

Programme de détection et d'intervention précoces (D.I.P.)

1. **Nom du réseau** : RÉSEAU SANTÉ KIRIKOU - province de Namur (acronyme = RSK)

2. **Travail en réseau pour le développement de la nouvelle offre**

a. **Décrivez les actions, projets qui sont déjà menés, au sein de votre réseau dans**

Un travail préalable au D.I.P. a été initié par le RSK et s'est accentué dès le développement du progr. C.L.I. Certains enseignements ont pu être tirés qui nous permettent aujourd'hui de défendre le progr. D.P.I. Nous pouvons citer de manière non exhaustive les éléments suivants :

- dans le projet-pilote TDAH, une partie importante du travail a été consacrée aux aspects d'observation, de détection et d'intervention précoces. Ce progr. nous a ainsi permis de rencontrer sur base d'un projet concret et ciblé un ensemble d'acteurs de la première ligne qui sont des acteurs de la D.i.P de manière générale. Il suffit pour s'en convaincre de consulter les rapports d'activités et de naviguer sur le site fédéral - <http://www.adhd-traject.be/fr> - fruit d'une collaboration inter-réseaux. Sur la province de Namur, ce projet a permis une collaboration particulièrement enrichissante avec le secteur des PMS-PSE qui reste un acquis. Un tryptique à destination des médecins généralistes a également été réalisé et diffusé car la collaboration avec la première ligne de soins reste un défi, notamment en l'absence de structures de concertations comme les sisd qui permettent la concertation pour les patients souffrant de troubles psychiatriques. Depuis peu, un sisd existe sur la partie ouest de la Province et l'arrondissement de Namur réfléchit également. Cependant, le déficit de moyens financiers et temporels touche les deux parties. Les collaborations avec les maisons médicales constituées en équipes pluridisciplinaires sont plus aisées et pourraient aussi être dans un premier temps une porte d'entrée vers la première ligne de soins. Au total, le projet-pilote TDAH nous a permis repérer les bonnes pratiques pour les développer et de pointer des constats; mais nous permet également de rester attentif à une communication ciblée sur une symptomatologie qui correspond à des attentes/craintes « modernes ». L'accompagnement reste un point d'appui essentiel y compris pour la D.I.P.
- dans le prolongement du TDAH, le RSK a organisé en septembre et octobre 2018 un cycle de 3 formations participatives délocalisées à Namur, Dinant et Philippeville sur le projet INEMO (gestion de l'impulsivité et de l'émotion chez les enfants) qui nous permet d'aborder la problématique de manière plus large. Le feed-back très positif des partenaires participants nous invite à poursuivre avec d'autres modules
- la forte implication des pédiatres depuis l'opérationnalisation du RSK, notamment au départ des services de pédiatrie des hôpitaux généraux (impliquant le personnel soignant associé) nous ont ouvert les portes pour le développement d'actions liés au D.P.I et ciblant la petite enfance. C'est une opportunité incontestable
- sur cette base, une intervision intersectorielle périnatale a été organisée en décembre 2017 autour de la thématique « grossesse et trouble psychique » qui a abouti à des recommandations spécifiques donnant des indications de contenu pour le progr. D.I.P.;

- une collaboration et des échanges soutenus avec le Comité Subrégional de Namur et les TMS de l'ONE ont été entrepris dans le respect des missions et des compétences de l'ONE en première ligne sur la petite enfance. Comme expliqué dans la 3^{ème} partie, des synergies et des complémentarités dans les collaborations avec l'expertise des soins de santé mentale seront proposées pour permettre plus d'efficacité dans l'intérêt des E/A
- les collaborations existantes avec les structures agréées par l'ONE comme SOS Parenfants constituent un levier pour le développement du progr. DPI. Idem pour les Commissions maltraitance des arrondissements de Namur et de Dinant ;
- un partenariat et des collaborations ont été entrepris avec le centre de référence sur le suicide « un pass dans l'impasse ». Ceci est précieux et ouvre des perspectives prometteuses par rapport aux facteurs de risque. Dans l'immédiat, nous avons décidé concrètement de nous associer ensemble et en partenariat avec la Province de Liège (Openado) et le CHU de Bordeaux dans le lancement de la phase test de l'application « Help-Ados » qui pourrait constituer un outil pertinent et facilitateur pour les adolescents
- la collaboration avec le secteur scolaire permet d'expérimenter des projets dans le cadre de l'appel à projet "amarrages" (cf. lutte contre le décrochage scolaire). Le RSK est partenaire du projet porté par l'école St-Joseph à Jambes. Ce projet concret à l'échelle d'un établissement scolaire permet de nouer des alliances inédites entre acteurs qui ne se connaissent pas et qui ne concourent pas à la même mission. C'est l'occasion d'identifier les éléments qui facilitent les collaborations ainsi que les obstacles que le partenariat va soulever, soit une fenêtre pour analyser avant de généraliser sur le territoire des recommandations de collaboration. Le programme D.I.P. par son caractère novateur doit pouvoir s'appuyer sur ce type d'expérience d'un point de vue méthodologique pour objectiver les hypothèses de travail et les recommandations à dégager. La co-construction de ce progr. nécessite de la souplesse et des possibilités d'adaptation.
- En marge de l'école, la Province de Namur anime une plateforme des accueillantes du temps libre qui ont aussi un rôle important dans l'accompagnement des enfants en dehors du temps scolaire.
- Le RSK est activement impliqué dans le comité de pilotage de la Maison de l'Adolescence (MADO) en phase d'implémentation à Namur. Un accord de collaboration a été signé qui permet à l'équipe mobile (l'@tribu mobile) d'occuper une place dans les permanences tournantes situées dans la communauté (centre-ville) fréquentée par les adolescents parfois en situation « d'errance ». L'essentiel à retenir ici est que la MADO par son dispositif d'accueil co-construit avec les ados et adapté à leur propre référentiel, par sa mission d'orientation sur base d'une expertise intersectorielle constitue une porte d'entrée très intéressante centrée sur la diversité des besoins du jeune, qui répond parfaitement aux besoins du DIP destiné à ce public et permet l'orientation.
- Les structures mères enfants pour un suivi et une prise en charge précoce des enfants qui naissent soit en grande prématurité, soit qui ont leur maman qui souffre de problèmes psychiatrique, sont également présentes sur le territoire namurois, que ce soit dans le cadre du service grand N du CHR, soit à l'hôpital Beau-Vallon. Le projet tricotin rassemble une série d'acteurs qui collaborent autour de ces problématiques.

- La présence depuis le début du RSK des deux structures en charge de la prise en charge de la maltraitance (SOS parenfants et Sailfe) éclairent également notre regard sur les questions liées aux abus ou à la négligence parentale par exemple.
- Les contacts, échanges, séances de travail et autres avec les structures plus spécialisées en santé mentale, via le RSK et d'autres lieux de concertations, permettent des échanges sur les trajectoires des jeunes, des familles en difficulté pour mieux comprendre les racines des problèmes observés
- Notons aussi la mise en place d'une « enquête jeunes » sur l'ensemble du territoire namurois qui interrogent les 6^è primaires les 2^è et 4^è secondaires sur leur santé et plus particulièrement cette année sur les conditions de leur bien-être. Cette enquête est menée par la cellule observation de la Province de Namur en charge des tableaux de bords de la santé et de projets transfrontaliers qui ont un intérêt dans l'organisation d'une réponse concertée dans le sud de la Province.
- ...

b. 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 progr. D.I.P. est prioritaire dans une réforme – la NPSME/A – qui voudrait produire plus d'efficience sur le long terme à l'échelle des générations à venir. Un investissement durable à privilégier.

Le Comité stratégique du RSK a très vite marqué sa préoccupation pour le groupe cible de la petite enfance (de 0-3 ans jusqu'à 6 ans). Il a mis en place en 2017 un GT pour y porter attention qui s'est réuni à plusieurs reprises. L'une des motivations de ce GT était « le bas bruit » qui caractérise les troubles liés au jeune âge, voire au contexte dans lequel ils se développent. Certes, nos partenaires dont les missions principales sont orientées vers ce groupe-cible faisaient déjà écho à cette préoccupation pour attirer notre attention sur de nombreuses carences. Mais les stratégies de collaborations dans le cadre de la NPSME/A peinaient à émerger pour ce groupe-cible. Les politiques locales liées à la petite enfance étaient déjà coordonnées au sein de l'ONE. Par ailleurs, les troubles du comportement débordant (à « haut bruit ») à l'âge de l'adolescence (dont les situations complexes et parfois « incasables ») et la phase d'implémentation opérationnelle de la NPSME/A mobilisaient toutes les énergies du RSK dont en premier lieu la mise en place des soins mobiles de crise et de longue durée comme celle des dispositifs hospitaliers de crise.

Pour l'élaboration de la nouvelle offre (D.I.P.), le Comité stratégique a souhaité constituer deux groupes de travail ouverts ciblant (1) la petite enfance de 0-3 ans jusqu'à 6 ans, (2) la pré-et-adolescence de 10 à 18 ans jusqu'à 23 ans. Ces deux groupes se sont réunis chacun à plusieurs reprises entre septembre et novembre 2018. Ceci a permis une concertation ciblée compte tenu des spécificités liées à ces âges, rappelant qu'il y a lieu de tenir compte dans ce progr. des facteurs de développement, ainsi que des facteurs de risques et de protection à contextualiser. Ce « ciblage » a permis de mobiliser certains partenaires qui ont des missions différenciées selon l'âge. Deux réunions de concertation communes ont permis de co-construire un progr. d'ensemble se profilant dans le cadre de la NPSME/A. Celui-ci s'est également nourri des éléments relevant de l'enquête participative évoquée ci-dessous. Le progr a été validé par le Comité stratégique qui s'est réuni le 30/11/2018.

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

Afin d'engager l'ensemble des partenaires dans un processus coopératif et participatif, le RSK a lancé une enquête pour les consulter sur le D.P.I de manière volontaire sur les 38 communes de la province de Namur. Le questionnaire porte sur des questions principalement ouvertes qui permettent après la récolte des données de compléter, préciser des contenus apportés dans les GT précités (v. annexe 3).

Les indications relatives à la méthodologie participative sont accessibles sous la référence :

<http://www.reseau-sante-kirikou.be/initiatives/enquete-participative-programme-dip/>

Il convient d'ajouter à ceci ce qui a été précisé à la 1^{er} question de cette 2^{ème} partie (2.a); ainsi que la stratégie de communication développée par le RSK (newsletter « Kirikour'iel », site internet, échange épistolaire (par mail), journées de sensibilisation participatives, actions citoyennes communales, ...)

Enfin, de manière générale les questions relatives à l'observation, la détection et l'intervention précoces ont été mises régulièrement à l'OJ des Comités de réseau et du Comité stratégique pour susciter l'intérêt, l'expertise et la coopération de l'ensemble des partenaires.

d. Indiquez, si et de quelle manière, les E/A et leur entourage (parents, proches, interv. de proximité) prendront part au dvlpt de la nvlle offre.

Le RSK s'est engagé dans la NPSM et partage la conviction qu'il faut impliquer les E/A ainsi que leur entourage dans le dvlpt de la nvlle offre. La question que se posent les partenaires est l'opérationnalisation de cette intention. Cela demandera du temps. Cette implication se décline à trois niveaux - micro, méso, macro – et se distingue en fonction de la «cible»: E/A et/ou entourage.

- le micro : ce niveau touche l'observation et l'accompagnement socio-éducatif et/ou clinique au plus près du milieu de vie (communauté). L'implication varie en fonction de l'âge. Au plus jeune âge, elle engage et devrait associer les parents, proches et intervenants de proximité. Des actions permettant de les soutenir doivent être mises en place à chaque fois que nécessaire. Ceci nécessite une vigilance et une écoute relatives aux besoins du (très) jeune enfant et aux signes silencieux de la souffrance psychique (par ex. l'observation prénatale, celle des nourrissons, de leurs interactions avec leur environnement). Pour les plus âgés et les adolescents, l'attention portera sur l-a-(auto-)vigilance des facteurs de risques et de protection, qui, une fois identifiées nécessiteront plus que probablement des actions ciblées et outillées visant la promotion de la santé. La voie la plus directe pour y arriver n'est-elle pas dans l'éducatif au sens large? Ou encore le soutien à des stratégies «de pair à pair» et/ou au développement de la pair-aidance? Ou les approches à privilégier, à développer pour s'adresser de manière plus directe à l'enfant/adolescent, lesquelles?...
- le méso : le RSK a lancé une enquête auprès de ses partenaires dans un processus participatif « d'états généraux » pour faire remonter les bonnes pratiques en matière d'implication des E/A dans leur environnement et milieu de vie. Sont-ils considérés comme les acteurs de leur

trajectoire ? Sont-ils consultés dans la « co-construction », l'organisation de leur lieu de vie, sur la qualité de leur prise en charge ou sur le processus progressif visant leur autonomie ? Y-a-t-il des collectifs de jeunes ou de parents (auto)organisés qui puissent s'exprimer et être entendus ? Etc. Cette démarche pourrait permettre au RSK de soutenir les dispositifs participatifs existants et/ou émergents, de valoriser les expertises et de stimuler/soutenir/organiser des groupes/lieux de parole sur la nouvelle offre, d'impliquer des représentants de ces collectifs de jeunes ou de parents dans les groupes de travail qui élaborent les contenus évolutifs de la nouvelle offre.

- le macro : les regards croisés impliquant les E/A, leur entourage, la société civile et les différents professionnels est essentiel aux stratégies du RSK et aux bonnes pratiques visant la nouvelle offre. La Convention de collaborations du RSK prévoit des mandats au Comité stratégique pour concrétiser dans le modèle de gouvernance la participation (1) des jeunes, (2) des familles et entourage. L'intention ne s'est pas encore concrétisée faute de candidat déclaré et de relais suffisamment étayés. Nous recommandons vivement qu'un travail inter-réseaux puisse se réaliser pour penser et soutenir cette approche. Des modèles existent au niveau des adultes qui ne semblent pas transposables en tant que tels dans la NPSME/A. Par ex. dans le secteur de la santé mentale, SIMILES et PSYTOYENS ont été approchés mais ont actuellement décliné l'offre, non sans raison puisque d'une part ils ne disposent pas de l'expertise dans le domaine des jeunes et d'autre part ils ne disposent pas des moyens et des ressources humaines pour la développer et/ou mettre à profit leur savoir-faire pour ces publics-cibles. Bref, ce chantier est à mettre en place, selon nous, dans une volonté collective et soutenue par la coordination fédérale.

e. 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.

Le RSK met en œuvre sur la province de Namur la NPSME/A, c'est-à-dire une politique visant la promotion de la santé mentale dans laquelle est incluse de facto la prévention telle qu'elle est définie dans son sens premier. La vision est holistique. Agir de manière préventive offre une garantie d'efficacité favorisant l'inclusion dans la communauté, l'empowerment et le développement du potentiel et des capacités individuelles. Observer, détecter et intervenir précocement est et devrait être une priorité de tous les instants, une confirmation en quelque sorte de l'adage: « mieux vaut prévenir que guérir ». Dans cette perspective, le RSK restera attentif à favoriser les échanges mutuels et la promotion de l'expertise entre la 1^{er} ligne et les services de soins en santé mentale spécialisés. En outre, le réseau stimule l'interconnaissance et diffuse les informations utiles sur les missions de chacun. Il dispose déjà d'un outil le permettant (le Kirikou'riel) et des groupes de travail.

Cette intention est confrontée en Belgique au clivage (déjà ancien) des politiques de santé publique – c'est-à-dire à la répartition des compétences et à l'autonomie des normes qui rend peu lisible la cohérence d'ensemble et impacte directement les collaborations par des missions différenciés, invitées sans cesse à mieux se coordonner. Certes: à condition a priori d'être dans la mission ou la compétence.

A cette complexité s'ajoute un certain déficit des politiques transversales favorisant les actions sur les déterminants de la santé. Il faut pouvoir le faire entendre à tous les étages.

L'observation, la détection et l'intervention précoces « *doivent être intégrés au sein d'une politique de soins santé (mentale) plus large de promotion de la santé et de prévention des maladies, par le développement d'actions dans divers domaines de la vie, y compris celui de l'éducation* » (annexe 2, p3). Ce constat est partagé par le RSK. Cette priorité a d'ailleurs été relayée à l'époque par le coordinateur et le chargé du progr. CLI dans le groupe de concertation – GT promotion du bien-être et d'une bonne santé mentale - mis en place de septembre à novembre 2017 par la Ministre de la Santé, Madame Alda Gréoli, visant l'élaboration du plan stratégique de prévention et de promotion de la santé dans le cadre des nouvelles compétences de l'AVIQ.

La 1^{er} ligne, aux avant-postes dans la communauté, est le lieu où devraient agir en 1^{er} intention l'observation, la détection et l'intervention précoces; le lieu où devrait se concentrer l'échange d'expertise. Ceci implique de facto la prévention. Il convient néanmoins de nuancer en rappelant qu'il n'y a pas de consensus définitivement abouti sur ce qu'il convient d'appeler la 1^{er} ligne. S'agit-il de la 1^{er} porte d'entrée à laquelle on vient frapper ou à laquelle on vient se confronter, voire se fracasser ? S'agit-il de l'envoyeur (généraliste ?) vers la seconde ligne (spécialisée ?) ? S'agit-il de la 1^{er} ligne de soins ? S'agit-il de la médecine générale ou du monde scolaire ? Peut-on la penser de manière linéaire dans une approche intersectorielle ? En population générale, les lieux de socialisation et le social plus généralement ne sont-ils pas cet avant-poste le plus accessible qui offre la meilleure visibilité¹ ? Certains secteurs se définissent de 1^{er} ligne mais se sentent-ils engagés dans une mission de prévention, voire de détection et de screening ? Etc...

Les services de soins spécialisés en santé mentale sont hospitaliers ou extrahospitaliers. Les 1^{er} se consacrent à l'intensification des soins, gèrent les événements aigus et contribuent à la prévention des conséquences néfastes des maladies chroniques (prévention des crises).

L'ambulatoire spécialisé – c-à-d ici les services de SM – est impliqué dans des actions de prévention au niveau micro et méso, individuel et collectif, (y compris bien entendu dans sa fonction soignante à l'instar des hôpitaux). C'est un fait. Celui-ci n'est pas reconnu dans cette mission (ce qui crée un hiatus), même si ce secteur contribue de manière fort importante à la prévention des complications ou de la genèse de troubles dans l'entourage des usagers par ex. Les partenaires du RSK ont néanmoins identifié que les services de SM sont un allié incontournable du progr. pour l'observation, la détection et l'intervention précoces des vulnérabilités psychiques des E/A et de leur entourage.

¹ *“la lecture des difficultés de l'enfant par le corps enseignant est une grande richesse, celle-ci est complémentaires à celle de l'équipe soignante. Faire du lien entre intervenants, parents, école, etc. autour de l'enfant donne la possibilité à chacun de s'exprimer sur leur compréhension de la situation et permet de confronter les points de vue (...) Le partage d'informations favorise un décloisonnement des pratiques et des acteurs (...). Les enseignants mériteraient d'être mieux formés à la gestion d'un entretien et à la communication avec les parents.” (recommandation du CRESAM- annexe 2, p3)*

Il en va de même pour les équipes mobiles en regard de leurs missions spécifiques, de leurs moyens et compte tenu de leur spécificité d'intervention dans les familles et dans le milieu de vie.

f. Précisez quels sont les liens développés avec le progr. CLI

Le progr. DIP se caractérise par la nécessité d'articuler fortement des acteurs institutionnels relevant de politiques publiques hétérogènes. Si on se réfère au modèle de gouvernance du RSK, le progr. invite à créer et/ou à resserrer les liens entre des partenaires issus de catégories différentes : (1) les acteurs de la SM au sens strict, (2) les acteurs de l'aide généraliste, (3) les acteurs de la société civile. L'investissement et l'intéressement par rapport à la NPSM ne sont pas identiques dans ces différentes catégories. A titre d'illustration, rappelons que les acteurs issus de la société civile, notamment le secteur de l'enseignement, ne sont pas encore totalement informés et mobilisés par la NPSM. Ce travail d'intéressement est souvent au cœur du progr. CLI. De nombreuses démarches et présences, initiées et soutenues par le progr. CLI, sont justifiées par ce souhait d'intéresser des acteurs éloignés du fonctionnement actuel du réseau. Il convient de reconnaître que ce travail spécifique d'intéressement repose sur des modalités d'efficacité à s'inscrire dans la durée (ex.: respect de l'expertise et des réalités des partenaires contactés, établissement de processus win-win, co-construction d'une culture commune pour faciliter la confiance et le travail en réseau, etc.). La mise en place du progr. D.I.P. sera facilitée et structurée par les retombées des investissements opérés par le progr. CLI.

A ce sujet, soulignons que le progr. CLI, conçu et développé sur le territoire provincial, est confronté à des politiques publiques organisées à un échelon supérieur. Les avancées possibles à ce niveau provincial ne peuvent dès lors se faire et se concevoir qu'à partir des réalités de systèmes qui organisent les partenaires sur le terrain. Certains partenaires ne peuvent s'engager qu'en fonction des marges de manœuvre permises par leur secteur de référence. Nous pouvons d'ores et déjà identifier que ces marges de manœuvre ne sont pas homogènes chez les différents partenaires contactés.

Quelques éléments d'illustrations :

- Dans le secteur de la petite enfance, les partenaires locaux de l'ONE précisent que le cadre juridique des TMS ne permet à ce stade pas de réaliser des missions de détection. Sauf à se mettre en défaut au niveau de leur mission sociétale/institutionnelle, cela limite les avancées structurelles qui peuvent se réaliser sur le terrain.
- Dans le secteur de la médecine scolaire, le cadre juridique ne mentionne la détection de problèmes psychiques qu'au niveau de l'examen prévu en 3ème maternelle. Que faut-il faire aux autres niveaux et tranches d'âges? En outre, les partenaires locaux soulignent que les moyens financiers ne sont pas automatiquement octroyés pour équiper les agents d'outils récents et pertinents. D'autres enjeux au niveau de la formation sont également soulevés.
- Au niveau de la détection de l'autisme, les partenaires soulignent l'absence de centre de référence sur le territoire provincial et la faible implication des médecins généralistes, etc.
- Le secteur de la prise en charge des parents avec une consommation problématique témoigne que le déclic parent (c-à-d la question de savoir ce qu'il advient des enfants présents dans la situation) n'est pas toujours possible. La responsabilité de mettre en place un accompagnement

automatique et spécifique des enfants concernés n'est pas identifiée par les différents partenaires. Une majorité s'accorde sur la nécessité et l'utilité de mettre des actions préventives en place, mais le financement et le périmètre des compétences des uns et des autres sont souvent identifiés comme un frein important.

- Les partenaires issus des SSM soulignent que leur volonté de répondre aux besoins identifiés dans la prise en charge des E/A n'est que partiellement rencontrée étant donné un sous financement structurel du secteur. En outre, des craintes sur une priorisation des pathologies et notamment la possible prééminence des difficultés psychiques liées au décrochage scolaire contenu dans un avant-projet de décret ont été exprimées par les partenaires lors de la co-construction du progr. DIP. L'éventuelle disparition du caractère généraliste des SSM pourrait fortement affecter le déploiement d'un progr. DIP cohérent sur le territoire provincial.
- Les partenaires travaillant avec les personnes en grande précarité soulignent que le public jeunesse est de plus en plus important. Au vu de la forte prévalence des problèmes psychiques et des problèmes de précarité et d'errance, cette augmentation interroge sur les politiques d'intégration menées et sur les réelles chances pour un jeune dont les capitaux (financier, mais également culturel, social, scolaire, symbolique) sont faibles ou inexistantes d'obtenir une place juste et valorisée dans la cité. Soulignons que l'absence de solution logement adaptée (exemples : IHP jeunes, absence de transition entre SRJ et SRA, etc.) pour ce public fragile est souvent un accélérateur et un déclencheur de problèmes psychiques plus importants.
-

g. 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

La collaboration intersectorielle consolidée à travers la construction et le fonctionnement du réseau permet de renforcer les articulations, mais n'est pas toujours à même de répondre aux enjeux soulevés. Si tout le monde s'accorde pour dire que l'interconnaissance entre les partenaires favorise les collaborations et facilite les trajets de soin; à plusieurs reprises il a été souligné que les gains réels du travail en réseau ne permettent pas de combler les manquements constatés sur le territoire.

Pour fluidifier les interactions dans le progr. D.I.P., le travail intersectoriel permet de mettre en évidence que la question de l'établissement d'un 1^{er} diagnostic est un enjeu où des intérêts contradictoires se manifestent. Certains partenaires, actifs dans les fonctions du diagnostic et du traitement, soulignent la difficulté et la nécessaire prudence pour établir un diagnostic au niveau des E/A (stigmatisation, cristallisation des difficultés et des carrières-types au niveau des trajectoires, perte d'opportunités ou d'évolution positives possibles, etc.). Dans le même temps, d'autres partenaires (issus des catégories 2 ou 3) sont dans l'attente d'un diagnostic pour permettre une éventuelle prise en charge. Possible positif comme un renforcement de l'encadrement (ex. l'intégration dans l'enseignement ordinaire), mais aussi possible potentiellement négatif comme une indication de prise en charge ailleurs (c-à-d un changement de lieu de vie). Dans un système où coexistent plusieurs secteurs qui peuvent se recouper/superposer, le diagnostic est parfois l'élément qui va orienter vers tel ou tel secteur au

détriment d'un trajet de soin à partir du lieu de vie. Un enjeu de la NPSMEA reste la possibilité de renforcer des trajets de soin dans les lieux de vie des jeunes en souffrance psychique. Une piste est de permettre à des jeunes de rester dans leur structure d'hébergement et de bénéficier dans le même temps d'une offre de soin dans leur milieu de vie. La construction des articulations entre les équipes mobiles et la demande/besoins des partenaires qui gèrent des offres résidentielles (SRJ) doit par ex. se construire indépendamment de ces enjeux au niveau de la fonction du diagnostic.

Les partenaires soulignent que dans une approche bio-psycho-sociale, l'intervention précoce en SM est bien plus qu'un enjeu médical. Par ex. : au niveau du trajet de soin pour les enfants présentant un TDAH, la possibilité de mettre en place des séances de psychoéducation devrait pouvoir se généraliser. Cette recommandation spécifique n'est pas contestée par les partenaires locaux. L'enjeu de la structuration et du financement de cette offre spécifique soulève des nombreuses questions. Qui doit l'organiser ? Comment s'assurer que l'offre rencontre la demande ? Comment augmenter l'accessibilité de l'offre vis-à-vis des publics fragiles et/ou éloignés des circuits de soin ? Qui organise le déplacement du public issu des communes rurales vers les lieux urbains ? Où cette offre pourrait-elle prendre place ? Qui finance les séances de psychoéducation ? Ce type de questions dépasse largement les avancées permises par le travail en réseau.

Dans un autre registre, des partenaires témoignent que la détection précoce et la valorisation des différentes expertises issue des différents secteurs ne peuvent pas s'inscrire automatiquement dans une perspective de brièveté. Par ex: la détection d'un trouble envahissant du développement (TED ou autisme) chez l'enfant en bas âge va probablement nécessiter d'organiser une prise en charge sur le long terme (idem pour le public étiqueté double diagnostic). Plusieurs partenaires soulignent que certaines difficultés psychiques peuvent être liées à des incapacités touchant le développement de l'E/A. La prise en charge de ces incapacités nécessite d'être pensée et construite sur des temps longs.

Pour illustrer, la question d'un hébergement adapté ne doit pas être éludée. La continuité et l'intensité de prise en charge pour un public dont le développement est en cours est peut-être la condition de son accès à une autonomie ultérieure. Précocité n'est pas synonyme de rapidité ou brièveté: avec un public en développement psychique, faut-il privilégier l'autonomie ici et maintenant ? Faut-il au contraire privilégier la construction de cette autonomie dans un moyen et long terme ? Ces questions sensibles mériteraient d'être étayées par une recherche scientifique soutenue. L'absence d'« evidence-based practice » sur les trajectoires de vie possibles en fonction des choix posés sur ces enjeux ne permet pas de structurer les controverses présentes sur le terrain. Ceci impacte la construction du programme DIP. Certains partenaires soulignent la nécessité d'inscrire les interventions sur des durées évaluées par la clinique et non à travers des normes standards et/ ou bureaucratiques.

3. Mission et vision de cette nouvelle offre

a. Expliquez les valeurs concrètes, la vision et la mission du réseau



S'accordant avec la vision et les valeurs de la promotion de la santé mentale promues par la NPSME/A, la nouvelle offre concerne tous les acteurs en lien avec l'enfance, l'adolescence et leur entourage.

Tous les publics sont concernés mais le réseau portera une attention particulière dans ce progr. sur les tranches d'âge de 0 à 3 - 6 ans et de 10 à 18 - 23 ans.

Le consensus intersectoriel nécessite néanmoins une requalification terminologique du programme D.I.P. pour s'accorder sur les valeurs, la vision et la mission du réseau pour la nouvelle offre. Les partenaires conviennent que le programme D.I.P. vise l'observation, la détection et l'intervention précoces. La phase d'observation est un préalable conditionnel pour activer et articuler les collaborations entre les partenaires et offrir des possibilités d'actions. Soulignons au passage que la détection ne fait pas partie des missions de certains acteurs clefs et relais au niveau de la D.I.P. Elle constituerait un obstacle si l'on s'en tenait à une définition stricte sans préalable. Observer signifie une attention particulière pour percevoir les signes avant-coureurs des vulnérabilités psychiques précoces et/ou silencieuses (y compris prénatales²). Pour y contribuer, il faut favoriser et stimuler les regards croisés et les expertises qui permettent de mieux équiper certains partenaires dans cette mission.

Rappelons en complément – et c'est essentiel - qu'il existe à tous les étages des différents programmes un accord du Réseau Santé Kirikou pour définir la fonction de diagnostic comme étant une « évaluation bio-psycho-sociale » en cohérence avec la NPSME/A. S'agissant d'E/A en développement et en construction vers une trajectoire progressive d'adulte autonome visant l'acquisition de compétences sociales, cette évaluation reste une/des hypothèses ré-évaluable(s) et toujours provisoire(s). Il ne pourrait en être autrement si la déstigmatisation des troubles en santé mentale reste le fondement des valeurs partagées par les partenaires du réseau.

L'intervention précoce peut se faire, d'une part, dans le cadre de la prévention des fragilisations de l'environnement psychique constitutif et/ou d'un trouble en santé mentale, de manière universelle et/ou spécifique sur mesure et d'autre part, être mise en place lors de l'apparition du trouble. L'observation, la détection et l'intervention précoces se font dans l'intérêt des besoins de l'enfant, de l'adolescent et ce, de manière singulière. Elles visent à l'impliquer en liaison avec son entourage dans une trajectoire de vie qui le renforce et lui offre des points d'appui de résilience favorisant le développement adapté et progressif de son autonomie. In fine, la perspective holistique est et reste de favoriser par les actions mises en place l'inclusion dans la communauté. Ceci implique une alliance effective et concrète entre la visée préventive, la visée socio-éducative, la visée d'apprentissage scolaire et la visée soignante.

Pour assurer pleinement la mission liée au progr. D.I.P., nous pensons qu'une fonction de liaison doit être activée en interaction avec le progr. CLI et sa mission. Par souci d'efficacité, cette fonction doit être incarnée par une personne qui occupe cette place dans le réseau et dispose de l'expertise. Ceci ne

² A noter que les hospitalisations courtes en maternité risque d'amplifier les difficultés

veut pas dire que cette mission relève du seul chef de cette personne puisqu'elle doit rayonner dans le réseau et impliquer une approche collaborative entre les partenaires. Cet agent de liaison agit comme un facilitateur réactif qui permet de maintenir, de soutenir, de renforcer de manière proactive l'attention des partenaires et des personnes-ressources. Il est essentiel de donner le temps de valoriser la compétence des autres et de soigner la qualité des relais.

b. Description du contenu et du développement organisationnel de la nouvelle offre.

Observer, donner le temps de reconnaître et de valoriser la compétence des autres, soigner la qualité des relais, des collaborations et/ou des liaisons, évaluer (bio-psycho-social) via un soutien de l'expertise dès que cela s'avère pertinent, intervenir précocement, si nécessaire et soutenir l'accompagnement : de l'esprit à la lettre c'est ce que vise la nouvelle offre.

Les actions se déroulent généralement au départ de la 1^{er} ligne au sens large (voir remarques formulées au 1.e) - par définition le 1^{er} observatoire social accessible à la communauté – avec un appui des soins de santé mentale spécialisés mobiles ou ambulatoires pour répondre aux appels et favoriser l'(O.)D.I.P. par un échange d'expertises vertueux dans l'intérêt des E/A et de leur entourage en les impliquant « sur mesure » (c'est-à-dire au cas par cas et/ou progressivement compte tenu de l'intérêt précité). Une des missions de l'agent de liaison (précité au 3.a) sera de faciliter les articulations, de « guider » les partenaires et de mettre « de l'huile dans les rouages ».

Compte tenu de ceci, la 1^{er} étape est de reconnaître, prendre appui et soutenir l'existant. A titre d'ex., pour la petite enfance, l'ONE est un acteur incontournable qui dispose d'une expertise et d'une fameuse boîte à outils. Le travail réalisé par les TMS permet l'observation et vise à soutenir le lien « parent-enfant », l'acquisition du langage chez l'enfant en bas âge³, l'imaginaire et la symbolisation⁴, le « devenir parent »⁵, ...Le RSK dispose de l'expertise des soins spécialisés en SM. Celle-ci pourrait dans le cadre du progr. (O.)D.I.P. renforcer l'attention et la vigilance sur la construction du psychisme. Cette expertise pourrait favoriser la « réorganisation » de la hiérarchie des priorités visant la santé globale (le tout étant intrinsèquement lié aux parties bio-psycho-sociales). En effet, on pourrait supposer, de manière respectueuse, que dans le travail au quotidien la santé somatique et la précarité (bienveillance versus maltraitance) mobilisent l'essentiel des énergies.

Au-delà de cet exemple. qui pourrait se décliner pour d'autres secteurs en 1^{er} ligne, le développement organisationnel de la nvle offre et son contenu s'élaborent sur base des stratégies et méthodologies expliquées au point 3.i, à savoir : travail de proximité au plus près du bassin de vie, développement

³ cf. la campagne <http://unchat-unchat.be/>, les modules jeux/livres dans chaque espace de consultation, un renforcement logopédique visant l'intervention précoce pour prévenir les troubles du développement

⁴ la distribution d'un livre pour chaque enfant (partenariat avec la culture de la FWB) comme processus pour soutenir la subjectivation, la symbolisation, et la gestion des émotions

⁵ par l'offre d'une consultation des TMS aux futures mères en périnatalité avec pour perspective notamment un soutien à la parentalité pour prévenir les troubles de l'attachement

d'outils de sensibilisation et d'information (avec diffusion et accompagnement), priorités au « repérage » de troubles spécifiques et/ou vis-à-vis de publics surexposés aux facteurs de risque.

Les partenaires insistent pour que le travail de liaison soit « incarné » vu d'une part le risque de dissolution des missions et de l'intéressement (il faut que le réseau, donc la NPSME/A, existe au travers de ce programme prioritaire notamment auprès des publics qui ne sont pas suffisamment autour de la table); d'autre part le travail à réaliser représentant une charge réelle importante. Il vaut donc mieux frapper sur le clou pour l'enfoncer. Le progr. (O.)D.I.P. étant articulé au progr. C.L.I, cet agent de liaison sera fonctionnellement intégré à la liaison intersectorielle mais avec des missions spécifiques orientées vers l'(O.)D.I.P. Comme expliqué aux points 3.j et 3.k, les tâches sont conséquentes.

.....

c. Décrivez concrètement comment le réseau entend réaliser les progrès de la nouvelle offre sur le plan du contenu en lien avec tous les autres acteurs (avec la 1^{er} ligne).

En complément des développements repris au 3.b, nous pourrions ajouter quelques éléments concrets non-exhaustifs à co-construire :

- élaborer un référentiel commun qui fait sens du point de vue intersectoriel c'est-à-dire compréhensible et partagé par tous. Peut-être, faudra-t-il le construire de manière progressive partant au départ du plus petit dénominateur commun en cohérence avec la NPSME/A (approche bio-psycho-social (holistique) et trajet de soins)
- favoriser l'articulation entre les acteurs de la petite enfance qui gravitent sur et autour du lieu de vie de l'enfant, comprenant également le champ scolaire
- dans le même registre et en complément : généraliser les collaborations avec les acteurs de la promotion d'une bonne santé mentale et de la prévention dont notamment ceux qui sont reconnus par l'AViQ (voir annexe 2 du modèle D.I.P. transmis par les entités fédérées) et/ou auxquels l'ONE se réfère, notamment par une meilleure maîtrise des missions de chacun des acteurs en vue d'articuler les interventions de manière efficiente
- développer, appuyer et soutenir les collaborations des soins de santé mentale spécialisés (mobile, ambulatoire voire (semi)résidentiel⁶) dans la nouvelle offre; les outiller à cette fin
-

d. Indiquez comment se déroule la procédure d'inclusion des E/A.

L'intérêt de l'E/A dans son contexte de vie est évalué en permanence. Cette évaluation nécessite a priori que l'enfant ou l'adolescent soit observé, rencontré et entendu (questionné) par le/les professionnel/s qui intervienne/nt. L'intervention se définit au cas par cas dans l'intérêt de l'enfant ou de l'adolescent. Un travail d'information et d'intéressement des professionnels est réalisé pour favoriser leur intervention.

⁶ Unité mère-bébé, par ex.

Ceci étant posé, une mise au point s'impose. Pour la petite enfance (public prioritaire), l'expertise de l'ONE nous enseigne que les parents sont les premiers ambassadeurs de leur enfant en souffrance psychique. Pour soutenir l'observation et mettre en place une évaluation, la question de la déstigmatisation des troubles psychiques de l'enfant en bas âge chez les parents doit être abordée de manière prioritaire. En effet, la meilleure configuration reste l'alliance avec les parents pour activer les facteurs de protection sur le long terme. C'est par une meilleure compréhension pour le milieu de vie que l'adhésion et la compliance aux soins sera efficiente. Ce point d'attention fondamental vaut également pour les autres classes d'âge. Le soutien à la parentalité est dès lors fondamental. Par ex. via les aides familiales ; l'entraide entre pairs, l'asbl 'le petit vélo jaune', le projet 'effet plume' (dispositif d'innovation sociale en province de Namur), ...

e. Précisez qui sont les envoyeurs et les tiers demandeurs

Doit-on distinguer les envoyeurs et les tiers demandeurs ? Rappelons que le RSK a pour valeur de valoriser la compétence des autres et de soigner la qualité des relais. Les envoyeurs sont souvent aussi des tiers demandeurs qu'il faut associer aux actions de l'O.D.I.P. Ceci s'avère important notamment pour la fonction de « diagnostic » et de traitement. Soutenir la demande n'émane pas toujours en 1^{er} intention des E/A et de leur entourage. Le travail de la demande pour répondre aux besoins est le plus souvent progressif et intégré au traitement. Les tiers demandeurs sont des alliés fondamentaux.

La santé mentale est l'affaire de tous les acteurs en lien avec l'enfance, l'adolescence et leur entourage et en premier chef celle des bénéficiaires et de leur entourage. Les envoyeurs sont donc potentiellement multiples.

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

Le RSK ne dévie pas de sa trajectoire et vise la couverture totale de la province de Namur. C'est son ambition. Compte tenu de l'étendue du territoire et des disparités importantes – urbaine/rurale, socio-économique, bassins de vie avec concentration de l'offre et facteurs d'isolement hétérogènes, mobilité à géométrie variable et déficitaire dans certaines poches de paupérisation, etc – maintenir l'équilibre est un leurre dont il ne faut plus taire le nom. La NPSME/A ne peut pas peser et compenser sur des déterminants sociaux et/ou transversaux qui dépassent largement son champ d'action.

La présence efficace dans le sud de la Province beaucoup moins dotée en services d'aides et de soins que l'arrondissement de Namur est un vrai challenge. Les points de départ se trouvent dans l'ambulatoire : ONE, AJ, SSM PMS/PSE. Des lieux de concertations permettent un ajustement entre les services; conseil zonal des PMS, concertation des travailleurs sociaux à Couvin, concertations mises en place par le SSM de Beauraing, plateforme de l'entre Sambre et Meuse, groupe de développement territorial « essaimage » etc..

Pour atteindre son ambition dans le progr. D.I.P., le RSK privilégie le développement d'une approche et d'actions de proximité, c'est-à-dire au plus proche des bassins de vie en prenant appui sur l'échelon local, voire communal de manière à toucher, à sensibiliser, à collaborer le plus directement avec les partenaires de la première ligne et de la société civile impliquée dans la communauté d'appartenance des E/A. Ce point est développé dans les stratégies et méthodologies proposées (voir aussi annexe 1).

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

La réponse est contenue dans les éléments qui précèdent. Précisions. Dans le cadre de ce progr. :

La fonction de détection précoce, screening et orientation est requalifiée par le RSK comme une mission d'observation, de détection et d'orientation. L'action se produit pour l'essentiel au niveau de la 1^{er} ligne, c'est-à-dire ce 1^{er} observatoire du social accessible à la communauté. Une 1^{er} ligne à géométrie variable, nous l'avons vu. Elle prend appui sur l'offre existante qui dispose d'une expertise à valoriser. Dans le meilleur des cas et à chaque fois que possible, la fonction est activée à partir de ou avec la ligne « zéro », c'est-à-dire au départ de la famille, de l'entourage au plus près de la communauté de vie.

La fonction de diagnostic reste une évaluation bio-psycho-sociale dès que les signaux d'alerte le nécessitent - c'est-à-dire lorsqu'il y a suspicion, interrogation par rapport à une/des vulnérabilité(s) psychique(s) sur le gradient des troubles spécifiques (compte tenu de l'âge) et/ou vis-à-vis de publics surexposés aux facteurs de risque (voir 3.i.3). L'activation de l'évaluation bio-psycho-sociale se fait via la fonction d'observation, de détection et d'orientation et mobilise pour s'articuler en particulier les soins de santé mentale spécialisés (mobiles, ambulatoires et si nécessaire (semi)résidentiels). Rappelons que les partenaires s'accordent pour dire que le « diagnostic » reste toujours une hypothèse de travail provisoire qui permet de favoriser le traitement et l'accompagnement. Certains partenaires insistent néanmoins que sur le fait que l'absence de diagnostic ferme des portes. Cette hypothèse est à réévaluer à intervalle régulier. Compte tenu des facteurs de développement, composante essentielle du public - cible (E/A), l'évaluation bio-psycho-sociale est par définition non-stigmatisante et extrêmement provisoire. Elle est donc évolutive et prend en considération le contexte (dont les déterminants sociaux).

Le traitement à chaque fois qu'il s'avère nécessaire s'inscrit dans le bio-psycho-social et vise l'intervention précoce. Il est avant tout un accompagnement qui prend appui sur l'hypothèse du « diagnostic » pour agir sur les facteurs de risque et prendre en considération les facteurs de protection sur lesquels il oriente son action pour les renforcer et favoriser le cheminement du développement vers une « meilleure » santé. Il s'efforce de mettre en lumière et de valoriser les compétences individuelles en les soutenant de manière à favoriser l'inscription sociale et la trajectoire de soin. Il privilégie le maintien et la qualité des relais, notamment pour prévenir ou réduire la probabilité d'un trouble durable.

L'échange et la valorisation d'expertises se retrouvent à tous les étages et articulés au progr. C.L.I. par des actions de sensibilisation et d'information et selon les stratégies soutenues par les partenaires (voir 3.i). Ils prennent la forme - à titre d'ex non limitatifs - des contenus développés aux points 3.j et 3.k.

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

Le coordinateur est la personne de contact pour le progr D.I.P. C'est lui qui reçoit et est garant des documents et informations transmises au sein du RSK.

Le progr. D.I.P étant articulé au progr. C.L.I., il peut à tout moment provisoirement déléguer cette mission au chargé du progr. C.L.I. d'autant plus quand il s'agit d'informations liés à des actions en cours.

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

Pour construire les liens entre la nouvelle offre, la fonction 1 et la 1er ligne généraliste, les partenaires souhaitent construire des stratégies et des méthodologies de pénétration qui s'inscrivent dans la durée. Elles nécessitent d'y consacrer des moyens et du temps. Ces stratégies et ces méthodologies ont pour socle les éléments suivants :

1. Agir au plus près de la communauté par une sensibilisation des différents bassins de vie.

Le territoire provincial est étendu et hétérogène. Il se distingue par différents bassins de vie. Dans une perspective de proximité et d'efficience sur le long terme, les approches locales liées au progr. D.I.P. sont à privilégier. Cela se justifie notamment par le nombre et la diversité des acteurs à mobiliser dans le progr. La mise en œuvre du progr. D.I.P. pourrait s'opérer sur une base communale ou pluri-communale à travers la mise sur pieds de commissions locales afin de mobiliser prioritairement les acteurs de la société civile actifs sur la zone (milieux d'accueil, établissements scolaires, cpms, maisons de jeunes, plannings familiaux, aide familiale, etc). A court terme, un travail efficace de sensibilisation et de coordination nécessiterait d'envisager une présence régulière dans chaque zone (que nous évaluons sur l'ensemble du territoire en 1er intention à minimum ½ ETP pour un chargé de projet). A moyen ou long terme, ce travail de proximité et de sensibilisation pourrait être articulé avec des commissions communales de la santé mentale qui pourraient prendre en charge à partir du local l'ensemble des ambitions de la NPSMEA. (voir annexe 1 pour plus de détails).

2. Créer des outils spécifiques pour soutenir le progr. D.I.P. Les partenaires identifient que le progr. DIP doit pouvoir s'appuyer sur des balises et des repères qui facilitent le travail d'articulation intersectorielle et qui mobilisent la 1^{er} ligne. La création d'outils spécifiques inclura dans un premier temps une adaptation contextualisé d'outils existants qui ont fait leur preuve (qui permet également une économie d'échelle).

A titre d'ex, une proposition d'action pourrait être la déclinaison en fct des spécificités locales d'un outil français qui semble pertinent pour faciliter les interactions entre la sphère scolaire et la sphère du soin « *Souffrances psychiques et troubles du développement chez l'enfant et l'adolescent - Guide de repérage - à l'usage des infirmiers et assistants de service social de l'éducation nationale* »

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_Souffrance_psy_Enfant_ado_2014.pdf

Le travail d'adaptation et de concertation d'un outil de ce type nécessiterait de suivre une méthodologie appropriée à développer sur une année (estimation 0.33 ETP) :

- Mobilisation des partenaires dans un comité d'accompagnement de pilotage
- Analyse des cadres de référence des différents partenaires
- Validation intersectorielle des recommandations reprises dans le guide
- Travail d'infographie et d'impression
- Diffusion de l'outil (via le travail dans les bassins de vie)

Afin de mutualiser et d'élargir progressivement la palette des outils, ce travail pourrait se réaliser pour le progr. D.I.P. en partie par une collaboration inter-réseaux francophone.

3. Porter une attention particulière à l'observation, la détection et l'intervention de certains troubles spécifiques et/ou vis-à-vis de publics surexposés aux facteurs de risque.

Cette attention particulière concernerait notamment :

- ⇒ les troubles de l'attachement (0-3 ans)
- ⇒ les troubles du développement profonds pour la petite enfance. Dans ce cadre, en particulier :
 - (1) l'accompagnement clinique en cas de suspicion notamment pour soutenir le travail des TMS de l'ONE qui pourrait prendre la forme d'interventions conjointes ONE et services de santé mentale spécialisés (mobiles ou ambulatoires)
 - (2) la création d'un Centre de Référence pour l'Autisme (C.R.A.) à Namur constituerait une opportunité à soutenir pour permettre l'accessibilité, s'articuler au RSK et désengorger les C.R.A. existants (SUSA, CRAL ou HUDERF). Nos partenaires, l'asbl ARAPH (avec le Pr. Mercier) et l'asbl APEPA (association de parents) négocient depuis longtemps son ouverture. L'agrément existe mais il n'est pas encore suivi d'effet. Qu'attend-on ?
- ⇒ les comportements perturbateurs dans certains contextes (en milieu scolaire par exemple)
- ⇒ les troubles de l'humeur et d'anxiété à partir de l'enfance
- ⇒ l'abus d'alcool ou d'autres substances psychoactives à partir de la primo-adolescence
- ⇒ l'apparition de troubles psychotiques chez l'adolescent-e ou chez le-a jeune adulte
- ⇒ les MENA posent des difficultés spécifiques qui entravent la mise en œuvre d'actions liées au progr. D.I.P. (difficultés linguistiques, difficultés culturelles, spécificités du trouble, notamment la prise en charge du syndrome post-traumatique)
- ⇒ ...

j. Décrivez concrètement comment les professionnels de la 1^{er} ligne seront formés pour communiquer avec les jeunes, détecter les problèmes de SM de façon précoce, assurer l'aide, les conseils et les interventions précoces adéquats

Les stratégies et méthodologies ci-décrites seront adaptées et ciblées en fonction des professionnels de la 1^{er} ligne pour les former en restant attentif à valoriser leur compétence et soigner la qualité des relais. Il est également important de tenir compte de l'existant et de lui offrir une chambre d'amplification.

La liaison et la formation sont intégrés au programme CLI. Quelques actions ciblées nécessiteraient néanmoins des moyens complémentaires. Par exemple :

1. La mise en œuvre du programme DIP passe par une implication forte des médecins généralistes (MG), en maison médicale ou en libéral. Ceci nécessite un travail d'intéressement qui puisse toucher l'ensemble des médecins généralistes. Les GLEM sont identifiés comme étant un lieu qui permet ce travail. Il existe +/- 40 GLEM sur la province de Namur. Un dispositif à visée formative destinée aux GLEM pourrait s'élaborer sur une base validée. Celle-ci nécessite d'être à l'écoute des besoins des MG, de répondre aux questions qui se posent, d'offrir un suivi et un accompagnement à la suite de la formation. Bref, tout ceci constitue en soi une charge de travail qui n'est que la partie émergée de l'iceberg. Le « démarchage » des GLEM (l'identification des personnes ressources, les prises de contact, l'argumentaire etc...) n'est pas négligeable si l'on ambitionne d'en toucher plus de tiers (30/40 par ex). Ce travail d'approche des MG n'est pas à sous-estimer dans la mesure où ceux-ci sont sur-sollicités, parfois moins « mobilisés » sur les contenus de santé mentale ou bien éloignés des réseaux. Outre le travail préparatoire à chaque réunion, le formateur devra se rendre disponible selon les agendas proposés. Un feed-back sera nécessaire pour assurer le suivi du processus, améliorer les outils, soutenir l'accompagnement.... La mise à disposition d'un chargé de projet, même de manière temporaire, nous paraît indispensable si l'on fait de cette action une priorité du progr. D.I.P., ce qui est une option stratégique défendue.
2. Ceci vaut également pour les pédiatres mais les GLEM sont moins nombreux (2 ou 3) et des collaborations sont déjà activées via les services de pédiatrie actifs dans le RSK, ce qui est un élément facilitateur pour l'opérationnalisation de formations adaptées co-construites
3. Des collaborations existent déjà avec les centres PMS-PSE. Suite aux constats de l'expertise TDAH sur la province et des GT organisés par le projet-pilote, l'accessibilité à des séances de psychoéducation est identifiée comme un besoin à couvrir (cf. recommandations issues du trajet de soin). L'implémentation et l'organisation de modules de psychoéducation dans chaque CPMS de la province est une action à destination des parents qui pourrait être envisagée. Ceci nécessiterait une charge de travail à considérer.
4. Concernant la détection et l'intervention précoces de la psychose chez le jeune adulte, une initiative namuroise pourrait se développer autour du projet des premiers soins en santé mentale. A ce niveau, il nous semble pertinent de s'inspirer d'initiatives canadiennes qui démarrent en France et dont voici quelques références <https://acsmquebec.org/formations-premiers-soins;> [https://santementalefrance.fr/actualite/premiers-secours-en-sante-mentale-voulez-vous-deve/;](https://santementalefrance.fr/actualite/premiers-secours-en-sante-mentale-voulez-vous-deve/) <https://www.mensura.be/fr/premiers-secours-en-sante-mentale-au-travail-pssm>

Un module de formation pourrait être mis en place sur cette base avec un formateur disposant de l'expertise spécifique requise avec pour indicateur de l'action (par ex.) la formation de 4 groupes de 12 personnes ; soit +/- 48 personnes chaque année dans la province de Namur. A nouveau, pour y arriver les contraintes en moyens et RH doivent être dépassées.

5. La MADDO, la formation ATL, le renforcement des pôles de psychomotricité relationnelles pourraient aussi être des lieux de sensibilisation à visée formative

k. Précisez comment les acteurs, tels qu'enseignants, éducateurs, enfants et leurs proches bénéficieront d'une sensibilisation à la D.P. pour contribuer au repérage des troubles mentaux et aborder les proches de manière pertinente.

De manière générale, le RSK met en place avec ses partenaires depuis deux ans à intervalle régulier des actions de sensibilisation au bénéfice des travailleurs psycho-socio-éducatifs et des proches via son progr. CLI. Par ex : sur les mineurs et les consommations, une réalité qui pose question (28/11/2017), sur la crise suicidaire à l'âge de l'adolescence (30/11/2017), sur le TDAH via le projet-pilote et son prolongement - 3 matinées décentralisées sur la gestion de l'impulsivité et les émotions chez les enfants (formation INEMO 07/09/2018, 20/09/2018, 05/10/2018) -, sur les enjeux de la parentalité et le travail en réseau (25/10/2018), sur l'intéressement à l'application HELP-ADOS (23/10/2018), sur la sensibilisation liée aux questions liées à l'autisme avec la projection du documentaire KEV (13/11/2018) dans un cinéma namurois suivi d'un échange avec le public, sur les transitions et l'errance des jeunes « adultes » présentant des vulnérabilités psychiques (13/12/2018). A ces moments de sensibilisation intersectorielle et citoyenne à large audience s'ajoutent des GT ouverts organisés par le RSK et/ou en partenariat avec d'autres réseaux. Ceux-ci visent des sensibilisations en plus petits groupes, favorisent l'interconnaissance et les bonnes pratiques de collaboration. Par ex : sur la petite enfance, sur les outils existants pour s'adresser aux jeunes confrontés au risque d'abus de substances, sur les situations complexes dites « incasables » (un Jardin pour Tous Namur/Dinant), sur les situations de crise ou de double diagnostic, etc. A ceci, il faut ajouter la newsletter Kirikour'iel diffusée mensuellement avec une audience en progression constante. Cet outil permet l'information des partenaires sur les actions de sensibilisation et par ses rubriques à vertu pédagogique (le guide pour les nuls' ou 'focus') diffuse lui-même des messages de sensibilisation. Ces différentes actions intègrent déjà des contenus liés au progr. D.I.P. parfois de manière substantielle (cf. formation INEMO).

Pour développer le progr. D.I.P., nous pourrions prolonger ce type d'actions en privilégiant les contenus propres à ce progr. qui bénéficieront alors du point de vue opérationnel d'un savoir-faire acquis. A moyens constants - c-à-dire sans autres sources de financement additionnel – il faudrait alors prioriser et donner dans une phase d'implémentation la primeur au progr. D.I.P. en laissant vivre les autres contenus sur base de la dynamique déjà entamée qui pourra malgré tout s'appuyer sur les synergies et les mutualisations entreprises avec nos partenaires en « prenant la balle au bond ».

En complément, certaines actions spécifiques pourraient être développées au démarrage du progr. D.I.P. Citons à titre d'exemples :

- le soutien - en partenariat avec le CAAJ de Namur et Alternatives familiales - à la publication du livre illustré « Berthe et Roussette », ainsi qu'à sa diffusion sur le territoire (avec une attention particulière pour une répartition vers le sud de la province) et à l'accompagnement de cette diffusion. Ce projet a été initié par le Dr. Hubert Boutsen, pédopsychiatre. Ce livre de « sensibilisation et de prévention » sur le placement familial est destiné à la petite enfance. Il constitue un outil d'intervention concret qui permet de soutenir la construction psychique du

jeune lecteur. Les thèmes développés dans le livre s'articulent facilement à d'autres problématiques et relèvent pleinement d'enjeux liés à la promotion de la « bonne » santé mentale dans le secteur de la petite enfance

- à l'intéressement des professionnels en contact avec les ados à la phase test d'HELP-ADOS, (application pour des entretiens 'face to face') qui s'avère pertinente pour ce public cible au niveau du progr. D.I.P.
- en prenant appui sur les constats du Plan Provincial et Local d'Intégration concernant les difficultés d'accès aux soins en santé mentale pour les MENA présentant des vulnérabilités psychiques, des actions favorisant l'observation, la détection et l'intervention précoces seraient indispensables. Les ressources mises à disposition par les partenaires comme le projet « la clinique de l'exil », ELeA, les Centres d'accueil et d'autres services spécialisés pour la prise en charge de ce public, ne sont pas suffisamment financés pour répondre aux enjeux et aux missions liées au DIP. Il faut favoriser l'échange d'expertises et l'accompagner dans la durée, donc de manière structurelle et reconductible. Ce type d'actions pourrait rentrer dans le progr. D.I.P. du RSK mais nécessite des moyens pour y arriver et/ou un input facilitateur des autorités.
- en prenant appui sur l'initiative prise par la ministre Marie-Martine Schyns, dès qu'elle se concrétisera, visant le renforcement de l'encadrement en maternelle par l'engagement de logopèdes qui viendront renforcer les équipes : *« concrètement, ces logopèdes auront pour but d'accompagner les enseignants dans l'observation des difficultés et des situations de handicap mais surtout de les conseiller pour apporter les différenciations, remédiations et aménagements nécessaires. L'objectif n'est donc pas que ces logopèdes effectuent eux-mêmes des bilans et rééducations individualisés ou collectifs mais qu'en concertation directe avec les équipes pédagogiques, ils soutiennent, conseillent et accompagnent de leur expertise. C'est pour cette raison que ce personnel sera affecté non directement aux écoles, mais bien aux centres PMS qui sont à l'écoute des besoins des écoles de leur territoire ».* (extrait de l'interview publiée dans LE SOIR mise en ligne le 15/11/2018)
- par une action de sensibilisation citoyenne via l'outil du cinéma (thématique D.I.P.) suivi d'un débat-échange avec public et l'accompagnant face aux questionnements. Le RSK bénéficie d'un accord avec le cinéma CAMEO situé à Namur et qui lui donne l'occasion de « surfer » sur une programmation qui rentrerait dans le cadre du D.I.P. Ce type d'action présente le double avantage : (1) toucher un large public dont les E/A, leur entourage, les professionnels de la 1^{er} ligne et d'autres, la société civile, (2) se réaliser sans moyens additionnels.

4. Auto-évaluation du réseau

Les partenaires ont défini les modalités d'évaluation dans la convention de collaboration à l'article 25. C'est à cet engagement qu'ils se tiennent (voir annexe 4)

Nous pouvons rajouter que l'évaluation sera participative sur une méthode de type CPPE⁷ : elle se basera sur la prise en compte des différentes parties prenantes et les réponses aux trois questions de bases de l'évaluation, moyennant une définition préalable des indicateurs de suivi :

1. ai-je atteint mes objectifs

⁷ <http://www.ifad.org/pub/bsf/cppe/cppe.pdf>



2. ai-je respecté les critères de qualité que je m'étais fixés
3. ai-je dépensé le budget de manière cohérente

Nous n'envisageons pas de manière séparée les phases d'action et d'évaluation : des outils tels que le « GanttProject » ou autres du même type seront utilisés pour le monitoring des activités, afin de ne pas attendre afin de rectifier les processus si nécessaires.

5. Personne de contact : Didier DE VLEESCHOUWER, 0495/24 41 62, coordination@kirikou.be

6. Liste des annexes

1. Sensibilisation des différents bassins de vie
2. Politiques et plans relatifs à la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent (OMS, 2005)
3. Questionnaire participatif
4. Évaluation (article 25 de la convention)

Annexe 1 : sensibilisation des différents bassins de vie

Les partenaires soulignent que la mise en œuvre du programme DIP doit s'opérer sur une base communale ou pluri-communale. Cela se justifie notamment par le nombre et la diversité des acteurs à mobiliser dans le programme.

Ces commissions locales pourraient viser à mobiliser prioritairement les acteurs de la société civile actifs sur la zone (milieu d'accueil, établissement scolaire, cpms, maison de jeunes, planning familiaux, etc) Dans cette perspective de proximité, une option serait de privilégier une approche locale des questions liées au programme DIP



A titre d'illustration , les 38 communes pourraient être regroupés en différents bassins de vie /de soins. Ce découpage devrait pouvoir faire l'objet d'une concertation et d'une validation avec les différents partenaires concernées, notamment les autorités locales.

Sur base de 15 bassins de vie , voici une proposition de répartition

1. La ville de Namur.
2. Assesse
3. Gedinne – Bièvre – Vresse
4. Houyet- Beauraing- Rochefort
5. Somme Leuze – Hamois – Havelange – Ciney

6. Fernelmont – Eghezée
7. Andenne- Gesves- Ohey
8. La Bruyère – Gembloux- Sombrefe
9. Sambreville- Jemeppe sur sambre
10. Floreffe- Fosses la ville
11. Assesse-Profondeville
12. Yvoir – Dinant
13. Anhée – Onhay- Hastière- Mettet
14. Florennes- Walcourt – cerfontaine- Philippeville
15. Couvin- Viroinval- Doische

Si le **RSK** souhaite développer un travail efficace de sensibilisation et de coordination sur l'ensemble du territoire , il faut envisager une présence régulière dans chaque zone. Si on part sur une hypothèse d'au moins 4 demi-journées par an, et en estimant que chaque rencontre implique une demi-journée de travail de préparation (convocation, réservation de la salle, travail d'intéressement, etc.) et une demi- journée de travail en aval (réalisation du compte rendu, opérationnalisation des décisions, etc).

Le charge de travail du chargé de projet DIP en charge de la sensibilisation dans les bassins de vie pourrait s'élever à

(4h * 3 = 12h par réunion)

(48h pour 4 réunions par an)

(48 *15 = 720 heures/an)

NB qu'une année civile, c'est +/- 210 jours de travail pour un TP

Soit 210 *.7,5 = 1575 heures pour un ETP

Et +/-760 heures pour 0.5 ETP

Soit +/- 0.5 ETP sur une année civile (si on compte le temps de formation

A moyen ou long terme, ce travail de proximité et de sensibilisation pourrait être articulé avec des commissions communales de la santé mentale qui pourraient prendre en charge à partir du local l'ensemble des ambitions de la NPSMEA

Annexe 2 : Politiques et plans relatifs à la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent (OMS, 2005)

Afin que nous partions sur les mêmes bases au niveau conceptuel, nous vous proposons quelques définitions.

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.

L'OMS a notamment répertorié une série de troubles en fonction des tranches d'âges.

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 substances 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.																		

Dans cette perspective, 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.

Annexe 3 : Questionnaire participatif

Les partenaires du Réseau Santé Kirikou sont invités à déposer le 01 décembre 2018 un programme d'observation, de détection et d'intervention précoce dans le cadre de la nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents. Afin d'améliorer la qualité de celui-ci, ainsi que son adéquation avec les réalités présentes sur le terrain, un questionnaire participatif est diffusé à l'intention des institutions et des personnes désireuses d'apporter leurs pierres à l'édifice

En tant que professionnel, votre avis compte !

Compléter le questionnaire participatif ne doit pas vous prendre énormément de temps, la volonté est de recueillir un maximum de réponses spontanées. Si une question vous pose une difficulté, n'hésitez pas à passer à la suivante.

Les réponses au questionnaire participatif seront communiquées au groupe d'écriture du programme et s'ajouteront aux productions déjà rassemblées, notamment celles issues des groupes de travail affectés à cette mission.

Plus d'informations sur le site du réseau :

<http://www.reseau-sante-kirikou.be/initiatives/enquete-participative-programme-dip/>

Merci pour votre participation.

QUESTIONS

1. Quel est le nom de votre service/institution?
2. Quelle est votre fonction ?
3. Quel est votre secteur d'activité? (plusieurs choix possibles) :
Aide à la jeunesse
AVIQ- Branche handicap
AVIQ- Branche Santé
ONE - petite enfance
Enseignement
CMPS/PSE
Soins spécialisés en santé mentale
Santé
Médecin généraliste/maison médicale Justice/police
Social (CPAS, PCS, etc)
Culture (Maison de jeunes, centre culturel, etc. Planning familial
Other:
4. Votre service est-il impliqué dans une activité qui concerne l'observation, la détection et l'intervention précoce en lien avec le développement de troubles en santé mentale ou de souffrance psychique chez le bébé, l'enfant, l'adolescent?

OUI/NON

5. Dans votre pratique professionnelle, quels sont les signes avant-coureurs d'une souffrance psychique ?
6. Quelles sont les ressources dont vous disposez pour agir sur les facteurs de risques et les facteurs de protection en matière de santé mentale ?
7. Quelles sont les ressources qui vous manquent pour observer, détecter et intervenir de manière précoce?



8. Quelles sont les expertises que vous auriez envie de partager afin que les partenaires puissent reconnaître au mieux les difficultés et intervenir de manière précoce?
9. Selon vous, que faut-il mettre en place pour coordonner davantage les différents acteurs impliqués dans l'observation, la détection et l'intervention précoce?
10. Quelles recommandations pourriez-vous faire aux partenaires du Réseau Santé Kirikou pour améliorer à terme le fonctionnement de l'observation, de la détection et de l'intervention précoce sur les 38 communes namuroises?
11. Avez-vous l'une ou l'autre suggestion par rapport à l'implication et/ou la participation de l'entourage (parents, proches et/ou intervenants de proximité) dans un programme qui vise l'observation, la détection et l'intervention précoce des troubles de santé mentale chez l'enfant ou l'adolescent ?
12. Souhaitez-vous formuler un commentaire supplémentaire ?

Annexe 5 : Article 25 de la Convention de collaboration du RSK

Article (25) relatif aux processus de contrôle et d'évaluation

Les partenaires s'engagent à participer dans la mesure du possible aux différents processus d'évaluation que nécessitera la convention et/ou la nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents.

De manière générale, ces processus d'évaluation peuvent être proposés par les autorités mandantes et/ou à l'initiative du Réseau Santé Kirikou. L'expertise et le point de vue des différents partenaires seront pris en compte dans les processus d'évaluation.

Par ailleurs, les partenaires concernés par la mise en œuvre financière des différentes programmations s'engagent à permettre et à faciliter l'exercice du contrôle, notamment par la mise à disposition des documents ad hoc.

De manière générale, les partenaires s'accordent pour distinguer clairement les processus d'évaluation et de contrôle et pour tendre vers une complémentarité entre ces deux démarches spécifiques.