

Un engagement sur le projet global est cependant nécessaire pour ne léser personne (médecins et personnel compris) en fin de processus.

Le point délicat concerne l'organisation de la garde médicale.

Un transfert financier des honoraires de surveillance est nécessaire, de Rocourt et CNDA vers St Joseph – Espérance en début de processus, pour garantir l'attractivité de la garde pour les médecins.

La garde médicale devra dès 2011, et en particulier lors de l'activation de l'équipe mobile de crise, être réorganisée entre tous les médecins sur les trois sites, en ce compris les deux équipes mobiles.

Gestion des risques

Le réseau ainsi constitué porte une responsabilité à deux niveaux : il est responsable de l'offre coordonnée en santé mentale sur le territoire défini, et il est responsable globalement de l'intervention des acteurs de terrain et de leur coordination.

Bien sûr chaque opérateur restera responsable de ses actions dans les fonctions-réseau qu'il occupe, et de l'action de chacun des membres de son personnel dans les actes au sein de la coordination des soins. Il n'en demeure pas moins que de nombreuses actions seront coordonnées entre plusieurs opérateurs et que le personnel de soins de différentes structures devra agir de concert et prendre des responsabilités communes, ne serait-ce qu'en Comité de concertation autour du patient.

Il faudra donc bien définir la portée de la responsabilité de chacun (structures ou acteurs) dans les actions communes.

D'autre part, la communication entre acteurs présente aussi un risque, soit de mauvais fonctionnement, soit de perte d'informations, soit de mauvaise préservation du secret médical.

Il sera donc essentiel que les principes d'éthique, commune énoncés auparavant, fassent l'objet d'une charte claire et précise, et qu'il soit désigné dans le réseau un responsable des outils de communication accepté par tous, accompagné d'un financement correspondant.

Enfin, à partir du moment où le réseau sera tout à fait opérationnel, la fonction de chacun déterminera les résultats de l'ensemble. Il faudra donc prévoir le niveau d'engagement de chaque opérateur et les modalités à mettre en place en cas de déficience d'un de ceux-ci pour pourvoir à la fonction qui lui était octroyée.

Discussion sur l'offre de soins du réseau, en qualité et en quantité

Nous voudrions ici montrer que l'offre de soins que nous nous proposons de structurer sur le territoire délimité gagne tant en cohérence qu'en qualité et en quantité pour la population concernée.

1. Comme nous l'avons dit en exergue, le *target* du projet (le but global que nous tentons d'atteindre) est d'offrir une structuration complète, cohérente et coordonnée de soins en regard des trajets de soins (souvent désordonnés) des patients.

L'offre du réseau est complète sur le territoire déterminé, et recouvre largement les cinq fonctions nécessaires au projet. L'alliance des différentes forces du réseau crée ainsi sur le plan géographique un maillage étroit du territoire que complètent les équipes mobiles. Les structures de soins de Huy, de Waremme et de Visé permettent une offre en milieu rural à semi-rural sans déplacement extrême pour les patients. L'offre dans la métropole est nombreuse et diversifiée.

L'offre est aussi cohérente puisque les différents partenaires déterminent entre eux des fonctions thérapeutiques qui s'emboîtent tant au niveau des pathologies que des moments thérapeutiques de chaque patient, de telle sorte que le trajet de soins laisse peu d'espace thérapeutique non couvert. Nous pouvons le souligner en particulier dans la prise en charge de l'urgence et de la crise, où la nouvelle coordination des soins répond, nous semble-t-il, à tout type de décompensation allant de la simple crise anxieuse jusqu'aux problématiques graves que nous confie la justice.

Enfin, le réseau se devra d'être structuré. Ceci est bien sûr à construire et à inventer tant au niveau des procédures que des supports communicationnels à mettre en place. Les premiers contacts entre partenaires montrent bien la proximité entre tous sur le plan philosophique, le désir d'offrir des réponses diversifiées s'adaptant à chaque trajectoire, des plans de soins personnalisés, nécessitant des structures souples, un travail autour du patient et son milieu de vie avec comme but ultime l'autonomisation maximum de celui-ci, tout en respectant et acceptant ses limites et ses déficits persistants.

Ainsi le réseau répond, tant sur le plan formel qu'opérateur, à l'offre exigée par le projet au-delà de ce qui est demandé. La continuité des cinq fonctions et leur articulation colle au mieux à la demande et flexibilise la réponse aux différentes facettes des pathologies. Nous espérons encore améliorer les choses dans l'interface avec la première ligne par le développement de permanences téléphoniques pour les médecins généralistes et l'organisation de consultations urgentes à travers l'offre large qui peut être offerte tant en service de santé mentale qu'en policlinique spécialisée.

2. Nous pourrions nous voir reprocher la fermeture de 135 lits T avec la crainte que l'offre en santé mentale ainsi diminuée laisse sur le carreau bon nombre de patients antérieurement pris en charge. Nous voudrions montrer que malgré cette suppression de lits l'offre de soins est au contraire accrue :
 - a) le *caseload* total tous niveaux de prise en charge confondus est largement accru. Un rapide calcul montre que si l'on additionne les nouvelles offres de prise en charge par fonction, (le nombre de patients traités en plus par les équipes mobiles : 150 + 30, les lits de crise : 6, les PTCA : 16, les lits

de jour : 4, les MSP : 30, les habitations protégées : 10, les maisons d'accueil : 150), les 135 lits T perdus sont largement remplacés ;

- b) la qualité accrue de la prise en charge en amont de l'hôpital nous fait espérer une diminution du nombre de patients qui nécessitent une hospitalisation ou un hébergement, ce qui est le but premier de la réforme ;
- c) les consultations de première ligne (prédiagnostic, consultation d'urgence) permettent déjà une réponse pour éviter le développement de la crise ou la situation d'urgence ;
- d) si l'urgence est enclenchée, la possibilité de différer ou éviter l'hospitalisation par la mise en place des lits de crise, ou de la remplacer par un traitement à domicile par l'intermédiaire de l'équipe mobile de crise, rend aussi le recours à l'hospitalisation moins automatique ;
- e) la réponse structurée de la crise par des instruments d'aval allant de l'ambulatoire jusqu'à l'hospitalisation partielle évite aussi à un grand nombre de patients d'entrer dans le cercle vicieux des hospitalisations psychiatriques ;
- f) l'hospitalisation aiguë raccourcie par l'amélioration de son aval ambulatoire (équipe mobile pour patients chroniques et SPAD), semi-résidentiel et de réhabilitation permet aussi un raccourcissement des durées d'hospitalisation, renforcé encore par des possibilités d'hébergements de courte durée (MSP + habitations protégées et appartements supervisés visant à la réhabilitation) ;
- g) enfin nous pensons que notre système permet aussi une moindre fréquence du mécanisme de la porte tournante par :
 - 1° une collaboration renforcée entre l'hôpital psychiatrique et son aval (services de santé mentale et consultation spécialisée, équipes mobiles, et interface renforcée avec la première ligne et le milieu de vie) ;
 - 2° un effort de réhabilitation centré sur l'autonomie par le renforcement de la troisième fonction ;
 - 3° l'acceptation de la permanence du déficit, ce qui nécessite une réponse ambulatoire (club patient) ou résidentielle (maison d'accueil) adaptée.