



MATINEE D'ÉCHANGES SUR LA SANTÉ MENTALE ET LA GRANDE PRECARITE

- LES ACTES -

Matinée d'échanges organisée le 06 mai 2011 par le Relais social urbain namurois en collaboration avec la Plateforme Namuroise de Concertation en Santé Mentale.



Wallonie

*Avec le soutien de la Ministre de la Santé, de l'Action Sociale
et de l'Egalité des Chances de la Région Wallonne*



Programme de la matinée

8h30 – Accueil

9h00 – Discours d'accueil de Monsieur Philippe Defeyt, Président du Relais social urbain namurois et de Monsieur Francis Pitz, Président de la Plateforme Namuroise de Concertation en Santé Mentale.

9h20 – Présentation de la réforme de soins en santé mentale par Monsieur Didier De Vleeschouwer, Coordinateur de la Plateforme Namuroise de Concertation en Santé Mentale.

9h50 - Présentation du Projet Namur Santé par Monsieur Didier De Riemacker, Coordinateur du projet.

10h45 – Présentation de Psycho'nnexion par Madame Barbara Bovy, Psychologue et Responsable du Projet.

11h15 – Présentation d'EMISM, Equipe Mobile d'Intervention en Santé Mentale par Monsieur Stéphane Tonneau, Coordinateur du projet.

11h45 – Echanges et débat avec la salle.



Discours d'accueil de Monsieur Philippe Defeyt, Président du Relais social urbain namurois et de Monsieur Francis Pitz, Président de la Plateforme Namuroise de Concertation en Santé Mentale.

Après une brève introduction sur l'objectif et l'intérêt de cette matinée d'échanges, un petit historique ayant trait à la psychiatrie en Belgique est rappelé. Jusque 1990, la prise en charge des malades psychiatriques se faisait en hôpital psychiatrique. Ensuite, on a assisté à une augmentation d'engagements de personnel qualifié. En 1990, le politique revoit la manière dont il envisage l'hôpital psychiatrique : il doit être hôpital avant tout. Les patients doivent donc passer le temps strictement nécessaire au sein de l'institution. De nouvelles structures intermédiaires voient alors le jour : les maisons de soins psychiatriques.

90 nouveaux lits sont créés via Saint Martin, 80 via le Beau Wallon. Les Habitations Protégées sont également renforcées. A Namur, l'offre en service de santé mentale est également assez développée et accueille un public assez varié. La province de Namur compte 6 centres de santé mentale. D'autres initiatives viennent les compléter, telle que la clinique de l'exil,....

Il est donc important de faire en sorte que toutes les personnes travaillant au sein de ces structures se rencontrent au sein d'une plate-forme.

Ainsi, cela fait 15 ans que tous les mois, des responsables et des cliniciens de terrain (psychologues, assistants sociaux, éducateurs,...) peuvent se rencontrer et échanger par rapport à des problématiques en lien avec la santé mentale.

Ces plates-formes ont aussi pour mission d'organiser une médiation (loi de 1992). Dans ce cadre, les patients peuvent alors exposer des plaintes ou remarques qu'ils auraient dans leurs relations avec les professionnels. Cette médiation est donc organisée par la plate-forme pour les différents services d'habitations protégées, les maisons de soins psychiatriques mais aussi au sein des hôpitaux.

Les autorités demandent aussi par la suite de mener des études sur les problématiques touchant particulièrement le public-cible. Une fonction de coordination se crée ainsi au sein de la cellule. Didier De Vleeschouwer vient ainsi de terminer une étude autour de la consommation chez les jeunes. La plate-forme a ainsi pu rassembler tous les types d'intervenants tournant autour de cette question : services d'accueil, d'aide à la jeunesse, judiciaire,...

Statistiquement, toutes les institutions faisant partie de la plate-forme sont amenées à travailler avec un public en grande précarité. Ainsi, au sein de l'hôpital psychiatrique, 80% des patients sont des allocataires sociaux. Si cela leur permet de payer l'hospitalisation dans un premier temps, le problème se pose lorsqu'il s'agit de passer dans un système de soins plus onéreux comme une maison de repos, une Habitation Protégée,...

Il s'agit aussi de réfléchir à la possibilité pour ces personnes de vivre dans la communauté et de participer aux activités de celles-ci.

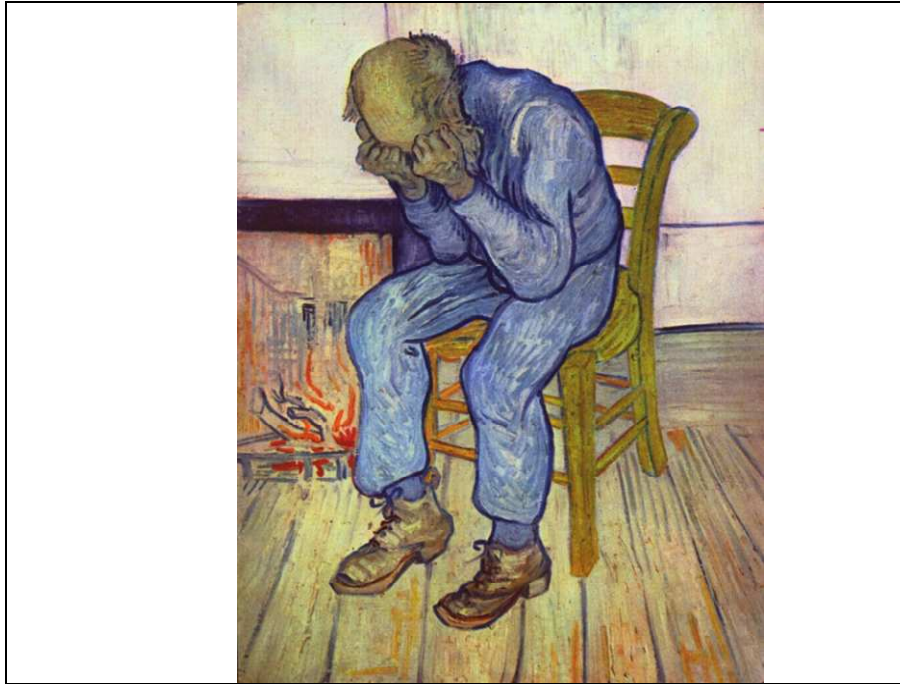
Monsieur Pitz entend constamment les cliniciens dire : « On ne peut pas devenir les réceptacles des problèmes de société ». Ce n'est pas parce qu'une personne présente un comportement hors norme que la personne doit se retrouver mise en observation.

L'HP et les IHP sont amenées à accueillir des personnes internées. Aujourd'hui, il y a une réelle volonté politique de prendre conscience du fait que ces personnes ont besoin de suivi. La stigmatisation est aussi une forme de précarité, du fait du regard qui est posé par la société, par nous tous, et ce y compris avec notre casquette de soignant par rapport aux personnes que nous sommes amenées à suivre.

Monsieur Defeyt tient à remercier toutes les personnes participantes de cette journée.



Présentation de la réforme de soins en santé mentale par Monsieur Didier De Vleeschouwer, Coordinateur de la Plateforme Namuroise de Concertation en Santé Mentale.



Matinée d'échange « Précarité & Santé Mentale »

**La Réforme des soins de santé mentale
dite « Réforme 107 »**

Didier De Vleeschouwer,
Coordinateur de la Plate-Forme Namuroise de Concertation en Santé
Mentale

«Vers la mise en place
de meilleurs soins en santé
mentale par la réalisation de
circuits et réseaux de soins»

*Phase exploratoire d'un
mouvement structurel*

FIL CONDUCTEUR

1. LA VISION DE DEPART
2. L'HISTORIQUE
3. LE « PROBLÈME » BELGE
4. LE PILOTAGE POLITIQUE
5. LES OBJECTIFS ANNONCÉS
6. LE MODÈLE PROPOSÉ
7. POUR CONCLURE : UNE MAIN
TENDUE VERS LA SOCIALISATION

1. LA VISION DE DEPART

OMS

- **La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.**

Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946; signé le 22 juillet 1946

- **Déclaration sur la santé mentale pour l'Europe :
« relever des défis, trouver des solutions »
Helsinki, Finlande (janvier 2005)**

Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la Santé Mentale,

La promotion de la santé mentale passe par des actions tendant à créer des conditions de vie et un environnement qui favorisent la santé mentale et permettent d'adopter et de conserver un mode de vie sain. Il existe ainsi un large éventail de mesures visant à augmenter la probabilité de voir plus de gens jouir d'une bonne santé mentale.

Un contexte garantissant le respect et la protection des droits civils, politiques, socioéconomiques et culturels fondamentaux est indispensable pour promouvoir la santé mentale. Sans la sécurité et la liberté apportées par ces droits, il est très difficile de conserver une bonne santé mentale.

Les politiques nationales de santé mentale ne doivent pas limiter leur champ d'action aux troubles mentaux. Il faut aussi qu'elles reconnaissent et prennent en compte les facteurs plus généraux qui favorisent la santé mentale. Il s'agit notamment d'intégrer la promotion de la santé mentale dans les politiques et programmes des secteurs publics et privés concernant l'éducation, l'emploi, la justice, les transports, l'environnement, le logement et la protection sociale, ainsi que dans ceux du secteur de la santé.

Déclaration d'Helsinki

Les priorités ont été déclinées en un plan d'action de la manière suivante :

1. **mieux faire comprendre l'importance du bien-être mental;**
2. **lutter collectivement contre la stigmatisation, la discrimination et l'inégalité; responsabiliser et soutenir les personnes atteintes** de problèmes de santé mentale et leur famille **de sorte qu'elles puissent participer activement** à ce processus;
3. concevoir et **mettre en œuvre des systèmes de santé mentale complets, intégrés et efficaces** qui englobent la promotion, la prévention, le traitement et la réadaptation, les soins et la réinsertion sociale;
4. répondre au besoin de **disposer d'un personnel compétent et efficace** dans tous ces domaines ;
5. **reconnaître l'expérience et l'expertise des patients et des aidants** (l'entourage) et s'en inspirer largement dans la planification et l'élaboration des services.

2. SOINS DE SANTÉ MENTALE HISTORIQUE BELGE

Historique

- 1970: Diverses initiatives pour une meilleure harmonisation de l'offre de soins aux personnes ayant des problèmes psychiques (imp, soins sm, ...).
- 1980: Moratoire : décision de ne pas laisser augmenter le nombre total de lits résidentiels. Ceci signifie concrètement que pour chaque nouveau lit qui est ouvert, un lit déjà existant est fermé.
- 1990: Expérimentation de nouveaux habitats spécifiques pour des personnes ayant des problèmes psychiques, avec comme objectif le soin dans la société (ihp, msp) au lieu de traitement et d'accompagnement résidentiels

1. Historique: réformes récentes

- 2001: Approche non plus axée sur l'institution mais sur le patient dans son milieu de vie.
Projets « Activation » et « Soins psychiatriques à domicile »,
- 2002: Déclaration conjointe sur la politique future en matière de soins en santé mentale (amendée en 2004): réseau et circuit de soins.
Articles 11 (9ter) et 107 (97ter) de la loi sur les hôpitaux
Conseil du CNEH concernant l'application de l'article 97ter (2005-2006)
projets pilotes: ex. FORK, lits IB, outreaching, internement
- 2007: Projets thérapeutiques
Concertation transversale
Participation d'associations de patients et familles
- 2009 : La CIM Santé publique lance la réforme des réseaux et circuits de soins via les articles 11 et 107 de la loi sur les hôpitaux

8. Aspects financiers et juridiques

Article 107 de la loi sur les hôpitaux

- L'article 107 permet de réaffecter les ressources existantes en vue de créer de nouvelles structures.
- L'article 107 offre un passage expérimental (min. 3 ans) dans le but de réaliser l'art. 11 (ancien art. 9ter).
- Les hôpitaux qui entreront dans un projet pourront profiter de normes d'agrément plus souples en les appliquant de manière globale au niveau de l'hôpital.

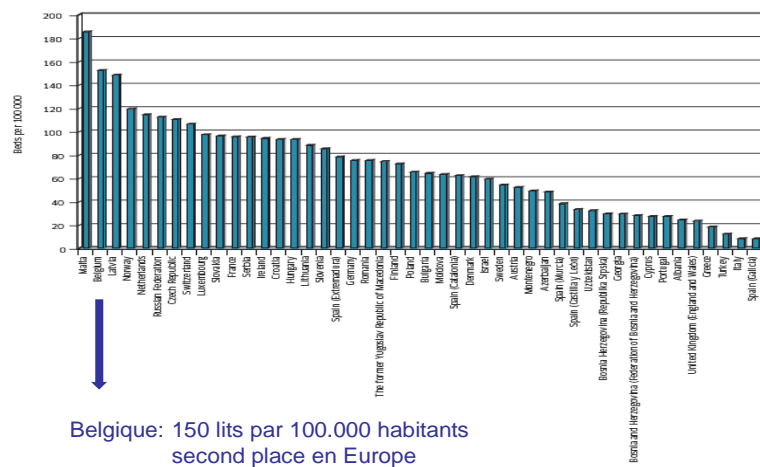
3. LE « PROBLÈME » BELGE

Vue de la chambre



LITS PSYCHIATRIQUES EU

Nombre total des lits par 100.000 habitant (WHO, 2008)



Ø **Aperçu de la situation des lits (au 01/01/2010)**

	Belgique	Flandre	Wallonie	Bruxelles
Lits A en Hôpital psychiatrique	4790	2914	1428	448
-Complets A	796	509	186	101
-Partiels A1	192	132	15	45
-Partiels A2				
Lits A en Hôpital général	2434	1300	854	280
-Complets A	261	130	91	40
-Partiels A1	2	2	/	/
-Partiels A2				
Lits T en Hôpital psychiatrique	5557	3371	1891	295
-Complets T	1158	1019	109	30
-Partiels T1	286	244	32	10
-Partiels T2				
Lits T en Hôpital général	90	/	90	/
-Complets T				
Places IHP	3899	2654	774	471
Places MSP	3286	2230	799	257
TOTAL	22751	14505	6269	1977
Proportion	100 %	63,75 %	27,55 %	8,70 %

4. LE PILOTAGE POLITIQUE

Réforme « article 107 »

- Initiée par le S.P.F. Santé Publique, S.P.W. et I.N.A.M.I.
- Envergure fédérale (régions et communautés associées). C.I.M.
- 3 grands axes
 - Création de nouveaux dispositifs en santé mentale
 - Formalisation d'un réseau
 - Socialisation

4. Quel modèle mettre en place?

Les Conférences interministérielles Santé publique du 14/10/2009 et du 26/04/2010

- Mettent en place une Taskforce qui pilote le processus
- Lancent une campagne d'information bilatérale.
- Lancent un appel fédéral.
- Élaborent un calendrier précis et un plan de communication.
- Établissent que chaque autorité prend des initiatives pour motiver toutes les instances concernées.
- Élargissent aux sections psychiatriques des hôpitaux généraux.
- Élargissent aux adolescents à partir de 16 ans
- Rédigent un guide par Communauté et Région.

Déroulement de la procédure

- Guide bilatéral: CIM 26/4/2010
- Communications bilatérales: 26/4/2010 – 31/5/2010
- Circulaire (description du système + modules) 31/5/2010
- Les Régions candidates décrivent leurs besoins, problèmes et suggestions de solutions – accords de collaboration avec des partenaires de soins, y compris en matière d'inclusion sociale.
- Introduction des projets: 1/11/2010
- Modules de formation pour les coordinateurs de réseau (nov et déc 2010)
- Première sélection des projets: 20/12/2010
- Mise en route avec quelques régions candidates (supra-institutionnel) pour une période d'expérimentation limitée: 1/1/2011 (contrats B4) > 1^{er} phase > ± 10 projets en Belgique
- Élargissement 2^{ème} phase (entre 2011 et 2012), 3^{ème} phase (2012, ...)
- Sélection « définitive » des 10 premiers projets (6 juin 2011)
- Financement (réaffectation + autres moyens) + honoraires

PROJETS SELECTIONNES

WALLONIE

- Région Hainaut (Leuze en H & Wez-Velvain)
- **Hainaut Occidental –CRP Les Marronniers**
- Réseau de la Région du Centre – Manage
- **Réseau Santé Namur (B-V/St-Martin)**
- Régional Namur (CHR Namur/Val de Sambre)
- Clinique Psy. Frères Alexiens – Henri-Chapelle
- **ISoSL/CHR Citadelle et AIGS**
- **Réseau Grand Liège et triangle Waremme Visé**

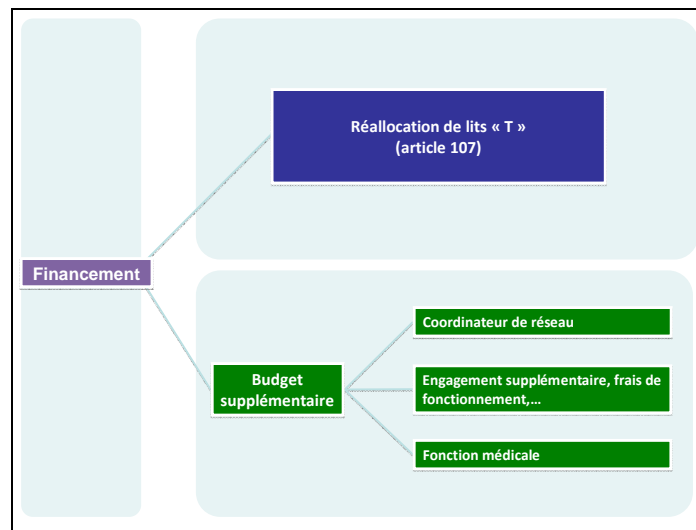
6. LES OBJECTIFS ANNONCÉS

- Objectif initial de la Réforme « article 107 » :

« Faire du différent avec du même »

(cfr. utilisation alternative de moyens humains et financiers par la réallocation de lits « T »)

- *Ajout d'un budget supplémentaire*



Cadre politique: Objectifs du nouveau modèle de Soins en Santé Mentale.

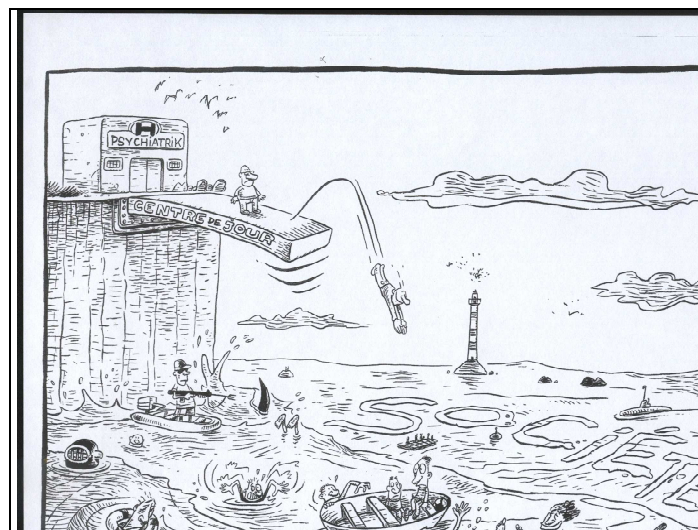
1. Mettre en place des soins sur mesure pour le patient et son entourage, dans un contexte de continuité des soins.
2. Mettre en place des formules de soins ambulatoires intensives et spécialisées, comme alternative à l'hospitalisation.
3. Promouvoir l'inclusion par la réadaptation et la réhabilitation dans le cadre d'une collaboration indispensable avec les secteurs de l'enseignement, de la culture, du travail, du logement social, ...
4. Intensifier les soins au sein des hôpitaux

Cadre politique: Objectifs du nouveau modèle de Soins en Santé Mentale.

- 5. Élaborer une approche intégrée de toutes les formes de soins dispensées en matière de Soins en Santé Mentale, dans une zone d'activité déterminée, via la création de circuits et réseaux de soins.
- 6. Collaborer avec les divers secteurs concernés, dont les soins aux personnes âgées, les services de santé mentale, le secteur social, le secteur des personnes handicapées et la justice.
- 7. Consolider les différents projets pilotes, tant au niveau fédéral que des Communautés et Régions, dans le concept de globalisation des Soins en Santé Mentale.

- ✓ la constitution d'un réseau et de trajets/circuits de soins qui intègrent les différents acteurs
- ✓ la mise en complémentarité des dispositifs existants
- ✓ la réponse aux besoins en santé mentale de la population d'un territoire
- ✓ la mise en place de dispositifs d'accompagnement au domicile (équipes mobiles)
- ✓ l'intégration sociale comme finalité
- ✓ passage des soins hospitaliers vers davantage de soins dans la communauté
- ✓ le recours à l'hospitalisation, lorsqu'elle est indiquée et pour une durée strictement nécessaire
- ✓ la participation et l'implication du patient, de son entourage dans le processus de soins
- ✓ ...

6. LE MODÈLE PROPOSÉ



Réforme « article 107 »

- Initiée par le S.P.F. Santé Publique, S.P.W. et I.N.A.M.I.
- Envergure fédérale (régions et communautés associées). C.I.M.
- 3 grands axes
 - Création de nouveaux dispositifs en santé mentale
 - Formalisation d'un réseau
 - Socialisation

<i>Quoi ?</i>	Création de nouveaux dispositifs en santé mentale	Formalisation d'un réseau
<i>Comment ?</i>	« Gel » de lits (= article 107) + moyens supplémentaires	Moyens supplémentaires
<i>Pourquoi ?</i>	Soins dans la communauté Soins hospitaliers intensifiés Socialisation	Réseau articulé autour des 5 fonctions
<i>Pour qui ?</i>	Pour <u>tous</u> les patients souffrant de troubles psychiatriques	Pour l'ensemble des intervenants du réseau (en santé mentale et hors santé mentale)
<i>Par qui ?</i>	Les promoteurs et le personnel issus de l'hospitalier	Le coordinateur de réseau

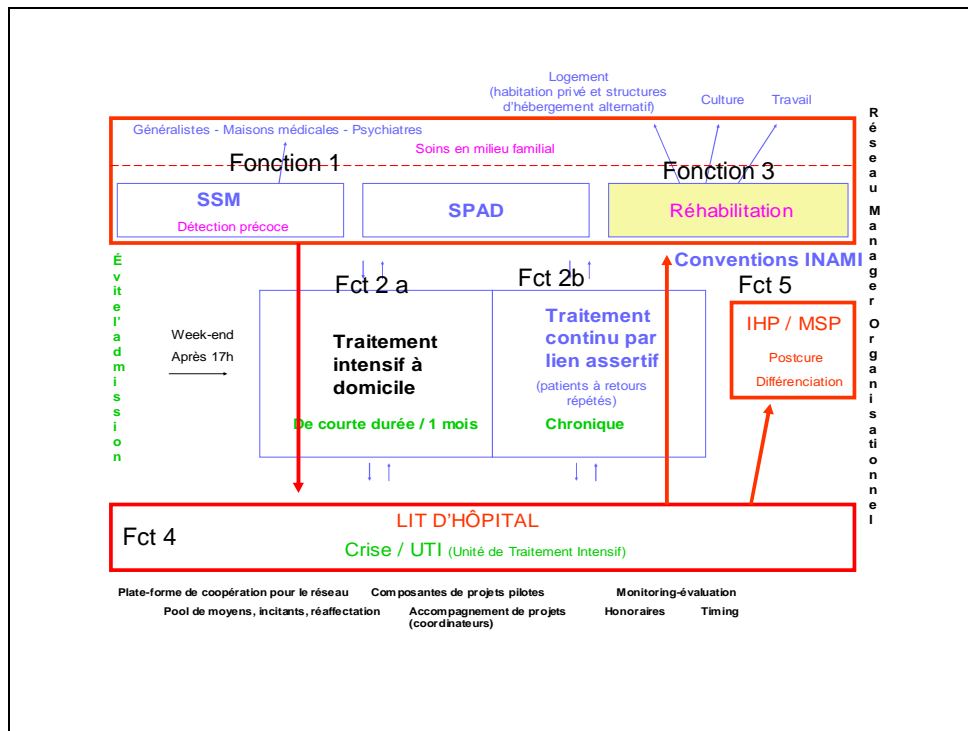
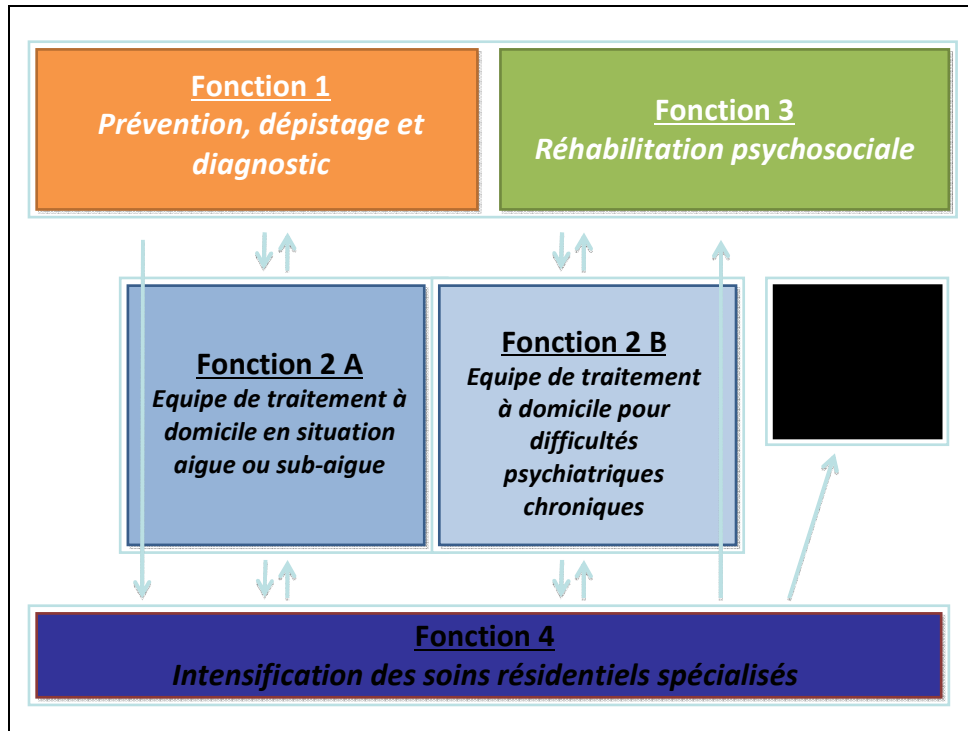
<i>Quoi ?</i>	« Socialisation »
<i>Comment ?</i>	Partenariat + moyens supplémentaires ou à solliciter (activer les transversalités par ex)
<i>Pourquoi ?</i>	Réhabilitation psycho-sociale Intégration association d'usagers et de proches d'usagers Habitat logement Maintenir le lien social et rompre l'isolement Destigmatisation ...
<i>Pour qui ?</i>	Pour <u>tous</u> les patients souffrant de troubles psychiatriques
<i>Par qui ?</i>	Les partenaires en lien avec le coordinateur et les équipes de santé mentale

4. Quel modèle mettre en place?

Fonctions clés

1. Activités en matière de prévention et de promotion des Soins en Santé Mentale, détection précoce, dépistage et établissement du diagnostic
2. Équipes ambulatoires de traitement intensif, aussi bien pour les problèmes de Soins en Santé Mentale aigus que chroniques
3. Équipes de réhabilitation travaillant à la réinsertion et à l'inclusion sociale (socialisation)
4. Unités intensives de traitement résidentiel, aussi bien pour les problèmes de Soins en Santé Mentale aigus que chroniques, lorsqu'une hospitalisation s'avère indispensable
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

FOUNCTION	INTITULE	PUBLIC CIBLE	MISSIONS	EQUIPES et MODALITES proposées
N° 1	Activités en matière de prévention, de promotion des soins en santé mentale, détection précoce, dépistage et pose d'un diagnostic	Population du territoire concerné	Accessibilité Accueil de la demande Prévention Détection précoce/Dépistage Etablissement d'un diagnostic Première intervention	Ces actions se développent dans l'espace communautaire et offre une réponse de proximité Acteurs : SSM, médecins généralistes, ...
N° 2	Équipes ambulatoires de traitement intensif à domicile : 2 volets	1. Situations aiguës ou subaiguës 2. Difficultés psychiatriques chroniques (hospi répétées et échec de traitement)	1. Soins psychiatriques immédiats à domicile (alternative à l'hospitalisation) 2. Traitement continu par lien assertif	1. Intervention mobile rapide 7j/7, et 24h/24 Équipe pluridisciplinaire (dont 1 psychiatre) 2. Intervention mobile 7j/7, 12h/jour en semaine et 8h/j le we
N° 3	Équipes de réhabilitation travaillant à la réinsertion et à l'inclusion sociale	Problèmes psychiatriques persistants et graves Continuité des fonctions : 1 et 2	Actions dans le secteur de la réhabilitation sociale Objectif : atteindre une autonomie dans la vie journalière (ex : structuration de la journée, développement du réseau social, loisirs, cultures, logement, emploi, etc.)	Intervention 5j/7, 8h/j Équipe multidisciplinaire (dont 1 psychiatre)
N° 4	Unités intensives de traitement résidentiel	Problèmes psychiatriques aigus et chroniques Urgence psychiatrique nécessitant une hospitalisation	Intensification des soins résidentiels spécialisés Prise en charge intensive/ courte durée Articulation avec le réseau et assurer le suivi après la phase aiguë	Communication permanente avec les autres fonctions pour maintenir le lien avec le réseau social et optimiser les possibilités de retour au domicile et chances d'insertion
N° 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	Problématiques psychiatriques chroniques stabilisées Possibilités d'intégration sociale réduites	Soutien à l'organisation de la vie quotidienne Programmes individualisés	Développement d'habitats spécifiques sous forme d'hébergements protégés, d'appartements supervisés ou toute forme de logements adaptés



• *Public-cible général (groupe cible)*

- 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.

• *Critères généraux d'exclusion :*

- les patients souffrant **exclusivement** de handicap mental
- les patients souffrant **exclusivement** de démences ou autres troubles neurologiques

Le coordinateur du réseau

- ✓ « facilitateur » pour la création d'un réseau (trajets de soins) sur un territoire défini
- ✓ collaborer avec les acteurs (en santé mentale et hors santé mentale) en vue d'offrir, dans la zone d'activité, des soins intégrés et orientés vers la société, via la concrétisation des 5 fonctions

Conclusions

- Pratiques innovantes qui vont dans le sens de l'OMS et des expériences à l'étranger
- Plus en phase avec notre société post-moderne (« dés-asilaire », autonomie <>protectionnisme/paternalisme)
- Changement de paradigme et de culture de travail
- Renforcement de l'ambulatoire
- Accents mis sur la communauté (domicile), l'inclusion sociale, la réhabilitation bref la socialisation
-

Une main tendue vers la socialisation

La socialisation est la finalité de la réforme, ce qui nécessite :

- un partenariat renforcé entre les champs de la santé mentale, du social et les pouvoirs locaux
- une meilleure connaissance des champs respectifs,
- une augmentation des compétences réciproques et des pratiques de travail croisées, voire une mixité des pratiques (associer les divers acteurs dans le travail)
- une créativité assumée dans les pratiques de travail
- une déstigmatisation de la maladie mentale, donc un travail sur la dangerosité sociale présumée
- ...

Une main tendue vers la socialisation

Pour mieux y arriver :

- un travail sur le logement et son accessibilité de manière soutenante
- Un support à l'emploi dans le cadre par ex de l'économie sociale (mixité)
- Un soutien aux familles et leur implication dans le processus
- Une activation du partenariat avec le secteur socio-culturel
- Un développement des dispositifs de réhabilitation sociale
- ...

Limites(actuelles) pressenties

- Démarrage du réseau à partir de l'offre psychiatrique actuelle
- Peu d'implication des politiques transversales (réseau topdown?) et donc des budgets d'impulsion
- L'offre ambulatoire disponible notamment pour les fonctions 1 et 3 est disparate et très incomplète sur certaines zones
- Le « réseau » ne vient pas à bout de l'histoire qui nous précède et des compétitions « ancestrales »
- Crainte au niveau du résidentiel notamment pour les fonctions 3 et 5 (quid des patients chroniques de longue durée?, risque SDF? ou prison ? pour combler les manques)
- Disponibilité des psychiatres
- Mise en hypothèse d'une augmentation ou non (?) des urgences psychiatriques
-

L'intervention de Monsieur De Vleeschouwer situe le cadre général de la réforme des soins de santé mentale.

Cette réforme, aussi appelée réforme 107, vise la mise en place de meilleurs soins en santé mentale par la réalisation de circuits et réseaux de soins et s'inscrit dans un mouvement mis en place depuis quelques années. La phase actuelle est une phase exploratoire qui nécessite d'être co-construite en réseau et de manière transversale avec les acteurs du champ de la santé mentale et ceux hors du champ de la santé mentale.

La réforme 107 se base sur la déclaration d'Helsinki qui met en avant différentes priorités déclinées dans un plan d'actions et souligne l'importance de la prise en charge du bien-être en santé mentale.

Dans les années 70, un premier mouvement de désinstitutionnalisation démarre, notamment avec la création des services de santé mentale. En 1980, un moratoire a pour conséquence le fait que de nouveaux lits psychiatriques ne peuvent plus être ouverts. A partir des années 90, le mouvement s'accélère avec la création des habitations protégées, des maisons de soins psychiatriques et des plates-formes de santé mentale. Au cours de ces 10 dernières années, on verra la mise en place d'un certain nombre de projets pilotes : projet activation, soins psychiatriques à domicile, outreaching,... En 2002, les ministres belges signent une déclaration conjointe. En 2007, de nouveaux projets thérapeutiques voient le jour : il s'agit d'organiser la concertation autour du patient avec le réseau.

A partir de 2009, la réforme 107 est lancée. L'article 107 permet de réaffecter des ressources existantes pour créer de nouveaux dispositifs. Dans les hôpitaux psychiatriques, la vision change par rapport à celle de l'asile. Tout le pari au niveau de la Belgique est de transformer une partie des lits psychiatriques en quelque chose d'autre. Actuellement, la Belgique se trouve en première place européenne en ce qui concerne le nombre de lits psychiatriques par habitant, même si ce nombre n'est pas égal en fonction des régions.

L'initiative est prise par les pouvoirs politiques au moyen de 3 grands axes : la socialisation, la création de nouveaux dispositifs notamment ambulatoires et la formalisation d'un réseau.

Cette réforme concerne les adultes partir de l'âge de 16 ans et a pu être étendue aux hôpitaux généraux. Le déroulement de la procédure s'est réalisé de manière assez rapide sur peu de temps. Des propositions de projets doivent encore être travaillées. Plusieurs projets ont été sélectionnés pour la Wallonie. Sur la région namuroise (arrondissement de Namur), le projet Réseau Namur Santé, qui a pour promoteurs les hôpitaux psychiatriques du Beau Vallon et de Saint Martin, a été accepté.

Le financement vient entre autres de la réaffectation d'une partie des budgets liés aux lits hospitaliers. Le but est de mettre en place de nouvelles formules de soins alternatives à l'hospitalisation, des formules de soins ambulatoires,... Il s'agit aussi d'intensifier les soins au sein des hôpitaux, c'est-à-dire de renouer avec leurs fonctions premières.

En d'autres mots, il pourrait s'agir de constituer un réseau et des trajets de soins qui intègrent les différents acteurs. Il est aussi important d'assurer la participation du patient et de ses proches dans les différents processus.

Monsieur De Vleeschouwer explique ensuite les 3 axes de la réforme :

- la socialisation qui vise la réhabilitation psychosociale ;
- la rupture de l'isolement ;
- le travail de la dé-stigmatisation,...et ce, par tous les partenaires.

En conclusion, il s'agit de pratiques innovantes déjà expérimentées à l'étranger mais qui doivent s'adapter au contexte belge. C'est en quelque sorte une invitation à être en phase avec notre société postmoderne, dans une optique dé-asilaire. L'objectif est une réelle main tendue vers la socialisation. Pour mieux arriver à ces objectifs, il reste un travail à réaliser par rapport à l'emploi, à l'accessibilité au logement, au soutien et à l'implication des familles, au partenariat avec le secteur socioculturel,...

Les limites pressenties de cette réforme sont le fait d'organiser une transversalité de la participation avec les politiques. La crainte liée à la fermeture de certains lits doit aussi être prise en charge. Le problème de disponibilité des psychiatres existe et est préexistant à cette réforme. Certains acteurs de terrain craignent une augmentation des urgences psychiatriques, ce qui reste à vérifier.

Présentation du Projet Namur Santé par Monsieur Didier De Riemacker, Coordinateur du projet.

Matinée d'échange « Précarité & Santé Mentale »

**Réforme 107
Projet « Réseau Santé Namur »**

06 mai 2011

Tables des matières

1. Préambule
2. La Réforme « article 107 »
3. Le projet « Réseau Santé Namur » - Nouveaux dispositifs de soins
4. Le projet « Réseau Santé Namur » - Coordinateur de réseau
5. Conclusion

1. Préambule



Préambule

- Intégrer la dimension sociale dans l'aide psychologique et la dimension psychologique dans l'aide sociale.
- Multiplicité d'offres d'accueil de la demande
 - = multiplicité de possibilités pour les personnes de déposer leur demande même de façon indirecte ou incomplète.
- Imbroglie de la demande d'aide :
 - ↳ difficultés sociales exprimées à un intervenant en santé mentale et difficultés psychologiques/psychiatriques exprimées à un intervenant d'aide sociale

Préambule

- Nécessité d'une inter-connaissance trans-sectorielle
 - entre les personnes
 - entre les savoirs
- Stimulation de la complémentarité, de la coopération...
... de la coordination

2. La Réforme « article 107 »

Réforme « article 107 »

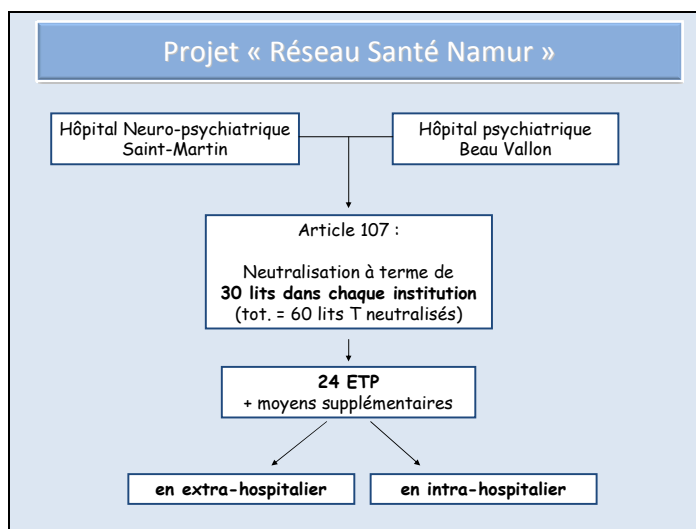
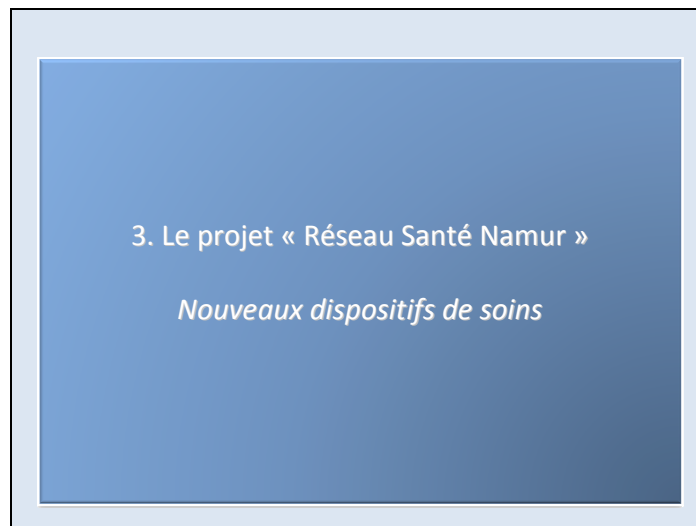
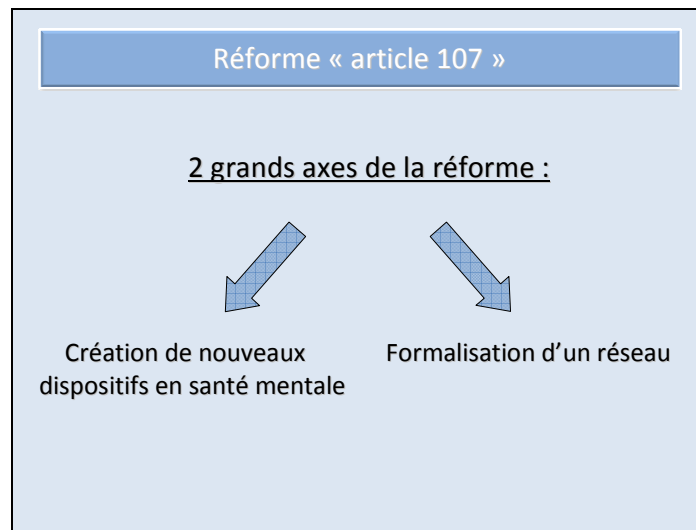
Aspects novateurs de la réforme:

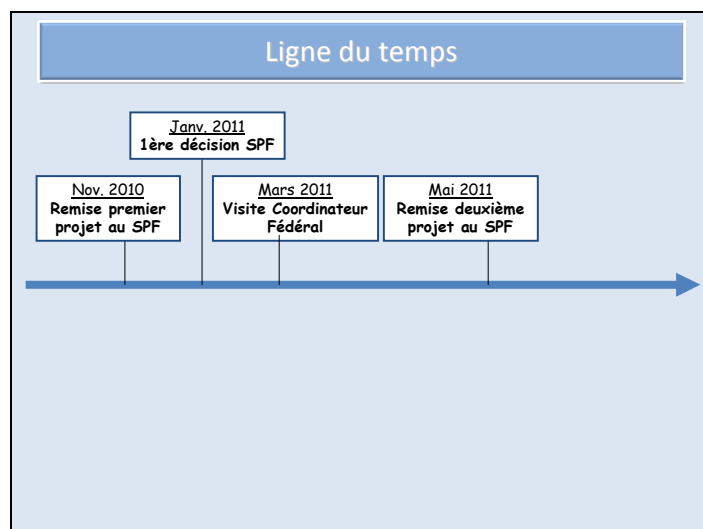
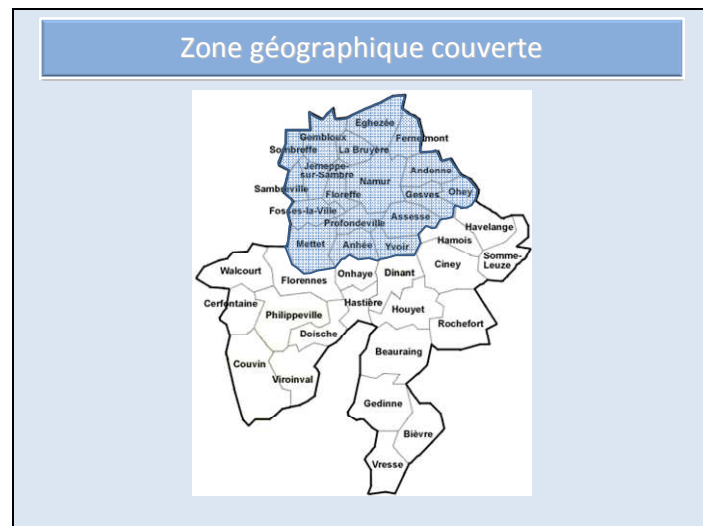
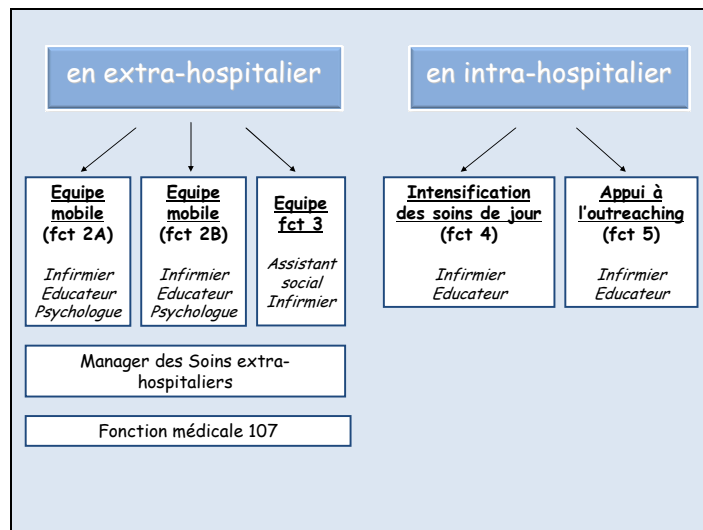
- ✓ Soins dans la communauté (équipes mobiles)
- ✓ Réhabilitation psycho-sociale (fct 3)
- ✓ Soins hospitaliers intensifiés
- ✓ Intégration association d'usagers et de proches d'usagers
- ✓ Création d'un réseau trans-sectoriel

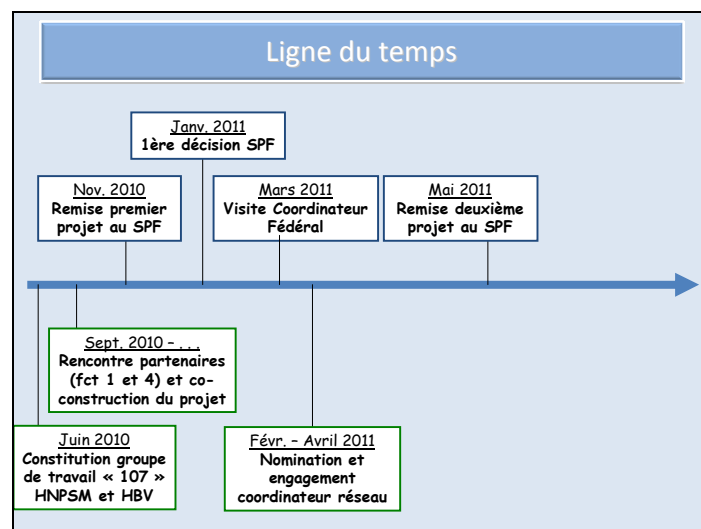
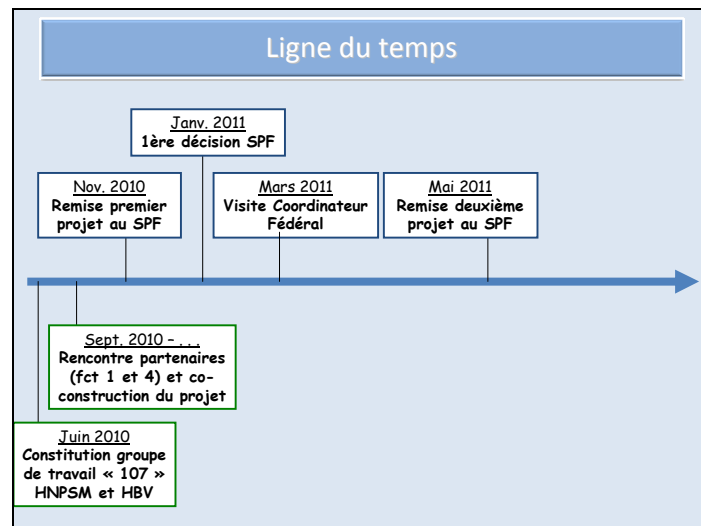
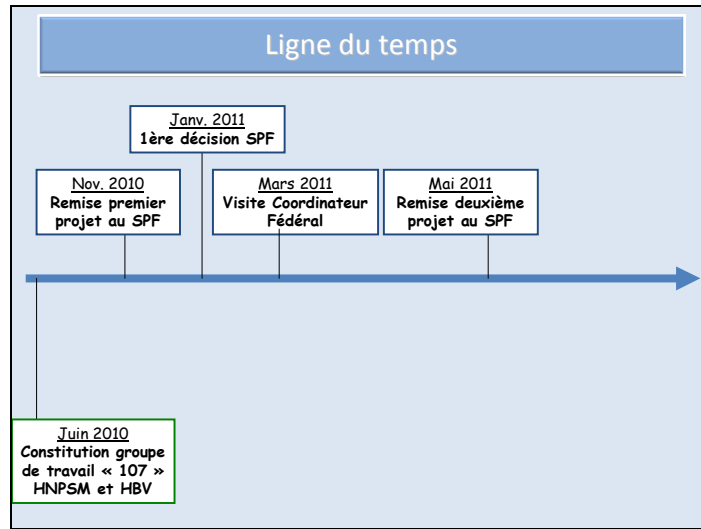
Réforme « article 107 »

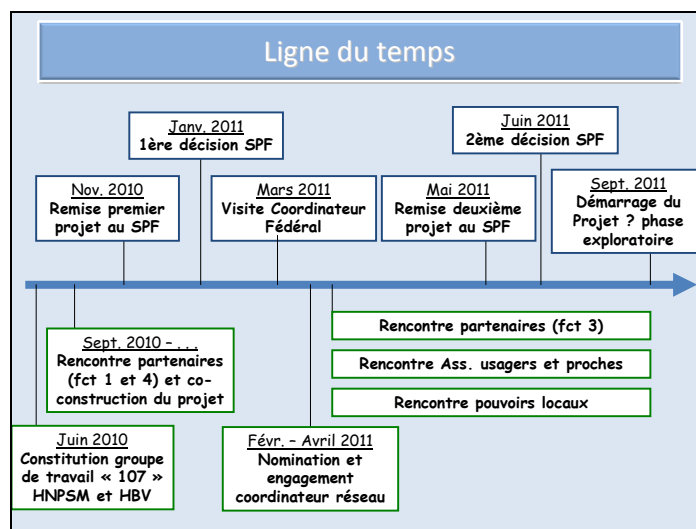
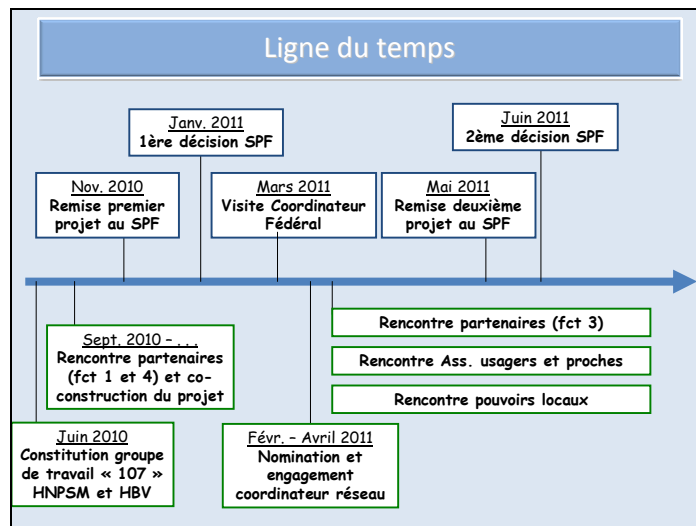
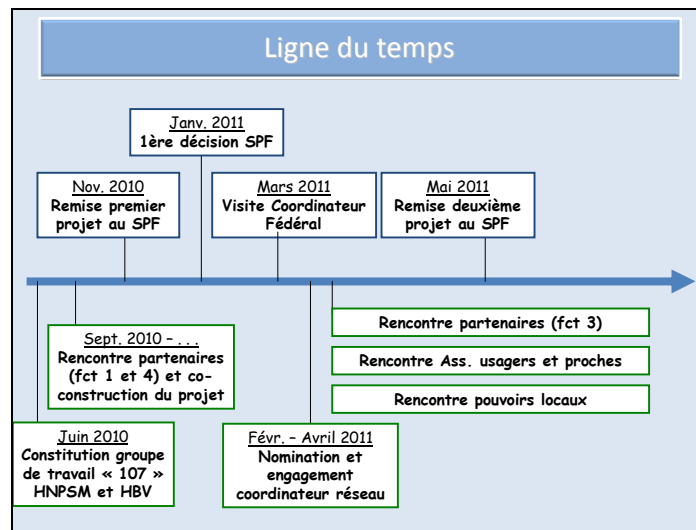
Enjeux liés au changement :

- ✓ Changement de paradigme
 - Entrer dans l'inconnu
 - Résistance au changement
 - Développement d'attentes
- ✓ Phase exploratoire prévue par la réforme









4. Le projet « Réseau Santé Namur »

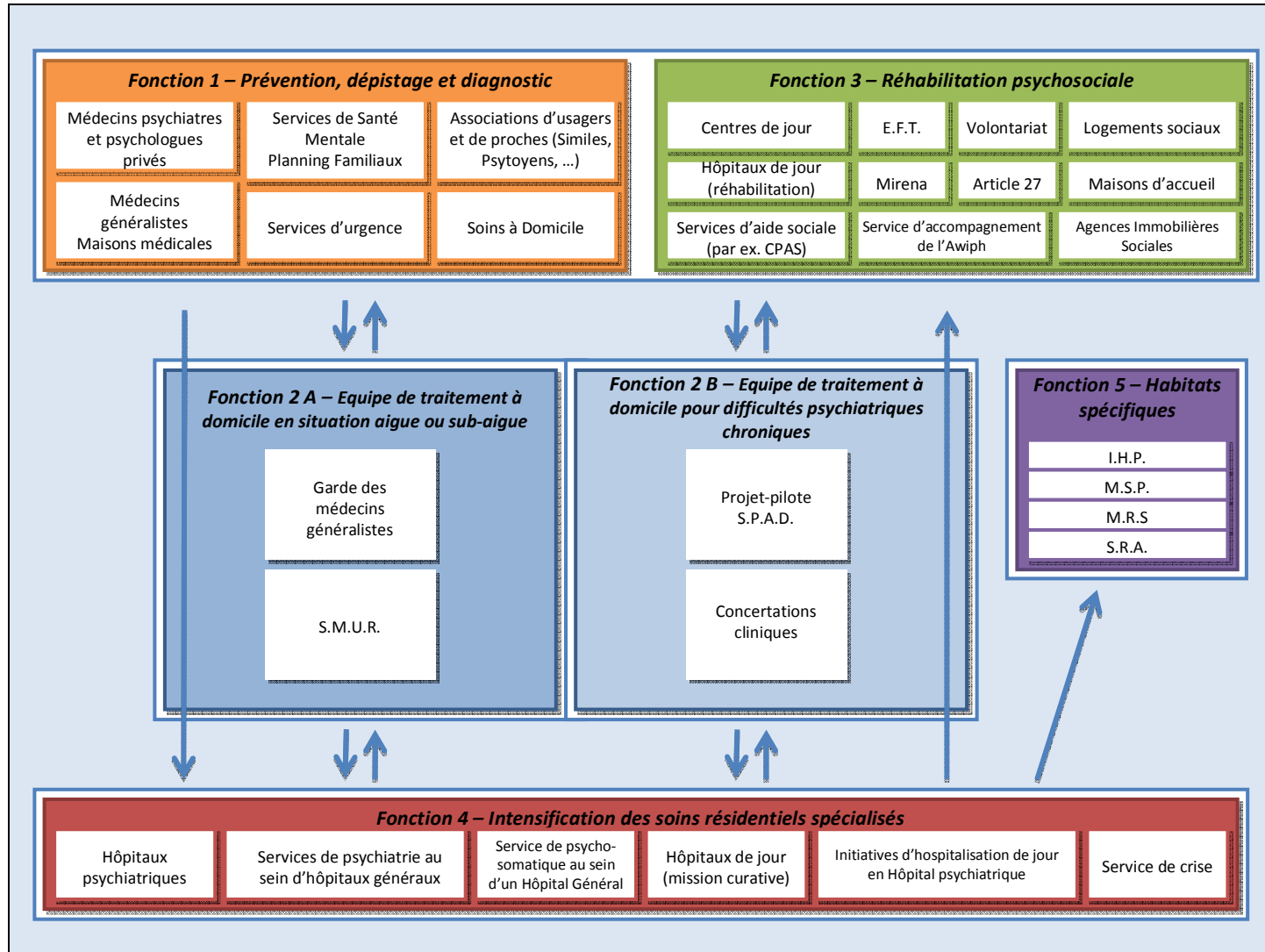
Coordinateur de réseau

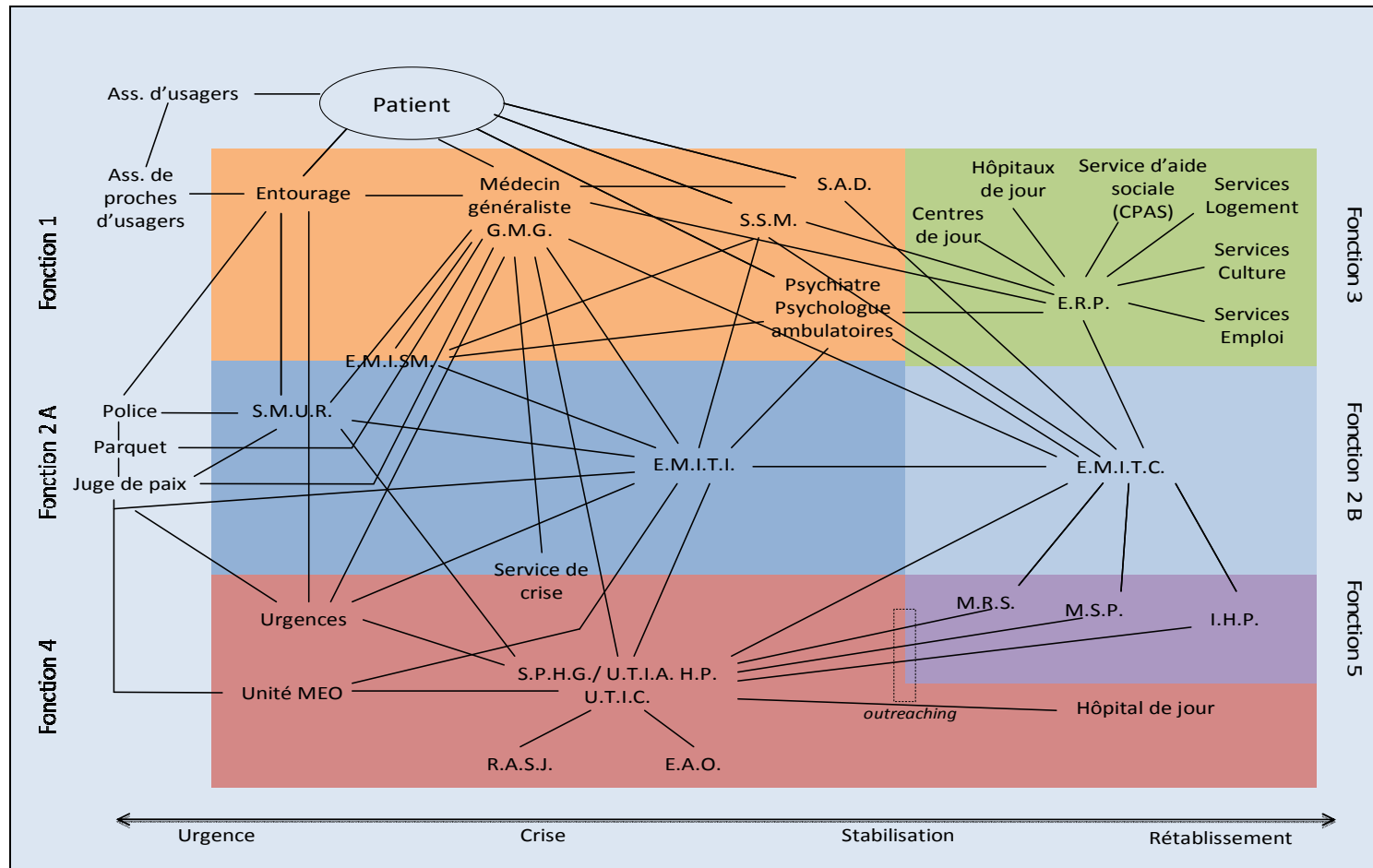
Coordinateur de réseau

- ✓ « facilitateur » pour la création d'un réseau (trajets de soins)
- ✓ collaborer avec les acteurs (en santé mentale et hors santé mentale) en vue d'offrir, dans la zone d'activité, des soins intégrés et orientés vers la société, via la concrétisation des 5 fonctions

Coordinateur de réseau

- 1ère étape : identifier les partenaires
- 2ème étape : dresser une carte du réseau
- 3ème étape : envisager des procédures
- 4ème étape : co-constituer le réseau





Conclusion

- Co-construire le réseau
- Vous rencontrer, vous connaître
Se rencontrer, se connaître
- Au-delà des clivages sectorielles
→ les patients/personnes ne choisissent pas toujours : ils/elles vont là où il leur paraît possible de formuler une demande
- Invitation à cette matinée d'échange

Monsieur Didier De Riemacker, psychologue de formation et Coordinateur du réseau, aborde alors le projet « Réseau Santé Namur ».

La précarité et la santé mentale sont fortement liées, l'une entraînant souvent l'autre et inversement. Le patient se retrouve alors à basculer en permanence de l'une à l'autre. Cela nécessite d'intégrer la dimension sociale dans l'aide psychologique et vice et versa. La difficulté peut résulter d'une demande psychologique réalisée auprès d'un intervenant social et d'une demande sociale réalisée auprès d'un intervenant « psy ».

La réforme 107 devrait permettre l'ouverture de soins en ambulatoire, dans la communauté, au moyen d'équipes mobiles. Elle vise la réhabilitation psycho-sociale.

Il est normal que cette réforme suscite des questionnements. On fait face à l'inconnu. Cela peut provoquer des résistances au changement et des questionnements de la part des travailleurs.

Face à cela, certaines attentes quelque peu démesurées peuvent voir le jour. Le projet en est à une phase exploratoire au terme de laquelle une évaluation sera réalisée.

Concrètement, deux hôpitaux s'associent à Namur : Le Beau Vallon et Saint Martin. Ils visent chacun la neutralisation de 30 lits, soit 60 au total. Cela libérerait pour le projet 24 ETP qui pourraient travailler en intra et en extra-hospitalier.

En extra-hospitalier :

8 ETP vont se retrouver investis dans les équipes mobiles (fonction 2A) constituées d'infirmiers et d'éducateurs, appuyés par un psychologue. Ces équipes seront constituées en 3 binômes et destinées à soutenir le patient en crise à son domicile. Ces équipes travailleront de 9 à 21h.

Une autre équipe mobile (fonction 2 B) sera créée afin d'élaborer un suivi plus longitudinal, au domicile des patients. Cela pourra se traduire par des rendez-vous périodiques (ex : toutes les semaines).

L'équipe fonction 3 sera quant à elle composée de 3 équivalents temps plein. Elle sera constituée d'infirmiers en santé communautaire et d'assistants sociaux. Elle vise à accompagner au domicile une équipe fonction 2B. L'idée est qu'une personne de cette équipe puisse stimuler des partenariats autour de certains points forts comme le logement, l'emploi,...

En intra-hospitalier :

Plusieurs initiatives sont déjà d'actualité. Il s'agit par exemple d'une hospitalisation de jour ponctuelle pour un patient qui est sorti de l'hôpital. Cela nécessite une prise en charge spécifique : 4 ETP (fonction 4) seront dévolus sous forme d'équipes flottantes afin de venir soutenir les équipes fixes dans la prise en charge de ces patients.

L'appui à l'« Outreaching » (fonction 5) consiste à accompagner le patient qui souhaite réaliser des démarches afin de poser sa candidature vers une autre structure. 4 ETP seront également affectés à ce travail, une fois de plus pour ne pas déformer l'équipe en place, tout en accompagnant le patient dans ses démarches.

Une maison « 107 » qui centralisera toute les activités du projet a vu le jour dans le centre de Namur, près de la gare, afin d'être accessible facilement aux patients. Le projet pourrait démarrer aux alentours de septembre ou octobre 2011 à condition qu'il soit avalisé par le Fédéral.

Dans une première étape, l'identification des différents partenaires et une carte du réseau ont été réalisées. Le but était de relever toutes les étapes et les axes par lesquels peut passer un patient au cours de sa trajectoire. A chaque étape, différents partenaires interviennent.

La 3^{ème} étape a été d'envisager les procédures réseau par la mise en place de groupes de travail. Une personne par groupe de travail fera partie du comité de pilotage du projet.

Enfin, il s'agit de co-construire le réseau, de rencontrer et connaître les différents partenaires au-delà des différents clivages sectoriels car les patients et leurs situations de vie sont au-delà de ces clivages.

Questions posées :

- *Comment répondre aux besoins en zones rurales, peut-être moins accessibles en ce qui concerne l'offre de soins ?*

L'exemple de l'Italie est donné, où cela fonctionne aussi en dehors des zones urbaines. Néanmoins, il faut laisser le temps au projet de démarrer. Dans un premier temps, c'est bien la ville qui est visée mais il s'agira de faire l'évaluation des équipes mobiles au terme des trois années d'exploration. La question des zones rurales se pose bien évidemment. Il s'agira donc alors de pourvoir à la couverture de ces zones après évaluation du projet.

- *Comment faire entre 21h et 9h, moment où les équipes ne travaillent pas ? Le personnel de première ligne (assistants sociaux, éducateurs) sera-t-il formé à l'intervention en santé mentale ? Que fait-on des patients en attente d'une hospitalisation ?*

Par rapport aux structures de soins de première ligne, l'idée d'un renforcement est avancée. Les services de première ligne ne sont pas uniquement les services de santé mentale. Le projet s'adresse à l'ensemble des patients de la zone géographique. Concrètement, ces équipes mobiles peuvent être interpellées par n'importe quel intervenant extérieur. Le choix du timing de 9h à 21h permet de constituer plus de binôme que si il s'agit d'une intervention 24h/24.

Il existe une intervention possible le week-end également mais dans des horaires plus réduits. Malgré tout, il est vrai que certaines tranches horaires restent non couvertes durant la nuit. Toutefois, des expériences similaires dans d'autres pays montrent concrètement que le travail efficace des équipes de jour réduit fortement les demandes et besoins durant la nuit.

En ce qui concerne la question de la formation des partenaires, certains projets sont développés (immersions à Lille, Lausanne, Maastricht,...), qui permettraient de s'ouvrir à d'autres pratiques. Des formations sont également prévues pour les équipes en interne.

- *Pour les patients qui ne sont suivis par personne, qui se trouvent en rue, la réforme offre-t-elle des moyens pour leur réinsertion? Une réflexion a-t-elle été menée par rapport au public sans abri ?*

Le pari est de rencontrer ces personnes en grande précarité. Toutefois, il est vrai que cela n'a pas été prévu en tant que tel au sein de la réforme 107. Rien de spécifique aux sans-abri n'a été envisagé. La réforme vise tous les patients. Il est malgré tout intéressant d'élargir la notion de lieux de vie à d'autres formes que le domicile comme l'abri de nuit, la maison d'accueil,... afin de permettre aux équipes mobiles de rencontrer un maximum de personnes. Cependant, pour les personnes vivant en rue, rien n'a malheureusement été prévu.

- *Un membre de l'assemblée met en avant son inquiétude par rapport à la mise en place effective du projet si un accord ne devait pas être trouvé avec l'autre projet namurois issu du secteur public. Une autre question est celle de l'intégration des personnes pour lesquelles il est difficile de mettre en place une hospitalisation ?*

Une fois encore, il faudra mettre l'accent sur l'évaluation au terme de cette phase d'exploration. Les démarches afin de trouver un terrain d'entente entre les hôpitaux généraux et les hôpitaux psychiatriques ont été réalisées. La question de la nuit reste toutefois ouverte. Les enjeux majeurs en termes de reconversion se situent au sein des hôpitaux psychiatriques.

Présentation du Projet « Accompagnement psychologique des personnes en grande précarité » par Madame Barbara Bovy, psychologue à la Cellule solidarité du Service de Cohésion sociale de la Ville de Namur

Service de Cohésion sociale
Une Ville à vivre
Département des Affaires civiles et sociales
(DCS)

**Cellule
solidarité**

**Accompagnement
psychologique
des personnes en
situation de précarité**

Table des matières

- Définition « grande précarité »
- Historique
- Evolution
- Contexte actuel
- Objectifs généraux
- Missions
- Sur le terrain
- Contact

Grande précarité

« Une personne est en situation de grande précarité (ou d'exclusion sociale) quand simultanément : elle est confrontée à un cumul de problématiques graves (au moins 2 sur 3) liées :

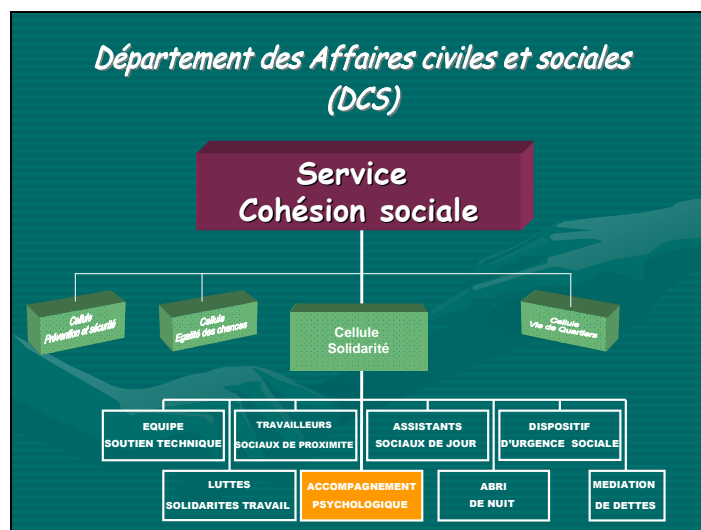
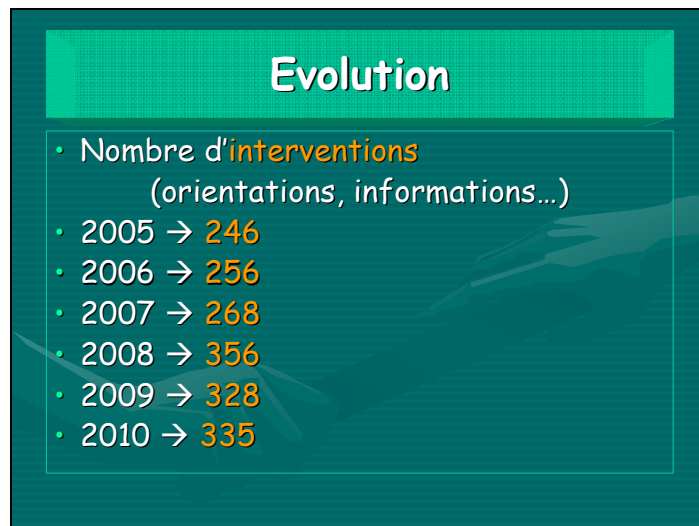
- a) au non-emploi ou à une situation économique particulièrement défavorisée (aide sociale, surendettement grave ...),
- b) à la santé (dont les handicaps physiques et mentaux limitant gravement l'autonomie) ou à l'aide médicale,
- c) à un manque de logement décent et à l'absence de protection d'un environnement sain ; et qu'elle est dans l'impossibilité de faire face à ses difficultés par ses propres moyens personnels, physiques, mentaux, relationnels, familiaux, culturels, économiques ou malgré l'aide de services spécialisés ou de première ligne subsidiés par d'autres secteurs. »

Historique

- Créé en 2002 → expulsions
- Jusqu'en 2010: mi-temps subventionné dans le cadre du Plan de Cohésion Sociale
- De 2010 à 2011: un second mi-temps subventionné dans le cadre du RSUN
- Actuellement, les 2 mi-temps sont regroupés dans le cadre du PCS

Evolution

- Nombre de **personnes suivies**:
- 2005 → **44**
- 2006 → **51**
- 2007 → **59**
- 2008 → **66**
- 2009 → **79**
- 2010 → **103**



Contexte actuel

P.C.S. Plan de Cohésion Sociale

Soutien psychologique aux personnes en situation de précarité, voire de grande précarité

Constats usagers

- Problématiques de santé mentale en augmentation ↑
- Mise en observation
- Contrainte ou non
- Difficultés de réinsertion
- Repères
- Ressources
- Complexification de situation
- Pas de nécessité d'un suivi médical
- Structures existantes complètes

Constats Professionnels

- Difficultés éprouvées dans l'accompagnement, les interventions socio-éducatives des personnes présentant des troubles psychopathologiques
- Multiplicité d'intervenants
- Interventions parfois répétées
- Rencontre de ses propres limites professionnelles/personnelles

Objectifs généraux

- Accompagnement psychologique des personnes en grande précarité (orientées par les partenaires)
- Offrir la possibilité aux professionnels de réorienter certains de leur suivi et/ou des interventions en binôme

22

Missions

Pour les usagers:

- Personne vivant dans des conditions locatives difficiles, sans-abri, précarité et grande précarité
- Soutien dans la gestion du quotidien
- Besoin
- Accompagnement individualisé
- Informer, orientation
- Projet de vie
- Expulsions
- Accompagnement « Post-logement »

25

Missions

Pour les professionnels:

- ⇒ Offrir la possibilité aux professionnels d'orienter.
- ⇒ Offrir la possibilité d'élargir le champ des pistes d'interventions.
- ⇒ Travail en partenariat et réseau.
- ⇒ Approche globale et transversale.
- ⇒ Point de vue extérieur sur la situation.

Sur le terrain

Demande?

Usager ou professionnel

Où?

Hôtel de Ville, lieu de vie ou dans les locaux des services partenaires

Type d'entretiens:

Adaptés à la demande

Coût?

Gratuit

Limite territoriale?

Namur

Quand?

Du lundi au vendredi de 8h30 à 17h00 sur rendez-vous

29

Sur le terrain

- La cooccurrence de plusieurs problématiques.
- Différentes problématiques :
 - Dépression, conflits familiaux, toxicodépendance, surendettement, jeu pathologique, trouble du comportement, violence conjugale...
 - Isolement social
 - Aspect relationnel
 - Les besoins
 - Repères temporels
 - Autonomisation
 - Prévention de difficultés surajoutées, prévention de la rechute

Contact

! Barbara BOVY

☎ : 081/24.87.56

☎ : 081/24.63.99

☎ : 0476/95.68.98

✉ : barbara.bovy@ville.namur.be

Service de cohésion sociale
 Hôtel de Ville - 5000 Namur

31

Madame Barbara Bovy commence son exposé par une définition de la précarité qui a été proposée par les instances du Relais social urbain namurois. Cette définition semble correspondre aux personnes reçues au quotidien par le Service de Cohésion Sociale de la Ville de Namur.

Le Service d'Accompagnement Psychologique, créé en 2002, avait pour objectif, en collaboration avec la Cellule solidarité, de soutenir les personnes victimes d'expulsions.

En quelques années, le nombre de demandes d'accompagnement psychologique a doublé.

La problématique de santé mentale est en constante augmentation. A ce propos, la question de la mise en observation est souvent soulevée et vue comme unique solution. Cependant, cela reste temporaire. Le problème de l'accompagnement sous contrainte est également posé. Un autre constat est que le public-cible vit d'énormes difficultés de réinsertion : avec un revenu très faible, il est très difficile de trouver un logement décent et lorsque les problèmes s'étendent, la situation devient vite difficile et complexe. Les personnes ont également souvent peu de repères, ce qui ne favorise pas le suivi. D'autres problématiques sociales, juridiques, psychiatriques,...viennent souvent s'ajouter au reste. Beaucoup de personnes suivies ne voient pas non plus l'intérêt du suivi médical et n'y adhèrent donc pas. Le manque de structures existantes est également soulevé.

Les constats professionnels soulevés par les travailleurs de terrain sont les difficultés éprouvées lors des interventions, des accompagnements, la multiplicité des intervenants,...

Le service offre au professionnel la possibilité de réorienter la personne pour un suivi psychologique. Un travail en binôme avec le professionnel concerné peut aussi être envisagé lors du suivi d'un usager en particulier.

Les missions sont aussi d'identifier et de comprendre les besoins de la personne, la soutenir dans la gestion de son quotidien, l'informer et l'orienter, l'accompagner dans la réalisation et la mise en place de son projet de vie, l'accompagnement lors d'une expulsion et l'accompagnement post-logement lorsqu'une personne ayant vécu longtemps « hors-cadre » éprouve des difficultés à réinvestir un logement.

Plusieurs buts sont poursuivis comme l'autonomisation de la personne, sa valorisation, la prévention de la (re)chute,...

Sur le terrain, la demande peut venir de l'usager ou du professionnel référent lorsque la personne a du mal à faire le pas elle-même.

Les entretiens peuvent se dérouler au sein de l'hôtel de ville, du lieu de vie de la personne mais aussi au sein des locaux des services partenaires.

Le type d'entretien est adapté à la demande (accompagnement individuel, travail en binôme, bilan ou réunion concernant une situation posant problème pour les professionnels).

Le service est entièrement gratuit, il se limite à la commune de Namur et fonctionne sur rendez-vous : 081/24.87.56

Présentation d'EMISM (Equipes Mobiles d'Ecoute et d'Intervention en Santé Mentale)
par Monsieur Stéphane Tonneau.



EMISM

Equipe Mobile d'Ecoute et
d'Intervention en Santé Mentale



081/77.67.25
(à usage professionnel)



EMISM

Pour qui?

- Médecins généralistes
- Professionnels de la première ligne




Missions

- ✓ Soutenir, dans des problématiques psychosociales et de santé mentale, les médecins généralistes et les travailleurs de 1^{ère} ligne dans des situations urgentes de crise.
- ✓ Soutenir la personne en souffrance, en collaboration avec les partenaires du réseau jusqu'au moment où la situation urgente de crise est gérée et/ou prise en charge par un autre partenaire du réseau






- ✓ Traiter les demandes par téléphone et/ou intervention dans le lieu de vie, 24h/24h.
- ✓ Participer à des activités partenariales du réseau de la Santé Mentale.





Territoire:
 Arrondissement judiciaire de Namur



Principes

1. L'équipe ne se substitue pas à l'appelant
2. Limiter les interventions multiples
3. C'est l'équipe qui intervient et non l'agent



Référentiel

Crise: Rupture d'un équilibre (homéostasie)

Urgence:

- Le blocage de la crise
- La demande de l'appelant qui donne l'urgence



Référentiel

Santé mentale:
Absence des symptômes et d'une souffrance personnelle ayant un retentissement professionnel, social et/ou familiale



L'équipe

3 Psychologues:

- Sandrine BERTRUME
- Yves-Emmanuel BLANQUET
- Stéphane TONNEAU (réfèrent du service)

2 Assistants sociaux:

- Hélène DEHARENG
- Karel CAUWENBERGHS

1 Psychiatre



Coordonnées
(à usage professionnel)

Tél: 081/77.67.25
Fax: 081/77.69.86

Rue de Bourtonbourt, 2 à 5000 Namur

emism@province.namur.be



Réforme des Soins en Santé Mentale

*« Mettons en commun nos
spécificités et nos richesses
pour le bien de la population »*

En 2007, une des priorités politiques de la province a été la santé mentale. Le collège a mis alors sur pieds des rencontres citoyennes dans différentes communes ainsi que des tables rondes. Lors de celles-ci, les médecins généralistes ont fait état de leurs difficultés avec une grande partie de leur clientèle souffrant de problématiques de santé mentale. Les services existants pour y répondre demandaient souvent de longs délais d'attente. De là est née l'idée de la création d'un service mobile, disponible 24h/24h et 7j/7J. Cette équipe se compose actuellement de 4 ETP. Elle peut s'appuyer sur les différents centres de santé mentale afin d'exister. Toutefois, pour fonctionner, les partenariats avec le réseau sont indispensables.

La spécificité de ce service est de répondre au besoin de soutien des professionnels. Le but est de s'adresser principalement à eux : les médecins généralistes, travailleurs sociaux ainsi que tous les professionnels de première ligne. Ces derniers peuvent appeler concernant toute problématique de santé mentale à laquelle ils sont confrontés.

La première mission est donc de soutenir, dans des problématiques psychosociales et de santé mentale, ces professionnels dans des situations urgentes de crise.

L'équipe est également là pour soutenir la population en collaboration avec les partenaires du réseau. Cette prise en charge s'étendra jusqu'à ce que la situation urgente de crise soit gérée et/ou prise en charge par un autre partenaire du réseau.

Les demandes sont traitées par téléphone et/ou intervention dans le lieu de vie 24h/24.

Enfin, il s'agit aussi de participer à des activités partenariales du réseau de la santé mentale. Le service fonctionne sur l'arrondissement judiciaire de Namur.

Plusieurs principes sont à la base de la création du service :

- 1) L'équipe ne se substitue pas à l'appelant. Ex : un médecin traitant les appelle à un moment X de la crise, EMISM intervient spécifiquement au moment de la crise, alors que le médecin continuera la prise en charge.
- 2) Il s'agit de limiter les interventions multiples.
- 3) C'est l'équipe qui intervient et non l'agent.
- 4) Dans l'état actuel, la crise est la rupture de l'homéostasie. L'urgence est le blocage de la crise qui nécessite une intervention pour éviter le passage à l'acte. Enfin, c'est la demande du professionnel qui constitue l'urgence.

3 psychologues ainsi que 2 assistants sociaux constituent donc l'équipe et agissent sous la supervision d'un psychiatre qui n'intervient pas sur le terrain. L'ambition est de « mettre en commun nos spécificités et nos richesses pour le bien de la population ».

Questions posées :

- *La spécificité du service par rapport à d'autres services existants est soulevée. N'y a-t-il pas de redondance dans les objectifs d'EMISM avec d'autres services existants comme le dispositif d'urgence sociale ?*

L'objectif premier est d'aider et d'accompagner le professionnel lorsqu'il est soumis à des difficultés partant de problématiques de santé mentale. EMISM peut alors discuter avec les partenaires afin de trouver une solution à la situation. Les différents accompagnements pouvant être envisagés peuvent être passés en revue, de même que le fait de mettre en place un réseau. Il ne s'agit pas d'un service d'urgence à strictement parler.

- Un médecin de la salle confirme bien la demande d'un soutien en ce qui concerne l'accompagnement et la prise en charge de patients souffrant d'une problématique de santé mentale. EMISM permet de répondre de manière rapide à certains questionnements et/ou besoins immédiats d'aide des professionnels.
- EMISM fonctionne dans le cadre du secret médical partagé. Le fait de réaliser un retour est donc également essentiel. Il est aussi important de pouvoir réaliser des

démarches en binôme avec le membre d'EMISM dans certaines situations, notamment lorsqu'il existe un risque d'agressivité.

- *La question est aussi posée de savoir quelle sera la démarche réalisée par EMISM si un patient venait à leur téléphoner directement.*

La réponse est une proposition de collaboration avec le médecin traitant, les services des urgences, ... en fonction de la situation et de l'accord de la personne lorsque cela est possible. Toutefois, cette situation devrait être exceptionnelle dans le cadre où EMISM est destiné aux professionnels.

- Dans certaines situations, toute l'importance du travail et de la réflexion en réseau avec les différents partenaires concernés est mise en avant.

- *La question est posée de savoir quel type de public est exactement visé par la réforme 107 et ce projet de désinstitutionnalisation ?*

Il faut qu'un diagnostic soit posé. La personne doit donc être connue du réseau. Cela nécessite de la complémentarité entre les différents partenaires. En ce qui concerne les nouvelles personnes, il s'agira alors de réaliser une évaluation des problèmes psychiatriques. Ce point ne concerne pas les personnes souffrant de problématiques d'handicap mental ni de troubles neurologiques. Seuls les patients souffrant de maladies mentales sont concernés.

- Dans le cas où la personne s'opposerait à la prise en charge, les pistes envisagées seraient travaillées avec le professionnel et un rôle de soutien pourrait être réalisé. Cependant, comme à l'heure actuelle rien n'existe encore, tout est à construire. Les réponses ne peuvent pas toutes être intellectualisées et prévues à l'avance.

- Une constatation est aussi soulevée : celle de l'augmentation de l'accessibilité de l'accueil de la demande. Il y a quelques années, le patient qui avait une demande devait sortir de chez lui et se rendre auprès d'un intervenant, ce qui n'est plus forcément le cas à l'heure actuelle.

- Un autre point à approfondir est celui de clarifier la demande afin d'entamer un processus thérapeutique adapté.

- La question de la complémentarité des différentes équipes mises en place est aussi soulevée. Vers qui aller en fonction de la situation ?

Il s'agit déjà de discerner s'il s'agit d'une demande relevant du patient ou une demande du professionnel. Un autre point est aussi de discerner à quel temps de l'action se trouve-t-on ? S'agit-il d'une crise ou d'une situation plus chronique ? Tous ces points permettent au professionnel de savoir vers quel service se diriger en cas de besoin.

- La question est également posée de voir si le nombre d'urgences psychiatriques à traiter par les urgences des hôpitaux généraux ne va pas augmenter. D'une manière générale, il est encore assez difficile de se prononcer sur ce point.

- Enfin, un autre point est abordé : celui de la pertinence de lancer une mise en observation.

Le chiffre de 38% de cas de mises en observation non-indiquées est mis en avant. Il est rappelé que ce cas de figure présente le seul cas où le patient est privé de liberté avant tout « jugement ». L'objectif serait donc aussi de veiller à diminuer ce chiffre de mises en observation non indiquées. La démarche de changement concerne tout le monde mais il faut aussi veiller à ne rien précipiter et à laisser le temps au temps.

RSUN/B.R-M.M/20.06.2011