

Description du programme de soins de longue durée 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 soins de longue durée

Conformément à ce qui a été convenu en septembre 2015 avec le groupe fondateur du RHESEAU, un appel à candidatures a été largement diffusé afin de constituer un **groupe hainuyer intersectoriel**. Celui-ci a mobilisé une trentaine de participants issus de services divers (cf. annexe 2) : services mobiles, ambulatoires, semi-résidentiels et résidentiels du secteur de la santé mentale, de la personne handicapée (CMI, IMP, SAI) et de la petite enfance (CPE). Un représentant des usagers, membre du bureau régional de l'AVIQ – branche Handicap de Mons a également participé aux travaux.

Ce groupe chargé de rédiger le présent document s'est **réuni 4 fois** entre le 20/10/2015 et le 4/2/2016. Diverses thématiques ont été abordées en plénier et/ou en sous-groupes : les besoins spécifiques des publics-cibles, l'offre existante par fonction et par public, le contenu et l'organisation de l'offre mobile, l'articulation avec l'offre de soins de crise, le rôle du pédopsychiatre, la fonction de coordination des soins et de case management, le profil des membres de la future équipe mobile ...

Les travaux de ce groupe ont bénéficié des réflexions menées dans le cadre du programme de soins de crise et ont été présentés lors des Assemblées des partenaires du 19/11/2015, du 15/2 et 2/3/2016. Une séance de travail spécifiquement dédiée à la fonction de case-management a également été organisée le 28/1/2016, en commun avec le groupe « soins de crise ».

Une analyse commune du territoire provincial a par ailleurs été menée par ces 2 groupes.

3. Offre de soins de longue durée actuelle

Il existe dans le Hainaut une **diversité de services mobiles, ambulatoires, semi-résidentiels et résidentiels** qui offrent des soins de santé mentale de longue durée. Ceux-ci relèvent de plusieurs secteurs (ou sont à la croisée de plusieurs secteurs – ex. CMI) et certains sont spécifiquement dédiés à un public-cible (cf. assuétudes, périnatalité, double diagnostic ...).

Les partenaires ont effectués un premier **recensement de ces dispositifs par publics-cibles et par fonction**. Dans le secteur de la santé et de la santé mentale, nous pouvons citer les services (pédo)psychiatriques hospitaliers (de jour / de nuit), les services de pédiatrie, les consultations (pédo)psychiatriques hospitalières et privées, les CRA, les SSM, les équipes outreaching, l'Echoline¹, les équipes mobiles 107, les IHP, les MSP, les services pour toxicomanes ... Les SAP, les SAI, les SRJ, les SAJJ(NS) dispensent également des soins de santé mentale de longue durée auprès de

¹ L'A.S.B.L. "ECHOLINE" est un service d'accompagnement obstétrical et/ou psychologique autour de la naissance pour les familles de la région de Charleroi.

jeunes porteurs d'un handicap, de même que certains services de l'aide à la jeunesse (ex. SAAE, COO ...) et de la petite enfance (ex. SOS-Enfants ...).

Trois équipes mobiles du Hainaut sont directement impactées par le programme des soins de longue durée puisque leurs financements alimenteront son budget. Il s'agit des équipes suivantes :

- La **CMI Patch** est une équipe mobile créée dans le cadre du projet pilote fédéral « Double Diagnostic - Mineurs (retard mental + maladie mentale avec trouble du comportement) ». Celle-ci s'adresse aux enfants de 0 à 16 ans de la province du Hainaut et est localisée à Manage.
- **Eukalyptus** et **l'équipe outreaching UTA** sont 2 équipes mobiles qui ne sont pas rattachées aux lits K de crise et qui ont été créées dans le cadre du projet pilote fédéral « Adolescents judiciairisés présentant une problématique psychiatrique ». La première, située à Tournai, s'adresse à des garçons âgés de 14,5 ans à 18 ans ayant commis un fait qualifié d'infraction tandis que la seconde, située à Mons, prend en charge des filles de 12 à 18 ans ayant commis un fait qualifié d'infraction ou présentant une situation éducative problématique relevant du SAJ ou du SPJ.

Le territoire d'intervention de ces 3 équipes est la province.

Enfin, rappelons que le financement de 2 projets-pilotes (L'Ecoutille et Karacole) assurant des soins mobiles de longue durée se clôturera dès acceptation du programme « soins de crise ».

4. Mission et vision du programme soins de longue durée

Le programme relatif aux soins de longue durée a pour mission de contribuer au développement des **4 fonctions** suivantes : la détection, le screening et l'orientation ; le diagnostic ; 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 contribue à assurer un **continuum de soins** sur mesure pour tous les enfants et adolescents de la province.

Le programme « soins de longue durée » accorde une attention particulière à plusieurs **publics-cibles** : les enfants et adolescents présentant des problématiques graves, complexes et multiples ; les enfants et adolescents issus de groupes particulièrement vulnérables et difficiles à atteindre ; les jeunes présentant une problématique psychiatrique qui sont sous le coup d'une décision de justice² ; les

² 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).

jeunes présentant une problématique de dépendance ; les enfants et adolescents ayant une déficience intellectuelle combinée à une problématique psychique ou psychiatrique. Les partenaires soulignent que le programme de soins de longue durée 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).

Les partenaires du RHESEAU développeront leur programme de soins de longue durée selon la vision suivante :

Dans le cadre des 4 fonctions précitées, les partenaires du réseau s'attacheront à développer un programme de longue durée **global et intégré** afin de répondre aux **besoins et attentes de l'ensemble du public-cible**, sans discrimination.

Le but de ce programme de soins de longue durée consiste à développer une **collaboration intensive en réseau durant une longue période afin d'offrir une aide continue basée sur les besoins** singuliers des enfants et des adolescents et de leur entourage.

La prise en charge de longue durée doit être globale c'est-à-dire qu'elle doit **tenir compte de toutes les dimensions psycho-médico-sociales** de l'enfant ou de l'adolescent et impliquer et **soutenir parallèlement l'entourage**. Elle doit en outre veiller à encourager leur inclusion dans tous les domaines de vie (cf. lieux de socialisation, écoles, activités extra-scolaires, projet professionnel ...).

Bien que le programme s'adresse le plus souvent à des usagers déjà connu du réseau des soins de santé mentale, les partenaires accorderont une attention particulière **au repérage, au screening et à l'orientation précoce** des enfants et adolescents nécessitant des soins. C'est pourquoi l'inventaire des acteurs susceptibles de repérer, d'analyser les manifestations d'une possible problématique d'ordre psychique ou psychiatrique et d'orienter les enfants et adolescents concernés sera étoffé. L'échange d'expertise sera en outre organisé et soutenu afin de renforcer les professionnels de 1^{ère} ligne – et en particulier ceux de l'enfance (pédiatres, TMS, puéricultrices, CPMS, enseignants ...), dans le développement de cette fonction (cf. programme « consultation et liaison intersectorielle »). Les formations seront ouvertes à différentes approches et orientations de travail. Une attention particulière sera en outre accordée afin d'éviter la stigmatisation des enfants et adolescents concernés.

S'appuyer sur la 1ère ligne est par ailleurs essentiel pour développer un **programme proactif**, au plus près de la communauté, pour toucher les enfants et les adolescents issus de groupes difficiles à atteindre, pour prendre en charge l'enfant et l'adolescent dans sa **globalité** (ex. besoins sociaux) **et dans sa singularité** et pour garantir la **continuité** des aides et soins.

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

Les partenaires soulignent l'importance d'établir un diagnostic précoce et prudent afin d'éviter de stigmatiser l'enfant et sa famille et de leur « prédire » un destin.

Les **aides et soins seront multidisciplinaires, flexibles et sur mesure**. Ils pourront être courts et intensifs mais aussi de longue durée.

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

Une attention particulière sera accordée à la **continuité des aides et soins** et à la **coordination** des intervenants. C'est pourquoi les partenaires veilleront à ce que les professionnels se connaissent, se concertent et ne soient pas en conflit ou en compétition. Pour y contribuer, ils définiront des méthodes (ex. référent) et outils de travail communs et détermineront les informations nécessaires à partager et ce, avec le consentement du jeune et/ou de ses parents. Ils se concerteront par ailleurs autour 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.

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. C'est pourquoi ils développeront une offre des soins mobiles et mettront l'accent sur les soins psychologiques et pédopsychiatriques ambulatoires.

Un **espace tiers et séparateur** est cependant parfois nécessaire. Celui-ci doit être adapté à l'âge et aux besoins de l'utilisateur. Pour tenter de répondre au besoin en la matière, le programme intégrera l'offre résidentielle et semi-résidentielle existante et les partenaires veilleront à développer la souplesse dans les orientations entre les différents secteurs (lits K, SRJ, SAAE ...).

L'utilisateur est considéré comme un partenaire à part entière du programme relatif aux soins de longue durée. C'est pourquoi, les partenaires veilleront à adapter leur processus aux différents âges concernés et à garantir leur implication et participation.

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

Les partenaires développeront leur programme soins de longue durée 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, en respectant notamment le principe de confidentialité. L'intégration et l'implication du jeune dans le plan d'aide et de soins individualisé sera primordial.

5. Description du programme soins de longue durée

5.1. Développement du contenu du programme soins de longue durée

Le programme de soins de longue durée (cf. schéma en annexe 3)

Le réseau entend réaliser son programme de soins de longue durée en intégrant d'une part, l'offre locale 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 de soins de longue durée consiste à développer une **collaboration intensive en réseau durant une longue période afin d'offrir une aide continue basée sur les besoins et demandes** des enfants et des adolescents et de leur entourage.

Pour atteindre le public concerné, il est nécessaire de **renforcer en amont la capacité de repérage clinique et d'orientation des services de 1ère ligne** (cf. programme de consultation et de liaison intersectorielle) **et d'assurer la jonction entre ces services et les services de traitement**. L'équipe mobile et la coordination des soins contribueront notamment à assurer ce chaînon.

Pour prendre en charge les enfants et adolescents dans leur globalité et singularité, les services travailleront en collaboration avec les autres partenaires **et notamment ceux des secteurs connexes**. De plus, pour ne pas rester seuls face aux situations complexes, les partenaires souhaitent bénéficier de **conventions et de plans de soins**. Dans les situations complexes, les partenaires pourront également s'appuyer sur la **fonction de coordination de soins et de case-management** (cf. infra).

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

Les soins de longue durée ambulatoires et (semi-)résidentiels

Les services **ambulatoires, semi-résidentiels et résidentiels** offrent des soins de longue durée qui contribuent aux diverses fonctions de la nouvelle politique : **détection-orientation-screening, diagnostic, traitement, échange et valorisation de l'expertise**.

Ces services nourrissent une **longue tradition de travail intégrant les partenaires des différents secteurs** du réseau singulier de chaque jeune accompagné. Ces réseaux, au plus près des besoins et réalités des patients, permettent un réel travail « sur mesure ». La formalisation de collaboration pourrait soutenir encore davantage ce travail.

Par ailleurs, nombre de professionnels du secteur de la santé mentale pour jeunes organisent et/ou participent à de **nombreuses activités intersectorielles de formation et de sensibilisation**. Les **échanges de pratiques** réalisés dans le cadre du présent travail mériteraient d'être approfondis et

poursuivis avec d'autres partenaires pour s'enrichir mutuellement (cf. programme « consultation et liaison intersectorielle »).

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** parfois nécessaires, en particulier pour les enfants.

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 nécessaire de renforcer l'offre de soins alternative et la collaboration avec l'ensemble des partenaires du réseau.

L'inventaire des partenaires potentiels sera étoffé et mis à jour, en s'appuyant sur la connaissance des partenaires en la matière et sur les travaux existants (ex. Cossmea). Des contacts continueront à être pris afin de développer un programme intégré.

Equipe mobile (cf. schéma en annexe 4)

Conformément à la mission, à la vision et aux valeurs du RHESEAU, **les notions de proximité, de soins dans le milieu de vie, d'accessibilité 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 de RHESEAU développeront une offre de soins de soins de longue durée mobile. Celle-ci **tentera de couvrir le territoire provincial, les différentes tranches d'âges et les publics-cibles** spécifiques. Cela nécessitera de spécifier le travail déployé pour chaque public et tranche d'âges tout en mettant en œuvre les moyens nécessaires pour garantir son ouverture à tous les publics.

L'équipe mobile est une offre **complémentaire aux dispositifs existants** qui s'adresse prioritairement à des familles ne sachant pas se déplacer vers les structures de soins traditionnelles. En développant l'offre mobile, nous toucherons un public, généralement plus précarisé, qui n'accéderait pas (ou plus tard) à l'offre des services ou qui ne parviendrait pas à maintenir un suivi régulier et dans la durée avec les services, et cela pour des raisons culturelles, sociales ou économiques mais aussi parce que certains parents ont eux-mêmes des problèmes de santé mentale.

L'équipe mobile aura pour mission **d'offrir à ce public des soins de longue durée et de contribuer à développer une collaboration intensive en réseau** afin d'offrir une aide continue basée sur leurs besoins. Son intervention dans le milieu de vie visera à pallier les limites ou l'échec d'un travail en ambulatoire et en fonction du repérage clinique et/ou du diagnostic, d'adapter la prise en charge en conséquence.

Pour développer cette offre mobile, les partenaires du réseau **s'appuieront sur l'expérience et l'expertise des initiatives existantes** (Ecoutille, 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 dispositif 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 longue durée. Ceux-ci feront cependant appel à plusieurs modèles théoriques, en privilégiant un dispositif thérapeutique présent mais souple. En effet, une équipe mobile est amenée à se glisser dans des parcours et environnements très différents, ce qui implique de pouvoir s'adapter à de nombreux registres.

Les partenaires estiment important qu'une demande puisse être formulée par toute personne concernée ou préoccupée par un enfant/adolescent qui présente des difficultés psychologiques ou psychiatriques, voire par le jeune lui-même. Si la demande est formulée par un tiers, l'équipe mobile lui demandera, dans la mesure du possible, d'établir le contact entre le jeune et de sa famille et l'équipe mobile. S'il s'agit d'un professionnel, il pourra, selon la situation, être impliqué dans le suivi (ex. entretien avec la famille et/ou avec l'équipe mobile, informé en cas d'arrêt ...).

La demande se fera via un appel téléphonique. Si un message est laissé sur le répondeur téléphonique, le service rappelle la personne au plus tôt (endéans les 72 heures si l'appel a lieu le week-end).

L'équipe donnera suite aux demandes formulées en organisant un entretien d'évaluation de la demande. Les nouvelles demandes seront analysées en équipe.

Si la situation ne nécessite pas un accompagnement de l'équipe mobile, celle-ci apportera un accompagnement actif dans la réorientation vers le réseau via des contacts téléphoniques ou des entretiens ponctuels pour soutenir cette démarche.

Lorsque l'intervention de l'équipe mobile est indiquée, l'équipe mènera durant le 1^{er} mois les entretiens exploratoires nécessaires pour prendre connaissance des difficultés présentées par l'enfant / adolescent et sa famille, et des attentes de chacun. Avec la famille, elle définira les objectifs et les modalités de mise en place du projet d'accompagnement. Une **convention de suivi** sera signée et régulièrement actualisée.

Afin de s'inscrire dans un circuit de soins et de ne pas se substituer aux services existants, la durée d'intervention sera limitée dans le temps. Le défaut de relais adéquat risque cependant d'impacter la durée de prise en charge souhaitée.

Concrètement, l'équipe proposera diverses interventions : entretiens de famille et entretiens individuels (à domicile, au bureau ou dans tout autre endroit) afin d'aider le patient et/ou son entourage à comprendre et à résoudre les problèmes rencontrés, soutien psychoéducatif de l'utilisateur et de son entourage, rencontres / concertations avec les intervenants (professionnels ou non) qui gravitent autour de l'enfant ou de l'adolescent, démarche en lien avec une action médicale et/ou médicamenteuse (ex. proposer une adaptation du traitement, établir une hypothèse médicale ...), accompagnement dans les démarches administratives et vers des services extérieurs, soutien de la famille et de l'institution ...

L'équipe collaborera de manière étroite avec les dispositifs existants de tous les secteurs (ex. services de santé mentale, centres de rééducation ambulatoires, unités For K, médecins généralistes ...), en s'adaptant aux spécificités des zones urbaines et rurales et aux besoins **et demandes spécifiques** des usagers (notamment à leur âge). Elle s'articulera notamment aux autres dispositifs mobiles existants (ex. fonction de liaison des services de santé mentale, équipe mobile de crise), y compris aux services des secteurs connexes qui interviennent à domicile.

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.

Les collaborateurs mobiles travailleront le plus souvent **en binôme, avec un collègue de l'équipe ou, dans certaines situations, avec un autre intervenant déjà 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 5) et à la fonction de coordination des soins 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 relais dans les entretiens de triangulation.

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.

Groupes-cibles bénéficiant d'une attention particulière dans le cadre de ce programme

- Jeunes sous le coup d'une décision de justice

Concernant les jeunes qui sont sous le coup d'une décision de justice, les partenaires souhaitent mener un travail spécifique afin **d'ouvrir le réseau aux problématiques des publics visés par cette dénomination** (cf. programme « consultation et liaison intersectorielle »).

L'équipe mobile de longue durée disposera de **compétences spécifiques** à l'égard de ce public-cible et bénéficiera de l'expertise d'un pédopsychiatre engagé pour sa compétence spécifique à l'égard de ce public. L'équipe travaillera en étroite collaboration avec les autres dispositifs du réseau (unités hospitalières For K, SPJ, SRJ). Il conviendra en outre de **réfléchir aux dispositifs** à pérenniser ou créer pour soutenir ce travail.

Une réflexion pourrait également être menée avec les partenaires afin d'envisager d'autres modalités de prise en charge des jeunes à leur **sortie des unités For K**.

- **Enfants et ados avec des problématiques graves, complexes et multiples**

Le travail en réseau et plus spécifiquement **le soutien mutuel des services et le partage de leur expertise** sont essentiels pour prendre en charge les enfants et adolescents avec des problématiques graves, complexes et multiples et éviter toute forme d'exclusion.

En s'appuyant sur les initiatives existantes (ex. fonction de liaison des services de santé mentale, accueil en time-out), la fonction de **coordination des soins** (cf. infra) a pour objectif de soutenir dans la durée les services du réseau dans ces situations difficiles au vue de la pauvreté des relais et de la complexité de certaines situations.

En aidant certains services « en panne » avec une situation, **Jardin pour tous** permet également d'éviter des exclusions et d'intensifier les liens entre les secteurs. L'articulation avec ce dispositif fera l'objet d'une concertation spécifique.

- **Enfants et adolescents ayant une déficience intellectuelle combinée à une problématique psychique ou psychiatrique**

Dans le cadre du programme de soins de longue durée, les partenaires entendent **préserver l'expertise** développée par la Cellule Mobile d'Intervention à l'égard des enfants et adolescents présentant un double diagnostic et garantir une **offre mobile adaptée**.

Concernant **l'implication des usagers et de leur entourage**, ils souhaitent, au niveau micro, renforcer la concertation autour de l'usager (notamment avec le médecin traitant) en activant par exemple la fonction de coordination des soins et de case-management et au niveau méso, solliciter davantage les associations de parents.

Les partenaires souhaitent par ailleurs mener un travail susceptible de renforcer **l'articulation entre le monde scolaire et les acteurs de soins** afin de permettre aux jeunes de rester autant que possible scolarisés.

Enfin, il semble nécessaire de mener une **réflexion susceptible d'améliorer l'accessibilité de ce public aux services dont ils ont besoin (ex. hôpital)**.

Ces pistes de travail seront étayées durant le 2nd trimestre 2016 (cf. budget spécifique).

- **Jeunes présentant une problématique de dépendance**

Concernant la prise en charge des jeunes présentant une problématique de dépendance, il est nécessaire de se concerter et de **travailler en collaboration avec les différents réseaux spécialisés en assuétudes qui existent sur la province** (cf. contacts et collaboration des coordinateurs des réseaux Assuétudes), de se baser sur les travaux intersectoriels déjà menés à cet égard (cf. groupes de travail spécifiques) et de s'appuyer sur l'expertise des services spécialisés du réseau.

Ce dernier pourrait par ailleurs soutenir les initiatives pertinentes en la matière.

Les partenaires estiment également important de **soutenir l'échange d'expertise entre les réseaux généralistes et les réseaux assuétudes** (cf. programme « consultation et liaison intersectorielle ») afin de favoriser la formation de la 1^{ère} ligne et l'accessibilité aux soins.

Enfin, les partenaires soulignent l'importance du **travail de promotion de la santé et de prévention** à l'égard des jeunes.

Réseautage

Pour être efficient, le programme de soins de longue durée nécessite **l'implication des acteurs de tous les secteurs**. Cette collaboration est particulièrement nécessaire pour gérer au mieux les situations graves, complexes et multiples et assurer une prise en charge globale des enfants et adolescents. Un enjeu essentiel sera de **mobiliser les ressources (notamment médicales)** du réseau. Dans ce cadre, un **plan de communication à l'attention des acteurs de 1ère ligne** sera élaboré et mis en œuvre et **l'échange d'expertises** sera soutenue (cf. programme « consultation et liaison intersectorielles »). Des **accords de collaborations** seront en outre progressivement initiés. L'équipe mobile et le **travail de collaboration** 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, coordination des soins**).

Case-management

En suivant le guide (cf. action 13), le réseau va organiser **une coordination des soins et un casemanagement** c'est-à-dire un **processus d'accompagnement intensif individualisé 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 du bénéficiaire, un dispositif** autour de la réalité du patient afin d'organiser un trajet de soins sur mesure.

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, 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 peut 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 5).

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 même souci 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** pour certaines situations.

Les aspects organisationnels sont, conformément au canevas à compléter, repris en page 13 et détaillés en annexe 6.

5.2. Développement organisationnel du programme soins de longue durée

Equipe mobile

Les soins mobiles de longue durée seront dispensés par du **personnel pluridisciplinaire** : pédopsychiatres, psychologues, infirmiers, éducateurs et/ou assistants sociaux, issus notamment des secteurs connexes (cf. annexe 7). 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 différents publics-cibles (jeunes enfants, For K, double diagnostic ...). Les travailleurs devront également présenter des compétences relationnelles tant pour le public cible que 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 7).

L'équipe mobile de longue durée 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 longue durée et **sous la supervision du ou des médecin(s) responsable(s)**. Les 38 heures de médecin responsable 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.

Les **médecins responsables assureront notamment le déroulement des missions de base du programme de soins de longue** durée 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. Avec l'accord du patient, l'équipe mobile de longue durée travaillera **en collaboration avec le médecin traitant** (si le patient en a un) et s'appuiera sur toutes les expertises mobilisables au sein du réseau, de préférence auprès d'intervenants déjà connus de l'utilisateur (cf. services de santé mentale, centres de référence, centres de rééducation ambulatoire ...).

Les médecins responsables seront des **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.

Comme l'équipe mobile de crise, **l'équipe mobile provinciale de longue durée prestera au départ de plusieurs lieux** afin de garantir la proximité et un travail de terrain qui tienne compte des besoins des enfants et adolescents et de leurs réseaux. Les zones d'intervention prioritaire seront définies tout en étant 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 7). Par ailleurs, un appel pourra être fait au 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 8, sera désigné. Il aura notamment pour mission d'organiser le travail de manière solidaire. Les collaborateurs des développeurs 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) et le chef d'équipe 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.

L'origine géographique des travailleurs sera diversifiée, en tenant 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 longue durée s'articulera à l'équipe mobile de crise 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.

Pédopsychiatre pour adolescents judiciairisés présentant une problématique psychiatrique

Dans le cadre du programme de soins de longue durée, le réseau **financera 10 heures de pédopsychiatre** présentant une expertise et une expérience spécifique du travail avec les adolescents qui présentent une problématique psychiatrique et qui sont sous le coup d'une décision judiciaire. Ce pédopsychiatre sera une **personne-ressources pour les partenaires du programme** afin d'assurer l'expertise et le savoir-faire nécessaire face à ce groupe-cible spécifique (expertise au niveau de situations, soutien dans l'orientation de situations, contacts avec les confrères ...).

Au niveau de l'équipe mobile, il **supervisera** dans la mesure du possible **les situations** prise en charge. Il assurera des **actes médicaux** (consultations gratuites, prescriptions de traitement ...) et, de par son expertise, il facilitera le travail en réseau (appui médical auprès du juge, lien avec le psychiatre de référence dans le cadre des mises en observation, facilitateur des hospitalisations ...).

Celui-ci pourra également être **activé dans les situations de crise** qui le nécessiteront.

Ce pédopsychiatre travaillera en collaboration avec le(s) médecin(s) responsable(s). Il participera notamment à la **construction du projet thérapeutique** de l'équipe mobile de longue durée, lequel sera validé par le groupe porteur du programme de longue durée.

Case-management

La fonction 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 9) 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 on peut prévoir des réunions hebdomadaires, avec les dispositifs existants (cf. lits K, 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 construire 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 elles 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 ».

5.3. Financement du programme soins de longue durée

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

CHARGES	2016	2017	2018	PRODUITS	2016	2017	2018
	9 mois				9 mois		
EQUIPE MOBILE	545.873 €	727.831 €	727.831 €				
Frais de personnel	495.473 €	660.631 €	660.631 €	SOINS DE LONGUE DUREE MOBILE	495.473 €	660.631 €	660.631 €
Collaborateurs (+/- 9,46 ETP)	460.934 €	614.578 €	614.578 €	Projets pilotes For K	271.008 €	361.344 €	361.344 €
Pédopsychiatre For K (10 h)	34.539 €	46.053 €	46.053 €	Projet pilote Double diagnostic	86.250 €	115.000 €	115.000 €
				Financement complémentaire	138.215 €	184.287 €	184.287 €
Frais de fonctionnement	50.400 €	67.200 €	67.200 €	Frais de fonctionnement du réseau (tous les programmes)	75.000 €	100.000 €	100.000 €
Frais de locaux (commun au programme "Soins de crise")	22.500 €	30.000 €	30.000 €				
Frais de déplacement	18.750 €	25.000 €	25.000 €				
Frais de formation, documentation, réunions	3.000 €	4.000 €	4.000 €				
Frais administratif	3.000 €	4.000 €	4.000 €				
Matériel informatique, tél et mobilier	4.200 €	4.200 €	4.200 €				
COORDINATION DES SOINS (1,5 ETP)	73.125 €	97.500 €	97.500 €	CASE-MANAGEMENT (cf. programme "soins de crise")	129.024 €	172.032 €	172.032 €
FINANCEMENT PAR CAS	55.899 €	74.532 €	74.532 €				
MEDECIN(S) RESPONSABLE(S)	137.250 €	183.000 €	183.000 €				
Frais de personnel	131.250 €	175.000 €	175.000 €	MEDECIN(S) RESPONSABLE(S) (tous les programmes)	131.250 €	175.000 €	175.000 €
Frais de fonctionnement	6.000 €	8.000 €	8.000 €	cf. enveloppe "frais de fonctionnement"			
DOUBLE DIAGNOSTIC	111.913 €	223.827 €	223.827 €	DOUBLE DIAGNOSTIC	111.913 €	223.827 €	223.827 €

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

5.4. Coordination avec les initiatives locales

Comme mentionné précédemment, l'offre de soins de longue durée est diversifiée. Le groupe porteur veillera à poursuivre et mettre à jour le recensement des services et de leurs initiatives et à les solliciter de manière ciblée. Il conviendra notamment de préciser l'articulation de ces services avec les nouveaux dispositifs développés dans le cadre de ce programme.

L'échange d'expertise et de pratiques devrait être poursuivi afin de permettre à chacun d'interroger sa pratique et de l'adapter au nouveau paysage.

6. Auto-évaluation du réseau

L'évaluation de la qualité et de la performance du programme « soins de longue durée » 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 aux domaines de qualité et de performance suivants :

- **La plus-value du programme pour les usagers** (ex. impact sur la santé des usagers, nombre de situations prises en charge, profil des usagers, lieu d'intervention, intervention sur mesure, implication des usagers, accompagnement du relai). 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, 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** (ex. outils des hôpitaux, CMI ...) **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.

7. Personne de contact pour le programme soins de longue durée

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

8. Liste des annexes

- Annexe 1 : Glossaire
- Annexe 2 : Composition du groupe
- Annexe 3 : Programme intégré de longue durée
- Annexe 4 : Schéma d'intervention de l'équipe mobile de longue durée
- Annexe 5 : Initiatives existantes de coordination des soins
- Annexe 6 : Fonction de coordination des soins et de case-management
- Annexe 7 : Fonction et profil des collaborateurs de l'équipe mobile de longue durée et composition de l'équipe
- Annexe 8 : Missions spécifiques du chef de l'équipe mobile de longue durée
- Annexe 9 : Profil de fonction de case-manager

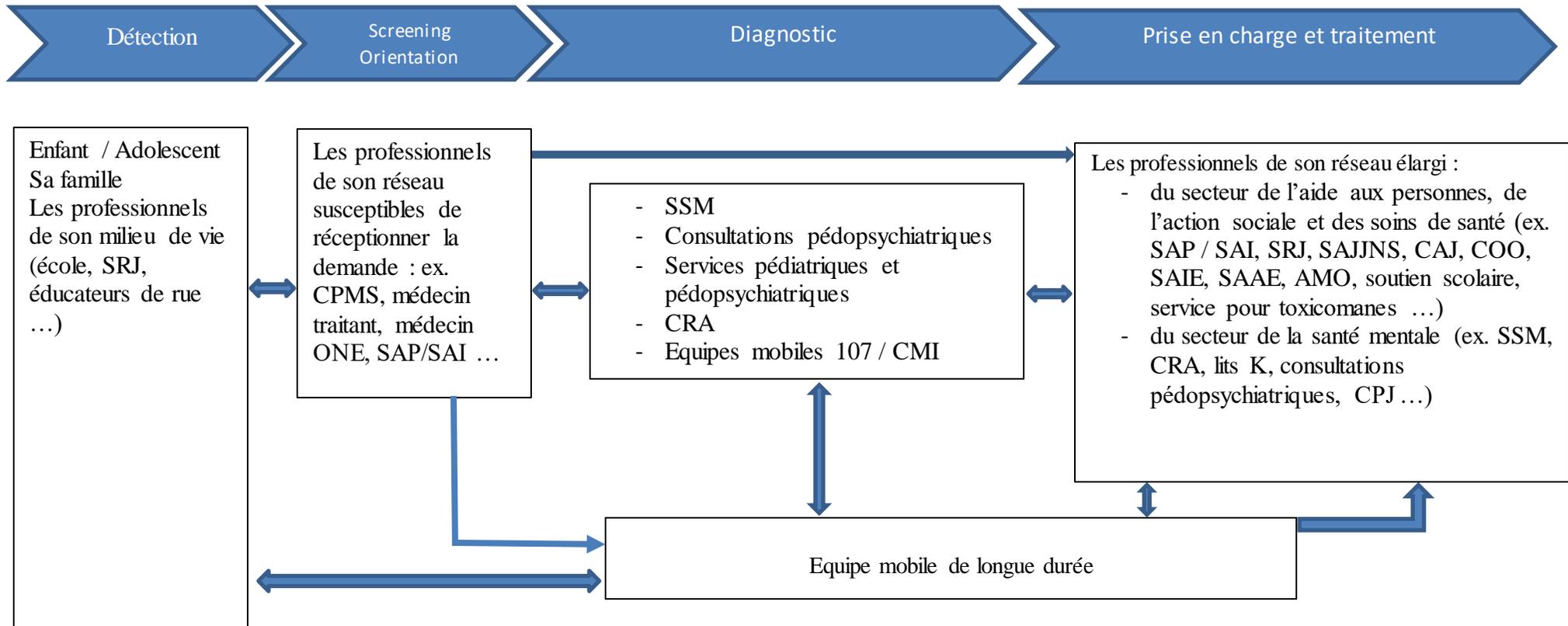
Annexe 1 : Glossaire

- AVIQ : agence pour une vie de qualité
- CAJ : centre d'accueil de jour
- CRA : centre de rééducation ambulatoire
- CMI : cellule mobile d'intervention
- COO : centre d'observation et d'orientation
- CPE : centre de protection de l'enfant
- CPJ : centre pédopsychiatrique de jour
- CPMS : centre psycho-médico-social
- IHP : initiative d'habitations protégées
- IMP : institut médico-pédagogique (= service résidentiel pour jeunes)
- ETP : équivalent temps plein
- MSP : maison de soins psychiatriques
- SAI : service d'aide à l'intégration
- SAAE : service d'accueil et d'aide éducative
- SAJ : service d'aide à la jeunesse
- SAJJNS : service d'accueil pour jeunes non scolarisés
- SAP : service d'aide précoce
- SISD : service intégré de soins à domicile
- SPAD : soins psychiatriques à domicile
- SPJ : service de protection judiciaire
- SRJ : service résidentiel pour jeunes
- SSM : service de santé mentale
- TMS : travailleur médico-social
- TSA : trajet de soins adolescents
- UTA : unité thérapeutique pour les adolescentes

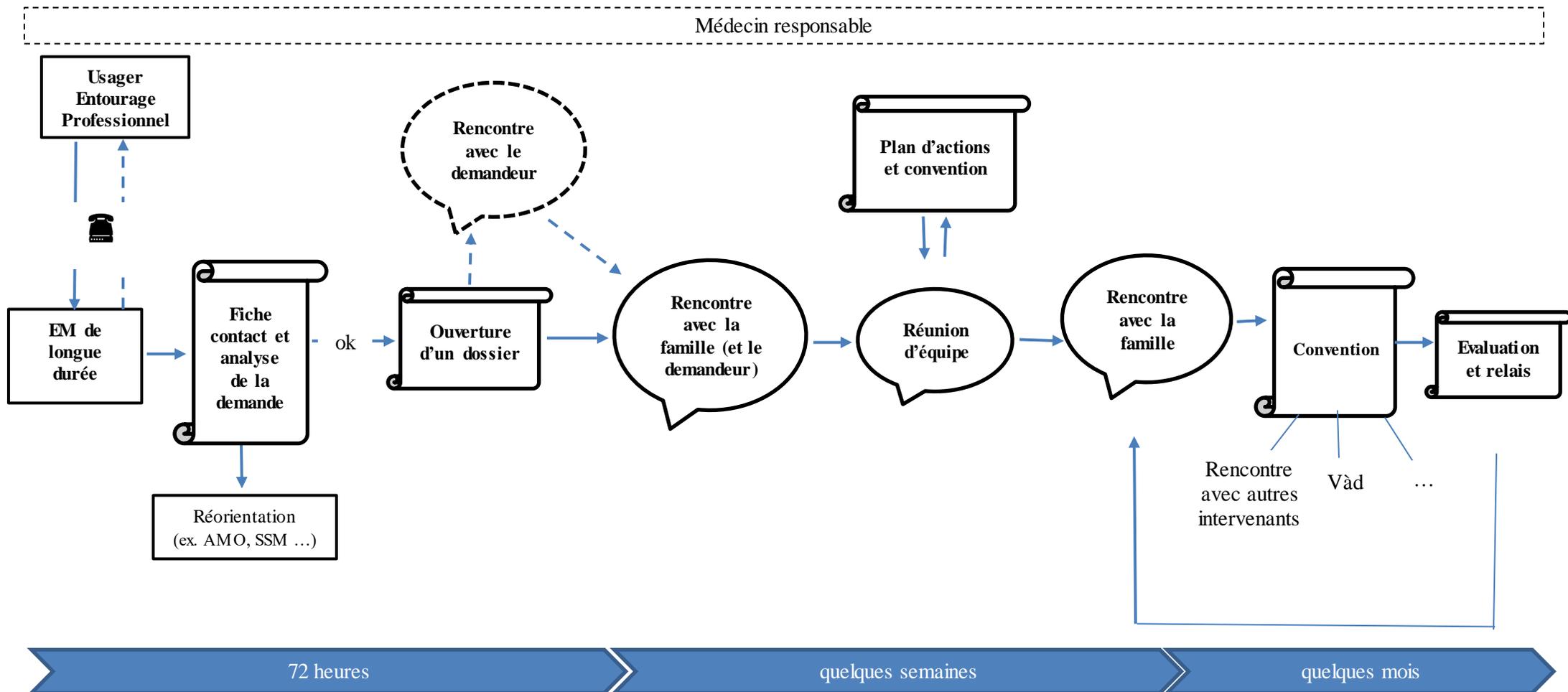
Annexe 2 : Composition du groupe

Secteur	Services	Personnes
Handicap	Bureau régional et plénière de Mons	Capelle Didier
Handicap	IMP Le Courtil	Heule Catherine
Handicap	IMP Le Courtil	Legoff Sophie
Handicap	IMP Le Courtil	Simon Sophie
Handicap	SAI Le Ressort	Decellier Brigitte
Handicap - Santé mentale	CMI Patch	Houcard Véronique
Petite enfance	CPE Accueil	Haquenne Genevieve
Santé - assuétudes	Trempline	Soudron Caroline
Santé générale	Centre de santé de Jolimont	Linkens Isabelle
Santé générale	CHWAPI	Dr Lecomte Florence
Santé générale	CNDG – Pédiatrie	Calicis Marie
Santé mentale	CHU Tivoli (service pédopsy et CRA)	Dr Ghierche Muriel
Santé mentale	Centre Psychothérapeutique de jour Charles Albert Frère	Frankard Anne-Christine
Santé mentale	Centre Psychothérapeutique de jour Charles Albert Frère	Verreckt Fabienne
Santé mentale	CRP Les Marronniers - TSA	Bael Damien
Santé mentale	CRP LM – Equipe Outreach Karacole	Deketele Marie
Santé mentale	CRP LM – Lits de crise Kiwis	Doyen Aurélie
Santé mentale	CRP LM – Unité de soins des Mangroves	François Delphine
Santé mentale	Feux Follés	Jonart André
Santé mentale	Hôpital Ambroise Paré	Dr Tecco Juan
Santé mentale	L'ancre	Cavalera Sergio
Santé mentale	Pédopsychiatre	Dr Barbera Sarah
Santé mentale	PF Charleroi-Centre	Deverd Pascale
Santé mentale	PF picarde	Decamps Nora
Santé mentale	SSM CPAS de Charleroi	Carton Thomas
Santé mentale	SSM Le Padelin	Dr Despigeleer Nicolas
Santé mentale	SSM Le Padelin	Dr Schonne Isabelle
Santé mentale	SSM Le Padelin	Giorgi Anna
Santé mentale	SSM Le Padelin	Waldner Sandra
Santé mentale	SSM Saint-Ghislain	Carion Mélanie
Santé mentale	CP Saint-Bernard	Glibert Pierre-René
Santé mentale	SSM CPAS de Charleroi	Habchi Fabrice
Santé mentale	SSM de Jolimont	Herbiet Bénédicte
Santé mentale	SSM La Pioche	Delporte Martine

Annexe 3 : Programme intégré longue durée



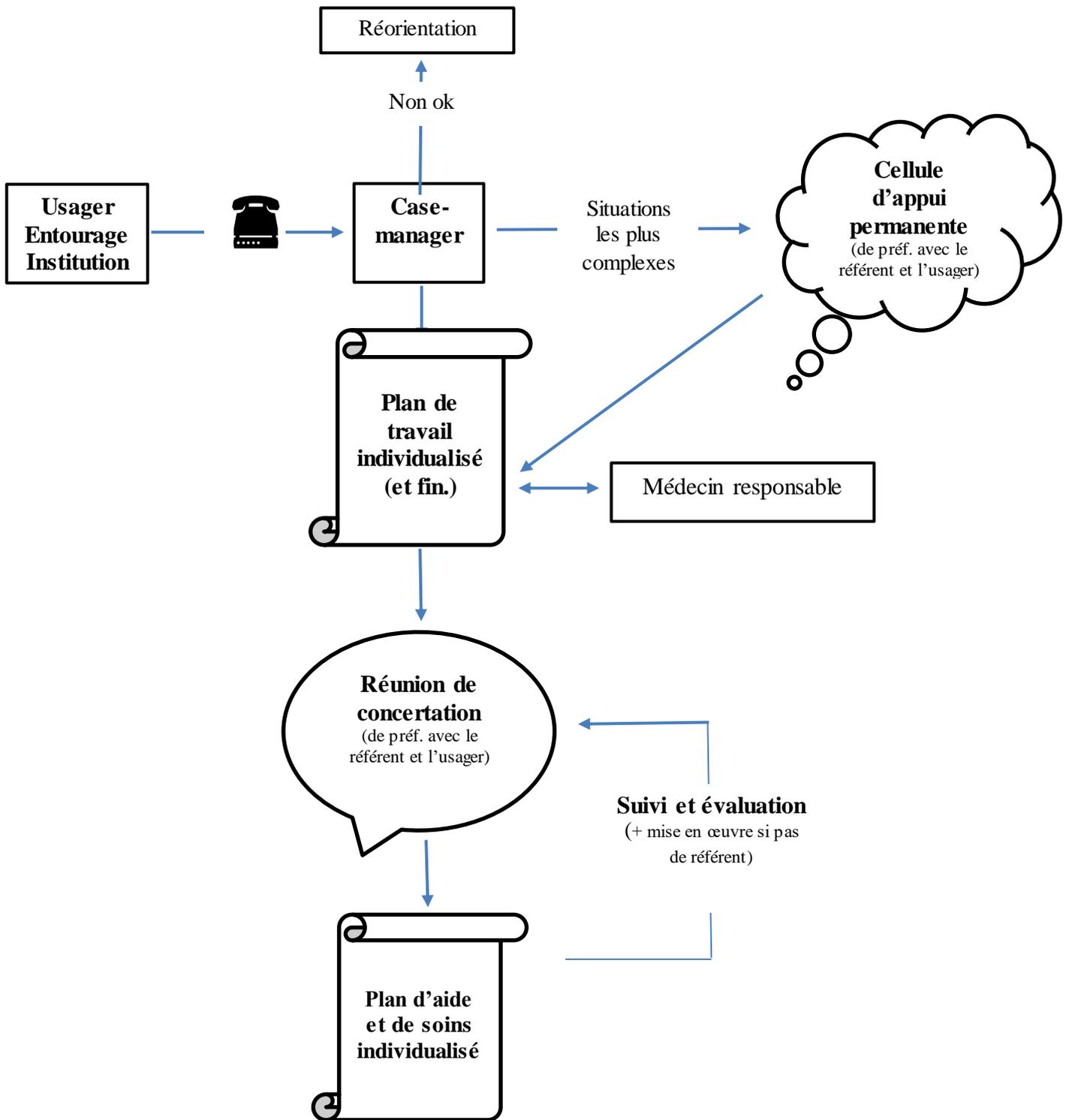
Annexe 4 : Schéma d'intervention de l'équipe mobile de longue durée



Annexe 5 : 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 ...)
- Intervisions structurées autour du jeune (ex. Jardin pour tous faitier et locaux, concertation Jeunesse et Santé mentale de Mons, intervisions 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/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 6 : Fonction de coordination des soins et de case-management



Annexe 7 : Fonction et profil des collaborateurs de l'équipe mobile de longue durée 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 longue** chargée d'offrir, dans les milieux de vie de l'ensemble du territoire hainuyer, des soins de longue durée aux enfants ou jeunes présentant une problématique psychique ou psychiatrique et de contribuer à développer une collaboration intensive en réseau afin d'assurer une aide continue basée sur leurs besoins.

Fonction

Sous la supervision des médecins responsables, les membres de l'équipe mobile de longue durée 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 demande et d'envisager toutes les pistes possibles
- soutenir, par la mise en place d'un projet thérapeutique, le jeune et son entourage, assurer les entretiens nécessaires et les accompagner dans les démarches et les services extérieurs
- 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. services hospitaliers, services de santé mentale, médecins généralistes, centres de rééducation ambulatoire ...)
- organiser si nécessaire des concertations avec le jeune, sa famille et son entourage afin d'assurer les relais adéquats
- 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 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 8 : Missions spécifiques du chef de l'équipe mobile de longue durée

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 longue durée.

Annexe 9 : Profil de fonction de case-manager

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