

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 de la Province de Luxembourg

Partenaires du projet :

- **Institutions et intervenants ambulatoires et résidentiels des 1^{ère}, 2^{ème} et 3^{ème} lignes en santé mentale de la province de Luxembourg**
- **Institutions et intervenants ambulatoires et résidentiels hors santé mentale de la province de Luxembourg**
- **Institutions et intervenants en réadaptation socio-professionnelle de la province de Luxembourg**
- **Associations des patients, des familles et des proches de la province de Luxembourg**
- **La Plateforme de Concertation en Santé Mentale de la Province de Luxembourg**

Promoteur du projet :

- **Vivalia CUP « La Clairière »**

Table des matières

1. Mission et vision	3
2. Groupes Cibles.....	4
3. Objectifs	4
3.1. Pour les usagers :	4
3.2. Pour les professionnels :	6
3.3. Pour les partenaires du réseau :	7
4. Délimitation géographique.....	8
4.1. Zone géographique d'intervention	8
4.2. Offre actuelle des soins sur la zone concernée pour la 1 ^{ère} année	9
4.3. Caractéristique de la population	10
5. Description de la Nouvelle Structure	11
5.1 Composition du réseau	11
5.2 Répartition des tâches au sein du réseau.....	12
5.3 Nouveaux rôles	13
5.4 Instruments pour la communication et le suivi de la qualité	15
5.5 Modèle de gestion et d'administration	16
6. Stratégie de développement du réseau.....	17
6.1 Echelonnement	17
6.2 Gestion des risques	18
7. Financement et allocation des moyens	20
7.1. Gel des lits du CUP « La Clairière »	20
7.2. Médecins.....	20
7.3. Fonction de coordination	21
7.4. Personnel pour les équipes mobiles.....	21
7.5. Frais de fonctionnement.....	21
8. ANNEXES	22
8.1. Communes couvertes par le Projet « Réseau Santé Mentale Arrondissement de Verviers ».....	22
8.2 Communes couvertes par la première phase du projet 107 Luxembourg	22
8.3 Organigramme Projet 107	22
8.4 Documents remis par les groupes de travail.....	22
8.5 Déploiement du projet au cours de la 1 ^{ère} année	22
8.6 Déclaration d'intention de la direction générale de Vivalia au gel de lits	22

1. Mission et vision

Le programme de réforme « Vers de meilleurs soins en santé mentale par la réalisation de circuits et de réseaux de soins » (article 107) vise des soins de santé mentale plus axés sur la communauté. Cette nouvelle offre de soins repose sur les besoins des personnes présentant des problèmes de santé mentale et se base sur un environnement de vie concret.

Expliquez ci-dessous les valeurs, la vision ou la mission du projet tel qu'y souscrivent les partenaires. Cette vision concerne les points de départ du projet, dont s'inspirent toutes les activités et qui sont toujours prises comme référence lorsqu'on élabore de nouvelles initiatives. Il peut s'agir, par exemple, des droits du patient, ce que l'on considère comme des éléments essentiels pour offrir des soins de qualité, d'un cadre théorique, de pratiques fondées sur des données probantes ('evidence-based'),...

Le fil conducteur du projet d'implémentation de l'article 107 pour personnes adultes en province de Luxembourg sera de s'assurer que le patient et son entourage soient autant que possible preneurs des soins les plus adéquats possibles, c'est-à-dire proches, rapides, efficaces, efficients, respectueux et personnalisés.

Les valeurs auxquelles sont attachées les partenaires du réseau sont les suivantes :

- 1) Implication et respect des usagers et des proches ;
- 2) Approche positive du soin, avec accessibilité et flexibilité pour tous y compris les sujets habituellement en difficulté par rapport à cet accès (personnes isolées, précarisées et souffrant d'assuétude) ;
- 3) Assurance de la qualité, de la continuité et de la complémentarité du circuit de soin ;
- 4) Réflexion déontologique et éthique continue sur la pratique du soin ;
- 5) Intégration des différences de pratique des partenaires pour innover et assurer des prises en charge pour tous les groupes cibles

En s'appuyant sur ces valeurs, les partenaires se sont donnés pour mission à court terme le développement d'activités permettant :

- 1) la détection précoce et la prévention de difficultés psychologiques et de maladies mentales ;
- 2) l'intervention au domicile avec diagnostic et traitement bio-psycho-social pour éviter tant que faire se peut l'hospitalisation ;
- 3) l'hospitalisation la plus efficace possible et réservée aux situations qui le nécessitent ;
- 4) Intégration des usagers et de leurs proches dans tous les domaines de la vie ;
- 5) l'échange et la valorisation des expertises tant des professionnels que des usagers ;
- 6) la collaboration avec le monde judiciaire via le Projet Artémis
- 7) la collaboration avec le monde du handicap mental ;

Toutes ces activités devront à long terme permettre au Réseau de la province de créer des trajets de soins pour les groupes cibles spécifiques, de développer la prévention primaire, de délivrer un traitement dans l'environnement immédiat, de réintégrer dans la vie sociale et professionnelle les adultes. Tous les éléments précités font partie de la vision qu'ont les partenaires du projet.

Cela va se traduire de manière pragmatique par :

- Une collaboration accrue entre les acteurs de soins et hors soins afin d'assurer aux usagers la meilleure qualité de vie possible en combinant traitement médical et projet de réinsertion socioprofessionnelle.
- L'adaptation des procédures de prise en charge de sorte que l'hôpital soit une étape transitoire dans le processus de rémission-réadaptation et non une fin en soi ou une option à long terme.
- Le développement des capacités à traiter l'utilisateur efficacement et sans risques dans un environnement non hospitalier au moyen d'équipes mobiles d'intervention.

2. Groupes Cibles

Les projets doivent créer des stratégies pour répondre à l'ensemble des besoins en santé mentale de la population de ce territoire ; et en première instance pour les groupes-cibles des jeunes adultes à partir de 16 ans et des adultes.

Le projet est conçu pour la prise en charge des usagers adultes à partir de 16 ans, toute difficulté psychologique ou pathologie psychiatrique confondue, en veillant particulièrement à ce que certaines catégories ne restent pas en dehors de l'accès aux soins. Par catégorie, nous pensons aux personnes ayant des problèmes de justice, d'assuétudes et de handicap mental.

En ce qui concerne la tranche d'âge des 16-23 ans, une collaboration devra nécessairement s'installer avec le Réseau Matilda (Nouvelle Politique de Soins en Santé Mentale pour Enfants et Adolescents en Province de Luxembourg).

3. Objectifs

Quels sont les objectifs et les ambitions en termes de valeur ajoutée à attendre pour le patient et les résultats visés par le projet ? Comment ces objectifs sont-ils opérationnalisés, comment souhaite-t-on les atteindre et comment vérifie-t-on si ces objectifs sont atteints ?

Quels objectifs et ambitions met-on en avant dans le fonctionnement du personnel pour qu'il y ait une valeur ajoutée pour le patient ?

Indiquez également quels objectifs le projet veut réaliser au niveau du réseau et au niveau des partenaires individuels qui font partie du réseau.

Les principaux objectifs à atteindre sont les suivants :

3.1. Pour les usagers :

Valeur ajoutée :

- La garantie d'un accès à des soins personnalisés partant des besoins et des attentes prioritaires ;
- La rapidité de l'intervention ;
- Le positionnement « personnalisé » de l'utilisateur au centre de la prise en charge ;
- Le maintien de l'utilisateur dans la communauté ;
- L'amélioration de la communication avec les familles et les proches lors du processus thérapeutique;
- La représentation, la concertation avec les usagers et les familles au sein du réseau ;

- L'information suffisante des usagers et des proches quant à leurs droits ;
- La satisfaction des usagers, de leur famille et des proches ;
- Le droit de parole et d'avis sur les prises en charges dans des lieux d'échanges et de discussions
- Identification des besoins des usagers en matière d'inclusion sociale et tenter de trouver les ressources pour y remédier ;
- Identification des difficultés des usagers dans leur parcours d'insertion professionnelle ou dans la recherche d'une insertion dans le milieu associatif (bénévolat) et trouver les ressources pour y remédier ;

Opérationnalisation :

- Création d'un conseil d'usagers et de proches, avec le soutien des associations ;
- Conduite d'enquêtes visant à établir les priorités en matière d'attentes et de besoins ;
- Implication des usagers et proches dans la détermination des critères d'intervention des équipes mobiles ;
- Développement de groupes « Multifamilles » ou de modules de psychoéducation ;
- Développement de moyens d'information sur les droits des usagers ;
- Intégration des droits des usagers dans une « charte de réseau » ;
- Création d'un espace « éthique » attaché au réseau ;
- Amélioration de la visibilité des services de médiation « droits du patient » ;
- Implication des usagers et des proches dans l'évaluation du réseau ;
- La sensibilisation des politiques à propos de l'influence des mesures d'austérité sur la précarité et la santé mentale de la population ;
- Création de lieux d'accueil à « bas seuil » d'exigence où les personnes vivant dans des situations de précarité et d'exclusion sociale soient acceptées, même sans demande ;

Evaluation :

- L'intervalle de temps entre la demande et la prise en charge ;
- La diminution de la fréquence des hospitalisations ;
- Le nombre de rechutes ;
- La diminution de la durée moyenne des hospitalisations ;
- L'augmentation du nombre des usagers impliqués dans la prise en charge ;
- L'augmentation du nombre des usagers retournant en société ;
- Le nombre de situations traitées en urgences ;
- La mesure de l'amélioration clinique et sociale au moyen d'échelles cliniques ;
- La mesure du niveau d'implication des familles et des usagers par leur présence au cours de la prise en charge ;

3.2. Pour les professionnels :

Valeur ajoutée :

- Ouverture à la prise en charge de réseau au sens large et inviter d'autres partenaires potentiels ;
- Réflexion au type de partenariat pertinent à mettre en œuvre selon le thème et les problématiques ; Identification des besoins des acteurs travaillant à l'inclusion sociale et/ou professionnelle des usagers en santé mentale/psychiatrie et tenter de trouver les ressources pour y remédier ;
- Centrage des activités thérapeutiques ou non-thérapeutiques sur les besoins des usagers ;
- Engagement des professionnels à s'appuyer sur des valeurs d'humanisme, de respect, de neutralité et d'absence de discrimination et de stigmatisation
- Poursuite d'objectifs de performance, d'efficacité au plus proche des standards scientifiques en lien avec les ressources et moyens diagnostiques et thérapeutiques, validés, et en l'absence d'exclusives ;

Opérationnalisation :

- Instauration de rencontres entre l'équipe hospitalière et le relais ambulatoire à la sortie d'hospitalisation (réunions de concertations autour du patient) ;
- Mise en fonction des équipes mobiles en vue de permettre au maximum le maintien en milieu de vie ;
- Développement de la fonction de référent et continuité des soins ;
- Aide et soutien au processus d'autonomisation ;
- Accompagnement dans des démarches sociales ;
- Evaluation de la situation à la demande du bénéficiaire ou d'un tiers ;
- Psychoéducation ;
- Mise en place des plans d'information auprès des usagers et des professionnels concernés par la problématique de la santé mentale ;
- Sensibilisation des acteurs de la santé mentale à travailler avec les acteurs impliqués dans le projet socio-professionnel via une immersion dans les services partenaires afin de comprendre les différences de culture ;
- Sensibilisation des professionnels actifs de la réinsertion socio-professionnelle à travailler avec les acteurs de la santé mentale et à comprendre les problématiques propres aux usagers via une immersion dans les services ad hoc ;

Evaluation :

- Nombre de concertations autour de l'utilisateur ;
- Nombre d'échanges entre professionnels ;
- Nombre de conventions entre partenaires associées à des procédures formalisées ;

- Induction de recommandations communes de bonnes pratiques ;

3.3. Pour les partenaires du réseau :

Valeur ajoutée :

- Renforcement des relations de partenariat entre services et institutions ;
- Recours aux hospitalisations psychiatriques en dernier recours ; prises en charges transitionnelles et limitées dans le temps pour des patients déforçés par des troubles psychologiques rendant les soins résidentiels indispensables ;
- Evaluation de la situation à la demande du bénéficiaire ou d'un tiers (professionnel ou non) ;
- Précision et accès au diagnostic. ;
- Ajustement du traitement à domicile ;
- Le développement de partenariats effectifs avec les mutuelles ;
- L'adhésion et la participation au projet ;
- La sollicitation du réseau par de nouveaux intervenants extérieur ;
- Une direction claire avec définition des rôles et fonctions de chacun ;
- La création de conventions de collaboration et de procédures d'actions ;
- L'évolution des pratiques tout en respectant les spécificités ;
- L'apprentissage de nouvelles approches et méthodologies ;
- La création de lieux d'échanges cliniques, de réflexion sur sa pratique et de formation continue ;
- Le soutien aux idées innovantes et émergentes des lieux de réflexion ;
- La satisfaction professionnelle des partenaires ;
- Une communication efficace et efficiente ;

Opérationnalisation :

- Identification des attentes et modalités de fonctionnement des partenaires ;
- Renforcement des dispositifs de soins de proximité ;
- Création d'une banque de données régulièrement mise à jour des ressources du réseau ;
- Délimitation du cadre hospitalier habilité à prodiguer des soins psychiatriques spécialisés dans la province, avec réorganisation et gel de lits à mettre en œuvre ;
- Formalisation d'un partenariat entre hôpital psychiatrique et services d'urgence (possibilité de réserver des lits psychiatriques en hôpital général pour des durées brèves) ;
- Création d'espaces d'échanges entre partenaires pour améliorer le passage entre différents services ;
- Intégration des praticiens libéraux dans le réseau ;

Evaluation :

- La mesure du niveau de collaboration entre les partenaires ;
- L'évaluation des fonctions via les résultats des activités développées ;
- L'évaluation des ressources financières et humaines engagées dans chaque fonction ;
- L'évaluation de l'implication des partenaires dans le projet (Nombres de réunions, d'absence, d'entrées et de sorties de partenaires) ;
- La mesure de la qualité de la communication ;
- Le case load ;

4. Délimitation géographique

Indiquez quel est le domaine d'activité géographique sur lequel s'oriente le projet.

Décrivez dans ce cadre la taille du groupe et les caractéristiques de la population jeunes adultes (à partir de 16 ans) et adulte présentant un trouble psychiatrique dans la région ciblée.

Décrivez également de quelle manière le projet tient compte de l'offre de services présente qui peut être affectée pour remplir les cinq fonctions.

Précisez clairement comment le projet pense répondre aux besoins du groupe cible dans la région délimitée avec l'offre actuelle.

4.1. Zone géographique d'intervention

La province de Luxembourg est une zone de 4.400 km², délimitée par les provinces de Namur et de Liège, et située aux frontières du Grand-Duché de Luxembourg et de la France. Il s'agit d'une province caractérisée par une densité de population très faible, (densité de population de 62,3 habitants/km²) une dimension importante de ruralité et un réseau de communication peu développé.

Ces éléments contribuent à accroître l'isolement et limitent les possibilités d'activités socialisantes. Au niveau de l'offre de soins, ils se traduisent par une dispersion et un éclatement qui ne facilitent pas l'installation de circuits de soins continus et proches du patient.

Généralement, le territoire luxembourgeois est décomposé en trois territoires à savoir le sud, le nord et le centre-Ardenne. Ces territoires ont leur propre organisation qui s'explique notamment par la présence proche d'une autre province, d'un autre pays ou encore en raison de la qualité du réseau de mobilité qui le traverse.

Les territoires de l'extrême Nord de la province se trouvent actuellement dans le champ d'intervention du « Réseau Santé Mentale Arrondissement de Verviers » via les équipes mobiles attachées au CHS « L'Accueil » de Lierneux, en province de Liège. Ces équipes couvrent les communes de Durbuy, Erezée, Manhay, La Roche, Houffalize, Vielsalm, et Gouvy qui comptent environ 38000 habitants. Il est envisagé de travailler en collaboration et complémentarité avec ce réseau voisin. (cf. Annexe 1)

Au cours de la 1^{ère} année, les efforts seront principalement orientés sur la partie centrale de la province (cf. Annexe 2), avec l'objectif de s'étendre progressivement vers le Sud pour la 2^{ème} année, et enfin être opérationnel sur tout le territoire lors de la 3^{ème} année du projet en 2018.

4.2. Offre actuelle des soins sur la zone concernée pour la 1^{ère} année

1) Secteur Hospitalier Vivalia

Le secteur hospitalier de l'Intercommunale VIVALIA est composé de 3 hôpitaux généraux et d'un hôpital psychiatrique.

Sur la zone géographique du projet se trouve :

- Le Centre Hospitalier de l'Ardenne à Libramont : service d'urgence, de liaison psychiatrique et de gériatrie
- Hôpital Général IFAC Princesse Paola à Marche et Sainte-Thérèse à Bastogne
- Le Centre Universitaire Psychiatrique « La Clairière » à Bertrix

2) Secteur Santé Mentale Résidentiel

- l'IHP Famenne-Ardenne de Bertrix
- l'IHP Psynergies de Marche
- la MSP Belle-Vue de Athus

3) Secteur Santé Mentale Ambulatoire

Sur la zone géographique du projet se trouve :

- Le Service de Santé Mentale provincial à Bastogne
- Le Service de Santé Mentale provincial à Marche qui a développé le Club Thérapeutique (dépendant administrativement du SSM d'Arlon)
- Le Service de Santé Mentale Nord et Centre Luxembourg
- Le SPAD : Résolux Nord et Centre
- Service d'Accompagnement à Domicile en Santé Mentale : Trait d'Union
- la Cellule Mobile d'Intervention
- Les psychiatres libéraux

4) Secteur de « l'insertion socioprofessionnelle »

Les centres d'Insertion Socio Professionnelle sont composés d'entreprises de formation par le travail (EFT), d'agences de placement agréées (APA), d'organismes d'insertion socioprofessionnelle (OISP), et de maisons d'accueil à vocation de resocialisation.

Sur la zone géographique du projet se trouve :

- 3 APA
 - Mirelux (Libramont)
 - La renardière (Bertrix)
 - Emploi Mode d'Emploi (Neufchâteau)
- 5 EFT
 - Le Trusquin (Marche)
 - La Passerelle et la Renardière (Bertrix)
 - Le Futur Simple (Ste-Ode)
 - Form'action (Neufchâteau)

- Habilux (Bastogne)

- 5 OISP

- La source (Bouillon)
- Miroir Vagabond (Hotton)
- Lire et Ecrire (Libramont)
- Défits (Tellin)
- La Trêve (Bastogne)

- 3 Maisons d'accueil pour adultes en difficulté

- Banalbois (Hatrival)
- L'Archée (Libramont)
- La Moisson (Houmont)

5) Secteur de « l'intervention à domicile »

Le secteur de l'intervention à domicile est composé des associations de Médecins Généralistes, de plusieurs services d'aide-familiales et des infirmières à domicile.

Sur la zone géographique du projet se trouve :

- L'association des Médecins Généralistes Centre Ardennes
- L'association des Médecins Généralistes Famenne-Ardennes),
- Les aides à domicile :
 - l'Aide à Domicile en Milieu Rural : ADMR d'Orgeo
 - l'Office d'Aide aux Familles Luxembourgeoises : O AFL à Nassogne
 - Service d'Aide aux familles et aux Aînés de Hotton
 - la Centrale des Services à Domicile : CSD de Saint-Hubert – Aides familiales – Infirmières et gardes à domicile
 - Les infirmières à domicile de l'Asd Lux :
 - Les coordinatrices de l'Aide & Soins à Domicile : ASDLux
 - Centre de coordination de la CSD : Saint-Hubert
 - Les infirmières indépendantes

6) Secteur « Famille et Associations de patients »

Le secteur des familles et associations de patients est composé de Similes Lux, Psytoyens, des AA et du groupe Vie Libre, APPEL qui organisent des réunions dans la zone géographique du projet.

7) Secteur Assuétudes

Tous les membres de l'association du CLA : Coordination Luxembourg Assuétudes

4.3. Caractéristique de la population

Une étude épidémiologique a été menée en 1999 par l'Université de Liège à la demande de la Plateforme de Concertation en Santé Mentale de la Province de Luxembourg.

Cette dernière a également commandée « une recherche –action à partir du ressenti des intervenants en Province de Luxembourg pour une meilleur réponse aux besoins en santé mentale » en 2009.

De ces deux études, il ressort que 57% de la population a rencontré au moins un problème de type psychiatrique (1,5 problèmes par personne en moyenne) au cours de leur vie. Un tiers seulement a utilisé les services de soins de santé au sens large.

Le tableau suivant reprend la prévalence des maladies mentales dans la population luxembourgeoise et le (trop faible) taux de recours aux professionnels de la santé mentale.

Type de troubles	Taux de prévalence	Taux de consultation
Dépendance alcool	29,5 %	3,7 %
Dépendance drogue/médicaments	3 %	16,7 %
Troubles de l'humeur	23,7 %	72,6 %
Troubles anxieux	24,3 %	21,0 %
Troubles psychotiques	1 %	30,5 %

5. Description de la Nouvelle Structure

5.1 Composition du réseau

Décrivez les liens de coopération, le réseau, ... le nombre d'organisations et les divers secteurs représentés par ces organisations et qui sont impliqués dans le réseau (soins de santé (première ligne, hôpitaux, services psychiatriques, CSSM, soins à domicile)... aide sociale, emploi, hébergement, etc.).

Indiquez pour chaque secteur, combien d'organisations sont représentées et combien et quel type de professionnels sont impliqués par organisations partenaires.

Décrivez quels partenaires sont des « partenaires clés » et lesquels peuvent être considérés comme étant pertinents mais pas nécessairement utiles pour la réalisation quotidienne des objectifs fixés.

Composition actuelle du réseau : participants à la 1^{ère} rencontre du 10 novembre pour la constitution du Comité de Réseau

Fonction 1

1. Maison médicale de Barvaux
2. Vivalia IFAC : IRIS- Liaison psychiatrique hôpitaux de Marche et Bastogne
3. Club thérapeutique de Marche
4. Club thérapeutique d'Arlon et Virton
5. Services de Santé Mentale provinciaux
6. Service de Santé Mentale Nord et Centre Luxembourg
7. Centre des immigrés Namur-Luxembourg
8. Vivalia CSL : Urgences et liaison psychiatrique Clinique d'Arlon
9. SISD Luxembourg

Fonction 2

1. Hôpital de Jour CUP La Clairière
2. Vivalia CUP La Clairière Hôpital de Jour

3. Resolux Nord et Centre (SPAD)
4. Resolux Sud (SPAD)
5. Cellule Mobile d'intervention (CMI)
6. Maison Médicale de Barvaux
7. Equipes mobiles du CHS Lierneux
8. Service d'accompagnement Trait d'Union
9. Equipe mobile des trajets de soins internés "Estim" (Liège)

Fonction 3

1. CPAS Erezée
2. Club thérapeutique de Marche
3. Club thérapeutique d'Arlon et Virton
4. Sahmo
5. Sesame
6. IBEFE (Instance Enseignement qualifiant-formation-emploi)

Fonction 4

- 1) Vivalia CUP La Clairière
- 2) Vivalia CSL : Service psychiatrique de la Clinique Edmond Jacques
- 3) Hôpital de Jour CUP La Clairière

Fonction 5

- 1) MSP Belle-Vue (Athus)
- 2) IHP Famenne-Ardenne (Bertrix)
- 3) IHP Sud Luxembourg (Aubange)
- 4) IHP Psynergie (Marche)
- 5) Placement familial Lierneux

Services, institutions ou associations en situation « transversale »

- 1) Bureau régional de l'AWIPH Libramont
- 2) Psytoyens
- 3) Similes
- 4) Réseau Matilda (réseau enfants-adolescents)
- 5) Plate-forme de Concertation en Santé Mentale
- 6) Coordination Luxembourg Assuétudes (réseau Assuétudes)

5.2 Répartition des tâches au sein du réseau

Décrivez le rôle et les accords concernant les tâches des partenaires qui font partie du réseau et ce, aussi bien pour la concrétisation des cinq fonctions que pour la contribution des partenaires à d'autres activités en vue de faire fonctionner le réseau. Quel est la répartition des tâches entre prestataires de soins individuels pour la concrétisation des fonctions et programmes de soins au niveau du patient ? Les responsabilités sont-elles clairement délimitées ?

Qui, parmi les prestataires de soins dans le réseau, est responsable de l'aide au patient ciblée sur les soins, des tâches administratives et logistiques (au niveau du patient et au niveau du réseau). Les responsabilités sont-elles clairement délimitées ? La répartition des tâches entre les prestataires de soins est-elle claire pour les différentes phases ou lors d'évènements spécifiques dans le trajet d'un patient (admission, suivi régulier, départ, crises ou urgences,...)

Le rôle de **promoteur** du projet est assuré par Vivalia - CUP La Clairière

Il prend en charge les aspects administratifs, financiers et logistiques du projet.

Un **comité de réseau** regroupera l'ensemble des partenaires, incluant les représentants des usagers et des proches, ainsi que le secteur des assuétudes.

Les mandataires de chaque partenaire se regroupent par fonction au sein d'un **groupe opérationnel**. Ils désignent un **garant de fonction**. Ces garants formeront le **Bureau du Comité de Réseau** et assisteront la fonction de coordination. (Cf. Annexe 3)

Lors de la première réunion entre partenaires du 10 novembre, les **groupes opérationnels** ont été constitués, plus un groupe « assuétudes » et un groupe « usagers et proches ».

Ces groupes ont élaboré quelques réflexions en vue d'alimenter le travail des comités de fonction et d'élaborer les futurs programmes d'activité (Cf. documents en Annexe 4).

Deux **médecins psychiatres** à trois-quart temps devront être désignés pour encadrer les équipes mobiles.

Etant donné la complémentarité entre les 2 réseaux, jeunesse et adultes, une représentation réciproque sera assurée au sein des comités de réseaux par la fonction de coordination.

5.3 Nouveaux rôles

L'implémentation du programme de réforme « Vers de meilleurs soins en santé mentale par la réalisation de circuits et de réseaux de soins » nécessite l'élaboration d'une nouvelle structure. Dès lors, de nouveaux rôles voient le jour, à savoir le coordinateur de réseau, le responsable d'un service, la personne de référence et le travail dans une équipe mobile.

Expliquez comment aura lieu l'élaboration pour chacun de ces rôles, ainsi que les compétences et l'ensemble des tâches qui s'y rapportent.

Nouveaux rôles à développer :

1) Fonction de coordination du réseau

- Lien entre les partenaires ; optimisation de la collaboration
- Sensibilisation, information des professionnels de première ligne, des usagers et des secteurs « hors santé mentale »
- Identification des besoins prioritaires, des difficultés et des ressources

Qui ? Claudine Henry (1ETP)

Procédure de sélection : Au départ de la Plate-forme de Concertation en Santé mentale, un appel à candidature, accompagné du profil de fonction, a été largement diffusé auprès des membres de la Plate-

forme et des partenaires du réseau, en date du 13 octobre. La date limite pour les réceptions de candidature était le 6 novembre. Deux candidatures ont été reçues par la Plate-forme. Lors de la première réunion des partenaires du réseau, le 10 novembre, un jury a été désigné afin de procéder aux entretiens de sélection. Il était constitué :

- d'un représentant du Secteur Santé Mentale résidentielle, Laurent Joly, psychiatre au CUP La Clairière ;
- d'une représentante de la Santé mentale ambulatoire, Marianne Jeanty des Services de Santé mentale provinciaux ;
- d'une représentante du secteur « Hors Santé mentale », Pascale Adam du SISD

Les entretiens ont eu lieu le 17 novembre et le jury a retenu la candidature de Madame Claudine Henry :

Contrat : Madame Henry, étant agent provinciale, il est prévu que dès le début 2016, elle soit mise à disposition par la Province au bénéfice du réseau.

2) Fonction de Case Manager

Le Case Manager aide l'utilisateur à être acteur de sa prise en charge en prenant connaissance de son projet de vie. Il connaîtra le diagnostic et le traitement pharmacologique de l'utilisateur. Il devra expliquer aux équipes qui le prendront en charge les particularités « cliniques » nécessaires à une prise en charge optimale. Il pourra activer le réseau à la demande de l'utilisateur, de sa famille ou d'un des intervenants qui s'en occupe et ainsi créer ou recréer le lien entre l'utilisateur et le système de soins. Il sera le garant de l'utilisation du Plan de Soins Individualisé.

Nous estimons qu'il faudra un case manager pour 40 patients stables ou 10 patients complexes.

3) Fonction équipe mobile

- Suivi des usagers en milieu de vie
- Lien entre partenaires du réseau impliqués

4) Psychiatres en charge de l'Unité d'Intensification et des Equipes Mobiles.

Les psychiatres en charges des équipes mobiles et de l'unité d'intensification restent attachés au CUP « La Clairière » et participent au rôle de garde.

Ils seront responsables de :

- La direction des équipes mobiles.
- La politique médicale de l'unité d'intensification en accord avec le médecin chef
- La planification, de l'exécution et du suivi des activités des équipes.
- Se rendre à domicile en cas de nécessité.
- La bonne tenue des dossiers et enregistrement des activités.
- Assurer le suivi journalier des patients.
- Assurer les contacts avec le médecin généraliste.
- S'assurer de la collaboration des partenaires du réseau (secteur médical et non médical)

- Tenir compte du contexte de vie pour meilleure réintégration possible dans la société

5) Les unités d'intensification

- Les unités de soins du CUP « La Clairière » sont organisées de façon à admettre les patients en lit d'indice A et de les passer en lit T si la durée de séjour le nécessite.
- Cette organisation permet à chaque unité d'avoir une équipe accompagnant les projets de vie des usagers de manière intensive.

5.4 Instruments pour la communication et le suivi de la qualité

Le plan de soins individualisé peut être considéré comme un instrument de communication et de suivi de la qualité. Expliquez comment ce plan de soins est utilisé activement comme instrument de travail par chaque partenaire concerné par les soins aux patients. Expliquez également ce qui est impliqué dans la rédaction de ce plan de soin, ce qui y sera consigné et qui y a accès et comment s'organise l'évaluation.

1. Réunions de concertation autour du patient

Dès 2011, le SISD Luxembourgeois a signé une convention avec Vivalia CUP La Clairière. Cela a permis de développer des concertations autour du patient psychiatrique, mettant autour de la table les intervenants de l'hôpital avec ceux de la santé mentale ambulatoire et du secteur des soins à domicile. Cette collaboration interdisciplinaire et transversale a réparti les rôles de chacun des services pour permettre la continuité des soins pour les patients psychiatriques au domicile. Sur base de cette expérience, il est prévu de généraliser ce type de plan d'accompagnement à tous les patients suivis dans le cadre du projet 107.

2. Dossier partagé entre partenaires

Les membres du réseau auront accès à un système informatique qui permet à chaque intervenant du trajet de soins de remplir sa fonction en ayant à sa disposition les informations nécessaires et suffisantes sur les usagers.

Ces informations sont consignées dans le Plan de Soins Individualisé.

Il comprendra une partie « Usager » contenant les données suivantes :

- Anamnèse
- Diagnostic
- Traitement médical
- Durée de séjour
- Ressources à mettre en œuvre

Il comprendra une partie « Réseau » contenant les données suivantes :

- Moyens humains
- Moyens matériels
- Nombres de prise en charge

- Nature de la prise en charge
- Fréquence d'intervention
- Nombre d'utilisateurs sur une année

L'accès à la partie « Utilisateur » est déterminé par le médecin qui est le garant de la frontière du secret partagé.

L'accès à la partie « Réseau » est déterminé par la coordinatrice qui est le garant du partage de l'information avec l'ensemble des intervenants de soins.

Les 2 parties du PSI permettront d'évaluer la qualité et l'efficacité du travail en réseau et d'obtenir des résultats pertinents pour l'amélioration et la poursuite du projet.

5.5 Modèle de gestion et d'administration

La gouvernance renvoie au modèle d'administration du réseau : elle fait référence aux méthodes de coordination et de gestion (e. a. tâches de gestion, structures de concertation, processus de décision, compte-rendu des décisions). Dans le cadre de la discussion de la configuration du réseau, il n'est pas suffisant de reprendre simplement un « organigramme » du réseau dans la proposition. Décrivez la manière dont le réseau et les partenaires participants vont être gérés et dirigés en vue de la réalisation des objectifs fixés. Les partenaires dirigeants ont-ils été identifiés ? Les tâches, les responsabilités et les procédures de décision des partenaires en ce qui concerne les décisions stratégiques et opérationnelles ont-elles été définies ? Décrivez la manière dont les partenaires seront activés pour participer à la méthode d'administration et de gestion de manière continue et active.

La gestion administrative et financière se fera au travers du promoteur dans la concertation avec le Comité de Réseau et en particulier avec le Groupe gouvernance.

Vision, plan stratégique et programmes : sont attribués au Comité de Réseau en concertation avec les Garants de fonctions.

Le modèle du Réseau nécessite la création de nouvelles structures de gestion et de coordination.

Par structures de coordination, nous entendons le Comité de Réseau, les Groupes Opérationnels, le Bureau et la Coordination. Il s'agit de permettre aux participants :

- d'identifier ou de créer des objectifs communs ;
- de négocier l'intégration de leurs intérêts et allégeances ;
- de se réunir dans le cadre de formations ou de réunions informelles pour développer un sens d'appartenance ;
- de comprendre le cadre de référence des prises en charge de chacun.

A cette fin, le Comité de Réseau avec l'appui de la Coordination va s'assurer :

- de donner des orientations claires aux professionnels de terrain avec une définition précise des rôles ;
- d'éviter la concentration des décisions dans le chef d'un seul partenaire et permettre

aux décisions de venir de la base ;

- de supporter les nouvelles initiatives au moyen de formations ;
- de créer des lieux d'échanges pour renforcer les liens entre les membres ;
- d'assurer une infrastructure adéquate de communication ;
- d'établir des protocoles d'accord pour définir les rôles et responsabilités de chacun et pour expliciter les procédures et les formations, le tout dans un plan d'action globale.

Par structures de gestion, nous entendons la logistique, les ressources humaines, la comptabilité, les achats, les moyens de communications, la qualité et l'administration générale. Elles vont servir de support aux structures de coordination précitées

Les prises de décision se feront toujours en fonction des objectifs à atteindre lors d'échanges laissant place au débat en tenant compte de « l'écocycle » du projet et de la meilleure affectation des ressources. C'est ainsi que le Comité de Réseau a le devoir de prendre en considération les questions et sujets de discussion venant du Bureau et des groupes opérationnels qui lui seront transmis par la coordination. De la même manière, tout intervenant d'un programme d'activité a le droit de saisir le Bureau via la coordination. Celle-ci peut également être interpellée par toute personne se situant au niveau d'un trajet de soins et en particulier un usager ou un proche. Ce fonctionnement permet la reconnaissance d'intervenants ou de services méconnus jusque-là et dont il serait opportun qu'ils soient représentés au niveau du Comité de Réseau.

6. Stratégie de développement du réseau

6.1 Echelonnement

Décrivez de quelle manière et selon quel plan échelonné le réseau/le lien de coopération prendra forme dans la pratique. Développez l'échelonnement au niveau du réseau et au niveau de la création des cinq fonctions.

Au préalable, les partenaires se sont mis d'accord pour réserver le terme de « **concertation** » à un niveau **micro**, celui des réunions autour de l'usager, le long du trajet de soin et le terme de « **coordination** » à un niveau **méso**, celui des réunions entre partenaires, professionnels de terrain et représentants des usagers et des proches. Nous parlerons donc de structures et de réunions de coordination en ce qui concerne l'organisation et la gouvernance du Réseau 107.

Le développement organisationnel et fonctionnel du réseau est schématisé dans l'organigramme « Lux107 » (cf. Annexe 3) suivant l'écocycle de vie du projet. Il met en évidence le principe de flexibilité des partenaires du **Comité de Réseau** qui reste le garant du bon déroulement de la construction du réseau et ensuite de son bon fonctionnement. Il se réunit mensuellement en réunion de coordination lors de la phase d'implémentation.

Plan stratégique pour la première année (Cf. Annexe 5)

1. Au niveau du réseau

- 6 premiers mois :
 - Structuration et organisation
 - Mise en route groupe gouvernance
 - Mise au travail des groupes opérationnels : élaboration de programmes
 - Communication
 - Sensibilisation de nouveaux partenaires et du public
- 6 derniers mois
 - Conventions avec les partenaires
 - Création d'un espace éthique
 - Constitution d'un conseil d'usagers
 - Charte de réseau

2. Au niveau des équipes mobiles

- 6 premiers mois :
 - Constitution des équipes
 - Formation avec les ressources internes
 - Échanges et immersion
 - Élaboration des procédures et des programmes
- 6 derniers mois :
 - Déploiement progressif sur la zone centrale de la province qui se fera selon le programme élaboré par le groupe opérationnel dédié
 - En fin d'année, évaluation et modifications si nécessaire

3. Au niveau de l'hôpital

- 6 premiers mois :
 - Création d'une unité d'intensification aiguë de 30 lits ;
 - Création d'une unité d'intensification chronique de 30 lits ;
 - Création d'une unité dédiée à la Défense sociale et aux patients à double diagnostic
 - Mise en route des équipes mobiles
- 6 derniers mois :
 - Déménagement de l'hôpital de jour vers « la cité » ;

6.2 Gestion des risques

Décrivez dans quelle mesure une estimation des risques potentiels qui peuvent se présenter tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du réseau, est réalisée. Dans quelle mesure la proposition évalue-t-elle des facteurs qui influencent conjointement l'efficacité d'un réseau (qu'il s'agisse de la survie à long terme ou de la réalisation des objectifs du réseau) ? Quelles stratégies seront utilisées en cas de problèmes éventuels ?

A. Risques pour les usagers

- Limitation du libre choix de recourir ou non à une institution.
- Divulgence de données personnelles.
- Manque de places dans les structures résidentielles non hospitalières.

Les mesures de mitigation évolueront au cours du développement du projet pour répondre à ces risques :

- Respect des dispositions de la Loi relative au Droit du Patient
- Logiciel informatique pour le Plan de Soins avec restriction de l'accès aux données confidentielles sensibles.

B. Risques pour le CUP « La Clairière »

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

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

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

Le déplacement progressif des personnes prises en charge en hôpital psychiatrique vers le milieu de vie renforce le recours aux infrastructures extrahospitalières et ambulatoires, dont les moyens restent inchangés.

La reconversion des équipes hospitalières en équipes de soins psychiatriques à domicile apporte une fonction nouvelle complémentaire aux acteurs déjà en place, son rôle sera de stimuler le patient et son entourage à y recourir à bon escient.

C. Risques pour le personnel allant à domicile

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

D. Risques pour le réseau

Les partenaires se rejoignent avec chacun leur histoire, leur culture, leurs statuts, leurs règlements de travail, leur organisation. L'exploration d'un champ nouveau nécessite l'ajustement des horaires de travail, des règles de fonctionnement, des assurances qui couvrent les champs d'activité, dont celui nouveau du

domicile et des responsabilités croisées. Des groupes de travail, médicaux et autres, en collaboration avec le SIPPT et les assureurs, seront nécessaires pour évaluer les engagements des uns et des autres, et clarifier un cadre de travail sécurisé pour les travailleurs. Il conviendra de créer des espaces d'échange autour des cultures, de reconnaissance des particularités, de rapprochement et de construction de culture commune avec tous les personnels par des processus de rencontres, de formations et de méthodologies.

7. Financement et allocation des moyens

Décrivez le modèle de financement et d'allocation des moyens au sein du réseau (entre les partenaires) pour réaliser les fonctions et activités mises en avant. Etablissez une distinction claire entre les moyens liés à un projet et d'autres moyens éventuels. Parmi les moyens possibles, citons : le nombre de membres du personnel, les outils de soutien technique (par ex : système d'information), les services par fonction, les compétences par fonction, la logistique et l'architecture. Il y a lieu d'expliquer, pour chacune des cinq fonctions, les outils d'aide ou les ressources qui seront affectés.

Une des conditions principales est qu'aucun usager ne se retrouve à la rue lorsque plusieurs lits sont temporairement retirés de l'exploitation. Il y a lieu en tout cas de décrire : comment va-t-on envisager la transition, comment va-t-on organiser la désaffectation des lits ainsi qu'une description du flux d'utilisateurs.

7.1. Gel des lits du CUP « La Clairière »

LE CUP propose de geler 14 lits A et 18 lits T sur 199 lits, ce qui devrait avoir peu d'impact sur la sous-partie B1 du Budget des Moyens Financiers qui sont des dépenses de type entretien, électricité, chauffage et administration.

Sur un plan purement théorique, 20% des charges couvertes par la sous-partie B1 sont variables et dépendent de l'activité réelle développée par l'occupation des lits. La marge pouvant être dégagée par l'inoccupation des lits se calcule par la formule : $B1 / \text{nombre de lits gelés} \times 20\%$ pour autant qu'ils aient été occupés toute l'année. Cela permettrait de libérer un montant de 131.400 € pour le CUP.

Les locaux libérés devant de toute manière être affecté à d'autres activités hospitalières et administratives, la diminution de charges « B1 » ne devrait donc pas compenser l'inoccupation des 32 lits gelés.

7.2. Médecins

Les honoraires de surveillance venant du gel des lits seront utilisés pour continuer à financer les 1.5 ETP psychiatre qui seront affectés vers les équipes mobiles.

Le montant de 231.000€ prévu pour le projet par le SPF Santé Publique sera utilisé à cette fin.

7.3. Fonction de coordination

Le montant de 108.000 € qui a été prévu à cette effet sera utilisé pour financer la coordinatrice à raison de 1 ETP ainsi que les frais de fonctionnement y afférents.

7.4. Personnel pour les équipes mobiles

La fermeture des 14 lits A et 18 lits T ainsi que la mise à disposition du personnel T1 et T2 qui y est attaché permettent de mettre à disposition 16,12 ETP via la sous-partie B2 du Budget des Moyens Financiers.

Le besoin en personnel (infirmiers, AS, psychologues, paramédicaux, éducateurs et aides-soignants) nécessaire au fonctionnement des 2 équipes mobiles sera déterminé de manière précise au niveau du nombre et des catégories professionnelles en collaboration avec le groupe opérationnel qui travaille actuellement sur la fonction 2. Les discussions tournent autour de 2 équipes mobiles avec 6 ETP voire de 3 équipes mobiles avec 4 ETP vu la taille de la Province.

7.5. Frais de fonctionnement

Les frais spécifiques suivants devront être prévus :

- Leasing de voiture ;
- Matériel informatique ;
- Matériel téléphonique ;
- Frais de carburant ;
- Aménagement spécifique des locaux ;
- Location de bâtiments pour les équipes mobiles ;
- Frais de déplacements des partenaires pour les réunions ;

Ces frais de fonctionnement annuels sont estimés à 150.000 €.

Le montant complémentaire mis à disposition par le SPF pour le démarrage du projet 107 de la Province de Luxembourg, à savoir 424.000 € annuellement pendant 3 ans, sera utilisé pour couvrir ces frais de fonctionnement spécifiques.

L'utilisation du montant restant sera ensuite discutée selon les besoins liées aux activités proposées par les groupes opérationnels du Comité de Réseau et traduit en proposition de postes de dépenses qui seront soumises au SPF pour validation.

8. **ANNEXES**

8.1. Communes couvertes par le Projet « Réseau Santé Mentale Arrondissement de Verviers »

8.2 Communes couvertes par la première phase du projet 107 Luxembourg

8.3 Organigramme Projet 107

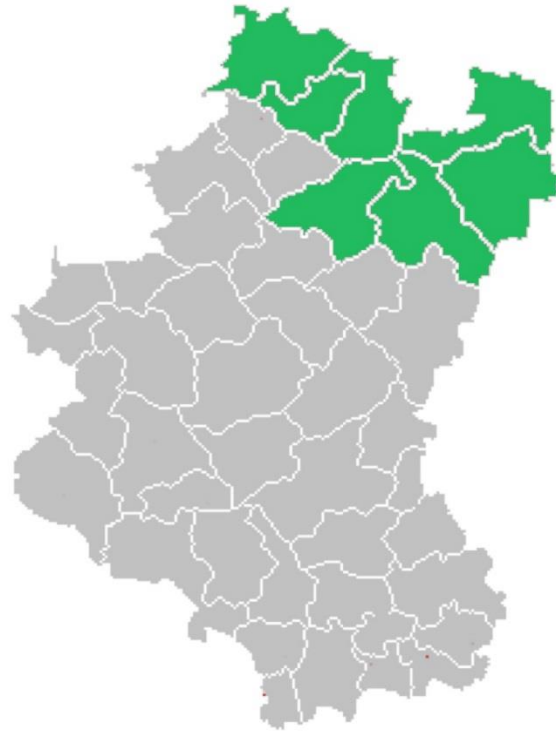
8.4 Documents remis par les groupes de travail

8.5 Déploiement du projet au cours de la 1ère année

8.6 Déclaration d'intention de la direction générale de Vivalia au gel de lits

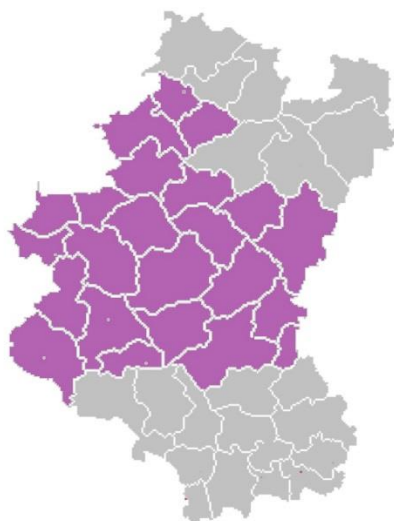
8.1. Communes couvertes par le Projet « Réseau Santé Mentale Arrondissement de Verviers »

Province de Luxembourg



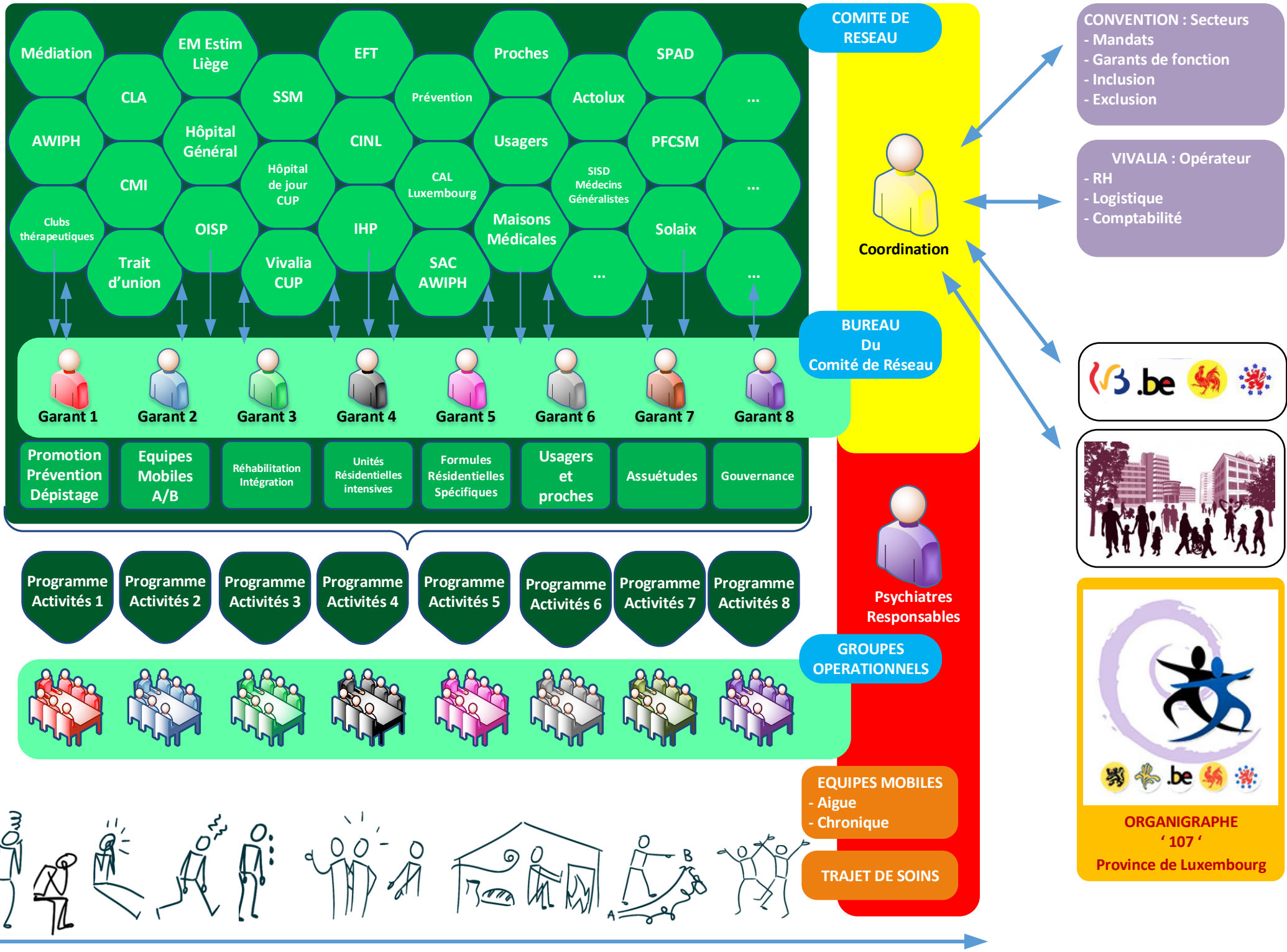
8.2 Communes couvertes par la première phase du projet 107 Luxembourg

Province de Luxembourg



107

Communes	Superficie en km ²	Population au 01/01/2015
Bastogne	172	15.395
Bertogne	91,6	3.431
Bertrix	137,7	8.601
Bouillon	149,08	5.430
Daverdisse	56,4	1.448
Fauvillers	74,21	2.209
Florenville	146,91	5.559
Herbeumont	58,8	1.578
Hotton	57,31	5.409
La Roche	147,52	4.158
Léglise	172,9	5.129
Libin	139,72	5.062
Libramont	177,86	10.933
Marche	121,4	17.447
Martelange	29,6	1.769
Nassogne	111,96	5.407
Neufchâteau	113,79	7.449
Paliseul	112,95	5.313
Rendeux	68,83	2.530
Sainte-Ode	97,86	2.465
Saint-Hubert	111,15	5.613
Tellin	56,63	2.458
Tenneville	91,8	2.795
Vaux-sur-Sûre	135,8	5.438
Wellin	67,51	3.029
TOTAL	2.701,29	136.055



Fonction 1.

Présents :

DUPLICY Gaëtan (SSM Libramont), LAPERCHE Jean (médecin généraliste), CHARLIER Sophie (maison médicale), PAILLOT Pascal (psychiatrie de liaison Arlon), ADAM Pascale (SID), MENESTRET Florence (IRIS et liaison psychiatrique hôpitaux de Marche et Bastogne), JEANTY Marianne (SSM Arlon).

Excusés :

JADOUL Marion (immigrés Namur : Luxembourg), SHULL Emilie (SSM Virton et Bastogne)

Résumé de l'ensemble des réflexions du groupe :

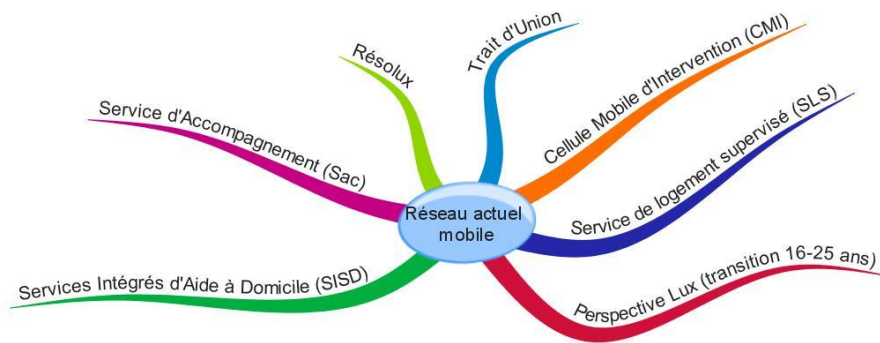
- Renforcer et formaliser un partenariat entre l'hôpital psychiatrique et les urgences des hôpitaux généraux. Par exemple : disposer en permanence d'un lit d'hospitalisation à l'hôpital psychiatrique dans un délai assez court. Pour rappel, les patients psychiatriques hospitalisés dans les services d'urgences ne peuvent y séjourner que 24h (ou 48h exceptionnellement).
- Réfléchir à la possibilité de prévoir un ou deux lits psychiatriques dans les différents hôpitaux généraux de la province. Le patient pourrait passer des urgences, à une hospitalisation « psychiatrique » de courte durée (en hôpital général), le temps nécessaire pour permettre une prise de recul, de verbaliser. Le temps nécessaire également de mettre en place un projet de « trajet de soins » (ambulatoire, hospitalier).
- Dans certaines situations, favoriser une rencontre entre le patient et l'équipe ambulatoire lors de l'hospitalisation (psychiatrique/générale). Rencontre favorisant la création d'une alliance thérapeutique et le passage d'un intervenant à l'autre. Et ce, entre autre, par le biais d'un entretien conjoint (intervenant hôpital + ambulatoire) ou des concertations santé mentale...
- Organiser un moyen de communiquer avec le réseau, pour un retour de suivi, un retour de prise en charge. En générale, l'envoyeur ne sait pas si le patient a pris contact avec le service proposé et le service lui-même ne communique pas cette information.
- Identifier les attentes de chacun des partenaires du réseau et se mettre d'accord sur ce que l'on peut ou pas communiquer. Le feedback est trop absent.
- Les SSM conseillent l'hospitalisation en dernier recours. L'équipe mobile pourrait être un entre-deux, un intervalle de prise en charge, un soutien précieux dans les moments de crise.
- Accentuer le soutien des aides à domicile et plus particulièrement les intervenants hors champs de la santé mentale, soutien d'accompagnement (intervenants de la fonction 3 : les partenaires provinciaux comme les CPAS, les AMO etc...).
- Problème de mobilité : situation précaire entraînant une difficulté à se déplacer vers les services de soins. Réfléchir à l'accessibilité des services. A certains endroits du territoire, il existe déjà des associations telles que les « taxis sociaux ». Se serait peut-être intéressant de les inclure à la fonction 3.
- Plus les besoins financier se font sentir, plus l'intervention et l'offre de soins deviennent précaires. Sensibiliser les politiques, leur expliquer que les mesures d'austérité ne font que renforcer la précarité de la population et donc fragiliser les personnes sur le plan de la santé. La pauvreté entraîne la fragilité, une augmentation des besoins et une augmentation des demandes.

- Créer une banque de données reprenant les différents acteurs du réseau, les services ressources, les partenaires. Veiller à la **fréquente mise à jour** de cette banque de données.
- Les politiques pourraient sensibiliser les différentes mutuelles pour qu'elles harmonisent leur action en matière de remboursement en santé mentale.
- Faciliter l'accès à des services tel que, les plannings familiaux et les SSM..., le temps d'attente, les complications de passage, les procédures lourdes qui freinent l'utilisateur et le professionnel. Créer des espaces d'échanges entre partenaires pour améliorer le passage entre les différents services. Mieux connaître les difficultés de chacun et réfléchir ensemble aux solutions. Entre partenaires du réseau, envisager la possibilité d'un accueil d'urgence (cfr listes d'attentes dans les SSM).
- Le monde de la santé et le monde médical doivent apprendre à travailler ensemble en complémentarité. Elaborer des ponts, faciliter la communication sur base de réflexions communes. Première action à mener, organiser des rencontres et échanger sur nos pratiques.
- Transversalité entre les différentes fonctions.
- Transversalité entre les deux réseaux de soins, « Matilda » et « 107 adultes », des situations seront forcément dans les deux réseaux.
- Face à la pénurie des consultations psychiatrique en ambulatoire ne faudrait-il pas créer des ponts entre l'ambulatoire et l'hospitalier (EM). Quelle place pour le psychiatre de l'équipe mobile. Peut-il pallier les manques de l'ambulatoire ? Les psychiatres privés devraient entrer dans le groupe de la fonction 1.
- Mise en place d'un cadre de travail en réseau formalisé pour garantir et protéger le contenu de ce qui sera communiqué.
- Comme il existe le secret professionnel partagé, il devrait exister une « confiance partagée », entre tous les partenaires.
- Veiller à instaurer un « esprit de réseau » (collaboration, entraide, soutien, partenariat).
- **Créer un comité éthique**, qui aurait pour mission de garantir le cadre du travail en réseau afin de protéger les usagers.

L'esprit de collaboration dans le réseau en province de Luxembourg est sous-jacent, il suffit de peu pour qu'il émerge.

Projet 107 : réflexions du groupe de travail de la fonction 2

1. Le réseau actuel mobile :



Le réseau présenté ci-dessus comprend les principaux partenaires intervenant dans le cadre de la santé mentale. Celui-ci n'est pas exhaustif et doit encore être étoffé au fil de l'évolution du projet.

2. Réflexion autour des besoins :

A. Besoins actuellement couverts par le réseau mobile :

- **Accompagnement psychosocial :**
 - Aide dans un processus d'autonomisation, pour des bénéficiaires dont les compétences sont insuffisantes (SAC, SLS, SAI) ;
 - Accompagnement dans des démarches sociales, pour des bénéficiaires dont la souffrance psychique entrave la mise en œuvre de leurs compétences (Trait d'Union).
- **Mise en place et coordination du réseau :**
 - Généraliste (SISD) ;
 - Spécifique à la santé mentale (Résolux).
- **Fonction de personne de référence et continuité des soins** (Résolux) ;
- **Sensibilisation des professionnels à la maladie mentale** (Résolux) ;
- **Eclairage et propositions de pistes de travail aux professionnels** (Résolux) ;
- **Psychoéducation** (CMI¹) :
 - Au niveau du traitement ;
 - Au niveau de la maladie.
- **Au niveau thérapeutique :**
 - Travail thérapeutique avec les bénéficiaires (CMI) ;
 - Intervention auprès des familles et des professionnels, sans nécessairement une prise en charge du bénéficiaire (CMI) ;
 - Soutien psycho-social et création de lien (Trait d'Union).

B. Besoins non couverts par le réseau actuel mobile :

- **Au niveau médical et paramédical :**
 - Evaluation de la situation à la demande du bénéficiaire ou d'un tiers (professionnel ou non) ;
 - Précision et accès au diagnostic ;
 - Ajustement du traitement à domicile ;
 - Psychoéducation :
 - ➔ Au niveau du traitement ;

¹ Public cible de la CMI : personnes présentant un handicap mental et une maladie mentale.

- Au niveau de la maladie.
- **Au niveau thérapeutique :**
 - Travail thérapeutique avec les bénéficiaires ;
 - Intervention auprès des familles et des professionnels, sans nécessairement une prise en charge du bénéficiaire.
- **Au niveau social :**
 - Réalisation des démarches sociales classiques (budget, logement, administratif, ...)².

Les futures équipes mobiles (aigues ou assertives) pourraient répondre à ces besoins.

C. Besoins susceptibles d'être recouverts par le réseau actuel et à venir :

- **Administration du traitement** : nécessité d'une collaboration entre l'équipe mobile et les soins infirmiers généraux ;
- **Prévention des hospitalisations et/ou des rechutes** ;
- **Lien entre l'hôpital et le milieu de vie et préparation de la réintégration dans le milieu de vie** ;
- **Favorisation et accompagnement de la transition vers les soins ambulatoires** ;
- **Favorisation et accompagnement vers l'inclusion sociale.**

Ces différents besoins sont déjà couverts par le réseau existant et devront également être poursuivis par les équipes mobiles à venir. Il sera également important de veiller à l'articulation et à la collaboration des différents professionnels concernés.

3. Propositions d'organisation de la fonction 2 :

Il existe différents temps dans les soins en santé mentale (urgence, crise et assertif), qui devront être développés dans la suite de la réflexion. Ces différents temps ont une influence sur l'articulation du projet de la fonction 2.

Ainsi, nous proposons un travail systématique en **binôme** au sein de l'équipe mobile de crise. L'équipe mobile assertive peut selon nous, quant à elle, fonctionner de trois manières différentes : un intervenant seul, en binôme intra-équipe ou en binôme inter-équipes (Trait d'Union + 2B, CMI + 2B). Ce dernier type de collaboration permettrait une meilleure **continuité des soins** dans le **trajet de la personne**, un de nos objectifs étant **d'éviter les doublons** au sein de la prise en charge, et de travailler en complémentarité (articulation étroite avec chaque autre fonction). Ce partenariat doit être élargi aux **médecins généralistes** (ainsi qu'au 1733). Bien évidemment, il est primordial que le patient reste au centre et acteur de son projet de vie.

Au-delà des besoins couverts, à couvrir et des articulations possibles entre l'existant et l'avenir, il nous semble aussi important de porter une attention particulière aux collaborations concernant des publics spécifiques. Tout d'abord, nous devons être attentifs au partenariat avec le réseau **MATILDA**, dans le cadre de l'accompagnement de bénéficiaires âgés de **16 à 23 ans**, et dans le cadre du suivi des **parents d'enfants accompagnés par le réseau « Jeunes »**. En parallèle, il est souhaitable d'avoir une étroite collaboration avec le **secteur de la justice**, notamment pour les patients internés (projet Artémis). Enfin, le réseau prenant soin des **personnes âgées** présente des manques conséquents qui doivent être bien identifiés en vue d'une réforme ultérieure spécifique. En attendant cette réforme spécifique, les équipes mobiles adultes pourraient jouer le rôle d'un relais précieux dans ces situations.

Afin de favoriser les synergies, nous estimons qu'il est important de **partir de l'expérience de terrain du réseau actuel** et d'ajouter à celle-ci à l'expertise de celui à venir. Pour ce faire, le réseau actuel pourrait offrir **formation et immersion** aux futures équipes mobiles. D'autre part, dans le but d'avoir un langage commun, des **interventions, des formations et des outils** pourraient être partagés par l'ensemble des intervenants de la fonction 2.

Enfin, si nous souhaitons améliorer la qualité du travail de la fonction 2, il apparaît nécessaire **d'évaluer la satisfaction** des bénéficiaires, de leur entourage familial et professionnel et du réseau.

² Démarches pouvant être réalisées par certains services généraux (comme les CPAS), non spécifiquement formés à la maladie mentale.

LA FONCTION 3 DANS LA MISE EN ŒUVRE DE LA RÉFORME 107

EN PROVINCE DE LUXEMBOURG

Dans le cadre de la réforme 107, les acteurs de la fonction 3 développeraient plusieurs actions. En effet, les équipes engagées dans cette fonction sont en charge de la réhabilitation en travaillant à la réinsertion et à l'inclusion sociale. La réinsertion et l'inclusion sociale passent par plusieurs champs.

D'une part, permettre à l'utilisateur d'intégrer un projet qui tend à ces aboutissements, en respectant ses envies, ses capacités et ses limites.

D'autre part, par la transmission d'informations sur les réalités de la psychiatrie pour éviter le rejet et la stigmatisation des personnes concernées par la santé mentale.

Ces deux plans étant intimement liés, un travail en parallèle est impératif.

Pôle 1 : Travail en amont

- Identifier le réseau dans la fonction 3 ; relever les conventions existantes ou possibles en Province de Luxembourg et les formaliser ;
- S'ouvrir au réseau au sens large et inviter d'autres partenaires potentiels (voir suggestions plus bas) ;
- Réfléchir au type de partenariat pertinent à mettre en œuvre selon le thème et les problématiques ;
- Organiser des rencontres inter-services.

Pôle 2 : Identification des besoins

- Identifier les besoins / les difficultés des **usagers** en matière d'inclusion sociale et tenter de trouver les ressources pour y remédier ;
- Identifier les besoins / les difficultés des **usagers** dans leur parcours d' (de) (ré)insertion professionnelle ou dans la recherche d'une insertion dans le milieu associatif (bénévolat) et trouver les ressources pour y remédier ;
- Identifier les besoins / les difficultés des **acteurs** travaillant à l'inclusion sociale et/ou professionnelle des usagers en santé mentale/psychiatrie et tenter de trouver les ressources pour y remédier.

(ex : mieux connaître les législations pour mieux orienter le bénéficiaire, mieux comprendre les problématiques de santé mentale, ...).

Pôle 3 : La sensibilisation (ou prévenir la marginalisation)

Toujours à la demande des usagers et/ou des acteurs eux-mêmes :

Au niveau des usagers :

- Au cas par cas,

Pour les usagers **demandeurs et / ou déjà intégrés dans un projet de réinsertion socio-professionnelle** :

Sensibiliser les professionnels actifs de la réinsertion socio-professionnelle -qui gravitent autour de l'utilisateur-, aux problématiques propres à cet usager (sa réalité, sa temporalité, son rythme, ...).

Pour **tous les usagers** :

Les sensibiliser et les informer quant à leur problématique de santé mentale et les retombées sur la vie quotidienne.

Au niveau du monde professionnel :

Pour tous les **usagers pris en charge par plusieurs services** :

Sensibiliser et encourager les acteurs de la santé mentale à travailler avec les acteurs impliqués dans le projet.

Au niveau du public extérieur :

Prévenir l'exclusion sociale en informant le monde extérieur sur la santé mentale (rapport de hors normes, précarités financière et affective, ...).

Nous pourrions faire participer beaucoup d'acteurs à ce type d'action : maison citoyenne, plan de cohésion sociale, monde associatif et culturel, monde de l'entreprise, CPAS, ...

Pôle 4 : Information / prévention

En complément du pôle 3 (sensibilisation) et basé sur des points spécifiques identifiés lors du pôle 2 (identification des besoins), mettre en place des plans d'information auprès des usagers et des professionnels concernés par la problématique de la santé mentale.

Pôle 5 : La déontologie

Veiller à ce que l'utilisateur reste décideur et acteur de son projet. Il doit donc, à chaque instant, conserver sa liberté en matière de choix de services, d'aide, de projet, d'acceptation ou de refus.

Pôle 6 : Le cadre

- Clarté et précision sur les différentes fonctions et rôles de chacun. En vue d'une meilleure complémentarité et collaboration étroite entre les services et les fonctions de la réforme 107.
- Pistes d'actions pour les équipes de chaque fonction concrètes et établies.

Voilà les quelques pistes de réflexions et suggestions proposées pour la fonction 3 dans le cadre de la réforme 107.

En outre, il est évident que l'ensemble des 5 fonctions participe, chacune à sa manière, à la réinsertion et à l'inclusion sociale. Une collaboration transversale entre toutes les fonctions de la réforme est donc à privilégier. L'idée étant également d'uniformiser le travail, d'éviter le travail en doublon, la multiplication des services et intervenants, la confusion de l'utilisateur et qu'il se sente coincé dans un tourbillon d'assistantat social en tous genres.

Autres acteurs à sensibiliser/contacter/ intégrer/informer sur la problématique traitée dans la fonction 3 (la (ré)insertion socio-professionnelle) :

- Acteur locaux (CPAS, Plan Cohésion Sociale, maison citoyenne,...),
- Les acteurs de la réinsertion professionnelle (Forem, Awiph, OISP, EFT...),
- Le milieu associatif local (partenaires potentiels dans la réinsertion par le bénévolat ex. Oxfam),
- Le milieu culturel (ex. Article 27),
- Les acteurs locaux de club sportif ou de loisir,
- Agences de logements sociaux,
- Les hôpitaux de jour/ de semaine,
- Tous les acteurs de la santé mentale,
- Les administrateurs de biens,
- ...

REFORME SOINS DE SANTE EN PROVINCE DE LUXEMBOURG / Reforme 107 /

PROJET INSTITUTIONNEL RELATIF AUX SOINS RÉSIDENTIELS INTENSIFS - Fonction IV de la << Réforme 107>>

GROUPE DE TRAVAIL :

Responsable : -Dr. T. Deakin (CUP La Clairière) ; Bertrix

Partenaires : - Dr. M. Schouleur (Service psychiatrique Clinique
E.Jacques) ;

Virton

- Dr. T. Bitar (CUP La Clairière) ; Bertrix

- Dr. M-F Preux (Hôpital de jour CUP) ; Bertrix

PROJET :

I : Valeurs

II : Objet & Spécificité

III : Moyens

IV : Organisation

V : Intégration & liens

Valeurs :

- En lien avec les usagers, clients, ou patients, l'engagement par les professionnels de s'appuyer sur les valeurs d'humanisme, de respect, de neutralité, et d'absence de discrimination ou de stigmatisation .

- En lien avec les ressources et moyens diagnostiques et thérapeutiques mis en oeuvre, les valeurs et objectifs de performance, d'efficacité, et d'absence d'exclusives. Au plus proche des standards scientifiques Européens et Internationaux les mieux validés ainsi, qu'à venir, ceux des instances d'accréditation .

Objet & Spécificité

- Prises en charge et accompagnements transitionnels et limités dans le temps de patients significativement déforçés par des troubles psychologiques ou psychiatriques chez lesquels des soins résidentiels sont évalués indispensables .

- Et ce avec les objectifs prioritaires de stabilisation et d'adaptation des soins.
En phase avec le < *To Care & Not to Cure* > .

- Plus spécifiquement dans les contextes suivants :

(1) Syndromes psychologiques critiques

- A type de *Troubles adaptatifs (axe I)*

- Liés ou non à des *Troubles de la personnalité (axe II)*

(2) Phase aigüe des grands syndromes psychiatriques (axe I)

- Essentiellement ceux de *Troubles de l'humeur* et/ou de *Troubles psychotiques*

(3) Troubles Médico-Psychologiques non spécifiés

- Le plus fréquemment : *Dynamique* et/ou *Passage à l'acte para-suicidaire ou suicidaire*

- Ou encore, plus rarement : les *Time-Out* sollicités par les professionnels du Réseau

lorsqu'un changement provisoire du contexte de vie de l'utilisateur devient indispensable .

(4) Les hospitalisations (légalement) contraintes

- A savoir les M.E.O

MOYENS :

- Cadre hospitalier Psychiatrique actuel en province de Luxembourg, du C.U.P. au nord & des C.S.L. au sud, et leurs équipes pluridisciplinaires .

- Réorganisation à mettre en oeuvre à la faveur de Lits Aigus & de Lits Chroniques, ces derniers à visée *d'Intensification post-aigüe* .

- Soit au C.U.P. : une unité de 30 lits Aigus & une unité de 30 lits Chronique .

Et aux C.S.L. : une unité de 30 lits aigus .

-(Ré)Organisation, elle-même, des lits A en :

- Lits de crise : à très court séjour - en moyenne +/- 7 Jours -

- Lits Aigus : à court séjour - en moyenne de +/- 30 jours -

- Lits de M.E.O : à durée fixée de 40 jours .

ORGANISATION

A la fois Horizontale & Interactive :

Dans la coopération entre l'utilisateur, ses référents, ses proches ou personnes

significatives, et les différents professionnels de l'équipe pluridisciplinaire . Ainsi que, le cas échéant, les différents tiers, acteurs du Réseau .

A la fois Verticale & Hiérarchisée :

Selon un *Phasage* à type de < *Trajet de soins* > :

(1) Accueil & évaluations de Pré-Admission :

- Analyse différentielle des demandes
- Analyse des indications et du caractère indispensable de l'hospitalisation
- Premières *Conventions & Alliances de travail*

(2) Accueil & Accompagnement à l'Hospitalisation :

Singulièrement privilégié en début de séjour
Mais également tout au long de celui-ci .

(3) Mises au Point Diagnostiques différentielles :

- Hypothèses pluridisciplinaires
- Synthèses
- Formulations & Partage avec le Patient

(4) Mises en oeuvre Thérapeutiques plurimodales :

- Résolutives(part.) pour les crises
- Curatives(part.) pour les D.C. aiguës
- Réhabilitatives(part.) pour les indications plus chroniques

(5) Mises en place des Dispositions & Modalités post-hospitalières :

Entre autres, à la faveur de relais avec les différents Acteurs du Réseau .

LIENS & INTEGRATION

- Cf. premier § du chapitre <Organisation>

- A développer dans de prochaines interfaces avec les représentants des différentes autres Fct.

Compte-rendu des réflexions amenées lors de la rencontre du groupe « fonction 5 »

Membres présents :

Stéphane HUBERT (MSP « Belle-Vue » d'ATHUS), Claire PIERRARD (IHP Sud Luxembourg d'AUBANGE), Patrick BOUHY (IHP PSYNERGIE de MARCHE), Catherine LAMBERT (IHP Famenne – Ardenne de BERTRIX)

Manquements :

1. Le secteur de l'insertion socio-professionnelle :

Force est de constater les difficultés pour certains de nos résidents de :

- **pouvoir intégrer** des projets d'insertion socio-professionnelle (stigmatisation, rythme trop élevé, blocage au niveau des médecins conseils,...)

- tenir **dans la durée** ces projets de formations (EFT, formation FOREM,..) et de travail (ordinaire, ETA,..). Le rythme, les exigences, le stress, la stigmatisation sont des freins dans la poursuite d'un projet de réinsertion socio-professionnelle.

2. Le manque de logements à des prix abordables. Il arrive que des résidents quittent la structure vers des logements très petits et parfois vétustes. D'autres se dirigent dans des logements moins chers dans des villages isolés peu desservis par les transports en commun.

3. Difficultés de mobilité au sein de la province du Luxembourg : L'offre de services « mobilité » a été constamment réorganisée. Le seul transport prévu est le transport scolaire sur des plages horaires qui vont de 7 à 9h le matin et de 16 à 18h le soir ; transport scolaire qui n'est bien entendu proposé que pendant les cinq jours ouvrables et exclusivement pendant les périodes scolaires. Il faut se rappeler que peu parmi les résidents sont autonomes de ce point de vue.

Ce problème de mobilité a des répercussions sur les projets de réinsertion au sein de nos structures (club de jour, thérapies, activités liées à la formation, clubs sportifs, activités culturelles,...)

4. Réhospitalisation : lorsqu'un résident décompense ou rechute, nous n'avons pas souvent une réponse « rapide » de la part de l'hôpital psychiatrique lorsqu'une hospitalisation s'avère pourtant nécessaire. De plus, nous déplorons de manière récurrente un

manque sur le plan de la qualité de la communication et de la collaboration avec l'hôpital psychiatrique (dialogue parfois difficile, infos non partagées ou peu relayées, décisions de sortie du résident sans concertation...)

5. Les 30 places de MSP se trouvent sur le site d'ATHUS. Le temps d'attente est important en cas de demande d'admission.
6. Problèmes liés à la prise en charge des patients avec un double diagnostic.

BESOINS

- Une personne ressource, une sorte d' « EXPERT » en matière d'insertion socioprofessionnelle qui permettrait de jouer un rôle d'orientation pour le résident (et/ou donner des informations plus claires afin de faciliter la réorientation du résident) mais aussi un rôle de sensibilisation à la maladie mentale dans le monde de l'insertion socio-professionnelle.
- Une personne ressource en matière d'insertion socio-culturelle.
- Renforcer la collaboration avec les médecins-conseils des mutuelles.
- Renforcer la collaboration avec les AIS, les sociétés de logements sociaux, les CPAS et les propriétaires privés de logements sur l'ensemble de la province du Luxembourg.
- Obtenir un rendez-vous au sein de l'hôpital dans un délai de 12 à 24 h pour une réhospitalisation. Améliorer la collaboration avec les psychiatres, le service social et les pavillons notamment par des réunions tant à l'entrée qu'à la sortie de l'hospitalisation.
- Créer une structure MSP de 30 lits dans le Nord de la province de Luxembourg, les besoins n'étant pas couverts sur cette zone.
- Etendre la réflexion avec les services de l'AWIPH en vue d'améliorer la communication et la collaboration concernant les situations de résidents ou de patients au double diagnostic (présence conjointe d'une pathologie psychiatrique et d'un handicap).

Réforme 107 en province de Luxembourg

Groupe de travail « Assuétudes »

Les membres du groupe de travail « Assuétudes » considèrent que la priorité est de pouvoir assurer aux personnes souffrant de dépendances un **véritable accès aux soins et une continuité des soins**, au même titre que toute autre personne.

Dans le cadre de la réforme 107 en province de Luxembourg, il semble que cette priorité nécessitera l'installation d'une collaboration entre les professionnels du monde médical, particulièrement le secteur des urgences des hôpitaux généraux et les médecins généralistes, et les services spécialisés dans le suivi des personnes dépendantes, le principe général étant d'assurer des **dispositifs de soins de proximité** accessibles à toute personne dépendante.

De manière concrète, pourraient être envisagés les **types d'actions** qui suivent :

- Organisation de rencontres entre les professionnels des soins généraux et ceux des services spécialisés en assuétudes, en vue de sensibiliser aux besoins de soins des personnes dépendantes, de travailler sur les représentations réciproques et de s'échanger des outils d'intervention (volonté des services spécialisés de mise à disposition de leurs outils spécifiques)
- Ouverture des équipes mobiles (fonction 2) au suivi de personnes dépendantes, avec idéalement présence au sein de ces équipes de quelques intervenants spécialement formés à la prise en charge de ce type de problématique. Ces équipes mobiles pourraient par ailleurs assurer un relais et/ou un soutien vis-à-vis des services de soins généraux, et notamment des services d'urgence peu habitués à traiter ces situations
- Dans le cadre d'un nouveau projet de prise en charge intensive des dépendances, extension des possibilités d'accueil de personnes toxicomanes au CUP La Clairière
 - 5 lits réservés au sein de l'unité d'alcoologie
 - Ouverture des lits aigus (pavillon d'admission) pour 1 ou 2 personnes toxicomanes en situation de crise
- Intensification et développement des collaborations avec le réseau Alto (médecins généralistes spécifiquement formés au suivi de personnes dépendantes)

Par ailleurs, les membres du groupe font le constat de **besoins cruciaux** dans la province de Luxembourg, à savoir l'absence de maison ou de lieu d'hébergement d'accueil bas seuil, ainsi que l'absence de structure habilitée à recevoir des personnes en post-cure. Quant aux services spécialisés dans l'accompagnement ambulatoire des personnes dépendantes, ils doivent faire face à une insuffisance chronique de moyens humains et financiers.

Réforme 107 en province de Luxembourg

Groupe de travail « Usagers et proches »

Dans le cadre de la constitution d'un réseau « 107 » en province de Luxembourg », le groupe de travail « Usagers et proches » considère qu'il est important de développer les axes suivants :

1. Assurer une représentation adéquate des usagers et des proches au sein du réseau

- Représentation minimale au sein du comité de réseau et du groupe « gouvernance » et si possible à terme au sein de chaque fonction
- Création d'un Conseil d'usagers dans la province de Luxembourg, en tant qu'organe de consultation et/ou de concertation

2. Partir des besoins et des attentes prioritaires des usagers et de leurs proches

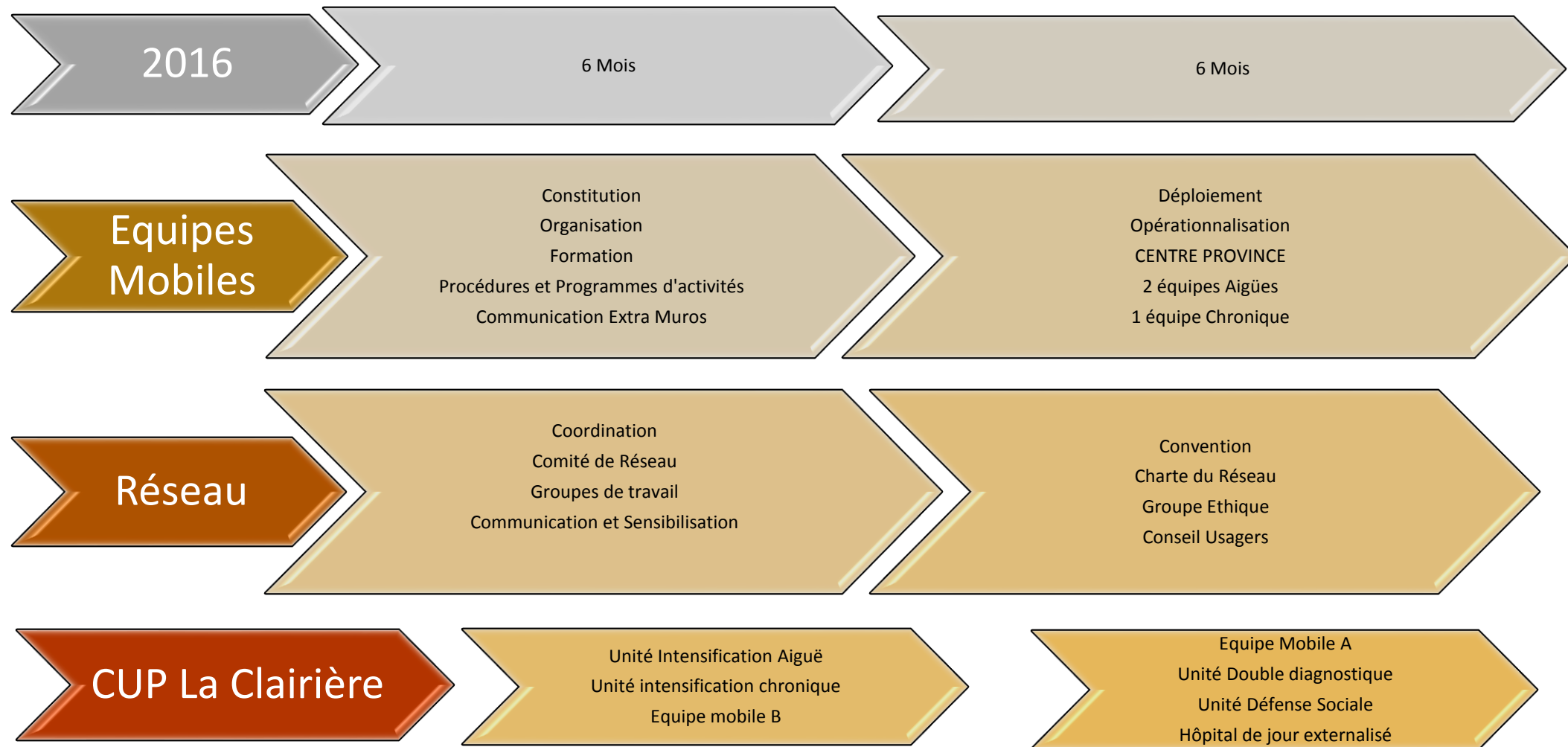
- Usagers :
 - enquêtes ou questionnaires visant à établir les priorités en matière d'attentes et de besoins
 - accent particulier sur l'accessibilité aux soins
 - implication des usagers dans la détermination des critères d'intervention des équipes mobiles
- Proches : poursuivre la réflexion entamée au sein de la Plate-forme sur les modalités concrètes de mise en œuvre de solutions en vue d'améliorer la communication entre les familles et les professionnels, en vue de soutenir les familles et de mener le travail thérapeutique dans la concertation avec elles ; mise en place effective de projets, comme par exemple de modules de psychoéducation, de groupes de paroles multifamilles, d'espaces d'échanges entre usagers, familles et professionnels.....
- Création de synergies avec le réseau «Matilda » (enfants et adolescents) pour la tranche d'âges des jeunes adultes et pour les enfants dont les parents souffrent de troubles psychiques
- Création de lieux d'accueil « bas seuil » où les familles soient acceptées

3. Informer à suffisance les usagers et leurs proches quant à leurs droits

- Développement de moyens d'informations (brochures, folders, site internet...) à propos des droits des usagers
- Intégration de ces droits dans la charte du réseau
- Information à propos des moyens de recours ou des dispositifs de gestion de plaintes
- Créer un espace d'avis éthique

4. Impliquer les usagers et leurs proches dans l'évaluation du réseau (degré de satisfaction, points d'amélioration)

Annexe 8.5 Déploiement du projet au cours de la 1ère année



DIRECTION GENERALE

Agent traitant:
Jacqueline COLLE

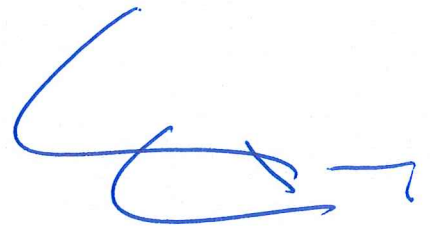
Téléphone – Fax:
+32(0)61/62.00.02

Adresse email:
Jacqueline.Colle@vivalia.be

ATTESTATION

Dans le cadre du projet 107 de la Province de Luxembourg, je soussigné Yves Bernard, Directeur général de Vivalia et de l'hôpital de la Clairière à Bertrix, m'engage à geler le nombre de lits nécessaires à la création de 2 unités mobiles selon le projet qui sera envoyé et à valider et discuter avec le SPF Santé Publique.

Fait à Bertrix le 1^{er} décembre 2015.



Yves Bernard
Directeur général