

Analyse comparative de la littérature concernant les jeunes en situations complexes

Bellefroid Virginie

19/04/2012

Table des matières

1. Avis du CNEH relatif au développement d'un programme de soins en santé mentale pour enfants et adolescents (Bruxelles, juin 2011).	4
2. Inventaire de l'offre et des recommandations en matière de prise en charge des mineurs avec autisme à Bruxelles (plate-forme de concertation pour la santé mentale en région de Bruxelles capitale, avril 2011).....	5
3. Organisation des soins de santé mentale pour enfants et adolescents : étude de la littérature et description internationale (KCE Reports 170B, 2011).....	6
L'organisation des soins de santé mentale pour enfants et adolescents en Belgique - Élaboration de scénarios participatifs. KCE project HSR_25-02/CAMHS	7
4. L'urgence psychiatrique pour enfants et adolescents, KCE reports 135B (2010) 10	
5. Les jeunes aux lisières de l'aide à la jeunesse et de l'aide aux personnes handicapées en Région de Bruxelles-capitale (rapport de recherche des FUSL, juin 2011)	13
6. Enfants et adolescents : troubles des conduites dans leur contexte, Conseil supérieur de la santé, mars 2011	15
7. Les situations « complexes », état des lieux et pistes de travail concernant la prise en charge des adolescents présentant des problématiques psychologiques et comportementales sévères. IWSM 2010.....	17
8. L'offre de soins et les collaborations dans le champ de la santé mentale des enfants et des adolescents dans les régions de Charleroi et du Centre 2006-2008, 2009, 180 p. Commanditaire : Plate-forme de concertation des régions de Charleroi et du Centre, via la Commission pédopsychiatrie.....	20
9. L'impossible prise en charge des jeunes à la limite de l'aide à la jeunesse et de la psychiatrie (Moriau, in JDJ 233-mars 2004)	24

10. Synthèse du groupe de travail accueil-hébergement « jeunesse et transversalités. AWIPH juin 2007 26
11. Un adolescent, sa famille, des intervenants, un vrai défi », Luc Blondiau, juin 2005 26
12. Jeunes, Assuétudes et délinquance, proposition de rapport de synthèse du groupe de travail de la PFCSM en région de Bruxelles-Capitale (avril 2011)..... 27

Annexes :

Tableau comparatif des recommandations

Les principaux obstacles

Les points de convergence et de divergence

1. Avis du CNEH relatif au développement d'un programme de soins en santé mentale pour enfants et adolescents (Bruxelles, juin 2011).

Les questions :

- Quels sont les besoins fondamentaux pour les enfants et ados en matière de santé mentale ?
- Quid de la capacité en lits et des autres formes de soins ?
- Quels sont les besoins pour les groupes cibles présentant une problématique multiple (HM et SM, toxicomanie)?
- Est-il possible d'élaborer une politique générale qui outille et mobilise suffisamment le milieu de vie du jeune ?

Les constats

Vu la pénurie de pédopsychiatres (manque de spécialistes criant pour les 0-7 ans surtout), il faut

- reconnaître les psychologues cliniciens et les orthopédagogues comme professionnels des soins de santé et revaloriser le travail de l'assistant social.
- approfondir les savoirs psychiatriques et les expériences pratiques pour les professions médicales et non médicales en lien avec la population cible.

Les besoins prioritaires

- La capacité d'aide globale est insuffisante. Il faut en priorité investir dans le secteur des soins ambulatoires, intégrés dans le milieu de vie (consultation, traitement de jour, aide d'urgence de crise et les « assertive care »). De plus, il faut remédier à la mauvaise répartition géographique de certaines formes d'aide et de soins.
- Développer des soins d'urgence (aide immédiate et de quelques jours), de crise (aide rapide et de quelques semaines) et des filières de soins « assertives » (soins dans le milieu de vie, mobiles, permanents, intenses) comme les projets d'outreaching.
- Ne recourir aux soins résidentiels qu'en cas de nécessité et pour un temps limité. Disposer d'équipes de liaisons spécialisées et multidisciplinaire en santé mentale qui se déplacent dans les différents secteurs.
- Les soins aux moins de 18 ans impliquent une approche multi systémique où le jeune et son contexte (famille, école, aide à la jeunesse,...) participent aux soins.

En conséquence,

- Développer une compétence de base psychique dans le domaine des soins et développer des équipes de liaison spécialisées en SM.
- Améliorer les collaborations intersectorielles (SM, aide à la jeunesse, handicap, petite enfance,...) afin de garantir une cohérence et une continuité des soins notamment lors des transitions.
- Etendre l'offre de services au groupe cible des personnes présentant un handicap mental et des troubles du comportement via le secteur du handicap et réserver des places en unités de traitement intensif.
- Mieux prévenir et traiter les problèmes de dépendance.--> Importance des initiatives de prévention, de dépistage et d'intervention précoce.

2. Inventaire de l'offre et des recommandations en matière de prise en charge des mineurs avec autisme à Bruxelles (plate-forme de concertation pour la santé mentale en région de Bruxelles capitale, avril 2011).

Définition de l'autisme

Le DSM IV définit les troubles autistiques comme un retard ou un caractère anormal du fonctionnement, débutant avant l'âge de 3 ans, dans au moins un des domaines suivants :

- interactions sociales ;
- langage nécessaire à la communication sociale ;
- jeu symbolique ou d'imagination.

L'autisme se situe à la frontière du handicap mental et de la maladie mentale.

Constats

L'augmentation de la capacité diagnostique via les centres de références aggrave les lacunes en aval de celui-ci (manque de places de prises en charge, carences d'outreaching, scolarisation problématique, besoins d'accompagnement et de soutien précoce...).

Développer :

- des structures de crise spécialisées dans la prise en charge des troubles du comportement.
- développer des équipes d'outreaching pour les moments de crise notamment.
- des structures de répit et de loisirs.
- soutenir et former les professionnels.
- développer les collaborations intersectorielles.

3. Organisation des soins de santé mentale pour enfants et adolescents : étude de la littérature et description internationale (KCE Reports 170B, 2011)

Différents modèles de soins intensifs de proximité

- le case management : coordination de différents éléments d'un modèle de soins.
- le « Wraparound » : planification et coordination de soins enveloppant le jeune en incluant la famille
- la famille d'accueil thérapeutique. La famille d'accueil est formée à la gestion des problèmes comportementaux.
- la thérapie multi systémique : traitement bref et intensif à domicile ou à proximité pour des jeunes à risques. Le comportement est considéré comme le résultat de l'interaction entre l'individu et son environnement social.

Les modèles de financement (avantage et inconvénient)

Un paiement à l'acte peut constituer une entrave à la collaboration et augmenter la charge administrative

Un paiement au forfait par patient peut amener des prestations insuffisantes pour des patients qui ont besoin de nombreux services.

Parallèlement, l'OMS met en garde contre un transfert trop brutal des moyens financiers du secteur hospitalier vers le secteur ambulatoire si ce dernier n'est pas réellement capable d'apporter le soutien nécessaire pour les personnes qui le trouvaient en milieu hospitalier.

Les essais de système d'aide intégrale à la jeunesse

- La Flandre et les Pays-Bas notamment, font l'expérience de « porte d'entrée » commune dans le système d'aide pour les soins de santé mentale, l'aide à la jeunesse, l'enseignement spécialisé et le handicap des enfants.

Les difficultés sont les différences dans les principes de financement, et le risque de mettre en place un double système d'orientation ; chaque secteur conservant le sien.

Ne vaudrait-il pas mieux conserver 2 secteurs : aide sociale et santé mentale et mettre en place des dispositifs spécifiques pour les jeunes aux besoins complexes ?

- Au Canada (en Colombie-Britannique), ce sont les centres multidisciplinaires de soins en santé mentale ambulatoire qui oriente exclusivement vers des services plus spécialisés. La prise en charge d'urgence se fait via les hôpitaux généraux.
- L'Angleterre a développé des instruments de collaboration entre secteurs : le dossier standardisé, l'utilisation d'instruments de mesure standardisés, les programmes de formation du personnel.

En conclusion, les autorités doivent promouvoir une meilleure organisation et coordination des soins en abordant à la fois les aspects cliniques, organisationnels, financiers et les spécificités propre à chaque secteur.

L'organisation des soins de santé mentale pour enfants et adolescents en Belgique - Élaboration de scénarios participatifs. KCE project HSR_25-02/CAMHS

Recommandation 1

Développer et rationaliser la capacité générale d'évaluation spécifique aux enfants et aux adolescents de prise en charge des crises (situations nécessitant un encadrement intensif psycho-social rapide voire immédiat) et la capacité générale d'urgence (situations nécessitant une prise en charge somatique urgente) afin de couvrir tous les « bassins de soins/vie » du pays.

N.B :

- Idée d'une « équipe mobile en réseau »

Equipe multidisciplinaire et plurisectorielle de professionnels qui viennent de plusieurs « secteurs » de l'enfance, non rattachée à un hôpital en particulier mais au départ d'un comité de pilotage par « bassin de soins/vie » (cf. recommandation 2, pas au départ des Plateformes de Santé Mentale qui n'ont pas la légitimité nécessaire).

Cette équipe serait mise à la disposition principalement des intervenants non-spécialistes en santé mentale. Cette équipe renforcerait les gardes en hôpitaux. Elle pourrait aussi procurer en ambulatoire des soins intensifs sur une courte durée (en support des SRJs, SPJs, écoles etc.).

- Création d'un « lieu de traitement de la crise » autonome de proximité, rattaché à l'hôpital de jour par ex., qui diminuerait l'engorgement des hôpitaux. Beaucoup de crises ne sont pas nécessairement des urgences et donc ne nécessitent pas un dispositif médical. Ces lieux aiguilleraient aussi sur les dispositifs post-crisis et post-urgences pour faciliter un travail en réseau en ambulatoire.

Recommandation 2

Créer des protocoles et des structures ambulatoires - de crise en particulier - pour **prendre soin des groupes de jeunes «oublés/inclassables» (HM et tr psychiatrique, autisme, tr de l'attachement).**

Recommandation 3

Étendre les capacités existantes des « **équipes mobiles de soins** » (travaillant en outreaching) via une **répartition territoriale** cohérente et le développement de **soins flexibles, enveloppants (wraparound) et assertifs** pour les enfants et adolescents présentant des problèmes «complexes».

Recommandation 4

Renforcer les compétences professionnelles des intervenants non-spécialistes en soins de santé mentale (aux niveaux 0, 1ère et 2ème lignes et avec une attention particulière pour les médecins généralistes, l'aide à la jeunesse et les services en milieu scolaire) **et leurs connaissances des autres secteurs** (cadre législatifs etc.) de manière à améliorer la qualité de l'évaluation multidisciplinaire, du « repérage » et de l'accompagnement vers des services spécialisés (si nécessaire).

Comment ?

- Faire appel à des consultants externes ou à une concertation interdisciplinaire.
- Créer une permanence téléphonique pour que la 3ème ligne puisse soutenir ses intervenants non-spécialistes en soins de santé mentale faisant face à des situations complexes.
- Procurer une formation (voire qualification) de médiateur de réseau en santé mentale infanto-juvénile aux professionnels remplissant le rôle d'interface entre les lignes.

Recommandation 5

Améliorer l'accueil et l'accessibilité aux soins en travaillant sur l'ensemble de l'environnement du patient et de son entourage. **Promouvoir l'utilisation par le réseau de dispositifs qui permettent aux intervenants de prendre en compte des spécificités culturelles, ethniques et linguistiques** des populations qu'ils servent pour s'assurer que tous les services de soins de santé mentale soient en mesure d'adapter leur pratique pour faciliter l'accès et l'utilisation des services.

Recommandation 6

Soutenir et développer **des services d'information, de soutien et d'intégration, formels et informels**, pour les enfants et adolescents et leurs proches (famille et entourage) dans le milieu de vie.

Recommandation 7

Accroître les **investissements** en santé mentale axés sur **la prévention, l'accueil, l'accompagnement** et si nécessaire la prise en charge (le soin) **pour la tranche d'âge 0-6 ans, et en particulier pour les situations à risques**. (Ex. unités mères-enfants, hospitalisation de jour, maisons vertes).

Recommandation 8

- Promouvoir un dialogue respectueux et multisectoriel entre professionnels de soins en santé mentale pour enfants et adolescents y compris les intervenants de tous les secteurs adjacents via des forums qui regroupent tous les intervenants autour d'une charte éthique et par mission (tenant compte de la spécificité des soins en santé mentale pour enfants et adolescents). Ces **forums activent et mobilisent la collaboration et la formation du réseau** sur base continue, par bassin de soins et en partant de situations cliniques.
- Développer et consolider une **Charte éthique** pour soutenir les professionnels dans leur recherche de réponses à la souffrance de l'enfant.

Recommandation 9

Analyse trans-sectorielle dynamique et continue des besoins intégrant les éléments qualitatifs et quantitatifs des besoins en soins de santé mentale et psychiatriques de la population (des enfants et les adolescents) à l'échelle des « bassins de soins/vie » afin d'être capable d'adapter la spécificité des structures à la répartition régionale.

Recommandation 10

Evaluer l'efficacité des dispositifs de soins de santé mentale et psychiatriques pour enfants et adolescents.

4. L'urgence psychiatrique pour enfants et adolescents, KCE reports 135B (2010)

Contexte

L'aide psychiatrique d'urgence et les interventions de crise chez les enfants et adolescents sont rarement mis en place de manière structurée en Belgique.

3 secteurs sont principalement concernés : le secteur des soins de santé, les services d'aide sociale et le secteur de la justice. Les principales différences entre ces 3 secteurs concernent la responsabilité, le cadre légal, le financement, les professions impliquées et la structure politico-institutionnelle.

Objectif de l'étude

Déterminer dans quelle mesure l'aide psychiatrique urgente (APU) pour enfants et adolescents doit être développée et comment elle pourrait être financée.

La recherche n'a pas inclus les spécificités culturelles des situations.

Méthode

Revue de la littérature, analyse des données quantitatives existantes, recherche qualitative via des entretiens de groupe avec du secteur du soin des acteurs clés.

Qu'entend-on par urgence psychiatrique et intervention de crise ?

La distinction entre APU et intervention de crise est moins évidente dans le cas des enfants que pour les adultes. La situation des enfants et ados est fortement influencée par leur contexte personnel et social. L'APU devrait donc prendre en considération le contexte familial et social ainsi que les questions relatives aux droits des enfants.

Si la notion d'urgence est souvent associée à une menace vitale (contrairement à la notion de crise), pour les populations pédiatriques, l'urgence se manifeste souvent dans un contexte de crise.

La crise nécessite une réponse rapide pour éviter une détérioration.

Caractéristiques de l'APU pour enfants et ados

- L'APU et l'intervention de crise sont définies comme ne dépassant pas 14 jours après quoi il ne s'agit plus d'aide urgente.
- L'APU se développe en milieu communautaire en impliquant les réseaux familial et social ou en milieu résidentiel lorsque cela s'impose.
- L'accès à l'APU doit être aisé et 24h/24
- L'APU comprend une évaluation clinique de la situation : évaluation, stabilisation, traitement et orientation vers d'autres professionnels.

- L'APU doit être globale et organisée en fonction des besoins et non en fonction des types de diagnostics ou de la fonction judiciaire.
- Les dispensateurs d'aide doivent être formés depuis l'ambulancier, le généraliste, les services de première ligne jusqu'aux professionnels spécialisés afin d'assurer une continuité dans la prise en charge.
- Elle est mobile
- Elle prend en charge les parents et les personnes « signifiantes » dans la situation.

La population

Situations dans lesquelles le jeune

- représente un danger pour lui-même ou autrui
- est exposé à un danger venant d'autrui
- souffre de psychose aiguë
- consomme des drogues ou de l'alcool
- est exposé au stress
- présente une psychopathologie individuelle.

La majorité a entre 6 et 18 ans avec une concentration des ados de 12 à 18.

Les idées suicidaires et tentatives de suicide constituent les raisons les plus fréquentes.

Le diagnostic psychiatrique le plus souvent posé est trouble du comportement et de l'humeur.

Suivant les différentes études, ces enfants et adolescents sont des usagers chroniques des services hospitaliers. On peut faire l'hypothèse que le manque de services adaptés en résidentiel ou dans la communauté explique ces hospitalisations à répétition.

L'APU doit être une fonction spécifique de l'ensemble de la filière de soins en SM et non une entité organisationnelle.

L'APU est en relation avec les services d'urgence hospitaliers, mais offre un éventail d'instruments de soutien.

Elle est organisée de manière structurelle et non expérimentale

Les ressources indispensables sont :

- une équipe de professionnels ambulatoire et résidentiel (pédopsychiatres, infirmiers, psychologues, éducateurs, travailleurs sociaux, personnel administratif)
- un lieu de consultation et d'évaluation

- des véhicules et service de transport
- du matériel de communication
- une infrastructure d'accueil et du personnel
- des infrastructures hautement sécurisées.

Evaluation des besoins selon les données du RPM (seules données existantes ou quasi)

Une fonction d'APU pour une population de 150 000 mineurs avec au minimum une fonction par province.

Soit environ 15 fonctions en Belgique avec une capacité de lits de réserve.

Les recommandations

- Coordonner les activités et le financement entre les niveaux fédéral et communautaire (ex. réforme psy 107).
- Financer des modèles organisationnels de collaboration entre les secteurs de l'aide à la jeunesse, de la SM, des services judiciaires et du secteur des soins primaires.
- La fonction APU ne peut refuser personne sans évaluation.
- L'APU doit être aussi proche que possible du milieu de vie.

Remarques

- Il existe peu d'études comparatives en matière d'efficacité entre des solutions de crise ou d'urgence résidentielles et des solutions en milieux de vie. Cependant, les recherches concluent à la nécessité de l'existence d'une diversité de solutions.
- Le seul outil/échelle de mesure permettant de mesurer le degré de danger pour la personne ou pour les autres est le CASII (Child and Adolescent Service Intensity Instrument).

5. Les jeunes aux lisières de l'aide à la jeunesse et de l'aide aux personnes handicapées en Région de Bruxelles-capitale (rapport de recherche des FUSL, juin 2011)

Enjeu : Comment construire des réponses appropriées aux jeunes et aux familles à la frontière de 2 secteurs : aide à la jeunesse et handicap ?

Le secteur de l'aide à la jeunesse et celui du handicap se juxtaposent plus tôt que de s'articuler.

Les difficultés

1. Les limites de l'offre institutionnelle : nb de place et types de services ; structuration de l'offre (catégorisation des publics, spécialisation des services, capacité d'adaptation pour des publics atypiques.

Notamment carence en matière d'autisme. Peu de structure pour les jeunes sans perspective de retour en famille.

2. La problématique de l'admission
3. Les ruptures de la prise en charge dues à des comportements violents, au manque de remise en question des institutions, aux difficultés de travailler en réseau et à demander de l'aide extérieure.
4. La sectorisation et la fragmentation des compétences. La méconnaissance réciproque (ntt aide à la jeunesse et handicap)
5. L'aide à la jeunesse : la surcharge de travail, pouvoir limité du juge qui ne peut imposer une prise en charge en dehors des ippj
6. L'enseignement spécialisé : manque d'écoles de type 3 à Bxls. Les exclusions en cours d'année scolaire. Trop peu de collaboration avec le PMS. Les procédures d'admission du secteur psychiatrique sont un obstacle (le jeune doit être demandeur, peu de possibilités de mise en observation).

Les facilitateurs

- la connaissance mutuelle.
- la clarification des rôles
- le respect de chacun
- une liste des personnes de grande dépendance sans solution
- un renfort type « l'entre temps »
- une possibilité de retour en institution si cela se passe mal
- les cliniques de concertation

Le point de vue des familles

La non reconnaissance et la disqualification parentale ont marqué les familles. Lorsque les parents sont considérés comme collaborateurs, les résultats sont meilleurs.

- ➔ Nécessité de développer des lieux et des services qui auraient pour spécificité de soutenir les parents et d'envisager avec eux comment exercer leur parentalité dans des situations complexes.

Pistes d'actions

- soutenir la parentalité de façon plus précoce. Revaloriser les familles au sein des services
- adapter l'offre institutionnelle et ambulatoire

Renforcer les équipes pour mieux accueillir les situations complexes, des services spécialisés dans le handicap, capables d'apporter un soutien en famille, mettre en place une équipe mobile pluridisciplinaire capable d'apporter du renfort temporaire dans tous les secteurs, prévoir des procédures d'accès d'urgence dans le secteur du handicap.

- redéfinir les procédures et condition d'accès aux services pour les publics prioritaires.
- individualiser le soutien et travailler en petites unités.
- favoriser le travail en réseau pour éviter les renvois d'un secteur à l'autre
- Assurer un fil rouge dans les parcours
- construire des collaborations intersectorielles (clarifier les missions de chacun, encourager le double mandat, sensibiliser au handicap l'AJ et à la justice le secteur du handicap, échange entre services et administrations, agents de liaison dans chaque secteur, centraliser l'info au sein d'une cellule transversale, un accord cadre).

6. Enfants et adolescents : troubles des conduites dans leur contexte, Conseil supérieur de la santé, mars 2011

Les facteurs de protections contre les troubles du comportement sont :

- la famille,
- l'environnement social (ex. culture de la rue, de la communauté des pairs) et le niveau économique
- l'enseignement comme facteur de protection ou comme facteur aggravant s'il ne répond que sur le mode répressif aux troubles. Il y a alors une escalade. L'école est très souvent le lieu d'expression de ces troubles. Plusieurs facteurs influencent la présence de problèmes : des règles rigides, un climat scolaire négatif, des interactions conflictuelles entre enseignants et élèves, la ségrégation sociale et la relégation scolaire. Il faut au contraire travailler au maintien d'un lien social positif et au soutien du corps professoral.

Les enfants et ados ont leurs propres capacités d'expression et sont rarement ceux qui demandent de l'aide.

Il faut

- appliquer une méthode multi-agents et multiplier les sources d'infos,
- analyser les caractéristiques individuelles (niveau intellectuel, vécu intrapsychique, présence de pathologies),
- apprécier le risque, les dimensions familiales, valeurs éducatives, l'environnement social.

Les troubles associées aux troubles des conduites

- TDAH et trouble oppositionnel avec provocation
- abus de substances
- troubles de l'humeur et trouble anxieux
- état de stress post traumatique
- rejet social
- échec scolaire
- comportements à risques
- troubles de la personnalité psychopathique

Quelles interventions ?

- la prévention universelle type TMS ONE
- interventions sélectives : programmes de prévention pour les parents, pour les enfants
- interventions ambulatoires : formation en compétences parentales, thérapies multi systémique (famille, pairs école, environnement, loisirs,...) et cognitivo-comportementale ou systémique.
- interventions en milieu scolaire
- interventions dans le quartier (actions des AMO, PMS, CPAS)
- interventions résidentielles (en gr de 4 à 6) comprenant un programme cognitivo-comportemental et une intervention familiale = accompagnement scolaire ou professionnel.
- traitement pharmacologique

Les recommandations

- la prévention
- les écoles et les PMS doivent avoir une attitude positive et cohérente. Les sanctions doivent être graduées, proportionnelles, réparatrices et cohérentes. L'école doit travailler en réseau (SM, AJ, handicap, justice,...)
- développer l'aide psychologique de 1^{ère} ligne et formation des professionnels
- des programmes de prévention intégrés et multi systèmes
- des intervenants de seconde ligne formés et accessibles.
- des traitements en résidentiel en dernier recours

7. Les situations « complexes », état des lieux et pistes de travail concernant la prise en charge des adolescents présentant des problématiques psychologiques et comportementales sévères. IWSM 2010

Méthodologie

Interviews, groupe de travail et revue de la littérature.

Définition du public des incasables

On peut définir ce public cible par les interactions entre certains jeunes et les différents systèmes d'offre de services ou de contrôle (éducatif, thérapeutique ou judiciaire).

Jean-Yves Barreyre relève 3 critères discriminants aux yeux des professionnels de terrain : l'incasable des institutions (mise en échec de l'offre de services), l'individu événement (passage à l'acte), les troubles psychiques.

On constate que ces jeunes ont quasi tous été marqués pour la souffrance et les situations traumatiques dès leur plus jeune âge. Ils sont rarement porteurs d'une demande explicite.

--> nécessité d'inventer de nouvelles modalités d'admission et d'accrochage.

Le groupe de travail de l'IWSM estime à 3 à 5% du public de l'AAJ fait partie des « incasables ». Il faut ajouter à cela les mal casés, la proportion d'incasables du secteur du handicap et qui n'ont pas de dossier à l'AAJ. Cette estimation est confirmée par différentes recherches ou estimations.

Pistes d'actions

- Le fil rouge pour garantir la cohérence des interventions et l'orientation dans la prise en charge.

Mais aussi : prévoir d'emblée des solutions en cas de crise notamment via la constitution de réseaux formalisés et d'accord de collaboration indépendamment de situations particulières.

La fonction de tiers et/ou de référents : un tiers choisi par le jeune, un tiers médiateur, un tiers coordinateur de la trajectoire de soins, un tiers intra institutionnel, un référent contexte (pour le travail avec le réseau naturel), un référent pour la fonction de liaison pour le réseau professionnel.

(Toboggan, Entre temps, Link)

- Communiquer, travailler ensemble (décloisonner), prévoir des relais entre services.

C'est-à-dire : prendre le temps de se connaître, de mettre au point un référent supplémentaire, de formaliser une éthique de l'intervention.

- travailler avec et sur les familles
- intervenir de façon précoce et préventive (Gerseau, Pré vert, Echoline, Pré en bulle, Fil à fil)
- des services plus polyvalents et des relais

Un travail à plusieurs services généralistes et spécialisés se partageant l'accueil du jeune à besoins complexes.

- Des accords de coopération au niveau politique et favorisant le travail en réseau, une formalisation des collaborations indépendamment de cas concret, une éthique de l'intervention commune,... (voir Blondiau)
- manque de places adéquates disponibles rapidement. → orientation en fonction des disponibilités, construction de diagnostics recevables
- former les équipes à la prévention et à la gestion de la violence, mais aussi aux approches psychologiques
- encourager les intervisions et supervisions d'équipes

Quelques exemples

Fantasmies à l'origine du maintien de stratégies inadéquates

« Il faut pouvoir faire tout, tout seul. »

« In existe une et une seule bonne institution par type d'usagers ».

Le projet LINK en Flandre

Le projet Link met en présence des intervenants du Brabant flamand des différents secteurs afin de faciliter la prise en charge des problématiques à la limite de la psychiatrie. Des collaborations structurelles formalisées se mettent en place. Les institutions sont dans un rapport de solidarité entre elles et s'engagent à assurer la cohérence et la continuité des prises en charge.

L'unité KARIBU (For K)

Prise en charge multi systémique et psycho éducative. Mais quid de l'après car la prise en charge est limitée à 1 an.

Toboggan (CAS; lieu de vie)

Fonctionnement en trépied c'est-à-dire en partenariat avec un IPPJ et un hôpital psy.

Organisation interne en 2 équipes : une interne et l'autre externe pour le travail avec l'entourage).

Formation en psychothérapie

L'entre-temps (service ambulatoire et équipe mobile)

Travail transversal (triple financement RW, CF et AWIPH)

Travail de coordination clinique et de soutien socio-éducatif du jeune et de sa famille.

Le centre « De Wissel » CAS

Travail sur et avec l'environnement social

Travail intensif

Conclusion

Soutenir des dynamiques de réseau intersectorielles

Entre services 0-3 ans

Entre services confrontés aux situations complexes

La coordination doit être officiellement légitimée, mobilisatrice, formalisée. Elle doit définir les fonctions et responsabilités de chacun, être un lieu de mémoire.

8. L'offre de soins et les collaborations dans le champ de la santé mentale des enfants et des adolescents dans les régions de Charleroi et du Centre 2006-2008, 2009, 180 p. Commanditaire : Plate-forme de concertation des régions de Charleroi et du Centre, via la Commission pédopsychiatrie.

1^{ère} partie : résultats journée d'étude

Description des partenaires rencontrés.

Le secteur de l'aide à la jeunesse

Le décret de 1991 dégage quatre grands principes directeurs qui fondent les actions (et les acteurs) de l'aide à la jeunesse. Ils ont pour finalités de :

1. Déjudiciariser

Il s'agit ici de répondre à une volonté de sortir du champ judiciaire toutes les formes d'aide où une collaboration (du jeune et/ou de la famille) peut être organisée.

2. Mobiliser la collectivité

La traduction de cette mobilisation se fait grâce à des actions de prévention. En effet à travers les actions collectives, on cherche ici à réduire les situations physiques et psychiques violentes, mais également à soutenir les jeunes afin qu'ils ne s'expriment pas à travers des actes répréhensibles.

3. Susciter la participation

Les pratiques des services ont évolué et évoluent dans le sens du respect et de l'implication du milieu de vie initial du jeune. C'est dans ce cadre qu'ont vu le jour les Services d'aide en milieu ouvert (AMO).

4. Offrir une aide spécialisée

Cette aide est complémentaire et supplétive à l'aide sociale générale (aide qui reprend l'environnement du sujet).

Les services publics de l'aide à la jeunesse se composent d'autorités mandantes (Service de l'aide à la jeunesse, SAJ, et Service de protection judiciaire, SPJ) qui garantissent les interventions, ainsi que d'institutions publiques de protection de la jeunesse (IPPJ) qui interviennent lors de situations de contrainte.

Le secteur scolaire

Les centres psycho-médico-sociaux (CPMS)

Les centres de promotion de la santé à l'école (PSE)

L'enseignement spécialisé

Le secteur de la petite enfance

Office de la naissance et de l'enfance (ONE)

Le secteur santé

Les médecins généralistes

Les maisons médicales

Le secteur social et familles

Les PMS

Les centres de planning familial

Le secteur handicap

Les centres de réadaptation fonctionnelle

Que pouvons-nous constater ?

- L'offre ambulatoire (consultation) présente la plus grande diversité de services (par rapport à l'offre résidentielle ou de suivi à domicile) et ce, qu'il s'agisse du secteur santé mentale ou de ses partenaires. La capacité de suivis ambulatoires est cependant proportionnellement plus importante au niveau des partenaires.

- Par contre, l'offre résidentielle est proportionnellement plus représentée dans le secteur de la santé mentale.

- Lorsque nous observons les suivis en milieu de vie, force est de constater que la santé mentale y accorde peu de place. Le milieu de vie est avant tout pris en charge par les secteurs partenaires, de manière plus ou moins systématique.

-La Région wallonne, responsable de l'Action sociale, du handicap... gère la plupart des services du secteur du handicap (AWIPH) et des secteurs ambulatoires. Cela représente donc une part importante des services en lien avec l'offre de santé mentale.

Ainsi, nous constatons tout d'abord que chacun des niveaux de pouvoir touche les deux groupes de services. Nous pouvons donc imaginer que pour un enfant, il soit tout à fait possible (et cela est illustré par les témoignages) de se retrouver dans une situation où chacun des pouvoirs subsidiant doit rentrer en jeu, ou du moins se rencontrer.

-De plus, une grande partie des services dits « partenaires » dépend du niveau communautaire.

En effet, les pouvoirs communautaires couvrent l'aide à la jeunesse (SAAJ, un des plus importants), le secteur scolaire ainsi que les consultations ONE.

Par contre, la Communauté française n'a presque pas de place au sein du secteur de la santé mentale.

2^{ème} partie : journée d'étude

Journée d'étude

Les questions

- le fil rouge, de la continuité de la prise en charge, du relais lors des transitions et des collaborations intersectorielles reste problématique. Quid du secret professionnel ?
- Les enfants avant 2-3 ans présentant des troubles du comportement: manque de lieux parents-enfants types « maisons vertes » (ex. écholine à Charleroi, la lice à BxIs).
- rendre les familles partenaires : approche systémique, horaires adaptés, travail à domicile, lieux de répit
- répondre à la crise et à l'urgence.

Face à l'urgence, la réponse est souvent hospitalière en en centres d'accueil d'urgence, mais quid de l'après urgence et de la mobilisation de la famille

Face à la crise, on essaye de désamorcer (écoute téléphonique, premier rendez-vous,...), même si on ne prend en charge immédiatement.

- 3 modes de collaboration :

Réseau/situation /Relais orientation : collaboration autour de situations. Relais ou réseau en fonction des missions de chacun.

Institutionnelle : collaborations inter institutionnelles (moins fréquentes)

Les entretiens avec les partenaires

Les modalités de collaboration

Idéalement la rencontre, mais pratiquement, les contacts se font par téléphone et mails peu par écrit.

La motivation des collaborations :

- la situation est multidimensionnelle

- un partenaire demande une collaboration parce qu'il ne peut pas répondre vu la spécificité de la problématique ou parce que le service manque d'informations.
- la famille ou un représentant demande la collaboration

Les facteurs facilitateurs

Les facteurs matériels

- la proximité territoriale,
- le facteur financier.

Les facteurs non matériels :

- l'accessibilité (les conditions d'admission : âge, problématique, non violence, motivation du jeune, domicile pour la sortie),
- le délai, lorsque le partenariat se fait entre pairs (psy-psy, médecin-médecin ou AJ-AJ, SM-SM),
- la visibilité du service (informations),
- la position ou le mandat,
- la (re)connaissance mutuelle,
- la circulation des infos (secret professionnel),
- la place de la médication dans le secteur de la santé mentale.

Les facteurs institutionnels

Les missions de chacun, le pouvoir de tutelle et le statut influent sur les collaborations.

Recommandations

- Soutenir la présence et l'intervision de professionnels du champ psychomédical (psy, AS, paramédicaux formé en SM) dans les secteurs connexes à la SM
- Soutenir les rencontres interinstitutionnelles et intersectorielles locales
- Mettre à jour un répertoire de l'offre de services pour les mineurs d'âge
- Développer des initiatives de SM en milieu de vie
- Soutenir une politique de communication et d'ouverture à la santé mentale (représentations, informations, transparence, inter connaissance)
- Soutenir une réflexion et une action au sujet de la médication (psychotropes)

9. L'impossible prise en charge des jeunes à la limite de l'aide à la jeunesse et de la psychiatrie (Moriau, in JDJ 233-mars 2004)

« L'ado, la crise, la vie active, la folie, publication de la PFCSM en Région de Bruxelles-Capitale, (2003) » Moriau J.

Constat le secteur de l'AJ rencontre de plus en plus souvent des ados pour lesquels les outils d'analyse et d'action sont inefficaces.

Hypothèse :

1. La répétition des ruptures trouve sa source dans une mise en relation de plusieurs acteurs : le jeune, sa famille, les professionnels.
2. La difficulté de définir le public cible et de les identifier par rapport aux différentes institutions. La difficulté de fusionner plusieurs discours professionnels entraînent des difficultés de formuler des pratiques professionnelles adéquates.
3. La multiplicité des problèmes rend difficile une action coordonnée sur tous les axes.

Méthodologie qualitative: étude de trajectoires de jeunes incasables entre 12 et 18 sur base d'entretiens avec des professionnels les ayant suivis.

Il s'agit de comprendre la répétition de l'échec et l'aggravation de la situation.

Caractéristiques des situations

- La discontinuité s'installe dans le temps
- L'adolescence
- La multiplicité des intervenants
- L'absence de consensus de la part des professionnels
- Des situations de carences et de détresses multiples
- Des comportements hors normes alarment les intervenants
- La souffrance psychique
- Le refus de l'aide et l'impossibilité du contrat

Contexte

- évolution des mentalités et fermeture de lieux d'enfermement (type Saint Hubert)
- incapacité des institutions de prendre en charge une série de jeunes
- les professionnels sont confrontés aux limites de leurs interventions
- politique de la jeunesse centrée sur la désinstitutionalisation et l'individualisation du suivi en milieu ouvert.

Les trajectoires

Cela débute par un placement hors d'une famille dite à risque. La surveillance du secteur de l'aide à la jeunesse se généralise.

A la puberté (moment charnière), on reconsidère la mesure de placement vu les changements.

Les troubles du comportement provoquent un retour en famille (chez la mère) lié à l'absence d'alternative au placement. La crise relationnelle arrive rapidement.

Orientation vers un IMP 140 qui se centre sur le jeune et « oublie » la famille. L'IMP gère seul jusqu'au moment où il ne gère plus rien.

→ La situation est médicalisée et va se chroniciser.

L'IMP va devoir passer le relais vu les violences à répétition.

- Recours à l'expertise psychiatrique
- Passage par la psychiatrie

Le jeune qui a rarement accepté l'orientation s'oppose aux règles institutionnelles : mutisme, incapacité à exprimer une demande, violence conduisent à une exclusion et aboutissent à un retour en famille ou dans un autre IMP ou dans une institution de l'AJ.

Les exclusions s'accroissent, les expertises psychiatriques se contredisent. La situation se judiciaire (IPPJ) puis renvoi en psychiatrie.

Une fois que l'ado est passé par une des institutions de chaque secteur, les grilles de lecture se brouillent. Le jeune s'est construit son no man's land.

Les réponses

- la prévention : La famille, les conditions socio-économiques.
- Préparer l'adolescence et la crise. l'âge critique se situe entre 11 et 14 ans.
- Articuler les services pour assurer un suivi intégré à long terme (concertation entre institutions, disposer de places, réaction rapide de l'autorité mandante, résoudre les questions de subsides).
- Construire un suivi intégré à long terme
- Organiser les transitions : penser les interventions à plusieurs services, se coordonner (création d'un lieu de coordination), créer des balises pour le relais.
- Définir un garant
- Penser des lieux thérapeutiques en milieu de vie.

10. Synthèse du groupe de travail accueil-hébergement « jeunesse et transversalités. AWIPH juin 2007

Promouvoir la pratique de réseau en amont (au niveau politique plutôt que de les prescrire en aval.

11. Un adolescent, sa famille, des intervenants, un vrai défi », Luc Blondiau, juin 2005

Les innovations proposées ne concernent pas directement les prestations des professionnels, mais invitent un travail de construction d'un langage commun : famille et intervenants de secteurs différents. Le dialogue et le décroisement devrait amener une prise en charge moins morcelante.

Méthodologie

Analyse d'une situation pilote et de la prise en charge de celle-ci.

Recommandations

- Utiliser toute divergence de vue ou d'action pour enrichir les interventions et les réflexions. Comprendre les différences pragmatiques et les différences de sensibilité.
- Prendre le temps d'une approche collective. Tenter de réconcilier des réalités apparemment contraires, ne pas figer les positions ni mettre leurs partisans en concurrence.
- Sortir des logiques et des fonctionnements qui mènent à l'impasse afin de briser le cercle vicieux.
- S'attacher au sens des comportements même s'ils ne sont pas acceptables.
- Favoriser l'élargissement du réseau social des pairs afin de dépasser la triangulation famille, intervenants, bénéficiaires.

12. Jeunes, Assuétudes et délinquance, proposition de rapport de synthèse du groupe de travail de la PFCSM en région de Bruxelles-Capitale (avril 2011)

Population cible :

Adolescents – usagers de drogues – difficultés comportementales.

Les secteurs concernés sont : l'aide à la jeunesse et la protection de la jeunesse, les services de santé mentale, les services d'aide aux usagers de drogues, et les services psychiatriques.

Contexte

Le SPF santé publique recherche des alternatives à la prise en charge en IPPJ.

Les professionnels socio-sanitaires expriment qu'ils ne se sentent pas suffisamment outillés face à cette problématique.

L'objectif du GT

Mener une réflexion collective entre acteurs de terrain concernés afin de proposer des modalités de prise en charge pour ce public jeune consommateur et présentant des problématique de délinquance ou de comportement.

Qqs principes généraux

- s'inscrire dans la continuité et donner des repères (personnes et lieux)
- privilégier une approche en milieu de vie en tenant compte du milieu familial et social
- l'absence de demande du jeune ne peut justifier la non assistance
- le travail avec le jeune qui s'inscrit dans la durée
- l'exclusion ou le refus de prise en charge sont contre productifs
- le recours à des projets spécifiques peut engendrer une stigmatisation par catégorisation
- optimiser les ressources existantes par un travail en partenariat
- les risques liés à la judiciarisation ou à la psychiatisation du dossier (besoin d'un soutien socio sanitaire et d'une évaluation globale pour les juges)

Méthodologie

Découpage de la situation et des questions à aborder selon que les intervenants sont de 1 ère, 2 ième ou 3 ième ligne.

Conclusion

Il faut :

- Améliorer le dialogue inter service par la concertation vu la méconnaissance des services entre eux.
 - Créer un référentiel commun : charte et des protocoles de collaboration de manière notamment à anticiper les crises et urgences
 - Favoriser les échanges de connaissance par la mobilité des acteurs professionnels
 - Soutenir les intervisions
 - Soutenir la liberté de formation
 - Expliciter et transmettre les cadres de travail
 - Développer le rôle du référent
 - Soutenir et reconnaître le travail à domicile
 - Développer la réflexion autour de l'urgence et de la crise
 - Accompagner et soutenir les parents (stages parentaux)
-

Annexes :

Tableau comparatif des recommandations

Les principaux obstacles

Les points de convergence et de divergence

