

Programme de soins de crise de Namur (Réseau KIRIKOU)
Fonction de case-management
Approfondissement et mise en œuvre de cet élément dans la NPSM

Constats :

- Cette partie de la réforme n'est pas encore mise sur le terrain namurois.
- Consécutivement, le financement n'est pas utilisé au bénéfice des jeunes (106.133 €/an)
- Les textes disponibles (voir annexe) donnent des indications sur le dispositif à mettre en place, néanmoins plusieurs enjeux au niveau de l'opérationnalisation doivent être analysés et affinés.

Relevé d'enjeux à analyser (non exhaustif) :

- *Identification du demandeur* : qui peut demander l'activation d'une mesure de case-management ? Quel est (sont) le(s) porte(s) d'entrée(s) ?
- *Formalisation de la demande* : est-ce que cela passe par la concertation clinique et selon quelles modalités ? quels sont les éléments à reprendre dans la demande ? Faut-il introduire un formulaire type ou un plan de soins ? Est-ce qu'il existe des éléments de contenus obligatoires ? Qui reçoit la demande au niveau de la gestion administrative ?
- *Instance de décision* : qui décide de l'octroi d'une aide ? est-ce une personne ou un collectif ?
- *Délai de décision* : quels sont les délais de traitement et de décision ?
- *Gestion de demandes multiples et saturation du dispositif* : quels sont les critères d'attribution et de priorisation ? Est-ce qu'une analyse de l'opportunité de l'aide est réalisée ? Si oui, quels sont les indicateurs d'opportunité à prendre en considération dans l'analyse ? Pour le reste, est-ce que le principe chronologique est adopté (premier venu, premier servi et quand l'enveloppe est vide , cela s'arrête) ?
- *Répertoire des aides à octroyer* : caricaturalement, faut-il beaucoup de petites aides pour beaucoup de personnes ? Faut-il au contraire de grosses interventions pour un petit nombre de jeunes ? Faut-il un premier inventaire des actions probables ?
- *Public-cible* : Quels jeunes sont donc concernés ?
- *Modalités de l'aide octroyée* : quelles sont les balises pour définir la nature de l'aide octroyée ? Quelle est la durée de l'aide octroyée ? Est-ce que des prolongations sont possibles ? Est-ce que l'aide octroyée est d'office plafonnée par un montant prédéfini ?
- *Suivi des décisions et contrôle* : qui assure le suivi d'une décision d'aide ? Qui assure le contrôle de l'effectivité de l'aide octroyée ?

Proposition d'action :

Vu les enjeux soulevés, il est proposé que le CRPK désigne un groupe de travail pour formuler des propositions de réponse.

Composition du groupe : à définir.

(hypothèse : le coordinateur, le médecin responsable, deux représentants de l'équipe mobile, deux représentants du crpk, deux personnes ressources à solliciter)

Délai à respecter : à définir.

Timing maximum à respecter pour produire une note permettant de développer des actions en 2017 := 1^{er} trimestre 2017

Annexe : extraits relatifs à la fonction de case-management

IN Guide vert de la NPSM

Action 13 (page 8) :

« Organiser **une coordination des soins et un casemanagement** (wrap-around approach) autour des enfants et adolescents présentant une problématique sévère, complexe et multiple et des jeunes avec une problématique psychiatrique qui sont sous le coup d'une décision de justice, nécessitant un travail en réseau intersectoriel, partant des fonctions de liaison pour les adolescents présentant une problématique psychiatrique et faisant l'objet d'une mesure judiciaire, en tenant compte des initiatives existantes. Une attention particulière est accordée aux jeunes adultes de la tranche d'âge charnière allant de 16 à 23 ans ».

Programme d'activités 4 : Soins de SM d'outreaching par l'organisation de soins de crise, l'aide assertive mobile et la coordination de soins (page 20) :

« La coordination des soins et le case management (wraparound approach) sont prévus lorsqu'une collaboration intensive avec de nombreux partenaires est nécessaire. Dans ce contexte, les fonctions "Echange et valorisation de l'expertise" et "Inclusion dans tous les domaines de vie" occupent une place centrale. Une attention spécifique est ici aussi accordée aux jeunes de la tranche d'âge charnière allant de 16 à 23 ans. La coordination des soins inclut tous les domaines de la vie, toutes les formes de soins professionnels, autant que le soutien par l'entourage. »

In correctifs template KIRIKOU

Programme de soins de crise de Namur (Réseau KIRIKOU) - Correctifs suite aux recommandations du GTI Task force (lettre du 22/12/2015)

Point 5 : Case-management : 0,25 ETP hospitalier + 1,65 ETP de case management ! A expliciter !

La mise à disposition de 10% de l'offre K pour les situations de crise - soit 3 lits K de crise sur la province de Namur - permet de consacrer 40% des moyens complémentaires accordés dans le cadre de la nouvelle politique à la fonction de case-management, ce qui représente dans notre province un budget de 106.000 €.

Les 40% affectés à la fonction de case-management se feront via un financement flexible pour l'organisation de trajet de soins sur mesure dans la perspective d'une prévention de situation de crise imminente et visera la finalité d'une meilleure inclusion dans la communauté.

Autrement dit, le case-management est considéré comme un processus collaboratif structuré de mobilisation d'options et de services, de planification, de coordination et d'évaluation des soins afin de rencontrer les besoins du jeune et de sa famille/entourage/milieu de vie. Ce processus s'active au niveau du bénéficiaire avec une intensité sur mesure au cas par cas. Dans le programme de soins de crise, le case management est donc essentiellement ce processus, par laquelle le réseau organise

rapidement lors des signes émergents de la crise une coordination intersectorielle des soins autour des enfants et adolescents à chaque fois que cela s'avère pertinent.

Dans le cas où la crise aigüe et la complexité de la situation se conjuguent simultanément et où l'équipe mobile pressent qu'un relais vers des soins assertifs sera nécessaire, une réunion de concertation avec les partenaires des différents secteurs susceptibles d'apporter une réponse aux besoins complexes de l'enfant/du jeune est rapidement organisée pour articuler des réponses complémentaires aux besoins multiples du jeune concerné et de son entourage.

Cette fonction, que nous déterminons comme un moyen, est donc en grande partie assurée au départ du team mobile et intégrée dans l'équipe comme fonction de base. Elle peut selon les situations être « incarnées » par l'un ou l'autre membre de l'équipe (via la réunion d'équipe). Elle garantit la concertation dans une optique de trajet de soins, la complémentarité (le "qui fait quoi" dans cette situation) et la continuité des soins. Elle doit nécessairement s'articuler avec le/a(s) pédopsychiatre(s).

La fonction de case-management permettra également de renforcer l'action du team mobile au sein des lieux de vie, des lieux de socialisation, des lieux de soins accueillant des enfants et ados présentant une problématique sévère, complexe et multiple.

La fonction de case management devrait également faciliter la prise en charge et le suivi des jeunes dépendant d'une décision de justice (art. 36,4; art.38 et 39 Décret de l'AJ) avec l'offre de soins UTI hors réseau (hors province) vu l'absence de lits sur la province. Dans ce cadre, la fonction pourra être réseautée avec le SPJ ou le SAJ, voire externalisée par exemple ici via les délégués du SAJ, du SPJ ou dans d'autres situations avec les PMS ou d'autres intervenants du réseau etc...

Dès lors, prenant en considération la recommandation du GTI, le comité de réseau propose d'affecter les 40% liés à la fonction de case-mangement :

- au financement de ressources humaines intégrées dans l'équipe mobile - c'est-à-dire - des heures de travail dédiés au case-management au cas par cas en fonction des besoins du jeune là où ceux-ci se situent (en principe le plus souvent dans son milieu de vie). Ceci pourrait correspondre à 1 ETP (à ajuster en fonction des besoins)
- au financement des actions, activités, services nécessaires et utiles aux besoins multiples du jeunes et de son entourage, à la consolidation de sa trajectoire de soins et qui peuvent se localiser chez certains partenaires du réseau
- de manière subsidiaire et si nécessaire au financement éventuel de certains frais inhérents aux concertations cliniques pour des situations complexes visant la trajectoire de soins. Ce financement ne serait activé que dans la mesure où ces frais ne peuvent pas être pris en charge par d'autres mécanismes de financement. En effet, il n'existe pas sur la province de Namur de SISD qui permet d'organiser administrativement et financièrement ces concertations cliniques. Ceci ne devrait représenter toutefois qu'une part minimum du budget du case-management et ne sera activé qu'à condition de faciliter le processus de concertation (autrement dit pour ne pas la bloquer)

Nous inscrivons au budget l'enveloppe des 40% pour la fonction de case-management qui sera répartie selon les différentes modalités ci-décrites de manière souple, flexible en fonction des besoins et du développement des programmes soins de crise et soins de longue durée. (voir l'annexe 8).

La proposition initiale des 0,25 ETP hospitalier + 1,65 ETP de case management n'est donc plus retenue par le Comité de Réseau KIRIKOU

Réponses aux recommandations formulées dans le courrier du 19/04/2016 « feedback sur les modèles pour la description des programmes de crise, de longue durée et de consultation et liaison intersectorielle pour enfants et adolescents

Casemanagement

Les 40% supplémentaires pour le case-management seront bien utilisés de manière flexible et au cas par cas pour des soins qui n'existent pas, notamment dans la perspective d'une prévention de situation de crise et d'une meilleure inclusion dans la communauté. Ils permettront de renforcer les actions dans une perspective intersectorielle au sein des lieux de vie, des lieux de socialisation, des lieux de soins accueillant des enfants et ados particulièrement fragilisés présentant une problématique sévère, complexe et multiple Il s'agit bien de moyens mis à la disposition du réseau et qui permettent d'offrir des réponses multiples et adaptées aux besoins de ces jeunes. Dans ce cadre et sans exclusive, une attention particulière sera portée au groupe-cible des 16-23 ans notamment pour faciliter la prise en charge des jeunes dépendant d'une décision de justice (art. 36,4; art.38 et 39 Décret de l'AJ) avec l'offre de soins UTI hors réseau (hors province) en lien dans ce cas avec le SPJ ou le SAJ.

Il est donc clair que ces moyens ne seront donc pas utilisés pour augmenter les ETP de l'équipe mobile. Par contre, cette fonction sera bien articulée avec le/a(s) pédopsychiatre(s) et EMEA.