

Rapport d'activité 2016- 2017

1. Données administratives

a) Nom du réseau

ARCHIPEL, réseau intersectoriel de santé mentale du pour enfants et adolescents du Brabant wallon

b) Site web du réseau

www.archipelbw.be (en construction)

c) Coordination du réseau

- Jusqu'au 31/01/2017 Florence CAMBIER : 0486/26 24 81
- Marie-Madeleine HENDRICKX : 0473/20 79 86
- A partir du 1/07/2017 Barbara TRUYERS : 0474/29 92 16

13, Place Henri Berger

1300 WAVRE

Reseau.enfantsados.bw@gmail.com

d) Volume horaire

- **Florence Cambier** : 21h/semaine (du 0/01/2016 au 31/08/2016) ; 24h/semaine (du 01/09/2016 au 31/12/2016)
- **Marie-Madeleine Hendrickx** : 21h/semaine (du 0/01/2016 au 31/08/2016) ; 24h/semaine (du 01/09/2016 au 31/12/2016) ; 30h/semaine (du 01/01/2017 au 30/06/2017) ; 21h/semaine (depuis le 01/07/2017)
- **Barbara Truyers** : 9,5h/semaine (du 01/07/2017 au 30/09/2017) ; 19h/semaine (du 1/10/2017 au 28/02/2018) ; 25h/semaine (jusqu'au 31/12/2018)

e) Date d'entrée en fonction pour la fonction de coordination

- **Florence Cambier** : 22/09/2015
- **Marie-Madeleine Hendrickx** : 22/09/2015
- **Barbara Truyers** : 01/07/2017

2. Développement et stratégie du réseau

1.1. Développement du réseau

1.1.1. La coordination de réseau

a) Désignation de la coordination

En juin 2015, à l'initiative de la Plate-forme de santé mentale, des invitations ont été lancées de manière trans-sectorielle pour constituer un groupe porteur destiné à élaborer le projet d'un réseau enfants/adolescents en Brabant wallon.

En septembre 2015, ce groupe porteur comprenait les membres suivants :

Hôpitaux	La Petite Maison ACIS Clinique St Pierre Le Domaine CNH Lennox	Alain Sansterre Michèle Laurent (Marianne Michel) Sylvie Vanholsbeek & Sophie Maes Sybille Andries
Initiatives d'Habitations Protégées	Le Domaine	Laurence Wyart
Service Intégré Soins à domicile	ECCOSSAD	Hélène Roger
Handicap	AWIPH La Maison familiale	Michel Vandercam Eric Manneback (V.Dohet)
Enfance	ONE	Maury Libouton & Isabelle Goffin
Promotion santé	CLPS-Bw	Maryline Nicolet & Stéphanie Lizin
Aide à la Jeunesse	AAJ - SPJ Amarrage	Marc Antoine Rion & Allal Mesbahi Thierry Verdeyen

Un comité de recrutement intersectoriel a été constitué pour auditionner et sélectionner les candidats coordinateurs. Ce Comité était composé de :

Alain Sansterre et Dominique Theys (santé mentale), Maury Libouton (ONE) et Marc-Antoine Rion (AAJ).

Il s'est réuni à deux reprises en juillet 2015. Au terme de cette sélection, les trois candidates retenues ont été entendues une dernière fois le 2 septembre 2015 par ce Comité, en présence du coordinateur fédéral Bernard Jacob et de Francis Turine, attaché santé mentale au Cabinet du Ministre wallon de la santé.

Les deux coordinatrices sélectionnées sont entrées en fonction le 22 septembre 2015.

Suite au départ de Florence Cambier le 31 janvier 2017, une nouvelle procédure de sélection a été lancée en avril pour recruter un nouveau coordinateur. Un premier entretien a été organisé par un comité de sélection intersectoriel. Les candidats retenus lors de cette première sélection ont été auditionnés une deuxième fois en présence du coordinateur fédéral Bernard Jacob et de Sophie Vilain XIII, représentante de la direction de la santé mentale à l'AVIQ. La candidate retenue, Barbara Truyers, a pris ses fonctions le 1^{er} juillet 2017.

b) Collaboration avec d'autres fonctions de coordination.

La coordination de réseau a d'emblée décidé de promouvoir la **collaboration intersectorielle**. Cette collaboration a été développée de manière pyramidale à partir

d'acteurs-clés des différents secteurs : directeur et conseiller de l'AAJ, directeur du Bureau Régional de l'AVIQ, directrice subrégionale de l'ONE, directrice du SISD, représentant national de FEDASIL...Le Centre local de promotion de la santé (**CLPS**) a été très présent pour proposer des outils de management participatif afin de développer un processus de co-construction. Le réseau Archipel participe également depuis sa création aux **réunions inter-réseaux** qui existent en Brabant wallon afin de croiser les actualités des différents secteurs dans le but de diffuser les actions le plus largement possible et de dégager, le cas échéant, des synergies de travail. Ces réunions regroupent le SISD (ECCOSSAD), le CLPS, ASARBW (réseau assuétudes BW), le bureau régional de l'AVIQ, Respect senior, Pallium (PF de soins palliatifs), le projet 107 et archipel.

La coordination participe également à la **Commission maltraitance du Brabant wallon** avec le SAJ, le SPJ, les juges de la jeunesse, le Parquet, l'ONE, la Police, les PMS/PSE...

Depuis juin 2017, un **projet 107** a vu le jour en Brabant wallon. Plusieurs rencontres avec le coordinateur du Projet 107 ont eu lieu pour réfléchir à la mise en place de collaborations.

c) Freins et facilitateurs de la fonction de coordination

Depuis 2015, la fonction de coordination a dû faire face à de très nombreux challenges.

Facilitants :

Certains facteurs ont permis de faire avancer le processus, notamment :

- **La taille de la Province.** Le Brabant wallon est une province à taille humaine. Le nombre d'institutions est raisonnable et la plupart des acteurs au sein des différents pôles se connaissent et ont l'habitude de travailler ensemble.
- **Pas d'acteurs dominants.** En Brabant wallon, il n'y a pas de très grosse structure incontournable dans le paysage institutionnel. Les institutions sont de taille moyenne, ce qui permet un rapport de force plus serein
- **Atmosphère entre les partenaires** : l'ouverture et le respect mutuel sont présents.
- **Attitude vis-à-vis de la collaboration intersectorielle.** Les partenaires sont désireux de dépasser les frontières de leur secteur pour un objectif commun : répondre au mieux aux besoins des enfants/jeunes et de leurs familles
- **Expertise dans le domaine des réseaux.** La culture de réseau est présente de longue date en Brabant wallon. Plusieurs expertises existent : le SSM de Wavre a développé un travail conséquent au départ des Cliniques de la concertation (avec Jean-Marie Lemaire), l'Entre-temps a fait des tables-rondes de concertation le cœur de sa pratique et a développé un modèle innovant de collaboration intersectorielle...

Freins

Rapidement cependant, certaines difficultés ont ralenti le travail commun. Notons entre autres :

- **L'absence de référentiel commun** : la connaissance entre les acteurs reste superficielle et même si la bonne volonté est très présente, il est difficile de communiquer entre secteurs avec des concepts et un vocabulaire qui ne sont pas communs. Les réalités de travail des uns et des autres sont difficiles à appréhender et le travail d'interconnaissance nécessite beaucoup de temps et de confiance réciproque
- **La géographie « en banane » du Brabant wallon** divise la province en trois « sous-régions » qui vivent des réalités de travail bien différentes. Le centre et l'ouest regroupent la très grosse majorité des institutions. A l'Est, on a affaire principalement à un milieu rural dans ce que certains appelle un « désert institutionnel ». L'Ouest connaît à la fois des zones très urbanisées en banlieue bruxelloise mais aussi des zones qui doivent faire face à la post-industrialisation avec d'importantes poches de pauvreté. Le centre est une région culturellement riche et bien développée mais où la pauvreté est également présente et souvent très difficile à vivre dans un contexte aisé.
- Le modèle novateur et très prometteur de la nouvelle politique a été desservi dans sa mise en œuvre concrète par **le cadre flou, pas suffisamment défini** d'un point de vue juridique et financier notamment. Cet aspect a très fort parasité la mise en place du processus de réseau en mettant en avant dans les discussions les questions organisationnelles, administratives et financières. Les structures de petites tailles (la majorité en Brabant wallon) qui étaient souvent les plus motivées à dépasser leur cadre de travail et à mettre en place un travail intersectoriel n'ont pas pu s'engager -faute de sécurité financière suffisante- dans les processus d'engagement du personnel. Le fait que le financement du réseau passe par l'hôpital a également accentué sur le terrain l'impression de mainmise des structures hospitalières de santé mentale sur le projet.
- Un autre frein important a été l'absence de soutien clair des autorités régionales (AVIQ, AAJ, ONE...) au début du projet. Avant l'arrivée de la circulaire, les partenaires de ces différents secteurs nous faisaient part de **discours contrastés de la part de leurs administrations** centrales par rapport à leur investissement concret au sein du réseau. Ces différentes rumeurs n'ont pas aidé à sécuriser la confiance des partenaires potentiels. Des petites structures (notamment des SSM) nous font part de leur difficulté à passer du temps dans les réunions du réseau, ce qui représente un manque à gagner financier important.
- Le Brabant wallon dispose de beaucoup de lits K mais plus de 40% de ces lits sont dédiés à des problématiques neurologiques (non pédopsychiatriques). De plus, le reste de ces lits draine une population provenant de toute la communauté française

- Le **timing imposé** pour rendre les templates a nécessité des réunions très fréquentes et donc un investissement très important des partenaires. Certains partenaires n'avaient pas la capacité matérielle de participer à ces réunions et se sont senti « hors-jeu »
- Enfin, le développement du réseau a été fortement freiné par le nombre de **tâches administratives** que la coordination a dû assumer. Le fait de ne pas pouvoir bénéficier d'aide pour le secrétariat et les tâches logistiques et administratives qui entravaient le développement du réseau a rajouté un lourd poids sur les épaules de la coordination et l'a parfois empêchée de consacrer tout son dynamisme à ses attributions premières. Il y a une ambiguïté entre la définition de fonction des coordinateurs et les tâches réelles qui sont actuellement réalisées sur le terrain pour assurer la mise en place du réseau.
- Il faut noter également que le départ de Florence Cambier a engendré en 2017 une réorganisation qui a freiné l'ensemble du processus.

d) Rôle de la coordination de réseau dans :

- Le développement du réseau

La coordination joue un rôle de **facilitateur** dans le développement du réseau. Elle donne une information claire et constante sur les principes de la Nouvelle politique et veille à stimuler le processus de travail en réseau. Elle est à l'écoute des partenaires des différents secteurs et promeut l'intersectorialité au sein du réseau par l'accueil de tous les partenaires et la mise en place d'une structure de gouvernance horizontale et participative. La coordination est une figure de référence qui **veille** à ce que la logistique du réseau soit assurée (invitations, ordre du jour, PV de réunions), qui **encourage** et suit la mise en place des outils nécessaires à la réalisation des programmes, qui **stimule** la réflexion intersectorielle et le déploiement d'idées au sein du réseau. Elle veille à ce que le cadre choisi par les partenaires et les structures de gouvernance prévues dans la Convention de réseau soient en accord avec les principes de la Nouvelle politique et permettent l'émergence d'une culture de travail intersectoriel au bénéfice des enfants/jeunes et de leurs familles. La coordination veille donc à toujours remettre au centre des préoccupations du réseau les besoins des enfants, adolescents du Brabant wallon et de leurs familles. Elle cherche à favoriser leur participation en encourageant les initiatives existantes dans les différents secteurs, en encourageant un climat d'accueil et en stimulant la réflexion des partenaires.

La coordination va au- devant des partenaires potentiels qui ne sont pas encore associés au processus de réseau pour les informer et encourager leur participation active. Elle valorise toute initiative qui favorise la culture de réseau. En équipe, avec les pédopsychiatres de réseau et les agents de liaison, elle propose aux partenaires du réseau une stratégie pour mettre au travail la collaboration intersectorielle

- La désignation des psychiatres de réseau

Les coordinatrices ont participé au processus de désignation des pédopsychiatres de réseau. Elles ont rédigé l'appel à candidature qui a été adressé au Comité de réseau provisoire et au coordinateur fédéral pour validation. Le comité de réseau a nommé un jury intersectoriel composé de représentants de l'Aide à la Jeunesse (Marc Antoine Rion, Thierry Verdeyen), de l'AVIQ (Dr Cattier, Michel Vandercam), de la santé mentale (Sylvie van Holsbeek, Dr Benoît Gillain). Le Dr Muriel Meynckens qui avait participé aux réunions organisées par le SPF en vue de l'élaboration de la fonction de pédopsychiatre et les coordinatrices ont également fait partie du comité de sélection. Quatre candidats se sont présentés et ont été reçus par l'ensemble du jury. Les interviews ont toutes suivi un canevas de questions prédéfini et discuté au préalable afin de permettre d'évaluer les qualités attendues sur une base comparable. Les deux candidates retenues ont été choisies à l'unanimité moins une voix.

- L'élaboration des programmes
 - **Programme Soins de crise**

A la suite de l'entrée en fonction des 2 coordinatrices le 22 septembre, 5 réunions autour des Programmes "Soins de crise" et "Soins de longue durée" ont rapidement été programmées en octobre et novembre 2015. Ces réunions de travail ont permis de réunir de nombreux partenaires des différents secteurs et d'assurer une **mobilisation et une représentation importante** et équilibrée de services de secteurs différents (santé mentale, santé, aide à la jeunesse, secteur du handicap, aide à la petite enfance, Parquet...). Pour poser le cadre, une large **information** a été donnée par les coordinatrices sur la nouvelle politique en santé mentale pour enfants et adolescents, sur le projet spécifique au Brabant wallon élaboré par le groupe porteur et approuvé par les autorités fédérales et enfin sur les consignes relatives aux programmes soins de crise et de longue durée qui ont ensuite été travaillés simultanément durant l'ensemble des réunions.

Le travail de réseau étant central, **l'interconnaissance** des acteurs a été d'emblée privilégiée. Les services ont ainsi été invités à se présenter à tour de rôle sur base d'un canevas envoyé à l'avance par les coordinatrices. Ces données recueillies ont permis d'établir la base du cadastre, de **l'inventaire de l'offre** existante, de cibler les **besoins** des enfants, adolescents et de leurs familles ainsi que les attentes des professionnels en ce qui concerne la crise au sens large. Les expertises ainsi que les offres spécifiques de certains services au sein de leur catégorie ont été mises en évidence.

La **mission, la vision et les valeurs** du Programme soins de crise ont été ensuite débattues au sein du groupe.

Enfin, un travail sur les **équipes mobiles de crise et assertive** "idéales" a ensuite été réalisé en sous-groupes à partir d'un questionnaire reprenant les différents items opérationnels à travailler en réseau, items élaborés sur base du template à compléter.

Les dernières réunions ont consisté en une relecture active des synthèses proposées par les coordinatrices afin d'obtenir un document consensuel et complet.

Suite à l'approbation des templates par la Task force, la procédure de recrutement des pédopsychiatres et des travailleurs des équipes mobiles a été lancée.

- **Programme de soins de longue durée**

En Brabant wallon, il a été décidé de travailler dans le même lieu le programme spécifique "Soins de crise" et le programme "Soins assertifs de longue durée" au départ d'une réflexion sur le concept de "crise" dans son sens le plus large. Les deux programmes ont été conçus comme répondant à des attentes complémentaires de la plupart des acteurs impliqués.

- **Programme de liaison**

Les coordinatrices ont décidé de planifier le travail sur la consultation et la liaison intersectorielle au sein de **5 réunions centrées sur les problématiques spécifiques pointées par le template**. L'idée était de réunir des sous-groupes congruents par rapport à ces problématiques et de permettre un confort des membres du réseau en les laissant cibler leurs intérêts pour que leur participation ne soit pas vécue comme une charge. Il s'agissait également de faire directement un travail de liaison en valorisant les expertises et les projets spécifiques présents dans le réseau et en mettant l'accent sur les échanges de bonnes pratiques. Derrière les questions manifestes, un travail de fond a pu être élaboré : travail de création, d'appropriation et de consolidation du réseau grâce à l'implication de certains partenaires pertinents dans la préparation pour dresser la carte des acteurs émanant des différents secteurs, mobiliser les services impliqués, élaborer le processus et pour ensuite co-animer ces réunions. Par ailleurs, les invitations ont été adressées de manière pyramidale avec l'aide d'acteurs-clé de chaque secteur : Directeur et Conseiller de l'Aide à la jeunesse, le Parquet du BW pour le secteur justice et police, CLPS pour la santé à l'école (PMS/PSE) et les AMO, SISD (ECCOSSAD) pour les acteurs de la santé, BR de l'AVIQ pour le secteur du handicap, ONE pour la petite enfance, ASARBW pour les assuétudes, SSM pour la santé mentale...

Chaque réunion a consisté en un travail sur la problématique au départ d'une réflexion pour faire émerger les besoins des jeunes, suivi d'un moment d'interconnaissance des différents acteurs et de mise en lumière de la complémentarité de chacun dans la prise en charge des jeunes concernés. Les informations ainsi obtenues ont par ailleurs permis aux coordinatrices d'élaborer les trajets de soins spécifiques des jeunes concernés par ces problématiques à des fins notamment d'inventaire.

Des expertises et des projets spécifiques ont pu être mis en valeur pour nourrir la réflexion du groupe et permettre un enrichissement collectif. Après avoir précisé les besoins et les points de difficultés, les manques ainsi que les hiatus dans la liaison, des moments de brainstorming collectif

autour des pistes et attentes concrètes en termes de liaison ont été mis en œuvre dans le deuxième temps de ces réunions. Les valeurs du groupe ont soit été déduites des contenus amenés par les participants, soit fait l'objet de moments spécifiques de réflexion.

- **Double diagnostic**

Au sein du réseau Archipel BW, la thématique du double diagnostic a été travaillée lors de quatre réunions du Programme de Soins de crise aigüe et assertive (nommé par la suite « Soins au plus près de la communauté»). Le groupe a considéré en effet que cette question devait être réfléchi dans le cadre d'une réflexion globale autour des prises en charge sans exclusion et que le travail de réseau, de concertation et de mise en complémentarité qu'il s'agit de mettre en place autour des enfants et adolescents souffrant de double diagnostic devait se réfléchir au sein de l'ensemble de la prise en charge assertive.

Après avoir questionné l'offre présente, un premier constat des problématiques et des manques existant dans la prises en charge des enfants souffrant de double diagnostic en Brabant wallon a été réalisé. Certaines questions spécifiques – la nécessité de soutenir les équipes éducatives après une hospitalisation, la difficulté de faire un travail thérapeutique avec des enfants en difficulté d'élaboration verbale... - ont ensuite été approfondies par le groupe. Une ébauche de trajet de soin a enfin pu être élaborée. Une dernière réunion a permis la relecture commune du template complété préparé par les coordinatrices à partir des constats et attentes mis à jour lors des trois premières réunions.

1.1.2. Le psychiatre de réseau (partie rédigée par les pédopsychiatres)

Les Dr A. Depauw et M. Laurent ont été sélectionnées par un comité représentatif des différents partenaires (voir supra) et prestent respectivement 20 et 18 heures hebdomadaires au sein des équipes mobiles ou pour des activités du réseau Archipel BW. Elles prestent l'autre partie de leur temps de travail dans des institutions hospitalières partenaires et étaient déjà insérées dans le tissu professionnel du Brabant Wallon.

a) Rôle des psychiatres de réseau dans :

- La construction du réseau

Le Dr Laurent a participé aux premières réunions de constitution du réseau BW à partir de la plateforme SM et réfléchi avec les différents partenaires l'organisation du programme de crise en particulier vu son expérience antérieure dans le domaine de la crise et du travail à domicile. Le Dr Depauw a pu mettre son expérience du travail à domicile avec des jeunes présentant un double diagnostic dans l'organisation de l'équipe mobile assertive.

Les pédopsychiatres ont participé ; comme invitées, à de nombreuses réunions du comité de réseau, du groupe stratégique et ont, avec les coordinatrices, activement soutenu la mise en place des

programmes successifs (liaison, début de réflexion sur la prévention). Elles ont accompagné les coordinatrices dans la présentation de la nouvelle politique et plus spécifiquement des équipes mobiles auprès de différents partenaires : écoles, médecins généralistes, pédiatres, services hospitaliers, etc....

Concernant la mise en place des lits de crise, les pédopsychiatres ont rencontrés les partenaires hospitaliers concernés et réfléchi avec eux aux nécessités de la province en terme d'accueil de crise.

- L'élaboration de chaque programme

Le programme « soins au plus près de la communauté » et la mise en place des équipes mobiles du réseau

Cette première année de fonctionnement des équipes mobiles a été marquée pour les pédopsychiatres responsables par l'importance de fédérer les équipes composées par des intervenants de différents secteurs, d'en promouvoir l'activité et l'articulation avec les autres partenaires.

Notons que ces équipes ont remplacé, en Brabant Wallon, d'autres équipes d'out-reaching travaillant avec un modèle plus psychothérapeutique à domicile et une équipe centrée sur les problématiques des jeunes filles ayant commis des faits jugés infraction.

Un travail de présentation d'une activité centrée sur la nouvelle politique de soins au plus près de la communauté plus que sur du travail psychothérapeutique a été une première étape au niveau du réseau.

L'accueil et la collaboration des différents partenaires a été très diversifié mais a pu se consolider au travers des différentes réunions des « soins au plus près de la communauté » et surtout à travers un échange de plus en plus fluide avec plusieurs partenaires de différents pôles. En particulier, la collaboration avec le sociétal (PMS, ONE), le social (SAJ, SPJ) et la santé (médecins généralistes, maisons médicales, équipe périnatale) s'est intensifiée et renforcée.

La mise en place du programme de liaison a vu l'arrivée et la collaboration avec d'autres collègues identifiés dans des domaines précis : parents fragilisés psychiquement, petite enfance, assuétudes, jeunes judiciairisés, enfants présentant des TDHA puis généralisation à toutes les problématiques scolaires ou d'apprentissage.

Les pédopsychiatres ont, à travers des réunions régulières avec ces agents et les coordinatrices, pu participer et apporter leur regard clinique dans la mise en place de groupes spécifiques, dans les thématiques abordées dans ces groupes.

b) Freins et facilitateurs de la fonction de psychiatre de réseau au sein du réseau Archipel

Les pédopsychiatres ont bénéficié d'un soutien important de la part de la coordination et de leur institution d'appartenance dans la promotion de cette nouvelle politique. Une entente et une confiance réciproque ainsi qu'une supervision commune ont permis un bon relais au niveau des équipes mobiles comme dans les réunions importantes du réseau.

L'organisation de réunions communes aux deux équipes a permis le partage de valeurs communes puis évolué vers une différenciation progressive du travail dans un respect et une solidarité importante qui s'est transmise à tous les membres des deux équipes.

La multiplicité des fonctions à assumer au sein des équipes (clinique, administrative) et le manque de temps /nécessité de choisir entre présence clinique au sein des équipes et participation aux moments de réflexions/différentes réunions du réseau ont été très énergivores....L'a-priori de certains partenaires par rapport aux équipes mobiles et à une nouvelle politique imposée, parfois vécue comme contrôlante a rendu parfois notre travail très lourd et peu gratifiant...

Notons que les rencontres organisées par le SPF ou initiées par nos soins de façon spontanée entre pédopsychiatres des différentes provinces au niveau national comme communautaire ont été très intéressantes par l'échange d'expériences et le soutien que nos collègues nous ont apporté.

c) Collaboration entre les psychiatres de réseau et la coordination de réseau

Dans toutes les premières phases de la mise en place comme actuellement, la coordination a apporté soutien, confiance et collaboré au bon fonctionnement et à la promotion des équipes mobiles et de la fonction pédopsychiatrique de réseau.

Elle a été présente pour toutes les questions pratiques, administratives et a informé les pédopsychiatres de façon transparente et tempestive à chaque nouvelle phase de la construction du réseau.

d) Collaboration entre les psychiatres de réseau et le pédopsychiatre disposant d'une expérience et d'une expertise spécifique dans le domaine des jeunes présentant une problématique psychiatrique qui relèvent d'une mesure judiciaire

Nous n'avons pas de collègue exerçant cette fonction dans le réseau Archipel BW

e) Collaboration entre les différents acteurs remplissant la fonction de psychiatre de réseau

Comme mentionné ci-dessus dans les facteurs facilitants, la confiance, l'estime et le respect réciproque entre les deux pédopsychiatres sont présents depuis le début du projet et ont certainement aidé chacune de nous dans le travail quotidien comme dans les relations avec le réseau.

f) Collaboration entre la fonction de psychiatre de réseau et les autres pédopsychiatres au sein d'Archipel

La disponibilité et la flexibilité du travail mobile a permis de construire de nouvelles collaborations et d'en renforcer d'autres. Une attention particulière à être un « complément » et non un « remplaçant » ou un « concurrent » de nos collègues nous habite chacune et demande au quotidien un gros travail de communication et de transparence avec nos partenaires.

1.1.3. Développement général

a) Organigramme du réseau Archipel

L'organigramme du réseau Archipel se trouve en Annexe1.

1. Une **Assemblée de réseau** regroupant tous les partenaires du réseau est organisée annuellement. Elle a un rôle d'information et d'élaboration participative.
2. **Le Comité de réseau** se compose de manière paritaire de représentants dûment mandatés de chaque pôle avec le principe de représentation suivant : un tiers pour le pôle santé mentale, un tiers pour le pôle action sociale/santé, un tiers pour le pôle société. Il rassemble **10 personnes présentes ou représentées de chaque pôle** ainsi que **2 représentants de chaque programme** implémenté au sein du réseau ainsi qu'**un représentant des usagers et un représentant des familles**. Les membres du comité réseau sont mandatés par leur pôle et sont élus pour 3 ans. Ils sont rééligibles au sein de leur pôle si leur candidature est proposée à nouveau. Chaque pôle organise lui-même la désignation de ses représentants. Deux représentants de programme sont élus au sein de chaque programme et sont mandatés pour 3 ans au sein du Comité de réseau. Le Comité de réseau se réunit (environ) 4 fois par an.
Missions : Le comité de réseau traduit en objectifs stratégiques les missions définies au sein du Guide « Vers une nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents ».
Pour ce faire, il définit et priorise des objectifs stratégiques pour le réseau. Il recueille les attentes et questions des partenaires, les analyse et fait des propositions de travail en tenant compte des finalités communes du réseau et des besoins des bénéficiaires. Il veille à mettre en lumière les différents paradigmes qui traversent le réseau et à les articuler pour permettre l'émergence de complémentarités et d'articulations. Il met en place le Plan d'action global reprenant les priorités du réseau pour l'année en cours en tenant compte des attentes du politique. Il approuve les budgets et les comptes. Il recueille les idées émergeant des programmes d'activité et veille à les intégrer au plan d'action global.
3. Un **Groupe opérationnel** composé de 4 membres désignés au sein de chacun des 3 pôles (santé mentale, action sociale/santé, société) est mis en place après avoir été approuvé par le Comité de réseau. Le groupe opérationnel comprendra dès que possible un représentant des jeunes et de l'entourage. Les membres du Groupe opérationnel sont élus pour 3 ans. Leur mandat est renouvelable une fois (Ils sont rééligibles si leur candidature est proposée à nouveau par leur pôle). Il se réunit une fois par mois (sauf en juillet et août à l'exception des points urgents) .



archipel

Le **groupe opérationnel** met en place les moyens nécessaires pour atteindre les objectifs stratégiques définis par le Comité de réseau.

Pour ce faire, il fixe des objectifs opérationnels, les moyens de les atteindre et la manière d'évaluer les résultats en veillant à l'intégrité et la transparence des processus.

Il structure le bon fonctionnement des programmes validés par le SPF en veillant notamment à l'engagement du personnel.

Il assure le fonctionnement concret du réseau avec l'aide de la cellule financière et du groupe financier et RH. Ce qui lui permet d'avoir une vue d'ensemble de la comptabilité, des finances, du budget, du personnel avant la mise en place concrète, opérationnelle des objectifs stratégiques.

Il supervise la communication relative au réseau.

4. **Le Groupe financier et RH** composé de tous les employeurs du réseau et du trésorier, se réunit au minimum trois fois par an et plus si nécessaire. S'il n'est pas repris dans les employeurs, un représentant de l'hôpital signataire de la Convention B4 est de plein droit membre du groupe financier et RH.

Ce groupe élabore et suit trimestriellement le budget avec l'aide de la cellule financière pour donner les balises financières au Groupe opérationnel. Aucune décision financière et RH ne peut être prise en dehors de ce cadre budgétaire sans son accord.

Toute modification des modalités financières reprises dans la convention de réseau ainsi que toute modification des dispositions de la convention de réseau qui pourrait indirectement entraîner un changement relatif aux modalités financières devra être accepté par le Groupe financier et RH. Le groupe règle également les questions pratiques liées à la gestion du personnel.

Un ROI approuvé par ce Groupe financier et RH régit le flux d'information entre les partenaires du réseau en ce qui concerne le suivi, l'évaluation, les sanctions, le temps de travail et la gestion du personnel mis à disposition du réseau.

5. En fonction de l'avancement du réseau, des **réunions de programme** sont organisées pour chaque programme d'activité mis en place au sein du réseau. Les réunions de programme sont organisées régulièrement et regroupent les travailleurs de terrains concernés dans les différents secteurs et pôles. Au sein des réunions de programme, des **représentants de programme** sont désignés pour faire rapport du travail des programmes au Comité de réseau et veiller à l'implémentation concrète et au suivi des actions à mener.

Les réunions de programme sont organisées régulièrement et regroupent les travailleurs de terrains concernés dans les différents secteurs et pôles. Ces réunions permettent une co-construction de l'implémentation de la politique de soin et une évaluation continue des structures qui se mettent en place.

6. Des **groupes thématiques transversaux** peuvent être mis sur pied pour assister et soutenir le Comité de réseau sur des questions nécessitant une réflexion approfondie. Ces groupes sont constitués par le Comité de réseau et lui font rapport de leur activité suivant un calendrier préétabli. Ils sont composés de partenaires du réseau et éventuellement d'experts extérieurs pertinents
7. Une **cellule financière** assiste le groupe opérationnel et le Groupe financier et RH dans leur tâche de gestion financière. Un trésorier faisant partie du réseau est désigné par le Groupe opérationnel pour 3 ans (renouvelable s'il se représente). Il assure- avec l'aide de la coordination, de la comptable du réseau et du responsable financier de l'hôpital- receveur de la convention B4 - la bonne gestion financière du réseau.
Cette cellule financière veille à l'établissement d'un budget prévisionnel à soumettre au Groupe financier et RH. Elle présente trimestriellement au Groupe opérationnel la situation financière du réseau. Elle approuve les dépenses (sous la responsabilité du Groupe opérationnel) en accord avec les objectifs à court, moyen et long terme définis par le Comité de réseau et budgétés par le Groupe financier et RH. Elle fournit un état des lieux des comptes et des budgets au Groupe opérationnel en vue des décisions et/ou orientations que celui-ci doit prendre. Elle établit le rapport financier annuel à soumettre au Groupe financier et RH et au Comité de réseau.

b) Gestion du réseau (gouvernance)

Au sein du réseau Archipel, la gouvernance se veut horizontale, transparente et participative.

Horizontale : Le Comité de réseau et le Groupe opérationnel se composent de manière paritaire de représentants dûment mandatés de chaque pôle avec le principe de représentation suivant : un tiers pour le pôle santé mentale, un tiers pour le pôle action sociale/santé, un tiers pour le pôle société. Chaque pôle organise lui-même la désignation de ses représentants. Des représentants des enfants/jeunes et des familles seront également présents dans ces deux organes.

Pour permettre un équilibre entre les fonctions décisionnelles et les acteurs de terrain, deux représentants de chaque programme participent au Comité de réseau. Tous les participants élus ou mandatés ont le même droit de vote.

Transparente : Les budgets et comptes élaborés par le Groupe financier et RH sont approuvés par le Comité de réseau. L'accent est mis en 2018 sur la communication des informations au sein du réseau. Un site internet et une newsletter devrait être rapidement disponibles.

Participative : tous les partenaires du réseau (ayant signé ou non la Convention de réseau) sont invités annuellement à l'Assemblée de réseau. Cette assemblée a un rôle d'information et

d'élaboration participative. Au sein des différents organes du réseau, la responsabilité et la gestion commune des participants (ordre du jour, animation, PV...) est encouragée. Les différents groupes de travail sont ouverts à tous.

c) Procédures décisionnelles

Au sein du **Comité de réseau** et du **Groupe opérationnel**, le **consensus** est recherché. Si un vote est nécessaire, il se fait **à la majorité des deux tiers** (avec une majorité simple dans chacun des pôles). Pour une modification des modalités financières reprises dans la convention de réseau ainsi que pour toute modification de dispositions de la convention de réseau qui pourrait indirectement entraîner un changement relatif aux modalités financières, l'accord préalable du Groupe financier et RH est nécessaire.

Au sein du **Groupe financier et RH**, le **consensus** est recherché. Si un vote est nécessaire, il se fait **à la majorité des deux tiers**. Toute modification de la convention de réseau qui pourrait entraîner un changement concernant les modalités financières, ayant une incidence directe ou indirecte pour l'hôpital contractant au regard des engagements pris dans le cadre de la convention de financement B4, devra être acceptée par le Groupe financier et RH à la majorité des deux tiers, en ce compris l'hôpital contractant.

d) Comment les partenaires de première ligne et les partenaires de la société ont été informés de la nouvelle politique de santé mentale ? Quelle est leur implication ? Ces partenaires ont-ils été informés et impliqués lors de la construction du réseau ? De quelle manière ?

Dès la création du réseau, l'implication des partenaires de première ligne et des partenaires de la société a été une priorité.

Plusieurs créneaux ont été utilisés pour mobiliser les partenaires du secteur société :

- **Visites et présentations des coordinatrices** : dans le secteur de l'enseignement : présentation du projet de réseau à le Plate-forme enseignement/AAJ, présentation au Collège des directeurs du réseau libre pour le BW centre et ouest, présentation à l'école Escale, à l'école des Moineaux (Type 3), au Lycée Martin V..., Présentation/formation dans plusieurs hautes écoles (HelHa assistants sociaux, Ecole Lucia de Brouckère Jodoigne éducateurs) ...
Dans le secteur de la médecine générale : contact avec le SISD ECCOSSAD, présentation à un GLEM de pédiatres, à la Maison médicale d'Ottignies, nombreux contacts avec le Président de la SSMG en Brabant wallon (Dr Momin)...
Dans le secteur judiciaire : présentation et concertation avec le Parquet et les juges de la jeunesse, participation active à la Commission maltraitance

Dans le secteur de l'accueil/asile : présentation dans les différents centre Fedasil (Rixensart, Jodoigne), au centre Caritas de Louvrages, à Logic'Ados (MENA)

Dans le secteur public : rencontre du CPAS de Chaumont-Gistoux et de Braine le Château-Ittre, invitation à l'Inter CPAS, présentation à la coordination sociale de Rixensart, nombreuses rencontres et concertations avec les autorités provinciales...

- **Présentation des équipes mobiles** : au sein des écoles, contact avec les médecins généralistes, les centres de coordination de soins à domicile, Un Pass dans l'impasse...
- **Rencontres et invitations aux activités organisées par les agents de liaison.** Pour le projet TDA/H : nombreux contacts avec les PMS/PSE, les associations de parents d'élèves (UFAPEC notamment) ...Via la liaison « Petite enfance » : participation des maternités des hôpitaux généraux, des maisons maternelles, des plannings familiaux,... Via l'agent de liaison « Jeunes judiciairisés » : participation des juges de la jeunesse, du Parquet, des maisons de justice...
- **Mobilisation d'acteurs par les membres du Groupe stratégique** : les membres du groupe stratégique ont activé leurs propres contacts pour les sensibiliser au travail de réseau

Certains de ces acteurs du pôle « société » ont été impliqués dans la création du réseau : le CPAS de Chaumont Gistoux est un des employeurs du réseau (mise à disposition d'une assistante sociale), le Collège des directeurs du brabant wallon centre et Ouest a délégué un directeur d'école pour le représenter au groupe stratégique (Michel Cosyn, directeur de l'école Jean Bosco) et un autre directeur pour le représenter au Comité de réseau (Bérengère Dromelet directrice du Lycée Martin V), les centres Fedasil et un représentant du Parquet ont participé très régulièrement au Comité de réseau provisoire

1.1.4. Programmes

- a) [Pour chaque programme \(soins de crise, soins de longue durée, consultation et liaison intersectorielle\), veuillez détailler l'état d'avancement relatif à l'opérationnalisation de vos templates validés par les autorités.](#)

Programme 2 : Soins de crise et soins de longue durée

1. Dès le départ en 2015, ce sont des programmes communs qui ont été travaillé ensemble à la demande des personnes présentes dans un souci d'efficacité et dans le souci de rencontrer au mieux la complexité des situations. Dès la mise en place des équipes mobiles le travail commencé par la rédaction des programmes s'est poursuivi par un groupe de travail qui s'est réuni mensuellement en 2016-2017. Le but de ce **groupe de travail intitulé « Soins au plus près de la communauté »** est de continuer le travail de réflexion global autour des situations de crise et des situations complexes prises en charge

par les équipes mobiles, de permettre une évaluation continue du travail de ces équipes et de favoriser le partage d'expérience et la valorisation des expertises afin d'affiner les articulations entre les différents secteurs. Le groupe désire également mener une réflexion permanente sur l'activation des acteurs-clés pour la réinsertion et notamment l'école. C'est également un lieu d'approfondissement et d'appropriation progressive des concepts de la nouvelle politique (wraparound, empowerment, pair-aidance, case management...). Des thèmes comme les lits de crise, l'éthique, la communication, le secret professionnel dans le réseau ont été abordés.

2. Les équipes mobiles

Suite à l'approbation par la Task force des templates crise et longue durée pour le Brabant wallon, 2 équipes mobiles ont été constituées et ont entamé leur travail le 1^{er} janvier 2016. Le Comité de réseau provisoire a jugé opportun de reprendre au sein de ces équipes le personnel des 2 équipes d'outreaching présentes jusque décembre 2015 en Brabant wallon : Rhizome (La petite Maison) et l'Équipe mobile pédopsychiatrique du Centre hospitalier le Domaine. Le 1^{er} février, les deux pédopsychiatres engagés par le réseau ont pris la direction des 2 équipes. Plusieurs temps ont été organisés pour sélectionner l'ensemble du personnel des équipes mobiles : en février 2016 pour les postes d'éducateurs et d'assistants sociaux ; en mars 2016 pour les psychologues, infirmiers et psychomotriciens. Des temps de sélection organisés en février 2017 et octobre 2017 ont permis de finaliser la sélection. Tous les candidats ont été reçus par un Comité de sélection intersectoriel suivant un canevas de questions pré-établi. Le comité de sélection a désiré rencontrer au mieux la volonté du réseau de constituer des équipes pluridisciplinaires, intersectorielles et disposant des compétences nécessaires pour prendre en charge les différentes tranches d'âges et les problématiques multiples.

Fin 2017, la composition des 2 équipes était la suivante :

Pour l'équipe mobile de crise WEI-JI (crise), 6 ETP/6 en fonction

Pédopsychiatre : Michèle Laurent (0,48 ETP)

Psychologues : Brigitte Cornet, Céline Liétaert, Cyrielle Brancart, Cécile Demanet

Éducateurs : Vincent Tenret, Barbara Ducobu

Infirmiers : Pascale Grès (1ETP), Virginie Copette

Assistant social : Bernard Kottong (1ETP)

Agent d'accueil et de liaison : Coralie Geets

Pour l'équipe mobile assertive EMOSA, 5,9 ETP/6 en fonction

Pédopsychiatre : Aviva Depauw (0,52 ETP)

Psychologues : Virginie Vanhoof, Marc L'hoir, Alexandra Richir, Cyrielle Brancart, Marie Henry (0,5 ETP)

Educateur : Anne Lievezoons (1 ETP)

Psychomotricien : Éric Isaac

Infirmière : Shérazade Agrabi (0,4 ETP)

Assistants sociaux : Corentine Hilaire (1ETP)

Agent d'accueil et de liaison : Coralie Geets

+ 2 personnes pour remplir au sein d'EMOSA la fonction **d'agent double diagnostic (1 ETP)** :

Infirmière : Catherine Merckaert (0,5 ETP)

Psychologue/orthopédagogue : Marie Blondeel (0,5 ETP)

Malgré les nombreuses difficultés liées à la structure juridique du réseau et à la mise à disposition de personnel, les employeurs des travailleurs des 2 équipes mobiles proviennent des 3 pôles :

- Santé mentale : Centre médical pédiatrique Clairs Vallons, Centre hospitalier Le Domaine, La Petite Maison, Centre hospitalier neurologique William Lennox, SSM de Wavre, ASBL Esquirol
- Social/santé : Équipe Enfants-familles (SOS Enfant), ASBL Amarrage, CJES La Clairière
- Société : CPAS de Chaumont-Gistoux, AMO La Chaloupe

Comme cela a été spécifié dans les templates, **l'éthique de travail de ces équipes** est de favoriser une approche bio-psycho-sociale et non symptomatique de l'enfant/jeune en tenant compte de son environnement et du contexte global. Les interventions se font dans le milieu de vie de l'enfant/jeune et visent à favoriser le maintien et/ou la réinsertion de l'enfant/jeune dans son milieu, le développement des relais avec les familles et l'ensemble du réseau et l'amélioration de la détection des situations de crise.

En termes **d'organisation pratique**, les deux équipes disposent d'un numéro de téléphone unique et fonctionnent sans listes d'attente. Un programme informatique commun (agenda, données patients, statistique) a été mis en place et est en amélioration constante.

L'équipe Wei-Ji intervient du lundi au vendredi de 8h30 à 18h30. Les demandes sont traitées endéans les 48h ouvrables, sur base des infos communiquées par téléphone

Un premier rdv est fixé **avec le demandeur et la famille**. La disponibilité du demandeur rythme le démarrage de l'intervention. L'intervention se fait **en binôme** selon les besoins de la situation.

L'intervention a lieu **au plus proche** du jeune et de sa famille. La durée moyenne des interventions est de 6 semaines.

L'équipe EMOSA intervient du lundi au vendredi de 9h à 17h. La demande est analysée lors de la réunion d'équipe hebdomadaire dans le but de répondre à l'envoyeur maximum dans les 10 jours. La prise en charge débute dans un premier temps par une réunion de réseau avec les envoyeurs et/ou la famille. Cette réunion vise à réaliser **ensemble** un état des lieux des demandes, des besoins, des nécessités, des actions et des possibilités de chacun. Le travail se fait en binôme pour permettre la co-intervention. Les binômes ne sont pas fixes mais sont déterminés en fonction des besoins inhérents à la demande

Les deux équipes disposent de supervisions.

A titre indicatif, les **principales interventions** concernent :

- **Pour l'équipe Wei-Ji :**
 - Crise dans instauration relation mère-enfant sortie de la maternité-accompagnement et évaluation lien-évolution du nouveau-né
 - Crise familiale avec agressivité d'un enfant ou d'un jeune sur lui ou les autres
 - Décrochage scolaire brutal avec symptômes de souffrance psychique (claustration, automutilation, idéation suicidaire...)
 - Dans des familles où la demande des proches ou du jeune est ambivalente ou vulnérable
- **Pour l'équipe EMOSA :**
 - Enfants/ados présentant un décrochage "globale" tant au niveau scolaire, isolement social, isolement familial,
 - Enfants/ados présentant des troubles du comportement externalisés avec des "crises " d'agressivité
 - Parents présentant une pathologie psychiatrique et s'isolant de toute demande d'aide les concernant et concernant leur(s) enfant(s)

Toujours à titre indicatif, **quelques chiffres** :

- Pour 2016 et 2017, **l'équipe mobile de crise Wei-Ji** a reçu 151 demandes (143 prises charges, 8 réorientées, 43 non abouties). Quatre hospitalisations de crise ont dû être organisées pendant la prise en charge. En termes de tranche d'âge, les interventions se répartissent de la manière suivante :
 - 24 situations pour des enfants entre 0 et 2 ans
 - 43 entre 3 et 12 ans
 - 71 entre 13 et 18 ans

- 13 entre 19 et 23 ans
- **L'équipe de soins longue durée EMOSA** a reçu 175 demandes (dont 37 réorientées, 16 non abouties par manque de collaboration et 71 clôturées). Ces demandes concernent majoritairement, des jeunes de 6 à 10 ans et 11 et 16 ans.

La principale difficulté pointée par les équipes mobiles est de trouver des relais au sein du réseau.

3. Les lits de crise

Rappelons que la mise à disposition de lits pour la crise a été complexe en Brabant wallon. En effet, l'offre de lits K en Brabant wallon concernait jusqu'alors uniquement des séjours à moyen ou long terme. Les hôpitaux disposant de lits k ne sont pas équipés pour les situation aigues. Ils fonctionnent avec des unités ouvertes et ne disposent pas de chambre d'isolement ni même de service de garde équipé pour la crise le soir et le weekend. Leur personnel n'est par ailleurs pas formé pour ce genre de situations. Les pédopsychiatres ne sont pas présents le weekend. Plusieurs de ces unités fermaient d'ailleurs complètement le weekend. De plus, le travail thérapeutique qui y est mené repose en partie sur la dynamique de groupe, ce qui implique un travail de pré admission pour veiller à une adéquation des différents profils accueillis. L'accueil des situations de crise au sein de ces hôpitaux demande donc un très gros effort de réorganisation.

En novembre 2017, 3 lits k de crise ont été ouverts par le Centre Hospitalier Le Domaine au sein de l'Unité pour adolescents. A cette même date, 2 lits ont été réservés pour la crise pédopsychiatrique dans le réseau archipel au sein de l'Unité de pédiatrie de la Clinique St Pierre à Ottignies.

Les 4 lits k de crise prévus à La Petite Maison à Chastre n'ont pas encore pu être mis en place faute d'accord entre l'INAMI (qui finance la fonction médicale pour ces lits) et le SPF santé publique.

Le tableau ci-dessous résume les spécifications de ces différents lits.



Lieu	St-Pierre-Ottignies	La petite maison- Chastre	Le Domaine-Braine l'Alleud (lits de sépit)
Nombre de lits	2	4	3
Public-cible	0-12 ans	6-14 ans	13-20 ans
	Lits de crise non psychiatrique: 1) Bilan psycho-médico-social (dans les 8H) 2) intervention/mise à l'abri/soin aigu, rapide et ponctuelle.	Lits de crise psychiatriques intégrés aux unités existantes Temps et espace permettant au jeune et à son environnement de prendre distance avec ce qui fait crise Donner une semaine au réseau pour élaborer et mettre en place une prise en charge à long cours (le réseau reste responsable de la continuité de la prise en charge)	Idem la petite maison
	Hospitalisation parents-enfants	Hospitalisation du jeune (enfants/ados)	Hospitalisation du jeune (ados)

Lieu	St-Pierre- Ottignies	La petite maison	Le Domaine
Contre indication	Toutes les situations non gérables dans un service ouvert et dans lequel l'enfant est en contact avec ses pairs hospitalisés pour des problèmes pédiatriques généraux.	Principe général: pas de critère général de non admission MAIS les équipes doivent continuer à garantir la qualité et la sécurité des soins qu'elles développent actuellement	Idem que la petite maison
Procédure d'admission	7 jours sur 7 1) A la demande d'un pédopsychiatre, d'un professionnel de la santé mentale ou des équipes mobiles d'Archipel. RDV donné dans les 8h. 2) A la demande d'un pédopsychiatre du réseau ou des équipes mobiles. Confirmé par un responsable des hospitalisations 24h.	Consultations d'admission du lundi au vendredi. Entrées du lundi au jeudi pas le weekend parce que pas d'infrastructure de sécurité). Nécessité de a. Une indication posée par un psychiatre b. Une évaluation par le médecin hospitalier responsable des lits de crise à la fois sur cette indication et sur les conditions du service au moment de la demande	Idem que la petite maison

Lieu	St-Pierre-Ottignies	La petite maison	Le Domaine
Ce que ce n'est pas		<ul style="list-style-type: none"> Une prise en charge à visée diagnostique (pas primo diagnostique) Une prise en charge psychothérapeutique « de fond » Une porte d'entrée détournée vers une hospitalisation à long cours Une prise en charge à visée de réorientation 	Idem la petite maison
Contraintes		<p>Pas d'accueil de WE:</p> <ul style="list-style-type: none"> Pas d'infrastructure de sécurité pour le WE Personnel médical à temps partiel Idem pour le personnel hors « 1^{ère} ligne de soins » <p>Autre:</p> <p>Lits conventionnés par l'INAMI: procédure d'admission spécifique 4 lits répartis dans 4 unités de soins, en fonction de l'âge et de la problématique du jeune</p>	Pas d'accueil de WE Idem la petite maison
Durée	7 jours renouvelables	7 jours Au terme de l'hospitalisation: retour dans le lieu de vie d'origine ou réorientation mise en place et organisée par le réseau.	7 jours Idem la petite maison

Lieu		St-Pierre-Ottignies	La petite maison	Le Domaine
Budget total subsidé Par le fédéral	144 118 euros			
60%: Intensification de l'encadrement	86 550,80 euros	/	Proposition: 29 514,74 euros 0,76 ETP	Proposition: 37 236,06 euros 0,57 ETP infirmière pédiatrique ayant de l'expérience en psychiatrie engagée 10,75 ETP + 0,5 ETP infirmière.
40%: financement flexible	57 000 euros	Proposition de St-Pierre (32645€) 24757€ accepté par le groupe opérationnel 0.51 ETP /Educateur/10 ans ancienneté Reste du budget pour du case management neutre	/	/

4. Le case management

En 2017, le profil de cette fonction a été travaillé dans différents lieux : Comité de réseau, groupe opérationnel et réunions « Soins au plus près de la communauté » ainsi que dans des réunions de réflexion organisées par le SPF.

La définition retenue par le réseau archipel est la suivante :

Le case management est une procédure par laquelle le réseau organise une coordination intersectorielle des soins autour des enfants et adolescents présentant une problématique sévère complexe et multifactorielle. Le réseau archipel a prévu de privilégier dans un premier temps les situations de crise afin de mettre en place, à partir des besoins du jeune et de sa famille, un processus collaboratif structuré de remobilisation des intervenants dans des situations d'impasse ou dans des situations où le trajet de soin du jeune est complexifié à cause des difficultés structurelles ou de communication intersectorielle.

En 2018, un appel à candidature a été envoyé au réseau. La clôture des candidatures est prévue le 15 mai 2018.

Programme 4 : Liaison intersectorielle (partie rédigée par les agents de liaison)

Lignes directrices relatives à la fonction de liaison intersectorielle

Le programme de consultation et de liaison intersectorielle est basé sur les besoins des enfants et des adolescents de 0-23 ans. Il vise à faciliter l'échange de l'expertise et des expériences de terrain de tous les professionnels des différents secteurs impliqués, pour offrir des soins intégrés et

continus à tous les enfants et adolescents du Brabant Wallon présentant des problèmes de santé mentale. Les actions menées, au sein du réseau ARCHIPEL doivent favoriser l'échange des expériences de terrain et des « bonnes pratiques », à partir de réunions (formations thématiques et/ou continues, interventions, supervisions, ...), de stages, d'échanges de personnel, au niveau des équipes et/ou du réseau.

Agent de liaison sur la thématique adolescence : Etienne Joiret

Début de l'activité : le 9 mai 2017 - Temps de travail : 13H/semaine (flexible, prioritairement les lundi, mercredi et vendredi) ; contactable de 9h à 17h via portable 0494/38.10.11

Publics cibles actuels (septembre 2017) de l'activité de liaison « adolescents » :

- Les adolescents « judiciarisés » avec une problématique psychiatrique (adolescents faisant l'objet de « soins psychiques obligés »)
- Les jeunes souffrant d'assuétudes
- Les jeunes mineurs étrangers non accompagnés (cf. le plan MENA)

L'activité se décline sur deux axes à savoir celui de l'activité continue et celui de la formalisation d'une offre d'activité de liaison intersectorielle élaborée à partir d'une « enquête de terrain ». Celle-ci est réalisée à partir de visites, d'immersions et d'entretiens semi-directifs s'appuyant sur un questionnaire (qualitatif).

A. Activité continue :

- Participation à diverses réunions : comité de réseau, coordination de la liaison, « les soins au plus près de la communauté », « Concertations cliniques à partir de la méthodologie « Jardin pour tous » en Brabant wallon », Commission Maltraitance, ...
 - Participation au GT lits K de crise du réseau Archipel
 - Participation (en projet) à quelques rencontres avec le réseau 107 BW
- Reprise du groupe Assuétude : Suite de l'activité mise en place par Claire Delforge, reprise du groupe le 22/11/2017. Mise en place d'une formation de 4 jours intersectorielle en collaboration avec ASARBW et la clinique du cannabis sur 4 Journées d'initiation et formation à la thérapie familiale multidimensionnelle (MDFT)
- « groupe de contact » (1^{ère} réunion 30 juin 2017) autour de la thématique du mandat judiciaire avec des représentants des équipes mobiles Archipel, le tribunal de la jeunesse, le parquet, pour :
 - Définir le cadre d'un groupe de travail continu sur la thématique « Santé mentale et jeunes judiciarisés – (SMJJ) » et avancer sur la thématique du mandat judiciaire pour les équipes mobiles
 - Proposition d'ouvrir ce groupe, dans un second temps, à la participation des partenaires (intersectoriels) et définition des objectifs du GT SMJJ

La deuxième réunion a eu lieu le 20 octobre et la troisième a eu lieu le 8 décembre 2017. De nombreuses réunions ont eu lieu et auront lieu en 2018.

- Analyse des besoins des services accueillant des jeunes MENA et programmation d'au moins **deux réunions spécifiques** « Plan MENA BW » en 2017 et début 2018.
 - Recommandation d'un « plan MENA » au comité stratégique et au comité de réseau → février 2018
- Activités complémentaires :
 - Mise en place d'une « **permanence liaison** » **le vendredi après-midi (13H-17H)** permettant des activités de liaison clinique centrées sur les bénéficiaires à la demande des partenaires.
 - Temps de **formation/information** sur les **particularités du secteur médico-légal** à l'attention des équipes mobiles Archipel

B. Enquête de terrain – Phase 1 → Février 2018

1. *Rencontre des services et institutions* des secteurs de l'aide à la jeunesse, de la santé mentale, du handicap concernés par l'accompagnement des adolescents (public-cible) pour *présenter la fonction de liaison intersectorielle*
2. *Enquête (questionnaire)* auprès de ces mêmes services concernant les difficultés et les impasses rencontrées dans les accompagnements mis en œuvre (en intersectoriel)
3. *Observation- immersion* dans l'activité de certains services (AREA+, équipes WEI-JI et EMOSA via les réunions d'équipes

C. Enquête de terrain - Phase 2 → février – mars 2018

1. *Synthèse des observations et des données d'enquête*
2. *Mise en perspective avec les données* évaluées durant l'activité continue

D. Formalisation d'un « Plan d'Action Liaison Adolescents » → mars - avril 2018

- D.1. Définition et proposition d'un *plan d'action* au comité stratégique puis au comité de réseau → mars-avril 2018, qui intègre :
- Un GT « Santé mentale et jeunes judiciairisés – (SMJJ) »
 - Un GT « Assuétude »
 - Un comité d'accompagnement du Plan MENA BW 2017-2018
 - Une modélisation de l'activité de liaison sur le versant clinique (interview, permanence, formations, échanges de personnel, ...)

D.2. Poursuite de l'**activité continue**

Rencontres à fixer (présentation & enquête) :

Quelques SSM, un ou deux SRJ, Ottignies (urgences ; demande d'immersion), Le Tandem IPPJ BLC, le SAJ de Nivelles, l'Entretemps, FEDASIL (Rixensart et Jodoigne), Clairs Vallons, Police, ...

Fixé : SOS BW, SPJ de Nivelles (2/2)

Réalisés :

L'Amarrage, COO Van Durme, API IPPJ Braine le Château, Le Traversier, Emosa (2X), Le Domaine, Area+ (immersion 4 jours), Le Parquet de Nivelles (2X), Weiji (2X), Logic-Ados (2X), AVIQ (BR), Tribunal de la jeunesse (3X), SPJ Nivelles, API IPPJ Wauthier-Braine, Equipe psychosociale IPPJ Wauthier Braine, Chastres

Agent de liaison sur la thématique petite enfance et parentalité fragilisée : Claire Delforge

Début de l'activité : décembre 2016 - Temps de travail : 13h/semaine (flexible, prioritairement les lundi, jeudi et vendredi) ; contactable de 9h à 17h via portable 0472.17.62.98

Rapport d'activité

1. Rencontre de différentes institutions sur le BW :

Objectif de ces rencontres :

- Présenter ma fonction d'agent de liaison intersectorielle du réseau d'Archipel telle que proposée au comité de réseau de janvier 2017.
- Faire connaissance avec ces équipes et leurs modalités de travail.
- Comment fonctionnent ces équipes en matière de travail en réseau, quels sont leurs partenaires ? Qu'est-ce qui facilite les collaborations sur le plan clinique ? Qu'est-ce qui les freine ?
- Quels seraient leurs besoins, leurs demandes à l'égard du réseau Archipel. Qu'est-ce qui faciliterait leur participation aux différentes activités du réseau Archipel ?

Personnes ou équipes rencontrées :

- SPJ : Anne Duwez
- Les équipes Mobiles
- Le SSM du CPAS de Nivelles
- ONE, coordinatrice Maltraitance : Françoise Dubois
- SSM Provinciale de Tubize

- SSM provinciale de Nivelles
- Bureau régional de l'AVIQ (secteur handicap)
- ECCOSAD
- SSM de Braine l'Alleud le Saphran et le Gerceau : Monsieur Allègre et Madame Vanalbroeck
- SSM provincial de Jodoigne
- SSM de Louvain La Neuve
- SAJ : Madame Binczyk et Madame Wauthion
- Clairs Vallons : Dr De Buck
- L'équipe SOS enfant du BW et l'Espace Parentalité
- Maternité de Braine l'Alleud : Dr Legrève et Madame Van der Borght (psychologue)
- Le petit Vélo jaune
- Porte ouverte aux Glycines (Maison familiale)

Réflexions

De manière générale, les équipes sont demandeuses de travailler ensemble, de créer ou de s'enrichir de nouvelles collaborations. La volonté de travailler ensemble est présente malgré, parfois, la difficulté de se coordonner, de se comprendre, de se rencontrer, de trouver un langage commun entre les différents secteurs de l'aide, de l'éducation et du soin.

Le plus gros frein qui est mis en avant est le temps que cela prend en réunion alors que beaucoup d'équipes sont saturées de travail et manquent de moyens.

Un secteur est pointé comme difficile d'accès pour les professionnels du secteur « enfants » est celui de la psychiatrie adulte.

2. Participation à différents lieux de coordination et d'échanges

- Groupe de travail de l'AVIQ sur l'inclusion
- CAAJ : Les séparations parentales conflictuelles : matinée de travail et de présentation des séminaires organisés par le CAAJ sur ce thème
- Coordination sociale à Jodoigne organisée par le CLPS (fin du fonctionnement de ce groupe)
- Coordination spontanée de l'Aide à la Jeunesse.
- Commission de coordination « Maltraitance » de l'arrondissement de Nivelles animé par Cécile Guilbau et Françoise Dubois.

3. Lancement d'un groupe de travail assuétudes :

Deux réunions intersectorielles ont été organisées à partir de la réunion du programme de crise du 23/02/2017 autour de cette question.

Première réunion du sous-groupe le 21/4 /2017 : présentation des équipes présentes autour de la table et leur intérêt pour la question des assuétudes.

Deuxième réunion le 29/05 /2017 : présentation des outils de prévention :

- « Consom' sans stress » par la maison des jeunes le Cerceau et L'AMO La croisée de Rixensart
- Kotabos par Stéphanie Lizin du CLPS

Le groupe a essentiellement échangé autour de questions de prévention.

Ce groupe a été repris par le nouvel agent de liaison Etienne Joiret (voir supra).

4. Lancement d'un GT de concertation clinique intersectorielle autour des situations complexes à partir de la méthodologie « Jardin pour tous »

A partir de la demande faite lors de la réunion du programme de crise du 25/01/2017, un petit groupe a proposé de réfléchir à l'intérêt d'implémenter cet outil de travail dans le BW et comment le faire.

Le groupe s'est réuni 6 fois.

- Le 10/2/2017
- Le 17/03/2017
- Le 28/04/2017
- Le 16/6/ 2017
- Le 4/9/2017
- Le 23 /11/2017

Une réunion de mise au point devrait avoir encore lieu afin de décider du nom de ce groupe de travail d'échanges cliniques et de voir qui en seraient les animateurs.

(PV disponibles)

5. Lancement d'un GT « périnatalité » :

A partir de la réunion du programme de crise du 17 mars 2017, s'est créé un Groupe de Travail (GT) pour réfléchir à la prise en charge de situations qui concernent les très jeunes enfants.

Le groupe s'est réuni, 6 fois en date du 2 mai, du 16 juin, 8 septembre, 13 octobre, 10 novembre, 8 décembre (2017). De nombreuses réunions ont déjà eu lieu et sont programmée pour 2018. (PV disponibles).

6. Réflexion autour du lancement du programme « parentalité fragilisée » :

Rencontre (le 21 juin 2017) de Frédérique Van Leuven et Cathy Caulier autour de la parution de leur livre : « Grandir avec des parents en souffrance psychique ». Un temps de travail avec le réseau sera mis en place en janvier 2018.

7. Avec la Coordination d'Archipel

- Avec Dominique Potelle, agent de liaison TDAH (une réunion mensuelle) :

vu la durée limitée de la liaison intersectorielle autour des questions TDAH, nous avons jugé opportun de réfléchir à plus long terme à ce qui adviendrait de ce groupe de travail par la suite . De plus, une question importante du groupe est au-delà du TDAH strictement, qu'en est-il de la prévention des difficultés d'intégration scolaire ?

Cela concerne donc aussi la liaison intersectorielle enfants 0- 6 ans, à condition que cela soit envisagé selon un angle plus large que le « TDAH ».

- Ébauche d'une réflexion autour de la question du CASE-MANAGEMENT et de EMPOWERMENT

8. Rencontre avec le CLPS et temps d'auto-formation sur les dynamiques participatives

Objectifs : trouver des outils d'animation des réunions afin que celles-ci soient les plus productives possible

Conclusions de ces 12 premiers mois de travail

- Période riche en rencontres, stimulante dans la réflexion, créative dans la recherche d'outils pour rendre les réunions les plus constructives possibles et mettre en place des processus participatif.
- Volonté existante dans le réseau de réfléchir avec des professionnels de différents secteurs mais ce n'est pas si simple. Le travail en réseau existe déjà sur notre province. Il doit être mis en évidence. Travailler en intersectoriel-ne se décrète pas. Ce sont des modalités de travail à construire progressivement et cela prendra du temps.
- Quelle place donner aux familles dans la construction du réseau Archipel ? Quelle place leur réserver dans leur accompagnement ?
- Reviennent dans beaucoup de rencontres deux problèmes sociaux très importants spécifiques au Brabant Wallon : **le logement et les déplacements**. Les logements ne sont que trop peu accessibles pour les familles à très faible revenu. La difficulté des déplacements en transport en commun rend très difficile l'accessibilité aux soins et aux loisirs. Le réseau archipel, en association avec le 107 ne peut faire fi de ces questions. Même en Brabant Wallon, nous ne pouvons pas évacuer la question de l'articulation entre la précarité sociale et la santé mentale.

Agent de liaison sur la thématique TDA/H : Dominique Potelle

Voir rapport d'activité rendu en mars 2018.

b) Renforcement de l'offre pour le double diagnostic (rédigé par les agents double diagnostic et par la pédopsychiatre de l'équipe assertive)

Deux personnes mi-temps, soit un équivalent temps plein, ont été engagées dans l'équipe mobile assertive pour avoir une attention particulière sur les jeunes présentant un double diagnostic. Ces personnes de par leur expérience et lieu d'appartenance, ont une connaissance du handicap et du réseau qui peut se déployer autour des jeunes présentant une problématique de double diagnostic.

Ces deux personnes, avec la pédopsychiatre de l'équipe, garantissent qu'il n'y a pas de critère d'exclusion dans l'offre de soin par rapport aux jeunes présentant un double diagnostic.

Elles ont rencontré différents partenaires du réseau qui étaient soit moins familiers pour elles, soit au contraire des acteurs majeurs. Tous permettent une ouverture aux enfants/jeunes avec un double diagnostic ou d'autres problématiques s'en rapprochant parfois, comme les troubles envahissant du développement et les troubles du comportement. Les buts de la rencontre étaient de leur expliquer notre offre de service, de mieux comprendre leurs spécificités et besoins, et mieux situer quelle place ils pouvaient occuper dans le réseau, où l'intersectorialité reste une donnée primordiale. Elles ont ainsi été directement en relation avec des Services d'Aide Précoce, des services organisant du répit en faveur des aidants proches et des personnes handicapées, des Services d'Accueil Spécialisé pour Jeunes, des services d'accueil de jour ou offrant plusieurs types de services à la fois, des Centres de Rééducation Fonctionnelle, etc. Les contacts avec le bureau régional de l'AVIQ se sont intensifiés depuis l'arrivée des deux référentes double diagnostic au sein de l'équipe Emosa également. La cartographie de réseau autour des situations de double diagnostic se densifie peu à peu pour apporter à l'ensemble de l'équipe une vision plus claire des possibilités d'élaboration d'un réseau pour l'ensemble des situations pour lesquelles nous sommes sollicités.

Au sein de l'équipe, les référentes double diagnostic sont envoyées prioritairement mais pas exclusivement dans les situations avec des enfants/jeunes qui présentent cette problématique.

Lors des réunions cliniques, elles sensibilisent l'équipe au double diagnostic, apportent leur expérience et connaissance du handicap et de son réseau.

Elles permettent ainsi à toute l'équipe d'augmenter leurs compétences dans les situations de double diagnostic.

Elles portent un regard différent sur le handicap et la santé mentale.

Chaque membre de l'équipe peut dès lors prendre en charge des jeunes présentant un double diagnostic en s'appuyant sur ces personnes de référence et sur la pédopsychiatre.

Avec l'enfant/jeune, sa famille et le réseau, elles analysent les besoins de ceux-ci et co-construisent

un réseau adéquat autour d'eux. L'équipe mobile, grâce à son cadre de travail (mobilité, attention particulière à la santé mentale, mise en réseau), peut venir activer et ou mettre en lien différents acteurs qui sont parfois déjà autour du jeune. Le critère de mobilité reste essentiel, comme pour les autres situations, pour la prise en charge des enfants/jeunes avec un double diagnostic.

Elles participent aux réunions de concertations cliniques à partir de la **méthodologie** « jardin pour tous »...En effet, une réflexion au sein du comité de réseau a été posée pour savoir comment poursuivre ou comment instaurer un travail intersectoriel au sein du réseau archipel.

- c) Dans quelle mesure la mise en place concrète du renforcement de l'offre pour le double diagnostic diffère-t-elle de ce qui a été décrit dans vos templates validés par les autorités ? veuillez expliquer les différences.

De part ce que nous venons d'expliquer dans le point précédent, il nous semble que nous remplissons assez bien le renforcement de l'offre pour le double diagnostic au sein des équipes mobiles et donc du réseau.

- d) De quelle manière et sur quel sujet ou (sous-)groupes cibles votre réseau collabore avec d'autres réseaux de santé mentale pour enfants et adolescents sur le plan de l'offre et de l'organisation de l'aide

Des collaborations se sont principalement mises en place autour du **sous-groupe cible des jeunes judiciarisés**.

Il convient de rappeler que le Brabant wallon ne dispose pas de lits prenant en charge les mises en observation ni de lits UTI SD/SEP.

Le Tribunal de Nivelles faisant partie de la Cour d'Appel de Bruxelles, des liens étroits existent entre le Brabant wallon et la Région bruxelloise et des collaborations se sont développées avec les partenaires hospitaliers d'AREA + et de Titeca.

- e) De quelle manière et sur quels sujets et (sous-)groupes cibles votre réseau collabore avec des réseaux de santé mentale pour adultes (107) sur le plan de l'offre et de l'organisation de l'aide

Le projet 107 du Brabant wallon a débuté en juillet 2017. Plusieurs rencontres avec le coordinateur du projet 107 ont eu lieu mais n'ont pas encore permis de réalisations concrètes. Sur le terrain, les équipes mobiles du projet 107 (constellation centre/est et constellation ouest) collaborent déjà avec les équipes mobiles du réseau Archipel (Wei-Ji et EMOSA) dans plusieurs situations de parentalités fragilisées.

1.2. Stratégie du réseau

1.2.1. Inventaire de l'offre d'aide

a) Inventaire de l'offre d'aide

Plusieurs créneaux sont employés pour réaliser un inventaire de l'offre d'aide :

- Le travail autour des **différents programmes** a permis de délimiter pour chaque problématique la plupart des acteurs pertinents dans les différents secteurs
- Les **répertoires existants** dans les différents secteurs (répertoire des collaborations en cas de suicide réalisé par Un pass dans l'impasse, répertoire des acteurs actifs dans les situations d'assuétudes réalisé par ASARBW, répertoire de la Plate-forme de concertation en santé mentale...) ont été compilés
- Un énorme travail de répertoire des acteurs du social/santé a été réalisé par la **Province** et mis en ligne pendant quelques mois sur un site géré par la province (www.siss.be). Cette mise en ligne n'a pas été poursuivie mais le réseau devrait pouvoir réutiliser une grande partie des fiches existantes pour les actualiser. Ce travail initié en décembre 2017 sera repris prochainement.

b) Accessibilité de l'inventaire

Les différents inventaires sont accessibles sur demande auprès des coordinatrices. Ils seront prochainement disponibles sur le site du réseau www.archipelbw.be

c) Échange de données

Il n'y a pas eu pour l'instant d'échange de données avec les autres réseaux

1.2.2. Plan stratégique

a) Élaboration du Plan stratégique

Depuis septembre 2016, le Groupe stratégique a travaillé à la définition et à la priorisation d'objectifs stratégiques. Ces objectifs ont été approuvés et précisés par le Comité de réseau du 22 septembre 2016.

Ces axes stratégiques sont les suivants :

- 1. AXE STRATEGIQUE 1 : MOBILISER LE POLE SOCIETE** : enseignement, médecine générale, CPAS, justice, asile, mutuelles...
- 2. AXE STRATEGIQUE 2 : MOBILISER LES USAGERS ET LEURS FAMILLES**
- 3. AXE STRATEGIQUE 3 : POURSUIVRE LA MOBILISATION DES POLES SANTE MENTALE ET SOCIAL/SANTE AMO**, Hôpitaux généraux, généralistes, maisons médicales, structures adulte...
- 4. AXE STRATEGIQUE 4 : DONNER UNE BASE SAIN ET SOLIDE AU RESEAU**
 - a) Penser ensemble ce qu'est un réseau
 - b) Clarification des procédures décisionnelles
 - c) Convention de réseau à finaliser
 - d) Procédures financières et clarification des rôles
 - e) Élaboration d'un Plan stratégique formel à planifier
 - f) Inventaire
 - g) Communication : Site internet, Newsletter, Agenda
- 5. AXE STRATEGIQUE 5: SUIVI ET INTEGRATION DES PROJETS EXISTANTS**
 - a) Réunions de Programmes
 - b) Équipes mobiles : poursuite du recrutement, Outil statistique et calendrier des équipes mobiles.
 - c) Lits de crise : mise en place et suivi
 - d) Team de liaison : recrutement, définition et suivi des projets
 - e) Articulation avec les structures adultes et un futur projet 107

Pour 2017, le Groupe stratégique et le Comité de réseau ont souhaité privilégier les **axes stratégiques 5** (suivi et intégration des projets existants) **et 4** (donner une base saine et solide au réseau).

Pour 2018, le travail d'élaboration d'un Plan stratégique formel a débuté par la définitions de **lignes directrices et d'objectifs prioritaires pour 2018-2020**. Ces objectifs doivent encore être retravaillés et approfondis.

b. Évaluation des objectifs et des actions fixées dans le plan stratégique

Une évaluation des objectifs et des actions sera prévue dans le plan stratégique formel du réseau. A chaque réunion du Comité de réseau, la coordination fera le point sur l'avancée des objectifs. En tout état de cause, le Plan stratégique sera réévalué annuellement.

Description de nouveaux objectifs

La présence au Comité de réseau de deux représentants de chaque programme donnera certainement lieu -en fonction de l'avancement des différents groupes- à l'émergence de nouvelles demandes au sein du réseau. Ces demandes devront faire l'objet d'une discussion au sein du Comité de réseau qui devra évaluer l'adéquation aux besoins des bénéficiaires et des professionnels et le degré d'urgence de la demande. Les demandes pertinentes seront transmises au Groupe financier et RH qui en évaluera la faisabilité. De nouveaux objectifs pourront également être intégrés au Plan stratégique suite à une demande des autorités mandantes.

d) Accessibilité du plan stratégique

Le plan stratégique sera disponible sur le site internet du réseau www.archipelbw.be

e) Objectifs et actions du réseau Archipel concernant :

o **La participation des enfants et des adolescents et de leur entourage**

Le réseau archipel souhaite intégrer le plus rapidement possible des représentants des usagers et des proches dans les organes décisionnels du réseau : Comité de réseau et groupe opérationnel. Cependant, un travail préalable sur l'échange d'informations au sein du réseau et sur l'accueil de la parole des jeunes semble nécessaire.

o **La continuité des soins au sein du réseau**

La continuité des soins est un objectif majeur du réseau archipel. Ici aussi, un travail sur le partage d'informations au sein du réseau est nécessaire. Cependant, la question des relais est déjà travaillée activement dans le travail concret des équipes mobiles et au sein des différents groupes de travail actifs dans le réseau :

- Le groupe « soins au plus près de la communauté » pour ce qui concerne les situations de crise ou les situations multifactorielles complexes
- Le groupe « périnatalité » pour les situations de très jeunes enfants
- Le groupe « assuétudes » entame un travail de lien entre les différents acteurs de la prévention et de la prise en charge
- Un plan d'action MENA est en voie d'élaboration

- Le groupe « santé mentale – aide et protection jeunesse » travaille sur les modalités de collaboration entre monde judiciaire et santé mentale
- Le groupe « TDA/H – problématiques scolaires » recueille les préoccupations des différents intervenants et propose des outils pour favoriser la continuité des prises en charge

Le travail de ces différents groupes est décrit au point 2.1.4.

L'engagement prochain d'un case manager (procédure de recrutement lancée en avril 2018) permettra d'apporter un soutien aux intervenants pour trouver des possibilités de relais après un passage en lits de crise

- o **Le concept de rétablissement et/ou d'empowerment**

Le travail autour du rétablissement est une préoccupation constante des acteurs du réseau. L'enfant/ le jeune doit trouver une place dans la société qui l'entoure. Dans ce travail, le lien avec l'école est très important. Le réseau archipel a souhaité dès le début donner une place importante à l'école. Des directeurs sont d'ores et déjà présents au Groupe stratégique et au Comité de réseau pour travailler cette question.

La question de l'empowerment est développée ci-dessous au point 2.2.3.

- f) [Veuillez annexer la version la plus récente de votre plan stratégique \(annexe 2\)](#)

Comme décrit ci-dessus, le plan stratégique est en cours d'élaboration - les objectifs stratégiques actuels sont l'opérationnalisation des templates tels qu'approuvés par le GTI Santé publique. Il n'y a donc pas d'annexe 2

1.2.3. Participation et empowerment

- a) [Initiatives mises en place dans le réseau](#)

Dès sa création en 2015, le réseau archipel s'est investi dans la réflexion sur le thème de l'empowerment. Plusieurs réunions ont eu lieu mettant en lien plusieurs acteurs de l'intersectoriel.

Année 2015-2016 :

- Constitution d'un groupe de travail intersectoriel
 - Elise Merten, psychologue au SSM de Wavre
 - Elisabeth Jauniaux, sociologue au PPP L'Amarrage, Nathalie Van Innis
 - Christophe Geus, psychiatre Clinique Saint Pierre
 - Yolande Verbist, assistante sociale Ecole des Moineaux
 - Christine Snidero, éducatrice au SAAE L'Hacienda

- Laurence Chantraine, psychologue directrice au CPMS de Wavre
- Stéphanie Lizin, CLPS
- Marie-Madeleine Hendrickx et Florence Cambier, coordinatrices réseau Archipel

Pour étayer son travail, le groupe s'est basé sur différents matériaux :

- Comme point de départ : la lecture des énoncés du Guide "Vers une nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents."
- Différentes lectures ont été commentées: Chantal Audenhove, Le rétablissement par soi-même ; Luc Van Huffel, Le rétablissement en pratiques ; Psytoyens, L'usager comme partenaire de soins en santé mentale ; Similes, Oser la participation. Vers une meilleure participation, recommandations 2015 ; M.H Bacqué et Carole Biewener, L'empowerment, une pratique émancipatrice ?

Des rencontres de la coordination ont été relayées au groupe :

- Claire Van Craesbeeck à Similes Liège, octobre 2015
- Bernard Devos, délégué général aux droits de l'enfant , décembre 2015 autour du projet "Parlons Jeunes"
- David Lallemand et Karin Vander Straeten, du service du délégué général aux droits de l'enfant, février 2016

Le Groupe "Empowerment" s'est réuni à 6 reprises : 26/1/2016, 15/2/2016, 22/3/2016, 21/4/2016, 14/6/2016, 13/9/2016

Ces réunions ont été riches mais ont mis en avant la « vastitude » du concept d'Empowerment. La notion de Participation se rapproche du concept mais s'en différencie aussi. Il comporte une gradation de niveaux : consultation, concertation, négociation, coproduction, cogestion.

Le groupe empowerment est cependant arrivé à formuler des objectifs de travail pour le réseau qui sont:

- Volonté d'humaniser et d'améliorer la qualité des soins. Offrir à chacun l'accès à des soins humains et de qualité.
- Augmenter le pouvoir des usagers sur leur propre vie en participant à la mise en œuvre de projets sociaux.
- Valoriser l'expérience des soins et remettre le jeune en position d'expert
- Déstigmatiser, mobiliser et recueillir une parole autour de la santé mentale
- CO-construire ensemble, usagers et professionnels, le système de soins, la vision de la santé/maladie, des soins comme un faire « avec », un accompagnement
- Tissage d'un lien, mise en place d'un dialogue

2017:

- Dans le cadre de la rédaction de la convention du réseau archipel, la philosophie dans laquelle s'inscrivait chaque membre du réseau archipel en termes d'empowerment a pu être mise en mots et validée par l'ensemble du comité réseau.
- Un travail a été entamé avec Benoît Tielemans, chercheur doctorant en Sciences de l'éducation au laboratoire interuniversitaire des Sciences de l'éducation (LISEC) Université de Haute Alsace Mulhouse et qui est chargé de mission pour une institution de l'aide à la jeunesse nommée Amarrage. Il termine son Doctorat sur le thème de la résilience. Dans ce cadre il a interrogés plusieurs jeunes qui étaient inscrits dans un des projets de l'Amarrage avec la question « Qu'est-ce qui fait que tu es devenu ce que tu es aujourd'hui ». Ce travail a permis de mettre en lumière l'intersectorialité du parcours des jeunes en difficultés
- Un répertoire des associations d'usagers a été créé pour le Brabant wallon
- Il était prévu de débiter une recherche action en 2017 mais le Comité de réseau a choisi de privilégier pour 2017 les axes stratégiques 4 (donner une base stable et solide au réseau) et 5 (suivi et intégration des projets existants) et de reporter cette recherche

b) Collaborations avec des associations locales

Comme énoncé ci-dessus, des contacts ont été pris avec l'association Similes et avec le délégué général aux droits de l'enfant pour bénéficier de leur expérience en termes de participation des usagers et/ou des enfants et adolescents.

A un niveau plus local, les coordinatrices ont pu rencontrer le RIEPP (réseau des initiatives Enfants-parents-professionnels) qui est un réseau d'initiatives et un centre de formation et de recherche dans les domaines de l'enfance et de la parentalité. La filière locale de la F.I.L.E. (fédération des initiatives locales pour l'enfance) a également été contactée pour favoriser les synergies dans les actions participatives.

Un contact a également été pris avec le Conseil provincial des jeunes.

1.2.4. Communication

a) Stratégie de communication

La communication au sein du réseau est un grand challenge pour 2018.

Pour 2016, la **communication in situ**, permettant de créer des liens interpersonnels, a été privilégiée. Les coordinatrices et les équipes mobiles se sont déplacées chez de nombreux

partenaires du réseau pour leur présenter le projet, écouter leurs attentes, réfléchir avec eux à leur participation. Ces présentations se sont poursuivies à un rythme un peu moins soutenu en 2017.

En 2016 et 2017, un grand soin a été apporté à la mise à jour des différents carnets d'adresse (mailing list) et à communiquer systématiquement par mail des informations concernant les réunions et autres rendez-vous du réseau.

Malgré de nombreux efforts, le **site internet** -pourtant déjà bien avancé- n'a pas pu être mis en ligne en 2017 à cause de la surcharge de travail de la coordination qui a fonctionné une bonne partie de l'année à effectif réduit. Ce site sera en ligne en 2018. Une **newsletter** devrait également voir le jour en 2018.

c) Moyens de communication mis en œuvre au sein du réseau

Les moyens de communication mis en œuvre au sein du réseau sont principalement en 2016-2017 :

- **Les mails** : les informations pertinentes, courriers et élaborations communes ont été communiquées largement et systématiquement au sein du réseau. La coordination a veillé à jouer son rôle d'interface entre le SPF et les partenaires
- **Les réunions** : des réunions des instances décisionnelles et des programmes ont été organisées de manière régulière au sein du réseau dans un but d'information et d'élaboration participative. Des compte-rendu de ces réunions ont été rédigés et transmis aux partenaires
- **Les présentations Powerpoint** : des présentations du travail du réseau ont été organisées chez tous les partenaires potentiels désireux de s'informer
- **Les folders** : les équipes mobiles ont réalisé des folders de présentation de leur travail reprenant toutes les informations utiles pour les contacter
- **La participation à des événements des partenaires**: une information sur le réseau a été donnée par les coordinatrices lors de rencontres organisées par les partenaires notamment aux Vitrines de l'Aide à la jeunesse, lors de la rencontre annuelle du CAAJ, d'un groupe de travail de la Plateforme AAJ/enseignement ou lors de séances d'information organisées par le SISD

3. Bonnes pratiques pour les clients et leur entourage

a. La vision du rétablissement mise en place dans le réseau

Même si la vision du rétablissement est très présente dans le travail des différents partenaires, le réseau archipel doit encore affiner la réflexion autour d'une définition commune du rétablissement. Quelques bases ont déjà été énoncées :

- Le rétablissement est une dimension éthique de base pour toutes les institutions du réseau
- Il s'agit d'un projet individualisé à construire avec le jeune et son entourage avec le soutien des intervenants pour arriver à un projet que le jeune s'approprie.
- Chaque institution vise le rétablissement dans la singularité du sujet sans qu'il en prenne l'entière responsabilité. La place de l'école est très importante dans ce processus qui prend énormément de temps

b. Pratiques innovantes

De nombreuses pratiques innovantes peuvent être mises en avant au sein des institutions partenaires du réseau. La prochaine assemblée des partenaires (en janvier 2019) sera d'ailleurs consacrée à mettre en lumière et répertorier ces différentes initiatives.

La mise en place du réseau archipel a permis jusqu'à présent de développer des pratiques innovantes de deux ordres différents :

- 1) En termes de processus : les espaces de communication ouverts par le réseau ont permis aux partenaires d'approfondir la communication intersectorielle en faisant l'apprentissage (parfois difficile) de la nécessité de remettre en question le vocabulaire, les modalités de travail, les habitudes acquises dans chaque cadre de travail. La préoccupation autour de l'offre proposée dans le réseau et de son adéquation aux besoins des enfants/jeunes et de leur famille ainsi que des partenaires des autres secteurs a également bousculé certaines évidences. Une nouvelle forme de concertation a vu le jour.
- 2) Sur le terrain : au sein des différents groupes de travail mis en place par les agents de liaison, de nouvelles pratiques commencent à émerger. On peut citer la demande faite au Groupe périnatalité de réfléchir sur le projet de service du futur centre de jour de Clairs Vallons. Une demande similaire a été faite au groupe « soins au plus près de la communauté » concernant le projet d'ouverture d'un CAU par l'Amarrage. Le travail autour de l'ouverture des lits de crise a également donné lieu à un riche débat entre acteurs des différents secteurs concernés. Le travail des deux équipes mobiles a renforcé le processus

de concertation autour des situations complexes.

c. Plan de service individualisé

Il n'y a pas pour l'instant de Plan de service individualisé au sein du réseau archipel. Le réseau est en demande qu'une commission éthique et clinique se mette en place autour de ce point et mène une réflexion approfondie sur l'échange d'information entre les différents types de partenaires

4. Besoins spécifiques en termes de formation

a. Besoins et demandes de formation

Des demandes de formation émanant des équipes mobiles ont été relayées au SPF.

Dans le cadre des différentes réunions de programmes, une demande récurrente de la part des intervenants non psychiatriques d'une formation en psychopathologie générale est présente.

Dans le cadre du programme de liaison « parentalités fragilisées », les demandes de formation suivantes ont été formulées :

- Comment évaluer la souffrance d'un bébé ?
- Comment évaluer de manière fine et différenciée les compétences résiduelles d'un parent fragilisé

En partant du constat que ¼ des patients fréquentant la Cannabis Clinic à Bruxelles provenaient du Brabant wallon, une réflexion s'est mise en place sur la transmission d'outils utilisés par la Cannabis Clinic aux acteurs intersectoriels du Brabant wallon.

5. Appréciation par le réseau

A la date du 28 mars 2017 a eu lieu la première évaluation du réseau. Celle-ci a été réalisée avec l'aide du CLPS lors d'un comité réseau. Le CLPS a mis en place l'animation de cette évaluation.

Deux axes de travail ont été évalués, la complémentarité entre professionnel et la mise en œuvre du processus de réseau. Pour les deux axes, les freins et les facteurs facilitants ont été cités.

Concernant la complémentarité entre professionnels.

Les freins :

- Le nombre de participants
- La culture de chaque secteur et la manque de confiance entre partenaires
- L'absence de langage commun, les référentiels différents
- Le manque de connaissance des partenaires
- L'appartenance à des réseaux différents (concurrents)
- Les échanges trop axés sur l'organisationnel
- Les référentiels cliniques différents et les a priori sur le modèle référentiel de l'autre
- Les enjeux financiers/de pouvoir latents
- La pression du pouvoir subsidiant
- Le temps « bénévole » au détriment des structures
- La volonté et la capacité de mobilisation
- La rigueur du cadre de chacun
- Le calendrier imposé
- Le secret professionnel partagé
- Les visions du SPF et du réseau qui « s'affrontent »
- Les intérêts de chaque institution

Le travail devrait se faire en priorité sur une meilleure connaissance des partenaires, l'élaboration d'un référentiel commun pour favoriser l'émergence de la confiance et d'une culture commune

Les facteurs facilitants :

- La volonté de dépasser le cadre imposé, et l'engagement des participants
- La bonne volonté et la souplesse des partenaires
- La motivation d'avancer ensemble vers un même objectif

- La mobilisation autour des familles et des jeunes
- La perspective d'améliorer la qualité des services rendus
- La perspective d'avoir un retour d'expériences cliniques et de partager des expériences de travail
- La meilleure connaissance entre les professionnels permise par le réseau, lieu de rencontre
- La mise en commun de moyens permettant la collaboration

Les facilitateurs à amplifier pour permettre une meilleure collaboration sont :

- La connaissance du Réseau archipel entre les partenaires.
- Le partage d'expériences et la mobilisation commune autour des jeunes et des familles dans un souci de qualité.

Concernant la mise en œuvre du processus de réseau

Les freins :

- Les difficultés liées aux agendas, aux horaires des réunions
- Le manque de temps et de disponibilité des partenaires
- L'agenda très serré imposé par le SPF
- Le manque de visibilité du réseau
- L'impossibilité pour certains secteurs (ONE, Justice...) de détacher du personnel
- Le manque de clarté du cadre (processus décisionnel, différents organes du réseau)
- Le flou sur la structure juridique du réseau
- La peur ou la résistance au changement
- La représentativité de l'institution
- La géographie du BW
- L'absence de convention de collaboration
- Le manque de feedback du SPF

- Les enjeux institutionnels des membres
- L'identification et le manque de mobilisation du pôle société

Les freins qui pourraient être levés sont prioritairement le manque de clarté dans la structuration du réseau et le manque de visibilité du réseau

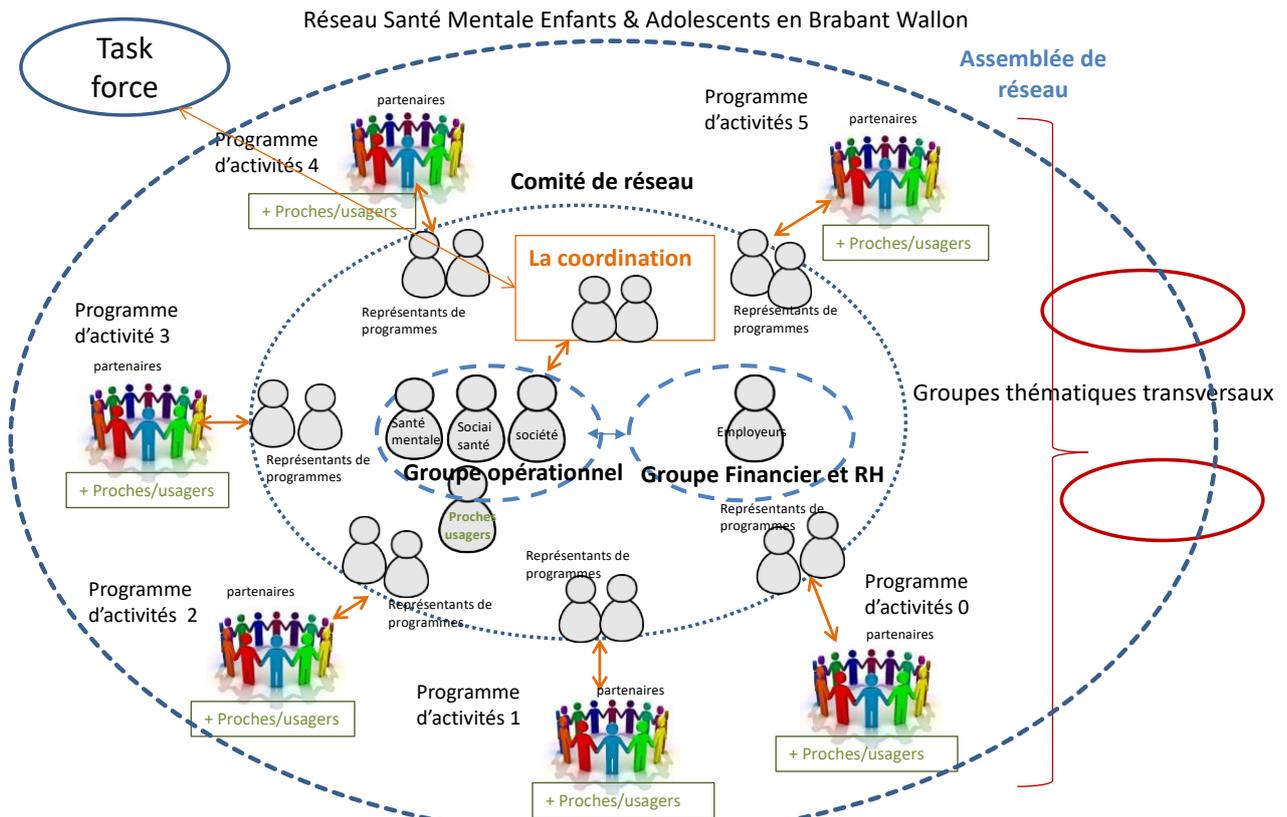
Les facteurs facilitants :

- La convivialité, l'ambiance des différentes réunions
- Le dynamisme et l'engagement des partenaires
- L'appui du CLPS pour l'animation des réunions
- La transmission des informations par la coordinatrice
- La coordination qui « tient la barre »
- Le fait d'arriver au bout des recrutements de personnel pour le réseau
- La communication au sein du réseau et vers l'extérieur (qui est à améliorer)
- Communiquer sur la plus-value déjà acquise
- Remettre au centre l'intérêt du bénéficiaire qui est la motivation commune
- Le cadre facilite les rencontres entre les partenaires
- Travailler sur des thèmes d'intérêt commun pour optimiser la construction du réseau

il faudra donc principalement remettre au centre l'intérêt des bénéficiaires et améliorer la communication ainsi qu'appuyer le processus participatif en s'appuyant sur l'ambiance et la convivialité.

ANNEXE 1 : Organigramme du réseau archipel

1. Schéma de lieu (systémique)



PA 0 : Prévention universelle et promotion de la santé

PA 1 : Détection et intervention précoces

PA 2 : Consultation et liaison intersectorielle

PA 3 : Offre de base de soins en santé mentale spécialisés pour enfants et ados dans un cadre ambulatoire, semi-résid. et résidentiel

PA 4 : Soins en santé mentale : A. Soins de crise mobiles – B. Aide assertive et coordination des soins

PA 5 : Soutien intégrateur axé sur le rétablissement

2. Schéma de contenu

Le Groupe financier et RH élabore le budget pour donner les balises financières au Groupe opérationnel. Il règle les questions pratiques liées à la gestion du personnel.

Les finalités et les missions de la nouvelle politique intersectorielle en santé mentale sont données par le SPF santé publique en collaboration avec d'autres instances politiques relevant de l'éducation, du social, de la justice, de la santé....

Le comité réseau s'occupe de la mise en œuvre des finalités et des missions communiquées par les autorités politiques en mettant en place pour y répondre des objectifs stratégiques en adéquation aux besoins des bénéficiaires

Le groupe opérationnel s'occupe de la mise en place d'objectifs opérationnels pour mettre en œuvre les objectifs stratégiques élaborés par le comité réseau. Cela implique que ce groupe opérationnel gère entre autre le financement du réseau dans le budget prévu par le Groupe financier et RH , afin de déterminer les ressources financières nécessaires à l'opérationnalisation des objectifs.

Ce groupe met en place des critères et des indicateurs d'évaluation des objectifs opérationnels. Il fait un retour des évaluations au comité réseau.

Une **cellule financière** est mise en place comme outil d'élaboration de la faisabilité des objectifs opérationnels.

L'assemblée de réseau est une rencontre annuelle permettant la transmission d'informations et d'évaluations faites par la comité réseau concernant les différentes actions mises en place au sein du réseau

