



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

**Hôpital Neuro-Psychiatrique Saint-Martin
Hôpital psychiatrique du Beau Vallon**

Octobre 2010



Hôpital Psychiatrique du Beau Vallon asbl



1. Explication sur la vision du projet

Les partenaires du projet de réseau de Soins et de Soutiens en Santé mentale se mobilisent à partir d'un certain nombre de valeurs communes, dont :

- l'éthique du respect de la personne
- l'attention portée à et la mobilisation pour Autrui, en particulier celui/celle qui fait face à des difficultés (importantes) sur le plan bio-psycho-social,
- les libertés de choix, d'expression et d'association, tant des patients que des prestataires ;
- la bienveillance ;
- le souci d'agir avec expertise et professionnalisme ;
- l'agir ensemble, de manière convergente et coordonnée en respectant le principe de subsidiarité ;
- le respect du secret professionnel ;
- le principe de prudence, notamment dans l'échange d'informations relatives au patient ;
- ...

Les partenaires du réseau de soins et de soutiens en santé mentale s'engagent dans le processus de réforme « vers de meilleurs soins en santé mentale par la réalisation de circuits et de réseaux de soins », initié par les Autorités fédérales, communautaires et régionales belges. Ils s'inscrivent ainsi dans le mouvement de dynamisation des soins en santé mentale, engagé au niveau européen et concrétisé dans certains pays de l'Union (Grande Bretagne, France, Pays-Bas, ...), mais aussi en dehors de celle-ci (Etats-Unis, Canada, Suisse, ...). Les partenaires s'inspirent de ces expériences et des bonnes pratiques développées, ainsi que des outils scientifiques éprouvés (evidence based), afin de construire un projet adapté au contexte belge et plus spécifiquement namurois.

L'élément fondamental qui sous-tend la création, par les partenaires, d'un réseau de soins et de soutien en santé mentale est leur volonté commune d'améliorer la qualité de l'offre actuelle, en étant plus proche du patient et de son contexte de vie. L'objectif est donc de répondre plus rapidement aux besoins du patient et de son entourage et de détecter le plus rapidement possible les signes avant coureurs de décompensation et de crise. Pour y parvenir, il convient de renforcer les dispositifs existants, ainsi que les liens tissés entre ces derniers et, plus particulièrement, il est temps de créer de nouveaux dispositifs, c'est-à-dire des équipes mobiles spécialisées.

Au-delà de l'aspect « soins », les partenaires visent fondamentalement à permettre à la personne de renforcer son rôle d'acteur principal de sa propre vie, d'exercer de la manière la plus autonome possible ses droits et de (re)prendre sa place de citoyen dans la société.

2. Groupe cible

a) Public-cible général :

- patients adultes âgés de 16 ans au moins et 65 ans au plus
- présentant des troubles psychiques complexes
- ayant fait l'objet d'une évaluation psychiatrique
- au sein du réseau
- et présentant un risque de réhospitalisations psychiatriques multiples

b) Critères généraux d'exclusion :

- patients présentant exclusivement un handicap mental
- patients souffrant exclusivement de démence ou autres troubles neurologiques

c) Publics-cibles pour chaque fonction de base :

		<i>Public-cible</i>
Fonction 2 A	Traitement intensif	Patients adultes souffrant de problèmes psychiques aigus, ayant leur domicile dans l'arrondissement de Namur et adressés vers l'équipe par un intervenant du réseau.
Fonction 2 B	Traitement continu	Patients adultes souffrant de problèmes psychiques chroniques ou de troubles psychiques aigus stabilisés, ayant leur domicile dans l'arrondissement de Namur et adressés vers l'équipe par un intervenant du réseau.
Fonction 3	Réhabilitation psychosociale	Patients adultes souffrant de problèmes psychiques chroniques stabilisés.
Fonction 4	Intensification des soins hospitaliers	Patients adultes souffrant de problèmes psychiques chroniques ou de problèmes psychiques aigus, étant hospitalisés dans une unité de soins.
Fonction 5	Appui à l'outreaching	Patients adultes souffrant de problèmes psychiques chroniques ou aigus stabilisés et qui sont en démarche pour intégrer un nouveau lieu de vie (domicile, IHP, MSP, MRS, etc.).

3. Objectifs

Grâce à l'émergence et à l'organisation d'un réseau cohérent et coordonné de soins et de soutiens, les partenaires visent à permettre aux personnes qui souffrent de troubles psychiques complexes de continuer à vivre, de manière autonome, dans leur milieu de vie naturel, et ce autant que faire se peut.

Ceci se fait, d'abord, par le renforcement des dispositifs existants et par un renforcement des liens entre ces dispositifs. Ensuite, par la création de nouveaux dispositifs de soins et d'accompagnement. Ainsi, s'agissant d'une personne qui vit à son domicile, l'intervention auprès du patient relève, en priorité, du médecin généraliste et des acteurs de première ligne. Grâce à la réforme susvisée, ceux-ci sont désormais en lien direct, avec de nouvelles équipes d'appui, mobiles et spécialisées. Celles-ci sont constituées de professionnels de la santé mentale.

En dehors des situations d'urgence, moyennant acceptation par le patient ou si l'application de la loi (relative à la « protection du malade mental » ou relative à la « défense sociale ») l'exige, ces équipes se rendent auprès du patient pour lui prodiguer les soins et lui offrir (ou l'orienter vers) les soutiens adaptés à sa situation et à ses besoins. Ces équipes mobiles sont en relation directe avec les différents acteurs du champ de la santé (mentale), mais aussi avec ceux actifs dans d'autres secteurs. Elles interviennent, selon leurs missions propres, dans les phases de la maladie dites « de crise » ou dans les phases dites « de stabilisation ». Une mission spécifique consiste à accompagner le patient tout au long de son parcours de « réhabilitation psycho-sociale » (finalité).

L'ensemble des acteurs, agissant chacun au minimum dans le cadre d'une des « cinq fonctions de base », se concertent autour du « Référent de soins », (désigné par le patient ou son représentant légal), afin d'établir un plan de soins et d'accompagnement, adapté aux besoins du patient.

Lorsqu'une hospitalisation (en psychiatrie) s'avère indiquée (diagnostic psychiatrique posé), celle-ci se doit d'être préparée et se limiter au temps nécessaire pour prodiguer des soins dits « intensifiés ». Pendant cette hospitalisation, le réseau met tout en œuvre afin qu'à la sortie, le patient puisse, soit réintégrer son domicile, soit être orienté vers une structure d'habitat spécifique, dans les meilleures conditions possibles ; c'est-à-dire en prévoyant les soutiens adéquats.

Les acteurs évaluent ensemble de manière rigoureuse, en utilisant des outils pertinents et validés sur le plan scientifique (evidence-based), les résultats de leur action. Ils mettent en place et utilisent les outils d'enregistrement qui sont utiles pour cette évaluation et pour rendre compte de leur activité.

Les patients et leur entourage sont associés étroitement tout au long du processus, en ce compris dans l'évaluation. Sauf cas particulier (application de la loi relative à la protection du malade mental ou de la loi de défense sociale), le patient, ou son représentant légal, peut exercer l'ensemble de ses droits (en particulier ceux prescrits par la loi de 2002 sur les droits du patient) et ce, à tout instant. Ceci vaut en particulier pour les orientations qui lui sont proposées (liberté de choix du prestataire).

Afin de garantir la cohérence de l'ensemble du réseau, ainsi qu'une qualité optimale des soins et des soutiens, le Coordinateur de réseau et les Garants institutionnels, issus des cinq fonctions de base, veillent à ce que les objectifs fixés, l'élaboration du plan de soins et d'accompagnement, les procédures/processus d'intervention, les modalités de concertations cliniques, la répartition des rôles de chacun,... soient correctement définis.

4. Délimitation du domaine d'activité géographique

Le territoire envisagé dans le cadre de ce projet concerne l'arrondissement de Namur ; à savoir les communes suivantes :

Commune	Nombre d'habitants	Nombre d'habitants / km ²	Superficie
Andenne	24 925	289.8	86km ²
Assesse	6 420	82.30	78km ²
Eghezée	15 016	145.78	103km ²
Fernelmont	6 979	105.74	66km ²
Floreffe	7 592	194.66	39km ²
Fosses-la-Ville	9 623	152.74	63 km ²
Gembloux	22 789	237.38	96km ²
Gesves	6 634	102.06	65km ²
Jemeppe-sur-Sambre	18 262	388.55	47 km ²
La Bruyère	8 675	163.67	53km ²
Mettet	12 411	106.07	117 km ²
Namur	108 574	616.89	176km ²
Ohey	4 461	78.26	57km ²
Profondeville	11 508	230.16	50km ²
Sambreville	27 223	418.81	65 km ²
Sombreffe	7 861	218.36	36 km ²
Yvoir	8 779	154.01	57km ²
TOTAL	307 732		1254 km²

Ce territoire représente une superficie totale de **1254 km²** pour une population totale, tous âges confondus, de **307 732 habitants**.¹

Le nombre total d'habitants correspondant à la tranche d'âge définie pour le public-cible (16-65 ans) est de **204.187 habitants**.²

Vous trouverez, en *annexe 1* du présent rapport, une carte reprenant les communes concernées par le territoire du réseau en santé mentale de l'arrondissement de Namur.

Vous trouverez en *annexe 2*, les données sociodémographiques détaillées concernant l'arrondissement de Namur.

Compte tenu des données récoltées, mises en parallèle avec celles qui font référence dans les expériences internationales, le territoire semble tout à fait adéquat. Une extension sur l'ensemble de la Province de Namur pourrait être envisagée dans une autre phase, moyennant l'allocation de nouveaux moyens.

Enfin, il serait utile de pouvoir quantifier les mouvements et adressages de patients et des différents acteurs présents sur le terrain. Ces données sont parfois disponibles mais de manière très parcellaire et sans possibilité de globaliser les chiffres.

¹ Source : Institut National des Statistiques via le site internet <http://statbel.fgov.be>, données du 1^{er} janvier 2009.

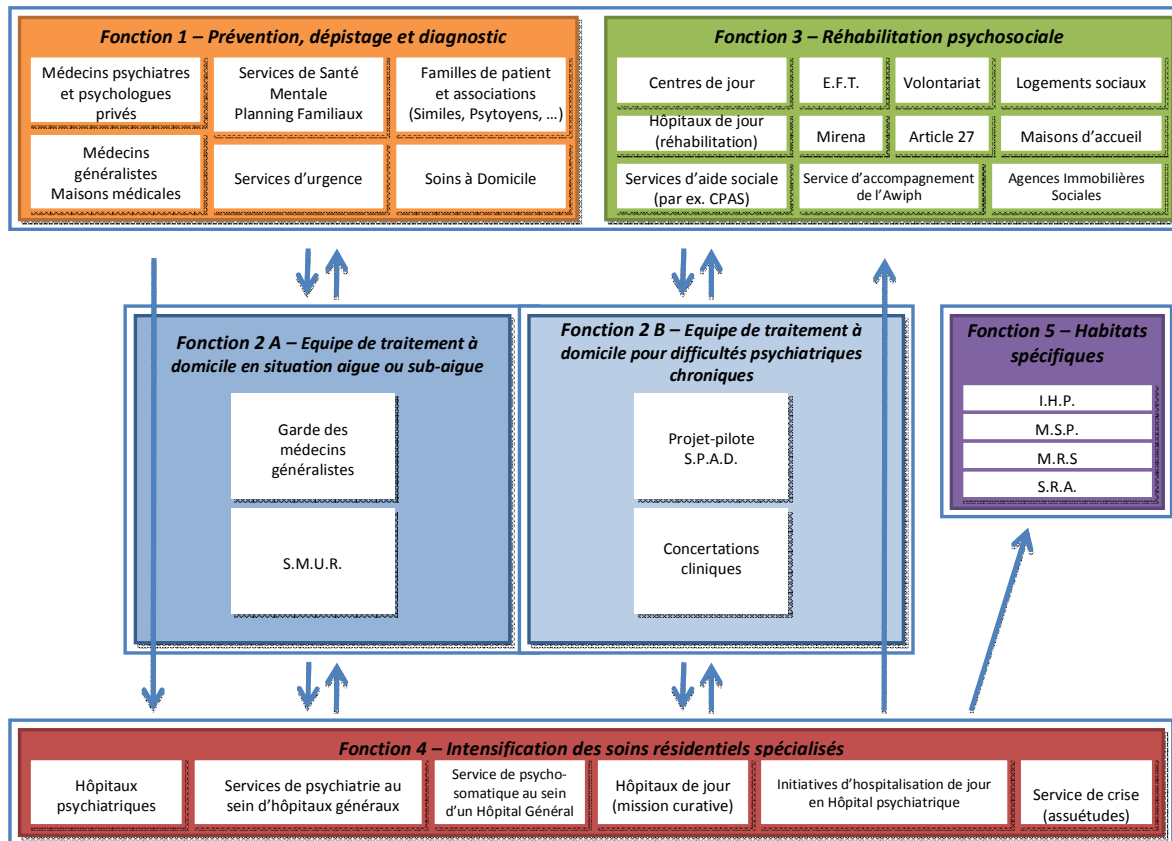
² Au 01/01/2008, l'I.N.S. donne comme résultat sur le territoire couvert pour les 15 à 64 ans : 202.506 habitants concernés. Ce qui équivaudrait pour le 01/01/2009 à 204.187 habitants (si l'on tient compte de la progression de 0,83% entre 2008 et 2009 pour cette zone).

5. Description de la nouvelle structure

5.1. Composition du réseau

Cet état des lieux du réseau en santé mentale de l'arrondissement de Namur reprend tous les dispositifs de soins et d'aide identifiés en lien avec les cinq fonctions (prévention, interventions à domicile, réinsertion dans la société, traitement intensif résidentiel et formules résidentielles spécifiques).

Vous trouverez, en *annexe 3*, un descriptif détaillé de cet état des lieux, fonction par fonction avec le nom du service, de la structure ou de l'établissement.



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

a. 1) *Etat des lieux du réseau pour la « Fonction 1 »*³ :

Sur le plan des soins médicaux de première ligne, ceux-ci sont assurés par :

- les médecins généralistes des communes concernées (regroupés au sein de deux associations : R.G.N., Rassemblement des médecins Généralistes du Namurois et A.S.I., l'Association des Soins Intégrés, association des généralistes de Malonne/Floeffe, de Jemeppe-sur-Sambre, d'Andenne/Ohey et du Centre Ardennes),
- les Maisons Médicales (« Arsouilles », « Bomel », « La Plante » et « La Bruyère »),
- services d'urgence au sein d'hôpitaux généraux (Clinique Saint-Luc, Cliniques Universitaires UCL de Mont-Godinne, C.M.S.E., C.H.R.N. et C.H.R.V.S.).

³ Liens à faire avec le réseau pédopsychiatrique en fonction du public-cible.

Au niveau des soins thérapeutiques ambulatoires, le réseau du territoire dispose :

- des médecins psychiatres des communes concernées,
- des services de Santé Mentale (Namur-Balances, Namur-Astrid, Jambes, Gembloux, Andenne et Tamines) (deux de ceux-ci sont regroupés en association (I.P.O.G., Institut Provincial d’Orientation et de Guidance),
- des plannings familiaux (Centre de Planning Familial de Namur, Centre de Planning Familial Socialiste, Centre « Le Blé en Herbe », Centre « Willy Peers », Centre de Planning et d’information de la Basse Sambre, Centre « ça vaut pas l’coup »),
- d’un centre de consultation psychologique d’initiative privée (Centre « Le Choix de Paroles »), et
- des psychologues/psychothérapeutes des communes concernées.

Les soins de santé de première ligne sont, quant à eux, assurés par :

- services d’aide et de soins à domicile (A.S.D. Aides et Soins à Domicile, C.S.D. Centrale de Services à Domicile, S.P.A.F. Service Provincial d’Aides Familiales e A.D.M.R. Aide à Domicile en Milieu Rural, Sambre Soins, CorSaDe, COMESOM),
- infirmiers(ères) indépendant(e)s et associations d’infirmiers(ères) indépendant(e)s

Les associations de patients et des familles : Similes, Psytoyens et L.U.S.S. (Ligue des Usagers en Soins de Santé).

a.2) Constat pour la « Fonction 1 » :

De cet état des lieux, il ressort que le réseau du territoire concerné est suffisamment fourni pour apporter à la population des interventions entrant dans le cadre de la « Fonction 1 ». Cependant, force est de constater qu’il y a trop peu de formation à la prise en charge des problématiques complexes de santé mentale dans le cursus des médecins généralistes (souffrance psychique et ses conséquences notamment au niveau comportemental) et aux sciences humaines.

En outre, les possibilités de rendez-vous dans un service de santé mentale transitent sur une liste d’attente, parfois très longue.

Quelle prise en charge ou quel soutien est apporté aux familles, parfois plongées dans un profond désarroi ne leur laissant pas d’autre choix que le recours à une hospitalisation voire à une mise en observation ?

Par ailleurs, le statut de patient ambulatoire pour les personnes qui rentrent dans le public cible visé par le projet est source de grandes difficultés (accessibilité financière, distribution et prise des médicaments,...).

Enfin, ces équipes d’intervention de première ligne devraient pouvoir participer à des séances d’intervention fréquentes.

b) Fonction 2 A – Equipes d’intervention mobile ambulatoire de traitement intensif pour les problèmes psychiques aigus :

b.1) Etat des lieux du réseau pour la « Fonction 2 A »⁴ :

Du point de vue de la gestion de l’urgence, les possibilités d’aide aux patients psychiatriques en situation aiguë de demande de soins sont assurées par des services non spécialisés dans le domaine de la santé mentale :

- la garde de médecine générale (G.M.G.),
- le S.M.U.R.

b.2) Constat pour la « Fonction 2 A » :

De cet état des lieux il ressort que le réseau du territoire concerné n’est pas assez outillé pour assurer des interventions au niveau de la « Fonction 2 A ».

⁴ Liens à faire avec le réseau pédopsychiatrique en fonction du public-cible.

Un service E.M.I.S.M. (Equipe Mobile d'Intervention en Santé Mentale) sera prochainement mis en place par la Province de Namur, afin d'aider ces intervenants de première ligne à coordonner la prise en charge au domicile du patient, pour des patients psychiatriques en situation aiguë de demande de soins. Cette initiative nous semble intéressante, même si l'on peut se poser des questions quant à l'allocation en moyens humains et aux conditions organisationnelles de fonctionnement par rapport aux objectifs fixés. Dans un esprit de recherche de complémentarité, nous basons notre propre proposition sur l'existence de ce nouveau dispositif.

Du point de vue de la gestion de la crise, il n'existe pas de service qui puisse intervenir, pendant une durée pouvant aller jusqu'à un mois, au domicile du patient, de manière intensive afin de proposer un encadrement thérapeutique et spécialisé dans le domaine de la santé mentale.

Enfin, les hôpitaux généraux souhaitent ardemment, soit un renforcement de leur service d'urgence, via une fonction de soins psychiatriques spécifiques, soit au contraire que les nouveaux dispositifs mis en place désengorgent leur service d'urgence des cas qui ne nécessitent pas une telle prise en charge ou qui peuvent rapidement être réorientés.

Afin de combler ce manque du réseau, nous proposons un nouveau dispositif de soins intitulé E.M.I.T.I. (Equipe Mobile d'Intervention de Traitement Intensif).

c) Fonction 2 B – Equipe d'intervention mobile ambulatoire de traitement intensif pour les problèmes psychiques chroniques :

c.1) Etat des lieux du réseau pour la « Fonction 2 B »⁵ :

L'offre de soins actuelle des institutions assurant la « Fonction 2 B » au sein de notre réseau englobe des services de coordination de soins (Projet-pilote S.P.A.D. (Philia), projets thérapeutiques (Isis, Toxinam) et réseau WaB (assuétudes)),

L'un des services de coordination propose, en tant que projet-pilote S.P.A.D., des interventions ponctuelles d'accompagnement à domicile, appréciées malgré des moyens limités.

c.2) Constat pour la « Fonction 2 B » :

De cet état des lieux il ressort qu'il manque, malgré les interventions du S.P.A.D. (Philia), sur notre réseau une équipe mobile s'adressant aux patients psychiatriques chroniques et proposant un travail d'accompagnement régulier au domicile du patient.

Afin de combler ce manque du réseau, nous proposons un nouveau dispositif de soins intitulé E.M.I.T.C. (Equipe Mobile d'Intervention de Traitement Chronique)

d) Fonction 3 – Equipes de réhabilitation travaillant à la réhabilitation psychosociale, à la réinsertion et à l'inclusion sociale :

d.1) Etat des lieux du réseau pour la « Fonction 3 »⁶ :

Nous avons inclus dans notre état des lieux de cette « Fonction 3 » toutes les institutions offrant des services dans la réhabilitation au point de vue social, professionnel, culturel et aide au logement.

Au niveau de la réhabilitation psychosociale, notre réseau comporte :

- centres de jour (La Charabiole, Le Centre-Lieu, Phenix, Le Figuier, La Bavette, Le Sablier,)

⁵ Liens à faire avec le réseau pédopsychiatrique en fonction du public-cible.

⁶ Liens à faire avec le réseau pédopsychiatrique en fonction du public-cible.

- hôpitaux de jour (Hôpital de jour de l'Hôpital Saint-Martin et Hôpital de jour de l'Hôpital psychiatrique du Beau Vallon),
- services d'aide sociale (Les Restos du Cœur, Les Sauverdias, le restaurant social Saint-Vincent de Paul).

Quant à la réhabilitation professionnelle, notre réseau dispose de plusieurs types d'institutions favorisant la reprise d'un travail ou la formation par le travail :

- Phénix
- E.F.T. (Entreprises de Formation au Travail),
- Mirena (Mission Régionale Emploi Namur)
- Saphemo
- Atelier Pontauray
- ...

La réhabilitation culturelle, est assurée par :

- un service coordonnant les différentes initiatives liées à l'Article 27 et favorisant, par là, l'accès à la culture aux personnes à revenu limité

Au niveau de la réhabilitation au logement, différentes structures permettent un accompagnement des patients désireux de s'établir en un lieu de vie personnel :

- agences de logements sociaux (le Foyer Jambois, le Foyer Taminois,...),
- A.S.I. (Agences Immobilières Sociales),
- maisons d'accueil,
- Fondation Gendebien,
- ...

d.2) Constat pour la « Fonction 3 » :

De cet état des lieux, il ressort que cette mission est, à l'heure actuelle, partiellement effectuée dans le cadre des prises en charge en milieu hospitalier et dans le cadre des services d'activation en I.H.P..

Cependant, il n'existe pas de structures spécifiques permettant d'apporter aux patients psychiatriques une aide à la réhabilitation psychosociale adaptée à la spécificité de leur trouble psychiatrique et visant leur réinsertion dans la société.

Les possibilités actuelles de logement social ne sont pas ou peu accessibles à la population très précarisée, voire « SDF ». En outre, quand bien même les patients psychiatriques disposent-ils d'un domicile, ils se retrouvent dans une position de grande solitude et d'isolement social.

Nous faisons le constat que la formulation de la demande est difficile pour les patients de par leur trouble psychiatrique en lui-même et renforcé par leur isolement social. Il apparaît nécessaire de mettre en place des moyens afin de favoriser et de permettre aux patients l'expression de leurs demandes.

Qu'en est-il de l'accueil et de l'accompagnement en-dehors de heures de bureau ?

Il ressort également de cet état des lieux, qu'il y a, actuellement, peu de prise en charge psychosociale de type convention INAMI sur l'arrondissement de Namur et qu'une réflexion devrait être menée en vue de la création d'une telle convention.

Afin de combler ce manque du réseau, nous proposons un nouveau dispositif de soins intitulé E.R.P. (Equipe extra-hospitalière de Réhabilitation Psychosociale).

e) **Fonction 4 – Unités intensives de traitement résidentiel spécialisées en soins en santé mentale aussi bien pour les problèmes psychiques aigus que chroniques :**

e.1) Etat des lieux du réseau pour la « Fonction 4 »⁷ :

Notre état des lieux des institutions assurant la « fonction 4 » au sein de notre réseau montre que nous disposons de :

- hôpitaux psychiatriques (Hôpital Neuro-Psychiatrique Saint-Martin et Hôpital Psychiatrique du Beau Vallon),
- services de psychiatrie au sein d'un hôpital général (la Clinique Saint-Luc, C.H.R.N. et C.H.R.V.S.),
- service de prise en charge psychosomatique au sein d'un hôpital général (Service psychosomatique des Cliniques Universitaires UCL de Mont-Godinne),
- hôpitaux de jour (Hôpital de jour de l'Hôpital Saint-Martin et Hôpital de jour de l'Hôpital psychiatrique du Beau Vallon),
- initiatives d'hospitalisation en journée (proposées au sein d'hôpitaux psychiatriques) (Les services Revivo A, Revivo C, Neviau B, RevivoB et Saint-Roch (à l'initiative de l'Hôpital Saint-Martin) et Regina Pacis, Clinique du Parc, Réhabilitation (à l'initiative de l'Hôpital du Beau Vallon)), et
- service d'hospitalisation de crise pour assuétudes (Service Post-Urgences du Centre Hospitalier Régional de Namur).

e.2) Constat pour la « Fonction 4 » :

De cet état des lieux il ressort que le réseau de notre territoire compte en son sein plusieurs institutions de traitement hospitalier en santé mentale.

En revanche, l'intensivité des soins mérite d'être accrue et ce, plus précisément au niveau d'un renforcement des activités et soins de jour au sein des hôpitaux psychiatriques.

Afin de combler ce manque du réseau, nous proposons un nouveau développement du dispositif de soins intitulé R.A.S.J. (Renforcement des Activités et Soins de Jour au sein des hôpitaux psychiatriques).

f) **Fonction 5 – Formules résidentielles spécifiques permettant l'offre de soins lorsque l'organisation des soins nécessaires à domicile ou en milieu substitutif du domicile est impossible :**

f.1) Etat des lieux du réseau pour la « Fonction 5 »⁸ :

Le réseau en santé mentale de l'arrondissement de Namur concernant la « Fonction 5 » comprend :

- Initiative d'Habitations Protégées I.H.P. (Psynergie, L'Espoir, La Bogue),
- Maisons de Soins Psychiatriques M.S.P. (Hôpital Neuro-Psychiatrique Saint-Martin et Hôpital psychiatrique du Beau Vallon),
- Maisons de Repos et Soins (M.R.S.)
- Maisons de Repos (M.R.)

f.2) Constat pour la « Fonction 5 » :

De cet état des lieux, il ressort que le réseau de notre territoire est suffisamment pourvu en institutions permettant de répondre aux besoins de la « Fonction 5 ».

En revanche, il conviendrait de faciliter davantage l'accompagnement proposé aux patients lors de la mise en place d'un projet de changement de lieu de vie (aide au passage de la « Fonction 4 » à la « Fonction 5 », via une fonction d'outreaching).

⁷ Liens à faire avec le réseau pédopsychiatrique en fonction du public-cible.

⁸ Liens à faire avec le réseau pédopsychiatrique en fonction du public-cible.

De plus, les abris de nuit sont débordés ; il s'exerce alors une pression sociale et politique pour une prise en charge de situations de crise, sans évaluation psychiatrique probante. Ce constat pose la question de savoir qui assume désormais la fonction d'asile pour les personnes en situation de détresse sociale.

Afin d'augmenter l'aide du réseau, nous proposons un nouveau dispositif de soins intitulé E.A.O. (Equipe d'Appui à l'Outreaching).

g) Constats généraux de l'état des lieux du réseau en santé mentale de l'arrondissement de Namur :

De cet état des lieux du réseau en santé mentale de l'arrondissement de Namur, nous faisons le constat que certaines fonctions nécessitent d'y être renforcées, souvent de manière importante.

C'est pourquoi, l'Hôpital Neuro-Psychiatrique Saint-Martin et l'Hôpital Psychiatrique du Beau Vallon ont souhaité s'associer dans le cadre de la réforme 107 afin de proposer, ensemble et avec d'autres partenaires, de nouveaux dispositifs de soins qui permettent les renforcements suivants :

<i>Fonctions</i>	<i>Type de renforcement</i>
Fonction 1	(pas de nécessité de renforcements, cfr. ci-dessus)
Fonction 2 A	E.M.I.T.I. : Équipe Mobile d'Intervention de Traitement Intensif en santé mentale
Fonction 2 B	E.M.I.T.C. : Équipe Mobile d'Intervention de Traitement Chronique en santé mentale
Fonction 3	E.R.P. : Équipe extra-hospitalière de Réhabilitation Psychosociale
Fonction 4	R.A.S.J. : Renforcement des Activités et Soins de Jour au sein des hôpitaux psychiatriques
Fonction 5	E.A.O. : Equipe d'Appui à l'Outreaching

Les nouveaux dispositifs visent donc d'abord et avant tout à créer une offre de soins mobile et spécialisée d'envergure, dans le cadre des fonctions 2 A et 2 B. Un des enjeux majeurs, au niveau thérapeutique, consiste en effet en la transmission du « lien thérapeutique » avec le patient. Tous les dispositifs mobiles ont pour objectif de permettre d'assurer ce transfert dans des conditions optimales.

Il s'agit aussi de concrétiser « l'intensification des soins » souhaitée au sein des hôpitaux (psychiatriques).

Il faut enfin assurer la continuité du flux des patients au sortir de l'hôpital, en particulier pour les personnes qui ne sont pas (plus) capables de vivre en autonomie à leur domicile ou au sein de leur famille.

Les équipes des fonctions 2B (E.M.I.T.C) et 3 (E.R.P.) pourraient être éventuellement fusionnées, de même que les équipes des fonctions 4 (R.A.S.J) et 5 (E.A.O.).

5.2. Répartition des tâches au sein du réseau

L'état des lieux du réseau en santé mentale de l'arrondissement de Namur, énoncé ci-avant, montre que la « Fonction 2 A », la « Fonction 2 B », la « Fonction 3 », la « Fonction 4 » ainsi que la « Fonction 5 » nécessitent d'être renforcées et/ou optimisées.

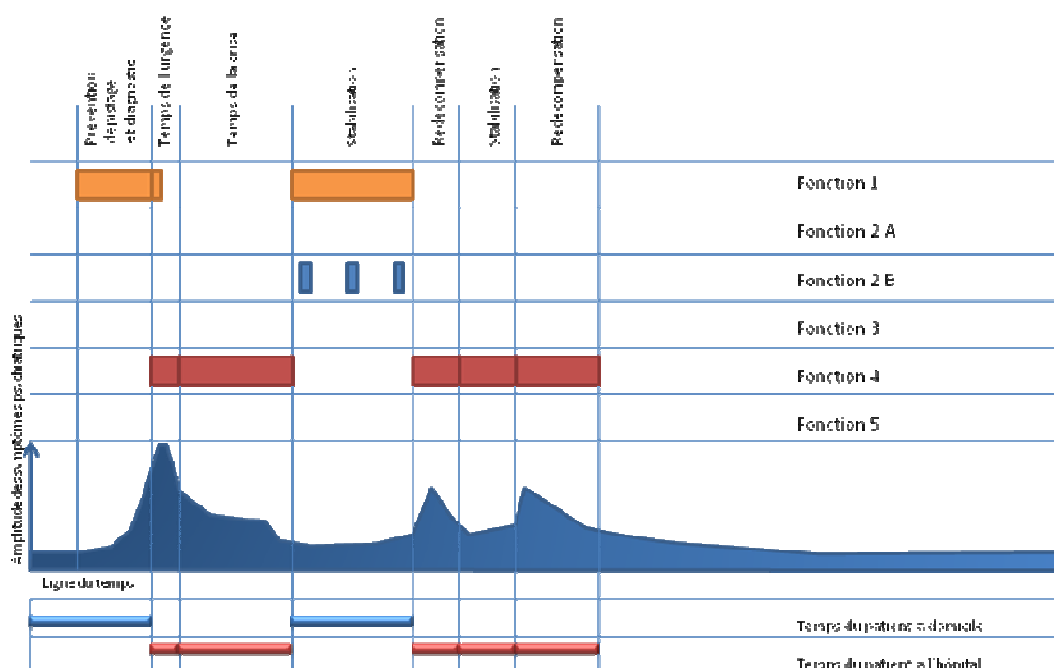
La description des partenaires clés se retrouve dans le schéma repris au point 5.1. « composition du réseau ».

En *annexe 4*, vous trouverez la répartition des tâches et les possibilités de trajets des soins au sein de réseau de l'arrondissement de Namur.

Les deux exemples suivants illustrent, tout d'abord, les possibilités de soins actuelles du réseau de notre territoire et, ensuite, les possibilités de soins du réseau en y incluant les nouvelles équipes constituées dans le cadre de la réforme 107.

A l'évidence, l'exemple que nous allons évoquer ne saurait être le reflet de toutes les situations rencontrées en santé mentale. En effet, il y a autant de parcours en santé mentale que de patients eux-mêmes. Cependant, cet exemple est représentatif de situations fréquemment rencontrées auprès de nos patients.

a) Exemple de possibilités d'interventions du réseau actuel (réseau en santé mentale de l'arrondissement de Namur) :



Monsieur Y. est une personne souffrant de symptômes psychiatriques chroniques et ayant déjà connu des phases aiguës de ses symptômes. Par l'intermédiaire d'un suivi ambulatoire auprès d'un médecin généraliste (exerçant en privé ou en Maison Médicale), Monsieur Y. suit un traitement médicamenteux associé à un travail de prévention des rechutes.

Fonction 1

Lors d'une décompensation, il est fait appel au médecin de garde (intervention au domicile du patient).

Fonction 1

Étant donné le caractère urgent de la situation, décision est prise d'adresser Monsieur Y. au service des urgences le plus proche.

Fonction 4

Une décision d'hospitalisation (en hôpital psychiatrique ou en service de psychiatrie au sein d'un hôpital général) est ensuite prise faute d'alternatives afin de gérer la crise

Fonction 4

A sa sortie de l'hôpital quelques semaines après, Monsieur Y. met en place, sur les conseils de son médecin traitant et de l'équipe soignante,

Fonction 1

un suivi ambulatoire de première ligne auprès d'un psychiatre et/ou d'un psychologue (dans un Service de Santé Mentale, un Planning familial, auprès d'un psychiatre indépendant, auprès d'un psychologue indépendant, etc.).

Des réunions de coordination sont mises en place (soit par un projet thérapeutique de concertation clinique soit par un projet-pilote S.P.A.D.).

Fonction 2 B

La situation se dégrade à son domicile (que cela soit dans la gestion concrète de sa vie quotidienne, dans sa compliance au traitement, dans l'ambiance qui règne au sein du système familial, dans son contexte de solitude et d'isolement, etc.).

Monsieur Y. se sent démuni pour faire face à ses symptômes, on assiste à une nouvelle décompensation qui nécessite second passage au Service des urgences.

Fonction 1

Une hospitalisation est, à nouveau, mise en place (en hôpital psychiatrique ou en service de psychiatrie au sein d'un hôpital général).

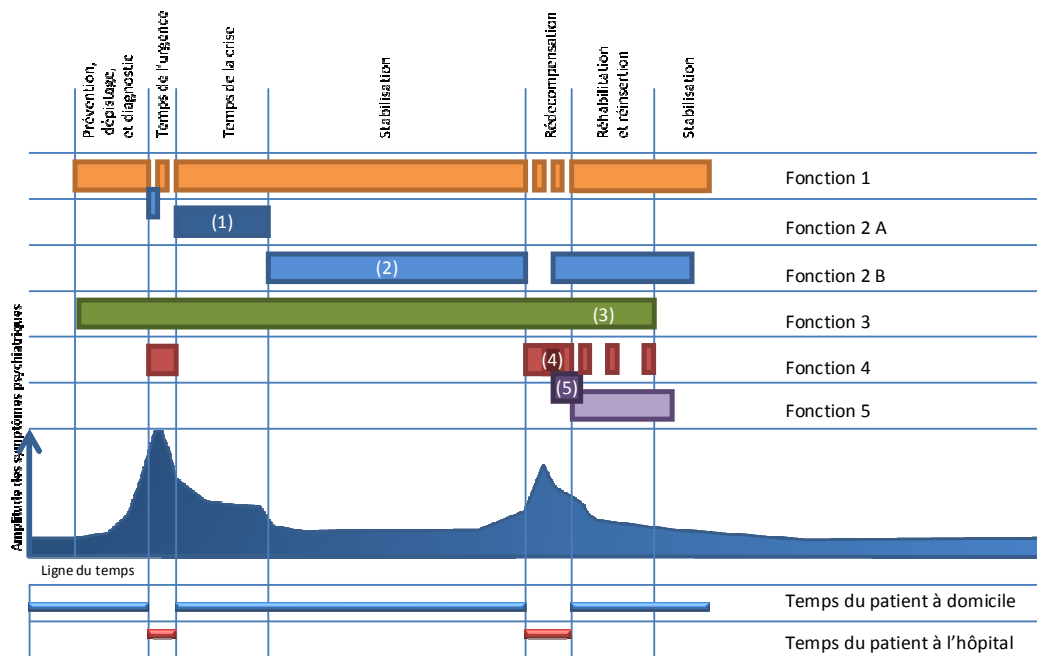
Fonction 4

Quelques jours avant sa date de fin d'hospitalisation, Monsieur Y. redécompense lors d'une sortie en week-end et une décision de prolongation de son séjour est prise.

Fonction 4

b) Exemple de possibilités d'interventions du réseau en santé mentale de l'arrondissement de Namur en y incluant les nouvelles équipes constituées dans le cadre de la Réforme 107 :

L'exemple qui suit représente une hypothèse de fonctionnement du réseau, intégré dans le projet. Il y a, bien entendu, beaucoup d'autres « trajets de soins » possibles ; ceux-ci sont repris dans le Chapitre « Projets de trajets de soins sur le réseau de l'arrondissement de Namur ».



Légende du tableau :

- (1) E.M.I.T.I. : Equipe Mobile d'Intervention de Traitement Intensif en santé mentale
- (2) E.M.I.T.C. : Equipe Mobile d'Intervention de Traitement Chronique en santé mentale
- (3) E.R.P. : Equipe extra-hospitalière de Réhabilitation Psychosociale
- (4) R.A.S.J. : Renforcement des Activités et Soins de Jour au sein des hôpitaux psychiatriques
- (5) Equipe d'Appui à l'Outreaching

Monsieur Y. est une personne souffrant de symptômes psychiatriques chroniques et ayant déjà connu des phases aiguës de ses symptômes. Par l'intermédiaire d'un suivi ambulatoire auprès d'un médecin généraliste (exerçant en privé ou en Maison Médicale), Monsieur Y. suit un traitement médicamenteux associé à un travail de prévention des rechutes.

Fonction 1

Lors d'une décompensation, il est fait appel au médecin de garde (intervention au domicile du patient).

Fonction 1

Monsieur Y. souffrant de troubles psychiatriques, le médecin de garde contacte un service mobile d'intervention en santé mentale (E.M.I.T.I.) afin de travailler en concertation.

Fonction 2 A

Étant donné le caractère urgent de la situation, décision peut être prise d'adresser Monsieur Y. au service des urgences le plus proche.

Fonction 4

L'« Équipe Mobile d'Intervention de Traitement Intensif en santé mentale » (E.M.I.T.I.) peut accompagner le patient au service des urgences (mandaté par ledit service ou par le médecin traitant du patient). Cette équipe, composée d'intervenants spécialisés en santé mentale, propose un accompagnement à domicile caractérisé par une intensivité des soins (fréquence accrue des rendez-vous au domicile du patient et intervention limitée dans le temps). Elle offre ainsi une alternative à l'hospitalisation et permet une réponse adaptée à la gestion de la crise.

Fonction 2 A
(annoté (1) sur le tableau)

Cette équipe (et/ou le médecin traitant de Monsieur Y.) oriente celui-ci vers un suivi ambulatoire de première ligne auprès d'un psychiatre et/ou d'un psychologue (dans un Service de Santé Mentale, un Planning familial, auprès d'un psychiatre indépendant, auprès d'un psychologue indépendant, etc.).

Fonction 1

Des réunions de coordination clinique sont mises en place, à travers la reprise des missions du projet-pilote S.P.A.D., par une « Équipe Mobile d'Intervention de Traitement Chronique en santé mentale » (E.M.I.T.C.).

Fonction 2 B

Celle-ci est incluse au réseau et composée d'intervenants spécialisés en santé mentale, effectue un travail d'accompagnement au domicile de Monsieur Y. afin que sa situation ne se dégrade pas. Elle cherche à lui apporter une aide dans la gestion concrète de sa vie quotidienne, un soutien au niveau de la compliance au traitement, une prise en compte de la situation au sein de son système familial, des propositions de solutions pour répondre à son contexte de solitude et d'isolement, etc..

Fonction 2 B
(annoté (2) sur le tableau)

Après une période de stabilisation, les symptômes commencent à réapparaître. Avec l'aide de ses intervenants, Monsieur Y. formule une demande volontaire et préventive d'hospitalisation (en hôpital psychiatrique ou en service de psychiatrie au sein d'un hôpital général). Son encadrement par le réseau de soins lui permet d'éviter le recours à une hospitalisation d'urgence.

Fonction 4

Lors de son séjour hospitalier en U.T.I. (Unité de Traitement Intensif), Monsieur Y. est pris en charge dans une unité qui bénéficie d'un « Renforcement des Activités et Soins de Jour au sein des hôpitaux psychiatriques » (R.A.S.J.). De la sorte, Monsieur Y. trouve en milieu hospitalier le moyen de développer davantage ses capacités d'autonomie, de réinsertion dans la société, etc.

Fonction 4
(annoté (4) sur le tableau)

Tout au long de son parcours, le patient reste en contact avec l'équipe de soins extra-hospitalière.

L'unité de soins dans laquelle Monsieur Y. est hospitalisé lui propose avant sa sortie de se rendre auprès de l'« Équipe extra-hospitalière de Réhabilitation Psychosociale » (E.R.P.). Cette équipe extérieure à l'hôpital va permettre à Monsieur Y. de conserver le contact même de manière minimale avec les activités de jour mais aussi de l'accompagner dans ses premières démarches de réhabilitation psychosociale (vers un centre de jour, un hôpital de jour, un service de coordination, un service d'aide sociale, etc.), professionnelle (vers une entreprise de formation au travail, un service d'accompagnement de l'Awiph, une association pour le volontariat, etc.), culturelle (vers l'association Article 27 Namur) ou encore de réhabilitation au logement (démarches vers un logement social, une maison d'accueil, une Initiative d'Habitations Protégées, une Maison de Soins Psychiatriques, etc.).

*Fonction 3
(annoté (3) sur le
tableau)*

Dans un autre cas de figure, Monsieur Y. envisage avec son équipe soignante un projet vers un autre lieu de vie (domicile, IHP, MSP, MRS, etc.). L'unité de soins dans laquelle il se trouve développe justement des initiatives d'Outreaching afin d'accompagner Monsieur Y. dans la mise en place progressive de ce projet. En effet, une telle équipe bénéficie de l'aide de l'« Équipe d'Appui à l'Outreaching » E.A.O.). De la sorte, Monsieur Y. pourra être accompagné dans la concrétisation de son projet (par exemple par le biais de déplacements extérieurs) et l'équipe aura le soutien nécessaire (en personnel) afin de pouvoir utiliser l'affiliation créée entre Monsieur Y. et son équipe soignante pour assurer une continuité des soins (par exemple par le biais de contacts téléphoniques).

*Fonction 5
(annoté (5) sur le
tableau)*

5.3. Nouveaux rôles

5.3.a) Le coordinateur réseau

Le coordinateur de réseau sera choisi pour le territoire choisi (réseau en santé mentale de l'arrondissement de Namur).

Ce coordinateur sera désigné par l'ensemble des garants et sur base d'un profil précis.

Il possédera des bonnes capacités relationnelles et communicationnelles ainsi que de bonnes capacités de leadership.

Le coordinateur de réseau prendra connaissance des ressources mobilisables existantes sur le territoire du projet. Il se profilera comme étant le facilitateur de la création du réseau. Il connaîtra les spécificités des différentes ressources mais aussi leurs limites, il en connaîtra également les législations. Il réalisera une cartographie actualisée.

5.3.b) Le responsable de service / manager des soins extra-hospitaliers

Le manager des soins extra-hospitaliers aura en charge les équipes E.M.I.T.I. (Fonctions 2 A), E.M.I.T.C. (Fonction 2 B) et E.R.P. (Fonction 3) et exercera ses fonctions dans le cadre d'un trois-quart temps.

Il sera chargé d'assurer le bon fonctionnement des trois équipes mises en place afin d'optimiser la qualité des services et de participer ainsi à l'amélioration du bien-être psychologique et psychosocial.

Ses principales activités s'organiseront autour de la gestion des équipes, l'information et la formation des collaborateurs, l'élaboration, en concertation avec les partenaires, de projets thérapeutiques ainsi que les aspects relatifs à la gestion des moyens.

Il sera responsable de l'organisation, de la coordination, du contrôle et de l'évaluation de l'activité au sein de ses équipes.

En *annexe 5*, vous trouverez la description de fonction du responsable de service / manager des soins extra-hospitaliers.

5.3.c) La personne de référence / le référent de soins

Il sera désigné par le patient et/ou les partenaires pour assurer la concertation clinique (avec l'hôpital, le médecin généraliste, le médecin psychiatre, les services de soins à domicile,...) et le suivi du plan de soins.

5.3.d) Le travail dans une équipe mobile

Les moyens humains dégagés pour le projet correspondent à la réallocation de 60 lits « T » (2 x 30 lits) et à d'autres moyens supplémentaires, à concurrence de 24 équivalents temps plein.

L'objectif poursuivi est la création d'équipes qui renforcent la « Fonction 2 A », la « Fonction 2 B », la « Fonction 3 », la « Fonction 4 » ainsi que le « Fonction 5 » sur le réseau.

<i>Institutions</i>	<i>Nombre de lits engagés dans la Réforme 107</i>	<i>Nombre d'ETP à réaffecter</i>	<i>Répartition commune des 10 ETP réaffectés par les deux institutions</i>	<i>Fonctions renforcées</i>
Hôpital Neuro-Psychiatrique Saint-Martin	30 lits « T »	10 ETP	<ul style="list-style-type: none"> 6,00 ETP à l'E.M.I.T.I. (Equipe Mobile d'Intervention de Traitement Intensif en santé mentale) 3 ETP à l'E.M.I.T.C. (Equipe Mobile d'Intervention de Traitement Chronique en santé mentale) 3 ETP à l'E.R.P. (Equipe extra-hospitalière de Réhabilitation Psycho-sociale) 	<ul style="list-style-type: none"> → Fonction 2 A → Fonction 2 B → Fonction 3
Hôpital psychiatrique du Beau Vallon	30 lits « T »	10 ETP	<ul style="list-style-type: none"> 4 ETP au R.A.S.J. (Renforcement des Activités et Soins de Jour au sein des hôpitaux psychiatriques) 4 ETP à l'E.A.O. (Equipe d'Appui à l'Outreaching) 	<ul style="list-style-type: none"> → Fonction 4 → Fonction 5
		+ 2 ETP	<ul style="list-style-type: none"> Projet-pilote S.P.A.D. (Philia) 	
		+ 1 ETP	<ul style="list-style-type: none"> Projets thérapeutiques INAMI 	
		+ 1 ETP	<ul style="list-style-type: none"> Référent hospitalier 	
		TOTAL :	24 ETP	<p><i>Un total de 7 ETP sera alloué à la fonction 2B (3ETP pour E.M.I.T.C. + 2ETP S.P.A.D. + 1ETP P.T. + 1ETP référent hospitalier).</i></p>

1. E.M.I.T.I. : Équipe Mobile d'Intervention de Traitement Intensif en santé mentale (Fonction 2 A)

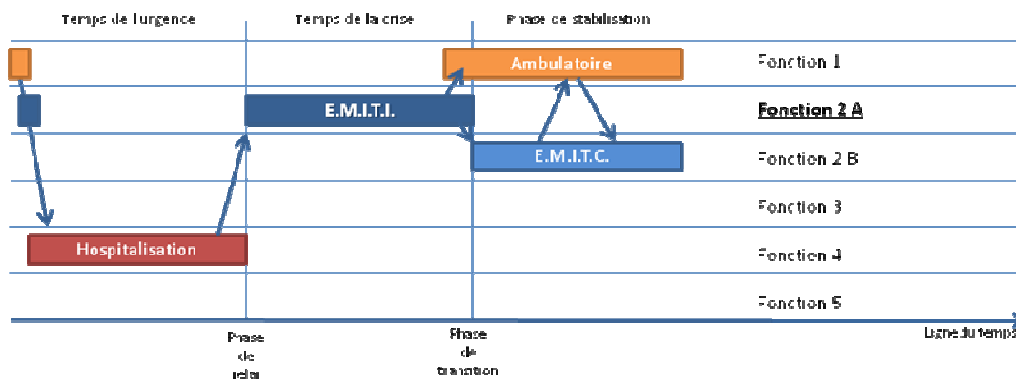
a) Explicatif :

Afin de développer ce dispositif de soins, nous nous sommes, bien entendu, référés à d'autres expériences menées en Europe dans le domaine de la santé mentale.

La proposition de mise en place de l'« équipe mobile d'intervention de traitement intensif en santé mentale » (E.M.I.T.I.) se réfère, en effet, aux expériences de réseau qui ont été faites en Grande-Bretagne (Birmingham). Plus précisément, nous faisons ici allusion au type d'interventions effectuées par les « *Home Treatment Team* » ; ces équipes mobiles qui « fournissent un soutien immédiat pour les personnes en crise psychiatrique ».

Nous détaillons, dans le tableau ci-après, le type d'interventions proposées par l'« équipe mobile d'intervention de traitement intensif en santé mentale » (E.M.I.T.I.).

b) Descriptif :



Mission :	Traitement intensif en santé mentale avec intervention au domicile du patient.
Fonction renforcée :	« Fonction 2 A ».
Type d'intervention :	<ul style="list-style-type: none"> – Interventions au domicile des patients – Interventions limitées dans le temps – Intensivité des soins (fréquence des rendez-vous et pluridisciplinarité).
Public-cible :	Patients souffrants de problèmes psychiques aigus, ayant leur domicile sur le territoire du réseau en santé mentale de l'arrondissement de Namur et adressés vers l'équipe par un intervenant du réseau.
Territoire :	Le domicile du patient doit être établi sur le territoire du réseau en santé mentale de l'arrondissement de Namur.
Modalités pratiques :	Interventions effectuées sur/sans (intervention de crise) rendez-vous, 7 jours sur 7, du lundi au vendredi de 09h00 à 21h00 et le week-end de 09h00 à 15h00. Garde appelable 24h/24.
Moyens nécessaires :	6,00 ETP
Equipe constituée :	2 x 1 ETP : infirmier(ère) A1 0,75 ETP : infirmier(ère) A1

	2 x 1 ETP : éducateur(trice) 0,75 ETP : psychologue 0,5 ETP : assistant(e) en psychologie
<i>Fonction médicale</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Coordination thérapeutique des intervenants de terrain par le biais des réunions d'équipe - Déplacement de manière exceptionnelle et dans les heures de prestation - Concertation téléphonique avec la garde appelable - Consultations au sein de la structure mise en place
<i>Objectifs poursuivis :</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Participer à la gestion de la crise - Permettre un suivi intensif du patient au moment de la crise - Permettre d'éviter le recours à une hospitalisation dans les cas où celle-ci est évitable - Favoriser l'émergence des aspects volontaires et motivationnels qui entre en jeu dans l'investissement du patient dans la mise en place de son suivi ambulatoire - Offrir un temps suffisant à l'élaboration d'un plan de soins adapté aux besoins du patient
<i>Outils d'évaluation proposés :</i> <i>(cfr. Annexe 6)</i>	<ul style="list-style-type: none"> - G.A.F. - Symptom checklist 90 (SCL-90) - C.A.S.I.G. & Wallace - Social Adjustment Scale-Self Report - VALORIS T.I.Q.S.S.

Suite à une rencontre avec des représentants de l'INAMI et du SPF, il apparaît que le case load sera à moduler en fonction de l'état d'avancement du projet. En activité pleine, l'objectif est d'arriver au suivi de 30 patients en file active.

2. E.M.I.T.C. : Équipe Mobile d'Intervention de Traitement Chronique en santé mentale (Fonction 2 B)

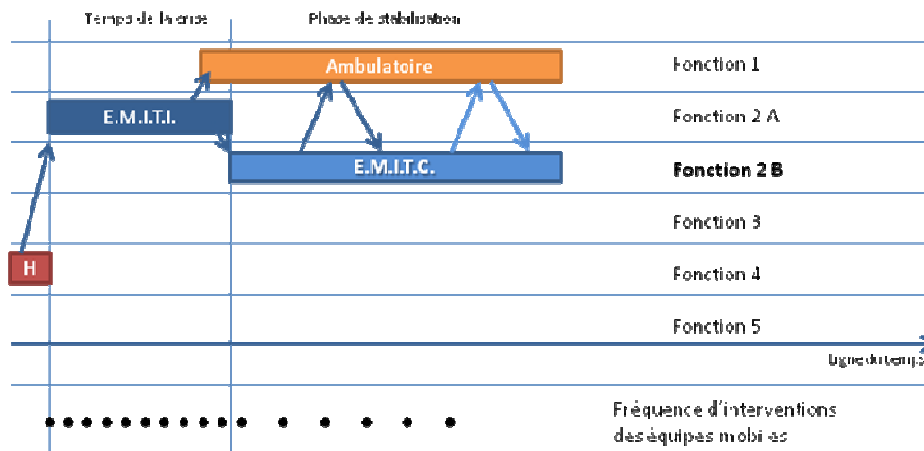
a) Explicatif :

Afin de développer cette offre de soins, nous nous sommes, bien entendu, référés à d'autres expériences menées en Europe dans le domaine de la santé mentale.

La proposition de mise en place de l'« équipe mobile d'intervention de traitement chronique en santé mentale » (E.M.I.T.C.) se réfère, en effet, aux expériences de réseau qui ont été faites en Grande-Bretagne (Birmingham). Plus précisément, nous faisons ici allusion au type d'interventions effectuées par les « *Assertive Outreach Team* » ; ces équipes mobiles qui « fournissent ou organisent le traitement et l'accompagnement pour les personnes présentant des problèmes de santé mentale conséquents et persistants ».

Nous détaillons, dans le tableau ci-après, le type d'interventions proposées par l'« équipe mobile d'intervention de traitement chronique en santé mentale » (E.M.I.T.C.).

b) Descriptif :



<i>Mission</i> :	Traitement chronique en santé mentale avec intervention au domicile du patient.
<i>Fonction renforcée</i> :	« Fonction 2 B ».
<i>Type d'intervention</i> :	<ul style="list-style-type: none"> – Interventions au domicile des patients. – Interventions qui s'inscrivent dans la durée – Régularité des soins (au travers de rendez-vous mis en place, par exemple, toutes les trois ou quatre semaines).
<i>Public-cible</i> :	Patients souffrants de problèmes psychiques chroniques ou de troubles psychiques aigus stabilisés, ayant leur domicile sur le territoire du réseau en santé mentale de l'arrondissement de Namur et adressés vers l'équipe par un intervenant du réseau.
<i>Territoire</i> :	Le domicile du patient doit être établi sur le territoire du réseau en santé mentale de l'arrondissement de Namur.
<i>Modalités pratiques</i> :	Interventions effectuées sur rendez-vous, 5 jours sur 7, du lundi au vendredi de 09h00 à 20h00 et le samedi de 09h00 à 15h00.
<i>Moyens nécessaires</i> :	3,00 ETP
<i>Equipe constituée</i> :	2 x 0,75 ETP : Infirmier(ère) A1 2 x 0,75 ETP : Educateur(trice) A1
<i>Fonction médicale</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Coordination thérapeutique des intervenants de terrain par le biais des réunions d'équipe – Déplacements ponctuels, programmés et évalués au cas par cas – Consultations au sein de la structure mise en place
<i>Objectifs poursuivis</i> :	<ul style="list-style-type: none"> – Etre en contact avec la réalité du patient (vie quotidienne, système familial, conditions de vie, environnement,...) – Pouvoir apporter au patient des réponses adaptées à sa réalité. – Proposer au patient un travail d'accompagnement qui s'inscrit dans la durée et une aide dans la mise en place d'un réseau de soins. – Développer avec le patient d'autres modes d'activation du réseau que le recours à l'hospitalisation. – Permettre de réduire les comportements de « shopping médical » des patients auprès de plusieurs institutions. – Eviter, de la sorte, les trop nombreuses ruptures de lien thérapeutique

qui ont notamment deux conséquences : (1) une multiplicité de projet de soins proposés au patient par chacune des équipes qu'il a rencontré et (2) le développement d'un sentiment d'échec du patient qui n'a su mettre en place aucun de ces projets de soins.

- Diminuer le risque de chronicisation du patient
- Assurer une continuité du projet de soins
- Permettre l'ouverture d'une phase de transition en vue de la mise en place d'un suivi ambulatoire.

Outils d'évaluation
proposés :
(cfr. Annexe 6)

- G.A.F.
- VALORIS T.I.Q.S.S.
- California Psychotherapy Alliance Scale (C.A.L.P.A.S.)

Suite à une rencontre avec des représentants de l'INAMI et du SPF, il apparaît que le case load sera à moduler en fonction de l'état d'avancement du projet. En activité pleine, l'objectif est d'arriver au suivi régulier de 300 patients.

3. E.R.P. : Équipe extra-hospitalière de Réhabilitation Psychosociale (Fonction 3)

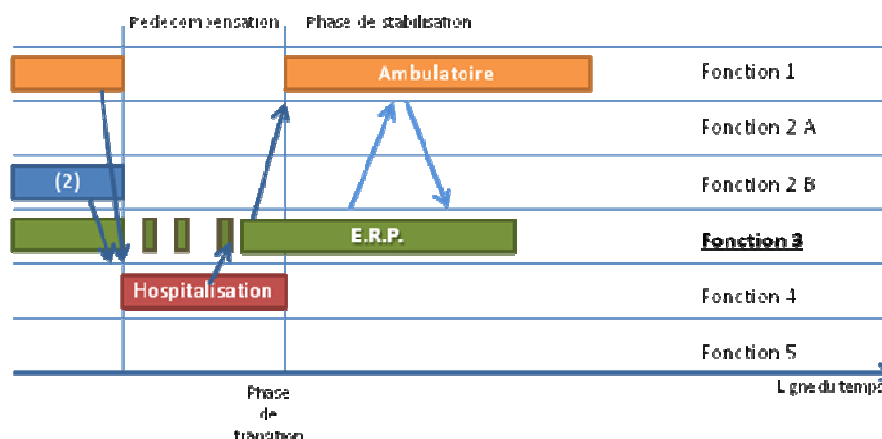
a) Explicatif :

De l'état des lieux du réseau, il ressort qu'il n'existe pas, à l'heure actuelle, de structures permettant d'apporter aux patients psychiatriques une aide à la réhabilitation psychosociale adaptée à la spécificité de leur trouble psychiatrique et visant à leur réinsertion dans la société.

Afin de combler ce manque du réseau, nous proposons un nouveau dispositif de soins intitulé E.R.P. (Equipe extra-hospitalière de Réhabilitation Psychosociale)

Nous détaillons, dans le tableau ci-après, le type d'interventions proposées par cette équipe.

b) Descriptif :



Mission : Réhabilitation psychosociale du patient.

Fonction renforcée : « Fonction 3 »

Type d'intervention : Structure extra-hospitalière à laquelle les patients peuvent s'adresser afin

	d'être aider dans l'élaboration d'un projet de réhabilitation psychosociale.
<i>Public-cible :</i>	Patients souffrants de problèmes psychiques chroniques stabilisés.
<i>Territoire :</i>	Le patient doit être domicilié sur le territoire du réseau en santé mentale de l'arrondissement de Namur.
<i>Modalités pratiques :</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Aide dans l'élaboration d'un projet de réhabilitation psychosociale – Recherche au sein du réseau des structures pouvant participer au projet du patient – Accompagnement du patient dans certaines démarches (déplacements extérieurs, contacts téléphoniques,...).
<i>Moyens nécessaires :</i>	3 ETP
<i>Equipe constituée :</i>	2 x 1 ETP : Assistant(e) social(e) 1 x 1 ETP : Infirmier(ère) A1 en Santé Communautaire
<i>Fonction médicale</i>	Supervision thérapeutique de l'équipe
<i>Objectifs poursuivis :</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Permettre une aide à la réhabilitation psychosociale dans une structure en dehors de l'hôpital – S'adresser également aux patients qui ne se font pas hospitaliser – Co-construire avec le patient son projet de réhabilitation psychosociale – Mettre le patient en contact avec les différentes structures du réseau – Apporter une aide concrète dans la réalisation de son projet de réhabilitation psychosociale – Favoriser l'inclusion sociale et la réinsertion du patient dans la société.
<i>Outils d'évaluation proposés :</i> <i>(cfr. Annexe 6)</i>	<ul style="list-style-type: none"> – G.A.F. – VALORIS T.I.Q.S.S.

4. R.A.S.J. : Renforcement des Activités et Soins de Jour au sein des hôpitaux psychiatriques (Fonction 4)

a) Explicatif :

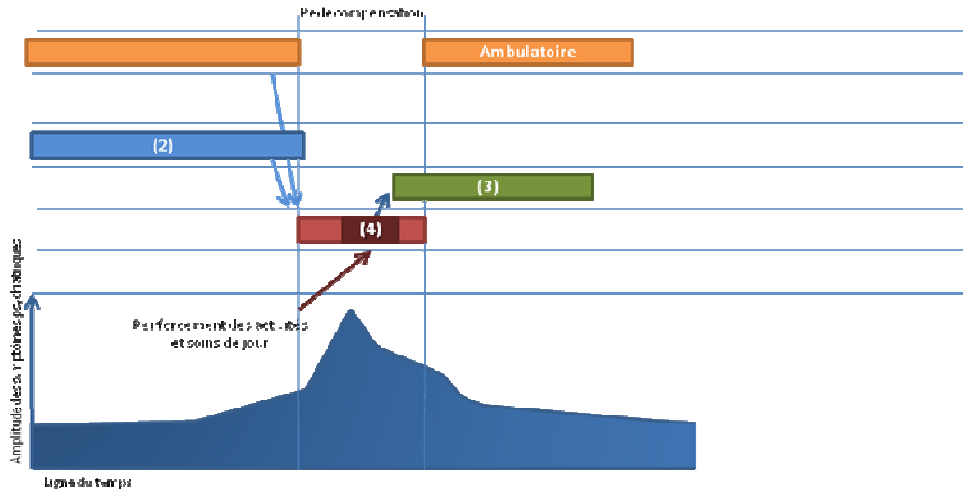
De l'état des lieux du réseau, il ressort qu'il existe plusieurs institutions de traitement résidentiel en santé mentale sur notre territoire.

En revanche, l'intensivité des soins mérite d'être accrue et ce, plus précisément au niveau d'un renforcement des activités et soins de jour au sein des hôpitaux psychiatriques.

Afin de combler ce manque du réseau, nous proposons un nouveau développement du dispositif de soins intitulé R.A.S.J. (Renforcement des Activités et Soins de Jour au sein des hôpitaux psychiatriques).

Nous détaillons, dans le tableau ci-après, le type d'interventions proposées par cette équipe.

b) Descriptif :



<i>Mission</i> :	Renforcement des activités et soins de jour au sein des hôpitaux psychiatriques.
<i>Fonction renforcée</i> :	« Fonction 4 »
<i>Type d'intervention</i> :	Soins hospitaliers intensifs.
<i>Public-cible</i> :	Patients souffrants de problèmes psychiques chroniques ou de problèmes psychiques aigus, étant hospitalisés dans une unité de soins.
<i>Territoire</i> :	Unités de soins de l'Hôpital Neuro-Psychiatrique Saint-Martin et de l'Hôpital psychiatrique du Beau Vallon.
<i>Modalités pratiques</i> :	Augmentation de personnel dans les unités de soins afin de renforcer les activités et soins de jour.
<i>Moyens nécessaires</i> :	4 ETP (au sein d'unités de soins de l'Hôpital Neuro-Psychiatrique Saint-Martin et de l'Hôpital psychiatrique du Beau Vallon).
<i>Equipe constituée</i> :	4 x 1 ETP : Personnel soignant/paramédical
<i>Fonction médicale</i>	Supervision par le médecin-responsable de l'unité
<i>Objectifs poursuivis</i> :	<ul style="list-style-type: none"> - Participer au développement de ressources personnelles du patient - Lui proposer d'autres modalités de soins - Favoriser le développement de compétences autonomes - Être une étape vers l'inclusion sociale et une réinsertion dans la société
<i>Outils d'évaluation proposés</i> :	<ul style="list-style-type: none"> - G.A.F. - VALORIS T.I.Q.S.S.
	<i>(cfr. Annexe 6)</i>

5. E.A.O. : Équipe d'Appui à l'Outreaching (*Fonction 5*)

a) *Explicatif :*

Depuis plusieurs années, des initiatives d'outreaching ont lieu au sein de l'Hôpital Neuro-Psychiatrique Saint-Martin et au sein de l'Hôpital Psychiatrique du Beau Vallon.

Ces démarches d'outreaching consistent en un accompagnement du patient dans ses démarches pour intégrer un autre lieu de vie que l'hôpital (domicile, IHP, MSP, MRS, etc.). Dans ces cas-là, un membre de l'équipe soignante qui dispose d'une affiliation suffisante avec le patient accompagne celui-ci dans la concrétisation de son projet (par exemple par le biais de déplacements extérieurs, de contacts téléphoniques, etc.).

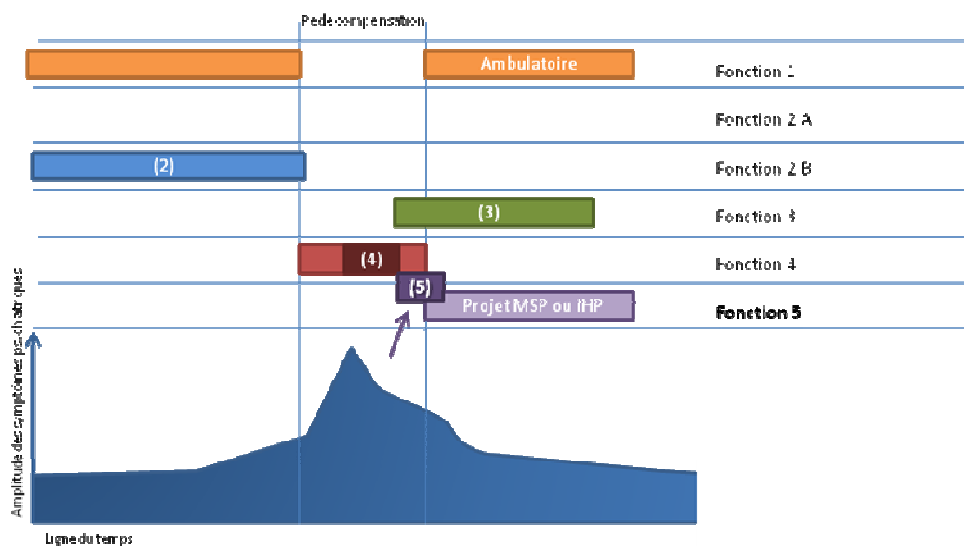
Ce type de travail d'accompagnement est très important pour assurer une continuité des soins et une juste utilisation du lien affiliatif créé entre l'équipe et le patient ; l'objectif étant de favoriser le passage de la « Fonction 4 » à la « Fonction 5 ».

Cependant cela demande un effort de dégagement de temps de personnel supplémentaire qui n'est pas toujours facile à mettre en place.

Afin de soutenir ces initiatives d'outreaching, nous avons développé un dispositif de soins permettant d'intensifier ponctuellement les unités de soins lorsqu'elles mettent en place des démarches d'outreaching (fonction 5).

Nous détaillons, dans le tableau ci-après, le type d'interventions proposées par l'E.A.O. « l'Équipe d'Appui à l'Outreaching ».

b) *Descriptif :*



Mission : Intensification ponctuelle des soins en unité hospitalière par adjonction transitoire de personnel supplémentaire pour soutenir une unité qui fait des démarches d'outreaching.

Fonction renforcée : « Fonction 5 »

Type d'intervention : Adaptativité d'intervention en fonction des besoins de l'unité hospitalière qu'ils intensifient.

<i>Public-cible :</i>	Patients souffrants de problèmes psychiques chroniques ou aigus stabilisés, étant hospitalisés dans une unité de soins.
<i>Territoire :</i>	Unités de soins de l'Hôpital Neuro-Psychiatrique Saint-Martin et de l'Hôpital Psychiatrique du Beau Vallon.
<i>Modalités pratiques :</i>	Intervention ponctuelle d'intensification des soins au sein d'une unité qui a mis en place une initiative d'outreaching.
<i>Moyens nécessaires :</i>	4 ETP (répartis au sein d'unités de soins de l'Hôpital Neuro-Psychiatrique Saint-Martin et de l'Hôpital psychiatrique du Beau Vallon qui font des initiatives d'outreaching).
<i>Equipe constituée :</i>	4 x 1 ETP : Personnel soignant/paramédical
<i>Fonction médicale</i>	Assurée par le médecin-responsable de l'unité.
<i>Objectifs poursuivis :</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Permettre aux unités de soins de dégager du temps de personnel afin d'effectuer des démarches d'outreaching – Accompagner le patient lors de la mise en place d'un projet de changement de lieu de vie – Soutenir le lien affiliatif comme un levier thérapeutique de changement, d'aide à la transition – Faciliter le passage de la « Fonction 4 » à la « Fonction 5
<i>Outils d'évaluation proposés : (cfr. Annexe 6)</i>	<ul style="list-style-type: none"> – California Psychotherapy Alliance Scale (C.A.L.P.A.S.) – G.A.F. – VALORIS T.I.Q.S.S.

En *annexe 4*, vous trouverez la répartition des tâches et les possibilités de trajets des soins au sein de réseau de l'arrondissement de Namur.

En *annexe 6*, vous trouverez une succincte description des différentes échelles ainsi que leurs principaux objectifs.

5.3.e) La fonction médicale et psychiatrique dans le cadre de la réforme 107

Un forfait de 225.000 €, alloué dans le cadre de la réforme 107, permet l'affectation de médecins psychiatriques au projet de réseau sur l'arrondissement de Namur.

Ces médecins assureront, au sein des équipes créées dans le cadre de ce projet, les fonctions médicales décrites ci-dessous.

	<i>Équipe</i>	<i>Fonction médicale</i>
Fonction 2 A	E.M.I.T.I.	<ul style="list-style-type: none"> – Coordination thérapeutique des intervenants de terrain par le biais des réunions d'équipe (planification, exécution et suivi des activités) – Déplacement de manière exceptionnelle et dans les heures de prestation – Contact avec les médecins généralistes – Organisation de la garde médicale en collaboration avec le médecin chef – Concertation téléphonique avec la garde appelable – Développement de la politique médicale en accord avec les médecins chef

		<ul style="list-style-type: none"> - Consultations au sein de la structure mise en place - Supervision de la tenue du dossier patient - Supervision de l'enregistrement des données d'activités - Suivi journalier des situations des patients - Collaboration avec les différents partenaires du réseau, tant du secteur santé que des autres secteurs - Attention particulière au contexte de vie global du patient
Fonction 2 B	E.M.I.T.C.	<ul style="list-style-type: none"> - Coordination thérapeutique des intervenants de terrain par le biais des réunions d'équipe - Déplacements ponctuels, programmés et évalués au cas par cas - Contact avec les médecins généralistes - Développement de la politique médicale en accord avec les médecins chef - Consultations au sein de la structure mise en place - Supervision de la tenue du dossier patient - Supervision de l'enregistrement des données d'activités - Suivi journalier des situations des patients - Collaboration avec les différents partenaires du réseau, tant du secteur santé que des autres secteurs - Attention particulière au contexte de vie global du patient
Fonction 3	E.R.P.	Supervision thérapeutique de l'équipe
Fonction 4	R.A.S.J.	Supervision par le médecin-responsable de l'unité
Fonction 5	E.A.O.	Assurée par le médecin-responsable de l'unité

5.4. Instruments pour la communication et le suivi de la qualité

Dans la démarche instrumentale et de la mesure du suivi, nous utiliserons l'Approche Processus. Nous ferons du concept de « Trajet de soins » englobant à la fois les dimensions de plan généraliste des soins (normes de soins) et approche clinique (*respect de la spécificité, complexité et « pluralité » du Patient singulier*) notre concept phare.

Le coordinateur réseau utilisera l'éventail des cartographies Processus comme référentiel Qualité ; celui-ci sera à disposition de tout partenaire impliqué dans les soins et la communication autour des soins.

La construction des cartographies sera réalisée par un groupe appelé « **RET**our d'**EX**périences », habilité à décrire les « Actions/ tâches » utiles et nécessaires, relatives à tel trajet des soins pour tel public cible.

Un **groupe RETEX** sera composé pour chaque public cible.

Etape 1° : Etablir la cartographie du trajet de soins d'un public cible donné

Il convient de décrire nos trajets de soins par public cible pour chaque fonction décrite par la réforme et pour chaque intervenant spécifique (*cartographie Processus relative aux soins et à la communication*).

Voici la **matrice de la cartographie** envisagée (plan de soins) :

Public cible (*tels que défini dans le chapitre 2*)

0 0	Fonction <u>Intervenant réseau</u>	Sous - Processus 1	Sous- Processus 2	Sous- Processus 3	Sous- Processus ...
1	Actions/tâches Soins	- - - (Item clé Y) -	- - - -	- - - - (item clé Z)	- - - -
2	Actions/tâches Communication	- - -	- - -	- - -	- - -
3	Indicateurs	Indicateur lié à l'item clé Y		Indicateur lié à l'item clé Z	
4	Outils d'évaluation	Echelle de mesure liée à Y		Echelle de mesure liée à Z	

Légende :

- 0 : Fonction 1,2,3,4,5 0 : intervenants par fonction (cfr. *annexe 4*)
1. Actions/tâches – soins : il s'agit de répertorier toutes les actions tâches réalisables par tel intervenant dans telle fonction relatives à chaque phase du processus
 2. Actions/tâches – communication : il s'agit de répertorier toutes les actions tâches réalisables par tel intervenant dans telle fonction relatives à chaque phase du processus
 3. Indicateurs : il convient d'accoler un indicateur aux items élus comme prioritaires (item clé). Ces items sont déterminants dans la bonne marche du processus de soins
 4. Outils d'évaluation : nous emploierons des échelles soit prédictives, soit évaluatives, relatives à nos processus de soins et de communication (cfr. *point 5.3.d* et *annexe 6*)

Etape 2 : *Informar, former et mettre à disposition les processus de trajets de soins et de communication.*

Etape 3 : *Evaluer à partir de trois instruments :*

- le juste suivi du trajet de soins et de communication (*prévoir malléabilité du dispositif*)
- les indicateurs élus
- les échelles

5.5. Modèle de gestion et d'administration

Pour faire fonctionner le réseau, on envisage la création de cinq Comités :

1) Comité de Réseau :

Ce comité rassemblera le Coordinateur du réseau et les Garants institutionnels.

Composé de gestionnaires et de cliniciens, le Comité de réseau assure la concertation effective entre les partenaires représentés. La représentation s'organise selon les 5 fonctions de base, en veillant au respect des principes, entre autres, de démocratie, de représentativité, de proportionnalité, de fonctionnalité.

Les représentants des hôpitaux (psychiatriques) qui ont signé une convention B4 spécifique « Article 107 » seront membres d'office du Comité de réseau, avec droit de veto.

Ce Comité définira en son sein les modes de répartition et la durée des mandats (Présidence, secrétariat, ...).

Le Comité de réseau aura pour mission d'élaborer, de proposer et de finaliser les Accords de Collaboration Fonctionnelle entre les Partenaires du réseau. C'est lui qui assurera ensuite le suivi de la mise en œuvre desdits accords.

Le Comité de réseau mènera en son sein les réflexions stratégiques relatives au développement effectif du réseau.

Toutefois, dans un premier temps, le Comité de réseau, en partant de l'existant et du projet déposé par les Promoteurs⁹, devra élaborer les réponses aux conditions de mise en œuvre des dispositifs envisagés.

Il conviendra également qu'au sein de ce Comité soient regroupées et analysées toutes les données compulsées dans le cadre du travail en réseau.

Il gère les questions liées à l'adhésion et à la démission, voire à l'exclusion éventuelle, de partenaires du réseau.

Enfin, le Comité de Réseau sera l'interlocuteur des Autorités.

2) Comité des partenaires :

Ce comité rassemblera, de la manière la plus large possible, des représentants des différents dispositifs du secteur des soins (en santé mentale) ou d'autres secteurs (aide sociale, réhabilitation, etc.), actifs sur le territoire du réseau et ayant signé la convention de réseau. Il constitue ainsi la base du réseau.

Il se réunit, selon une fréquence à déterminer :

- pour évaluer l'activité du réseau ;
- pour proposer au Comité de réseau des adaptations, voire de nouvelles perspectives ;
- pour organiser l'élection/la désignation des représentants des différentes fonctions au sein du Comité de réseau ;
- ...

3) Comité de gestion « Article 107 » :

Ce Comité rassemble les gestionnaires des hôpitaux qui ont signé une convention spécifique « Article 107 ».

Ces derniers veillent à :

- l'utilisation optimale des moyens prévus dans la convention de financement du réseau (article 63 § 2);
- l'utilisation adéquate des moyens dégagés par les hôpitaux psychiatriques et aigus (convention B4 spécifique et/ou moyens propres) ;
- l'adéquation entre les orientations voulues par la Comité de réseau et le contenu des conventions susvisées.

4) Comité de pilotage des équipes mobiles :

Ce Comité rassemble les représentants des institutions qui mettent à disposition des membres de leur personnel respectif, qui sont affectés aux trois équipes mobiles (E.M.I.T.I, E.M.I.T.C. et E.R.P.).

Le Comité de pilotage assure la supervision générale des équipes susvisées. La gestion opérationnelle est confiée :

- pour ce qui concerne les matières liées aux ressources humaines, à la logistique et à l'administration, au « Responsable de service / Manager des soins extra-hospitaliers », en lien avec les lignes hiérarchiques et les organes de gestion institutionnels respectifs ;
- pour ce qui concerne les orientations cliniques spécifiques, au(x) Médecin(s) coordinateur(s), en lien avec leur Médecin chef respectif.

5) Comité scientifique :

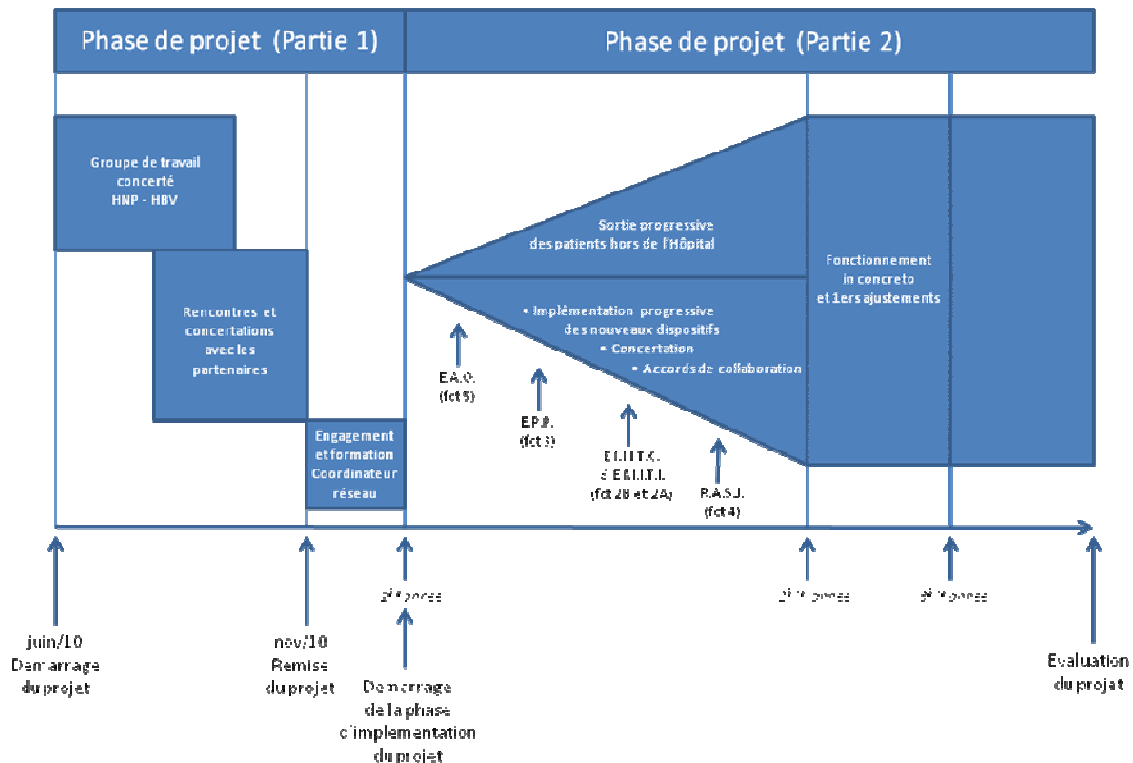
Ce comité scientifique est en voie de constitution.

⁹ Promoteurs : Hôpital Neuro-Psychiatrique Saint-Martin et Hôpital Psychiatrique du Beau Vallon.

6. Stratégie de développement du réseau

6.1. Echelonnement

L'échelonnement du projet a été schématisé sur les trois années et est repris sur le graphe ci-dessous.



Une attention particulière est accordée au flux de patients lors de la phase de transition (entre la sortie progressive des patients hors de l'Hôpital et l'implémentation des nouveaux dispositifs).

C'est pourquoi, afin de faciliter cette transition, les nouveaux dispositifs seront mis en place de manière progressive. La première structure mise en place sera l'E.A.O. (Equipe d'Appui à l'Outreaching) (fonction 5). Celle-ci aura pour fonction de soutenir les démarches des patients vers des habitats spécifiques. Ensuite, la mise en place de l'E.R.P (Equipe de Réhabilitation Psychosociale) stimulera l'accès au logement et à l'emploi. La mise en place des équipes mobiles (E.M.I.T.C. puis E.M.I.T.I.) permettra l'accompagnement des patients dans leur contexte de vie. Enfin la mise en place du R.A.S.J. renforcera l'intensification des soins.

De la sorte, nous adaptons l'implémentation des nouveaux dispositifs à la désaffectation des lits. L'objectif principal étant qu'aucun patient ne se retrouve dans la rue lors de la phase de transition.

6.2. Gestion des risques

- Il convient de mettre en place et d'organiser le fonctionnement et la pérennisation d'un Système Dynamique de Gestion des Risques.
- Proposition méthodologie pour un **SDGR (Système Dynamique de la Gestion des Risques)**.

6.2.1) Analyse à priori des risques générés par nos processus de soins à domicile

Etape A : Cartographier les processus

Il convient d'envisager les cinq fonctions et leurs interventions tels des *processus de soins de santé mentale*, d'en lister les Sous-Processus (*étapes clé*), les Actions et les tâches c'est-à-dire Cartographier chacune des 5 fonctions (*approche Processus*)[voir *trajet de soins*]

Etape B : Répertorier les zones critiques et appliquer le tableau de détermination de l'analyse APR

Il convient de pointer les « Actions-tâches » à risque et ainsi de déterminer des zones critiques dans les processus en question (*trajet de soins individualisé*). Dans l'application du processus, il conviendra de réserver à ces zones une vigilance majeure et de leur appliquer les « Clés/Verrous » identifiés.

Pratiquement, il s'agira de déterminer pour chaque « Action-tâche à risque » les critères suivants :

Etape C : Rédiger des « Procédures Qualitatives de Soins » concernant le « *Comment intervenir ?* » en cohérence avec les « Clé/verrous » élus

Etape D : Informer, former les acteurs de premières lignes, et mettre à leur disposition les « PQS »

Etape E : Evaluer l'activation des « PQS » par les acteurs de soins et évaluer la plus value de chaque « PQS »

N.B. : Attention, les « PQS » sont à considérer comme des dispositions à évaluer, elles doivent rester malléables et évoluer avec les nouveaux risques et défaillances observées dans la pratique (*analyse a posteriori / analyse des événements indésirables*). L'ensemble des « PQS » sera appelé dispositif de soins.

Activité > Processus > Sous Processus > Etapes Clé > Actions > tâches

6.2.2) Etude de la littérature de référence existante

Nous réserverons une attention particulière aux études du type *Sobane-Proxima* et à l'utilisation in situ de la fiche [fr_check_PROXIBANE_01mars07.doc : 27/02/2008] en termes de cibles à risque (*le patient, le professionnel, l'environnement proche*).

Voici un tableau ouvert et non exhaustif relatif aux gestions des domaines générateurs de risque :

Intitulés de l'Action/tâche	Intitulés des défaillances	Type de risque	Occurrence "O"	Degré de gravité "G"	Indice de criticité	Clés/verrous
Définition de l'Action/tâche spécifique (verbe+ conditions)	Ce qui pourrait arriver en termes de faillite « concernant / autour » de la tâche en question	Catégorisation de la faillite en termes de risque (nomenclature)	Déterminer à priori la probabilité de la répétition de la défaillance	Déterminer le degré de gravité de la défaillance (échelle de gravité)	$C = G \times O$	Déterminer les barrières à activer pour réduire ou éliminer les défaillances spécifiques relatives à cette « Action/tâche »

	Différents domaines à gérer à domicile par le patient	Risques~ conséquences patient	Répercussion environnement (y compris soignants externes au réseau)	Répercussion personnel (interne au réseau)
1°	Gestion des activités domestiques	Blessure, brûlures, coupures, intoxication, chutes, électrocution,...		Appels récurrents/intempestifs aux services d'Urgence, GMG, ...
2°	Gestion sociale/ relationnelle	Sentiment de solitude, ennui, oisiveté, manque d'activation et de sentiment d'utilité sociale et relationnelle, d'exclusion sociale, tentative de suicide	Donne de lui l'image d'un être « étranger » à la Situation, pas de démarche d'inclusion, ...	
3°	Gestion communicationnelle	Estimation erronée du degré d'urgence d'appel aux soignants, frappe à la mauvaise adresse,...	Lassitude, rejet, ...	Appels récurrents aux services d'Urgence, appels intempestifs à la garde ou absence d'appel en situation sérieuse, lassitude des intervenants concernant les plaintes intempestives de patients spécifiques, ...
3°	Gestion du suivi médical	Pas d'initiative dans la demande de visite médicale, manque de prescription médicale, mauvaise compliance au traitement, augmentation des symptômes,	Donne de lui l'image d'un être « étranger » à la situation, stigmatisation du milieu,	Mise en échec de la prise en charge réseau, ré-hospitalisation possible,...
5°	Gestion de la médication	Pas de visite à la pharmacie, pas d'auto administration des médicaments, auto administration sur dosée, mauvaise compliance au traitement, augmentation des symptômes	Donne de lui l'image d'un être « étranger » à la situation, stigmatisation du milieu,	Mise en échec de la prise en charge réseau, ré-hospitalisation possible,...
6°	Gestion des AVJ	Pas d'initiative dans les activités de nourrissage journalier, dans les activités d'habillage et de gestion de son habillement,	Donne de lui l'image d'un être « étranger » à la situation, stigmatisation du milieu, risque d'exclusion sociale,...	Augmentation des activités des SAD, stigmatisation du patient,
7°	Gestion économique et financière	Manque de ressources pour pouvoir à ses soins, à sa médication, à ses besoins journaliers en termes	Donne de lui l'image d'un être « étranger » à la situation, stigmatisation du milieu, risque	Augmentation des activités des structures d'aide sociale (CPAS,...)

		de nourriture, de confort de vie, non approvisionnement d'eau, électricité, produits d'entretiens et alimentaires...	d'isolement social,...	
8	Gestion de l'inclusion sociale du patient par le milieu	Stigmatisation et grande vulnérabilité à l'égard du milieu proche (<i>voisinage</i>), tentative de suicide	Exclusion	Augmentation des activités des structures d'accueil et d'aide sociale (CPAS,...)
9°	Gestion comportementale et des conduites socialisées	Manque d'auto-répression spontanée des pulsions agressives et sexuelles,	Donne de lui l'image d'un être « étranger » à la situation, exclusion, inquiétude, violence à l'égard du voisinage, augmentation des interventions des forces de l'ordre,...	Violence du patient à l'égard du personnel
10°	Gestion de l'hygiène corporelle et de l'habitat	Manque d'initiative dans l'hygiène journalière,	Donne de lui l'image d'un être « étranger » à la situation, risque d'isolement social,...	Augmentation des actions de sécurisation minimale pour la bonne Qualité de l'intervention soignante (SAD,...)
11°	Gestion des soins dans le cadre de vie du patient			Méconnaissance ou non connaissance du cadre de vie du patient entraînant une insécurité latente, difficultés dans la gestion de l'imprévu,
12°	Gestion des premiers soins	Méconnaissance, degré d'inconscience relative,		Augmentation du recours aux services d'urgence
13°	Gestion de la sécurisation du milieu de vie (<i>sols, encombrement, déchets, aération suffisante, chaleur adéquate, poste de soins ergonomique minimal ...</i>)	Méconnaissance, degré d'inconscience relative,...	Donne de lui l'image d'un être « étranger » à la situation,	Augmentation d'actions de sécurisation minimale pour la bonne Qualité l'intervention soignante

5.2.3) Croisement des données de l'approche 1° et de l'approche 2° (Approche cyndinique à triple entrée)

Les résultats de l'Approche Processus « APR » doivent être croisés avec les risques rencontrés in situ et évalués à l'aide de la fiche [fr_check_PROXIBANE_01mars07.doc : 27/02/2008] Cette étude croisée des données et ***l'écoute active des intervenants de soins de premières lignes*** devraient activer l'amélioration des situations à risque générées par/dans notre Activité à l'égard des trois cibles que sont les patients, les professionnels et l'environnement proche du lieu de vie des patients.

7. Financement et allocation des moyens

7.1. Simulation salariale :

Cette évaluation en budget de personnel tient compte d'une moyenne d'ancienneté entre 10 et 13 ans.

<i>Fonction /Equipe</i>	<i>Fonction</i>	<i>Nombre d'ETP</i>	<i>Budget</i>
Fonction 2A : E.M.I.T.I. (Équipe Mobile d'Intervention de Traitement Intensif)	Infirmier(ère) A1	2 x 1ETP	116.891 €
	Infirmier(ère) A1	0,75 ETP	43.833€
	Educateur A1	2 x 1ETP	112.755 €
	Assistant en psychologie	0,5 ETP	24.574 €
	Psychologue	0,75 ETP	49.501 €
Sous-Total :			350.554 €
Fonction 2B : E.M.I.T.C. (Équipe Mobile d'Intervention de Traitement Chronique)	Infirmier(ère) A1	2 x 0,75 ETP	87.666 €
	Educateur A1	2 x 0,75 ETP	84.566 €
Sous-Total :			172.232 €
Fonction 3 : E.R.P. (Équipe extra-hospitalière de Réhabilitation Psychosociale)	Assistant social	2 x 1 ETP	98.298 €
	Infirmière A1 en Santé Communautaire	1 x 1 ETP	58.445 €
Sous-Total :			156.743 €
Fonction 4 : R.A.S.J. (Renforcement des Activités et Soins de Jour au sein des hôpitaux psychiatriques)	Infirmier(ère) A1 ou A2	4 x 1 ETP	233.782 €
Sous-Total :			233.782 €
Fonction 5 : E.A.O. (Équipe d'Appui à l'Outreaching)	Infirmière A1 ou A2	2 x 1ETP	116.891 €
	Educateur A1 ou A2	2 x 1 ETP	112.755 €
Sous-Total :			229.646 €
Intervention employeur domicile/lieu du travail (moyenne de 12 km)	387€/an x 21 membres du personnel		4.644 €
Sous-Total :			4.644 €
TOTAL :			1.147.601 €

7.2. Budget supplémentaire 500.000€ :

a) Investissements :

		Prix tvac	Q	Total	Durée Amortissem ent	Charge Amortissem ent
Mobilier :	bureaux (trois tiroirs) :	1.500€	6	9.000€	10	900€
	chaises bureau :	280€	18	5.040€	10	504€
	armoires à volets :	416€	7	2.912€	10	291€
	chaises visiteurs :	85€	16	1.360€	10	136€
	table de réunion :	335€	2	670€	10	67€
	armoire vestiaire mdp :	115€	23	2.645€	10	265€
	aménagement plateau :	3.000€	1	3.000€	10	300€
	lampe de bureau :	65€	6	390€	10	39€

Informatique :	PC	910€	8	7.279€	5	1.456€
	serveur	1.600€	1	1.600€	5	320€
	licences office + maintenance	1.000€	8	8.000€	3	2.667€
	licences exchange	1.425€	1	1.425€	3	475€
	imprimantes (jet d'encre couleur)	150€	8	1.200€	5	240€
	data projecteur	750€	2	1.500€	5	300€
	fax + photocopieuse :	450€	1	450€	5	90€

Téléphonie :	smartphone	400€	2	800€	5	160€
	centrale téléphonique * :	1.500€	1	1.500€	33	45€
	Gsm	100€	10	1.000€	5	200€
	alarme plateau	2.000€	1	2.000€	10	200€

Matériel roulant :	Opel Combo** :	14.000 €	4	56.000€	5	11.200€
--------------------	----------------	-------------	---	---------	---	---------

107.771€

Somme à
décaisser

19.855€

Charge
d'amortissement
annuelle

* frais d'installation 200 €, abonnement via i-office adsl, 4 combinés, Voip.

** 4 véhicules, déplacements de 2 mdp. 3 restent mdp disponibles par plateau et /ou absences légales.

b) Exploitation :

		Prix Tvac	Mois/quantités	Total
loyer plateau *		2.000€	12	24.000€
frais de fonctionnement des bureaux (20% de la location)	20%	400€	12	4.800€
charges locatives *		350€	12	4.200€
location de garages en ville*	4	50	12	2.400€
vignettes « riverains »	4	10	1	40€
fournitures diverses (matériel de bureau)		1.000€	1	1.000€
consommables bureaux		30€	12	360€
frais de fonctionnement des véhicules (200 € par mois)	4	800€	12	9.600€
carburant véhicules**		0,32€	30.000	9.600€
carburant véhicules***	4	2.188€	1	8.750€
consommables informatique		560€	1	560€
téléphonie mobile	12	15€	12	2.160€
dossiers suspendus		2€	300€	600€
frais de réception		500€	2	1.000€
trolley		125€	2	250€
internet		30€	12	360€
assurances (incendie, déplacement de service, ass. objective, ...)		250€	12	3.000€
entretien (4h nettoyage FO / sem.)	4	18€	46	3.312€
matériel "infirmier"		100€	1	100€
abonnement i-office téléphonie		25€	12	300€
supplément assurance RC pour aller au domicile des patients****		2.500€	1	2.500€
Charges salariales*****		333.318€	1	333.318€

* > 250 m2, plus de six bureaux centre ville Namur + commodités - immoweb, le 4/10/2010. Idem garages

** 20.000 km coordinateur + 10.000 km manager (utilisation véhicule personnel)

*** 25.000 km par an, prix moyen au litre 1,25 €

**** la RC actuelle ne couvre pas ce risque

***** cf. simulation salariale et ETP en *annexe 7*

Charge d'amortissement annuel : 19.855€

432.065€

Total frais
d'exploitation

c) Différentiel de qualification :

- Hypothèse SPF quant à la composition des équipes :

	Anciennetés	Barèmes utilisés	Charge salariale annuelle
IA1	13	1.55 + 2	54.637 €
Psy. : master	10	1.80	62.790 €
Para, éduc : bac	10	1.55	50.984 €
Non qualif.	5	1.35	37.440 €

Composition équipes (ETP)		Charges salariales des équipes	
2A	2B	2A	2B
6	6	327.822 €	327.822 €
2	2	125.580 €	125.580 €
5	4,5	254.920 €	229.428 €
3	1,5	112.320 €	56.160 €
16	14	820.642 €	738.990 €
30		1.559.632 €	

- Composition réelle des équipes :

Composition équipes (ETP) <i>(cfr. page 32)</i>		Charges salariales des équipes	
2A	2B	2A	2B
6,00	3	303.721 €	178.232 €
9,00		481.953 €	

Soit ramené à 30 etp :

1.606.510 €

Différentiel sur 30 etp :

46.878 €

(budget réseau > budget SPF)