

Programme 1 : Observation, détection et intervention précoce (ODIP)



Table des matières.

1. Préambule.....	4
2. Nom du réseau.....	6
3. Travail en réseau pour le développement de la nouvelle offre.....	6
3.1. Décrivez les actions, projets qui sont déjà menés, au sein de votre réseau dans le cadre de la prise en charge de détection et d'intervention précoce.....	6
3.2. Donnez un aperçu des différents moments de concertation et de la façon dont le réseau a réalisé la mise en place d'une nouvelle offre.....	7
3.3. Précisez quels types de coopération votre réseau a développé avec l'ensemble des partenaires.....	11
3.4. Indiquez, si et de quelle manière, les enfants et les adolescents ainsi que leur entourage (parents, proches et intervenants de proximité) prendront part au développement de la nouvelle offre.....	11
3.5. Précisez quels sont les liens développés entre la prévention (soins de santé et aspects de la politique de santé), la première ligne et les services de soins en santé mentale spécialisés.....	13
3.6. Précisez quels sont les liens développés avec le programme de consultation et de liaison intersectorielle.....	14
3.6.1. Un « axe information - communication »	15
3.6.2. Un axe « formation et partage d'expérience ».....	17
3.7. Expliquez de quelle manière une collaboration intersectorielle s'articule dans le développement de la détection précoce ainsi que dans la valorisation des expertises pour que les interventions précoces soient organisées de manière à être aussi accessibles et brèves que possible.....	18
4. Mission et vision de cette nouvelle offre.....	20
4.1. Expliquez les valeurs concrètes, la vision et la mission du réseau en ce qui concerne la nouvelle offre.....	20
4.1.1. Valeurs	20
4.1.2. Vision.....	20
4.1.3. Missions	21
4.2. Description du contenu et du développement organisationnel du programme de la nouvelle offre.....	22
4.3. Décrivez concrètement comment le réseau entend réaliser les programmes de la nouvelle offre sur le plan du contenu en lien avec tous les autres acteurs (principalement avec la première ligne).....	23
4.4. Indiquez comment se déroule la procédure d'inclusion des enfants et des adolescents.....	26
4.5. Précisez qui sont les envoyeurs et les tiers demandeurs	26
4.6. Indiquez comment le réseau assure une couverture totale de son territoire d'action de manière équilibrée.....	26

4.7.	Décrivez comment les partenaires du réseau concilient les différentes fonctions entre elles en tenant compte de cette nouvelle offre.	27
4.8.	Comment et où seront transmises les informations au sein du réseau... ..	27
4.9.	Décrivez, précisément, les stratégies, méthodologies qui seront utilisées pour construire les liens entre la nouvelle offre, la fonction 1 et la première ligne généraliste.	27
4.10.	Décrivez concrètement comment les professionnels de la première ligne (tels que médecins généralistes, médecins scolaires, pédiatres, travailleurs médico-sociaux de consultation d'enfants, centres psycho-médicosociaux attachés aux écoles ou services d'accompagnement pédagogique) seront formés pour communiquer avec les jeunes, détecter les problèmes de santé mentale de façon précoce et assurer l'aide, les conseils et les interventions précoces adéquats, avec des méthodes spécifiques et validées.	28
4.11.	Précisez comment les acteurs, tels que les enseignants, les éducateurs, les enfants et leurs proches pourront bénéficier d'une sensibilisation à la détection précoce pour contribuer au repérage des troubles mentaux et pour pouvoir aborder les proches de manière pertinente.....	29
4.11.4.	Pour les enseignants et les éducateurs :	29
4.11.5.	Pour les jeunes et leurs familles :	31
5.	Auto-évaluation du réseau	32
5.1.	Les indicateurs	32
6.	Personne de contact.....	34
7.	Liste des annexes.....	34
7.1.	Le questionnaire	34
7.2.	Les lettres qui poussent plus loin la réflexion	43
7.2.1.	Lettre 1	43
7.2.2.	Lettre 2.....	46
7.2.3.	Lettre 3.....	47
7.2.4.	Lettre 4.....	51
7.2.5.	Lettre 5.....	53
7.2.6.	Lettre 6.....	57
7.3.	Groupe de travail périnatalité	62

Programme 1 :

Observation, détection et intervention précoce (ODIP)

A la rédaction et à la relecture : Claire Delforge (agent de liaison autour de la thématique de la petite enfance et de la parentalité fragilisée), Etienne Joi-ret (agent de liaison autour des thématiques MENA, adolescents judiciarisés, assuétudes), Dominique Potelle (agent de liaison TDA/H et scolarité), Kathleen Kempinaire (agent de liaison communication intersectorielle), Jean-Marc Hennaut (case manager), Barbara Truyers (coordinatrice)

1. Préambule

Nous avons rédigé ce programme en nous appuyant principalement sur le dépouillement du questionnaire réalisé à cette fin (voir annexe 1), des lettres d'inquiétude (voir annexe 2), des groupes de concertation (voir annexe 3) et des entretiens. Ce questionnaire n'a pas une portée scientifique. Basé sur une approche qualitative, il a comme objectif d'analyser les besoins, les ressources, les outils du terrain en termes de détection et d'intervention précoce.

Pour être au plus près du discours de nos répondants, certains de leurs propos sont repris en italique dans la rédaction. Ces propos seront par moment suivis d'un chiffre stipulant le nombre de personnes ayant tenu le même discours.

Nous avons reçu 55 participations au questionnaire et ce, de manière intersectorielle et 6 lettres de retour en lien avec celui-ci et ce nouveau programme.

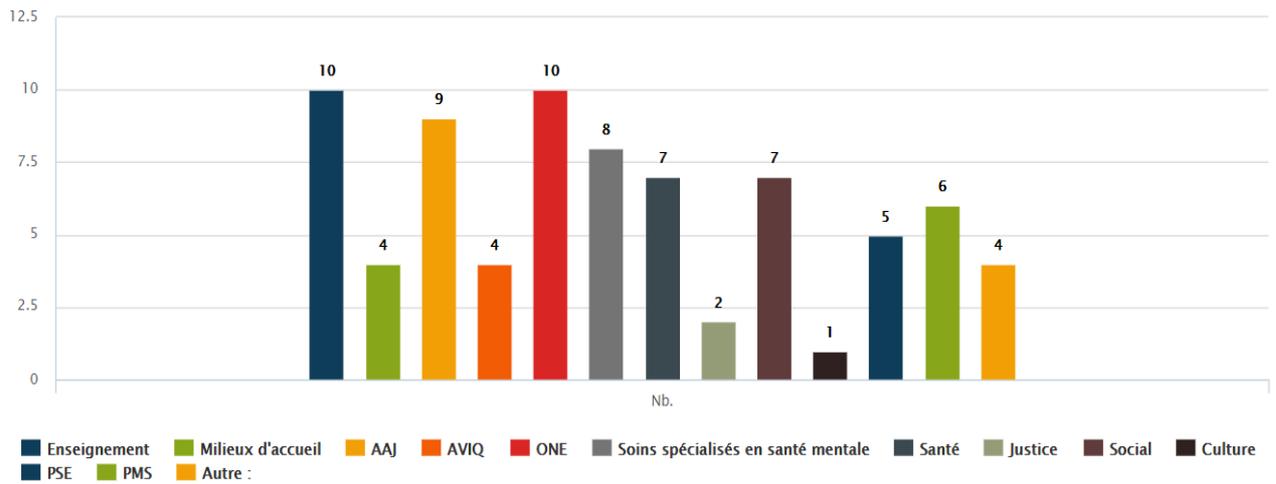


Fig.1 : Répartition sectorielle des 55 participants au questionnaire relatif à l'observation, la détection et l'intervention précoce au sein du Brabant wallon (plusieurs réponses possibles).

Ce document est une photographie actuelle de ce qui a été ramené dans notre réseau et nécessitera encore des temps de rencontres, de débats et de concertations. Et ce, afin que chacun des partenaires du réseau puisse s'approprier ce nouveau programme.

Nous tenons à remercier l'ensemble des partenaires du réseau qui ont pris le temps et se sont investis dans les réponses apportées au questionnaire et dans la rédaction des courriers qui nous ont été adressés.

2. Nom du réseau

Le réseau archipel

3. Travail en réseau pour le développement de la nouvelle offre

3.1. Décrivez les actions, projets qui sont déjà menés, au sein de votre réseau dans le cadre de la prise en charge de détection et d'intervention précoce.

Au travers des réponses du questionnaire, les partenaires du réseau nous ont fait part de leur souci d'intervenir le plus précocement possible. Les interventions sont intégrées à leur travail au quotidien. Ils développent des actions, des activités, en fonction de leur contexte et secteur spécifique.

Nous pouvons mettre en évidence des constantes au sein de la province du Brabant wallon, ainsi qu'une pluralité des philosophies de travail et des regards, qui permettent d'intervenir de manière précoce et de détecter les difficultés et leurs sources plus rapidement.

En effet, les différents organismes partenaires ont, premièrement, un réflexe de « **concertation** » (5) au sein de leur équipe. « **La pluridisciplinarité** » est considérée comme indispensable dans ce contexte, par exemple « **la concertation avec les équipes éducatives et les instituteurs** ».

Deuxièmement, ils font appel à certains organismes « **PMS, PSE, AMO, Univers santé, SSM, hôpitaux, CLPS...** » qui ont notamment pour objet de développer des programmes de « **sensibilisation, d'information, de formation** » (11) et de les mettre à disposition de leur public. Ceci leur permet d'alimenter leur réflexion ou de partager des outils tels que « **des programmes d'animation** » ou « **des formations** » (par exemple : « **programme de prévention dans les écoles...** », « **Dispositif d'urgence** »).

Troisièmement, les partenaires mettent en place des activités d'intervision, de supervision (7) (« **supervision des TMS de l'ONE et dans les crèches** », « **supervision clinique des travailleurs des ssm** »).

Celles-ci permettent de croiser les savoirs dans les équipes, notamment autour de la thématique (ODIP). Ainsi, les professionnels du terrain semblent

ne pas hésiter à se tourner vers d'autres professionnels ou d'autres équipes en vue de collaborer autour d'une situation qui leur semble problématique.

Quatrièmement, certains organismes sont reconnus par les professionnels du Brabant wallon comme des organismes partenaires et/ou relais :

- soit de première ligne (11) : « **PMS, PSE, ONE, AMO, CPAS, SPJ, SAJ, Planings familiaux** », **certaines asbl dont Caravelles, le Solier (IHP) pour les jeunes adultes...** »

- soit de deuxième ligne (13) : « **SSM (par exemple, Le Gerseau), médecins spécialistes (pédopsychiatres, neuropédiatres, pédiatres), hôpitaux, équipes mobiles WEI-JI et EMOSA, unités pédopsychiatriques, centres de guidance, médecins, psychologues, logopèdes** ».

Le travail avec les parents et le soutien de ceux-ci sont également considérés comme des moyens de diminuer les facteurs de risque (17), par exemple « **soutenir les parents dans les facteurs de risque liés à la socio-précarité** », « **aller à domicile permet de faire des hypothèses sur la dynamique familiale et les conséquences potentielles sur la santé mentale des autres enfants** ». De même, des services « **espaces rencontres** » sont cités.

Enfin, des outils sont utilisés en vue d'une détection des facteurs de risque. Ainsi, « **des questionnaires** » peuvent être complétés par les enfants lors de « **bilans de santé** », certains « **outils diagnostiques** » sont utilisés et « **l'entretien individuel** », les « **observations des enfants dans leurs apprentissages et comportements sociaux, leur évolution globale** » vont également permettre d'agir et de référer si nécessaire.

Parmi d'autres réponses, sont cités comme des outils utiles « **l'utilisation de médias** » comme par exemple les « **objets flottants, psychomotricité** » ou encore « **les livres adaptés aux âges différents et aux sujets sensibles** ».

3.2. Donnez un aperçu des différents moments de concertation et de la façon dont le réseau a réalisé la mise en place d'une nouvelle offre.

Le 15/06/2018 : Réunions avec les pédopsychiatres, les agents de liaison et la coordinatrice. Les documents DPI leur sont transférés et une rencontre est programmée au mois d'août pour voir quelle méthodologie suivre après lecture des différents documents.

Le 6/08/2018 : la coordination, les agents de liaison et une pédopsychiatre du réseau se sont réunis pour déterminer la méthodologie à suivre pour analyser les besoins des partenaires intersectoriels en termes de détection et

d'intervention précoce et de documenter les dispositifs, ressources et partenariats déjà mis en œuvre. L'idée d'un questionnaire envoyé à un large public est abordée. Une référence bibliographique, outil à la sensibilisation des partenaires est amenée : C. VANDEN BORGHT, S. TORTOLANO (2016), « Accompagner les situations de vulnérabilité, clés pour une posture professionnelle », éd. Chronique sociale, Belgique.

Le 8 et 9/08/2018 : Rédaction de la première mouture du questionnaire et du mail introductif qui seront envoyés à l'ensemble des acteurs du réseau par la coordinatrice et l'agent de communication intersectorielle.

Le 13/08/2018 : Envoi des questionnaires et du mail introductif aux pédopsychiatres et aux agents de liaison pour avoir leurs retours et modifications par la coordination.

Le 16/08 et le 28/08 : Corrections du questionnaire et du mail introductif en fonction des remarques des agents de liaison. Des concepts clé sont interrogés (réalisé par la coordination et l'agent de liaison communication).

Le 17/08/2018 : Envoi du questionnaire et du mail introductif à un groupe test par la coordinatrice : ONE, PSE, enseignement, CLPS, chercheur de l'amarrage, SAIE.

Le 27/08/2018 : Échange téléphonique entre l'ONE et la coordinatrice autour de la difficulté de se retrouver dans un programme nommé « détection ». Rencontre de la coordinatrice avec la direction d'Univers Santé, projet de collaboration autour de la recherche en santé mentale des étudiants de l'UCL.

Le 28/08/2018 : Envoi des documents DPI, du questionnaire et du mail introductif à l'ensemble des partenaires du comité réseau et du groupe opérationnel-stratégique pour qu'ils puissent analyser les documents et faire les retours nécessaires à la coordination pour le 20/09/2018 (jour du comité réseau).

Le 30/08/2018 : Rencontre de la coordinatrice avec les médecins coordinatrices des PSE provinciaux autour du programme et du questionnaire. Les coordinatrices des PSE ont le projet de travailler l'introduction au questionnaire avec leurs équipes.

Le 3/09/2018 : Rencontre avec une professeure retraitée ayant eu un parcours dans l'enseignement ordinaire et de type 5, l'agent de liaison TDA/H - scolarité et la coordinatrice autour du questionnaire. Modification des questions en conséquence.

Le 7/09/2018 : Rencontre de la coordinatrice avec un directeur de l'enseignement secondaire de Type 3 autour du questionnaire mais aussi pour voir comment mettre en place une sensibilisation autour de la détection auprès des enseignants et des éducateurs.

Le 11/09/2018 : Rencontre de la coordinatrice autour du questionnaire avec le SAIE et modification des questions en conséquence.

Le 12/09/2018 : Rencontre de la coordinatrice avec deux personnes de la coordination de l'ONE en Brabant wallon. L'ONE se retrouve comme un des acteurs principaux avec lequel ce programme doit être élaboré mais avec une grosse difficulté à se retrouver associé au concept de détection. Il est prévu que les questionnaires passent par la coordination de l'ONE pour être envoyés à l'ensemble des TMS.

Le 13/09/2018 : Rencontre de la coordinatrice avec le service d'aide des étudiants de Louvain-la-Neuve. Échange autour du programme, du questionnaire, des outils mis en place au sein du service d'aide et aussi des projets à venir, notamment autour du développement de l'outil « mindmates » mis en place par la KU Leuven.

Le 14/09/2018 : Présentation du programme en quelques lignes de la coordinatrice lors du GT autour de la périnatalité animé par l'agent de liaison dont c'est la spécificité. Travail en groupe autour de la question : « Si vous pouviez rêver le programme de détection et d'intervention précoce, comment l'imaginerez-vous ? ».

Le 20/09/2018 : L'un des points du Comité réseau est le questionnaire. Peu de retour des participants. Demande de formuler l'intitulé autrement. Décision du comité réseau de nommer le programme autrement dans une logique d'empowerment pour que tous les acteurs se sentent concernés. Il sera intitulé : « observation, détection et intervention précoce ».

Le 21/09/2018 : Rencontre de la coordinatrice avec la direction de l'école Escale du fondamental autour du questionnaire et sur la manière de mettre en place une sensibilisation des enseignants à la détection. Discussion autour des aménagements raisonnables, de l'intégration, de l'inclusion et du pacte d'excellence. Les professeurs de l'école Escale formés à l'enseignement différencié pourraient être des points de repère dans les écoles ordinaires pratiquant l'intégration et l'inclusion. Des auteurs, ressources bibliographiques et/ou futurs conférenciers sont cités : B. Humbeeck (2018), « Aider son enfant à bien vivre l'école, phobie scolaire, maux d'école, difficultés d'apprentissage : comment réagir ? De la maternelle au lycée, votre enfant n'est pas le seul à qui cela arrive. » éd. Leducs, Paris.

Le 24/09/2018 : Finalisation du questionnaire en fonction des dernières remarques avec les agents de liaison et la coordinatrice.

Le 25/09/2018 : Rencontre de la coordinatrice avec la direction du SAS (service d'accrochage scolaire) de Wavre.

Le 5/10/2018 : Envoi du questionnaire aux acteurs cités dans le DPI, les directions d'école (ordinaire, type 5, Type 3...), les CPAS, les Maisons de jeunes, les mutualités, les crèches, les pédiatres...

Le 10/10/2018 : Rencontre SAJ et SPJ et de la coordinatrice autour du programme et du questionnaire.

Le 12/10/2018 : Suivi du travail élaboré lors du GT périnatalité du 14/09/2018 par l'agent de liaison périnatalité et la coordinatrice. Mise au travail des groupes sur 3 priorités sélectionnées avec la question « comment les mettre concrètement en pratique ? ».

Ces 3 axes prioritaires sont :

1. la formation des intervenants concernés en santé mentale du bébé,
2. des initiatives citoyennes (essentiellement autour de la mobilité, des actions de prévention secondaire telles que « le petit vélo jaune » et l'offre de lieux d'accueil où pourraient être hébergés parents et bébés en dehors du secteur hospitalier en cas de crise).
3. l'intervention de services tels que la MIIF (équipe d'intervention mobile intensive en famille) en dehors d'un mandat. (voir annexe 3)

Les 26/10, 5/11, 12/11, 26/11 : Rencontres avec les agents de liaison, la coordinatrice et le case manager autour du dépouillement du questionnaire, de l'analyse des lettres d'inquiétudes et de la rédaction du programme.

Le 5/11/2018 : Rencontre avec l'école Escale de Type 5, l'école Jean-Bosco, le SAS du Wavre et la coordinatrice pour travailler la question de la sensibilisation des enseignants et des éducateurs.

Le 6/11/2018 : Rencontre de la coordinatrice avec l'agent de liaison de Liège dont la thématique de travail est, notamment, les troubles du comportement alimentaire et l'asbl « Anorexie et Boulimie ensemble ».

Discussion sur « comment construire un réseau de professionnels autour des besoins des personnes présentant des troubles du comportement alimentaire ? ».

Projet de récolter la parole des utilisateurs de services et des familles le 2 juin 2019 lors de la journée organisée par l'asbl « Anorexie et Boulimie ensemble. »

Le 8/11/2018 : Comité réseau. Demande du comité d'être vigilant à ce que le programme de détection ne soit pas un programme qui renforce le contrôle, la stigmatisation des jeunes et de leur famille. La souffrance psychique fait partie de la condition humaine, le tout est de voir quand et comment aider, soutenir les jeunes et leur famille. Et ce, afin d'éviter que cette souffrance ne devienne envahissante, « désinsérante », voire destructrice. Rencontre avec l'ASBL « un Pass dans l'impasse » et la coordinatrice, information sur les possibilités en termes de formation dans le cadre de ce programme autour des conduites à risque, dont le risque suicidaire. Information sur l'outil « Help ado » (une première plate-forme numérique mondiale destinée aux médecins, infirmières, pharmaciens. Le but de cette application est d'évaluer et de critériser les conduites à risque d'un jeune en souffrance. Cet outil sera testé à grande échelle par des professionnels liégeois et français).

Le 9/11/2018 : Rencontre entre la coordinatrice d'archipel et la coordinatrice du 107. Analyse du travail possible pour répondre à la demande : « Décrivez, précisément, les stratégies, méthodologies, qui seront utilisées pour construire les liens entre la nouvelle offre, la fonction 1 et la première ligne généraliste ».

Le 13/11/2018 : Rencontre de la coordinatrice avec la présidence et vice-présidence de l'APEPA (Association de Parents pour l'Épanouissement des Personnes avec Autisme) qui ont mis en place une fiche à destination des familles et des professionnels concernant les signes de repérage précoce de l'autisme. Des craintes sont exprimées autour de l'inclusion.

3.3. Précisez quels types de coopération votre réseau a développé avec l'ensemble des partenaires.

Notre réseau a développé une collaboration inclusive par des consultations sectorielles et deux concertations intersectorielles. Cette collaboration s'est mise en place à travers l'élaboration dynamique d'un questionnaire qui a généré un processus de réflexion et de mise au travail collective. Cette coopération intersectorielle a permis la rédaction du présent document.

3.4. Indiquez, si et de quelle manière, les enfants et les adolescents ainsi que leur entourage (parents, proches et intervenants de proximité) prendront part au développement de la nouvelle offre.

Voici les trois pistes principales qui se dégagent :

1. Collaborer davantage avec des représentants des publics cible. « *Pour les étudiants, associer l'AGL (assemblée générale des étudiants de l'Université Catholique de Louvain) et les mouvements étudiants à la démarche.* »
2. Aller à la rencontre des jeunes pour récolter leur parole, que ce soit de manière virtuelle (questionnaire via le web et les réseaux sociaux) ou présenteielle (organisation d'ateliers ou d'échanges).

« [Réaliser une] recherche action sur le concept de santé mentale chez les jeunes de tous les lieux de vie et de toutes les problématiques », « Des moments de rencontres et d'échanges sur un thème donné, passer par les écoles pour soutenir que des jeunes se sentent concernés et viennent en groupe classe ou en délégation ? », « hymne d'Archipel :) que les jeunes aient accès à la connaissance des différents services. Création d'un médiateur qui offrirait la possibilité aux gens de faire part de leur expérience via une plateforme virtuelle, via des rencontres régulières et participatives... ».

« L'information des parents, des acteurs de terrain et la sensibilisation des enfants et adolescents à leurs émotions, leurs relations. La possibilité de mettre en mots leur vécu, des groupes de parole. »

« Un questionnaire ouvert, et non dirigé comme celui-ci, destiné aux usagers sur ce qui leur semble le plus pertinent en matière d'aide et d'accompagnement. Un colloque pour présenter les résultats d'une telle étude avec témoignages d'usagers. », « leur demander leurs attentes en matière de prévention avant de décider de tout programme. », « avoir des bénéficiaires partenaires. »

3. Permettre au jeune d'être l'acteur principal de sa propre observation et détection précoce et rendre accessibles les outils nécessaires à la construction de son projet personnel.

« Inclure le bénéficiaire et/ou son entourage dans son projet de manière proactive - Démystifier l'image du milieu médical et psycho-médical. » (voir aussi la dernière question en lien avec la sensibilisation).

3.5. Précisez quels sont les liens développés entre la prévention (soins de santé et aspects de la politique de santé), la première ligne et les services de soins en santé mentale spécialisés.

Différents organismes ont développé une réelle expertise en matière de promotion de la santé, de prévention primaire et/ou de prévention secondaire (ONE, AMO, PSE et CPMS, CLPS, centres de planning familiaux, le petit vélo jaune, le SAS, l'enseignement différencié, le service d'aide aux étudiants, Univers Santé, les lieux de rencontre type « maisons vertes », « parle-jeu »...)

Nous estimons qu'il est nécessaire de mettre en avant ces expertises au sein du réseau, de leur donner toute leur place et toute leur valeur afin de permettre l'échange des pratiques qui ont fait leurs preuves, y compris quand il y a passage nécessaire entre la première ligne et les services de soins en santé mentale spécialisés dans le cadre de la prévention tertiaire.

Ces services sont de véritables ressources de première ligne pour être entre autres « **Quelqu'un qui puisse en réunion avec les profs démystifier ce qui se passe avec l'élève en espérant que cela relance "la machine scolaire" ou ne l'enraye pas ?** »

Le réseau archipel a la préoccupation de soigner ces passages entre services pour que nos interventions ne viennent pas augmenter la souffrance des enfants et de leur famille qui seraient dans l'incompréhension de ce qui leur arrive.

Notre réseau aura comme défi, notamment dans le cadre de ce programme, de se pencher sur « comment soigner ces passages tout en respectant le rythme de chacun ».

Les différents textes que nous avons reçus suite au questionnaire soutiennent la même idée, soit « **qu'un symptôme psychique n'est pas forcément le signe d'une maladie sous-jacente mais une tentative de mise en alerte de son psychisme propre et de l'environnement, un essai de communication, quelque chose qui cherche à se dire, une tentative de résolution du problème** » (T. Lebrun).

« **Si des comportements inadaptés socialement ou des comportements perturbateurs sont des manières de dire quelque chose à un moment donné et souvent signes de souffrances, ils ne sont pas nécessairement des signes de maladie ou précurseurs.** » (L'école des Moineaux).

« La prévention se veut généraliste et adressée à tous sans distinction », ce n'est pas « repérer une maladie sous-jacente ou menaçant d'éclorre... il s'agit de penser quelles seraient les conditions individuelles, familiales et sociales pour qu'un bébé, un enfant, un adolescent se sente bien en lui comme dans son environnement. » (T. Lebrun).

Nous voudrions également reprendre la définition de l'ONE (annexe 2) « de la promotion de la santé mentale qui vise à favoriser l'acquisition d'une santé mentale positive en encourageant la résilience individuelle, en créant des environnements de soutien et en étudiant l'influence des déterminants (sociaux, culturels, économiques, politiques et environnementaux) plus généraux de la santé mentale. Elle vise à améliorer les facteurs de protection qui aident les personnes, les familles et les collectivités à faire face aux événements, ainsi qu'à renforcer les conditions – comme la cohésion sociale – susceptibles de réduire les facteurs de risque de problèmes de santé mentale. Cette promotion concerne aussi les personnes vivant avec une maladie mentale ».

... « la santé mentale n'est donc pas seulement l'absence de troubles mentaux ou de handicaps associés. Elle doit être conçue comme un état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, et contribuer à la vie de sa communauté. Une bonne santé mentale correspond à la capacité d'un individu de mener une vie épanouissante pour lui et de nouer et d'entretenir des relations dans sa communauté de vie ».

En conclusion, ces considérations précisent la façon dont plusieurs partenaires de secteurs différents définissent la finalité des activités liées à l'observation, la détection et l'intervention précoce.

3.6. Précisez quels sont les liens développés avec le programme de consultation et de liaison intersectorielle

Comme décrit ci-dessus, les quatre agents de liaison ont participé à l'élaboration du programme ODIP (réunions, questionnaires, dépouillement, communication, concertations au niveau de chaque groupe de travail animé par les agents de liaison, écriture, relecture).

En ce qui concerne les liens avec le programme CLI (Consultation et Liaison Intersectorielle), deux axes sont privilégiés et se développent, à savoir un axe "information - communication" et un axe « formation et partage d'expérience »

3.6.1. Un « axe information - communication »

3.6.1.1. Le développement de différents outils de communication

Des outils de communication, tels que le site internet du réseau archipel (<http://www.archipelbw.be>), permettent d'offrir des supports indispensables pour favoriser les partenariats autour des bénéficiaires, y compris en matière d'ODIP. Ils permettent la mise à disposition d'informations à la fois aux professionnels mais aussi aux jeunes et à leur entourage.

Le site permet, également, de donner une visibilité aux partenaires quant à leur champ d'action et cadre d'intervention (objet social, publics-cible, zone d'action...). Il donne accès à diverses ressources.

3.6.1.2. Les groupes de travail

- Le groupe de travail (GT) « Assuétudes » vise à développer des collaborations structurelles entre les acteurs de première, seconde et troisième ligne, dans une perspective intersectorielle, en visant une approche partagée articulant prévention, observation, détection, évaluation et orientation.
- Le GT MENA, à travers l'élaboration du « plan d'action MENA » est centré sur l'amélioration des accès à des soins en santé mentale. Les participants sont invités à partager des bonnes pratiques et à rechercher des articulations constructives pour que les interventions entre les secteurs de la santé, de Fédasil, de l'aide à la jeunesse, du handicap, du social et du judiciaire soient facilitées au bénéfice du public des jeunes MENA mais aussi plus largement au bénéfice des personnes qui vivent des situations d'exil.
- Le GT « Santé mentale, Aide et Protection de la Jeunesse, Judiciaire » a pour ambition d'échanger et de valoriser les expertises autour des situations qui provoquent l'intervention publique. Ceci, soit pour éviter le recours à la contrainte, soit afin de préciser les bonnes articulations qui permettent de préserver les droits fondamentaux des bénéficiaires.

Dans cet ordre d'idées, la bonne connaissance des rôles de chacun, notamment en matière d'évaluation des besoins des bénéficiaires et de la

société, est susceptible de permettre d'identifier des besoins et de référer ou d'orienter précocement les situations qui justifient des soins en santé mentale.

- Le GT « Parentalités fragilisées » est un groupe ouvert à tous. Il vise à développer une culture de l'accueil et de la non stigmatisation des familles, quel que soit le contexte où cette fragilité se manifeste. C'est un lieu d'échange de bonnes pratiques pour éviter que nos interventions ne viennent redoubler la fragilité de ces familles. On y prend en compte nos propres fragilités comme professionnels. Nous y recherchons un décloisonnement des pratiques entre le secteur du soin, de l'accompagnement des adultes et celui des enfants et des adolescents. Nous visons à développer des solidarités entre les réseaux professionnels et citoyens.
- Le GT « Petite enfance » est un groupe ouvert et participatif, il rassemble des professionnels de la petite enfance de tous secteurs confondus. Les objectifs de ces rencontres sont de faciliter l'échange des expertises et des expériences de terrain de chacun, de promouvoir l'interconnaissance des différents acteurs du réseau. Et ceci, pas seulement en se présentant mais aussi en travaillant sur les représentations et les attentes que les uns ont vis-à-vis des autres, de développer une culture de l'accueil et du respect (non stigmatisation des familles et des professionnels) ; de développer des solidarités de réseau avec les familles et leurs enfants.
- Le GT « Trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité et autres problématiques scolaires » est un groupe qui est ouvert à tous. Il s'est créé autour du projet TDA/H. Ce lieu permet, entre autres, aux différents partenaires de mieux se connaître pour mieux se comprendre et mieux collaborer autour de l'enfant, de l'adolescent et de sa famille.

En parallèle à ce groupe, et en collaboration avec le CLPS du Brabant Wallon, une animation a été proposée pendant l'année scolaire 2017-2018, à des enseignants des écoles communales maternelles et primaires d'Ottignies-Louvain-la-Neuve. Celle-ci avait pour objectif de sensibiliser les enseignants à l'importance de travailler au développement des fonctions exécutives des enfants, fonctions considérées comme problématiques dans le TDA/H. Un livret contenant des activités et postures pouvant être mises en place a été créé. Celui-ci a été diffusé à tous les enseignants des écoles concernées par le projet et est également diffusé dans d'autres écoles par le réseau archipel et le CLPS du Brabant wallon. Tou-

jours en parallèle, une animation s'est mise en place avec les écoles communales de Lasne sur les aménagements à mettre en place face à des enfants présentant des difficultés attentionnelles.

Comme dans les autres provinces, le projet TDA/H a permis d'initier ce travail autour de la détection, l'observation et l'intervention précoce. Parmi les éléments principaux, citons la participation à la création du site www.trajet-tdah.be et la diffusion de celui-ci dans différentes équipes et auprès de professionnels de divers horizons, la diffusion et l'explication des guides réalisés toujours dans le même cadre...

3.6.2. Un axe « formation et partage d'expérience »

Cet axe se décline à travers les GT précités mais aussi à travers les autres espaces de travail auxquels contribuent la coordination et les agents de liaison (« accompagnement des lits de crise », « situations complexes », « commission de coordination maltraitance » ...).

Remarque : à la question de savoir « comment imagineriez-vous concrètement la diffusion et le partage des outils, des expertises, des ressources, des formations... entre les différents acteurs intersectoriels ? », les répondants soulignent, pour l'essentiel :

« L'accès à des informations par le biais de formations, de rencontres, d'une plate-forme informatisée, éventuellement interactive, sur le web » (11), « des informations sur les services disponibles/accessibles » (5), « des formations continuées accessibles » (8), « des séminaires thématiques, des (demi-) journées thématiques » (6) « des moments de rencontre (GT intersectoriels archipel) et/ou locales (12) entre professionnels de terrain », « des congrès, colloques, des formations ponctuelles » (4), « des partages d'outils, des carrefours d'information » (2), « des espaces de concertation clinique accessibles aux familles » (4), « des folders, des brochures, des publications, une newsletter » (5), « des immersions (réciproques) » (1).

Un avis plus détaillé synthétise bien ces propositions en ajoutant aussi un axe plus politique, pour « faire remonter » des recommandations : **« Créer un site qui reprend avec détails et philosophie d'intervention de chaque centre, service, organisme, avec les personnes ressources, ce site étant régulièrement enrichi, amélioré, modifié selon les évolutions de terrain ou légales, et avoir un centre de coordination qui met sur pied les rencontres, colloques, formations ou événements permettant les rencontres et les échanges entre professionnels ou personnes ressources et**

produisent des vade mecum ou des rapports destinés à interpeller le politique et l'opinion publique afin de recevoir davantage d'appuis, aides, finances... qui puissent aussi interpeller les écoles de formations d'éducateurs, travailleurs sociaux, médecins, psychologues. »

3.7. Expliquez de quelle manière une collaboration intersectorielle s'articule dans le développement de la détection précoce ainsi que dans la valorisation des expertises pour que les interventions précoces soient organisées de manière à être aussi accessibles et brèves que possible.

Comme vu plus haut, des collaborations intersectorielles se mettent en place.

A la question : « avez-vous des ressources (partenaires, programmes, supports, compétences, outils...), adaptées aux bénéficiaires (bébés, enfants, adolescents et leur entourage), pour observer, repérer, identifier, détecter un éventuel trouble en santé mentale ? », 84,91 % des répondants répondent par la positive.

Néanmoins, en ce qui concerne la disponibilité et l'accessibilité, les participants au questionnaire ont mis en évidence « **le manque de moyens en temps** » (9), « **en personnel** » (4), « **de disponibilité dans les services** » (11), que ce soit en ambulatoire ou résidentiel. Cette remarque a été entendue de multiples fois dans les groupes de travail et les rencontres d'équipes.

De façon plus explicite, à la question : « quelles sont les ressources (partenaires, programmes, supports, compétences, outils...), adaptées aux bénéficiaires, qui vous manquent pour observer, détecter et intervenir précocement ? ».

Certains partenaires nous signalent « **un manque de moyens sur le plan humain (nous sommes trop peu nombreux) ainsi qu'une image dans le public qui est souvent réductrice ou dévalorisée. Notre présence de proximité dans le champ scolaire nous identifie malheureusement trop peu (pour certains bénéficiaires) comme ressource pour les difficultés du registre de la santé mentale.** »

« Le temps !!!! Trop de situations par intervenant nous empêchent souvent et nous oblige à ` baisser la barre de nos exigences par rapport à ` notre travail. »

« Du temps, du temps pour recevoir les enfants, puis pour collaborer avec nos collègues psy. »

D'autres acteurs nous signalent le manque de **« compréhension de la réalité de chacun, le manque de temps, temporalités différentes, budget de formation, manque d'occasion de partage de savoir, perte de temps de travail si on veut s'informer (au détriment de la clinique), complexité des relais, manque de places, embouteillage ou absence des relais, manque de structures d'accueil où référer quand détection manque de fil rouge au niveau des suivis, chacun a l'impression de devoir recommencer. »**

« Les services de santé mentale sont peu accessibles, peu disponibles. »

Le manque de disponibilité est aussi signalé au niveau des hôpitaux **« davantage de disponibilité dans les services actuels (hôpitaux, unité pédopsychiatrique...), un service qui accepte facilement un jeune ayant des troubles psychiques ET qui consomme de la drogue et/ou qui adopte des comportements violents. », « plus de places disponibles en Time out, plus de souplesse dans la procédure d'admission en unité pédopsychiatrique. »**

Le manque de disponibilité et de relais se fait sentir à tous les niveaux, rendant difficile la continuité et la qualité de l'intervention en réseau.

Il nous est également signalé que **« les enjeux étant essentiellement sociétaux, ce sont les politiques qui ont les moyens de prendre les mesures les plus adaptées. Les soins aux parents souffrant de pathologie psychiatrique ne sont pas financés pour y associer une prise en charge familiale par exemple, ce qui serait pourtant une mesure d'intervention précoce très utile vu le nombre de jeunes patients dont les parents présentent une pathologie ou une souffrance mentale importante. De même, il ressort du politique d'agir en matière de conditions socio-économiques et d'accueil de la parentalité. »**

Pour illustrer toute la complexité de l'articulation des différentes actions liées à ce programme, voici un des extraits de la lettre de l'ONE (annexe 2) : **« Une fois la détection, quid de la prise en charge de l'orientation, des soins thérapeutiques ? Les consultations chez les pédopsy et services sont saturées. Quel accompagnement et relais offrir aux parents dans ce contexte ? », « la discontinuité des soins trop souvent présente. », « par ailleurs, il ne faudrait pas non plus que cette nouvelle politique vienne quelque part masquer le manque cruel de prise en charge au niveau des enfants et adultes. »**

4. Mission et vision de cette nouvelle offre

4.1. Expliquez les valeurs concrètes, la vision et la mission du réseau en ce qui concerne la nouvelle offre.

4.1.1. Valeurs

La détection est vue au sein du réseau comme de la prévention secondaire. C'est-à-dire qu'au moment où des signes de souffrances psychiques apparaissent ou sont observées par des jeunes, des familles, des pairs, des acteurs de la société (enseignants, éducateurs, puéricultrices...) ou de la santé, il s'agit de promouvoir une culture de l'accueil de la souffrance psychique dans le lieu où elle s'exprime et, à partir de là, privilégier un accompagnement non stigmatisant, au plus proche de la parole de l'enfant et de sa famille. La non stigmatisation est un facteur de protection important comme le souligne un des répondants : **« concernant ce qui protège, je dirais tout ce qui soutient le lien social, la reconnaissance des compétences, la non stigmatisation des familles ou des groupes sociaux ou religieux, la possibilité de s'autoriser à inventer une vie culturelle, une liberté de circulation et qui évite toute forme de stigmatisation. »**

Cela implique de soutenir des solidarités dans le réseau (souplesse d'interventions, ouverture...) afin que des interventions précoces puissent être construites avec les enfants et leur famille, au plus près de leur lieu de vie.

Détecter ne signifie pas diagnostiquer, le réseau devra être vigilant à délier la notion de détection de celle du diagnostic afin d'éviter la stigmatisation des enfants et des adolescents. Les cinq textes que nous avons reçus comme interpellation vont tous dans ce sens (voir annexe 2).

4.1.2. Vision

L'objectif de ce programme serait d'améliorer l'observation pour les jeunes, les parents, les acteurs, les partenaires de première ligne (qui en éprouvent le besoin) des signes d'alerte, des signes d'une souffrance psychique. Et ce,

afin que les acteurs puissent l'accueillir et ensuite référer et travailler en réseau avec les personnes ressources/relais. Cet accueil doit pouvoir se faire sans jugement et cela ne peut se faire que dans le cadre d'une relation bienveillante.

L'intervention précoce va dans le sens d'une prise en charge non stigmatisante, singulière et valorisant les ressources, le case management naturel, l'empowerment des jeunes et de leur famille.

Les symptômes sont vus comme une manière de pallier une souffrance psychique, à un mal-être. **« Les symptômes ne relèvent pas nécessairement d'une pathologie avérée ; l'enfant est en devenir et son développement n'est pas figé. »** (courrier ONE)

Par exemple, un comportement destructeur est à voir comme la seule manière que la personne a trouvée pour pallier son mal-être.

4.1.3. Missions

Nos missions seront :

- de continuer à mettre en valeur, faire connaître les partenaires (associations de parents, institutions, asbl...) du réseau qui sont des acteurs de prévention primaire et secondaire, ainsi que leurs outils. Et ce, notamment, par notre site internet, nos différents groupes de travail, nos équipes mobiles.

« Mettre en place plus de moments d'intervision sur une situation donnée (rencontres entre les intervenants qui suivent une même situation) ; pouvoir avoir accès plus facilement à ce qui a déjà été fait pour ne pas recommencer ; informer les acteurs de première ligne (ex : hôpitaux, médecins, enseignants...) pour qu'ils puissent plus rapidement détecter les difficultés et orienter adéquatement les intéressés ».

« Connaissance insuffisante de ce qui existe dans le réseau social (ONE, SAJ, AVIQ, services d'aide précoce, PSE, CPMS...) manque d'outils, de supports... Par contre, ressources du réseau archipel pour davantage développer cette connaissance du réseau, participer aux échanges et aux réflexions, créer un fil rouge et pouvoir orienter les bénéficiaires adéquatement ».

- à partir de situations vécues dans les milieux de vie, crèches, écoles, familles, élaborer le réseau intersectoriel qui peut se mettre en place pour répondre aux besoins en santé mentale. Et ce, notamment, par des focus group dans les écoles ou encore par des fiches informatives : « **organigrammes (que faire dans une situation de maltraitance ? Harcèlement ? Découverte chez un jeune d'une situation d'abus ? De consommation de drogues ? De comportements addictifs ? Etc.)** »
- pour les partenaires demandeurs, de mettre en place des formations et des conférences sur le thème de la détection des signes de souffrance psychique chez le nourrisson, l'enfant, l'adolescent, l'adulte, les familles et les liens familiaux.

4.2. Description du contenu et du développement organisationnel du programme de la nouvelle offre.

Au regard du retour que nous avons eu, il semble important qu'en termes de priorité, le réseau archipel continue à mettre en valeur les activités de prévention primaire, secondaire et tertiaire au sein de la première ligne et ce, notamment, en intensifiant le travail de nos agents de liaison et de la coordination en termes de communication.

En termes de besoins et demandes des différents partenaires, il y a une réelle demande de formation, de sensibilisation à la détection du côté de l'enseignement et de l'Aide à la jeunesse « **meilleure formation en matière de santé mentale** », « **il nous manque des formations** », « **connaissance un peu plus approfondie de certains phénomènes à observer (sans, bien sûr, émettre un diagnostic) afin d'exacerber notre sensibilité** », « **des formations spécifiques sur des outils récents** », demandes « **d'informations par des experts, les bonnes pratiques à avoir vis-à-vis des élèves en fonction de leurs difficultés** », « **des outils et échanges avec le monde de la pédopsychiatrie pour mieux comprendre les conséquences de certains facteurs de risques sur le développement des enfants** ».

Le besoin étant toujours et surtout de savoir vers qui se diriger une fois que l'observation d'une souffrance psychique est faite « **information, moyens d'action, repères clairs en termes d'acteurs à contacter** ».

Comme nous avons déjà pu l'écrire plus haut, l'élaboration d'un tel programme ne peut se faire sans lien avec la prévention primaire et ce, notamment, dans les écoles et les milieux d'accueil.

Ils visent à renforcer « les facteurs de protection » d'une souffrance psychique qui pourrait éventuellement se diriger vers quelque chose de plus

pathologique. Voici une proposition pour renforcer les facteurs de protection et diminuer leurs freins éventuels :

« Facteur de protection : un cadre scolaire qui prend plus en compte l'individualité de chaque enfant ; une formation des surveillants et éducateur à l'écoute bienveillante et active. Activités ludiques et collaboratives qui permettent d'évaluer la place que se donne l'enfant dans un groupe, comment il arrive à faire connaître ses potentialités aux autres sans s'imposer. Capacité de consensus. Freins : les moyens financiers pour augmenter le cadre et le manque de formation des encadrants pour développer les aptitudes psycho-sociales des enfants. Coût des formations. Démotivation ».

4.3. Décrivez concrètement comment le réseau entend réaliser les programmes de la nouvelle offre sur le plan du contenu en lien avec tous les autres acteurs (principalement avec la première ligne).

Actuellement et sans généraliser, le réseau est une entité que les acteurs ne se sont pas encore appropriée. C'est comme s'il y avait le réseau archipel et les autres... Il n'y a pas encore de réelle appartenance et des partenaires qui puissent se dire « je fais partie du réseau archipel ». Trop d'acteurs voient le réseau comme une charge de travail supplémentaire et pas comme un moyen de potentialiser les compétences au service des jeunes et de leur famille.

Actuellement, pour la majorité des partenaires, le réseau archipel est représenté par la coordination, les agents de liaison, les équipes mobiles.

Le réseau, de manière générale, s'est fort mobilisé dans les réponses au questionnaire. Un vrai travail au sein des équipes, d'échanges, de réflexion a pu se mettre en place autour de cet outil.

De manière concrète, la coordination et les agents de liaison prévoient :

- Un temps supplémentaire d'analyse et de réflexion autour des réponses au questionnaire et aux lettres. **« Travailler le paradigme : "Une des missions des réseaux est de construire et développer un programme d'observation, de détection et d'intervention précoce d'un trouble en santé mentale. La détection précoce peut permettre une intervention adaptée en santé mentale pour prévenir les manifestations d'une possible problématique psychique ou**

psychiatrique en tant que tel et poser les balises éthiques permettant de soutenir la nouvelle politique maintenant l'enfant/ado/famille au centre du processus et non le symptôme. »

- Une intégration de cette réflexion dans les différents groupes de travail mais aussi au sein du comité réseau. Une idée serait d'alimenter la réflexion à partir de livres et de leurs auteurs. Exemples :
 - C. VANDEN BORGHT, S. TORTOLANO (2016), « Accompagner les situations de vulnérabilité, clés pour une posture professionnelles », éd. Chronique sociale, Belgique.
 - B. HUMBEECK (2018), « Aider son enfant à bien vivre l'école, phobie scolaire, maux d'école, difficultés d'apprentissage : comment réagir ? De la maternelle au lycée, votre enfant n'est pas le seul à qui cela arrive », éd. Leducs, Paris.
 - Ph. JEAMMET (2017), « Quand nos émotions nous rendent fous », éd. Odile Jacob, Paris.
- Analyser, soutenir, répondre à des demandes de formations intersectorielles.
- Mettre en valeur, notamment par le site internet, les institutions permettant de faire un travail de prévention primaire et secondaire (notamment en lien avec le soutien à la parentalité).
- Analyser les outils utilisés par les partenaires ainsi que le partage possible de ceux-ci au sein du réseau.

« Observation clinique du nouveau-né »(Esther Bick), GED, Brazelton, Brunet Lézine, Réseaugramme, Le dessin de famille, Le fil rouge (2), « Participation au groupe de travail de la WAIMH...», « clinique de concertation du Dr Lemaire, ou travailler sur des cas cliniques pour créer un réseau d'intervention, ou détecter une personne ressource, qui serait un fil rouge dans l'histoire et la continuité de soin (ou de prise en charge), de l'enfant ou de l'adolescent et de sa famille ou son entourage, avoir plus de pédopsychiatres impliqués dans les groupes de réflexion, davantage de publicité sur l'existence des groupes de réflexion, car il y a beaucoup de services, organismes ou ASBL qui ne connaissent pas ou ont oublié l'existence d'Archipel ».

« Utilisant la démarche de croisement des savoirs (ATD Quart Monde) garantissant la plus grande égalité possible, tous étant co-chercheurs d'un mieux pour l'enfant et chacun parlant à partir de son expérience : savoir universitaire, savoir professionnel, savoir

tire ´ de la vie en situation de précarité, sans jugement, dans le respect de la parole de l'autre. Travail qui se mène en groupes de pairs, en groupes mixtes et en plénière. », « le statut PEPS », « promotion de la santé Pack en Bloque » « grille d'examen comme celle qui vient d'être créée pour dépister indices de tendance suicidaire », « Certaines échelles d'évaluation : Child Behavior Checklist, échelle de Conners, Kiddie-Sads, Child Depression Inventory... », « les outils de l'ONE », « Yapaka », « mindmates », « la boîte à ton écoute" », « Help-ado ».

- *Réflexion et mise en place de manière intersectorielle d'outils permettant de garder le fil rouge au niveau des suivis. « le fil rouge ; un document qui suit l'enfant dans les services où il se trouve pour ne pas répéter certains examens/bilans inutiles et des attentes inutiles ». « De travailler le plus possible en lien avec tous les acteurs, que le jeune sente qu'il y a de la cohésion autour de lui, et maintenir la transmission et le lien quand il y a changement de structure pour que cela se tisse pour le jeune et ne soit pas un "éternel recommencement". »*
- Promouvoir une culture de l'accueil, de la souffrance psychique dans le lieu où elle s'exprime et, à partir de là, privilégier un accompagnement non stigmatisant, au plus proche de la parole de l'enfant et de sa famille.
- Mettre en place des focus group avec des jeunes et des familles, des enseignants, autour de la question de la santé mentale et du pouvoir d'agir et ce, au travers de vignettes cliniques. Donner des pistes face à des actions : *« Dis-moi ce que je dois faire quand j'ai un enfant qui pète un câble dans mon bureau. Comment trianguler ? ».*
- Réalisation d'un questionnaire pour analyser les besoins en terme de détection et d'intervention précoce auprès des jeunes et de leurs familles.
- Sensibilisation des éducateurs et des enseignants : voir ci-dessous le point *« Précisez comment les acteurs, tels que les enseignants, les éducateurs, les enfants et leurs proches pourront bénéficier d'une sensibilisation à la détection précoce pour contribuer au repérage des troubles mentaux et pour pouvoir aborder les proches de manière pertinente. »*

Remarque : ce programme n'a pas reçu de budget pour être réalisé. La coordination et les agents de liaison l'intègrent dans leurs missions au sein du réseau. L'ODIP gagnerait en efficacité si un budget lui était accordé afin de mener à bien les actions concrètes citées ci-dessus.

4.4. Indiquez comment se déroule la procédure d'inclusion des enfants et des adolescents.

En relisant le guide, l'inclusion est l'accès à une égalité de traitement et à une citoyenneté à part entière.

En matière de petite enfance, il s'agit de penser l'accès pour tous dans les lieux d'accueil de la petite enfance, y compris pour les parents soit fragilisés soit en recherche d'emploi et/ou en formation.

A notre connaissance, trois services travaillent l'inclusion d'enfants ayant des besoins spécifiques au sein des milieux d'accueil (l'ASBL Caravelles, le Service d'Aide Précoce et le service Triangle).

En ce qui concerne les enfants en âge scolaire, depuis une dizaine d'années, beaucoup d'écoles mettent en place des projets d'intégration avec les écoles d'enseignement spécialisé. Il y a aussi les services d'aide à l'intégration qui interviennent (SAI, Service d'Aide Précoce).

En matière d'inclusion scolaire, malgré l'aide apportée par les PMS et les écoles d'enseignement spécialisé, beaucoup d'enseignants se sentent encore très démunis face aux difficultés que peuvent présenter certains enfants.

Il nous semble aussi important de porter notre attention sur les services d'accueil parascolaire et écoles des devoirs et de rester disponibles à l'inclusion dans le réseau archipel des AMO et des maisons de jeunes qui font un véritable travail d'accompagnement de ces jeunes.

4.5. Précisez qui sont les envoyeurs et les tiers demandeurs

Dans ce contexte, nous ne comprenons pas la question.

4.6. Indiquez comment le réseau assure une couverture totale de son territoire d'action de manière équilibrée.

La répartition des ressources dans le Brabant wallon n'est pas équilibrée. Il est difficile de mobiliser des acteurs de certaines parties du territoire. De plus, les difficultés de mobilité renforcent l'accessibilité aux soins de santé de base.

A l'heure actuelle, le réseau est attentif à cette problématique et est assez démuné. Le groupe périnatalité a pu mettre en évidence l'existence de services citoyens qu'il faudrait répertorier et rendre accessibles à tous.

4.7. Décrivez comment les partenaires du réseau concilient les différentes fonctions entre elles en tenant compte de cette nouvelle offre.

Ce point sera à construire. Pas de réponse évidente pour le moment. Voir ci-dessus le point « **Décrivez concrètement comment le réseau entend réaliser les programmes de la nouvelle offre sur le plan du contenu en lien avec tous les autres acteurs (principalement avec la première ligne).** »

4.8. Comment et où seront transmises les informations au sein du réseau.

Depuis le mois de mai 2018, le réseau a fixé une priorité sur le développement de son site internet et sur sa communication dans le réseau. Un agent de liaison intersectorielle, avec un master en communication, a été engagé. Les informations seront transmises via, notamment, le site internet actualisé. Nous travaillons aussi sur une base de données reprenant notamment les acteurs des réseaux travaillant dans le cadre de la prévention primaire et secondaire.

Cette information se fait aussi via les différents groupes de travail mis en place par les agents de liaison (voir plus haut : le programme liaison et consultation intersectorielle).

La coordination et les agents de liaison sont des passeurs d'information et des acteurs faisant lien, créant des ponts entre les différents partenaires intersectoriels dans le domaine de la prévention primaire, secondaire et tertiaire et aussi entre le politique et les acteurs de terrain.

4.9. Décrivez, précisément, les stratégies, méthodologies qui seront utilisées pour construire les liens entre la nouvelle offre, la fonction 1 et la première ligne généraliste.

Le 9/11/2018, une rencontre a eu lieu entre la nouvelle coordinatrice du réseau adulte et la coordinatrice du réseau archipel. La fonction 1 dans le réseau 107 est en développement. Le 30 novembre 2018, les deux coordinatrices rencontreront la garante de la fonction 1.

Les deux coordinatrices veulent articuler les deux réseaux et ce, notamment, par un travail commun autour des thématiques partagées pour les 16-23 ans et le groupe de travail « parentalités fragilisées ».

La coordinatrice du réseau 107 sera associée au travail de la coordinatrice d'archipel, notamment concernant la participation à l'élaboration de l'enquête sur la santé mentale des étudiants de Louvain la Neuve. Ceci, en collaboration avec Univers Santé, le service d'aide aux étudiants, l'UCL...

Le service d'aide aux étudiants aimerait mettre en place l'outil « mindmates ».

D'autres projets, notamment avec ASARBW, le groupe de travail assuétudes et le groupe de travail sur les parentalités fragilisées sont des lieux permettant d'intégrer la nouvelle offre au travail de réseau déjà existant, ce qui décloisonne les secteurs des adultes et des jeunes.

4.10. Décrivez concrètement comment les professionnels de la première ligne (tels que médecins généralistes, médecins scolaires, pédiatres, travailleurs médico-sociaux de consultation d'enfants, centres psycho-médicosociaux attachés aux écoles ou services d'accompagnement pédagogique) seront formés pour communiquer avec les jeunes, détecter les problèmes de santé mentale de façon précoce et assurer l'aide, les conseils et les interventions précoces adéquats, avec des méthodes spécifiques et validées.

Certains partenaires n'émettent pas de demande de formation comme par exemple l'ONE : « *Toute formation ou temps d'accompagnement qui viserait à sensibiliser les professionnels au repérage ou dépistage des signes précoces de troubles ou problèmes psychiques et mettre en place du matériel ainsi que des stratégies de stimulation précoce n'a pas lieu d'être quand ceux-ci sont destinés aux professionnels de l'enfance. En particulier, l'identification précoce de difficultés communicationnelles, d'interactions sociales et du jeu ne fait pas partie des observations systématiques de ces professionnels.* »

Certains secteurs de professionnels n'ont pas répondu. Par exemple, nous n'avons pas reçu de retour des médecins généralistes.

Certains acteurs préconisent des formations pour les autres : « *Les PMS ne sont pas formés à l'autisme ou à la psychose. Il faut former dans les écoles ordinaires, former à la détection et aux difficultés précoces. A l'heure actuelle, il y a des enfants qui sont juste turbulents et on essaye de les évincer. Il y a vraiment un travail à faire.* » « *Former davantage les*

pédiatres, médecins, personnel de crèche, les enseignants ... ». « Importance de la "formation" des intervenants de première ligne autour de la petite enfance : TMS, puéricultrices, maternité, sage-femme, etc. car ce sont eux qui peuvent détecter le plus précocement. Pour les enfants scolarisés : importance du PMS, nous proposons des supervisions dans les écoles mais cela a du mal à se concrétiser », « formations lors des GLEM. » (2)

Cette demande de formation/sensibilisation de certains acteurs est également récurrente dans certains groupes thématiques, en particulier dans le groupe TDA/H-Scolarité. Pour répondre à cette demande, une soirée d'informations sur le trajet de soins du TDA/H sera organisée en février 2019. Le public-cible sera principalement les médecins généralistes, pédiatres et enseignants.

En ce qui concerne les besoins en formation/sensibilisation des puéricultrices dans les crèches, l'agent de liaison petite enfance et la coordinatrice du réseau archipel ont prévu de rencontrer le 7 décembre 2018, la coordinatrice de File. Une des missions de File est de mener une réflexion pédagogique, développer des outils et des formations destinés aux différents acteurs de l'accueil, de la protection et de l'accompagnement de l'enfant.

De façon plus générale, ce point demande encore de la réflexion au sein du réseau.

4.11. Précisez comment les acteurs, tels que les enseignants, les éducateurs, les enfants et leurs proches pourront bénéficier d'une sensibilisation à la détection précoce pour contribuer au repérage des troubles mentaux et pour pouvoir aborder les proches de manière pertinente.

Voici quelques pistes reprises de notre questionnaire.

4.11.4. Pour les enseignants et les éducateurs :

« Il me semble important que les profs puissent avoir un accompagnement pour éviter les écueils : enfant difficile, perturbé ... et rater l'enfant en souffrance, en difficultés d'apprentissage, pour ne pas confondre peu soigneux et dysgraphique... Des formations à proposer aux journées pédagogiques des écoles ? Des cellules d'accompagnement pour les profs qui sont "débordés" par leurs élèves ? »

Les rencontres réalisées avec la direction de l'école Escale (Type 5), Jean Bosco (Type 3) et du SAS de Wavre vont dans le sens de **créer plus de temps de concertation** pour les professeurs, de permettre aux professeurs de faire équipe, d'échanger en dehors d'un conseil pédagogique qui ne permet pas de prendre l'élève dans sa globalité.

Le pacte d'excellence devrait permettre d'organiser ces temps de concertation (heures prévues à un travail collaboratif). Cette zone nouvelle de dialogue pourrait permettre d'articuler, d'associer les éducateurs, des aides (SAS, intégration des profs qui ont une expérience de l'enseignement différencié, AMO, PMS, PSE) au travail, à l'observation des professeurs. **« Il faut que les gens discutent »**

L'idée serait pour ces concertations de s'inspirer des caps en Ontario. Les caps développent la culture de collaboration où les enseignants s'efforcent d'améliorer leur travail, apprennent les uns des autres et sont guidés et soutenus par les directions d'école pour donner lieu à de meilleurs apprentissages pour les élèves. Ces concertations permettraient en partie de répondre à des demandes de notre questionnaire **« permettre plus de temps de concertation avec les enseignants au sujet des enfants »**

Ces lieux de concertation, ainsi que les journées pédagogiques, pourraient être des lieux possibles de sensibilisation.

Les accompagnants pour les élèves en intégration déjà présents dans les écoles et qui ont créé des liens de confiance sont des relais possibles en termes d'interpellation et de sensibilisation.

Pour le mois d'avril, 1/3 des écoles du Brabant wallon devront remettre leur contrat d'objectifs dans le cadre du pacte d'excellence. Dans celui-ci, des axes prioritaires devront être transmis. Ceux-ci comprennent, entre autres, un axe prioritaire autour du bien-être et un autre autour de l'inclusion.

La coordination, l'agent de communication intersectorielle et l'agent TDA/H scolarité prendront contact à partir du mois de septembre 2019 avec les écoles ayant choisi l'axe prioritaire du bien-être ou de l'inclusion et analyseront avec ces écoles le soutien possible du réseau à leur plan d'action. Il s'agira de répondre à une éventuelle demande de sensibilisation en faisant lien avec les partenaires du réseau réalisant régulièrement des actions concrètes de prévention/sensibilisation des enfants, jeunes et de leur famille, comme les PMS, PSE, AMO, CLPS, un Pass dans l'impasse, perspectives jeunesse...

Comme déjà cité dans d'autres points, il sera pertinent de relayer et valoriser ce travail de prévention/sensibilisation au travers de nos médias (tels que le site internet).

Une autre piste de travail sera de prendre contact avec la CECAFOC (formation continue de l'enseignement libre catholique) et l'IFC (Fédération Wallonie-Bruxelles) et de voir s'il y a lieu de rajouter un pôle santé mentale dans les catalogues de formation continue.

Ce soutien à la formation, au travail en réseau, notamment avec l'AVIQ, pourra aussi se faire dans le cadre des aménagements raisonnables qui seront intensifiés à l'avenir et ce, dans un processus d'inclusion. En effet, l'école est légalement tenue de prévoir des aménagements raisonnables en concertation avec les élèves et les familles et ce, en vertu de la législation anti-discrimination et de la Convention de l'ONU relative aux droits des personnes handicapées. Cette obligation vaut pour les différents niveaux, types et réseaux d'enseignement.

Un autre projet est occupé à s'élaborer avec l'école Escalé autour de l'inclusion d'un professeur dans les équipes mobiles. Cette nouvelle offre pourrait permettre aux écoles d'avoir une possibilité supplémentaire en termes de sensibilisation et d'accompagnement au niveau de la santé mentale.

Afin de pouvoir toucher les écoles de façon plus uniforme et avoir, par exemple, le point de vue des éducateurs, nous devons encore prendre contact avec le SEGEC et le SEDESS (référents pour les éducateurs dans les écoles de l'enseignement libre) dans un premier temps. Ensuite, le CPEONS, le CECP et la FELSI seront également interpellés. En parallèle, l'agent de liaison TDA/H –Scolarité, conjointement avec les agents de liaison des provinces de Liège et du Hainaut, sont en démarche pour rencontrer une personne-ressource au Ministère de l'enseignement pour les aménagements raisonnables.

Dans le cadre de la sensibilisation et de la formation, deux noms sont cités comme des références : B. HUMBEECK et P. LEURQUIN.

4.11.5. Pour les jeunes et leurs familles :

« Il ne s'agit pas de les faire participer mais de leur demander comment on peut les aider ! Ce qui les aiderait, ce pour quoi ils ont besoin d'aide, de notre aide... Mais même ça, comment le demander pour qu'ils aient les outils pour y répondre ? »

Certains éléments de réponse ont déjà été avancés ci-dessus à la question : « indiquez si et de quelle manière, les enfants et les adolescents

ainsi que leur entourage (parents, proches et intervenants de proximité) prendront part au développement de la nouvelle offre ».

Certains professionnels du Brabant wallon proposent par exemple :

« L'information des parents, des acteurs de terrains et la sensibilisation des enfants et adolescents à leurs émotions, leurs relations. La possibilité de mettre en mots leur vécu, des groupes de parole ».

« Visite dans les écoles, maisons de jeunes... », « une visibilité sur les réseaux sociaux », « informer davantage les familles, familiers, et jeunes des services existants ».

Pour les enfants, les jeunes et leur famille, il est important d'avoir toutes les clés en main pour se rendre compte, rapidement, des possibles problématiques de santé mentale rencontrées et pouvoir réagir au mieux dans leur intérêt.

Ainsi, il est important que les bénéficiaires (tout comme les professionnels) aient à disposition toute l'information nécessaire pour faire face à une situation, notamment par la diffusion des points de contacts existants et utiles (que ce soit au moyen d'animations pour les enfants ou d'informations en ligne, etc.).

5. Auto-évaluation du réseau

Il y aura lieu d'évaluer ce programme de manière collective et intersectorielle au cours de plusieurs séances de travail tels que nous l'avons réalisé pour l'élaborer. L'objectif poursuivi au travers de cette évaluation sera de vérifier si à court, moyen et long terme, les pistes dégagées, projets, outils... rencontrent bien les attentes formulées par les différents acteurs du réseau.

Celle-ci se fera également à travers la mise en place de nos missions et de nos actions concrètes.

5.1. Les indicateurs

Dans une approche globale et non exhaustive, il aura lieu de définir différents indicateurs tant qualitatifs que quantitatifs.

Un premier indicateur pourrait être fourni à travers la poursuite du débat qui a été lancé suite à l'envoi du questionnaire. En effet, l'appropriation de ce questionnaire par les partenaires a généré des remarques, des propositions de recadrages sémantiques et parfois des prises de position de principe qui nécessitent d'être approfondis au sein du réseau. Une première intégration de ces réactions et réflexion dans les différents groupes de travail mais aussi au sein du comité réseau a déjà été entreprise.

Un deuxième indicateur pourrait être trouvé à travers la demande de formations intersectorielles formulée par les différents professionnels qui se sont exprimés à l'occasion de ce questionnaire. Une analyse de ces demandes de formations intersectorielles, leur soutien et l'élaboration de réponses, sont déjà en cours de formalisation.

Un troisième indicateur pourrait être le développement de la politique de communication mise en place par le réseau à travers, notamment, le site internet et les multiples groupes de travail. L'usage des médias de communication, le partage des compétences et d'informations seraient également considérés comme des indicateurs à part entière. Une mise en valeur, notamment des institutions permettant de faire un travail de prévention primaire et secondaire, au travers des groupes de travail, des moments de rencontre et du site internet, est déjà réalisée.

De plus, un partage d'outils est également réalisé par l'intermédiaire du site internet et au travers de la plate-forme d'échanges.

Un quatrième indicateur pourrait être la création d'une banque de données, d'un répertoire intersectoriel reprenant le travail des acteurs de prévention primaire, secondaire et tertiaire. Ce projet est en cours de réalisation.

Un cinquième indicateur de développement positif du programme ODIP pourrait être l'évolution des représentations des acteurs de terrain et des bénéficiaires. Cet indicateur pourrait être apprécié à partir de recherches-actions qui viseraient à évaluer les avis des bénéficiaires et des professionnels.

D'autres indicateurs serviront à notre auto-évaluation comme la réalisation :

- d'une réflexion et d'une mise en place de manière intersectorielle d'outils permettant de garder le fil rouge au niveau des suivis.
- de la promotion d'une culture de l'accueil, de la souffrance psychique dans le lieu où elle s'exprime pour, à partir de là, privilégier un accompagnement non stigmatisant, au plus proche de la parole de l'enfant et de sa famille. La possibilité même de mettre au travail cette notion de l'accueil dans le réseau sera un indicateur en soi.

- d'une mise en place des focus group avec des jeunes et des familles, des enseignants, autour de la question de la santé mentale et du pouvoir d'agir (au travers de vignettes cliniques).
- de la prise de contact avec les écoles dont l'axe prioritaire est le bien-être ou l'inclusion et de l'apport éventuel de support nécessaire du réseau archipel pour aider les écoles à réaliser leur plan d'action.
- de la prise de contact avec les organismes CEGEC, SEDESS, CPEONS, CECP et FELSI.

6. Personne de contact

Truyers Barbara

GSM : 0474.29.92.16

Adresse électronique : b.truyers@archipelbw.be

7. Liste des annexes

7.1. Le questionnaire

3749115	3749115	0	t
---------	---------	---	---

Afin que nous partions sur les mêmes bases au niveau conceptuel, nous vous proposons une définition de ce que peuvent être un trouble en santé mentale, la détection précoce et l'intervention précoce.

Pour ce faire, nous nous sommes en partie inspirés de l'OMS (*Politiques et plans relatifs à la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent, 2005*).

Trouble en santé mentale :

- Le trouble en santé mentale peut désigner un ensemble d'affections et troubles d'origines très différentes se manifestant de manières diverses. Ils se caractérisent par un ensemble de pensées, de perceptions, d'émotions, de comportements et de relations avec autrui pouvant entraîner des difficultés, des souffrances, dans la vie d'un individu.
- A titre indicatif, l'OMS a répertorié une série de troubles mentaux par tranche d'âge entre 0 et 18 ans :

Tableau 1. Classes d'âge type pour la présentation des troubles sélectionnés (Politiques et plans relatifs à la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent, OMS, 2005, p7.)																		
Trouble	Âge																	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Attache-ment																		
Troubles du développe-ment profonds																		
Comporte-ment perturba-teur																		
Trouble de l'humeur / anxiété																		
Abus d'alcool ou d'autres substance s psycho-actives																		
Psychose de l'adulte																		
* Il faut relever que l'âge de début et de fin de troubles varie énormément et est influencé de manière considérable par l'exposition aux facteurs de risques et aux circonstances difficiles.																		

- Toujours d'après l'OMS, le trouble en santé mentale peut survenir quand les facteurs de risque et de vulnérabilité dépassent les facteurs de protection ou de résistance :

Tableau 2. Risque sélectionné et facteurs de protection en matière de santé mentale des enfants et des adolescents

(Politiques et plans relatifs à la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent, OMS, 2005, p10).

Domaine	Facteurs de risque	Facteurs de protection
Biologique	Exposition aux toxines (ex : tabac et alcool) pendant la grossesse Tendance génétique au trouble psychique Traumatisme crânien Hypoxie à la naissance et autres complications à la naissance Infection à VIH Malnutrition Autres maladies	Développement physique conforme à l'âge Bonne santé physique Bon fonctionnement intellectuel
Psychologique	Prendre connaissance des troubles Traits de personnalité mésadaptés Abus et négligence sexuels, physiques et émotionnels Tempérament difficile	Aptitude à tirer des leçons de l'expérience Bonne estime de soi Bonne aptitude à résoudre les problèmes Aptitudes sociales
Social		
a) Famille	Administration insuffisante de soins Conflit familial Mauvaise discipline familiale Mauvaise gestion familiale Décès d'un membre de la famille	Attachement à la famille Possibilités d'une implication fructueuse dans la famille Récompenses pour une implication dans la famille
b) Ecole	Echec scolaire Incapacité des écoles à offrir un cadre approprié pour appuyer la participation et l'apprentissage Education irrégulière / inappropriée	Possibilités d'une implication dans la vie scolaire Renforcement fructueux du fait des résultats scolaires Identité entre une école et un besoin en ce qui concerne le niveau scolaire)
c) Communauté	Manque d' «efficacité communautaire » (Sampson, Raudenbush & Earls, 1997) Désorganisation communautaire Discrimination et marginalisation Exposition à la violence Manque du sens de « place » (Fullilove, 1996) Transitions (ex : urbanisation)	Interdépendance avec la communauté Possibilités d'utiliser utilement les activités de loisir Expériences culturelles fructueuses Modèles de comportement fructueux Récompenses pour une implication de la communauté Interdépendance avec les organisations d'intérêt local, y compris les organisations confessionnelles

- Observation, détection et intervention précoce :

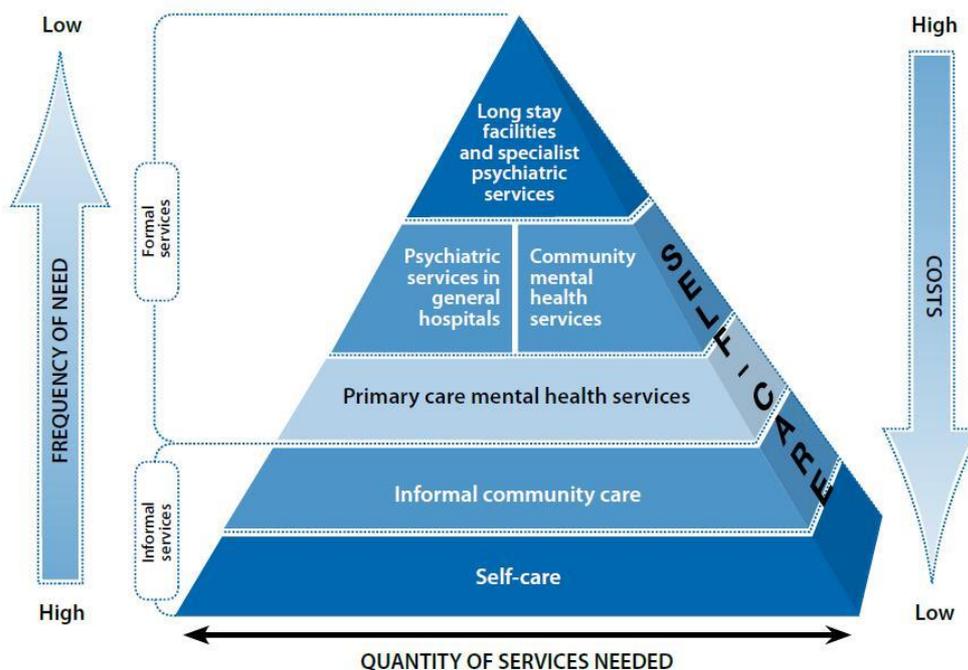
L'intervention précoce peut se faire, d'une part, dans le cadre de la prévention d'un trouble en santé mentale, de manière universelle et/ou spécifique et d'autre part, être mise en place lors de l'apparition du trouble. La détection et l'intervention précoce doivent se faire dans l'intérêt de l'enfant, de l'adolescent et ce, de manière singulière.

Toujours en s'inspirant de l'OMS, il existe trois raisons fondamentales qui justifient la mise sur pied d'interventions efficaces pour les enfants et les adolescents :

- 1) étant donné que les troubles en santé mentale apparaissent à certains stades de développement de l'enfant et de l'adolescent, les programmes de dépistage et les interventions relatifs à ces troubles peuvent être menés pendant la période où ils risquent d'apparaître ;
- 2) étant donné qu'il existe un degré élevé de continuité entre les troubles de l'enfant et de l'adolescent et ceux de l'adulte, une intervention précoce pourrait prévenir ou réduire la probabilité d'un trouble durable ;
- 3) enfin, des interventions efficaces réduisent le poids des troubles pour l'individu et la famille et amoindrissent les coûts que supportent les systèmes de santé et les communautés.

La santé mentale est l'affaire de tous les acteurs en lien avec l'enfance, l'adolescence et leur entourage.

A titre indicatif, voici la pyramide décrite dans le *Guide de la nouvelle politique de santé mentale pour les enfants et les adolescents* (p16).



Dans ce contexte, les notions de détection précoce et d'intervention précoce peuvent se traduire par une évaluation dans le circuit de la prévention ou de première ligne et une orientation adaptée. Elle ne doit pas nécessairement intégrer les notions de diagnostic et d'intervention spécialisée.

Nous vous remercions pour votre participation. Ce questionnaire peut sembler prendre un peu de temps mais la démarche est essentielle pour pouvoir mettre en place un programme au plus près de vos vécus et besoins.

Sur le plan méthodologique, s'ils sont cités dans le rapport (« template ») adressé aux différents Ministères, les contenus seront non nominatifs et se limiteront aux secteurs d'activité. L'idée principale est de mettre en relief les perceptions du terrain, les attentes et de formuler des propositions qui seront validées par les instances du réseau, en regard des aspects éthiques soutenus par le réseau.

1.

Quel est le nom de votre institution, si vous en avez une ? (Non obligatoire)

3749117	3749117
1	t

2.

Quelle est votre fonction ?

*

3749118	3749118
1	m

3.

Quel est votre secteur d'activité ? (plusieurs choix possibles)

*

1

- Enseignement
- Milieux d'accueil
- AAJ
- AVIQ
- ONE
- Soins spécialisés en santé mentale
- Santé
- Justice
- Social
- Culture
- PSE
- PMS
- Autre :

--

3749120	3749120
1	m

4.

De quoi relève votre activité principale ? (plusieurs réponses possibles)

*

1

- Accueil de l'enfant
- Détection précoce (cf. définition supra)
- Prévention
- Promotion de la santé
- Intervention à visée curative
- Intervention « curative » en situation de crise ou d'urgence
- Intervention précoce (cf. définition supra)
- Pédagogie
- Accompagnement socio-éducatif, soutien social
- Accompagnement culturel
- Orientation
- Soutien à la parentalité
- Intervention dans le domaine judiciaire
- Autre :

3749271	3749271
0	u

5.

Votre service et/ou votre fonction sont-ils impliqués dans une activité qui concerne l'observation, la détection et l'intervention précoce en matière de risques de développement de troubles en santé mentale ?

1	0
---	---

- Oui
- Non

3749273	3749273
0	t

6.

Laquelle ?

3806501	3806501
0	t

7.

Pour vous, quels sont les signes avant-coureurs d'une souffrance psychique ?

<div style="border: 1px solid gray; height: 80px; width: 100%;"></div>
--

3749274	3749274
0	t

8.

Quels seraient les facteurs de risque principaux à prendre en compte pour intervenir précocement dans l'intérêt du bébé, de l'enfant et de l'adolescent ?

3806621	3806621
0	u

9.

Avez-vous des ressources (partenaires, programmes, supports, compétences, outils...), adaptées aux bénéficiaires (bébés, enfants, adolescents et leur entourage) pour observer, repérer, identifier, détecter un éventuel trouble en santé mentale ?

1	0
---	---

Oui

Non

3749275	3749275
0	t

10.

Si oui, lesquelles ?

3749276	3749276
0	t

11.

Quelles sont les ressources (partenaires, programmes, supports, compétences, outils...) dont vous disposez pour agir sur les facteurs de risque et les facteurs de protection en matière de santé mentale ?

3749277	3749277
0	t

12.

Quelles sont les ressources (partenaires, programmes, supports, compétences, outils...), adaptées aux bénéficiaires, qui vous manquent pour observer, détecter et intervenir précocement ?

3749279	3749279
0	t

13.

Quelles recommandations pourriez-vous faire au réseau archipel en termes d'observation, de dépistage et d'intervention précoce d'un trouble en santé mentale ?

3749280	3749280	0	t

14.

Quelles sont les expertises, les outils que vous auriez envie de partager afin que les partenaires en lien avec les bébés, enfants, adolescents et les familles puissent reconnaître au mieux les difficultés, les souffrances et intervenir de manière précoce ?

3749281	3749281
0	t

15.

Comment imagineriez-vous concrètement la diffusion et le partage des outils, des expertises, des ressources, des formations... entre les différents acteurs intersectoriels ?

3749282	3749282
0	t

16.

Quelles sont les ressources (programmes, supports, compétences, outils ...), adaptées aux bénéficiaires, dont vous disposez pour orienter et intégrer au mieux le jeune, l'enfant et sa famille vers la structure la plus adaptée ?

3749284	3749284
0	r

17.

Pour vous, quelles seraient les thématiques sur lesquelles nous devrions travailler de manière prioritaire au niveau du Brabant wallon ?

Classez-les de la plus prioritaire (1) à la moins prioritaire (12 avec "autre")

11
<input type="text"/>

- Difficultés relationnelles
- Troubles du développement profonds (autisme, psychoses infantiles, troubles envahissants du développement...)
- Difficultés d'apprentissage
- Comportement perturbé / perturbateur
- Comportement à risque et/ou de mise en danger (en ce compris risques suicidaires, scarification...)
- Anxiété / stress ...
- Assuétudes / conduites addictives
- Troubles neurologiques
- Situations de maltraitance et négligence
- Harcèlement
- Autre

3750126	3750126
0	t

18.

Veillez spécifier votre réponse si vous avez utilisé l'option "autre" à la question ci-dessus.

3749290	3749290
0	t

19.

Quels sont les facteurs de risque et les facteurs de protection (voir ci-dessus) sur lesquels le réseau archipel du Brabant wallon devrait travailler de manière prioritaire pour que s'améliore la santé mentale des enfants, des adolescents et de leur entourage ?

3749292	3749292
0	t

20.

Selon vous, que mettre en place pour coordonner davantage les différents acteurs impliqués dans l'observation, la détection et l'intervention précoce ?

3749293	3749293
0	t

21.

Afin de construire ce programme tous ensemble, que faudrait-il prévoir pour faire participer les bénéficiaires (enfants, adolescents et entourage) ?

--	--

7.2. Les lettres qui poussent plus loin la réflexion

7.2.1. Lettre 1

Chers Coordinateurs,

J'ai découvert dans ma boîte mail le questionnaire diffusé par Rhéseau concernant le Programme d'activité relatif à l'Observation, la Détection et l'Intervention précoce chez les enfants et adolescents. Je me suis posé pas mal de questions en le lisant, je vous les transmets, de même qu'aux collègues qui le sollicitent, en espérant que cela puisse être constructif.

Sur les destinataires du questionnaire

Le questionnaire semble adressé spécifiquement aux intervenants « enfants et ados » et non aux intervenants « adultes ». Cela pourrait comporter un risque d'aggraver les clivages qui existent déjà trop souvent entre intervenants des enfants et ceux des adultes. Plus largement, il me semble difficile de penser prévention et travail en séparant l'aide aux enfants de celle aux parents : « un enfant tout seul, ça n'existe pas ». Le questionnaire semble aussi pensé sur les symptômes et le réseau de l'enfant, sans insister suffisamment sur le fait que les familles, elles, font appel aux généralistes, maisons médicales, plannings familiaux, etc.

Ensuite, la Réforme affirme depuis sa mise en place qu'elle souhaite impliquer les bénéficiaires. Le fait que la question apparaisse en fin de questionnaire semble suggérer que « c'est un problème, il faut réfléchir comment faire ». Ne peut-on tout simplement diffuser ce questionnaire aux parents permettant qu'aux aussi donnent leur avis sur ce qui les aide et leurs besoins prioritaires ? Cela a déjà été fait au Canada, y compris dans une population à risque (parents avec des parents souffrant de troubles psychiques), je vous joins l'article :

<http://www.revueintervention.org/numeros-en-ligne/143/determinants-sociaux-de-la-sante-et-exercice-de-la-parentalite-regard-sur-le>

Sur la démarche

L'enquête, par sa volonté de détection précoce, touche à la prévention et aux actions déjà pratiquées depuis longtemps, et avec beaucoup de compétences et de réflexion notamment par l'ONE et les PMS... Je crains que cela provoque pas mal de réactions dans ces secteurs vu le cadre référentiel.

Sur l'introduction

Soucieux d'être clairs sur leurs références, les auteurs de l'enquête imposent cependant un cadre référentiel qui est loin d'être partagé par les cliniciens de terrain.

En effet, la terminologie utilisée dans le premier tableau se situe dans le registre psychopathologique, puisqu'on parle déjà de « troubles », le diagramme suggérant que ça peut être du long terme. On pourrait même parler de « pseudo-psychiatrie » puisque cela pourrait laisser penser que notre travail se résume à cocher des symptômes. On se demande aussi ce que cela va induire dans les lieux du réseau dont ce n'est pas l'objet : écoles, loisirs... Cela peut avoir des effets pervers, ceux-ci étant à leur tour pris dans une dynamique où ils sont responsabilisés à détecter les pathologies, porte ouverte vers la psychiatisation... L'augmentation de prescription de Rilatine à des jeunes enfants repérés dès l'école maternelle et primaire en est un exemple. Je pense aussi aux effets bien plus graves de la lourdeur d'une étiquette prédictive, nous connaissons tous dans notre pratique la « prophétie autoréalisatrice », ces situations où il faut déconstruire avec une famille l'effet délétère d'un diagnostic même suggéré.

Un débat a déjà eu lieu en France à l'époque où la HAS a voulu imposer le repérage de troubles du comportement à l'école dans un but de prévention de la délinquance. Les enseignants ont signé massivement la pétition « pas de 0 de conduite pour les enfants de 3 ans ».

https://www.lemonde.fr/idees/article/2011/02/18/il-faut-protger-la-petite-enfance-du-securitaire_1481782_3232.html

Ce débat a été repris par Yves Cartuyvels, criminologue, qui dénonce dans un article très intéressant le dépistage précoce des « troubles du comportement » pour ses risques d'eugénisme comportemental.

<https://www.cairn.info/revue-deviance-et-societe-2007-4-page-445.htm>

Le second tableau est le seul qui suggérerait que la souffrance de l'enfant est toujours contextuelle, et encore, il s'agit quand même d'une conception où l'enfant est le porteur de la pathologie, amplifiée ou non par le milieu... Les critères sont peu affinés et plutôt stigmatisants. Le tableau est bourré de termes qui vont certainement faire réagir car ils touchent aux jugements de valeurs et à la normativité, au point qu'on se demande s'ils ont été traduits correctement : « traits de personnalité mésadaptés », etc. Les items familles et communautés sont même choquants : « mauvaise discipline familiale », « mauvaise gestion familiale », « récompenses pour une implication dans la famille » (???), « discrimination et marginalisation » (qui ouvre à tout le secteur de la pauvreté qui serait à nouveau ciblée), « modèles de comportement fructueux ». Cerise sur le gâteau, « l'interdépendance avec ... y compris des organisations confessionnelles », ce qui risque de donner chaud à certains...

Mais par contre, le facteur pour moi le plus vulnérabilisant n'y figure pas : il s'agit des discontinuités précoces de soins, et des parcours erratiques dans les circuits de soins avec « ballottage » des enfants. Je pense que si on fait des statistiques sur l'augmentation interpellante des MEO pour mineurs, on tombera quasi systématiquement sur ce problème. Vous n'évoquez pas non plus le contact intensif avec le télé, tablettes etc. qui semble également être un facteur de risque, les addictions étant d'ailleurs dans vos cibles de recherche.

Par ailleurs, nous connaissons tous des gens (et il y en a beaucoup parmi les soignants) qui ont cumulé les risques (sans les protections), qui ne vont pas si mal que ça. La question « qu'est-ce qui fait que les gens s'en sortent, malgré des parcours parfois assez terrifiants ? » est absente de l'enquête. Avec Cathy Caulier, lors de notre intervention récente à l'IFISAM, nous avons entendu le récit de la thérapie d'une jeune femme universitaire qui est passée totalement inaperçue des réseaux malgré une histoire de traumatismes multiples et de lourds échecs scolaires. Le dépistage ne fait pas partie de ce qui l'a aidée, on a presque envie de dire : « heureusement... ».

Au bout du compte, l'idéologie sous-jacente serait qu'on pourrait éliminer les pathologies en les traitant le plus tôt possible... ça dépend surtout de « comment » on fait ! Or, s'il est en effet incontestable que plus on agit tôt mieux c'est, il serait fou de penser qu'on pourrait éradiquer la souffrance psychique en prenant tout à la racine... On voit d'ici la multitude de demandes qui pourraient arriver en provenance des crèches, des écoles etc. pour les facteurs cités dans les deux premiers tableaux ! Tout cela, alors que les consultations de pédopsychiatrie sont déjà saturées et qu'il relève de l'impossible d'obtenir une consultation en urgence. Sans compter qu'on passera à côté de ceux qui n'attirent pas l'attention (je pense à des enfants calmes, timides, bons élèves, qui sont parfois très en souffrance). Une telle dynamique décentre du soin, nécessaire à tous les âges, vers le dépistage et l'étiquetage. Pour moi, soigner et faire de

la détection, ce n'est pas le même travail. Pour nous cliniciens, le repérage des facteurs de vulnérabilité et des ressources fait partie intégrante du travail d'anamnèse, mais ce n'est pas dans un but prédictif : c'est pour définir les priorités du travail thérapeutique.

Le troisième tableau qui décrit les soins indique justement très bien qu'il ne faut pas mettre de la terminologie médicale partout...

Le questionnaire

Sur le plan méthodologique, il me semble qu'il aurait vraiment gagné à ne pas être précédé de l'introduction. J'ai travaillé plusieurs mois avec Stéphane Adam à l'Ulg sur celui que nous utilisons dans le projet Fondation Roi Baudouin, et il a beaucoup insisté sur le fait qu'il fallait toujours présenter le but de la recherche après pour ne pas introduire de biais méthodologique.

J'ai aussi découvert à quel point chaque mot comptait, y compris toute la part sur la confidentialité. Ici, le fait par exemple de demander le nom de l'institution, croisé avec la fonction, me semble poser une sérieuse question sur l'anonymat. Comme je joue le jeu d'y répondre, vous verrez que vous m'identifieriez tout de suite. Par ailleurs, on ne sait comment seront utilisées ces données mis à part qu'elles feront l'objet d'un rapport au SPF santé, mais dans quel but ? Qu'est-ce que ce programme en construction, qui le pilote ?

Voici, c'est un peu long, mais comme vous le constatez, ce questionnaire a le mérite de faire réfléchir ! J'espère que ces réflexions n'apparaîtront pas comme un frein, mais plutôt comme un désir de co-construire la réforme en santé mentale avec tous nos écarts de pratiques et de références conceptuelles.

Très cordialement,

Frédérique Van Leuven

7.2.2. Lettre 2

Madame, Monsieur,

Une amie m'a transmis votre courrier concernant cette campagne. Les bonnes intentions dont elle semble apparemment inspirée recouvrent à mon sens, en réalité, une idéologie inquiétante.

En ma qualité de formatrice de professionnels d'accueil de l'enfance, d'accueillante de jeunes enfants dans un lieu inspiré de la Maison Verte, de marraine d'un adolescent séparé de sa famille et placé en institution depuis sa naissance, en ma qualité de citoyenne attachée aux valeurs de solidarité et soucieuse de la qualité du lien social entre tous, je m'élève avec force contre l'esprit de votre programme.

Non, la « déviance » n'est pas « traçable dès l'enfance », les signes de souffrance d'un enfant ne sont pas des marqueurs pour le contrôle, et les travailleurs psycho-sociaux n'ont pas à se transformer en fonctionnaires du soupçon.

Je vous prie de bien vouloir vous laisser interpellé par la nécessité de réfléchir au type de société – stigmatisante, normalisante, organisant les destins singuliers comme des fatalités statistiques... - que promeut un tel programme.

Bien à vous,

Bien à vous,

--

Christine De Bauw

7.2.3. Lettre 3

Chers Aviva, Barbara, Claire, Dominique, Etienne, Marie-Madeleine, Michèle,

Nous avons bien reçu votre mail concernant un programme d'observation, détection et intervention précoce.

Ça a été un moment bien compliqué pour nous ! Nous sommes plein d'interrogations, de colères aussi...

Nous sommes tous d'accord que lorsqu'une difficulté fragilise fortement un enfant ou une famille, on a intérêt à ne pas laisser « pourrir les choses », bien sûr qu'on a intérêt à être à l'écoute afin de les entendre et de les aider au mieux. Mais une fois que l'on a dit ceci, tant de questions restent en suspens. En quoi un programme « d'observation, détection et intervention précoce » permettrait-il que les enfants aillent mieux ? Qu'est-ce que vous souhaitez dépister ? Pour faire quoi ? La maladie mentale serait-elle « détectable » à un certain âge, avant même que des symptômes n'apparaissent ? Y aurait-il des « signes avant-coureurs d'une souffrance psychique » ? « Un comportement perturbateur » comment est-ce défini ? « Pas de 0 de conduite pour les enfants de trois ans » avaient dit les français, massivement, c'était il y a quelques années déjà!

Votre mail nous donne l'impression que le secteur médical se sent seul responsable et détenteur des capacités et outils du soin des enfants.... Or, les enfants sont les premiers concernés, ils ont un avis très fin sur ces questions pour peu que l'on puisse se mettre à leur écoute. Ils sont, comme chacun d'entre nous, en tension entre « être le plus normal possible » et « faire savoir qui je suis ». Les familles sont les premières soucieuses de ces questions de soin, parfois étrangement, parfois pas comme nous penserions que ce soin doit être apporté, mais la plupart du temps en recherche et soucieuses ! Les institutions sociales veillent aussi, depuis longtemps, à prendre soin, avec des heurs et des malheurs bien évidemment ! Nous, comme école, nous pensons aussi « prendre soin » des enfants, en tout cas nous tentons de les accompagner dans leur construction et leurs apprentissages. Bien évidemment il s'agit d'un autre soin que le vôtre, d'un autre soin que les familles, d'un autre soin que les CEC, Maisons de Jeunes, ateliers créatifs, AMO, services résidentiels, etc. Notre expérience nous montre que c'est l'ensemble de ces différents acteurs qui permet de faire soin réellement. Nous, seuls, ne pouvons pas faire grand-chose, comme vous sans doute. C'est dans l'articulation entre les acteurs sociaux et thérapeutiques et les familles que le soin fait sens. C'est donc ça, nous semble-t-il, qu'il faut soigner si nous voulons faire de la prévention. Qu'est ce qui aide/ a aidé ces enfants et ces familles ? Qu'est ce qui les soutient ? Il y a déjà quelques mois, le groupe « empowerment » avait fait des propositions sur la manière d'avancer sur ces questions. Cela nous semblerait judicieux d'avancer en ce sens plutôt que de réfléchir « que faudrait-il prévoir pour les faire participer à notre programme ». C'est, nous semble-t-il, plutôt à nous de « participer à leur programme », nous qui aurions tout intérêt à entendre ce qu'ils ont à nous dire sur le soin, sur ce qui les a aidés ou non....

De plus, nous avons l'expérience que des choses peuvent bouger chez les enfants ! Heureusement ! Si des comportements « inadaptés socialement » ou « des comportements perturbateurs » sont une manière de dire quelque chose, à un moment donné, et sont souvent signes de souffrance, ils ne sont pas nécessairement signes de maladie mentale ou pré-curseurs

de maladie mentale ! Nous croyons que si des conflits familiaux, une maladie grave, le décès d'un proche, une exposition à la violence créent un « trouble », c'est plus un signe de santé mentale qu'un symptôme de maladie mentale. Bien sûr, il faut « prendre soin » des enfants qui manifestent ces troubles, les entendre, les aider à trouver et à utiliser les ressources à leur disposition. Faut-il pour autant les affubler de diagnostics, d'étiquettes, qui resteront longtemps attachés à leur personne, est-ce à dire qu'il leur est nécessaire d'avoir un suivi psy, faut-il vraiment qu'ils soient désinsérés du monde social pour les réinsérer plus tard ?

Au quotidien, nous voyons que les diagnostics psychiatriques deviennent immédiatement une identité. « Il est... » ou « je suis... » et sous-entendu « il le restera/je le resterai ». Combien de fois n'entendons-nous pas un enfant nous dire : « ah oui mais tu sais, je suis... donc non, ça je ne sais pas faire ou c'est normal que... » On se souvient tous d'un petit bonhomme de 10 ans qui nous a dit que pour lui, de toute façon il n'y avait rien à faire, il était schizophrène donc... rester en classe, ce n'était pas possible, respecter les autres, ce n'était pas possible, etc. Comment pouvez-vous imaginer qu'une école ordinaire accepte un enfant avec un diagnostic de « psychose infantile » ? Par contre, si nous disons que oui, il est un peu étrange mais qu'il n'est pas plus dangereux qu'un autre, ni pour lui, ni pour les autres, même si ça lui arrive parfois « d'être dans un moment de crise » ; si nous racontons comment nous faisons à ce moment-là pour le calmer, si nous mettons en valeur ses capacités cognitives ou autres, si nous garantissons la possibilité de les soutenir dans le quotidien... Alors oui, l'école l'acceptera peut-être et réussira sans doute, avec patience, à l'accueillir et à lui permettre de suivre une scolarité ordinaire. Les diagnostics pys et certaines interventions font peur, ils ont tendance à figer les comportements, ils déposent les enfants et les familles de leurs capacités, ils donnent aux instituteurs le sentiment qu'ils ne sont pas compétents, ils justifient les exclusions. A 2, 3 ou 10 ans la vie est encore longue ! Le risque d'enfermer les enfants et leurs familles dans ces diagnostics stigmatisants et prédictifs est important, et à nos yeux inacceptable.

Ce que nous vivons aussi, c'est qu'un même enfant a des diagnostics qui bougent au fil des ans et au gré des thérapeutes rencontrés. Ils ne sont donc pas autre chose qu'une manière de nommer les difficultés des enfants et sans doute pour vous d'imaginer le type de soins que vous pourriez apporter. Si vos outils (catégorisation, focale sur les difficultés, dévoilement de l'intime, médication) vous sont sûrement très utiles pour votre travail, dans votre champ professionnel, quand ils nous arrivent, ils sont contre-performants ! Ils excluent. Ils sont, pour

nous, des empêchements à travailler. L'enjeu d'un réseau en santé mentale est bien de permettre des places complémentaires, parce que la situation de certains enfants et de certaines familles est complexe et que cette complémentarité est porteuse. Le défi est celui-

là. Dans votre questionnaire et votre programme, ce qui prédomine c'est le discours médical et psychiatrique, prédictif. Il est présenté comme valable et légitime pour tous les espaces de vie des enfants et des familles, pour tous les intervenants. Or...

A l'école, on ne répare pas Pierre, Farid ou Igor, on les aide, on les soutient.
On ne soigne pas Charlotte ou Julie, on leur montre un chemin.
On ne guérira pas Fouad, il n'est pas malade. C'est juste un enfant, avec ses particularités, dans ce moment particulier de sa vie.

On sait qu'en se fâchant quelques fois, en contenant, parfois fermement, physiquement, en mettant des règles, des limites, de la structure, des exigences, on va permettre à Ahmed ou Anne de grandir. Ce sont des enfants qui apprennent, des élèves.
On a l'impression qu'en leur apprenant à lire, à écrire, à calculer, à se faire des amis, à jouer, à comprendre le deuxième degré, à prendre soin de leur apparence, on fait soin, à notre manière. Et ce soin-là aussi a droit à la reconnaissance et au respect.

Un autre élément qui nous inquiète dans votre questionnaire, et parfois dans certaines pratiques, concerne ces diagnostics qui laissent croire qu'il s'agit de questions plus individuelles que sociales. Or, si la souffrance psychique est aujourd'hui importante, il nous semble qu'elle est souvent d'origine sociale, que les enfants qu'on hospitalise sont souvent des enfants de familles précaires. Seraient-ils plus soumis à des risques de maladie mentale que des enfants d'autres milieux sociaux ou est-ce une manière de traiter la pauvreté ou la précarité ? Nous ne pouvons bien sûr marquer notre accord à un dispositif qui irait dans ce sens ! Nous nous battons tous les jours pour que les enfants qui nous sont confiés trouvent des outils pour essayer de vivre en société le mieux possible, nous proposons souvent de faire des liens avec des acteurs du secteur de la santé mentale... Nous avons, dans le réseau, des magnifiques expériences de co-élaboration, elles nous montrent combien cela aide les enfants et les familles. Ouvrir ces portes et faire ce lien est si porteur quand on y arrive, et pourtant, souvent, si coûteux !

Nous sommes confrontés au sentiment que, suivant les thérapeutes, les pratiques en santé mentale ne respectent souvent pas les gens et leurs capacités de changement. Votre introduction est, en ce sens, très inquiétante. En introduisant des notions morales (bien/mal), elle disqualifie tant les enfants « *traits de personnalité mésadaptés* », que les familles « *mauvaise discipline familiale* », « *mauvaise gestion familiale* », « *récompenses pour une implication dans la famille* », « *discrimination et marginalisation* » (la précarité serait-elle à nouveau identifiée comme facteur de risque ?), et tout le secteur social « *incapacité des écoles à offrir un cadre approprié pour appuyer la participation et l'apprentissage* », « *récompenses pour une implication dans la société* », « *l'interdépendance avec ... y compris des organisations confessionnelles* ». ONE, crèches, écoles, PMS, AMO, Maison de quartier, Maison de Jeunes, CEC, œuvrent pourtant chaque jour au bien-être des enfants et des familles, à la prévention de difficultés plus lourdes, au soutien des plus fragiles et tissent du lien. Depuis des années !

Vos outils, comme les nôtres, sont complémentaires et ne sont pas généralisables. Leur utilisation comme outils prédictifs a déjà été très fortement contesté par vos pairs.

Nous avons envie de vous raconter un exemple de ce qui nous aide, de ce dont nous avons besoin. Cette année-là, cet enfant-là nous posait de vraies difficultés ! Après quelques jours au

sein de notre école, nous avons interpellé l'hôpital qui nous l'avait envoyé : sans une aide de leur part, nous n'y arriverions pas. Pouvaient-ils nous soutenir ? On n'a pas parlé diagnostic, on n'a pas fait de réunion, ils ont envoyé un éducateur 2 matinées/semaine, « le temps nécessaire ». Il n'est pas resté longtemps, juste le temps de nous donner confiance en nos capacités. Que l'hôpital ne le reprenne pas, que l'éducateur ne sache pas plus que nous comment faire, qu'il ne s'en sorte pas mieux que nous, qu'il s'énerve mais qu'il tienne le coup, qu'il essaie et essaie encore, qu'on puisse en rire ensemble, que l'on travaille avec les parents, c'est cela qui nous a aidés, cela qui a permis à cet enfant de s'inscrire dans un apprentissage scolaire et social. Si c'est vrai pour nous, peut-être est-ce aussi vrai pour les enfants eux-mêmes et pour leurs familles ? L'accueil, l'humour, l'attention et le renforcement positif des compétences, la notion d'apprentissage, l'image que l'on donne de soi, la réaffirmation de la complémentarité des places et des expertises, la proximité, l'engagement, le parler-vrai, l'exigence et la non-exclusion sont nos outils de prévention, de soin, d'attention et de travail. Le diagnostic, ce n'est pas notre question... La détection précoce sûrement pas non plus. On ne veut pas classer les gens comme ça ! Et on ne veut pas qu'ils soient classés comme ça !

De plus, si certains d'entre nous, professionnels de l'école, regardons notre propre parcours, ce qui nous a aidés, ce n'est pas une étiquette mise précocement sur nos difficultés, une étiquette qui aurait provoqué qu'on ne nous regarde plus qu'à travers ce filtre-là. Au contraire, l'accueil, la confiance, l'exigence, le fait de rester inséré dans le social - parfois à un prix exorbitant, c'est vrai- et l'obligation de rester attentif à l'autre plutôt que de s'enfermer en soi ou dans sa souffrance ont été de vraies ressources pour beaucoup d'entre nous. Pourquoi donc proposerions-nous le contraire aux enfants qui nous sont confiés ?

Vous le voyez, votre questionnaire et son introduction nous ont interpellés, ils nous ont fait réfléchir sur nos essentiels et sur la difficulté que nous ressentons depuis bien longtemps dans notre travail en lien avec vos équipes, vos programmes et vos structures. Ce questionnaire et ce programme nous semblent particulièrement dangereux, stigmatisant et contre-performant. Nous l'avons déjà dit, nous le répétons, même si nos positionnements respectifs ne sont pas les mêmes et nécessitent parfois une distance certaine, nous souhaitons continuer à travailler en lien. C'est un défi, un enjeu, difficile parfois, douloureux même à certains moments, mais il vaut la peine.

Pour l'école les Moineaux,

Emmanuel Doornaert, membre du PO
Thomas Pietquin, directeur

Et l'ensemble de l'équipe pédagogique,

Laurent Beldars, instituteur Sabrina Berode, institutrice Odile Cambier, institutrice Laetitia Depreez, institutrice Amina El Drissi, professeur de religion islamique et citoyenneté Lise Lembrée, institutrice Joël Manikofski, éducateur Loïc Moreaux, instituteur

Olivier Paquet, maître d'éducation physique Anne-Catherine Schoonbroodt, professeur de religion catholique et citoyenneté Valérie Spourquet, institutrice Yolande Verbist, assistante sociale Catherine Wéry, logopède

7.2.4. Lettre 4

Louvain-la-Neuve, le 29 octobre 2018

Questions et commentaires après lecture attentive et analyse des documents relatifs à la construction du programme d'observation, de détection et d'intervention précoce – Réseau Archipel – Equipe enfants/adolescents/familles du centre de guidance de Louvain-la-Neuve

D'un point de vue méthodologique

- L'objectif de l'enquête n'est pas clair. S'agit-il d'approcher les besoins des enfants, des adolescents et des familles en matière de santé mentale ou ceux des professionnels ? Passer par les professionnels, tous secteurs confondus, toutes formations confondues, risque d'entraîner une confusion entre besoins perçus et besoins réels, ou d'inférer des besoins à partir de demandes ou de visions nécessairement parcellaires.
- Quelle place est donnée aux usagers et à leur famille dans cette enquête ? Qu'est-ce qui fait soin pour eux ? Comment eux-mêmes repèrent-ils et comprennent-ils leurs difficultés ? Quels problèmes d'accessibilité aux soins repèrent-ils ? Etc.
- Présentés en début d'enquête, les tableaux de l'OMS vont influencer la façon dont l'encodeur va y répondre. *De facto*, cela va créer un biais. Cela impose un référentiel, qui n'est pas partagé par l'ensemble de la communauté des cliniciens, et dont on ne sait comment il peut être compris et utilisé par des personnes éloignées de ce registre d'intervention.
- La validité et la fiabilité de l'enquête paraissent insuffisantes. L'échantillon d'encodeurs sera-t-il suffisamment représentatif ? Le niveau conceptuel proposé est-il partagé, compris par tous de la même façon ? Les biais entraînés par les disparités des encodeurs (formation, fonction, contexte de travail) ne semblent pas pris en compte.
- Comment seront analysés les résultats, à qui seront-ils transmis, avec quels objectifs, etc. ?
- Selon la personne qui remplit l'enquête, cela risque d'induire une prévalence de troubles ou de besoins qui ne sont pas nécessairement représentatifs.

De façon générale

Si nous pouvons tout à fait soutenir la nécessité d'interventions précoces et d'actions préventives, qui, faut-il le rappeler, sont déjà portées par une série d'acteurs qui ont une expertise en la matière (ONE, AAJ, PMS, périnatalité, etc.), il nous semble néanmoins que la démarche proposée ici encourt de nombreux risques de confusion et de stigmatisation.

Nous ne partageons pas les classifications proposées par les tableaux 1 et 2. Prises à la lettre, elles nous paraissent même dommageables.

Nous savons combien la question diagnostique est délicate chez les enfants et les adolescents, même pour des professionnels formés à ces questions.

Faut-il transformer toute personne en contact avec un enfant en « diagnostiqueur » potentiel ?

N'y a-t-il pas là un risque de considérer des difficultés réactionnelles et/ou contextuelles comme relevant d'un trouble psychopathologique. Des difficultés transitoires pourraient donc se voir, de la sorte, transformées en un trouble plus problématique.

Il y a, également, un risque de coller une étiquette sur des enfants et des adolescents. Nous savons combien les étiquettes de troubles en santé mentale sont stigmatisantes pour les enfants, les adolescents et leur famille, ce durablement. La « prophétie auto-réalisatrice » a été bien décrite depuis longtemps et il faut rappeler qu'un dépistage précoce qui pourrait être confondu avec une étiquette diagnostique risque plus de figer que de soigner. L'important est de faire soin et de voir comment accompagner les enfants, les adolescents et leurs parents, comment, chaque acteur de sa place, sans déroger à son mandat, peut permettre l'accès au soin si nécessaire. Le pouvoir subsidiant des services de santé mentale a bien compris qu'il ne fallait pas remplir la rubrique « diagnostic » pour les mineurs d'âge et ne demande donc pas de réponse à cette question dans les fiches épidémiologiques. Nous savons également que des enfants et des adolescents peuvent présenter des symptômes très fleuris et impressionnants, de façon transitoire, sans développer dans le futur un trouble psychiatrique, bien au contraire. A l'inverse, des enfants « parfaits » peuvent aussi être à risque d'une accumulation de souffrance sans jamais être repérés car ils ne sont pas dérangeants. Il ne faut évidemment pas se mettre à « pister » tout enfant parfait.

Enfin, il faut rappeler qu'on ne peut pas faire l'impasse sur le négatif de l'existence. « Une société qui cherche à éradiquer l'échec, l'agressivité, la faiblesse, la maladie, la mort, etc., en entretenant l'illusion nécessairement décevante de l'établissement possible d'un monde « *clean* » de réussite, de bonté, de gentillesse, de sécurité, de bien-être physique, n'est-elle pas occupée à essayer de réduire les deux parts essentielles de ce qui constitue l'être humain à une seule qui atteindrait la perfection, alors que c'est précisément la dialectique de ces pôles qui peut permettre un réel épanouissement de l'être humain ? »¹

Par ailleurs, une série de points relèvent du secret médical, notamment le diagnostic. Le secret professionnel partagé est également régi par des critères clairs. Tout ne peut donc se partager avec tous. S'il est essentiel de continuer à travailler en réseau de façon concertée et collaborative, il est également important de respecter le champ d'intervention et les compétences de chacun, ainsi que le souhait ou non des familles de partager des informations les concernant, notamment dans des lieux qui ne concernent pas directement les soins en santé mentale.

Il nous semble également que l'enquête telle qu'elle est envisagée ne prend pas suffisamment en compte les aspects psychodynamiques des symptômes (intrapsychiques, relationnels, familiaux, systémiques, contextuels, réactionnels, etc.), aspects qui rendent toujours les diagnostics comme étant à prendre avec des pincettes. En outre, un même comportement peut autant être une manifestation saine que problématique : l'âge, le contexte, la dynamique psychique à l'œuvre, etc. constituent autant de facteurs permettant d'interpréter ce qui pourrait trop rapidement être appelé « symptôme ». Nous pensons notamment à des manifestations d'opposition et de colère qui font partie intégrante du développement et sont aussi des conditions de survie dans certains contextes. Les symptômes sont donc aussi un signe de santé mentale en ce qu'ils indiquent une difficulté, en ce qu'ils tentent de résoudre et de montrer une problématique. Les dynamiques familiale et contextuelle à l'œuvre nous semblent aussi importantes à prendre en compte dans le soin à apporter.

¹ Meynckens M., Jonart A., Wéry V., 2001, A trop de donner de pouvoir aux enfants, ne leur « vole-t-on pas leur enfance ? *Droit des jeunes*, Liège, sept. 2001

Telle qu'elle est présentée, l'enquête paraît mettre en œuvre un risque important de confusion entre observation, détection de symptômes ou de signes de souffrance et prédictibilité du devenir des enfants et des adolescents à partir de ceux-ci.

Dans le même ordre d'idées, cette enquête risque de créer une confusion entre symptômes et troubles psychiatriques avérés ou futurs troubles psychiatriques avérés.

Enfin, cette enquête risque de conduire à une stigmatisation encore plus grande des familles précarisées ou dans lesquelles un ou les deux parents présentent un trouble psychiatrique. Le tableau 2 est tout à fait propice à cela.

Cette enquête risque de passer à côté des questions les plus importantes. Qu'est-ce qui fait soin ? Comment un réseau d'intervenants différents peut-il faire soin ? Comment accompagne-t-on une famille, un enfant, un adolescent afin qu'ils puissent mobiliser leurs ressources et les ressources du réseau pour dépasser leurs difficultés et trouver leur place fût-elle un peu « hors normes », etc. Comment travailler mieux en réseau, comment partager nos regards sur un enfant et sa famille, avec eux, pour qu'ils puissent « aller mieux » ? Comment solliciter les réseaux naturels, les débrouilles et les compétences des familles ? Comment, par exemple, aider une école à comprendre ce qui se passe pour un enfant et chercher ensemble comment il peut trouver sa place au sein de celle-ci : relancer une dynamique d'apprentissage, sans enfermer l'enfant dans un diagnostic, etc. Vers quels partenaires du réseau se tourner lorsqu'un enfant pose questions, etc. ?

Repérer les facteurs de vulnérabilité et les ressources des enfants, des adolescents, de leur famille, de leurs réseaux naturels et professionnels dans notre travail de cliniciens est essentiel, cependant cela ne participe pas d'un objectif prédictif mais bien thérapeutique.

Pour toutes ces raisons, notre équipe a fait le choix de ne pas répondre au questionnaire. Nous restons, en revanche, engagés à participer à une réflexion collective favorisant un travail en réseau permettant les interventions les plus optimales auprès des familles.

Rédaction : Sophie Tortolano, psychologue, psychothérapeute

Pour l'équipe « Enfants-Adolescents-Familles »
du Centre de Guidance de LLN,
Dr Muriel Meynckens, pédopsychiatre, directrice thérapeutique

7.2.5. Lettre 5

Chère Barbara, chers collègues,

Permettez-moi d'abord de vous remercier de cet effort d'impliquer les collègues du réseau dans une approche de prévention. C'est trop rarement fait pour ne pas être souligné. Je vais essayer en préambule de vous faire une lecture critique de l'ensemble du dispositif car je trouve important de situer d'abord le cadre pour aborder le fond dans le questionnaire.

Adresse

Je suis étonné que ce type de questions ne soit pas adressé largement et prioritairement aux bénéficiaires de soin : qui d'autre qu'eux peuvent mieux savoir les attentes et les besoins qu'ils ont en matière de prévention, si nous voulons bien nous rappeler que cette politique s'adresse en principe à la population générale et non à une population ciblée et triée, s'y trouveront donc inévitablement des enfants et des parents « good enough » pour paraphraser Winnicott, qui peuvent avoir une idée intéressante sur ce qui leur fait du bien et ce qui les embarrasse, ce qui les aide ou les encombre.

Même étonnement quant aux autres destinataires : le choix semble s'être porté sur les membres du réseau enfants- adolescents ; quelle place est réservée aux intervenants du monde adulte, qui ont quand même quelques idées autour des difficultés psycho-sociales de la parentalité. Enfin qui dit réseau dit aussi réseau du jeune et de ses parents : quelle attention portée à ces réseaux formels (maisons médicales, haltes garderie, services sociaux) et informels (insertion de la famille dans un contexte social, voisinage, activités communautaires) ?

Contexte et méthodologie

Il faut un peu trop lire entre les lignes pour trouver réponse à certaines questions, et encore on ne la trouve pas toujours :

s'agit-il d'un sondage ? D'un recensement de bonnes pratiques ? D'une enquête ? D'une recherche ?

Si c'est une recherche, qui justifierait une approche méthodique, de quelle méthode s'agit-il ? Quel est l'avis d'un comité d'Ethique et de suivi ? Et lequel est-ce ? Qui est le commanditaire de ce travail ? Quel usage sera fait des informations qui sont fournies ? Quel retour sera fait aux participants ? Pourquoi il n'y a-t-il pas d'anonymisation des réponses (double aveugle) ?

S'est-on préoccupé de la falsifiabilité des questions ? De savoir comment un questionnaire peut induire, dans son intitulé même, (« détection précoce des troubles... ») les réponses qu'il attend ? En bref, quel contrôle les enquêteurs ont-ils de l'enquête ?

Texte de présentation

Il me semble que ce texte qui se donne dans son préambule le souci d'être clair dans ses références, afin que l'on parle de la même chose, réussit son objet car il est très cohérent. Sauf qu'on ne parle pas de la même chose entre « chercheurs » et « cliniciens » ! Le cadre référentiel ici proposé (inspiré par l'OMS, qui pour rappel, de par son aspect mondial et consensuel, se doit de tenir un discours acceptable autant par Pékin, que Washington ou Téhéran) est vraiment très loin des principes qui me guident comme clinicien de l'enfance et de l'adolescence, ici, en Europe démocratique.

Qui plus est, ce préambule en quelque sorte induit clairement une priorité à la détection et l'intervention précoces de TROUBLES mentaux : la psychopathologie est donc installée comme point de visée du processus, avec en arrière plan un regard qui doit être orienté vers les symptômes prédictifs d'une maladie mentale : voilà une drôle de prévention : prendre le risque de psychiatriser le social au lieu de socialiser la différence par rapport à un norme par définition arbitraire : qui peut dire quand on bascule du « normal » vers « l'anormal », et quelle est la part de l'aliénation individuelle et de l'aliénation sociale ?.

Le premier tableau relève cet élément de prescription : remarquons qu'il ne s'arrête que pour les troubles du développement, tous les autres symptômes détectés sont 18+, comme si cela commençait et que cela ne s'arrêtait pas et qu'une fois un processus lancé il était considéré comme infini. En se donnant ou en donnant à d'autres la mission de détecter dans une tranche d'âge précise un trouble à venir, ne court-on pas le risque de le créer ? Dans ma pratique clinique, j'ai eu souvent à déconstruire les effets nocifs d'un diagnostic non pas précoce mais hâtif, dans une dynamique familiale et dans l'estime de soi qu'un jeune pouvait développer. Plus souvent que le contraire, même s'il arrive, principalement dans les pathologies complexes du développement associant trouble psychique et congénital, ou encore dans les troubles autistiques, qu'un diagnostic psychiatrique et médical apaise les dynamiques familiales et la culpabilité des gens. Par contre jamais cela ne s'est vérifié pour les troubles relationnels, ou a haute composante relationnelle. A fortiori pour les catégories de troubles avec opposition : que diable, c'est le privilège de l'enfance et de la jeunesse que de s'opposer, c'est même une nécessité vitale pour le renouvellement de nos pactes sociaux et un signe de bonne santé mentale.

Le deuxième tableau qui décrit des facteurs de vulnérabilité en opposition à des facteurs de protection et de résistance me paraît franchement scandaleux (je suis d'autant plus à l'aise que je connais sa provenance...) : sous prétexte d'analyse bio-psycho-sociale, nous est délivré une liste de poncifs impressionnants où se mélangent jugement moral, naïveté et flou artistique : « traits de personnalité mésadaptés », « tempérament difficile », « mauvaise discipline familiale » (c'est le psychiatre qui va dire comment il faut éduquer les enfants ? Regardons nos propres familles...), « mauvaise gestion familiale », « éducation inappropriée », « efficacité communautaire », « discrimination/marginalisation, sens de la place » et j'en passe. Il faut se rendre compte qu'ils s'agit de jugement moraux et non scientifiques d'un part, et d'autre part qu'il s'agit d'une conséquence et non d'une cause, la notion de « facteurs favorisants » abolissant cette différence logique. En ressort quand même un malaise (culturel francophone ? pour briser un tabou ...) sur les risques de psychiatrisation de notre société, sur ce qu'une politique exclusivement basé sur la détection empêche de voir : ce qui fait vraiment effet de prévention. Et ceci, à l'exception notable de certains troubles développementaux, n'est ni la détection, encore moins la prédiction : qui d'entre nous peut affirmer s'il sera toujours vivant demain...

Le troisième tableau me paraît un rappel très utile que la psychiatrie n'a pas toute la place dans le système de soins, et qu'il y a donc une contradiction entre des soins pris en charge par des lignes successives dont la plupart sont non psychiatriques et une politique de prévention qui serait organisé autour de la détection des symptômes individuels, donc des maladies donc de la psychiatrie à partir d'une population supposée « saine ».

Pour finir, je voulais souligner deux ou trois éléments qui pourraient contribuer à se rapprocher d'une politique de prévention globale pour les enfants et adolescents qui ne soit pas orientée vers la détection et par une logique de prophylaxie médicale.

La question du développement et du diagnostic

Rappel utile : les enfants et adolescents ne sont pas des adultes en miniature mais des êtres en développement ; il s'en déduit que quand on parle de diagnostic, ce diagnostic n'a pas une temporalité continue, est-ce valable pour une semaine, trois mois deux ans ou toute la vie : personne n'en sait absolument rien, sauf à se poser en gourou. Il est par ailleurs inexact de dire qu'il y a une continuité nosographique entre les enfants, les adolescents et les adultes. Dans mon expérience, beaucoup de psychoses infantiles par exemple ne débouchent aucunement sur une schizophrénie, et de même l'apparition de troubles psychotiques peut se faire sur un terrain nosologique à peu près vierge. De même aucun « facteur favorisant » ou « défavorisant » par lui-même n'assure la certitude d'une pathologie : les capacités de résilience variant de sujet à sujet et étant peu prédictibles.

En résumé : un diagnostic n'est qu'un moment, une photographie d'un état à un moment donné et ne peut en aucun cas avoir valeur prédictive sauf à prendre le risque de prescrire la maladie. Concernant en plus les adolescents, toutes les conférences de consensus autour des pathologies à l'adolescence ont conclu à l'impérative nécessité de reporter le diagnostic durant cette période, tant les modifications hormonales, les effets de la sociabilisation et de l'estime de soi enlevaient toute valeur prédictive. Une fois de plus, je peux témoigner et d'autres collègues avec moi, avec un recul de parfois 10 ans, que des dizaines de patients que j'ai vu à un moment donné et qui auraient été diagnostiqués schizophrènes selon le DSMIV n'ont pas développé de maladie psychique chronique et que le diagnostic a posteriori de bouffée délirante aiguë ou d'état dissociatif transitoire ou encore de moment d'inquiétante étrangeté, c'est-à-dire de trouble anxieux ou de panick attack s'est imposé, mais seulement a posteriori, ce qui relativise la notion de prédiction.

Par contre, toujours concernant les adolescents, une certaine fragilité ne peut être niée durant cette période de reconstruction identitaire qui les rend plus poreux et plus sensibles au regard porté sur lui par sa famille et par son environnement social ce qui peut conduire à des blocages dans leur développement ou à des inhibitions anxieuses.

De quelle prévention pourrait –on se soutenir ?

En vrac car j'espère le reprendre dans le questionnaire que vous m'avez transmis, quelques ouvertures sur une politique de prévention qui rend compte de tout cela.

Vous l'aurez compris, pour moi la détection et la prédiction ne sont pas de la prévention.

En matière de prévention de la Petite Enfance, nous aurions tout intérêt avant de penser une nouvelle politique de vérifier ce qui s'est fait, parfois très bien, ailleurs que dans le monde médical : comment l'ONE ou les espaces accueil Petite Enfance ou les organismes qui s'occupent d'adoption ont-ils développé des politiques de prévention tant individuelles que collectives ?

En matière de prévention, comment les écoles et les PMS ont pensé la prévention, tant individuelle que collective ? Quelles sont les souvent remarquables inventions pédagogiques qui ont été faites en cette matière ?

Mettons-nous d'accord sur un fait : la prévention en santé mentale ce n'est pas repérer une maladie sous-jacente ou menaçante par une politique hygiéniste et une action prophylactique, sur le modèle de la prévention de la tuberculose par exemple, mais de penser quelles sont les conditions individuelles, familiales et sociales

pour qu'un bébé, un enfant, un adolescent, se sente bien, en lui comme dans son environnement. Une politique de prévention, c'est se préoccuper de ces trois niveaux à la fois, et commencer par se demander qu'est-ce qui permet de créer des modes d'être ensemble où l'empathie, la bienveillance, la reconnaissance, la solidarité, en bref toutes les expériences positives de socialisation soutiennent l'estime de soi et par là réduisent l'apparition de symptômes ; le symptôme psychique n'étant, faut-il le rappeler, non pas le signe d'une maladie sous-jacente mais une tentative de mise en alerte de son psychisme propre et de l'environnement, un essai de communication et une tentative de résolution du problème, comme pourrait l'être le réflexe de fuite devant le danger. Donc une prévention ne peut qu'être à la fois individuelle, familiale, collective et on peut l'espérer communautaire, et se doit de rechercher les conditions d'épanouissement de chacun afin de minimiser le risque d'apparition de troubles et non de rechercher des troubles à corriger.

Voilà, chers collègues, c'était un peu long mais j'avais à cœur de partager avec vous les choses que l'on pourrait faire ensemble, pas uniquement le monde psycho-psychiatrique mais aussi le monde éducatif, les médecins généralistes, les pédiatres, les enseignants, les travailleurs des crèches, les orientateurs, bref tout ceux qui travaillent autour des enfants et adolescents et ceci sans être fixés sur la pathologie crainte ou existante.

Thierry Lebrun
Psychiatre

7.2.6. Lettre 6

Bonjour Barbara,

Nous avons au niveau de l'ASR du BW répondu au questionnaire relatif à la construction du programme d'observation, de détection et d'intervention précoce. J'ai dû reprendre les questions dans un documents parce que je devais le faire compléter par l'équipe, par ailleurs parfois nous ne voulions pas répondre par uniquement oui ou non.

Je te reprends ci-dessous en italique un extrait de la note présentée au CAG de l'One en septembre et qui donne le cadre d'intervention de l'ONE et lignes directrices. Tu y trouveras aussi des réponses aux questions posées dans le questionnaire. Cette note complète donc le questionnaire.

*« → Dans le cadre de la mise en place de la NPSMEA, l'ONE s'impliquera conformément aux dispositions décrétales et réglementaires en vigueur :
L'Office de la Naissance et de l'Enfance est l'organisme de référence de la Fédération Wallonie Bruxelles (Communauté française de Belgique) pour toutes les questions relatives à l'enfance, aux politiques de l'enfance, à la protection de la mère et de l'enfant, à l'accompagnement médico-social de la (future) mère et de l'enfant, à l'accueil de l'enfant en dehors de son milieu familial et au soutien à la parentalité. D'autres missions transversales lui sont également assignées. Parallèlement aux missions de base d'accompagnement de l'enfant dans son environnement familial et d'accueil de l'enfant, l'ONE développe des missions transversales communes à ses deux grands secteurs. Ces missions se déclinent notamment à travers le soutien à la parentalité et l'information des parents, la promotion de la santé et l'éducation de celle-ci, la promotion de la formation continue des professionnels*

de l'enfance, la réalisation de recherches, l'évaluation des besoins et des expériences innovantes. Ces missions sont exercées selon les orientations et modalités définies par le Décret portant réforme de l'ONE du 17 juillet 2002 ainsi que par le Contrat de gestion conclu entre le Conseil d'administration de l'ONE et le Gouvernement.

Ainsi, l'ONE intervient dans la **détection des difficultés quotidiennes et l'accompagnement et le soutien des familles, ainsi que dans l'instauration d'un entourage psychopédagogique adapté dans les lieux** de vie de l'enfant. Plus spécifiquement :

- Organisation de consultations médicales préventives, et de visites à domicile, prénatales et pour les enfants de 0 à 6 ans. Promotion de la consultation préconceptionnelle
 - La promotion de la santé à l'école pour les 3-18 ans et plus
 - Les Structures d'Accueil Temps Libre et plus particulièrement les accueils extrascolaires, les centres de vacances et les écoles de devoirs
 - Les équipes SOS Enfants qui ont pour mission de prévenir et traiter les situations où des enfants sont victimes de maltraitance physique, psychologique, sexuelle, institutionnelle ou de négligence.
 - Les Référents Maltraitance, répartis sur plusieurs arrondissements. Ils ont un rôle de seconde ligne important dans la lutte contre la maltraitance.
 - La Cellule de soutien à la parentalité au sein de l'Administration centrale qui produit notamment des outils (référentiel, site internet...) à destination des professionnels en contact avec les parents
 - La Cellule Accessibilité et Inclusion qui traite les questions liées à l'accueil de tous les enfants, à la diversité et à leurs impacts sur la manière de réfléchir les conditions d'accueil.
- Le Soutien à la parentalité via :
- l'organisation d'un service universel, basé sur le programme d'accompagnement préventif pour le bien-être de l'enfant, pour tous les enfants de 0 à 6 ans accomplis;
 - un suivi renforcé pour les enfants ayant des besoins spécifiques correspondant aux situations de vulnérabilité définies par l'ONE ;
 - des activités collectives de soutien à la parentalité, de promotion de la santé et de prévention médico-sociale pouvant être menées en partenariat avec d'autres services sociaux, médicaux ou médico-sociaux.
 - des outils de sensibilisation et d'information à destination des professionnels ou des parents directement : publications (papier et électronique), animations, formations, outils soutenant les professionnels dans certaines thématiques comme par exemple pour dépister les difficultés d'apprentissage du langage, etc.

l'ONE agit davantage dans le cadre de la promotion d'une bonne santé mentale.

En effet, celle-ci consiste « à favoriser l'acquisition d'une santé mentale positive en encourageant la résilience individuelle, en créant des environnements de soutien et en étudiant l'influence des déterminants (sociaux, culturels, économiques, politiques et environnementaux) plus généraux de la santé mentale. Elle vise à améliorer les facteurs de protections qui aident les personnes, les familles et les collectivités à faire face aux événements, ainsi qu'à renforcer les conditions – comme la cohésion sociale – susceptibles de réduire les facteurs de risque de problèmes de santé mentale. Cette promotion concerne aussi les personnes vivant avec une maladie mentale. En leur donnant de meilleurs outils et en renforçant leur santé mentale, les stratégies initiées peuvent contribuer à atténuer les stigmates ; à accroître l'efficacité des services de soins primaires, du traitement clinique ; à favoriser les efforts de réadaptation et de guérison dans leur ensemble» ... «la santé mentale n'est donc pas seulement l'absence de troubles mentaux ou de handicaps associés. Elle doit être conçue comme un état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, et contribuer

à la vie de sa communauté. Une bonne santé mentale correspond à la capacité d'un individu de mener une vie épanouissante pour lui et de nouer et d'entretenir des relations dans sa communauté de vie».

⊗ Points d'attention lors de l'accompagnement de l'enfant et de sa famille :

1) La promotion d'une bonne santé mentale en faveur des nourrissons et des enfants passe par les activités d'accompagnement et de soutien à la parentalité (création de liens avec l'adulte, l'acquisition précoce de limites et de repères, le développement du langage). Par ailleurs, les initiatives menées par l'ONE dans les différents milieux de vie y contribuent (milac, PSE, centres de vacances, écoles de devoirs, accueil extra-scolaire).

2) Intervention de prévention au niveau primaire: Intervention pendant la grossesse ou en période préconceptionnelle (L'alcoolisation fœtale, cause de déficience mentale et troubles du comportement; effets délétères lors de la consommation de drogues et médicaments ; carence en acide folique qui outre le spina bifida, pourrait causer des troubles psychotiques, etc.). Les actions de sensibilisation en période préconceptionnelle sont dès lors pertinentes. Les suivis renforcés des familles présentant des difficultés familiales ou en contexte migratoire constituent aussi des interventions de prévention primaire.

3) Intervention de prévention secondaire - Observation du nourrisson, détection de signes de souffrance psychique, écoute des parents. Dès leurs premiers mois de vie, certains nourrissons donnent à voir des signes de malaise ou de mal-être, ces signes sont souvent ténus ou polyvalents. Pleurs anormalement fréquents, mérycisme, refus alimentaire, tensions extrêmes, troubles du sommeil, retrait relationnel sont des signes auxquels il faut être attentif. Lorsque l'enfant grandit, les signes les plus souvent identifiés sont en lien avec les dérangements qu'ils occasionnent (enfant agressif, instable, hyperactif, frustrable, ne supportant pas les limites, se mettant anormalement en danger). Pourtant, nombre de ces comportements sont banals avant trois ans. C'est leur intensité, leur fréquence, qui va inquiéter le professionnel. En revanche, il importe d'être tout aussi attentif à l'enfant trop sage, anormalement effacé.

Hormis quelques situations très caractéristiques d'autisme, avant l'âge de trois à quatre ans, il est très difficile de distinguer dans ces signes, la part du psychologique de celle du physique, du génétique ou du lésionnel. A cet âge, le diagnostic d'une pathologie mentale sera rarement fait.

Dans ce cadre, l'ONE affirme clairement son opposition à toute forme de détournement d'une politique de prévention médico-sociale en faveur d'une action de dépistage à visée prédictive des troubles du comportement. L'ONE n'a pas de rôle diagnostique et pas de rôle curatif. En revanche, il est actuellement admis que la précocité de l'identification des difficultés de l'enfant (ce qui n'est en rien un diagnostic ni une prédiction pour l'avenir) peut, grâce à la mise en place principalement d'attitudes psycho-éducatives mieux adaptées à leurs besoins spécifiques, permettre une meilleure évolution générale de l'enfant souffrant de troubles affectifs et du comportement.

La consultation de nourrissons ou la rencontre avec un TMS à domicile ou lors de permanences peuvent constituer un espace intermédiaire entre médecine curative et psychiatrie, un moment privilégié d'observation de l'enfant, de sa capacité d'entrer en relation, l'occasion de réflexion avec les parents sur les besoins de l'enfant, les conditions de « milieu » à mettre en place pour lui permettre un développement optimal de ses capacités propres.

Cependant, il importe de mesurer les mots prononcés et la charge d'angoisse parfois inutile qu'ils peuvent générer chez les parents. Par souci éthique et déontologique, il faut toujours se rappeler la

grande variabilité d'expression de toute pathologie mentale en lien avec de multiples facteurs de milieu. Ainsi, avant trois ans, plutôt que de parler de « dépistage de l'autisme », on parlera d'observation du comportement de retrait relationnel ce qui est beaucoup plus conforme à la réalité.

Nous repèrerons un certain nombre d'enfants en retrait relationnel, ponctuel ou chronique, pour différentes raisons physiques et psychologiques et parmi ceux-ci, in fine, seuls de rares enfant se révéleront être de « vrais autistes ». Sans édulcorer nos propos, il sera toujours plus utile, dans un premier temps de partager avec les parents les faits objectifs que nous observons, sans émettre un diagnostic qu'il ne nous appartient pas de faire. En revanche, nous parlerons des besoins de l'enfant, nous écouterons les inquiétudes des parents et, le cas échéant, nous référerons vers un spécialiste pour une mise au point et une prise en charge qui sera souvent multidisciplinaire.

3) Intervention de prévention au niveau tertiaire: Lorsqu'il semble clair qu'un enfant développe une pathologie mentale, quelle que soit celle-ci, il importe de veiller à ce qu'il reçoive un encadrement psycho-pédagogique et affectif (en ce compris la psychomotricité, massages, etc.) et un traitement approprié qui, si nécessaire, s'accompagnera d'un traitement médicamenteux. Il est donc important de structurer et d'intensifier les collaborations avec les acteurs de 2ème ligne (médecins traitants, pédiatres, pédopsychiatres, psychologues, centres de santé mentale, etc.) et **de s'assurer de leur capacité à prendre en charge les enfants lorsqu'ils ont été référés.**

⌘ En outre, plusieurs points d'attention ont été formulés par la CAIRN de l'ONE concernant l'accueil des enfants ayant des besoins spécifiques :

Les enjeux liés à l'accueil d'un enfant / d'un adolescent ayant des besoins spécifiques (qu'ils soient d'ordre physique et/ou psychique) en dehors de sa famille sont très nombreux, tant pour les enfants, leurs parents, les professionnels, mais également pour la société. Cependant, si ce dernier fréquente un lieu d'accueil (0-12 ans), cela suppose la mise en place d'un cadre et le renforcement des conditions d'accueil, traduites dans le projet d'accueil. L'un des rôles de l'ONE est d'accompagner et de renforcer les équipes des milieux d'accueil, les accueillants, notamment dans leur fonction éducative.

Il importe en effet qu'un milieu d'accueil s'inscrive dans une logique éducative globale (et non thérapeutique), où la (les) personne(s) en charge de l'accueil tente de donner une réponse aux besoins de bien-être immédiat (sensation de joie, mais également sentiment d'être en sécurité psychique, s'investir dans l'activité et les relations, ...) et de développement de chacun et de tous les enfants. Ce n'est donc pas au lieu d'accueil d'apporter la réponse thérapeutique, ce qui relèverait davantage de l'offre d'un accueil spécialisé.

Si des besoins spécifiques doivent être pris en charge, il est fait appel à des spécialistes qui peuvent être amenés à donner des soins dans le lieu d'accueil. Il importe de réfléchir ces interventions éventuelles en collaboration étroite avec les acteurs concernés : - L'enfant / l'adolescent - les parents - les professionnel-le-s du milieu d'accueil, - les autres professionnels (médecin des consultations, ...) ... Il y a toujours lieu de s'interroger par rapport aux missions et aux cadres d'intervention des adultes qui « gravitent » autour de l'enfant dans le cadre de l'accueil en dehors de la famille.

Les accents mis par l'ONE pour le soutien aux professionnels sont principalement les suivants :

- accompagner les professionnels pour qu'ils établissent et consolident des liens et un partenariat avec les parents : la collaboration avec les parents est centrale au regard de toute intervention auprès de l'enfant / de l'adolescent. Aucune intervention, quelle qu'elle soit (repérage, dépistage, mise en place de démarches spécifiques, ...) auprès de leur enfant ne peut être réalisée sans leur accord. Il arrive que les professionnels se posent des questions et qu'ils-elles souhaitent les partager avec les parents. L'accompagnement de l'ONE vise à échanger avec les professionnels pour chercher à renforcer l'alliance éducative avec les parents, même si le rythme de chacun peut parfois différer. Un soutien à

ce dialogue, un des atouts des services d'accompagnement des familles (services d'aide précoce, services d'aide à l'intégration, services d'accompagnement ...) pourrait être précieux pour les professionnels de tout milieu d'accueil qu'ils soient collectifs ou à caractère familial ;

- viser le renforcement des compétences de base nécessaires à la prise en charge de tout enfant, c'est-à-dire approfondir des compétences d'observation essentielles non pas pour repérer des difficultés précoces éventuelles de communication, mais bien pour donner sens aux signaux parfois très discrets émis par chaque enfant, pour mieux le connaître et ajuster les attitudes professionnelles à son égard. D'autres compétences doivent également être soutenues : o avoir de l'empathie pour chacun et tous les enfants, o donner une place à chacun pour lui-même et dans le groupe (une très grande attention portée à chacun), o aménager des conditions qui permettent à chaque enfant de pouvoir s'investir dans l'environnement et d'être en relation avec les autres enfants, ...

Toute formation ou temps d'accompagnement qui viserait à sensibiliser les professionnels au repérage ou dépistage des signes précoces de troubles ou problèmes psychiques et mettre en place du matériel ainsi que des stratégies de stimulation précoce n'a pas lieu d'être quand ceux-ci sont destinés aux professionnels de l'enfance. En particulier, l'identification précoce de difficultés communicationnelles, d'interactions sociales et du jeu ne fait pas partie des observations systématiques de ces professionnels.

- accueillir, aller à la rencontre et être à l'écoute des parents. L'un des objectifs est de préserver et soutenir le développement, chez tous les enfants, de leurs capacités quelles que soient leurs caractéristiques. Cela inclut, par exemple, la capacité des professionnels à effectuer des aménagements pour permettre à l'enfant qui ne se déplace pas de pouvoir explorer du matériel, découvrir les propriétés des objets ...

- réfléchir, avec les professionnels, à l'amélioration des conditions d'accueil de qualité pour les enfants ayant des besoins spécifiques en particulier, mais également au bénéfice de l'ensemble des enfants accueillis ;

- créer et renforcer des espaces et des temps de rencontre à la fois pour les professionnels (temps complémentaires à la formation), mais également pour les parents et des autres acteurs locaux ;

- informer, former les équipes de professionnels, soutenir et les accompagner notamment au travers de la collaboration avec les services d'aide existant voire par la création d'autres dispositifs (cfr. les projets en initiatives spécifiques petite enfance mis en place en RW, OCAP) ; Il convient, quand des soins spécifiques doivent être pris en charge, de travailler en réseau, avec des spécialistes, mais les professionnels de l'enfance ne doivent pas devenir eux-mêmes des spécialistes. Personne ne sait ce qui va advenir, les trajectoires d'enfant sont inconnues. Au départ, il n'est pas possible de déterminer les besoins à 100 % de l'enfant, ces derniers émergent au fur et à mesure du chemin.

- mettre en place des coordinations entre les initiatives et les services existant (handicontact, SAP - SAI, CLPS, services de santé mentale ...) tout en respectant des règles strictes en matière de déontologie professionnelle et de secret professionnel (même s'il y a contexte de secret professionnel partagé).

La question de la mise en réseau des services est à l'ordre du jour un peu partout : entre lieux d'accueil et les CPAS, avec les services de consultations de l'ONE. Nous traversons une période où la spécialisation que l'on a créée ne sert pas les familles. Le fait de miser sur le travail en réseau fait émerger de nouvelles questions et principalement autour du partage et de la circulation des infos : comment les informations voyagent dans cette mise en réseau ? On retrouve, au sein des institutions, des services publics, une tendance à constituer des dossiers, à faire passer les dossiers d'un service à

l'autre. Une très grande attention doit être portée de manière à que ces transferts d'informations ne se passent pas en dehors des parents qui doivent rester au centre du réseau

- rendre possible la coordination des interventions auprès de l'enfant et des familles à partir du lieu d'accueil en fonction des souhaits de la famille.

Les professionnels des lieux d'accueil ne sont pas habilités et encore moins formés ni à repérer des signes liés à un handicap en particulier, ni à stimuler de manière ciblée l'enfant et encore moins à poser un diagnostic.

Par contre, vu le temps passé auprès de l'enfant et de l'adolescent, ils peuvent être des relais importants auprès des familles grâce aux observations fines qu'ils mènent et qui les amènent à se poser des questions, à les partager avec les parents et avec d'autres professionnels utiles. «

En conclusions, pas de repérage, pas de dépistage (si ce n'est que l'One organise des dépistages visuels, auditifs et repérage au niveau des troubles du langage).

Au niveau de l'équipe , nous voudrions aussi attirer votre attention sur nos craintes :

- par rapport au fait que le dépistage trop tôt d'un trouble risque d'avoir comme conséquence que l'on mette de manière trop rapide une étiquette sur l'enfant et que celui-ci soit mis dans une case or l'enfant évolue et les troubles peuvent résulter d'un mal être passager ou autre.
- Une fois la détection, quid de la prise en charge de l'orientation, des soins thérapeutiques ? les consultations chez les pédo.pshy, et services sont saturées. Quel accompagnement et relais offrir aux parents dans ce contexte.
- La discontinuité des soins trop souvent présente.

Par ailleurs, Il ne faudrait pas non plus que cette nouvelle politique vienne quelque part masquer le manque cruel de prise en charge au niveau des enfants et adultes

Et je terminerai en disant que nous avons pris connaissance du mail de Frédérique Van Leuven dont tu m'as aussi parlé et nous partageons aussi ses craintes et interrogations.

Nous te souhaitons bonne réception de cette note.

A demain

Maury Libouton
Coordinatrice subrégionale One

7.3. Groupe de travail périnatalité

Contribution du groupe périnatalité pour alimenter la rédaction du plan « Observation, détection et intervention précoce » (réunions de septembre et octobre 2018)

Consigne donnée au groupe : « Imaginons que nous créons ce programme, tout est possible, on peut rêver : quels sont les besoins des enfants de 0-2,5 ans ? Quels sont les besoins des intervenants pour intervenir au plus tôt ? »

Un constat : la créativité des intervenants est bien présente. Ce sont les moyens pour y arriver qui sont plus difficiles à trouver.

Du brainstorming, il ressort :

1. Prévention primaire

- Utiliser les médias pour sensibiliser la population. Ex : Air de famille de l'ONE.
- Crèches gratuites ou plus accessibles.

2. Formation

- Il y a encore des médecins qui pensent que les bébés ne comprennent rien.
- Comment penser une formation des intervenants en santé mentale (SAJ, écoles, crèches, SPJ...)
- Formation des intervenants à la détection précoce du « mal être ».
- Formation spécifique des intervenants à la détection (en continu).
- Former les professionnels en pathologie précoce.

3. Intervention en prévention secondaire

- Développer les consultations prénatales et collaboration avec les gynécologues.
- Idées de lieux colorés, attractifs, agréables qui donnent envie de venir, où l'accueil est pensé.
- Plus de lieux d'accueil de qualité.
- Groupe de soutien à la parentalité.
- Sensibilisation dès le départ via les gynécologues et les pédiatres -> maternité -> lieux d'accueil et les personnes qui gravitent autour.
- Une attention aux familles monoparentales.
- Petit vélo jaune.
- Pendant la grossesse, plus de temps pour les gynécologues.
- Soutien des sages-femmes en consultation prénatale et travail en continuité (même sage-femme après).
- Consultation prénatale et SOS enfant dans tous les hôpitaux, la gratuité.
- Gratuité de l'IVG et des moyens contraceptifs.

4. Moyens concrets qui ont à voir avec la mobilité

- Permettre aux familles isolées de sortir de chez elle.
- Taxis gratuits avec des chauffeurs formés à l'accueil.

- Fondation pour financer toutes ces idées (fond social européen, et autres...) (engagement d'un financier malicieux).
- Transport gratuit vers les lieux de soins, des taxis sociaux.

5. Un soutien aux initiatives citoyennes et lieux d'accueil généraliste

- Habitats plus transgénérationnels pour pouvoir créer une famille autour de l'enfant.

6. Intervention précoce

- Une « MIFF » qui pourrait travailler sans mandat, une équipe pluridisciplinaire mobile (psychologue, psychomotricien, pédiatre...) qui passerait dans les lieux d'accueil et/ou les familles, des unités mobiles ou permanentes composées de professionnels qui savent évaluer et former en toute petite enfance.
- lits de crise pour les tout-petits.

7. Concertation entre les secteurs et les intervenants

- Liens facilités entre les intervenants et les lieux d'accueil, + d'échanges. Plus de travail en réseau et de partage d'informations.
- Travail en réseau avec les maternités.
- Avoir un référent à la détection que l'on peut appeler pour avoir un avis.
- Créer des outils (grilles d'observation, de détection) qui pourrait être utilisés à différents niveaux (experts, amateurs) + partage d'expériences.
- Regrouper tous les outils, informations sur un site internet, une plateforme interactive.

Sont mis en priorité par le groupe :

1. La formation des intervenants concernés en SM du bébé. Un accent est mis sur les consultations prénatales gynécologiques. Nous déplorons aussi le peu de consultations prénatales de l'ONE dans le BW.
2. Le transport gratuit vers les lieux de soins (taxis sociaux...) et initiatives citoyennes (volontariat, habitats transgénérationnels...).

Au niveau mobilité : Les logements sociaux sont souvent enclavés, les villages peu desservis en matière de transport en commun en dehors des heures scolaires. Aller à une consultation de spécialiste peut prendre toute une journée. Certains enfants qui doivent se rendre dans les écoles d'enseignement spécialisé ont des transports parfois très longs. La mobilité en Bw est un vrai problème surtout pour les personnes plus précarisées. Même les soins de base sont difficilement accessibles. On pourrait imaginer des systèmes de navettes, de taxis sociaux, des navettes communales. Pour les familles plus défavorisées, fragilisées, l'idée d'organiser des transports gratuits.

Actions de prévention secondaire, basée sur du bénévolat, initiative telle que « Le petit vélo jaune ». Une telle initiative devrait être suffisamment subventionnée que pour l'élargir sur tout le territoire du BW.

Des lieux d'accueil où pourrait être hébergés parents et bébé en dehors du secteur hospitalier, en cas de « crise ».

3. L'intervention de services tels que le MIIF, mobiles et intensifs mais sans passer par un mandat SAJ ou SPJ, équipes pluridisciplinaires pouvant intervenir dans les familles ou dans les milieux d'accueil.