

Description du programme de soins de crise du RHESEAU

1. Nom du réseau : RHESEAU, Réseau Hainuyer pour l'Epanouissement et la Santé mentale des Enfants, Adolescents et Usagers assimilés

2. Travail en réseau en fonction du programme de soins de crise

Un **1^{er} groupe de travail** impliquant des acteurs de divers dispositifs concernés (équipes outreaching, trajet de soins adolescents, services hospitaliers) a été constitué à l'initiative d'un partenaire. Les participants se sont réunis à 2 reprises (le 19/8 et 7/9/2015) afin de se présenter mutuellement leur offre et d'envisager des lignes directrices pour le futur programme de soins. Celles-ci ont été présentées et enrichies avec le Groupe fondateur du RHESEAU les 24/8 et 10/9/2015.

Parallèlement, les commissions pédopsychiatriques des 2 plateformes hainuyères de concertation en santé mentale ont chacune organisé durant le mois de septembre 2015 une **rencontre avec des acteurs des divers secteurs concernés** de leur territoire. Les quelques 50 participants ont été invités à se concerter pour alimenter le contenu et l'organisation du futur programme. Du temps a également été consacré au cours de ces réunions à identifier les acteurs potentiellement concernés afin de constituer, conformément à la vision du réseau, un groupe de travail incluant toutes les parties prenantes. Le souhait était également d'y intégrer des représentants des usagers et/ou de leurs proches. Des premiers contacts ont été pris en ce sens et un travail sera mené à ce sujet par les plateformes de santé mentale.

Suite à ces rencontres et conformément à la décision du groupe fondateur, un appel à candidatures a été largement diffusé afin de constituer un **groupe hainuyer intersectoriel**. Celui-ci a mobilisé 45 participants issus de 30 services différents (cf. annexe 2) : services mobiles, ambulatoires, semi-résidentiels et résidentiels du secteur de la santé mentale, de la petite enfance (SOS-Enfants), de la personne handicapée (SAI) et du monde scolaire (CPMS, école spécialisée). Des services adultes (équipe mobile, SPAD) ont également participé aux travaux ainsi qu'un représentant des usagers, membre du bureau régional de l'AVIQ/Handicap de Mons.

Ce groupe chargé de rédiger le présent document et de concevoir la mise en œuvre du lancement du futur programme **s'est réuni 6 fois** entre le 2 octobre 2015 et le 19 février 2016. Au cours de ces réunions, diverses thématiques ont été abordées en plénier et/ou en sous-groupes : les besoins et attentes des usagers, la notion de crise, l'offre existante et manquante par fonction et par public, les spécificités par tranche d'âges, l'équipe mobile, la place et l'articulation de l'ambulatoire, du semi-résidentiel et du résidentiel, le rôle du médecin responsable, la fonction de coordination des soins et de case management ... Début 2016, le groupe s'est notamment penché sur les recommandations du groupe de travail intercabinet. Une séance de travail spécifiquement dédiée à la fonction de case-management a également été organisée à cette fin, en commun avec le groupe « soins de longue durée ». Une analyse commune du territoire provincial a par ailleurs été menée par ces 2 groupes.

La concertation du travail de ces 2 groupes a débouché sur des présentations aux Assemblées des partenaires en date du 19 novembre 2015, du 15 février 2016 et du 2 mars 2016.

3. Offre de soins de crise actuelle

Selon la définition qu'ils donnent à la crise, la **plupart des services qui s'adressent aux enfants et adolescents disent être amenés à repérer et gérer, seuls ou en réseau, des situations de crise de jeunes présentant une**

problématique psychique ou psychiatrique. C'est notamment le cas des hôpitaux généraux (services d'urgence, de pédiatrie, de psychiatrie), des services de santé mentale, des centres de rééducation ambulatoire, des services de consultations pédopsychiatriques, des centres psycho-médico-sociaux, des services d'aide à la jeunesse, des centres d'accueil d'urgence, des services d'aide et d'intervention éducative, des services SOS-Enfants, des projets pédagogiques particuliers, des services d'aide précoce ou d'aide à l'intégration, des services résidentiels pour jeunes ...

Certains services de la province y sont cependant plus spécifiquement dédiés. C'est notamment le cas de certains services hospitaliers. En 2015, le Hainaut dispose de 8 lits K de crise :

- Le **CRP Les Marronniers** à Tournai offre 4 lits de crise :
 - o 3 lits K de crise dans l'unité « Les Kiwis »¹ sont dédiés à la crise (« Paprika ») ; certains patients sont également suivis à l'extérieur par l'équipe mobile « Karacole » (cf. infra).
 - o 1 lit d'accueil de crise For K est réservé aux garçons de 14,5 à 18 ans au sein de l'unité « Les Mangroves »² ; certains patients sont également suivis à l'extérieur par l'équipe mobile « Eukalyptus » (dont les moyens seront transférés au futur programme « soins de longue durée »)
- L'**hôpital Ambroise Paré** à Mons compte également 4 lits de crise au sein de Kapeline³ :
 - o 3 lits K de crise de l'Unité Thérapeutique pour Adolescentes attachés à l'équipe d'outreaching UTA (dont les moyens seront transférés au futur programme « soins de longue durée ») et
 - o 1 lit d'accueil de crise For K dans l'Unité Thérapeutique Intensive

Les autres services (semi-)résidentiels hospitaliers de la province ne disposent pas en 2016 de lits réservés aux situations de crise et il n'existe pas d'offre équivalente pour les jeunes enfants sur le territoire hainuyer. Certains services sont cependant amenés à prendre en charge des **situations de crise pédopsychiatriques relayées par les services d'urgences**. Ainsi, l'unité de crise du service d'urgences psychiatriques de l'hôpital Vincent Van Gogh à Marchienne (lits A) prend régulièrement en charge des adolescents de 14 à 18 ans. Certains jeunes en crise sont également pris en charge dans des lits A (ex. CHWAPI à Tournai ou Ambroise Paré à Mons) ou dans les services de pédiatrie (ex. Grand Hôpital de Charleroi).

Tous les **services de l'Aide à la Jeunesse** seront prochainement appelés à pouvoir accueillir la crise. Certains services seront cependant davantage sollicités (CAU, missions de certains services).

Les **services de l'AVIQ/Handicap** ne disposent pas d'offre de crise. Dans certaines situations complexes, ils font directement appel à la mise en observation⁴.

Le CRP Les Marronniers est le seul établissement de la province à assurer, en service K, des **Mises En Observation pour mineurs** dans le cadre de la loi du 26 juin 1990. Les jeunes accueillis dans ce service ne concernent pas uniquement la Province mais proviennent de toute la Région wallonne et de Bruxelles.

¹ Unité d'admission pédopsychiatrique ouverte centrée sur la prise en charge d'adolescent(e)s de 14 à 18 ans.

² Unité de Traitement Intensif spécialisée dans la prise en charge des mineurs ayant une problématique psychiatrique et qui tombe sous le champ d'application de l'article 36,4° (fait qualifié d'infraction) et de l'article 52 de la loi du 8 avril 1965 relative à la protection de la jeunesse

³ L'offre de soins de Kapeline s'adresse aux adolescentes de 12 à 18 ans présentant une pathologie psychiatrique et qui sont concernées par l'application de l'article 36, 4° (fait qualifié d'infraction) et de l'article 52 de la loi du 8 avril 1965 relative à la protection de la jeunesse ou présentent une situation éducative problématique relevant du SAJ ou du SPJ. L'offre de soins est composée d'une équipe outreaching, d'une unité d'hospitalisation de crise (3 lits UTA) et d'une unité de traitement intensif (8 lits UTI).

⁴ Il s'agit d'une restriction provisoire de la liberté d'un individu en vue d'une hospitalisation qui peut être prise à l'égard d'un jeune souffrant d'une maladie mentale qui met en péril sa santé et sa sécurité et/ou constitue une menace grave pour la vie ou l'intégrité et pour lesquels aucun autre traitement ne peut être envisagé (cf. loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux).

Par ailleurs, les **Cellules Mobiles d'Intervention** (CMI) interviennent également en situation de crise pour des personnes qui présentent une double pathologie (handicap mental et troubles graves du comportement). La province en compte 1 spécifiquement dédiée aux enfants et adolescents (0-16 ans, située à Manage) et 3 pour adultes et jeunes adultes (à partir de 16 ans). Celles-ci sont situées à Manage, Mons et Charleroi.

Au niveau des (jeunes) adultes, le territoire hainuyer compte **4 équipes mobiles de crise** (Tournai, Leuze, Mons, Manage) **développées dans le cadre des 3 « projets 107 »** de la province. Celles-ci interviennent auprès des personnes de plus de 16 ans.

Enfin, 2 équipes mobiles du Hainaut sont directement impactées par le programme de soins de crise puisque leur financement s'arrêtera afin d'alimenter le futur budget. Il s'agit de :

- **L'Ecoutille** relève d'un projet pilote fédéral « SSM-jeunes concernant les soins psychiatriques pour enfants et jeunes séjournant à domicile au moyen de l'outreaching ». L'équipe prend principalement en charge les enfants de 0 à 6 ans rencontrant des difficultés dans leur développement psycho-affectif et qui ne savent pas se déplacer. Localisé à Mons, ce service intervient principalement sur les régions de Mons-Borinage, du Centre et de la Wallonie picarde.
- **Karacole** est une équipe mobile rattachée aux 3 lits K de crise du projet pilote fédéral « Adolescents judiciairisés présentant une problématique psychiatrique ». L'équipe prend en charge des enfants et adolescents de 0 à 18 ans qui présentent des difficultés d'adaptation sociales, familiales et/ou scolaires. Localisé à Tournai, ce service intervient principalement sur le Hainaut occidental et dans une moindre mesure dans les régions de Mons et du Centre.

Les équipes d'outreaching des Mangroves et de Kapeline, les lits K de crise et les lits de crise For K sont des dispositifs inscrits dans le **Protocole du 22 février 2007 sur l'organisation du Trajet de Soins pour les jeunes judiciairisés** (art. 36.4 et art. 52 de la loi du 8 avril 1965) ayant une problématique psychiatrique.

Ces dispositifs font l'objet d'une convention entre le CRP « Les Marronniers », le CHU A. Paré et l'Etat belge. Celle-ci concerne l'organisation, au sein de la zone d'action de la Cour d'Appel de Mons (province de Hainaut), d'un trajet de soins pour les jeunes sous mesure judiciaire avec une problématique psychiatrique comme sous-partie d'un programme de soins pour les enfants et les jeunes.

Ils sont engagés dans des **accords de collaboration fonctionnels** prévus par le contrat de collaboration de la convention et conclus dans le cadre du Trajet de Soins (For K) pour la zone de la Cour d'Appel de Mons.

Ces dispositifs sont inscrits dans une **collaboration globale entre les dispositifs For K** des zones des Cours d'Appel de Mons, Liège et Bruxelles.

Ils sont également inscrits dans un **Accord de collaboration Santé Mentale – Justice des Mineurs – Aide à la Jeunesse**, évalué en 2011 et 2014. Ayant fait l'objet d'un large processus de concertation à partir de réunions en commissions et d'une journée d'étude rassemblant de nombreux professionnels des secteurs de la Santé, de la Justice, de l'Education et du Handicap, cet accord de collaboration régit les accords conclus entre le ministre de la Justice, les ministres de la Santé publique et les ministres ayant l'Aide à la jeunesse dans leurs attributions, en ce qui concerne l'organisation des réseaux et circuits de soins pour les jeunes avec une problématique psychiatrique.

4. Contexte du programme de soins de crise

Le programme de soins de crise du RHESEAU s'adresse aux **jeunes de 0 à 23 ans qui se trouvent en situation de crise (sans danger vital) d'ordre psychique ou psychiatrique**, ainsi qu'à leur entourage. Il s'adresse notamment aux jeunes qui sont à la croisée de plusieurs secteurs, à ceux qui sont sous le coup d'une décision de justice⁵ et aux jeunes adultes.

Les études épidémiologiques existantes estiment qu'environ 20% des jeunes présentent des troubles mentaux et que 5% d'entre eux nécessitent des soins de santé mentale spécialisés. Dans le Hainaut, cela représente respectivement **76.000 et 19.000 jeunes**, auxquels s'ajoutent les ressortissants français accueillis dans les écoles et institutions médico-sociales frontalières, ce qui majore le besoin de soins en province du Hainaut.

Ces jeunes sont **inégalement répartis sur le vaste territoire** de la province. En effet, le long de l'ancien axe industriel se situent des zones urbaines densément peuplées, lesquelles contrastent avec les communes rurales moins peuplées, surtout celles de la botte du Hainaut. Certaines communes de la province sont particulièrement excentrées (ex. Comines, Lessines, Chimay ...).

Le Hainaut présente par ailleurs des déterminants économiques et socio-culturels de santé moins favorables que dans le reste du pays (taux de chômage plus important, revenus plus faibles, niveau d'instruction moins élevé, taux de surendettement supérieur, logements plus vétustes, taux de décrochage scolaire plus élevé ...). C'est pourquoi les études, telles que celles réalisées par l'Observatoire de la Santé du Hainaut, mettent en évidence une **multitude de problèmes de santé et d'inégalités sociales de santé** chez les jeunes de la province.

5. Mission et vision du programme de soins de crise

Le programme relatif aux soins de crise a pour mission de contribuer au développement de **3 fonctions** : la détection, le screening et l'orientation ; le traitement ; l'échange et la valorisation de l'expertise.

Ce programme participe au **renforcement de l'offre de soins** en santé mentale et de l'action sociale pour une prise en compte globale, intégrée et adaptée aux besoins singuliers des enfants et adolescents au plus près de la communauté (cf. plan national 2015-2020 - objectif stratégique 2).

En articulation avec les autres programmes d'activités, il contribuera à assurer un **continuum de soins sur mesure pour tous les enfants et adolescents** de la province qui se trouvent en situation de crise (sans danger vital) d'ordre psychique ou psychiatrique. Une attention particulière est accordée aux jeunes adultes et aux jeunes sous le coup d'une décision de justice. Les partenaires soulignent que le programme de soins de crise s'adresse également aux jeunes faisant l'objet d'une mesure d'aide consentie au départ du SAJ (cf. dossiers des Conseillers de l'Aide à la jeunesse) et aux mineurs en danger (cf. dossiers des Directeurs de l'Aide à la jeunesse). Enfin, les partenaires souhaitent mettre l'accent sur l'intervention auprès des jeunes enfants et de leur famille et sur l'accompagnement périnatal, particulièrement des familles en grande précarité psychique. Cela nécessitera de développer une réflexion spécifique incluant notamment l'O.N.E. et les services ayant développé une expertise en périnatalité.

⁵ Cette notion recouvre plusieurs publics : les jeunes ayant une problématique pédopsychiatrique 1) qui font l'objet d'une mesure ordonnée par le juge ou le tribunal de la jeunesse sur base des articles 36,4°(fait qualifié d'infraction), 37§2,5° (ambulatoire), 37§2,7°(placement en institution ou chez une personne), 37§2,11° (placement en pédopsychiatrie) et 52 (protection) de la loi du 8 avril 1965 relative à la protection de la jeunesse, à la prise en charge des mineurs ayant commis un fait qualifié infraction et à la réparation du dommage causé par ce fait ; 2) dont l'intégrité physique ou psychique est gravement compromise ou exposée à péril grave (Cf. articles 38 et 39 du décret relatif à l'Aide à la jeunesse du 4 mars 1991 de la Communauté française) ; 3) souffrant d'une maladie mentale qui met en péril sa santé et sa sécurité et/ou constitue une menace grave pour la vie ou l'intégrité et pour lesquels aucun autre traitement ne peut être envisagé (cf. loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux).

Les partenaires du RHESEAU développeront leur programme de soins de crise selon la vision suivante : **crise global et intégré** afin de **répondre aux besoins et attentes du public-cible**, sans discrimination.

Le but de ce programme de soins de crise consiste à proposer **une aide intensive sur mesure, dans les plus brefs délais**, de préférence endéans quelques jours.

Pour ce faire, les partenaires accorderont une attention particulière à la **détection, au screening et à l'orientation précoce**. C'est pourquoi l'inventaire des acteurs susceptibles de détecter, d'analyser les manifestations d'une possible situation de crise – laquelle peut parfois être « silencieuse », et d'orienter les enfants et adolescents concernés sera étoffé.

Dans ce cadre, les partenaires s'accorderont dans la mesure du possible sur la notion de crise et partageront leurs savoirs, savoir-faire et savoir-être. Le partage d'expertise des acteurs visera également à soutenir les intervenants de 1^{ère} ligne afin qu'ils puissent offrir aux enfants et adolescents l'écoute bienveillante, la considération et l'apaisement dont ils ont besoin en situation de crise et les accompagner si nécessaire vers les soins spécialisés.

Les partenaires assureront par ailleurs **le traitement des situations de crise en intégrant la fonction dans l'offre de crise de tous les partenaires** concernés, prestataires de soins, institutions et services qui s'adressent aux enfants, aux adolescents et à leur entourage.

Dans un premier temps, les intervenants tenteront de **stabiliser la crise** afin d'en prévenir toute aggravation. Avec le jeune et/ou son entourage, ils chercheront également à **analyser la crise et à lui donner du sens pour dessiner des perspectives**. Ils veilleront à offrir le soutien et l'accompagnement dont le jeune et son entourage ont besoin.

Pour offrir des soins de crise accessibles et de qualité pour tous, les partenaires ajusteront, articuleront et développeront une **offre de crise intégrée**, en tenant notamment compte des spécificités des **zones urbaines et rurales** et des besoins et demandes spécifiques de l'utilisateur (ex. en fonction de l'âge de l'utilisateur). Ils veilleront également à échanger leurs compétences et expertises en la matière.

Une attention particulière sera accordée à la **continuité et à la complémentarité** entre les intervenants qui traitent les situations de crise ainsi qu'avec les services intervenant en amont et en aval. Dans ce cadre, ils définiront des méthodes et outils de travail communs et détermineront, dans le respect des règles du secret professionnel, les informations nécessaires à partager et ce, avec le consentement du jeune et/ou de ses parents, afin notamment d'éviter aux usagers de réexpliquer leur situation.

Dans ce cadre, les partenaires s'engageront dans la réalisation de plans de soins et d'accompagnement individualisés, tout en étant soucieux de la liberté de choix des usagers et en évitant de déterminer a priori le circuit idéal par catégorie d'usagers. Ils en favoriseront l'accessibilité.

Dans la mesure du possible, l'enfant, l'adolescent ou le jeune adulte sera **accompagné dans son propre environnement** afin que les facteurs liés à son environnement économique, social et culturel soient pris en compte dans le traitement et d'éviter des changements de lieux perturbants quand ils ne sont pas indiqués.

Un espace tiers et séparateur est cependant parfois nécessaire pour apaiser l'enfant ou l'adolescent et/ou le mettre en sécurité. C'est pourquoi les partenaires hospitaliers concernés envisagent de contribuer au développement de l'offre résidentielle et semi-résidentielle **en libérant notamment 10 % de leurs lits K**.

Les partenaires considèrent l'**usager et sa famille comme un partenaire** à part entière du programme relatif aux soins de crise. C'est pourquoi, ils veilleront à adapter leur processus aux différents âges concernés et à garantir ainsi leur implication et participation.

Enfin, les partenaires estiment que l'**évaluation**, avec les usagers et leur entourage, fait partie intégrante du processus de construction et de perfectionnement du programme de soins de crise. Ils élaboreront une analyse des risques et participeront à l'amélioration et à l'optimalisation des soins de crise.

L'organisation des soins d'urgence sera traitée dans un second temps.

Les partenaires développeront leur programme de soins de crise en s'appuyant sur les valeurs suivantes :

- Les partenaires adhéreront **volontairement** au programme et s'engageront de manière **solidaire** en partant d'un principe d'horizontalité.
- Les partenaires placent l'intérêt de l'enfant ou de l'adolescent et de son entourage au centre de leurs préoccupations, en tenant compte **de leurs possibilités et limites, de leur vécu, de leurs valeurs et de leur environnement**. Les partenaires interviennent dans le plus grand **respect des usagers**. L'intégration et l'implication du jeune dans le plan d'aide et de soins individualisé sera primordial.

6. Description du programme de soins de crise

6.1. Développement du contenu du programme de soins de crise

Le programme de soins de crise (cf. schéma en annexe)

Le réseau entend réaliser son programme de soins de crise en intégrant d'une part, l'offre locale de crise ambulatoire, semi-résidentielle et résidentielle de tous les secteurs concernés et en l'articulant d'autre part, à l'offre mobile de soins qui sera adaptée et développée.

Le but de ce programme consiste à proposer **une aide intensive sur mesure, dans les plus brefs délais**, de préférence endéans quelques jours. Dans un premier temps, la stabilisation de la crise est visée afin d'en prévenir toute aggravation. Les soins de crise seront de courte durée (quelques semaines), mais resteront actifs aussi longtemps que nécessaire ou recommandé et ce, toujours en fonction des besoins de l'enfant ou de l'adolescent et de son entourage.

La prise en charge ad hoc des situations de crise nécessitera de **renforcer en amont la capacité de repérage et d'orientation des services de 1^{ère} ligne** (cf. programme de consultation et de liaison intersectorielle) **et d'assurer la jonction entre ces services et les services de traitement**. Les services qui offrent des soins de crise - et en particulier l'équipe mobile, contribueront à assurer ce chaînon. Construire un réseau autour de l'enfant ou de l'adolescent constitue d'ailleurs dans certains cas un début de solution.

Les **services de crise offrent une forme de soins pour des jeunes présentant un trouble psychique ou psychiatrique**. Pour prendre en charge les autres besoins et attentes de l'usager et de son entourage, les services de crise travailleront en collaboration avec les autres partenaires et **notamment ceux des secteurs connexes**. Dans les situations complexes, les partenaires pourront également s'appuyer sur la **fonction de coordination de soins et de case-management** (cf. infra).

En aval, il sera en outre nécessaire d'organiser les relais vers les services de longue durée adéquats (y compris pour le diagnostic) afin de permettre aux services de crise de rester centrés sur leur mission première. Les partenaires soulignent cependant le défaut d'offre de ce type dans la province.

Il s'agira également d'outiller les services afin de mieux anticiper et gérer la survenue éventuelle d'une autre crise. Les partenaires souhaitent par ailleurs bénéficier de **conventions et de plans de soins** afin de ne pas rester seuls face aux situations de crise complexes.

Ces circuits de soins seront **adaptés aux besoins spécifiques** de chaque usager et notamment à leur âge.

Les soins de crise ambulatoires et (semi-)résidentiels

Le **secteur ambulatoire** contribue à la prise en charge des situations de crise à plusieurs niveaux : **orientation, analyse et traitement**. Certains services ambulatoires se sont déjà organisés en interne pour gérer aux mieux les situations de crise. Les pratiques diffèrent d'un service à l'autre et sont adaptées aux situations (enfant déjà suivi ou non, envoi ou non par un professionnel ...) : plages horaires disponibles pour analyser une situation complexe ou mener un entretien, évaluation des situations en réunion d'équipe, activation de la fonction de liaison des services de santé mentale (ex. recontacter le réseau pour comprendre la répétition des crises), déplacements occasionnels ... Les **échanges de pratiques** amorcés dans le cadre de ce travail préparatoire mériteraient d'être approfondis et poursuivis avec d'autres partenaires pour s'enrichir mutuellement.

De nombreux services ambulatoires souhaitent intensifier leur collaboration avec les structures (semi-) résidentielles afin de faciliter le lien avec les soins en phase de pré- et post-admission et/ou de soutenir les institutions des secteurs connexes qui hébergent des jeunes.

Les partenaires soulignent cependant le manque d'espaces tiers et séparateurs parfois nécessaires pour apaiser l'enfant ou l'adolescent et/ou le mettre en sécurité, en particulier pour les enfants. C'est pourquoi les partenaires hospitaliers concernés (Les Marronniers à Tournai et Vincent Van Gogh à Charleroi) envisagent de contribuer au développement de l'offre résidentielle et semi-résidentielle **en dédiant minimum 10 % de leurs lits K**.

L'appel à la capacité résidentielle se fera de manière très ciblée, uniquement en cas de nécessité, et pas plus longtemps que nécessaire. Pour ce faire, les partenaires estiment indispensable de renforcer l'offre de soins alternative et la collaboration avec l'ensemble des partenaires du réseau.

Concernant les lits hospitaliers de crise, les 2 services précités se veulent être disponibles et se donneront des délais d'intervention relativement rapides : réponse dans les 24 heures et rencontre dans les 72 heures. La durée du séjour serait de 5 jours renouvelables une fois.

L'hôpital de nuit « Les Feux Follets » à Wangenies pourrait également réserver 1 lit aux situations de crise pour les enfants de 3 à 12 ans. L'hospitalisation pourrait y avoir lieu dans les 15 jours, pour une durée de 3 semaines renouvelable une fois afin de mettre en place un travail thérapeutique avec l'enfant (cf. annexe 4).

Le futur service pédopsychiatrique de jour du CHR de Mons pourrait quant à lui consacrer 2 places de jour pour les enfants de 0 à 12 ans en situation de crise.

Les autres secteurs ne disposent pas d'offre résidentielle de crise en tant que telle. Cependant, les partenaires estiment particulièrement important de pouvoir apporter davantage de réponses aux plus jeunes. C'est pourquoi ils

souhaitent y consacrer les quelques moyens complémentaires octroyés dans le cadre de ce programme. Certains services ont déjà imaginé des pistes concrètes (ex. ouverture d'une place de crise au CPE L'Accueil à Gosselies qui accueillerait des enfants en situation de crise de 0 à 3 ans – cf. annexe 5, collaboration intersectorielle entre un CAU/CAEVM prenant en charge des enfants de 0 à 14 ans et un service kj). L'offre destinée aux enfants étant particulièrement faible, le secteur continuera à être sollicité pour tenter de la renforcer de manière équilibrée sur le territoire tant au plan de la crise qu'au plan d'une offre résidentielle préventive de la crise.

Les soins de crise mobiles (cf. annexe 6)

Conformément à la mission, à la vision et aux valeurs du réseau, **les notions de proximité, de soins dans le milieu de vie, d'accessibilité, de réactivité et de continuité des soins ainsi que la prise en compte du contexte de vie** de l'enfant ou de l'adolescent sont primordiales.

C'est pourquoi, les partenaires du réseau développeront une offre de soins de crise mobile. Celle-ci **tentera de couvrir le territoire provincial, les différentes tranches d'âges et les publics-cibles** spécifiques. Elle mettra en œuvre les moyens nécessaires pour garantir son ouverture à tous les publics. Cela nécessitera toutefois de spécifier le travail déployé pour chacune des tranches d'âges en fonction de ses spécificités.

En développant l'offre mobile, nous toucherons des publics, généralement plus précarisés, qui n'accéderaient probablement pas à l'offre des services sans ce type de dispositif ou alors trop tardivement via un passage par d'autres dispositifs.

L'équipe mobile aura pour missions de **gérer, dans les milieux de vie, des situations de crise vécues par des enfants ou des jeunes présentant une problématique psychique ou psychiatrique et impactant leurs environnements**. Elle soutiendra également les institutions et autres professionnels en cas de crise des jeunes. Ainsi, la gestion de la crise prendra en compte les difficultés engendrées par la problématique présentée par l'enfant ou le jeune, tant dans la famille (notamment au niveau des relations parents-enfant) que chez les divers protagonistes impliqués dans la problématique et la vie de l'enfant ou du jeune (école, institutions, pédiatre, soignants ...).

Pour développer cette offre mobile, les partenaires du réseau **s'appuieront sur l'expérience et l'expertise des initiatives existantes** (Écouteille, Paprika, Karacole, EuKaliptus, Patch, équipe outreaching UTA ...) et sur les réseaux et collaborations qu'elles ont construits au fil du temps. Au niveau de l'engagement du personnel, la priorité sera donnée au personnel en place qui souhaite s'inscrire dans ce nouveau cadre de travail.

Le **projet médical et thérapeutique** devra être précisé avec le(s) médecin(s) responsable(s) et les membres de l'équipe et validé par le groupe porteur du programme de soins de crise. Les partenaires ont cependant pu définir un certain nombre d'orientations à ce sujet.

Ils estiment tout d'abord important que **l'équipe mobile soit facilement accessible** par téléphone. Une permanence téléphonique devra être organisée les jours ouvrables afin de pouvoir évaluer les situations dans un délai bref et réorienter adéquatement si nécessaire. Celle-ci sera au moins dans un premier temps réservée aux professionnels préoccupés par un enfant/adolescent en situation de crise. Le tiers demandeur sera intégré dans le travail de l'équipe en fonction du public-cible.

L'équipe mobile ne travaillera pas dans l'urgence. Elle devra néanmoins être en mesure de **rencontrer le plus rapidement possible** (ex. 36 heures en semaine et 72 heures si l'appel a lieu le week-end via le répondeur) **l'enfant**

ou l'adolescent et son entourage afin d'analyser la crise c'est-à-dire de repérer les facteurs à l'origine de cette situation, d'identifier les personnes impliquées dans la crise et de donner du sens aux bouleversements observés. L'équipe mobile commencera à désamorcer la crise par divers moyens et en envisageant toutes les pistes possibles.

Le temps de sa **brève intervention** (dont la durée sera adaptée aux besoins et à l'âge de l'utilisateur), elle soutiendra, par la mise en place d'un projet thérapeutique, le jeune et son entourage et assurera les **entretiens** nécessaires à l'analyse susmentionnée. Parallèlement, elle se **concertera avec le réseau** existant autour du jeune et sollicitera les services éventuellement manquants dans la prise en charge. Elle collaborera de manière étroite avec les dispositifs existants de tous les secteurs (ex. unités de crise, unités For K, services de santé mentale, hôpitaux généraux, médecins généralistes, centres d'accueil d'urgence ...), en s'adaptant aux spécificités des zones urbaines et rurales. Elle organisera si nécessaire des concertations avec le jeune, sa famille et son entourage, trouvera avec eux des solutions à la situation de crise. Elle envisagera une orientation et pourra accompagner l'enfant, l'adolescent et son entourage dans des démarches psycho-médico-sociales et éducatives.

Dialogue, transparence, ouverture, participation et implication des enfants, des adolescents et de leur entourage sont considérés par les partenaires comme essentiels aux différentes étapes du processus décisionnel. L'équipe mobile veillera à adapter ce travail à l'âge de l'utilisateur et à chacune des situations cliniques rencontrées. Un plan de soins individualisé sera par ailleurs intégré dans le processus thérapeutique.

Les collaborateurs mobiles travailleront le plus souvent **en binôme, avec un collègue de l'équipe ou, dans certaines situations et dans la mesure du possible avec l'accord du patient, avec un autre intervenant, idéalement connu de la famille** (ex. médecin traitant, pédopsychiatre, éducateur ...), **et en incluant si possible une personne ressource de l'entourage**. Si tous les services externes ne pourront s'inscrire dans l'offre mobile faute de moyens, leur avis clinique pourra être sollicité.

Dans certaines situations, il pourra également être fait appel aux dispositifs existants (cf. annexe 7) et à la fonction de coordination des soins et de case-management afin d'organiser des concertations thérapeutiques psychiatriques dans des délais rapides.

Le binôme (ou membre du binôme) rencontrera les professionnels du réseau lors de la mise en place du relai dans les entretiens de triangulation.

Il importe enfin qu'a posteriori, le réseau puisse à nouveau solliciter l'équipe mobile en cas de besoin.

Pour favoriser ce travail et garantir l'engagement de chacun et le partage des responsabilités, des **collaborations seront structurées et définies dans des accords fonctionnels**, en s'appuyant ou s'inspirant des initiatives existantes.

Le case-management

En suivant le guide (cf. action 13), le réseau va organiser une **coordination des soins et un case-management** c'est-à-dire un **processus d'accompagnement intensif individualisé d'aide et de soins pour les jeunes présentant une problématique sévère, complexe et multiple**. Les objectifs sont de déboucher sur une mobilisation du réseau, d'identifier les besoins de l'utilisateur et de **construire entre institutions et avec la participation et l'adhésion de celui-ci, un dispositif autour de la réalité du patient** afin d'organiser un trajet de soins de crise cohérent et sur mesure ou de prévenir une situation de crise imminente.

Concrètement, pour apporter une solution à court terme, cela **nécessite une bonne compréhension du jeune et l'organisation rapide de rencontres avec les acteurs concernés afin d'identifier un référent de la situation, connu de la famille et du jeune, et de définir et formaliser par écrit les fonctions et responsabilités de chacun** dans le cadre de ce suivi particulier. Autrement dit, il s'agit de mobiliser les ressources dont a besoin l'utilisateur, dans un agenda construit et ajustable, dans un cadre rigoureux mais non rigide, tout en maintenant une responsabilité individuelle dans un processus collectif et partagé.

Le travail développé depuis plusieurs années par des **concertations autour et avec l'utilisateur** (cf. fonction de liaison, concertations dans le cadre du Trajet de soins adolescents ...) **sera amplifié**. De fait, un nombre important de situations n'est pas couvert et nécessite davantage d'intervenants. D'autre part, il faudra pouvoir aussi soutenir des avis d'orientations et financer des solutions, principalement liés à des situations d'impasse.

Cela pourra notamment se faire en interpellant les personnes engagées dans le cadre de cette fonction (cf. infra) ou **en s'appuyant sur les initiatives existantes** (cf. annexe 7).

La construction de dispositifs fonctionnels autour du bénéficiaire n'est possible qu'au travers de la mise en place d'une **logique d'engagement solidaire et de partenariat entre services**, basée sur le souci partagé de l'intérêt du jeune.

Notons toutefois que la dynamique de concertation intersectorielle et les possibilités créatives qu'elle propose d'apporter ne pourront pas résoudre totalement le **manque de places d'accueil résidentiel** pour certaines situations. Les aspects organisationnels sont, conformément au canevas à compléter, repris en page 13 et détaillés en annexe 8.

Publics-cibles qui bénéficieront d'une attention particulière dans le cadre de ce programme

Jeunes sous le coup d'une décision de justice

Comme rappelé précédemment, les jeunes « sous le coup d'une décision de justice » recouvrent plusieurs cas de figure. Tous pourront être **pris en charge par l'équipe mobile de crise**. Pour les jeunes ayant commis un fait qualifié d'infraction, l'équipe s'appuiera sur **l'expertise de l'équipe « soins de longue durée »** et notamment celle du pédopsychiatre qui sera engagé à cette fin. Cela nécessitera toutefois de clarifier la question du mandat. L'équipe mobile travaillera en étroite collaboration avec les unités hospitalières For K (ex. relais, time-out) et sera susceptible de soutenir les institutions prenant en charge ces jeunes (ex. CAU, hôpitaux généraux). Il conviendra en outre de **réfléchir aux dispositifs à pérenniser ou créer pour soutenir ce travail** et favoriser la transition en cas d'hospitalisation.

Pour les **prises en observation**, les jeunes continueront à être pris en charge dans les services existants (ex. Les Kivis à Tournai). Une articulation plus systématique avec l'offre de soins mobiles (pré-hospitalisation et postcure) et la coordination des soins pourrait être étudiée afin de renforcer la continuité des soins.

Tranche d'âge charnière des 16-23 ans

Pour favoriser la prise en charge des jeunes de la tranche charnière des 16-23 ans, il importe tout d'abord **d'améliorer la connaissance mutuelle** des acteurs de la santé mentale accompagnant les adolescents et ceux intervenant auprès des adultes.

Un **groupe de travail** devrait être constitué dans le cadre des programmes « soins de crise » et « soins de longue durée » afin de définir les collaborations concrètes à mener entre les 2 mondes et en particulier avec les initiatives existantes (ex. la Mado) et les projets développés dans le cadre du 107. Ceux-ci devront travailler dans une logique

solidaire et partenaire. Il conviendra notamment de s'interroger sur les critères qui permettront d'orienter les jeunes vers les soins de crise les plus adéquats tout en offrant des circuits de soins sur mesure, basés sur les besoins et demandes des usagers.

Réseautage

Pour être efficient, le programme de soins de crise nécessite **l'implication des acteurs de tous les secteurs**, en ce compris ceux qui interviennent en amont et en aval de la crise. Cette collaboration est nécessaire pour gérer au mieux les situations de crise, au plus près des milieux de vie et permettre aux intervenants de crise de rester centrés sur leur mission. Dans ce cadre, un **plan de communication à l'attention des acteurs de 1ère ligne** sera élaboré et mis en œuvre, de même qu'un **programme d'échange et de valorisation de l'expertise**.

Un enjeu essentiel sera de **mobiliser les ressources (notamment médicales)** du réseau.

L'équipe mobile et le **travail en triangulation** prôné par les partenaires devraient par ailleurs favoriser l'accessibilité et la continuité des soins. Certains dispositifs du programme soutiendront en particulier le travail de réseautage (cf. **équipe mobile, case-management, médecin responsable**).

Enfin, afin d'être moins tributaire des volontés personnelles et de pérenniser les collaborations, les partenaires établiront des **accords de collaboration**.

Synchronisation

L'équipe mobile de crise développera un projet médical et thérapeutique propre, s'inspirant et s'articulant avec l'offre de crise existante. Celui-ci sera validé par le groupe porteur du programme de soins de crise. Durant la période de transition, les **enfants et adolescents actuellement pris en charge par les équipes existantes continueront à être suivis par les professionnels en place, pour une période aussi courte que possible**. Il s'agira également de mobiliser rapidement les ressources médicales pour mener à bien ces projets.

6.2. Développement organisationnel du programme de soins de crise

La province du Hainaut ne compte que 35 lits K. Ainsi, concrètement, **les 2 services K de la province envisagent chacun de mettre à disposition 2 lits de crise** : 2 places au CRP Les Marronniers (service Les Kiwis accueillant des jeunes de 14 à 18 ans et service de maternologie accueillant des jeunes mamans jusque 22 ans, enceintes ou avec leur bébé de la naissance à 1 an) et 2 places pour les 10-18 ans au sein du service Uthe@ de l'Hôpital Vincent Van Gogh à Charleroi.

Du **personnel pourra être engagé** afin d'offrir un encadrement spécifique aux jeunes admis en situation de crise dans ces lits. Si ces ceux-ci ne sont pas occupés, le personnel sera **mobilisé dans le cadre des soins de crise mobiles du réseau**. Cela nécessitera de préciser et de formaliser son organisation.

Les moyens résiduels seront **dédiés à des places (semi-)résidentielles pour la prise en charge d'enfants** en situation de crise (cf. p.7).

Les soins mobiles de crise seront dispensés par du **personnel pluridisciplinaire** : pédopsychiatres, psychologues, infirmiers, éducateurs et/ou assistants sociaux, issus notamment des secteurs connexes (cf. annexe 9). La nature des activités requiert une **expérience clinique** et des formations spécifiques. C'est pourquoi les collaborateurs disposeront de l'expérience nécessaire dans le domaine de la psychiatrie des enfants et des adolescents. L'équipe veillera également à disposer de **compétences spécifiques pour prendre en charge les jeunes enfants**. Les

travailleurs devront également présenter des **compétences relationnelles** tant pour le public cible que pour les familles et les partenaires du réseau.

Le recours à des collaborateurs **travaillant à mi-temps dans d'autres structures** sera privilégié afin de favoriser le travail en réseau et l'échange d'expertise (cf. annexe 9).

L'équipe mobile de crise provinciale développera un **projet thérapeutique structuré et médical**, adapté aux différents publics et permettant de tenir compte des spécificités du terrain. Celui-ci sera validé par le groupe porteur du programme de soins de crise et **sous la supervision du ou des médecins(s) responsable(s)**. Les 38 heures de pédopsychiatre(s) responsable(s) seront **complétées par 10 heures de pédopsychiatre** afin de bénéficier de l'expertise et de l'expérience spécifique du travail avec les adolescents qui présentent une problématique psychique ou psychiatrique et qui sont sous le coup d'une décision de justice (cf. programme « soins de longue durée »). Les situations de crise risquent de mobiliser une très grande partie du temps médical alloué.

Les **médecins responsables assureront notamment le déroulement des missions de base du programme de soins de crise** et seront les garants de l'orientation et du fonctionnement thérapeutique de l'équipe mobile. Leur présence représente un filet de sécurité précieux pour l'équipe qui peut être amenée à gérer des situations lourdes sans la sécurité d'un lien avec le cadre hospitalier. En collaboration avec la coordination du réseau, ils veilleront à ce que le groupe porteur ajuste le programme afin qu'il réponde au mieux aux besoins des usagers.

Les médecins responsables ne seront pas en mesure de rencontrer tous les enfants et adolescents pris en charge par l'équipe mobile mais seront néanmoins responsables de leurs plans de soins élaborés par l'équipe. Si le patient a un médecin traitant, l'équipe mobile de crise travaillera **en collaboration avec lui** ; il pourra bénéficier le cas échéant des conseils téléphoniques du médecin responsable de l'équipe mobile. Si un avis pédopsychiatrique s'avère indispensable et qu'il ne peut être donné par le médecin responsable de l'équipe mobile, il **sera fait appel à un pédopsychiatre du réseau** : soit en interpellant un pédopsychiatre qui est déjà intervenu antérieurement pour le même patient, soit en ayant accès à des plages de consultations réservées aux situations de crise par chaque pédopsychiatre du réseau. Une concertation devra être organisée avec eux afin de mesurer la faisabilité de cette piste de travail.

Les médecins responsables seront les **interlocuteurs privilégiés des médecins du réseau** (pédopsychiatres, médecins généralistes, services de santé mentale ...) et favoriseront de la sorte le relais de proximité et la continuité des soins. Lorsqu'ils interviendront auprès des patients en situation de crise (ex. rencontre du jeune et/ou de la famille, concertation nécessitant une présence médicale, traitement médicamenteux ...), ils ne se substitueront pas à eux au-delà de la crise.

Compte tenu de l'étendue du territoire (voir plus haut), **l'équipe mobile prestera au départ de plusieurs lieux** pour garantir la proximité, la réactivité des soins de crise et un travail de terrain qui tienne compte des besoins. Les zones d'intervention prioritaires définies seront à géométrie variable en fonction des besoins et attentes des usagers. Idéalement, elles seront situées dans un lieu neutre, en dehors des centres-villes.

L'équipe prendra en charge tous les publics. Déployer une équipe généraliste évite les exclusions et réduit la stigmatisation des usagers. Des indicateurs de suivi et d'évaluation seront établis afin de veiller à ce caractère généraliste. Au niveau de la composition de l'équipe, une spécialisation du personnel sera soutenue en diversifiant les

compétences spécifiques nécessaires (ex. 1/2 ETP minimum pour chaque public-cible – cf. annexe 8). Par ailleurs, un appel pourra être fait au futur programme de « Consultation et liaison intersectorielle ».

Afin de garantir la cohérence de l'équipe, **un chef d'équipe commun** dont les fonctions, complémentaires à celles des médecins responsables, sont détaillées en annexe 10, sera désigné. Il aura notamment pour mission d'organiser le travail de manière solidaire. Les collaborateurs développeront en outre **des outils et méthodes de travail communs** (dossiers partagés, méthodes d'intervention, plan d'actions ...). En plus des réunions cliniques hebdomadaires organisées en présence du pédopsychiatre responsable, l'ensemble des collaborateurs se rencontrera au minimum tous les 15 jours afin de participer à des formations, des réunions organisationnelles, des réunions de réflexion sur le projet thérapeutique, des intervisions, des rencontres de concertation intersectorielle... Les collaborateurs qui disposeront d'une compétence spécifique (ex. périnatalité, petite enfance, double diagnostic, For K, adolescents ...), la mettront au service de l'ensemble de l'équipe, en soutenant le binôme ou en intervenant auprès de l'utilisateur lorsque cela s'avèrera nécessaire.

Enfin, la permanence téléphonique sera organisée en commun.

Le(s) médecin(s) responsable(s), le chef d'équipe et les pédopsychiatres des unités disposant de lits de crise se réuniront par ailleurs mensuellement au sein d'un espace de coordination.

La Coordination du réseau pourra si nécessaire participer à ces dispositifs.

Toute modification majeure du programme sera validée par le groupe porteur du programme de soins de crise.

L'origine géographique des travailleurs sera diversifiée, en tenant **compte** de la proportion des populations potentiellement desservies, afin d'assurer une bonne connaissance des réseaux locaux de toute la province. L'équipe s'organisera toutefois de manière solidaire pour répondre aux demandes. L'efficacité du modèle sera évaluée.

L'équipe mobile de crise s'articulera à l'équipe mobile de longue durée et ce notamment afin de favoriser la continuité des soins. Cette articulation se construira progressivement, au fil du développement des deux programmes d'activités et de leurs évaluations.

La **fonction de coordination des soins et de case-management** est chronophage (réunions, préparation, déplacement ...) et nécessite d'être organisée et outillée. C'est pourquoi du temps de travail sera financé pour développer cette méthodologie interinstitutionnelle autour de la situation du jeune. Les case-managers (cf. annexe 11) s'investiront dans la compréhension du jeune et s'occuperont aussi des aspects organisationnels et de la dynamique du réseau autour du jeune et de sa famille. Ils seront en lien avec le(s) pédopsychiatre(s) responsable(s) de réseau avec lesquels seront prévues des réunions régulières. Ils seront également en lien avec les dispositifs de crise (cf. lits K de crise, équipe mobile et les autres dispositifs orientés « casus » (SISD, SPAD, Points Info...)). Des accords fonctionnels sont à prévoir. Ces case-managers élaboreront une méthode d'analyse des situations et construiront avec les partenaires des outils de travail commun (ex. définition de fonction, charte, convention ...). Ceux-ci seront validés par le réseau. Les institutions ou bénéficiaires pourront faire appel à eux pour activer et mobiliser le réseau intersectoriel autour de la situation dont ils ne sont ni juge ni partie. Pour les situations les plus complexes, les case-managers pourront s'appuyer sur un dispositif intersectoriel permanent chargé de dégager des pistes de solutions et de soutenir leur mise en œuvre. Ce dispositif gèrera également, en concertation avec le médecin responsable, le financement de solutions nouvelles en cas d'impasse.

Les case-managers évalueront la prise en charge des situations pour lesquelles ils sont intervenus et **garderont une trace de la trajectoire** de prise en charge du jeune et des logiques qui ont présidé à ses orientations ainsi que des professionnels qui ont fait sens dans son parcours. Ils auront également comme rôle de relayer les impasses rencontrées. Parallèlement, ces personnes s'impliqueront dans le dispositif « Jardin pour tous ».

6.3. Financement du programme de soins de crise

L'ensemble des financements supplémentaires relatifs à la nouvelle politique et a fortiori ceux en faveur du programme soins de crise seront confiés au CRP Les Marronniers situé, Rue Despars 94 à 7500 Tournai.

<u>CHARGES</u>	2016	2017	<u>PRODUITS</u>	2016	2017
EQUIPE MOBILE	557.632€	743.509€			
Frais de personnel (+/- 10,37 ETP)	505.694€	674.259€	SOINS DE CRISE MOBILE	505.694€	674.259€
			Projet pilote lits K de crise (Karacole)	135.504€	180.672€
			Projet pilote Outreaching (L'Ecoutille)	109.472€	145.962€
			Financement complémentaire	260.719€	347.625€
Frais de fonctionnement	51.938€	69.250€	Frais de fonctionnement du réseau (tous les programmes)	75.000€	100.000€
Frais de locaux	22.500€	30.000€			
Frais de déplacement	18.750€	25.000€			
Frais de formation, documentation, réunions	3.375€	4.500€			
Frais administratif	3.375€	4.500€			
Matériel informatique, tél et mobilier	5.250€	5.250€			
INVESTISSEMENTS (SEMI-)RESIDENTIELS	193.536€	258.048€	FINANCEMENT COMPLEMENTAIRE EN FAVEUR DES SITUATIONS DE CRISE	322.560€	430.080€
COORDINATION DES SOINS (1,5 ETP)	73.125€	97.500€			
FINANCEMENT PAR CAS	55.899€	74.532€			
MEDECIN(S) RESPONSABLE(S)	137.250€	183.000€			
Frais de personnel	131.250€	175.000€	MEDECIN(S) RESPONSABLE(S) (tous les programmes)	131.250€	175.000€
Frais de fonctionnement	6.000€	8.000€	cf. enveloppe "frais de fonctionnement"		

Le suivi des dépenses sera monitoré par le Comité de réseau, avec l'appui de la Commission financière.

6.4. Coordination avec les initiatives locales en matière de crise

Comme mentionné précédemment, l'offre de soins de crise spécifique est relativement limitée dans la province. Il conviendra de préciser et de formaliser l'articulation de ces services avec les nouveaux dispositifs.

La plupart des services accueillant des enfants et adolescents sont cependant amenés à gérer des situations de crise. L'échange de pratiques devrait être poursuivi afin de permettre à chacun d'interroger sa pratique et de l'adapter au nouveau paysage dont l'objectif premier est de mieux répondre aux besoins des patients.

7. Auto-évaluation du réseau

L'évaluation de la qualité et de la performance du programme « soins de crise » fait **partie intégrante de la mise en œuvre du programme et de son processus continu de perfectionnement**. Pour ce faire, le groupe porteur établira un **tableau de bord de suivi et d'évaluation**, lequel sera construit avec l'ensemble des parties prenantes, au départ des objectifs de son plan d'actions. Les indicateurs porteront tant sur la **réalisation** des actions que sur leurs **effets**

attendus. Ils seront permanents ou ponctuels et devront être **significatifs, mesurables et diversifiés** (qualitatifs, quantitatifs et financiers).

Les partenaires accordent une importance particulière aux domaines de qualité et de performance suivants :

- **La plus-value du programme pour les usagers** (ex. impact sur la santé de l'utilisateur, nombres de situations de crise prises en charge, profil des usagers, rapidité d'intervention, lieu d'intervention, intervention intensive sur mesure, recours à un espace tiers nécessaire, implication des usagers, accompagnement du relais). Il est essentiel de tenir compte de la dimension subjective et singulière des usagers, au-delà de la dimension objective de l'évaluation.
- **Le travail en réseau** (ex. partenaires envoyeurs, adéquation des envois, partenaires impliqués dans la gestion de la crise, relais en aval, réunions de coordinations des soins et plans d'aide et de soins, sollicitation des ressources externes, mobilisation des pédopsychiatres, formalisation d'accords)
- **Les professionnels impliqués** (ex. expertise existante, multidisciplinarité, intersectorialité, nombre, objet et qualité des réunions, formation continue, taux d'absentéisme, taux de turnover)
- **La gestion du programme** (ex. réunions du groupe porteur, adéquation du modèle organisationnel, contrôle budgétaire, évaluation)

Ce travail **s'appuiera sur l'expérience des partenaires** (cf. outils existants) **et les ressources mobilisables** (ex. service spécialisé dans ce type d'évaluation). Les partenaires veilleront à **impliquer les usagers et leurs proches** dans l'évaluation.

A terme, le groupe porteur évaluera **deux fois par an** le programme et rédigera un **rapport d'activités annuel** à l'attention notamment du comité de réseau.

8. Personne de contact pour le programme de soins de crise

Catherine COLLIE – Coordination du RHESEAU – 0473/75.61.97 – rhsmea@gmail.com

9. Liste des annexes

- Annexe 1 : Glossaire
- Annexe 2 : Composition du groupe
- Annexe 3 : Programme de soins de crise – représentation schématique
- Annexe 4 : Projet d'accueil résidentiel des Feux-Follets
- Annexe 5 : Centre de protection de l'enfance
- Annexe 6 : Schéma d'intervention de l'équipe mobile de crise
- Annexe 7 : Initiatives existantes de coordination des soins
- Annexe 8 : Fonction de coordination des soins et de case-management
- Annexe 9 : Fonction et profil des membres de l'équipe mobile de crise et composition de l'équipe
- Annexe 10 : Missions spécifiques du chef de l'équipe mobile de crise
- Annexe 11 : Fonction et profil des case-managers

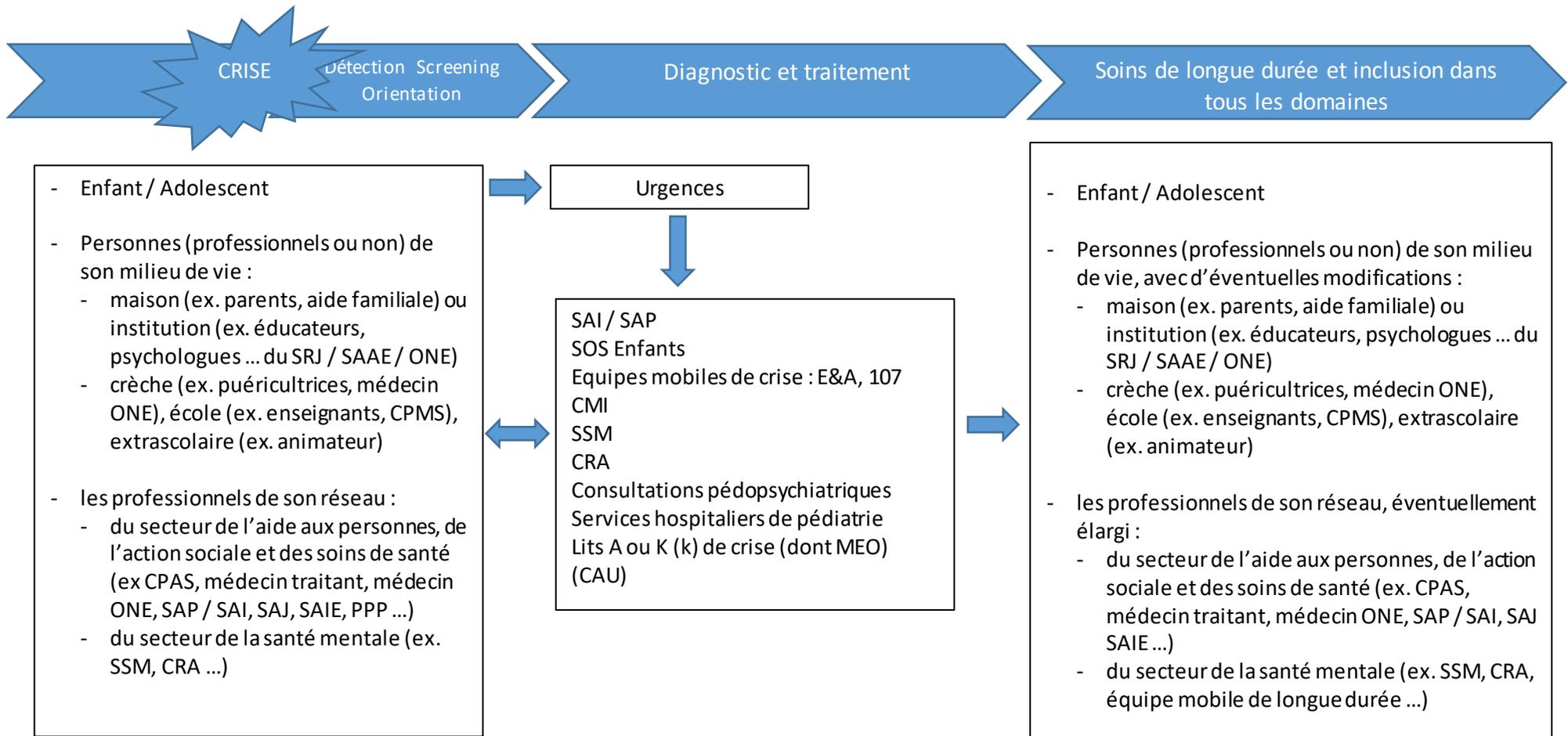
Annexe 1 : Glossaire

- AFAPMS : association francophone des agents PMS
- APEP : aide et prévention enfants-parents (= SOS-Enfants)
- AVIQ : agence pour une vie de qualité
- CAEVM : centre d'accueil aux enfants victimes de maltraitance
- CAU : centre d'accueil d'urgence
- CHR : centre hospitalier régional
- CHU : centre hospitalier universitaire
- CMI : cellule mobile d'intervention
- CPE : centre de protection de l'enfant
- CPMS : centre psycho-médico-social
- CRA : centre de rééducation ambulatoire
- CRP : centre régional psychiatrique
- ETP : équivalent temps plein
- SAI : service d'aide à l'intégration
- SAIE : service d'aide et d'intervention éducative
- SAJ : service d'aide à la jeunesse
- SISD : service intégré de soins à domicile
- SPAD : soins psychiatriques à domicile
- SPJ : service de protection judiciaire
- SSM : service de santé mentale
- TSA : trajet de soins adolescents
- UTA : unité thérapeutique pour les adolescentes
- UTI : unité de traitement intensif

Annexe 2 : Composition du groupe

Secteur	Services	Personnes
Handicap	SAI Le Passeur	Pierre Druart
		Claude Berte
Handicap	SAI Le Ressort	Brigitte Decellier
Handicap	SAI La Renouée	Sergio Sarnelli
Handicap	Bureau régional et plénière de Mons	Didier Capelle
Enseignement spécialisé	Le Saulchoir	Jean Vreux
Enseignement	AFAPMS	Lina Mimmo
Santé générale	CNDG – Pédiatrie	Marie Calicis
Santé générale	Planning familial Aurore Carlier	Frédéric Lebrun
Aide à la jeunesse	SAIE Le Delta	Justin Kabasu
Aide à la jeunesse	SAJ de Mons	Guy Declercq
		Mélanie Dubuisson
Aide à la jeunesse	CAU "Espace 105" (CRES ASBL)	Melodia Santos Fernandez
Enfance	APEP Centre	C. Michaux
Enfance	APEP Charleroi	Dr Th. Delattre
		Alain Dupont
Santé mentale	SSM Le Padelin	Sandra Waldner
		Dr N. Despigeleer
		Dr I. Schonne
		Anna Giorgi
Santé mentale	SSM du CPAS de Charleroi	Thomas Carton
		Dr E. Mathy
Santé mentale	SSM du Tournaisis	Gwenaëlle Lefebvre
		Sylvie Kaye
Santé mentale	SSM de Jolimont	Bénédicte Herbiet
		Isabelle Linkens
Santé mentale	SSM Montignies sur Sambre	Isabelle Hennequin
	Grand Hôpital de Charleroi	
Santé mentale	Centre Psychothérapeutique de jour Charles Albert Frère	Anne-Christine Frankard
		Fabienne Verreckt
Santé mentale	Hôpital Ambroise Paré	Dr J. Tecco
Santé mentale	L'Ancre	Sergio Cavalera
Santé mentale	Hôpital Vincent Van Gogh	Dr R. Guillaume
Santé mentale	CRP Les Marronniers - TSA	Damien Bael
	CRP Les Marronniers – Lits de crise Kiwis	Aurélie Doyen
	CRP Les Marronniers – Equipe Outreach Karacole	Marie Deketele
	CRP Les Marronniers - Pédopsychiatre	Dr S. Barbera
	CRP Les Marronniers – Unité de soins des Mangroves	Delphine François
Santé mentale	CHU de Tivoli	Dr M. Delcomenne
Santé mentale	Feux Follets	André Jonart
Santé mentale	Le Cep/Saule	Jean-Paul Leclercq
Santé mentale	Equipe mobile 2A	Delphine Gonton
Santé mentale	PFPCSM	Dorothee Marzaroli / Descamp Nora
Santé mentale	PFRCC	Pascale Deverd
Santé mentale	SPAD Concertho	Sophie De Paoli

Annexe 3 : Programme de soins de crise – représentation schématique



Annexe 4 : Projet d'accueil résidentiel des Feux-Follets

Les Feux-Follets (20 lits indice Kn) souhaitent participer au réseau RHESEAU et aux soins de crise résidentiels hospitaliers en mettant à disposition du réseau un lit pour un accueil de crise.

Ce lit serait réservé pour des jeunes de 3 à 12 ans.

Les admissions seraient indissociables d'une intervention en amont et en aval de l'équipe mobile ainsi que pendant la durée de l'hospitalisation (de 3 semaines renouvelable une fois) pour une mobilisation des partenaires intersectoriels. Ce travail de l'équipe mobile est également une étape indispensable et un préalable à tout examen de la demande par un des médecins des Feux-Follets.

Au terme de l'hospitalisation de trois semaines (ou 6 semaines), le patient réintègre son milieu de vie afin de continuer à bénéficier des soins de l'équipe mobile.

Ces hospitalisations sont planifiées, sans liste d'attente afin de garantir les meilleurs délais (15 jours) et viseront un temps de suspension pour le patient permettant un renforcement de la concertation avec le réseau et les partenaires demandeurs ainsi que des solutions à plus long terme.

Cependant, afin de garantir le bon déroulement de cette offre d'accueil, il est indispensable que les moyens humains liés aux normes d'agrément des lits K (y compris ceux liés à la crise) ne soient pas mis à disposition de l'équipe mobile mais restent uniquement aux Feux-follets dans le cadre d'une liaison fonctionnelle avec le réseau et d'une intégration des patients bénéficiant des soins de crise au sein des unités de vie des Feux-Follets.

D'autre part, nous devons avoir la garantie que les subsides (SPF Région Wallonne) liés aux lits K (y compris ceux de crise) soient maintenus dans le budget hospitalier malgré ce changement.

Le service lits Kn n'est pas subsidié pour les tranches horaires de jour par la Santé Publique. Le service reçoit grâce à une convention INAMI 7.74 un complément servant principalement au paiement des médecins psychiatres mais aussi à quelques équivalents temps pleins. Toutefois, en comparaison aux collègues ayant des lits K complets, une différence importante de financement existe car l'encadrement y est prévu pour 24H/24.

Un lit de crise aura certainement la particularité de nécessiter une prise en charge intensive de jour comme de nuit. Cela nécessitera donc un supplément d'encadrement tant éducatif que rééducatif et thérapeutique. Dès lors, après un calcul prenant en compte la différence de prix de journée entre un lit K complet et un lit Kn nous arrivons à un manque financier de l'ordre de 52 000 euros par an pour un lit. Ceci ne tenant pas compte des suppléments de travail des rééducateurs notamment pour les rapports d'entrée et de sortie.

Annexe 5 : Centre de Protection de l'Enfant

Le Centre de Protection de l'Enfant est un centre d'accueil agréé par l'O.N.E. depuis septembre 1989 et subsidié partiellement par la Communauté Française. Il a pour objectif d'accueillir et de soigner à court et à moyen terme des enfants de 0 à 6 ans issus de familles pour lesquelles les services médicaux, sociaux ou judiciaires estiment les parents momentanément dans l'incapacité d'assurer leur bien-être, leur protection et/ou leur éducation. Il répond également à des demandes d'aide spontanées de parents en difficulté relationnelle avec leur enfant.

Cette démarche s'inscrit principalement dans le cadre de la problématique des négligences, des comportements violents et abusifs de la prévention de ceux-ci.

L'institution offre :

- Un encadrement protecteur et éducatif à visée thérapeutique de l'enfant.
- Un bilan de l'état physique et psychique de l'enfant et la possibilité d'une thérapie adaptée à ses besoins.
- Une évaluation des fonctions parentales, un soutien ou la création de liens qui unissent l'enfant à sa famille naturelle, une initiation au rôle éducatif, une sensibilisation des parents au développement physique et affectif de l'enfant.
- Une évaluation et une clarification des possibilités de réintégration de l'enfant dans son milieu d'origine.
- Un accompagnement psychosocial post-hébergement pour toute la famille.

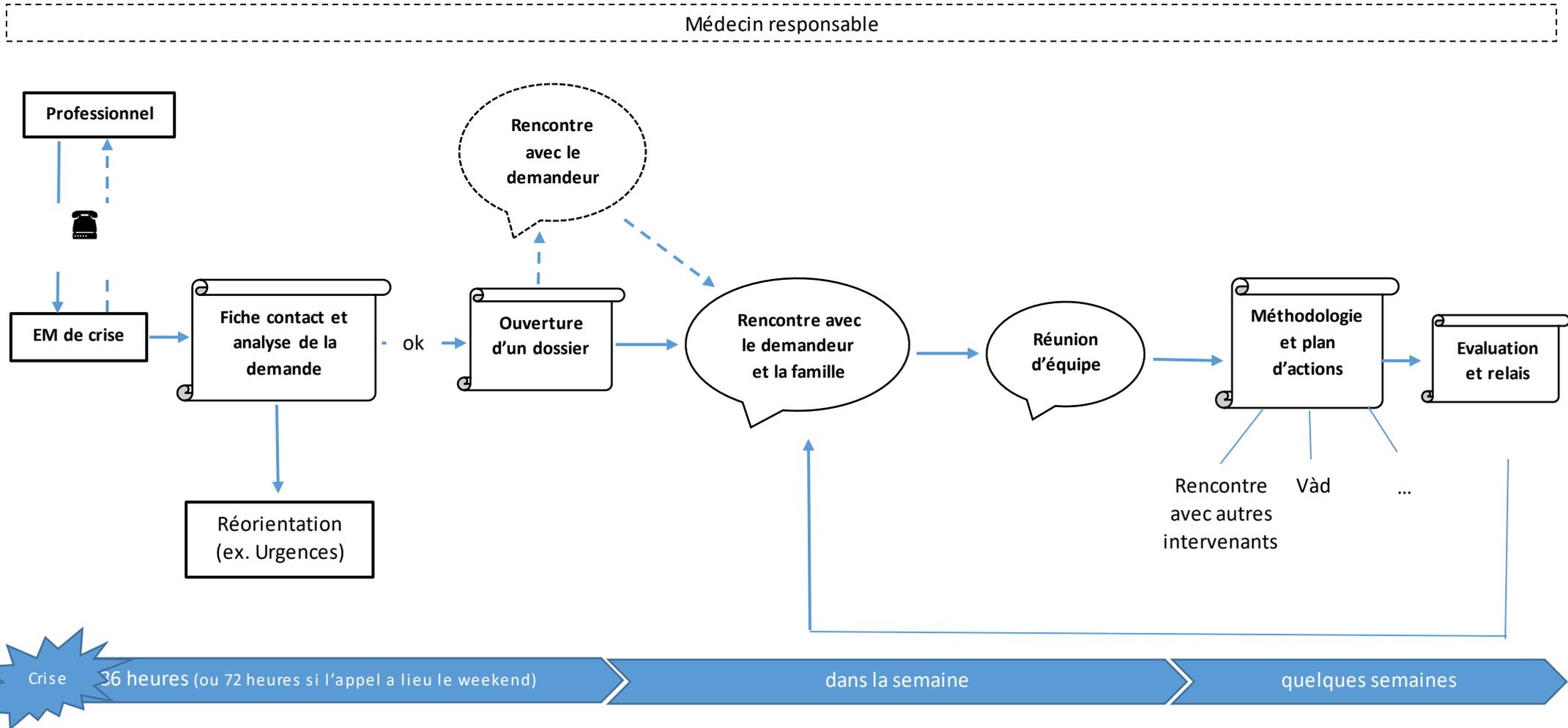
Ces différents aspects du travail avec les familles sont rencontrés pendant et après le séjour de l'enfant. Ils se concrétisent au cours d'entretiens psychosociaux réguliers établis au centre et lors des visites quotidiennes organisées en tenant compte de modalités respectant l'organisation institutionnelle, le bien-être de tous les enfants accueillis et les disponibilités des familles.

Ce centre d'accueil a pour originalité de se préoccuper d'une part de la protection de l'enfant et de l'accompagnement psychosocial des parents et d'autre part, d'envisager la situation de l'enfant à long terme.

Cet objectif permet également d'espérer que ces enfants qui peuvent être, à un moment donné, une charge importante dans l'aide psychologique, médicale et sociale, ne se retrouvent pas dans cette situation dans leur vie future.

Socialement parlant, on peut émettre l'hypothèse que grâce au bagage thérapeutique reçu, ils s'épanouiront, pourront redémarrer dans la vie plus sereinement. D'un point de vue humain, on peut imaginer que ces personnes, enfants d'aujourd'hui, adultes de demain, assumeront leur vie plus satisfaisante pour elles-mêmes et pour leurs proches.

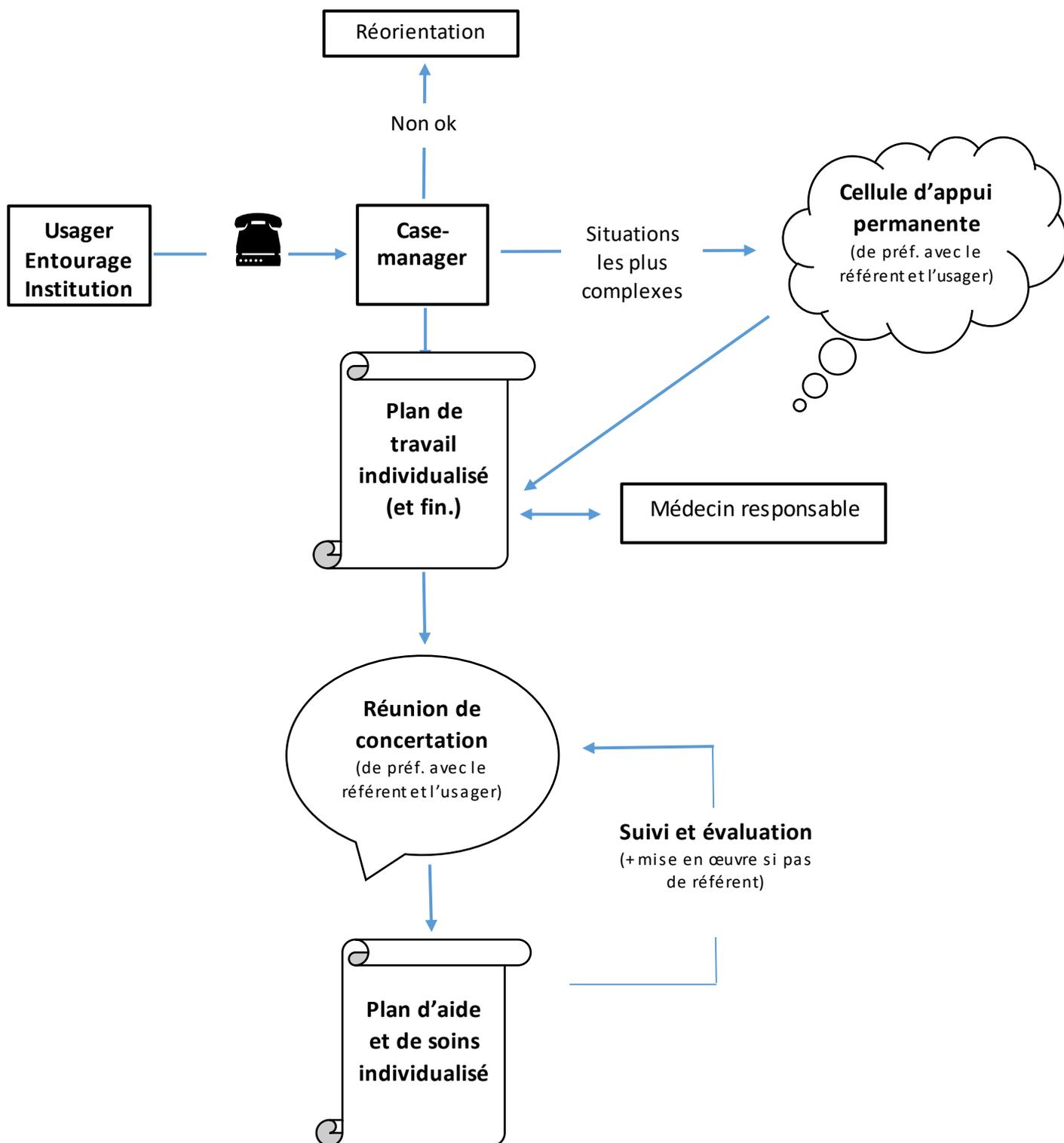
Annexe 6 : Schéma d'intervention de l'équipe mobile de crise pour traiter la crise (apaiser, réorienter, stabiliser, sécuriser et accompagner)



Annexe 7 : Initiatives existantes de coordination des soins

- Concertations pilotées et coordinations spécifiques (ex. concertations du TSA, commissions mixtes locales de l'enseignement, L'Entre-Temps, coordination SISD, concertation à l'initiative du pédopsychiatre, ...) – dont certaines pour les plus de 18 ans (SPAD : Concertho, Medias ...)
- Interventions structurées autour du jeune (ex. Jardin pour tous faitier et locaux, concertation Jeunesse et Santé mentale de Mons, interventions intersectorielles avec les SAJ et SPJ de la province ...)
- Intervenants spécifiques qui travaillent en intersectoriel (ex. délégués SAJ et SPJ, service des cas prioritaires de l'AVIQ – branche Handicap, agents « suivis mineurs » de l'AVIQ – branche Handicap ...)
- Outils existants (ex. charte des bonnes pratiques, accords de collaboration Santé mentale – Justice – Education, outil « fil rouge », plan personnalisé d'accompagnement interinstitutionnel développé par l'Entretemps...).

Annexe 8 : Fonction de coordination de soins et de case-management



Annexe 9 : Fonction et profil des membres de l'équipe mobile de crise et composition de l'équipe

RHESEAU recrutera **des intervenants psycho-médico-sociaux** à temps plein ou temps partiel afin de constituer son **équipe mobile de crise** chargée de gérer, dans les milieux de vie du territoire hainuyer, des situations de crise vécues par des enfants ou des jeunes présentant une problématique psychique ou psychiatrique et impactant leurs environnements.

Fonction

Sous la supervision des médecins responsables, les membres de l'équipe mobile de crise auront pour missions:

- d'assurer une permanence téléphonique afin d'évaluer les situations dans un bref délai et de réorienter adéquatement si nécessaire
- de rencontrer en binôme l'enfant ou l'adolescent et son entourage afin d'analyser la crise et de commencer à la désamorcer par divers moyens et en envisageant toutes les pistes possibles
- soutenir, par la mise en place d'un projet thérapeutique, le jeune et son entourage et assurer les entretiens nécessaires à l'analyse susmentionnée
- se concerter avec le réseau existant autour du jeune et solliciter les services éventuellement manquants dans la prise en charge
- collaborer de manière étroite avec les dispositifs existants de tous les secteurs (ex. unités de crise, unités For K, services de santé mentale, hôpitaux généraux, médecins généralistes, centres d'accueil d'urgence ...)
- organiser si nécessaire des concertations avec le jeune, sa famille et son entourage, trouver avec eux des alternatives à la situation de crise
- envisager une orientation et accompagner l'enfant, l'adolescent et son entourage dans des démarches psycho-médico-sociales et éducatives
- participer aux réunions d'équipe cliniques et organisationnelles, aux formations et aux rencontres intersectorielles

Profil

- Etre en possession d'un diplôme (bachelier ou master) à orientation psycho-médico-sociale
- Avoir suivi une formation en psychothérapie constitue un réel atout.
- Pouvoir justifier d'une expérience dans une fonction similaire et/ou de travail à domicile.
- Disposer d'une expérience probante dans le secteur du handicap, de l'aide à la jeunesse ou de la petite enfance constitue un réel atout.
- Etre capable de s'intégrer dans une équipe pluridisciplinaire (pédopsychiatre, psychologue, assistant social ...) et être ouvert aux différentes méthodes utilisées en pédopsychiatrie (analytique, systémique ...)
- Présenter des compétences relationnelles tant pour le public-cible que pour les familles et les partenaires du réseau
- Avoir une bonne connaissance des réseaux hainuyers à destination des enfants et des adolescents, tant en santé mentale, que dans le social, l'aide à la jeunesse, le handicap ...
- Adhérer à la vision développée par la Nouvelle politique et explicitée dans le guide « vers une nouvelle politique de soins de santé mentale pour enfants et adolescents »
- Disposer d'une voiture personnelle et être disposé à effectuer régulièrement des déplacements dans le Hainaut

Composition de l'équipe

Le jury veillera à composer une équipe en tenant compte des priorités suivantes :

- varier les profils (psychologues, infirmiers, éducateurs et/ou assistants sociaux ; homme/femme ; âges)
- mélanger les secteurs d'origine (santé mentale, handicap, aide à la jeunesse, petite enfance ...)
- diversifier les expertises spécifiques (ex. périnatalité, petite enfance, double diagnostic, For K, adolescents ...)
- respecter le budget

Annexe 10 : Missions spécifiques du chef de l'équipe mobile de crise

Le collaborateur de l'équipe mobile qui sera désigné « chef d'équipe » aura pour missions supplémentaires :

- de veiller à la cohérence globale de l'équipe
- de développer des méthodes et outils de travail communs
- d'organiser et d'animer les réunions d'équipe cliniques et organisationnelles ainsi que les rencontres intersectorielles
- d'assurer le socle de base de la formation (ex. communication non violente, pratique de la co-intervention)
- de coordonner les horaires et les congés des membres de l'équipe
- de superviser l'organisation des déplacements
- de veiller à l'organisation des dossiers
- d'être un relais privilégié pour les médecins responsables
- d'être responsable de la rédaction du rapport d'activités

Il interviendra, comme les autres membres de l'équipe, dans les situations de crise.

Annexe 11 : Fonction et profil des case-managers

RHESEAU recrutera **des intervenants psycho-médico-sociaux** à mi-temps afin de constituer son **équipe de case-management**. Cette équipe a pour mission de construire entre institutions et avec l'adhésion et la participation des bénéficiaires, un dispositif autour de la réalité des patients qui présentent une problématique psychique ou psychiatrique et qui sont dans une situation grave, complexe et multiple.

Fonction

Sous la supervision des médecins responsables, les membres de l'équipe de case-management auront pour missions principales :

- d'assurer une permanence téléphonique afin d'évaluer les situations et de réorienter adéquatement si nécessaire
- avec la personne référente du jeune ou le tiers-demandeur, de décrire la situation, d'identifier les personnes-ressources et de retracer le parcours de l'enfant ou de l'adolescent afin d'analyser la demande
- d'organiser, en appui de la personne référente du jeune, des concertations avec les acteurs concernés ou potentiellement concernés afin de définir des plans d'aide et de soins individualisés
- de définir et formaliser par écrit les fonctions et responsabilités de chacun, d'optimiser la communication avec l'usager et entre les intervenants, d'évaluer et d'être le garant du respect des plans d'aide et de soins
- de garder une trace de la trajectoire de prise en charge du jeune, des logiques qui ont présidé à ses orientations et des professionnels qui ont fait sens dans son parcours
- de collecter les données nécessaires à l'évaluation et contribuer à la rédaction du rapport d'activités
- dans les cas où le jeune n'a pas de référent, d'accompagner dans certains cas l'enfant, l'adolescent et son entourage dans des démarches psycho-médico-sociales et éducatives
- de s'impliquer dans les dispositifs pertinents (ex. Jardin pour tous) et de relayer les impasses rencontrées

Profil

- Etre en possession d'un diplôme (bachelier ou master) à orientation psycho-médico-sociale ; avoir suivi une formation en psychothérapie constitue un atout
- Pouvoir justifier d'une expérience dans une fonction similaire
- Disposer d'une expérience probante dans le secteur du handicap, de l'aide à la jeunesse ou de la petite enfance ou un centre PMS constitue un réel atout.
- Maîtriser les techniques de négociation et de médiation nécessaires à la fonction et être capable de motiver et de 'responsabiliser' les institutions partenaires
- Avoir l'esprit de synthèse, être organisé, proactif, autonome et avoir une bonne résistance au stress
- Présenter des compétences relationnelles tant pour le public-cible, les familles et les partenaires du réseau
- Avoir une excellente connaissance des réseaux hainuyers à destination des enfants et des adolescents, tant en santé mentale, que dans le social, l'aide à la jeunesse, le handicap ...
- Adhérer à la vision développée par la Nouvelle politique et explicitée dans le guide « vers une nouvelle politique de soins de santé mentale pour enfants et adolescents »
- Disposer d'une voiture personnelle et être disposé à effectuer régulièrement des déplacements dans le Hainaut

Composition de l'équipe

Le jury veillera à composer une équipe en tenant compte des priorités suivantes :

- diversifier les secteurs d'origine (santé mentale, handicap, aide à la jeunesse, petite enfance ...)
- diversifier les expertises spécifiques (ex. périnatalité, petite enfance, double diagnostic, For K, adolescents ...)
- diversifier les origines géographiques
- respecter le budget