



Fiche de consentement éclairé

(à compléter par le repérant, le cas échéant par le Médecin évaluateur avant l'inclusion)

En quoi consiste le dispositif ?

Écoute'Emoi propose un parcours coordonné d'information, de prise en charge et d'accompagnement du jeune âgé de 11 à 21 ans en situation de souffrance psychique. Ceci est un dispositif expérimental sur le département, après adhésion, il est important de suivre sur parcours jusqu'à l'évaluation finale, pour cette possibilité de consultation gratuite puisse s'étendre à tous les jeunes de France.

Le parcours du jeune se déroule selon les étapes suivantes :

- **information sur la santé mentale** dans les lieux de vie des jeunes ;
- **repérage des jeunes** par les différents acteurs en contact avec les jeunes (proches, professionnels de l'éducation nationale, professionnels de santé, éducateurs et travailleurs sociaux, etc.) et orientation vers un médecin évaluateur
- **évaluation de la situation globale** du jeune par les médecins évaluateurs du département
- **orientation et prise en charge :**

- En cas de mal-être ou de souffrance psychique, le médecin évaluateur prescrit jusqu'à **12 consultations auprès d'un psychologue libéral partenaire**. Le consentement ci-dessous inclut les consultations du médecin et du psychologue prenant en charge le jeune et/ou les Titulaires de l'Autorité Parentale (TAP). **Pour les mineurs, l'accord des TAP est indispensable.**

- En cas de situation complexe, d'un complément d'évaluation ou pour une prise en charge spécialisée, le jeune est adressé par le médecin évaluateur vers les **Maisons Des Adolescents (MDA)**.

- **évaluation finale par le médecin évaluateur au terme des 12 consultations auprès du psychologue**

Consentement libre et éclairé

Nom et prénom du jeune :

Je déclare avoir lu et compris le cadre et le contexte du dispositif.

Je comprends la nature et le motif de ma participation. J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu, à ma satisfaction.

Dans le cadre du partage d'informations entre professionnels, j'accepte que celles-ci soient échangées entre les professionnels partenaires du dispositif.

Par la présente, j'accepte librement de participer au dispositif et m'engage à respecter le parcours de soins proposé par les différents professionnels.

Date :	Signature du jeune
--------	---------------------------

Pour les mineurs : Dans le cadre du partage d'informations entre professionnels, j'accepte que celles-ci soient échangées entre les professionnels partenaires du dispositif. J'accepte que mon enfant participe au dispositif. Mon enfant s'engage à respecter le parcours de soins proposé par les différents professionnels.

Date :	Signatures des représentants légaux :
--------	--

