

Programme 4 :

Soins de crise pour les enfants, adolescents et leur entourage dans la province du Brabant wallon.



Description du programme de soins de crise pour les enfants, adolescents et leur entourage pour la province du Brabant wallon

Point d'attention :

Le présent document est une photographie de la situation rencontrée lors de la rédaction du programme « soins de crise » fin 2015. Cette réflexion a été menée en amont de la création des équipes mobiles. Nous attirons donc votre attention sur le fait que la situation a évolué depuis.

Retrouvez toutes les actualités et les informations récentes quant aux équipes mobiles sur le site www.archipelbw.be.

1. Nom du réseau

Archipel est le nom du réseau intersectoriel de santé mentale pour enfants et adolescents du Brabant wallon.

2. Travail en réseau en fonction du programme "Soins de crise"

A la suite de l'entrée en fonction des 2 coordinatrices du réseau le 22 septembre 2015, 4 réunions autour des Programmes "Soins de crise" et "Soins de longue durée" ont rapidement été programmées les mardis 6 et 20 octobre, 10 et 24 novembre 2015. Ces réunions de travail ont réuni de nombreux partenaires des différents secteurs (voir annexe 1). Une cinquième réunion d'opérationnalisation spécifique à la crise s'est tenue le 19 novembre.

La première réunion a permis aux coordinatrices d'assurer une mobilisation et une **représentation nombreuse et équilibrée de services de secteurs différents** (santé mentale, santé, aide à la jeunesse, secteur du handicap, aide à la petite enfance, Parquet...). Un représentant de l'enseignement spécialisé a également pu apporter sa contribution enrichissante à la réflexion.

Pour poser le cadre et commencer ensemble sur une base commune, une large information a été donnée par les coordinatrices sur la « **nouvelle politique en santé mentale pour enfants et adolescents** », basée sur le guide du même nom, et sur le projet spécifique au Brabant wallon élaboré par le groupe porteur et approuvé par les autorités fédérales. Enfin, ont été présentées les consignes relatives aux programmes « soins de crise » et « soins de longue durée/soins assertifs » travaillés par la suite simultanément durant l'ensemble des réunions (à l'exception d'une cinquième réunion consacrée à l'opérationnalisation concrète des soins de crise avec les partenaires prêts à s'engager concrètement dans la réalisation de ce

programme particulier).

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

Lors de la deuxième réunion, différents tableaux d'analyse sur base des données recueillies ont été présentés. Un inventaire de l'offre de crise existante a été réalisé sur base des secteurs, des groupes d'âge et des fonctions remplies par chaque institution.

Les expertises ainsi que les offres spécifiques de certains services au sein de leur catégorie ont été mises en évidence. Une autre analyse a permis d'isoler, sur base des attentes des professionnels, 6 types de besoins nécessitant des réponses professionnelles spécifiques. Pour ces 6 types de besoins – relevant tant des soins de crise que des soins assertifs – les services ont été invités à communiquer les opérateurs naturels auxquels leur institution faisait appel (cf. annexe 2).

Suivant l'ordre du template, la mission, la vision et les valeurs du programme « soins de crise » ont été ensuite débattues au sein du groupe.

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

À la troisième réunion, les coordinatrices ont présenté le tableau des besoins qu'elles avaient préalablement retravaillé pour faire apparaître 3 schémas cliniques. Ces schémas concernaient le travail effectué par l'offre de base dans les situations complexes et de crise, dans la crise aiguë, et dans l'aide assertive de longue durée, avec les opérateurs naturels qui y sont associés (voir tableau ci-joint - annexe 3).

Des ressources, des besoins et des manques ont été mis en évidence. Un travail, notamment sur le besoin de lits d'accueil de crise différenciés, a été réalisé. Les collaborations extra-provinciales ont également été évaluées, notamment pour les jeunes judiciairisés (UTI, SEP/SD, MEO), avec l'aide d'un partenaire bruxellois, le CHJT, qui a participé à l'ensemble du programme.

Les données recueillies dans les questionnaires sur les équipes mobiles ont été présentées et débattues en groupe au regard des indications du guide et des coordinateurs fédéraux. Des schémas visuels formalisant le circuit temporel de la crise et le circuit dynamique et multipolaire de l'assertif ont été proposés.

Différentes propositions de modèles d'intervention et de collaboration ont ensuite été présentées par plusieurs membres du réseau.

La réunion du 19 novembre a permis d'intégrer les points de vue des partenaires et de préciser, à partir du template, une série d'orientations pratiques liées directement à l'équipe mobile de crise.

La dernière réunion consacrée à l'élaboration du Programme « soins de crise » a consisté en une relecture commune du point 6 du template afin d'asseoir le

consensus et d'affiner l'opérationnalisation des aspects concrets de l'équipe mobile et du programme de crise.

Implication des enfants/adolescents et de leur famille.

L'implication des enfants, adolescents et de leur famille est difficile à mettre en place d'emblée car cette démarche nécessite – comme nous l'ont précisé nos partenaires de SIMILES¹ – une réflexion préalable concernant l'encadrement de cette pratique. Cependant, la diversité des partenaires présents aux réunions a permis de relayer une parole plurielle et tenant compte des différents groupes d'âge et des différents types de situations. De plus, un feedback a été organisé avec SIMILES Wallonie qui a pu relire après chaque réunion les différents tableaux et PV et nous faire part de quelques besoins fondamentaux des familles. Enfin, les coordinatrices ont recueilli et présenté l'expression des besoins et des demandes des jeunes usagers et de leur famille qui avaient été enregistrées, d'une part, sur des petits films par la banque d'images "En ligne directe"² à l'occasion des 10 ans de l'Entre-Temps, et d'autre part, à travers des témoignages de jeunes partis en projet "rupture" au Bénin à la suite de crises. Ces témoignages proviennent d'un livre basé sur le récit de vie rédigé par les membres du PPP Amarrage³.

Besoins des jeunes

- Arrêter une "spirale" négative de laquelle ils ne peuvent pas sortir (« *mes mauvaises fréquentations* », « *ma consommation* » ...)
- Prendre du recul par un éloignement, souffler
- Prendre un nouveau départ
- Question de la confiance : reprendre confiance en eux, pouvoir faire confiance, qu'on leur fasse confiance
- Etre valorisés en allant au bout d'un projet
- Besoin de trouver une place, de s'accrocher à quelqu'un
- ...

Besoins des familles

- Etre entendues dans leur désarroi
- Se sentir respectées, non jugées
- Etre encadrées, qu'on leur donne des points de repère
- Qu'on prenne le temps de les comprendre / d'écouter leur point de vue quant à la crise traversée par leur enfant, construire avec elles.
- Qu'on les associe aux décisions et au suivi

¹ SIMILES Wallonie est une association de familles et d'amis de personnes atteintes de troubles psychiques, qu'elles soient diagnostiquées ou non. Elle s'appuie sur le soutien d'une équipe de professionnels. Elle possède une expertise pour promouvoir le travail avec les familles.

² www.enlignedirecte.be

³ Isabelle Seret, *Quelqu'un de bien*, 2014

- Que leur enfant reste “dans le cocon familial”
- Besoin de continuité et de préparation des “relais” pour que tout ne soit pas à recommencer, que les transitions (passages enfant/ado/adulte) soient encadrées
- Besoin de retrouver une vie “normale” (possibilité de faire des projets, de faire de la place aux autres enfants)
- Besoin qu’on fixe des objectifs, de voir des résultats, du changement
- ...

3. Offre de crise actuelle

A l’heure actuelle, l’offre en matière de crise en Brabant wallon se caractérise - malgré les nombreux services impliqués - par un manque de réponses souples et articulées et de grilles de lecture communes pour les intervenants.

Des réponses existent mais elles sont souvent “bricolées” au cas par cas et liées aux investissements des équipes et aux relations qu’elles ont pu construire les unes avec les autres. Les moments de transition ou de passage d’un secteur à un autre, ou d’un groupe d’âge à un autre, doivent parfois se faire très abruptement et nécessiteraient des partenariats sur du plus long terme pour éviter des ruptures souvent très mal vécues par les jeunes et les professionnels. La précarité sociale s’est accentuée au fil des années.

Au niveau de la première ligne (généralistes, pédiatres, gynécologues, TMS ONE, aide à domicile...), l’information sur les structures et initiatives existantes (par exemple, les possibilités d’offre mobile et de consultation sans rendez-vous dans certains SSM, les possibilités de traitement et diagnostic dans le lieu de vie...) est souvent partielle.

La communication entre les généralistes et les psychiatres hospitaliers n’est pas formalisée.

De plus, la province du Brabant wallon est la moins bien pourvue en postes de garde. Beaucoup de situations de crise (conflits avec agressivité, menaces, idées ou tentatives de suicide, troubles sévères du comportement...) aboutissent donc d’emblée aux services des Urgences des hôpitaux généraux. A la Clinique Saint-Pierre à Ottignies, les urgences sont vues immédiatement par l’équipe pédopsychiatrique. Pour les hôpitaux de Braine l’Alleud et de Nivelles - dans l’organisation actuelle - l’équipe d’outreaching du Domaine est contactée et peut se déplacer dans les jours suivants.

Certains services ont la possibilité de réagir très rapidement, voire en urgence, mais seulement sous mandat de l’Aide à la Jeunesse : le Service d’aide et d’intervention éducative (SAIE) Le Traversier, le Centre d’observation et d’orientation (COO) Van Durme...

Au niveau résidentiel, le Brabant wallon comporte un nombre important de lits k et de conventions INAMI. Cependant, exceptés certains lits du Domaine, ces lits ne sont pas mobilisables à court terme pour des situations de crise.

Quand un enfant ou un jeune requiert d’emblée une prise en charge hospitalière, les intervenants sont forcés de s’adresser en dehors de la province.

Pour les adolescents, des lits de crise spécifiques devraient être prévus pour éviter que ceux-ci ne se retrouvent dans des lits A inappropriés pour eux.

Le Brabant wallon ne dispose pas non plus de lits prenant en charge les mises en observation ni de lits UTI SD/SEP. Un partenariat avec les services bruxellois de Titeca et d'AREA + est en cours d'élaboration tant pour la crise que pour l'assertif.

Pour les enfants devant temporairement être éloignés de leur milieu de vie, quelques lits sont disponibles en Service d'aide et d'intervention éducative (SAIE) mais le manque de turnover provoque un engorgement. Dans certains cas, ces enfants peuvent être temporairement accueillis en pédiatrie.

Dans le cadre de crises adolescentes, des lits de crise ouverts à la demande du jeune (en AMO par exemple) n'existent pas en Brabant wallon. Il n'y a pas non plus de Centre d'accueil d'urgence (CAU).

Un besoin de lits de crise sans critères d'exclusion liés notamment au handicap se fait également sentir.

Enfin, l'absence à ce jour de Projet 107 en Brabant wallon rend plus difficile la transition vers les structures adultes et la possibilité de trouver des relais.

4. Contexte du programme soins de crise

Le contexte général a déjà été décrit dans la description du réseau de santé mentale pour enfants et adolescents du Brabant wallon.

Dans le cadre des soins de crise, il convient cependant de rappeler les difficultés liées aux **spécificités géographiques** de la Province.

En Brabant wallon, certaines zones –particulièrement au Centre et à l'Ouest de la Province – bénéficient d'une concentration importante de services, avec différents « noyaux » : Wavre, Ottignies, Rixensart. Dans l'Ouest, de nombreux organismes sont présents et une dynamique de réseaux s'est organisée autour de Nivelles (ex : Guichet social, CAAJ...), Waterloo (ex : Concertation sociale), Tubize, Braine-l'Alleud.

A l'Est par contre, la partie la plus rurale de la province, on constate un réel "désert thérapeutique".

De plus, les moyens de communication intra provinciaux sont très peu développés. Les réseaux ferroviaires et les axes autoroutiers sont majoritairement orientés dans la direction nord-sud ; la mobilité d'est en ouest est donc difficile, non seulement en transports en commun mais également en voiture. Les questions de mobilité rendent le travail en réseau à l'échelle du Brabant wallon plus complexe.

L'hétérogénéité sociale est très marquée en Brabant wallon.

En effet, si l'on considère les petits revenus (inférieurs à 10.000€), leur part relative (22,7%) est identique à la moyenne régionale et à peine inférieure à celle observée dans l'arrondissement de Charleroi (22,9%). En d'autres termes, proportionnellement, il y a, en Brabant wallon, autant de ménages disposant de très faibles revenus qu'ailleurs en Wallonie. Par contre, il existe une surreprésentation très nette de très hauts revenus (>50.000€). Le calcul des moyennes du Brabant wallon est souvent favorable en regard de celui mesuré dans d'autres provinces mais

il masque les grandes différences internes et contribue à donner une image d'une région favorisée où il y a moins de besoins.⁴

L'existence de ces « poches de pauvreté » rend l'accès aux prises en charge payantes difficile, voire impossible, pour des publics précarisés.

5. Mission et vision du Programme de soins de crise

Le programme "Soins de crise" s'adresse à tous les enfants et adolescents du Brabant wallon, sans exclusion.

Le jeune et sa famille sont les premiers experts de leur propre situation, il est précieux d'entendre leur vision de la crise vécue.

Il est également important qu'un tiers externe puisse aider au décodage des tensions inter-relationnelles (entre l'enfant/le jeune et ses parents s'il est en famille, entre l'enfant/le jeune, sa famille et ses éducateurs au sein d'une institution).

Le programme entend **organiser les interventions de crise en plaçant les besoins de l'enfant et de son entourage au centre du processus**. Les réponses et interventions, et notamment le décodage de ce qui fait crise dans la relation enfant/adultes, se construisent au départ des besoins mis à jour, des attentes des familles et des attentes des intervenants de proximité.

L'avis relatif au développement d'un programme de soins de santé mentale pour enfants et adolescents (CNEH 2011) définit les soins de crise comme *"des soins axés sur une situation qui nécessite une aide urgente (en l'espace de quelques jours) parce que, sinon, le jeune et/ou son entourage risque(nt) de décompenser"*.

Une telle définition est assez proche de celle que V. Andreoli et M. De Clercq ont défendue pour construire leur intervention sur une situation qui n'était pas seulement considérée comme l'urgence symptomatique d'un sujet mais comme un déséquilibre dans une situation complexe, dont il fallait comprendre le contexte (bio-socio-culturel), et tenter de soutenir l'effort de changement vers un nouvel équilibre.

Un travail de compréhension en profondeur, d'accompagnement et de réorientation, est à la base de la prise en charge des situations de crise.

Il s'agit bien de **penser la crise de manière globale**, d'aller au-delà du symptôme pour prendre en compte la situation de l'enfant ou de l'adolescent dans son milieu familial, dans son milieu résidentiel, dans son milieu scolaire.

Dans ce contexte, il faudra structurer très rapidement une réponse permettant d'être à l'écoute, mettre en place un dialogue avec l'enfant/le jeune, sa famille et l'ensemble du réseau concerné. Et ce, pour décrypter, à la fois, les enjeux sous-jacents mais aussi les besoins du jeune et de sa famille, afin de ne pas "étouffer" la crise mais au contraire de tirer profit de ce moment propice au changement pour permettre un nouvel équilibre. Il s'agit ici d'entreprendre un véritable travail de fond

⁴ Etude des besoins sociaux en Brabant wallon ; Etats des lieux et définitions des priorités - 2007

pouvant déboucher sur un changement durable dans le fonctionnement intrapsychique et relationnel de l'enfant/du jeune et de sa famille.

La transformation d'une urgence subjective en une situation de crise interpersonnelle en recherche d'un nouvel équilibre permet une vision plus positive et plus créatrice d'alternatives pour l'enfant/le jeune et son entourage.

Le travail de la crise s'inscrit de manière intégrée dans l'offre de base du réseau et s'articule de manière étroite avec les acteurs en amont (y compris les envoyeurs et tout professionnel concerné) et en aval de la situation de crise, avec un renforcement du réseau existant avant l'éclosion de la crise.

C'est pourquoi, il s'agit de mettre en place une étroite collaboration avec les familles, les services où se révèlent "les urgences subjectives", l'équipe qui gère la crise, mais aussi entre cette dernière et les intervenants "relais" de la prise en charge proprement dite une fois le problème et les objectifs thérapeutiques définis en collaboration avec le réseau de l'enfant/du jeune. SSM, institutions résidentielles (ou non) des différents secteurs, seront alors interpellés et garants de la continuité des soins après l'accrochage à travers la crise (Cf. schéma temporel de la crise p.6).

Le premier levier de la prise en charge sera de mettre au travail l'expertise de chacun dans un souci constant de complémentarité et de respect mutuel au sein d'un réseau participatif intersectoriel.

Pour ce faire, nous voulons **promouvoir en permanence l'interconnaissance active des différents acteurs du réseau** impliqués dans la prise en charge d'enfants/de jeunes en situation de crise. La taille relativement réduite du Brabant wallon est à cet égard une chance à exploiter.

Pour aller vers plus de cohérence et de complémentarité, les partenaires devront s'articuler et s'organiser pour développer des réponses adaptées aux besoins mis en évidence.

Si la crise touche tous les groupes d'âge, et bien évidemment les adolescents, un accent particulier a été mis par le réseau sur la petite enfance ainsi que sur les situations d'abus et de maltraitance.

Les collaborations intersectorielles avec le secteur de la petite enfance afin de soutenir la parentalité sont intégrées au programme. La crise peut ici jouer un rôle de révélateur et de prévention d'une chronicité au sein de familles qui nous sollicitent.

Il conviendra également d'être à l'écoute du futur Comité d'usagers et de proches pour mettre rapidement au travail les remarques et questionnements qu'il renvoie dans un processus d'évaluation continue du travail entrepris.

6. Description du Programme « soins de crise »

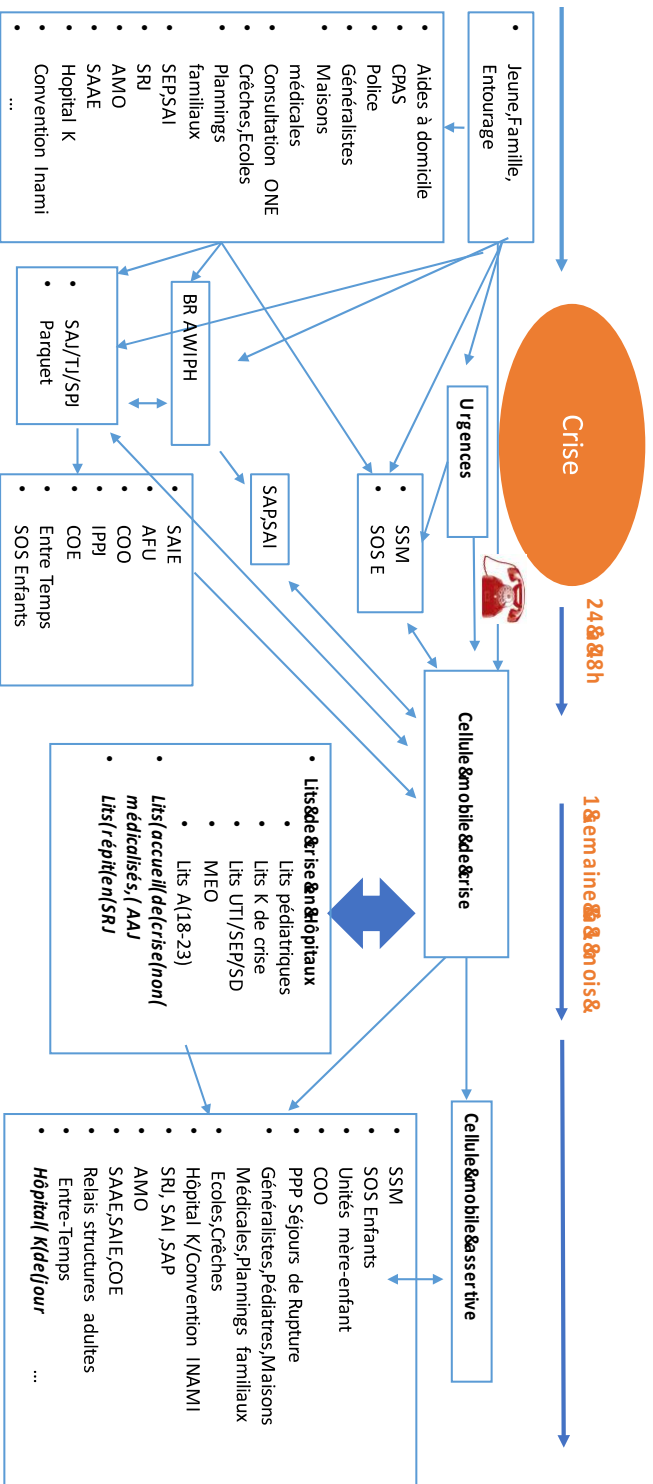
6.1. Développement du contenu du programme de soins de crise

L'objectif du programme "soins de crise" est de **proposer une aide intensive sur mesure dans les plus brefs délais et ce, afin de sécuriser et stabiliser la situation pour prévenir toute aggravation.** Le programme est intégré et global et s'inscrit dans l'offre de crise de tous les partenaires.

La crise est perçue comme un moment de rupture d'équilibre contenant des possibilités et ressources créatrices de changement.

Le circuit de la crise est présenté de manière visuelle à la page suivante.

Circuit de la crise



- C'est dans le milieu de vie des enfants et adolescents que certains acteurs de proximité, vecteurs d'inclusion, de prévention et/ou de soin (école, médecins généralistes, TMS ONE, CPAS, institutions résidentielles...) sont amenés – inquiétés par certains signes – à détecter une situation de crise.

Face à ce moment d'inquiétude débordant le cadre de base, une première orientation peut être faite par des services de première ligne qui sont – chacun dans leur secteur – des experts de la détection et de l'orientation : SAJ, SPJ, Tribunal de la jeunesse, BR de l'AWIPH, ONE, Urgences... Ces services, grâce à une analyse fine de la situation et du danger potentiel, peuvent orienter, soit vers :

- des structures de la santé mentale qui ont les moyens de travailler la crise (certains SSM),
- des services de l'ONE (SOS-Enfants),
- des services de l'AWIPH (SAP, SAI...),
- des services de seconde ligne de l'Aide à la jeunesse, mandatés par le Conseiller de l'Aide à la Jeunesse, le Juge de la jeunesse ou le directeur du Service de Protection judiciaire (Centres d'observation et d'orientation (COO), Centres d'orientation éducative (COE), Services d'aide et d'intervention éducative (SAIE), Accueil familial d'urgence (AFU), Projets pédagogiques particuliers (PPP), IPPJ ...).

Ce niveau comporte à la fois des offres mobiles d'intervention dans le milieu de vie mais également des temps d'arrêt institutionnels.

- Dans les situations les plus aigües, là où le danger est avéré ou potentiel, un dispositif mobile de crise est intégré au circuit et peut être activé soit en première ligne grâce à un numéro de téléphone accessible à tous, soit via un acteur institutionnel.

Cet appel peut avoir lieu à n'importe quel moment du processus.

C'est à travers une rencontre téléphonique avec un clinicien compétent que, selon le cas de figure, l'interlocuteur sera réorienté vers un acteur de l'offre de base ou – si cela s'avère plus pertinent – l'équipe mobile de crise interviendra elle-même dans les 24 à 48h.

Une attention particulière devra être envisagée les vendredis en fin de journée en ce qui concerne les jeunes, étant donné les retours en famille pour ceux qui sont en internat ou en institution résidentielle.

La cellule de crise dispose de moyens d'intervention intensifs et mobiles et est également, au besoin, connectée à des lits d'accueil de crise différenciés. Dans un délai d'un mois en moyenne, cette structure mobile assure une analyse de la crise en jeu, mobilise le réseau du jeune et de sa famille et assure un relais ou un retour vers l'offre de base ou, si nécessaire, vers la cellule mobile assertive pour les situations multifactorielles les plus complexes.

Soins de crise ambulatoires et (semi-)résidentiels

Ce programme vise dans la mesure du possible à **traiter la crise dans le milieu de vie**, en intensifiant les interventions, en assouplissant les modalités de consultation (accueil sans rendez-vous) et en articulant les mobilités existantes dans le cadre notamment des SSM, mais aussi dans les services de l'ONE (SOS-Enfants), de l'AWIPH (Service d'aide précoce (SAP), Service d'aide à l'intégration (SAI)...) et de l'Aide à la Jeunesse (SAIE, COE et certains PPP).

Le réseau a pour objectif également de **préserver** autant que possible **l'insertion scolaire**, en proposant des interventions dans le milieu scolaire, en partenariat avec les structures du secteur scolaire (Centres psycho-médico-sociaux (PMS), Promotion de la santé à l'école (PSE), équipes mobiles scolaires, directions et enseignants...), et en soutenant la connaissance et les relais vers une large palette de scolarités adaptées à chaque problématique (enseignement général, spécialisé, Centres de formation en alternance (CEFA), Enseignement à distance (EAD), Service d'accrochage scolaire (SAS), Centres de jour pour enfants non scolarisés...).

Un projet est en réflexion concernant l'ouverture de 7 places en hôpital de jour.

En ce qui concernent les enfants qui ont séjourné dans des hôpitaux psychiatriques, les services d'autres secteurs qui ont pris le **relais après l'hospitalisation** souhaiteraient **garder un partenariat actif avec la santé mentale**, soit pour soutenir leur équipe dans les moments de crise, soit pour prévoir des temps de time-out. A titre de prévention de la crise, ou dans le cas de l'aide assertive, des partenariats sont établis entre des hôpitaux k et des institutions AWIPH et Aide à la Jeunesse qui sont intervenues en relais des premiers.

Ces partenariats sont par exemple établis dès la sortie de l'hôpital, au moment de l'admission dans une structure AWIPH ou Aide à la Jeunesse. Il est possible d'activer un lit k de crise en début de relais pour soutenir une intégration institutionnelle.

Ces partenariats prennent aussi la forme de réunions communes entre les partenaires dans des moments plus difficiles ou de time-out, programmés comme une séquence intégrée d'un processus de soin thérapeutique dans une offre résidentielle.

Ces solutions permettent d'assurer la continuité des prises en charge et de prévenir des moments de crise, rupture, exclusion, à la suite de débordements au sein des cadres résidentiels.

Dans la crise, chaque intervenant se sent fort seul.

L'équipe de crise a pour objectif de soutenir les intervenants face à une crise, sans pour autant les décharger de leur responsabilité dans la situation.

Le réseau a la volonté d'affiner les pratiques grâce à **l'échange et la valorisation de l'expertise**, lors notamment des futures réunions du Programme « soins de crise » et à travers des processus d'évaluation et de formation continue.

Soins de crise mobiles

Dans les moments de crise aigüe (troubles sévères du comportement avec danger potentiel pour soi ou autrui, tentatives de suicide, révélations d'abus ou de maltraitance, décompensations psychiatriques d'un jeune ou d'un parent...), il importe de contenir, de sécuriser, de prévenir l'aggravation par un dispositif mobile spécialisé, pluridisciplinaire et intersectoriel.

Ce dispositif établira des liens avec les enfants/les adolescents et les familles mais aussi une liaison avec l'ensemble du réseau concerné par chaque situation.

Un travail intensif sera fait en lien avec le jeune, sa famille, la première ligne émanant de l'offre de base et les envoyeurs d'une situation susceptible de s'aggraver afin de décoder ce qui se joue par une analyse contextuelle systémique et un diagnostic médico-psycho-social basé sur les ressources en présence.

Le dispositif de crise entretiendra des liens avec différentes institutions pouvant offrir différents types de lits de crise adaptés à chaque situation (lits en pédiatrie, lits K de crise, MEO, lits UTI, lits A pour les 18-23 ans...).

Certains services réfléchissent en concertation avec leur administration à la possibilité d'ouvrir des lits non médicalisés dans le secteur AAJ et de l'AWIPH.

La durée d'intervention du **soin mobile de crise** est de l'ordre d'un mois mais peut s'étendre jusqu'à 8 semaines afin d'assurer ses **trois missions essentielles** : **le décodage des enjeux de la crise, la stabilisation - sécurisation de la situation et l'accompagnement vers les relais les plus adaptés** assurant l'inclusion du jeune dans la société.

Il importe que les soins de crise soient accessibles à tous.

La demande est la plupart du temps adressée par un envoyeur professionnel ou institutionnel.

Dans certains cas, pour des situations où l'enfant, l'adolescent ou sa famille se retrouvent isolés et qu'il n'y a pas de réseau préexistant, l'enfant, le jeune, sa famille ou son entourage peuvent adresser eux-mêmes leur demande d'aide à l'équipe de crise selon des modalités à définir.

Durée, intensité, fréquence

Dans un premier temps, la demande est accueillie par un membre de l'équipe mobile via une permanence téléphonique accessible de 10h à 19h en semaine et de 9h à 13h le samedi⁵.

Après 20h et le week-end, les urgences en hôpital général (Ottignies, Braine-l'Alleud et Nivelles) sont le seul lieu d'accueil de la crise disponible.

Le service des urgences de la Clinique Saint-Pierre à Ottignies est le seul pourvu actuellement d'une garde pédopsychiatrique appelable la nuit et le week-end. Une articulation devra être pensée à ce niveau.

L'accessibilité téléphonique est le temps 1 de l'intervention, le temps de la rencontre et l'amorce du décodage.

⁵ Edit 2019 : voir les horaires actuels de l'équipe mobile de crise sur le site internet d'archipel : www.archipelbw.be/initiatives/les-equipes-mobiles

La rencontre avec un clinicien compétent capable de décoder, d'apaiser et d'orienter aussi les professionnels, est primordiale. Ce contact en deçà d'une prise en charge effective peut rester anonyme.

Suite à la conversation téléphonique, un écrit est rédigé.

Les appels reçus sont repris dans des temps commun quotidiens avec l'équipe présente ce jour-là et le médecin, sur base du bref rapport écrit rédigé après la rencontre téléphonique.

C'est cette discussion à plusieurs qui va mettre un filtre à l'émotionnel et constituer la procédure d'activation d'une réponse mobile pour une prise en charge pertinente sur le plan clinique et sécuritaire pour le personnel.

Un premier rendez-vous est proposé dans les 24 à 48h avec 2 intervenants de l'équipe mobile, le jeune/l'enfant et sa famille, et si possible l'envoyeur ou tout autre intervenant proche désigné par la famille.

Le soin mobile de crise dure en moyenne un mois mais peut s'étendre jusqu'à 8 semaines afin de permettre le décodage des enjeux, la sécurisation de la situation et d'accompagner vers les relais les plus adaptés assurant l'inclusion du jeune dans la société.

L'équipe disposera d'un lieu central dans le Brabant wallon.

Bénéficier d'un siège nous semble en effet important pour permettre un sentiment d'appartenance à une équipe et un confort de travail lors des réunions quotidiennes. Et ce, d'autant plus que les travailleurs sont issus d'institutions partenaires du réseau et ont en quelque sorte « une double appartenance » institutionnelle.

L'équipe se déplace sur le lieu de la crise. Dans certains cas, elle doit également pouvoir recevoir à son siège ou dans des lieux de permanence décentralisés mis à disposition par le réseau par exemple.

Case management

Le case management est une **procédure par laquelle le réseau organise une coordination intersectorielle des soins autour des enfants et adolescents présentant une problématique sévère complexe et multiple et des jeunes avec une problématique psychiatrique sous le coup d'une décision de justice.**

Les jeunes de 16 à 23 ans sont ici particulièrement concernés.

Pour ces situations multifactorielles, cette fonction – qui garantit la complémentarité (le "*qui fait quoi dans cette situation ?*") et la continuité des soins – est cruciale et relève de la pratique courante de la cellule mobile assertive.

Cependant, dans le cas où la crise aiguë et la complexité de la situation se conjuguent simultanément et où l'équipe mobile de crise pressant qu'un relais par l'équipe mobile assertive sera nécessaire, une réunion de concertation avec les partenaires des différents secteurs – susceptibles d'apporter une réponse aux besoins complexes de l'enfant/du jeune – est rapidement organisé pour articuler des réponses complémentaires aux besoins multiples du jeune et de sa famille.

Dans certains cas, pour les situations qui rentrent dans les critères, ces concertations pourraient être organisées dans le cadre des « concertations autour du patient psychiatrique » financées par l'INAMI qui sont déjà très fonctionnelles en Brabant wallon grâce à l'efficacité du SISD (ECCOSSAD).

Dans d'autres cas, des « case managers » naturels (SAJ, l'Entre-Temps, ...) assurent déjà cette fonction.

Ces différentes expertises seront des partenaires de choix pour élaborer plus en profondeur cette fonction dans les mois qui viennent.

Public et groupes cibles spécifiques

Le dispositif de crise s'adresse à tous les groupes d'âge de 0 à 23 ans sans exclusion.

Le réseau souhaite accorder une attention particulière aux 0-6 ans dans une optique de détection et de prévention d'une chronicité. Plusieurs schémas cliniques ont retenu l'attention des professionnels du réseau : moment de révélation d'un abus, d'une maltraitance, enfant dont un parent décompense dans le cadre d'une maladie mentale, situations de crise autour de la naissance qui nécessitent une connexion au secteur de la Petite enfance...

Les 16-20 ans ont également retenu l'attention du réseau. Cette tranche d'âge constitue en effet un moment charnière où peut se dessiner un destin, éventuellement psychiatrique.

Pour les 18-23 ans, le réseau s'articulera avec des institutions développant des approches spécifiques pour les adultes. Pour favoriser cette articulation, il serait intéressant que la connaissance du réseau adulte soit bien intégrée au niveau de l'équipe mobile de crise.

Les situations de crise chez les autistes sont particulièrement interpellantes à cause du manque de réponses qu'elles trouvent sur le terrain. Le réseau s'articulera avec le « Plan autisme » développé par la Région wallonne.

En Brabant wallon, un circuit de soin spécifique pour les troubles alimentaires se développe particulièrement au départ du Centre hospitalier Le Domaine à Braine l'Alleud.

Réseautage et synchronisation

Les différents trajets de soins ont été repris dans le schéma de la crise en annexe 4 et décrits largement ci-dessus.

Le screening fait référence à la détection et à l'analyse des premiers signes. Il appartient à l'ensemble des membres du réseau spécifique du jeune concerné à faire preuve de vigilance pour ces premiers signes. Ce processus est appelé à s'affiner grâce au partage d'expérience au sein des réunions du Programme « soins de crise ».

Tous les services spécialisés dans les différents secteurs ont une capacité d'orientation.

Pour certains services (SAJ/SPJ, BR de l'AWIPH...), ce travail d'orientation constitue même une fonction essentielle dans leur travail, fonction reconnue, visible et utilisée par tous les acteurs de proximité ; ce qui permet à ces services d'être un pivot central entre les bénéficiaires et l'aide spécialisée.

Un travail d'orientation est aussi réalisé par l'équipe mobile de crise, qu'il s'agisse de réorienter vers l'offre de base lors de l'appel téléphonique ou d'assurer le relais dans le cadre de leur intervention.

Le diagnostic doit absolument se faire à travers une rencontre humaine avec un clinicien compétent. Il importe d'avoir une vision circulaire dépassant la classification de symptômes et de percevoir le jeune dans son contexte global pour parvenir à un diagnostic médico-psycho-social.

Le relais se fait après un travail de stabilisation, de sécurisation, de compréhension et par un vrai travail d'accompagnement. Il doit d'emblée être inclus dans la réflexion des acteurs de l'équipe mobile. Il est essentiel pour le bénéficiaire qu'il y ait une préparation et un encadrement soigneux des relais pour que tout ne soit pas à recommencer, pour soutenir des passages d'un service à l'autre et plus particulièrement à certains âges charnières (autour de 12 ans : passage de l'enfance à l'adolescence, à la majorité).

Le relais englobe aussi une liaison (vers l'école par exemple) pour assurer la reprise d'une vie normale et l'inclusion au sein de la société.

La coordination a pour mission d'informer largement les partenaires du réseau sur la globalité du programme « soins de crise ». Les coordinatrices veillent à élaborer, à faire connaître et à mettre à jour l'inventaire de l'offre de soins existante sur le territoire : offre ambulatoire, (semi-) résidentielle, y compris l'équipe mobile de crise et ses modalités spécifiques d'intervention ainsi que les liens qu'elle entretiendra avec l'équipe assertive.

Les réunions du programme soins de crise sont appelées à se poursuivre pour permettre une évaluation continue du processus et un partage d'expérience qui permettra d'affiner les articulations entre les différents secteurs, et notamment l'articulation entre le socio-éducatif et le psychothérapeutique.

6.2. Développement organisationnel du programme de soins de crise

Disponibilité des lits de crise :

Tout au long des réunions du Programme « soins de crise », le besoin de lits d'accueil de crise a été énoncé par l'ensemble du réseau. Nous rappelons que le Brabant wallon ne dispose actuellement d'aucun lit d'accueil d'urgence, ni en psychiatrie, ni dans le secteur du handicap, ni dans l'Aide à la Jeunesse (pas de CAU). Les partenaires sont obligés de faire appel à des collaborations extra-provinciales (Liège, Charleroi, Bruxelles) pour les hospitalisations de crise.

Pour obtenir l'objectif des 10% de lits K à consacrer à la crise, sur un total de 135 lits K, La Petite Maison, le Domaine et Le Centre hospitalier William Lennox proposent – pour autant que leur financement et le maintien de ces lits dans leur agrément soient officiellement garantis – de transformer 14 lits K en lits K de crise.

Rappelons que, en ce qui concerne le Centre hospitalier William Lennox, les lits K sont en réalité des lits dévolus à des problématiques neurologiques et que le centre est reconnu pour son expertise neuro-pédiatrique.

La répartition est la suivante :

- 6 lits à la Petite Maison
- 2 lits au Centre hospitalier Le Domaine
- 3/6 lits au Centre hospitalier neurologique William Lennox

La réflexion est en cours sur la répartition par tranches d'âge et le profil des publics - cibles dans les différents services k.

Le financement de 144 418 euros sera attribué conformément au Guide pour 60% à des renforcements de personnel (non encore validés dans le cadre du Comité de réseau) et pour 40% au financement de la fonction de Case management.

Le besoin du réseau est un besoin de lits différenciés et adaptés à chacune des problématiques mises en évidence par le réseau dans le cadre de la crise aiguë (Cf. Tableau des besoins en annexe 3) :

- Des lits K de crise pour les décompensations psychiatriques, troubles du comportement sévères, tentatives de suicide, mise en danger de soi et d'autrui.
- Des lits de crise en pédiatrie : mise à l'abri d'enfants victimes d'abus et de maltraitance, enfants de parents en décompensation, problématiques psychologiques ayant des répercussions ou des enjeux somatiques...
- Des lits non psychiatriques (en projet dans certaines institutions du secteur AAJ et AWIPH : accueil de crise d'adolescents, lits de répit pour les enfants et jeunes handicapés en relais et avec le soutien de la cellule mobile de crise).

Accès aux lits

L'accès aux lits de crise se décide en concertation avec le médecin responsable de l'unité qui garde la responsabilité finale quant à l'attribution de ces lits.

N'importe quel psychiatre du réseau peut demander un accès à ces lits, à condition d'en informer le pédopsychiatre de l'équipe mobile de crise.

Pour les autres partenaires, ils doivent passer par le pédopsychiatre de l'équipe mobile de crise s'il est disponible. S'il n'est pas disponible, c'est le médecin de l'unité d'hospitalisation qui prend la décision et informe par après le pédopsychiatre de l'équipe mobile de crise.

Ce fonctionnement fera l'objet d'une évaluation par le réseau.

Une plate-forme informatique sera réalisée rapidement pour permettre au pédopsychiatre du réseau de connaître en temps réel la disponibilité des lits de crise dans les différentes institutions.

Fonctionnement concret

L'équipe dispose d'un lieu de travail dans un endroit central au Brabant wallon afin de permettre un sentiment d'appartenance indispensable à une équipe.

Elle peut néanmoins organiser des permanences dans des endroits décentralisés (voir supra), mais aussi recevoir à son siège les jeunes, familles, institutions si c'est pertinent d'un point de vue clinique ou pour assurer la sécurité du personnel.

Un numéro d'appel permet de joindre l'équipe de 10h à 19h du lundi au vendredi, et de 9h à 13h le samedi, et renvoie vers les urgences en dehors de ces heures, les dimanches et jours fériés.

Un temps commun avec les personnes présentes et le médecin responsable est organisé quotidiennement et décide du démarrage d'une intervention mobile dans les 24 à 48h après le coup de téléphone.

Une réunion hebdomadaire réunit l'ensemble de l'équipe pour permettre une analyse clinique approfondie de chaque situation.

Le travail de l'équipe mobile de crise est un travail de rencontre. Le diagnostic et le traitement se font à travers le décodage intensif et contextuel des enjeux de la crise.

Un vrai travail de relais et d'accompagnement adapté à chaque situation est assuré avant la clôture du dossier.

Composition de l'équipe mobile

L'équipe mobile est pluridisciplinaire. Différentes fonctions y sont assurées : psychologues disposant d'une formation et d'une pratique clinique approfondie, assistants sociaux, éducateurs, infirmiers. L'intersectorialité est recherchée et le personnel engagé devra au minimum disposer d'une bonne expérience des différents secteurs afin d'assurer une articulation entre le psychothérapeutique et les aspects socio-éducatifs.

Un équilibre devra être assuré, entre des personnes qui maîtrisent bien le travail spécifique de la crise dans le champ de l'enfance et des personnes qui maîtrisent bien le champ de l'adolescence et les réseaux respectifs autour de ces tranches d'âge. De plus, le recrutement devra tendre vers une parité entre des personnes émanant des pôles ambulatoires, mobiles et (semi)résidentiels.

Différents partenaires des différents secteurs ont d'ores et déjà proposé du personnel : 3 SSM, la Clinique Saint-Pierre, Le Centre hospitalier le Domaine, la Petite Maison, le SAI l'Entre-temps, l'équipe SOS-Enfants, le SAIE Le Traversier (Cf. Annexe 4 – Cartographie des partenariats).

Rôle du médecin responsable

Le pédopsychiatre est responsable du fonctionnement de l'équipe mobile de crise. Il participe aux réunions cliniques hebdomadaires et dans la mesure du possible au temps commun quotidien.

A la demande de l'équipe, il peut rencontrer l'enfant, le jeune et sa famille et exercer des activités cliniques.

Il assure la liaison médicale vers les psychiatres hospitaliers concernant l'occupation des lits de crise ainsi que vers les médecins du réseau.

6.3. Financement du Programme de soins de crise

Cf. Annexe 5.

En Brabant wallon, de nombreux services se sont montré enthousiastes et ont proposé des candidatures au sein de leur personnel pour composer les deux équipes mobiles. Le processus de recrutement n'ayant pas encore pu être mis en route actuellement, toutes ces offres potentielles ont été reprises dans le plan financier, ce qui justifie un léger dépassement du budget "frais de personnel".

6.4. Coordination avec les initiatives locales en matière de crise

Plusieurs services très performants dans les soins de crise ont décidé de se porter partenaires pour partager leur expertise avec l'ensemble du réseau, via le détachement d'un membre de leur personnel, ou encore en développant des projets en lien avec les besoins mis en évidence dans le cadre du Programme « soins de crise ».

Citons notamment :

- Le Pôle pédopsychiatrique de la Clinique Saint-Pierre qui offre des consultations et des évaluations approfondies en ambulatoire avec possibilité d'hospitalisation dans le service de pédiatrie. Ce pôle collabore avec l'école Escale en hospitalisation et en ambulatoire.
- Le Gerseau : initiative spécifique du SSM de Braine-l'Alleud, proposant des interventions cliniques à partir du lieu de vie de jeunes enfants (0 à 3 ans).
- Le SSM Entre-Mots qui a développé une expertise dans la détection de psychoses débutantes.
- L'Equipe Enfants-famille chargée de la prévention, du diagnostic et de la prise en charge des situations de mauvais traitements.
- Le SSM de Wavre qui développe des projets spécifiques (intervention en milieu scolaire, soutien à la parentalité, cliniques de la concertation...), des consultations sans rendez-vous et une offre mobile.

- Le service de psychiatrie de la Clinique Saint-Pierre qui accueille dans ses lits A des jeunes à partir de 18 ans (16 ans si il n'y a pas d'alternatives) et réalise les expertises à la demande du Parquet.
- Le dispositif médico-légal bruxellois représenté par le Centre hospitalier Jean Titeca.
- ...

7. Auto-évaluation du réseau

L'auto-évaluation s'effectuera par la coordination qui la proposera au comité de réseau.

En termes de résultats, le réseau veillera à vérifier l'atteinte des objectifs.

- Application du schéma d'intervention soins de crise :
 - o Existence d'un numéro de téléphone et de permanences téléphoniques.
 - o Le numéro de téléphone de l'équipe mobile est connu de l'ensemble des professionnels concernés et du grand public.
 - o Ce numéro est utilisé par les professionnels concernés et le grand public.
 - o Rédaction d'un écrit après chaque contact téléphonique
 - o Mise en place d'une équipe mobile.
 - o Existence d'une articulation entre les services d'urgences de l'hôpital et l'équipe mobile pour les cas reçus en-dehors des « horaires ».
 - o Echanges sur les situations cliniques en équipe mobile.
 - o Présence de lits différenciés dédiés aux soins de crise en Brabant wallon.
 - o Connaissance du schéma d'intervention par les différents intervenants en soins de crise.
 - o Diminution des interventions des services d'urgences des hôpitaux pour des soins de crise destinés aux enfants et adolescents du Brabant wallon.
 - o Bonne connaissance par le réseau du processus des soins de crise.
 - o Délai effectif de réponse des équipes mobiles compris entre 24h et 48h.
 - o Respect des délais d'intervention des équipes mobiles :
 - o Respect du délai de la première intervention entre 24h et 48h,
 - o Respect du délai d'intervention de moins d'un mois avec un maximum de 8 semaines.
 - o Existence d'une première rencontre avec deux intervenants de l'équipe mobile, le jeune/l'enfant et sa famille en présence de l'envoyeur.
 - o Mobilité effective de l'équipe mobile sur le lieu de crise.
 - o Evolution et taux de remplissage des lits de crise.
 - o Nombre annuel de demandes formulées à l'équipe mobile.
 - o Analyse des types de crises prises en charge.
 - o Nombre d'appel du numéro vert et typologie des appelants.

- Qualité de la prise en charge de la crise en Brabant wallon :
 - o Les « crises » sont bien réorientées.
 - o L'intervention est adaptée à la situation et à la personne.
 - o L'intervention respecte les délais.
 - o L'intervention analyse les enjeux de la crise.
 - o L'intervention stabilise la situation.
 - o L'intervention diminue les « aggravations ».
- Favoriser et stimuler le travail en réseau :
 - o Existence de réunions de coordination spécifiques à la gestion de crise.
 - o Création de « partenariats » entre les différents secteurs pour assurer la détection et le suivi.
 - o Organisation effective de time-out.
 - o Organisation effective du case management.
 - o Mise en place d'un processus de supervision et de formation continue des équipes mobiles.
- Faire l'inventaire de l'offre d'intervention en santé mentale et des manques et en assurer la diffusion :
 - o Existence d'un inventaire global des services partenaires.
 - o Mise à jour de cet inventaire.
 - o Diffusion de l'inventaire.
- Identifier et tenir compte des besoins du public-cible à tous les niveaux d'intervention (screening, prise en charge, réorientation).
- Assurer l'implication et la participation des usagers et des proches dans la prise en charge de crise :
 - o Présence et implication de la famille au sein des différentes rencontres entre l'enfant/le jeune et les intervenants.
 - o Développement de relais entre les familles et l'ensemble du réseau.
 - o Satisfaction de l'enfant/du jeune et des familles sur l'intervention proposée (rapidité d'intervention, stabilisation de la situation).
 - o ...
- Augmenter la cohérence et la complémentarité entre les pratiques des professionnels :
 - o Identification du champ d'action de chaque professionnel intervenant dans les soins de crise.
 - o Identification de l'offre de soins de crise.
 - o Orientation adéquate des professionnels lors du screening et du passage de relais post intervention des équipes mobiles.

- Tenir compte du contexte global et de l'environnement de l'enfant et du jeune :
 - o Favoriser une approche biopsychosociale et non symptomatique.
 - o Favoriser une intervention dans le milieu de vie du jeune.
 - o ...
- Améliorer la détection des situations de soins de crise.
- Favoriser le maintien et/ou la réinsertion de l'enfant et du jeune dans son milieu (école, domicile) :
 - o volonté de favoriser, tant que possible, les soins ambulatoires dans la prise en charge ;
 - o intégration de l'école comme partenaire privilégié dans la gestion de la crise pour privilégier la réinsertion.

En termes de processus, de fonctionnement du programme soins de crise, certains indicateurs pourront être mesurés, comme par exemple :

- modalités de mise en œuvre : amélioration de la communication entre les différents intervenants du programme soins de crise ; capacité de l'équipe mobile à répondre à l'ensemble des demandes,
- le respect des processus d'intervention et leur adéquation aux situations rencontrées,
- la répartition efficace de l'affectation des moyens alloués au programme soins de crise,
- satisfaction des intervenants sur les modalités d'intervention de gestion des crises,
- adaptation du programme selon les évaluations menées (efficience).

8. Personne de contact

Pour bénéficier de plus amples informations au sujet de ce modèle, vous pouvez contacter :

Marie-Madeleine Hendrickx
0473/20 79 86
mm.hendrickx@archipelbw.be

Barbara Truyers
0474/29.92.16
b.truyers@archipelbw.be

Coordinatrices du réseau archipel

9. Liste des annexes

- Annexe 1 : Liste des partenaires
- Annexe 2 : Tableau des 6 besoins
- Annexe 3 : 3 schémas cliniques
- Annexe 4 : Cartographie des partenariats
- Annexe 5 : Plan de financement