Institut Wallon pour la Santé Mentale asbl

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

Rapport de recherche 2006-2008

Commanditaire:

Plate-forme de concertation des régions de Charleroi et du centre Via la Commission de pédopsychiatrie

Réalisation:

Institut Wallon pour la Santé Mentale, asbl Chargées de recherche : Virginie Olivier, Marie Viaene Direction : Christiane Bontemps

Février 2009





Remerciements

Merci...

... avant tout à l'ensemble des services rencontrés tout au long du travail, aux professionnels de terrain qui nous ont accueillis, qui se sont déplacés, qui nous ont accordé un peu de leurs temps précieux pour nous partager leurs expériences et attentes ;

...aux membres de la Commission de pédopsychiatrie de la Plate-forme de Concertation du Centre et de Charleroi, le Comité d'accompagnement, pour avoir eu l'idée de ce travail, mais aussi pour l'intérêt permanent (et passionné) qu'ils lui ont accordé, en particulier au Dr Rudy Guillaume, au Dr Eric Mathy et à Madame Chantal Deltour;

...à Pascale Deverd et Valérie Plasman, pour leur disponibilité et leur accueil à la Plate-forme ;

...à toute l'équipe IWSM, spécialement les collègues, pour leur aide dans les « coups de rush », les contributions ponctuelles, les conseils judicieux, et le soutien au jour le jour.

Table des matières

REMERCIEMENTS				
TABLE DES MATIERES	5			
TABLE DES ILLUSTRATIONS	8			
Carte	8			
Graphes				
Figures				
Tableaux	8			
INTRODUCTION GENERALE	9			
1. La demande	11			
2. OBJECTIFS ET DEMARCHES DU TRAVAIL				
2.1. Objectifs et démarches de la première phase du travail				
2.2. Objectifs et démarches de la deuxième phase du travail				
CHAPITRE 1 : METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE				
1.1. METHODOLOGIE DE LA PREMIERE ETAPE				
1.1.1. L'identification des services dans le champ de la santé mentale des enfants et adolescents e				
construction de l'approche d'enquête				
1.1.2. Méthodologie de collecte et d'analyse des informations				
1.1.2.1. Les entreuens				
1.1.3. Le répertoire de l'offre				
1.1.3.1. Description du répertoire				
1.1.3.2. Méthodologie de construction du répertoire				
1.2. METHODOLOGIE DE LA DEUXIEME ETAPE	25			
1.2.1. Modélisation de la dynamique de collaboration	25			
1.2.2. Démarche d'identification des partenaires et de leur dynamique de collaboration	26			
1.2.2.1. Identification des partenaires et échantillonnage				
1.2.2.2. Méthodologie de collecte d'information				
1.2.2.3. Méthode descriptive et de regard transversal sur les entretiens				
CHAPITRE 2 : L'OFFRE DE SOINS, REPERES CONTEXTUELS				
2.1. La région du Centre et de Charleroi : quelques données socio-démographiques	37			
2.2. L'OFFRE DE SERVICES				
2.2.1. L'offre de services dans le champ de la santé mentale				
2.2.2. Les partenaires rencontrés				
1. Les Ĉentres d'orientation éducative - COE	44			
2. Les services d'aide et d'intervention éducative – SAIE				
3. Les services d'accueil et d'aide éducative - SAAE				
4. Les centres d'accueil d'urgence - CAU				
Les centres d'accueil spécialisés - CAS Les services d'aide en milieu ouvert – AMO				
7. Le services de l'aide à la jeunesse – SAJ				
8. Le service de protection judiciaire - SPJ				
9. Le Tribunal de la Jeunesse	49			
10. Les Centres Psycho-médico-sociaux – CPMS/PMS	50			
11. Les centres de Promotion de la Santé à l'Ecole - Centres PSE				
12. L'enseignement spécialisé				
13. L'ONE : Office de la naissance et de l'enfance				
17. Les medecins generanstes - 1910	33			

	15. Les maisons médicales - MM	56
	16. Les Centres Publiques d'Action Sociale - CPAS	57
	17. Les centres de plannings familial - CPF	58
	18. Les centres de réadaptation fonctionnelle - CRF	59
	2.2.3. Regards transversaux sur l'offre	60
	APITRE 3 : REGARDS DE ET SUR L'OFFRE DE SOINS DANS LE CHAMP DE LA SANTE	
ME	ENTALE	63
3.1.	. Introduction	65
3.2	. Premiere vue d'ensemble de l'offre	65
	3.2.1. Résumé des résultats de la première phase : première vue d'ensemble de l'offre	65
	3.2.2. Qui détient le fil rouge ?	
	3.2.3. Qui se soucie des petits enfants ?	
	3.2.5. La continuité dans l'urgence	
	3.2.6. Les collaborations	
	3.2.6.1. Illustrations de collaborations	
	3.2.6.2. Conclusion à propos des collaborations du secteur de la santé mentale des enfants et adolescer	
3.3	. Premiere approche de la dynamique de collaboration	
	3.3.1. Appropriation du modèle pour la recherche	
	Le diagnostic social	
	2. Le diagnostic épidémiologique	
	Le diagnostic comportemental / environnemental	
	5. Le diagnostic institutionnel ou administratif – politique	
	3.3.2. Premier modèle de dynamique de collaboration	
CII	(ADITHE A. DECADO DEC DADTENAIDEC CUD LA DVIVAMIQUE DE COLLADODATION	DANIC
	APITRE 4 : REGARD DES PARTENAIRES SUR LA DYNAMIQUE DE COLLABORATION CHAMP DE LA SANTE MENTALE DES ENFANTS ET ADOLESCENTS	
LE	CHAMP DE LA SANTE MENTALE DES ENFANTS ET ADOLESCENTS	09
4.1	. LES CARACTERISTIQUES DE COLLABORATIONS	93
	4.1.1. L'environnement des collaborations dans la région du Centre et de Charleroi : facteurs con	textuels
	des collaborations	
	► La région de Charleroi et du Centre	
	Caractéristiques internes : les caractéristiques des partenaires rencontrés et leur environnement	94
	Les représentations du champ de la pédopsychiatrie ou l'environnement externe des partenaires	
	4.1.2. Les formes de collaborations avec le secteur de pédopsychiatrie : déterminants comporteme	
	► Les modalités de collaborations : privilégiées et idéales ?	
	Les modantes de conadorations : privilegiees et ideales /	
42	L'ORGANISATION ET LA MISE EN PLACE DES COLLABORATIONS ENTRE LE SECTEUR DE LA SANTE MENTA	
	FANTS ET ADOLESCENTS ET LEURS PARTENAIRES	
LIVI	4.2.1. Les facteurs motivationnels ou déclenchants des collaborations	
	► La collaboration motivée par la demande elle-même : des situations multidimensionnelles et des demand	les
	spécifiques	
	La collaboration motivée par un partenaire : lorsque la demande vient du partenaire	
	► La collaboration motivée par l'origine de la collaboration : d'où provient l'impulsion des collaborations	
	► La santé mentale, l'alternative de la dernière chance	
	La motivation face au secteur de la santé mentale des enfants et adolescents	
	4.2.2. Les facteurs rendant capable les collaborations ou ressources	
	 Les ressources sous leur forme matérielle. A travers le fonctionnement du secteur de la santé mentale. 	
	Lorsque les ressources font lien avec le partenaire.	
	4.2.3. Les facteurs renforçants les collaborations	
	► Des spécificités de travail et une reconnaissance mutuelle	
	► Une culture propre de l'urgence	115
	▶ La communication et le transfert d'informations entre le secteur de la santé mentale et les partenaires	116
	► Entre la santé mentale et l'enfant, sa famille, le partenaire, souvent un intermédiaireet une peur face à	la santé
	mentale	
	L'importance des expériences antérieures et des relations personnalisables	
12	► La médication en santé mentale	
	LA DYNAMOUE DE COLLABORATION	
4.4	L'offre dans champ de la santé mentale des enfants et adolescents	
	L'attra dans chamn de la canté mentale des entants et adolescents	6

4.4.1. Le secteur, les collaborations, les partenaires, rencontre d'une dynamique au sein d'un réseau	125
4.4.2. Regard sur la dynamique de collaboration par les partenaires	127
4.4.2.1. Participation au travail de recherche	127
4.4.2.2. Modélisation : la dynamique de collaboration	. 128
CHAPITRE 5 : CONCLUSION ET PERSPECTIVES	. 133
REGARD OUVERT SUR LA RECHERCHE	. 135
PREMIERES PERSPECTIVES OU PISTES DE RECOMMANDATIONS	. 136
Piste 1	136
Piste 2	. 136
Piste 3	
Piste 4	
Piste 5	
Piste 6 Piste 7:	
BIBLIOGRAPHIE	. 141
Pour construire et alimenter la réflexion	
Législation	. 146
ANNEXES	. 149
Annexe 1 : Catégories et nombre de services partenaires des soins en santé mentale dans le champ de l'enfance et de l'adolescence sur le territoire de la Plate-forme de concertation des régions de	151
Charleroi et du Centre	
Annexe 2 : Services répertoriés pour la recherche	
Annexe 3 : Lexique de lecture	
Annexe 4 : Courrier de présentation PFRCC	
Annexe 5 : Grille d'entretien des entretiens individuels, première phase	
Annexe 6: Questionnaire « collaborations »	
Annexe 7 : Plan du répertoire	
Annexe 8: Grille d'entretien des partenaires	
Annexe 9: Invitation à la journée d'étude du 16 novembre 2007	
Annexe 10 : Convention entre l'IWSM et la Plate-Forme de Concertation en Santé Mentale des Région	
Charleroi et du Centre (PFRCC)	1/9

Cette recherche a donné lieu à la rédaction d'un répertoire qui est joint au présent document : Répertoire des Institutions actives en pédopsychiatrie dans les régions de Charleroi et du Centre

Table des illustrations

Carte	
Carte 1 Cartographie Charleroi et Centre	37
Graphes	
Comba 1 Denulation and amount done to Hairman	20
Graphe 1 Population par arrondissement dans le Hainaut	
Graphe 3 Répartition des collaborations par secteur et par type	
Graphe 4 Répartition des collaborations de type réseau/situation	
Graphe 5 Champ de la santé mentale reconnu spontanément par les partenaires	
Oraphe 5 Champ de la sante mendie recomma spontanement par les partenaires	
Figures	
Figure 1 Modèle de planification de l'approche systémique	83
Figure 2 Dynamique de collaboration : version 1	
Figure 3 Dynamique de collaboration : modèle support à l'analyse des entretiens des partenaires	
Figure 4 Dynamique de collaboration après regard des partenaires.	
Tableaux	
Tublouux	
Tableau 1 Répartition des partenaires invités	25
Tableau 2 Illustration des modalités d'interview des partenaires (deuxième étape)	
Tableau 3 Population totale et <20 ans Belgique, Région wallonne, Hainaut, Charleroi, Soignies, Thuin au 01/01/	
Tableau 4 Répartition des enfants par tranches d'âge Charleroi-Centre	
Tableau 5 Indicateurs d'activité	
Tableau 6 Offre de soins dans le champ de la santé mentale et échantillon d'investigation	
Tableau 7 Nombre et densité de médecins généralistes, Belgique, RW, Hainaut, Arrondissments	
Tableau 8 Les secteurs d'action et leurs approches	
Tableau 9 L'offre et les niveaux de pouvoir subsidiant	
Tableau 10 Questionnaire sur les collaborations: résultats	
Tableau 11 Approches d'actions privilégiées par secteur et type de service, et relation au mandat	
Tableau 12 Répartition des prises en charge dans le secteur de l'aide à la jeunesse	
Tableau 13 Ages de prise en charge des bénéficiaires par groupe d'acteurs	96

Introduction générale

1. La demande

La Plate-forme de Concertation en Santé Mentale des Régions du Centre et de Charleroi (PFRCC) rassemble des institutions actrices de soins de santé mentale sur les territoires administratifs de Soignies, Charleroi et Thuin.

Parmi les groupes de travail soutenus par la plate-forme, dans le souci de la concertation, s'inscrit la Commission de Pédopsychiatrie. Celle-ci réunit une fois par mois les professionnels de la santé mentale et des institutions actives auprès des enfants et adolescents (0-18 ans), en réponse à la mission d'organisation du travail en réseau telle que soutenue par la Plate-forme.

La Commission de Pédopsychiatrie a souhaité poursuivre l'objectif de construire et d'améliorer le travail en réseau, de répertorier l'offre de soins et les collaborations existantes et également, d'en souligner les lacunes¹. Face à ce travail de longue haleine, la Commission pédopsychiatrie a souhaité développer une recherche, qu'elle a confiée à l'Institut Wallon pour la Santé Mentale.

L'Institut Wallon pour la Santé Mentale a pour objet de rassembler les acteurs du champ de la santé mentale en vue de soutenir une réflexion permanente sur les problématiques de santé mentale. Cette réflexion répond à des missions de transversalité, d'appui, d'information, d'observatoire et de recherche.

C'est dans ce contexte qu'a été lancée, en septembre 2006, et pour une durée de 2 ans, la recherche alors intitulée : Recherche sur le champ de l'offre en santé mentale des enfants et adolescents dans la région du Centre et de Charleroi.

But initial de la recherche:

- identifier et caractériser l'offre des institutions actives sur le territoire de la Plateforme dans le champ de la santé mentale (ou qui ont une activité en lien avec le secteur de la santé mentale) et qui s'adressent aux enfants et/ou adolescents (de 0 à 18 ans). L'objectif est la rédaction d'un répertoire des institutions et l'identification des carences en équipement;
- identifier les **collaborations** existantes entre les institutions, avec pour objectifs d'analyser ces interactions.

¹ Voir description de la mission de la Commission Pédopsychiatrie telle que présentée dans le courrier de la PFRCC adressé aux partenaires : Annexe 4

2. Objectifs et démarches du travail

Cette recherche, étalée sur une durée de deux ans, a été construite en deux phases, dans le souci de répondre aux objectifs décrits ci-dessus.

2.1. Objectifs et démarches de la première phase du travail

La première étape du travail, menée au cours de la première année de recherche, a porté avant tout sur les acteurs de l'offre en santé mentale.

L'<u>objectif</u> dégagé a été **d'identifier** et **caractériser** l'**offre** et les **collaborations** dans le secteur de la santé mentale.

Objectifs opérationnels de la première partie :

- Identifier les services actifs dans la santé mentale des enfants et adolescents Méthodologie intrinsèque : travail de recherche et listing des institutions actives dans le champ de la santé mentale et des secteurs connexes.
- Caractériser l'offre de pédopsychiatrie et ses collaborations
 Méthodologie intrinsèque : entretiens individuels au sein de l'offre en santé
 mentale, sur base du listing précédemment établi et questionnaire sur les
 collaborations.
- Réaliser un répertoire des institutions actives dans la santé mentale des enfants et adolescents

Méthodologie intrinsèque : lien entre le listing et les caractéristiques de l'offre précédemment dégagées par la construction d'un répertoire.

2.2. Objectifs et démarches de la deuxième phase du travail

La seconde étape du travail, menée quant à elle au cours de la 2^{ème} année, visait à intégrer et à analyser, en complément des résultats de la première partie, les collaborations avec les partenaires du secteur de la santé mentale.

L'<u>objectif</u> soutenu de cette seconde étape était d'**objectiver** les informations de la première phase concernant les collaborations avec les **services partenaires** des institutions de soins en santé mentale.

En s'intéressant ici aux partenaires, la recherche aborde la perception des partenaires concernant leurs interactions avec le milieu de la santé mentale.

Objectifs opérationnels de la deuxième partie :

• Dégager une dynamique de collaboration des professionnels du secteur de la santé mentale des enfants et adolescents

Méthodologie intrinsèque : analyse des informations récoltées sur les collaborations au cours de la première étape, et modélisation de la dynamique

• Identifier les caractéristiques, forces et faiblesses des collaborations selon le point de vue des partenaires de l'offre

Méthodologie intrinsèque : caractérisation des secteurs partenaires de l'offre, et entretiens individuels ou collectifs auprès de ceux-ci.

• Dégager des pistes d'actions communes afin d'améliorer le travail en réseau des acteurs de l'offre et de leurs partenaires

Méthodologie intrinsèque : sur base d'une synthèse à propos de la dynamique de collaboration, élaboration de pistes de recommandations en vue de soutenir des actions auprès du terrain et des décideurs.

Chapitre 1 : Méthodologie de la recherche

1.1. Méthodologie de la première étape

Comme nous l'avons introduit ci-dessus, la première partie du travail de recherche a répondu principalement à trois objectifs :

- Identifier les services actifs dans le champ de la santé mentale des enfants et adolescents
- Caractériser l'offre de pédopsychiatrie et ses collaborations
- Réaliser un répertoire identitaire des institutions actives en santé mentale pour les enfants et les adolescents

Reprenons ici ces étapes point par point afin d'en dégager la méthodologie.

1.1.1. L'identification des services dans le champ de la santé mentale des enfants et adolescents et construction de l'approche d'enquête

La **définition du champ de l'offre** de soins en santé mentale pour les enfants et les adolescents a été réfléchie par le chercheur et le comité d'Accompagnement de la recherche (ici composé des membres de la Commission pédopsychiatrie).

Pour diriger leurs réflexions à ce sujet, ils sont partis de ces premières questions : jusqu'où se décline l'Offre pour les jeunes ? Jusqu'où interviennent les différents acteurs ? Et comment s'articulent leurs interventions ?

Parallèlement à cette réflexion, il a été question de définir le moyen d'investigation de cette offre. C'est à cette étape qu'a été décidée la méthode des entretiens (voir ci-dessous).

1.1.2. Méthodologie de collecte et d'analyse des informations

Afin de récolter les informations sur l'offre et ses collaborations, deux méthodes ont été envisagées en vis-à-vis :

- la conduite d'entretiens individuels auprès des services actifs dans le champ de la santé mentale des enfants et adolescents :
- l'utilisation d'un questionnaire « collaborations » auprès des acteurs précédemment identifiés.

1.1.2.1. Les entretiens

Le principe de départ était de rencontrer la totalité des acteurs de « santé mentale » intervenant auprès des enfants (de 0 à 18 ans), soit :

- les services de santé mentale ;
- les services k :
- les services conventionnés avec l'INAMI;

D'emblée, la notion d'acteurs de « santé mentale » a été élargie à une série d'autres structures, actives au sein de la Commission « pédopsychiatrie » de la PFRCC, soit :

- les services spécialisés pour les situations de maltraitance ;
- les services agréés par l'AWIPH pour les jeunes dit « 140 » (caractériels, névrotiques et prépsychotiques) : résidentiels (SRJ), de jour (SAJJ), d'intervention (SAI) auxquels ont été ajoutés en cours de recherche : les services d'aide précoce (SAP) et les services pour jeunes non scolarisés (SAJJNS);
- les consultations pédopsychiatriques dans les hôpitaux généraux ;
- quelques acteurs privés ;
- quelques autres services dits « pilotes » ;

et ce, avec un maximum de 50 entretiens. Dans les faits, tous les acteurs de santé mentale stricto sensu ont été interviewés. Parmi les autres, une sélection a dû être opérée de manière à disposer d'un échantillon suffisant de chacune des catégories.

1.1.2.2.1. Les interlocuteurs

Le défi a été, chaque fois, de contacter la bonne personne au bon endroit et au bon moment. Une fois le contact établi, généralement avec la direction ou un responsable du service, et souvent après une consultation de l'équipe, le processus d'investigation a pu suivre son cours : prise de rendez-vous, envoi des documents, entretien de recherche, synthèse, compléments d'enquête et validation.

D'une manière générale, les rencontres sur site pour mener « l'entretien de recherche » ont été réalisées avec une délégation de deux ou trois personnes, plutôt qu'avec toute l'équipe. Parfois, il n'y avait qu'un seul interlocuteur. Cette modalité a été laissée à l'appréciation des services, notamment en fonction de leur disponibilité.

1.1.2.2.2. Les supports à l'entretien

Divers documents ont servi de support² aux entretiens :

- la lettre rédigée par la PFRCC pour présenter la démarche et introduire le chercheur ;
- la fiche signalétique;
- la grille d'entretien.

_

² Voir annexes 4 et 5

Envoyée au préalable, la **grille d'entretien** a progressivement été réservée pour un usage limité au moment de la rencontre, dans le but d'alléger l'envoi et de ne pas « noyer » le service avec trop d'informations, dans le but aussi de permettre plus de spontanéité lors de l'entretien et d'éviter les redites et doubles emplois.

La **fiche signalétique**, quant à elle, a été ajustée en fonction de l'intérêt d'indications nouvelles et mise à jour en cours de recherche.

Les services avaient la possibilité de transmettre un document de présentation ou un rapport d'activités pour compléter la fiche signalétique. Plusieurs services ont transmis un folder et, quelques-uns, un rapport d'activités reprenant une série d'indications utiles.

Les fiches ont été complétées sur cette base et renvoyées aux services avec le rapport d'entretien pour être complétées.

1.1.2.2.3. Récolte et synthèse des interviews

Au départ, chaque entretien était enregistré pour servir de support aux notes et disposer d'informations plus complètes et, partant, plus pointues. Compte tenu du temps imparti et des moyens réservés à la recherche, cette option présentait toutefois le désavantage d'être lourde et fastidieuse. C'est pourquoi, chaque fois que cela semblait gérable (en fonction du nombre de participants notamment), l'enregistrement a été abandonné au profit d'une prise de notes traditionnelle.

La validation des éléments retenus par les personnes rencontrées s'est opérée. La synthèse des échanges a systématiquement été adressée aux services avec possibilité de corriger et de nuancer le rapport ; une étape supplémentaire, pour les services comme pour le chercheur, parfois difficile à réaliser dans des délais raisonnables. L'aval sur la synthèse a souvent demandé plusieurs contacts et rappels.

1.1.2.2.4. Analyse des données

Les données récoltées dans le cadre des interviews - et avalisées par chacune des équipes - ont été regroupées, question par question, catégorie de services par catégorie, pour avoir une vue d'ensemble des réponses possibles et mesurer leur variation inter et intra catégories.

Il s'agissait de présenter l'Offre de soins en santé mentale pour les enfants et les adolescents, le profil des services qui y interagissent ainsi que les collaborations qui se sont développées entre services. Chacun des aspects investigués a fait l'objet d'une part, d'une analyse systématique des réponses par catégorie de service, sous forme de tableau et d'autre part, d'une synthèse, avec pour objectifs :

- 1. D'avoir une vue d'ensemble de l'Offre :
 - L'offre de soins en santé mentale dans la région de Charleroi et du Centre
 - Les partenaires de l'offre de soins
- 2. De mieux cibler les spécificités des services :
 - La population concernée
 - La couverture territoriale

- Les conditions d'accès et limites des services
- Les lacunes relevées par les services
- Le cas particulier des réponses aux situations d'urgences et de crise
- 3. De rendre compte des collaborations développées dans le champ de la santé mentale des enfants et des adolescents sur le territoire de la plate-forme de Concertation de Charleroi / Centre
 - Les envoyeurs
 - Les collaborations au niveau des situations
 - Les collaborations institutionnelles
 - Les modalités de collaboration
 - Les modes de connaissance des partenaires
 - Les obstacles à la collaboration

Chacun de ces points d'analyse a été synthétisé dans un rapport intermédiaire.

1.1.2.2.5. Restitution des résultats

Il faut savoir que les services, à Charleroi et dans le Centre comme ailleurs, sont souvent sollicités pour diverses études et répertoires.

La plupart des interlocuteurs rencontrés dans le cadre de la recherche se sont volontiers prêtés au jeu, se montrant toutefois particulièrement demandeurs d'avoir un retour quant aux résultats de la recherche : mise à disposition du rapport et du répertoire et présentation /discussion des résultats.

Cette phase de transfert des résultats, en fin de 1^{ère} étape de la recherche, devait permettre en outre de réajuster les orientations de la 2^{ème} phase de la recherche et de tester le répertoire pour pouvoir l'adapter, si besoin, avant la fin du processus.

La PFRCC a accédé à cette demande et programmé une journée de ponctuation de la recherche le 16 novembre 2007³.

³ Voir programme en annexe 9

1.1.2.1. Le questionnaire

Au cours des premiers entretiens, et au vu des résultats que ceux-ci renvoyaient, le Comité d'Accompagnement s'est questionné sur les collaborations entretenues par les services actifs dans la santé mentale des enfants et adolescents.

Afin d'en avoir un regard plus large, un questionnaire a été imaginé pour obtenir des informations plus précises sur les fréquences et les modes de collaborations adoptés par le secteur.

1.1.2.1.1. Description du questionnaire

Le questionnaire comprend un listing de services présents sur le territoire de Charleroi et du Centre⁴. Ce sont des acteurs actifs dans le champ de la santé mentale ou qui sont susceptibles d'v collaborer.

Ils sont catégorisés par type de service (SSM, SAI, SRJ, IPPJ,...). Un item est néanmoins ouvert à d'autres services, non listés, identifiés comme partenaires par le service interrogé. Pour chacun de ces partenaires, le questionnaire prévoit d'identifier la fréquence de la collaboration (jamais, rarement, parfois, souvent), ainsi que le mode de collaboration (relais/orientation, réseau/situation, institutionnel).

1.1.2.1.2. Méthodologie de récolte

La population visée par ce questionnaire est l'ensemble des services de la Commission pédopsychiatrie de la plate-forme. Afin d'échantillonner la population d'étude, le questionnaire a été envoyé aux 40 services ayant été interrogés lors des entretiens exploratoires.

1.1.2.1.3. Méthodologie d'analyse

Les données récoltées ont été traitées sous formes de fréquences aux réponses. Des regroupements ont été réalisés afin d'observer les potentielles variations par groupes institutionnels et par mode de collaborations.

⁴ Voir questionnaire en annexe 6

1.1.3. Le répertoire de l'offre

Les premières étapes de la recherche ont permis de rassembler toute une série d'informations sur l'offre grâce aux entretiens exploratoires et aux questionnaires.

La construction d'un répertoire dynamique à destination des professionnels s'est développée au long de la recherche. En effet, au cours des entretiens exploratoires, plusieurs services interrogés ont soulevé cette envie, qui a été retenue par la Commission Pédopsychiatrie. Le principe de cette demande est de construire un outil de collaboration, valeur ajoutée à un répertoire classique.

1.1.3.1. Description du répertoire

Le Comité d'Accompagnement de la recherche (c'est à dire les membres de la Commission Pédopsychiatrie), sur base d'informations présentées par l'IWSM, ont retenu un canevas à suivre pour le répertoire.

Le répertoire est construit par catégories de services :

- services de santé mentale (SSM)
- services d'aide à l'intégration (SAI)
- services spécialisés dans la prise en charge de la maltraitance
- services d'accueil de jour pour jeunes non scolarisés (SAJJNS)
- services d'aide précoce (SAP)
- services résidentiels pour jeunes (SRJ)
- hôpitaux
- autres initiatives (permettant d'intégrer des services non catégorisables)

En plus de ces différents services, un lexique facilite la lecture des fiches. En effet, nombre d'abréviations sont difficilement lisibles par les personnes ne travaillant pas dans les mêmes secteurs.

Notons ici qu'il s'agit d'un répertoire d'institutions. Les thérapeutes privés n'y ont pas été intégrés, même si quelques-uns ont été investigués lors des entretiens exploratoires. D'une part, il est difficile de les répertorier tous ; d'autre part, nous risquions de nous trouver face à des questions éthiques au sujet de formations et de reconnaissances professionnelles.

Chacun des services repris dans le répertoire fait l'objet d'une fiche. Les informations les concernant sont intégrées dans un canevas, avalisé par la Commission.

Le canevas reprend:

- le nom et le secteur du service ;
- des informations identitaires : l'adresse, les coordonnées et le nom d'une personne de contact ;
- des informations sur la population prise en charge : population spécifique, conditions d'admission, critères d'exclusion ;
- des informations sur les activités du service : le cadre (ambulatoire résidentiel), les spécificités du service, la composition de l'équipe ;
- des informations pratiques : modalités et horaire d'accueil, participation financière du patient ;

- un cadre d'invitation à la collaboration : cadre qui a pour objectif de susciter et de développer le réseau.

Afin de garantir une utilisation spécifique et pratique du répertoire, nous prévoyons alors de ne consacrer qu'une page par service. Notons ici également que pour le rendre dynamique, la plate-forme suggère de le mettre en ligne.

1.1.3.2. Méthodologie de construction du répertoire

Le répertoire s'est construit en trois temps :

Dans un premier temps, une première lecture des résultats des entretiens exploratoires, transcrits sous forme de fiches, a permis d'intégrer une première vague d'informations dans le canevas de base du répertoire.

Dans un second temps, les fiches canevas ainsi remplies ont été renvoyées aux services pour corrections et aval.

Enfin, dans un troisième temps, les fiches ont été assemblées et uniformisées après validation préalable des services.

1.2. Méthodologie de la deuxième étape

La seconde phase du travail a poursuivi les objectifs opérationnels suivants :

• Dégager une **dynamique de collaboration** des professionnels du secteur de la santé mentale des enfants et adolescents

Méthodologie intrinsèque : analyse des informations récoltées sur les collaborations au cours de la première étape, et modélisation de la dynamique

• Identifier les **caractéristiques**, **forces et faiblesses** des collaborations selon le point de vue des partenaires de l'offre

Méthodologie intrinsèque : caractérisation des secteurs partenaires de l'offre, et entretiens individuels ou collectifs auprès de ceux-ci.

• Dégager des **pistes d'actions** communes afin d'améliorer le travail en réseau des acteurs de l'offre et de leurs partenaires

Méthodologie intrinsèque : sur base d'une synthèse à propos de la dynamique de collaboration, élaboration de pistes de recommandations en vue de soutenir des actions auprès du terrain et des décideurs.

1.2.1. Modélisation de la dynamique de collaboration

Afin de comprendre au mieux la construction de cette dynamique, nous renvoyons le lecteur au chapitre qui la décrit (chapitre 3.3. p. 81).

1.2.2. Démarche d'identification des partenaires et de leur dynamique de collaboration

1.2.2.1. Identification des partenaires et échantillonnage

Avec la participation du groupe de travail formé par la Commission Pédopsychiatrie de la plate-forme de concertation en santé mentale des régions de Charleroi et du Centre, et suite aux résultats de la première partie du travail, un ensemble d'institutions ont été identifiées comme partenaires du secteur de la santé mentale des enfants et adolescents.

Au vu du nombre important de partenaires listés, il a semblé impossible de les investiguer chacun. Une présélection de groupes institutionnels a donc été réalisée par les membres de la plate-forme. Chaque groupe de partenaires doit être investigué par des entretiens collectifs ou individuels. Le choix d'une méthodologie plutôt que l'autre est déterminé en fonction du nombre d'intervenants concernés, ainsi qu'en fonction de l'organisation de leur travail.

Seules les institutions présentes sur le territoire de la plate-forme ont été prises en compte. La liste des communes est reprise en annexe.

Les partenaires concernés par la deuxième phase sont illustrés dans le tableau 1 qui suit. Ils sont repris par secteur d'activité.

La colonne intitulée « **institutions partenaires** » reprend le nombre de partenaires du groupe reconnus sur le territoire de la plate-forme.

Les « partenaires invités » représentent l'échantillon d'étude, c'est-à-dire les acteurs pour lesquels le processus d'invitation et de participation aux tables rondes ou interviews a été lancé.

Lorsque le groupe de partenaires imaginé comporte un nombre trop important d'acteurs (plus de 15 institutions), l'échantillon est construit sur base d'une sélection aléatoire. Après listing alphabétique des partenaires, ceux-ci sont numérotés. Ensuite, seuls les numéros pairs ou impairs (choix aléatoire selon le groupe) ont été contactés.

Les « partenaires confirmés » sont les partenaires invités qui ont répondu favorablement à l'invitation. Le nombre nous donne une information sur le niveau d'implication (ou l'impression d'implication) des secteurs investigués à la deuxième phase de la recherche. Est également repris dans la dernière colonne, le nombre de personnes présentes à la table ronde. Certaines institutions envoyant plusieurs représentants, cette information nous donne une précision quant au « poids » des témoignages et au taux de participation.

Secteurs et services interviewés	Institutions partenaires identifiées	Partenaires invités = échantillon d'étude	Partenaires confirmés	Partenaires « présents »	Personnes présentes à l'entretien
Aide à la jeunesse					
1-COE	3	3	2	2	2
2-SAAE, CAS, CAU	23	15	11	11	15
SAAE	20	12	9	9	12
CAS	2	2	1	1	1
CAU	1	1	1	1	2
3-AMO	18	15	10		6
4-SAJ	1	1	/		/
5-SPJ	1	1	1		1
6-Tribunal de Jeunesse	1	1	1		1
7-SAIE	6	6	4	4	8
Scolaire					
8-PMS, PSE, projet pilote	37	13	7	5	5
PMS	23	6	4	3	3
PSE	8	4	2	2	2
PMS+PSE	5	2	1		/
projet pilote	1	1	/		/
9-PMS spécialisés, Ecoles spécialisées	27	15	6		8
PMS spécialisés	3	3	3	3	3
Ecoles spécialisées	24	12	3	3	5
Petite enfance					
10-ONE	1	1	1		17
Santé					
11-Médecins généralistes	indéterminé	1 (référent)			6
12-Maisons médicales	11	11	/	1	1
Social/ famille					
13-CPAS jeunesse	3	3	1	1	1
14-Planning familial	13	$13 => 3^5$		3	3
Handicap					
15-Centres de réadaptation fonctionnelle - CRF	7	7	3	1	1
Total Tableau 1 Répartition des partenaires invit	152	96	47	34	75

Tableau 1 Répartition des partenaires invités

Les rencontres des partenaires se sont planifiées entre le 7 avril (fin des vacances de printemps) et fin juin 2008.

_

⁵ Face à une difficulté d'approche, nous avons dû revoir à la baisse les contacts avec ce secteur.

1.2.2.2. Méthodologie de collecte d'information

1.2.2.2.1. Approche de l'échantillon d'étude

Invitation des partenaires

Les partenaires ont été invités à participer à une table ronde ou une interview individuelle selon la méthodologie suivante:

- information sur la recherche par un courrier de la plate-forme
- contact(s) téléphonique(s) par le chercheur pour expliquer l'objet de la recherche et inviter à la table ronde ou à l'entretien
- courrier de confirmation envoyé avec les modalités de rencontres d'entretien.

Interview individuel ou collectif, choix méthodologique

Beaucoup de partenaires, répartis en secteurs, ont été identifiés sur le territoire de la plateforme. Chaque secteur a ses particularités, son propre mode de fonctionnement, ses horaires, ses propres intervenants et acteurs, se sentant chacun plus ou moins impliqué avec le secteur de la santé mentale.

Il est donc apparu difficile d'aborder chacun des secteurs de la même manière. Certains secteurs, tels les médecins généralistes, n'ont pas la possibilité de s'impliquer pendant la journée dans une recherche telle que la nôtre. D'autres se rassemblent déjà assez régulièrement, profiter d'un de leurs rendez-vous périodiques s'est donc montré être la meilleure approche (l'ONE et ses comités subrégionaux, médecins généralistes).

Certains des groupes constitués par la Commission Pédopsychiatrie rassemblent des acteurs fonctionnant de manière très différente (notamment en ce qui concerne les horaires). Des entretiens individuels sont alors envisagés.

Modalités d'interview Secteurs et groupes	Interview collective dans les locaux de la plate-forme	Interview collective lors d'une réunion interne au partenaire	Interview individuelle	Durée d'interview (minutes)
Aide à la jeunesse				
1-COE	X			82
2-SAAE, CAS, CAU	X			86
3-AMO	X			57
4-SAJ			/6	
5-SPJ			X	44
6-Tribunal de Jeunesse			X	56
7-SAIE	X			56
Scolaire				
8-PMS, PSE, projet pilote	X			74
9-PMS spécialisés, Ecoles	X			86
spécialisées	Λ			80
Petite enfance				
10-ONE		X		44
Santé				
11-Médecins généralistes		X		36
12-Maisons médicales			X	47
Social/ famille				
13-CPAS jeunesse			X	69
14-CPF(Planning familial)			X	inconnu
Handicap				
15-CRF	X			56
Total	7	2	5	Moy: 52

Tableau 2 Illustration des modalités d'interview des partenaires (deuxième étape)

Description identitaire des partenaires

L'identification des partenaires a été complétée par une approche descriptive de ceux-ci. Cette approche nous a permis de situer les partenaires dans leur cadre de fonctionnement, nous préparant ainsi à l'entretien. De plus, les éléments récoltés ici informent sur les déterminants institutionnels, déterminants que nous avons envisagés dans le modèle de collaborations.

Pour chaque partenaire, nous avons souhaité partir du cadre législatif, dégager ses missions, le cadre minimal en termes de personnel, ainsi que des informations spécifiques.

_

⁶ Bien qu'envisagé, l'invitation de rencontre avec le SAJ n'a pas eu de réponse positive (après plusieurs courriers, contacts téléphoniques et mails)

1.2.2.2.2. La collecte de l'information : l'entretien

Déroulement de la rencontre

Chaque rencontre se déroule en trois temps :

- 1. Introduction et présentation
- 2. Expression autour des problématiques
- 3. Ouverture à la collaboration

La **première phase** introductive comprend d'une part la présentation de la recherche mais également la présentation des intervenants et des institutions présents à la rencontre.

La présentation de la recherche permet de placer le cadre et de faire en sorte que chaque participant perçoive l'enjeu et les objectifs du travail de la même manière. Cela facilite également la compréhension du cadre et de l'impact de l'interview dans le travail.

La **deuxième phase** de la rencontre a pour objet la recherche elle-même. Elle soulève tout d'abord la représentation de la pédopsychiatrie et de la prise en charge de la santé mentale des enfants et adolescents. Ensuite, les problématiques sont abordées selon le guide d'entretien repris à l'annexe 8.

La **dernière phase** permet de vérifier la bonne compréhension de l'interview et des informations véhiculées au cours de la rencontre du point de vue de l'interviewer d'une part, et des personnes interviewées d'autre part. De plus, du fait même de la présence des partenaires pour la rencontre, une ouverture à la collaboration se présente. Celle-ci est accompagnée du support donné par le répertoire, qui est alors offert en version papier au(x) participant(s).

Lorsqu'il s'agit d'une rencontre prévue avec plus de 5 partenaires, une tierce personne est présente en support à l'interviewer. Il s'agit d'un collaborateur de l'IWSM qui a un rôle de rapporteur.

Cette personne a pour mission la prise de note en lien avec la grille d'entretien. Cela permet de vérifier le parcours de l'interview à travers les différentes thématiques à aborder.

Chaque interview est enregistrée en support à la prise de note.

Le guide d'entretien

Puisque l'objectif de la rencontre est de vérifier et compléter les informations relatives à la collaboration récoltées lors de la première phase, il est apparu évident de tenir compte des éléments déjà récoltés.

Lors de l'analyse des informations obtenues lors de la première étape du travail, un modèle représentant les dynamiques de collaboration a vu le jour⁷. Il est donc question de reprendre chaque élément dans la grille afin de le confronter au partenaire (ou au groupe de partenaires) interrogé.

Ainsi, le guide d'entretien est décomposé en 6 approches qui correspondent chacune à un diagnostic ou à une sous-catégorie de diagnostic (guide d'entretien en annexe 8).

Les 6 approches concordent avec six grandes questions. Des sous questions et guides de réponses sont prévus pour éventuellement aider le groupe ou l'interviewé à ouvrir la réflexion.

_

⁷ Figure 2, Dynamique de collaboration : version 1 – p. 88

Eléments du modèle investigués	Formules de questions
1. Dynamique de collaboration	Question relative à la présence ou non de contacts avec le secteur
2. Comportement de collaboration	Caractéristiques et contexte de collaboration : Comment (de quelle
	manière et sous quelle forme) se déroule votre collaboration avec les
	acteurs de la santé mentale ?
3. Caractéristiques du partenaire (ici,	Lorsque vous collaborez avec un partenaire de pédopsychiatrie, que
pédopsy)	connaissez-vous de lui ? Quelles informations souhaitez-vous avoir ?
	Pour vous, qui fait partie du réseau de santé mentale des enfants et
	adolescents?
4. Motivation, prédisposition à collaborer	Ce qui motive : Qu'est-ce qui vous motive, vous pousse à collaborer
	avec le réseau de la santé mentale des enfants et adolescents?
5. Ressources facilitant la collaboration	Ce qui rend capable: En dehors de «l'envie ou du besoin de
	collaborer », qu'est-ce qui, selon vous, peut faciliter ou au contraire
	faire obstacle à la collaboration ? En termes de ressources
6. Soutien et aide à la collaboration	Ce qui encourage/ décourage : Qu'est-ce qui, selon vous, permet,
	renforce la collaboration? Qu'est-ce qui peut faire que vous
	collaboriez à nouveau ou non avec un partenaire plutôt qu'un autre?

En se référent au modèle support à l'analyse⁸, nous pouvons donc comprendre les points suivants :

- * Le diagnostic de situation représente la dynamique de collaboration elle-même et son contexte. Il s'agit donc d'identifier les acteurs en jeu dans la dynamique de collaboration. En abordant la question des différents partenaires compris dans le champ de la pédopsychiatrie, nous pouvons constater les représentations du secteur par les différents acteurs interrogés. Cela permet également de redéfinir le champ de la pédopsychiatrie de manière identique pour les partenaires rassemblés, et de parler des mêmes collaborateurs dans les questions suivantes.
- * Le diagnostic comportemental de la collaboration est abordé dans les questions 2 et 3. Le comportement de collaboration comprend des informations sur les modes mais également sur les modalités de collaborations. Il est complété par les préférences de travail des partenaires interrogés. Les modes et modalités types repris dans le modèle de départ peuvent guider les réponses par l'affirmative ou non. Dans la question sur les caractéristiques à connaître des partenaires, nous obtenons des informations sur les manquements à ce propos.
- * Le diagnostic organisationnel de la collaboration, approché par les questions 4, 5 et 6 informe des forces et faiblesses propres à la dynamique de collaboration avec le réseau de pédopsychiatrie. Il s'agit ici, entre autres, d'identifier la part plus subjective de la collaboration. Les facteurs non palpables, non mesurables qui motivent, soutiennent et influencent les contacts et la qualité des relations entre partenaires.

_

1.2.2.3. Méthode descriptive et de regard transversal sur les entretiens

1. L'analyse par entretien

Les données brutes, c'est-à-dire les notes issues des entretiens et enregistrements, sont tout d'abord abordées de manière descriptive, interview par interview.

Le guide d'entretien, rempli au fur et à mesure lors de l'entretien, a été complété après celuici grâce aux notes complémentaires du rapporteur et à l'écoute de l'enregistrement.

Lorsqu'il s'agit d'un entretien où seul un chercheur est présent, le guide est rempli par celuici. Lorsqu'il y a plusieurs chercheurs présents (c'est le cas des entretiens collectifs), un chercheur remplit la grille, l'alimente, tandis que le second est animateur de l'entretien.

Ensuite, les informations sont rassemblées et mises en lien pour définir les grands axes et tendances de réflexions qui ressortent.

2. La confrontation des entretiens

Dans un second temps, il s'agit donc d'observer transversalement les entretiens des différents partenaires.

Les interviews décomposées (première partie descriptive) sont comparées, élément par élément. Pour ce faire, ici également, nous nous sommes référés au modèle de dynamique précédemment construit. Ainsi, nous pourrons avoir une lecture des entretiens à propos :

Des caractéristiques de construction des collaborations

- \sim L'environnement des collaborations (en santé mentale pour les enfants et adolescents) dans la région du Centre et de Charleroi : facteurs contextuels des collaborations
- ~ Les formes de collaborations avec le secteur de la santé mentale : déterminants comportementaux

De l'organisation et la mise en place des collaborations ou déterminants organisationnels

- ~ Facteurs motivationnels ou « déclenchants »
- ~ Facteurs « rendant capables » ou ressources
- ~ Facteurs de renforcement ou « d'encouragement et découragement »

Des facteurs institutionnels.

Sous chaque description transversale, un cadre reprend les grandes tendances dégagées, les constats particuliers, ou les questions que le lecteur est amené à se poser.

1.2.3. La synthèse et les pistes d'action

La troisième étape de cette phase du travail consistait à rassembler les résultats des informations provenant des intervenants du champ de la santé mentale (étape 1) et de ses partenaires (étape 2).

Il s'agit ici de lire les résultats d'un bout à l'autre afin d'en dégager les caractéristiques communes (facilitateurs et/ou obstacles). Les éléments communs, ainsi que les éléments plus facilement modifiables sont alors portés sous forme de pistes de recommandations. L'intérêt de cette étape se justifie ici dans un retour des résultats au terrain.

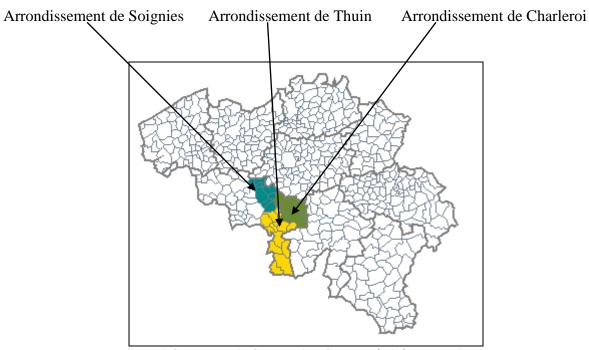
Ainsi, les pistes de recommandations ont tout d'abord été présentées à la Commission, qui a rendu un avis.

Chapitre 2 : L'offre de soins, repères contextuels

2.1. La région du Centre et de Charleroi : quelques données socio-démographiques

Afin de contextualiser au mieux le travail, ce chapitre permet au lecteur de situer ou resituer le territoire étudié dans son contexte global et populationnel. La Plate-Forme de Concertation des régions du Centre et de Charleroi concerne les arrondissements administratifs de Charleroi, Soignies et Thuin. En terme de population, cela représentait, au premier janvier 2007, 850 227 personnes (données INS, Ecodata).

Dans les trois arrondissements, c'est Charleroi qui est le plus densément peuplé avec une population de 422 598 habitants.



Carte 1 Cartographie Charleroi et Centre, réalisée avec philcarto http://philgeo.club.fr

Le tableau ci-dessous nous permet d'obtenir une vue d'ensemble de la population hainuyère, et plus précisément des arrondissements de Charleroi, Soignies et Thuin.

	tot pop	tot<20A	Tot >20A
Belgique	10 584 534	2 441 129	8 143 405
RW	3 435 879	837 843	2 598 036
Hainaut	1 294 844	312 137	982 707
Charleroi	422 598	102 162	320 436
Soignies	180 154	44 383	135 771
Thuin	147 475	35 403	112 072

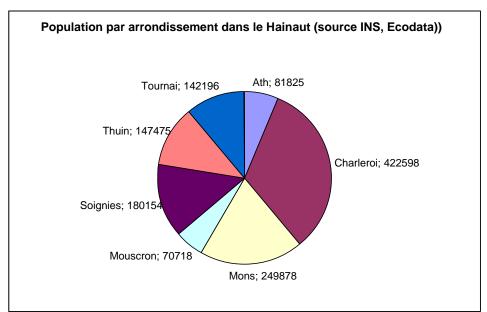
Tableau 3 Population totale et <20 ans Belgique, Région wallonne, Hainaut, Charleroi, Soignies, Thuin au 01/01/2007

Au premier janvier 2007, le Hainaut compte 1 294 844 habitants, ce qui représente plus d'un tiers de la population wallonne et 12% de la population de Belgique.

A cette époque, la population des régions du Centre et Charleroi regroupe une population de 750.227 habitants dont près d'un quart a moins de 20 ans (24,25% soit 181.948 jeunes).

Sur le tableau 3 ci-dessus, sont repris les arrondissements de Charleroi, Soignies et Thuin. Nous pouvons y constater que la proportion d'enfants présents sur les territoires de la plate-forme est très légèrement plus élevée à la proportion nationale. Sur le territoire belge, les jeunes de moins de 20 ans représentent 23% de la population totale, tandis que sur le territoire de la plate-forme, ils représentent environ 24% de la population (avec un « pic » de 24,6% pour l'arrondissement de Soignies).

Le graphe 1 ci-dessous illustre les trois arrondissements de la plate-forme au sein de la population hainuyère. Ils représentent à eux-seuls près de 60% de la population du Hainaut, dont 32,7% habitent Charleroi. L'arrondissement de Charleroi est l'arrondissement le plus peuplé du Hainaut.



Graphe 1 Population par arrondissement dans le Hainaut

Notons également que même si l'arrondissement de Charleroi est le plus densément peuplé, en terme de mouvements de population par contre, Charleroi ne rencontre pas le taux d'accroissement de population⁹ le plus élevé du Hainaut.

En effet, si l'on observe le taux d'accroissement moyen entre 1994 et 2003, alors qu'en Région wallonne il s'élève à +0,23%, il est négatif pour Charleroi. Par contre, certaines communes de Soignies et de Thuin montrent des taux pouvant aller jusqu'à 1,83% (c'est le cas de Froidchapelle ou Silly).

_

⁹ Le taux d'accroissement de population est égal à la somme de l'accroissement naturel (nombre de naissances moins le nombre de décès) et du solde migratoire (nombre de personnes qui arrivent dans une commune moins le nombre de personnes qui quittent la commune), le tout divisé par le nombre d'habitants à mi-année et multiplié par 100.

La représentation des enfants par tranches d'âges dans les différents arrondissements de Charleroi et du Centre ne varie pas différemment que dans le reste du Hainaut. Il en est de même pour les différentes tranches d'âges de l'enfance reprises dans le tableau 4 ci-dessous.

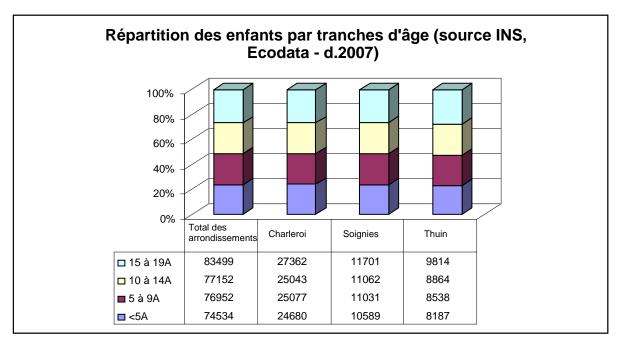


Tableau 4 Répartition des enfants par tranches d'âge Charleroi-Centre

Dans son tableau de bord de la santé 2006, l'Observatoire de la santé du Hainaut pointe également une espérance de vie moindre et une natalité plus élevée dans le Hainaut que dans l'ensemble de la Belgique.

Le tableau 5 ci-dessous donne une information **d'activité sur le territoire** de la plate-forme en offrant une vision de sa population active. Ces chiffres concernent la population âgée de 15 à 64 ans, toute catégorie professionnelle confondue.

Nous pouvons constater ici la spécificité de la population du Centre et Charleroi, qui présente un taux d'emploi plus bas que la moyenne wallonne et belge.

De plus, l'arrondissement de Charleroi se distingue des deux autres, car on y observe un taux de chômage plus élevé que dans les deux autres arrondissements (il est même le plus élevé de Wallonie, le taux - 9,7% - le plus bas se situant à Arlon).

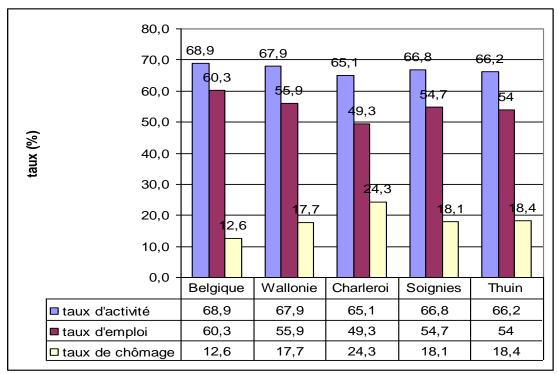


Tableau 5 Indicateurs d'activité*10

Cela confère à la région de la plate-forme une configuration particulière en termes de population, et demande, le cas échéant, une approche adaptée de celle-ci.

* NB : Le *taux d'activité* est le rapport entre la population effectivement active (actifs occupés et chômeurs) et la population totale correspondante (15-64 ans).

Le *taux d'emploi* est le rapport entre la population qui a effectivement un emploi (population active occupée) et la population en âge de travailler (15-64 ans).

Le *taux de chômage* est la proportion de chômeurs (sans emploi, à la recherche d'un emploi et disponibles pour occuper un emploi) dans la population active.

. .

¹⁰ Données IWEPS 30.06.05

2.2. L'offre de services

L'Offre de soins en santé mentale pour les enfants et les adolescents est particulièrement étendue et c'est là que se situe l'intérêt de cette recherche : jusqu'où se décline l'Offre pour les jeunes ? Jusqu'où interviennent ces différents acteurs ? Et comment s'articulent leurs interventions ?

Au delà des services dits spécialisés, en effet, les membres de la Plate-forme sont bien conscients du rôle non négligeable que peuvent jouer les professionnels de l'enfance et de l'adolescence dans des interventions de santé mentale. On pense notamment aux écoles, à l'ONE, à l'Aide à la jeunesse, etc.

C'est pourquoi, le travail de recherche se devait d'intégrer l'ensemble de ces acteurs et le travail s'est envisagé en deux temps. Une première phase a été consacrée à l'investigation détaillée des services inscrits dans le champ de la santé mentale pour élargir la réflexion, dans un 2^{ème} temps, aux acteurs partenaires.

2.2.1. L'offre de services dans le champ de la santé mentale

Dans cette perspective, ont été considérés dans l'Offre de soins en santé mentale pour enfants les services membres de la PFRCC (Services de santé mentale, Services d'hospitalisation pédopsychiatrique et Services conventionnés à l'INAMI), auxquels ont été ajoutés les services dépendant de l'AWIPH, les services privés et les services de maltraitance, participant pour la plupart, à la Commission « pédopsychiatrie » de la PFRCC.

Le tableau ci-dessous présente ce que la commission « pédopsychiatrie » a considéré dans l'offre de base. Il indique également le nombre de services rencontrés lors de la première partie du travail.

Catégories de services	Nombre dans la	Nombre de
	région de	services
	Charleroi-Centre	interviewés
Services de santé mentale – SSM	13	13
Services d'hospitalisation pédopsychiatrique	3	3
Structures conventionnées INAMI – CRF	1	1
Services de consultations pédopsychiatriques en hôpital	4	2
général		
Services résidentiels pour jeunes – SRJ	9	5
Services d'aide à l'intégration – SAI	14	6
Services d'aide précoce – SAP	3	2
Services d'accueil de jour pour jeunes non scolarisés -	5	2
SAJJNS		
Services spécialisés dans la maltraitance	4	3
Services et psychologues privés + autres	indéterminé	4
Total	> 56	41

Tableau 6 Offre de soins dans le champ de la santé mentale et échantillon d'investigation

Une description plus précise de l'offre a été construite à travers le répertoire. C'est pour cette raison que nous ne reprendrons pas ici systématiquement les cadres légaux et contextuels des institutions.

2.2.2. Les partenaires rencontrés

Au départ du travail, les membres de la Commission pédopsychiatrie de la PFRCC ont dégagé une liste de services partenaires (annexes 1 et 2). C'est sur base de cette liste que les investigations de la deuxième partie du travail ont été construites et que la liste finale a été dégagée.

Les partenaires sont décrits ici par secteur d'activités. Chaque secteur est décrit de manière générale dans un premier temps, et, dans un second temps, lorsque plusieurs catégories d'acteurs sont rencontrées par secteur, une distinction au sein même des différents secteurs est décrite.

Ce chapitre tente de décrire les partenaires du secteur de pédopsychiatrie, à la fois à travers ce qu'ils sont, c'est-à-dire leur cadre légal (législatif la plupart du temps) et ce qu'ils font, c'est-à-dire leur cadre organisationnel (leurs activités). Nous pouvons également les observer à travers ce qu'ils perçoivent et intègrent vis-à-vis du secteur de pédopsychiatrie. Les informations par entretiens sont présentées dans des comptes-rendus descriptifs des rencontres.

Comme nous l'avons précisé plus haut, les acteurs investigués et dits « partenaires » ¹¹ du secteur de pédopsychiatrie sont répartis en six secteurs :

- 1. le secteur de l'aide à la jeunesse et le secteur judiciaire
- 2. le secteur scolaire
- 3. le secteur de la petite enfance
- 4. le secteur de la santé
- 5. le secteur social et de prise en charge familiale
- 6. le secteur du handicap.

Ce chapitre reprend leur cadre descriptif, c'est à dire leur cadre de fonctionnement et légal. Il concerne en tout 17 catégories d'acteurs.

_

¹¹ Afin de faciliter la lecture, nous parlerons systématiquement de « partenaires » pour désigner les acteurs investigués dans la seconde partie du travail, et de « collaborateurs » ou plus globalement du « secteur » pour désigner les acteurs repris dans le champ de la pédopsychiatrie (tels qu'investigués dans la première partie du travail et décris au point 2.2.1. – p. 41).

Le secteur de l'aide à la jeunesse et judiciaire

L'aide à la jeunesse est un secteur complexe qui articule toute une série d'acteurs autour de différentes missions. Celles-ci proviennent du décret du 4 mars 1991, lui-même conséquent du démembrement de la loi du 8 avril 1965 visant à la communautarisation de la protection de la jeunesse.

Ce décret précise la place de l'aide à la jeunesse et son application :

- « 1° aux jeunes en difficulté, ainsi qu'aux personnes qui éprouvent de graves difficultés dans l'exécution de leurs obligations parentales ;
- 2° à tout enfant dont la santé ou la sécurité est en danger ou dont les conditions d'éducation sont compromises par son comportement, celui de sa famille ou de ses familiers »

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

En ce qui concerne les services dont elle dispose, l'aide à la jeunesse combine des services publics et privés (sous forme d'associations).

Les **services publics** entrent en jeu lors de situations où il faut garantir le respect de certains droits fondamentaux, la continuité du service, mais également lorsqu'une part de contrôle de la société sur les individus est nécessaire.

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.

Les **services privés** ou initiatives privées associatives sont concernées dans tous les autres cas, tout en partagent la même philosophie de travail que les services publics.

On retrouve dans les services privés¹²:

- Services d'aide en milieu ouvert (AMO) *
- Centre d'orientation éducative (COE) *
- Services de prestations éducatives (SPEP)
- Services de protutelle (SP)
- Services de placement familial (SPF)
- Centres d'accueil d'urgence (CAU) *
- Centres de premier accueil (CPA)
- Centre d'observation et d'orientation (COO)
- Services d'aide et d'intervention éducative (SAIE)*
- Services d'accueil et d'aide éducative (SAAE) *
- Centres d'aide aux enfants victimes de maltraitance (CAEVM)
- Centres d'accueil spécialisés (CAS) *
- Centres de jour (CJ)
- Services qui mettent en œuvre un projet pédagogique particulier (PPP)

Niveau de pouvoir : communautaire

Cadre global : décret du 4 mars 1991 – loi du 8 avril 1965

1. Les Centres d'orientation éducative - COE

Le COE a pour **mission** d'apporter au jeune, à ses parents ou à ses familiers un accompagnement social, éducatif et psychologique dans le milieu socio-familial ou, après l'accompagnement, une mise en autonomie. ¹³

Les COE sont mandatés par le tribunal de jeunesse, le conseiller ou par le directeur de l'aide à la jeunesse.

Le **mandat** précise les objectifs de la prise en charge, ses motifs et sa durée (maximum un an renouvelable). Il est précisé également que le centre ne peut avoir pour objet les investigations, les études sociales ou examens médico-psychologiques.

Durée de prise en charge : maximum un an renouvelable.

1

¹² Les services repris (marqués par *) – et donc décrits – dans ce chapitre sont ceux qui ont été investigués dans la deuxième étape de la recherche. Ils ont été explicitement reconnus comme partenaires lors de la première étape et ensuite sélectionnés pour les rencontres. Les services non décrits ne sont donc pas pour autant des services non partenaires.

Réglementation cadre : Arrêté du Gouvernement de la Communauté française du 15 mars 1999 relatif aux conditions particulières d'agrément et d'octroi des subventions pour les centres d'orientation éducative.

Le cadre minimal en termes de **personnel** repris dans les Centres d'orientation éducative comprend les catégories suivantes:

- personnel éducateur ;
- personnel psycho-social : assistant social ou auxiliaire social, assistant en psychologie ou licencié en psychologie ou sciences psychologiques ;
- personnel administratif : commis, rédacteur ou économe ;
- personnel de direction.

Le nombre et les fonctions du personnel varient selon l'importance du projet pédagogique (en termes de nombre de situations prises en charges).

Les **interventions** des COE sont donc principalement des entretiens individuels et familiaux, des échanges avec les intervenants, et la rédaction de rapports à destination des autorités mandantes.

2. Les services d'aide et d'intervention éducative – SAIE

Un service d'aide et d'intervention éducative a pour **mission** d'apporter une aide éducative dans le milieu familial de vie et/ ou un logement autonome.

Les actions du SAIE s'articulent donc essentiellement pour répondre à une aide éducative qui a pour but *d'améliorer les conditions d'éducation des jeunes*¹⁴. On cherche à améliorer les conditions d'éducation du jeune lorsqu'elles sont compromises par son comportement, ou lorsque des difficultés sont rencontrées dans l'exécution des obligations parentales.

Notons que l'aide éducative peut intervenir lors d'un placement en institution publique de protection de la jeunesse ou dans tout autre centre de placement provisoire de mineurs ayant commis un fait qualifié infraction.

Le SAIE agit suite à un **mandat** posé par une instance de décision ou par le tribunal de la jeunesse.

Chaque service a une capacité d'accueil de mandats propre à son projet pédagogique (de 12 à 24 mandats).

Cependant, lorsqu'il rencontre des situations ne relevant pas du décret du 4 mars 1999, le SAIE est également autorisé à venir en aide, et ce **sans mandat**, à des jeunes confiés par une personne ou une instance tierce.

Le cadre minimal d'une **équipe SAIE** prévoit, pour 12 situations visées (en ETP) :

- 2,5 éducateurs
- 0,5 psycho-social (assistant social, auxiliaire social, assistant en psychologie ou licencié hormis droit)
- 0.5 administratif (commis, rédacteur ou économe)
- 0,5 technique
- 1 directeur.

¹⁴ Réglementation cadre : Arrêté du Gouvernement de la Communauté française du 15 mars 1999 relatif aux conditions particulières d'agrément et d'octroi des subventions pour les services d'aide et d'intervention éducative.

3. Les services d'accueil et d'aide éducative - SAAE

Les **missions** des SAAE sont :

- d'organiser l'accueil collectif et l'éducation de jeunes qui nécessitent d'une aide en dehors de leur milieu familial de vie ;
- d'assurer la supervision ainsi que l'encadrement pédagogique et social de jeunes qui vivent en logement autonome ;
- de mettre en œuvre des programmes d'aide en vue de la réinsertion dans leur milieu de vie :
- d'apporter une aide aux jeunes et aux familles en difficultés par des actions socioéducatives dans le milieu familial de vie. 15

Les missions du SAAE s'appliquent dans le cadre d'un hébergement.

Un **mandat** d'une instance de décision (tribunal de jeunesse, conseiller ou directeur de l'aide à la jeunesse) précise le travail du SAAE, à savoir la mission confiée, la nature de l'aide apportée, les objectifs, les motifs et la durée.

Les deux dernières missions décrites ci-dessus ne peuvent excéder une **durée** de 6 mois (prolongeable 6 mois après autorisation administrative).

Le cadre humain minimum (pour 15 situations) des SAAE demande la présence du **personnel** suivant :

- 6.5 éducateurs
- 0.5 psycho-social
- 0,5 administratif
- 1,5 technique
- 1 directeur.

Ce cadre minimum varie dans les fonctions et le nombre selon le nombre de situations prises en charge par le service.

4. Les centres d'accueil d'urgence - CAU

Le CAU rencontre des **missions** de deux types :

- il agit tout d'abord avec la mission d'organiser en permanence un accueil collectif de 7 jeunes au moins qui nécessitent une aide urgente consistant en un hébergement en dehors de leur milieu familial de vie ;
- de plus il répond aux missions d'observation, d'investigation et d'aide à l'orientation pour le jeune et sa famille. 16

Le travail du CAU est régi par un mandat.

Il y a **mandat** provenant d'une instance de décision, lorsque le placement dans un service résidentiel est nécessaire de par la situation du jeune, et parce que les autres mesures sont inadéquates ou non disponibles. Le mandat précise, d'une part, l'étendue des missions

¹⁵ Réglementation cadre : Arrêté du Gouvernement de la Communauté française du 15 mars 1999 relatif aux conditions particulières d'agrément et d'octroi des subventions pour les services d'accueil et d'aide éducative.

¹⁶ Réglementation cadre : Arrêté du Gouvernement de la Communauté française du 15 mars 1999 relatif aux conditions particulières d'agrément et d'octroi des subventions pour les centres d'accueil d'urgence.

d'observation, d'investigation et d'aide à l'orientation, et, d'autre part, il décrit les objectifs, les motifs et la durée de prise en charge.

Exceptionnellement, le CAU peut accueillir un jeune **sans mandat**. Cet accueil doit alors être motivé par une demande du Procureur de Roi, d'un centre public d'aide sociale, d'un service d'aide en milieu ouvert, ou d'un service d'aide et d'intervention éducative.

La **durée** de prise en charge par les CAU est de :

- 20 jours, renouvelable une fois avec mandat;
- 24 heures (72 heures le week-end) sans mandat.

On retrouve parmi les catégories professionnelles qui peuvent composer un CAU :

- du personnel éducateur (dont un éducateur par situation)
- du personnel psycho-social (sauf licence en droit)
- du personnel administratif : commis, rédacteur ou économe
- du personnel de direction
- du personnel technique
- du personnel médical (infirmiers).

5. Les centres d'accueil spécialisés - CAS

Les centres d'accueil spécialisés proposent un hébergement en réponse à une **mission** d'accueil collectif de 15 jeunes qui nécessitent une aide particulière et spécialisée suite à des comportements agressifs ou violents, des problèmes psychologiques graves, des faits qualifiés infraction¹⁷.

La finalité de la prise en charge est la réinsertion familiale du jeune, ou un essai de vie en logement autonome et supervisé.

Un **mandat** provenant du tribunal de la jeunesse, du conseiller ou du directeur de l'aide à la jeunesse précise les objectifs, les motifs, la durée et la nature de l'aide accordée par le CAS.

En termes humains, les subventions prévoient :

- du personnel éducateur (minimum 12 éducateurs) ;
- du personnel psycho-social (1,5);
- du personnel administratif (0,5)
- du personnel de direction.

6. Les services d'aide en milieu ouvert - AMO

L'aide préventive au bénéfice des jeunes dans leur milieu de vie et dans leurs rapports avec l'environnement social est la **mission** principale des AMO.

Celle-ci répond à l'objectif de prévention de l'aide à la jeunesse et se concrétise par une aide individuelle, une action communautaire et éventuellement une action collective.

¹⁷ Réglementation cadre : Arrêté du Gouvernement de la Communauté française du 15 mars 1999 relatif aux conditions particulières d'agrément et d'octroi des subventions pour les centres d'accueil spécialisés.

A propos de la mission d'aide individuelle :

L'aide individuelle est une aide sociale et éducative. Pour y répondre, l'AMO réalise un travail d'écoute, d'accompagnement, d'orientation et une intervention socio-pédagogique ainsi qu'un travail de médiation et de soutien entre le jeune et sa famille. Notons que le décret spécifie que *l'aide sociale et éducative exclut toute prise en charge de type psychothérapeutique*. ¹⁸

Le conseiller, le directeur de l'aide à la jeunesse ou les instances judiciaires peuvent orienter un jeune, sa famille ou ses familiers vers l'AMO mais il n'y a **pas de mandat**.

L'AMO intervient donc uniquement à la demande de l'intéressé.

Certains AMO, dans un but de prévention, ont un agrément leur permettant un fonctionnement 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

Ouvrir le service de jour comme de nuit permet d'assurer une continuité sous forme d'une présence, d'une permanence téléphonique et d'un lieu accessible, pour répondre à toute problématique, difficulté, questionnement.

Les **équipes AMO** sont composées au minimum d'une direction et de travailleurs sociaux. Professionnels auxquels peuvent être inclus du personnel éducateur, psycho-social, administratif, de direction et technique.

7. Le service de l'aide à la jeunesse – SAJ

Le service d'aide à la jeunesse, propre à chaque arrondissement, intervient dans le cadre protectionnel.

Le SAJ intervient à la demande des jeunes, de leur famille, mais aussi à la demande d'une personne extérieure à la famille ou d'un service (écoles, hôpitaux,...).

Toute demande adressée au SAJ est examinée par un conseillé qui établit avec le jeune et sa famille un contact rapide et direct.

Le conseiller peut proposer aux intéressés une orientation vers un service de première ligne compétent pour les aider à résoudre leurs difficultés (ex. CPAS, CPMS...). Il peut également leur proposer un programme d'aide qu'il construira avec eux.

L'aide que le conseiller propose est une aide volontaire, c'est-à-dire que rien ne pourra être décidé et mis en place sans en avoir parlé avec les intéressés (jeunes, famille, familiers concernés mais aussi les services)

Dans l'hypothèse du programme d'aide, le conseiller devra recueillir l'accord écrit du jeune s'il a plus de 14 ans ou des personnes qui en ont la garde s'il n'a pas 14 ans. L'accord écrit des personnes qui administrent la personne du jeune est requis également si l'aide vise à retirer le jeune de son milieu familial de vie.

Si l'aide proposée par le conseiller est refusée par le jeune et/ou ses parents et que le conseiller considère que le jeune est en danger, il portera le dossier à la connaissance du parquet. Le parquet pourra alors, s'il le décide, saisir le tribunal qui examinera si une aide contrainte est nécessaire.

Outre l'aide individuelle, le second volet de l'aide spécialisée est la prévention générale. Aide individuelle et prévention sont des volets indissociables ; le conseiller en est le trait d'union.

L'offre dans champ de la santé mentale des enfants et adolescents, Régions du Centre et de Charleroi : Rapport de recherche

¹⁸ Réglementation cadre : Arrêté du Gouvernement de la Communauté française du 15 mars 1999 relatif aux conditions particulières d'agrément et d'octroi des subventions pour les services d'aide en milieu ouvert.

Il est donc prévu que les conseillers participent aux travaux du conseil d'arrondissement de l'aide à la jeunesse (CAAJ) avec voie consultative. Il est en effet particulièrement bien placé pour relayer au CAAJ les lacunes et nécessités en matière de prévention. Apparues au travers des situations individuelles prises en charge.

Réglementation cadre : décret du 4 mars 1991

8. Le service de protection judiciaire - SPJ

Le service de protection judiciaire intervient à la demande du Tribunal de jeunesse lorsqu'un enfant ou un jeune est en danger (c'est-à-dire dont la santé ou la sécurité sont menacées), ou lorsqu'un mineur a commis des faits qualifiés infractions. Il s'agit d'un service imposé par le tribunal, l'aide qui en découle est donc une aide contrainte qui fait suite à une indisposition du jeune ou de sa famille à répondre à l'aide du SAJ.

Un mandat est donc obligatoirement requis.

Le SPJ de chaque arrondissement judiciaire est dirigé par un directeur d'aide à la jeunesse qui a la charge de mettre en œuvre l'aide contrainte. Il est composé d'une section sociale ainsi que d'une section administrative.

Leur but est de mettre en œuvre les décisions du Tribunal, voire de la Chambre d'appel de la jeunesse. Il peut s'agir d'un accompagnement suite à une mesure protectionnelle du Tribunal.

Pouvoir subsidiant : Communauté française (direction générale de l'aide à la jeunesse).

9. Le Tribunal de la Jeunesse

En matière d'aide à la jeunesse, le Tribunal de la Jeunesse trouve une place de garant du respect de la défense, notamment lors d'implication d'une aide imposée.

Le Tribunal de la Jeunesse peut :

- soumettre l'enfant, sa famille à un accompagnement éducatif ;
- décider de retirer temporairement l'enfant hors de son milieu familial et le confier à une institution;
- permettre au jeune de 16 ans au moins de vivre seul en autonomie.

Remarques à propos de la réforme de la loi du 8 avril 1965 :

En 2006, dans le cadre d'une réforme de la loi du 8 avril 1965 qui définissait les rôles et missions du tribunal de la jeunesse, les lois du 15 mai et du 13 juin 2006 précisent, à propos des mesures mises à la disposition du juge de la jeunesse, sa compétence à l'égard de mineurs souffrant de maladies mentales et ayant commis un fait qualifié infraction.

Ce dernier peut désormais ordonner un placement au sein d'un hôpital psychiatrique (sur base d'un rapport pédo-psychiatrique), ainsi que des mesures de placement dans des organismes spécialisés dans le traitement des assuétudes (drogues et alcool).

10. Les Centres Psycho-médico-sociaux – CPMS/PMS

Cadre légal : loi du 1 avril 1960, AR du 13 août 1962, décret Communauté française du 14 juillet 2006, décret de la Communauté française du 20 juillet 2006

Les centres psycho-médico-sociaux, plus communément appelés centres PMS sont répartis selon **trois réseaux**, parallèles à ceux de l'enseignement. En effet, chaque établissement scolaire dispose d'un centre PMS, provenant le plus souvent du même réseau mais ce n'est pas obligatoire. Les écoles doivent être reliées à un CPMS grâce à un contrat de 6 ans.

Ainsi, en Région wallonne, nous retrouvons :

- le réseau de la Communauté française (CPMS organisés par celle-ci)
- le réseau officiel subventionné qui comprend des CPMS organisés par les Provinces, les Communes ou toute autre personne de droit public
- le réseau libre subventionné, dans lequel les CPMS sont organisés par des personnes physiques ou de droit privé.

Remarque : les CPMS de la Communauté française ont pour mission d'assurer le suivi médical des élèves dans le cadre de la Promotion de la Santé à l'Ecole. Les centres PMS subventionnés (officiels ou libres) quant à eux répondent à ces missions en partenariat avec des services PSE.

Deux types de Centres PMS sont également à distinguer sur le territoire wallon :

- les CPMS de l'enseignement ordinaire, qui desservent les écoles fondamentales et secondaires
- les CPMS de l'enseignement spécialisé, desservant quant à eux les écoles fondamentales et secondaires de l'enseignement spécial.

Il est important de les distinguer, car, face à ces publics spécifiques, les normes et la composition des équipes diffèrent selon les types. Ainsi, par exemple, le cadre du personnel technique minimum est de 6 membres du personnel pour l'encadrement de 3000 élèves pour les premiers, tandis que pour les CPMS spécialisés il est de 6 professionnels pour 1000 élèves.

En ce qui concerne les équipes PMS, elles doivent être composées au minimum de :

- un directeur
- un conseiller psycho-pédagogique
- un auxiliaire social
- un auxiliaire paramédical

Il s'agit donc d'équipes tri-disciplinaires, auxquelles doit être attaché contractuellement un médecin.

«Les Centres P.M.S. contribuent à rendre optimales les conditions psychologique, psychopédagogique, médicale, paramédicale et sociale de l'élève lui-même et de son entourage éducatif immédiat afin de lui offrir les meilleures chances de développement».

Les CPMS construisent leurs actions dans le domaine psychopédagogique, dans un rôle d'information et d'aide à l'orientation, dans un rôle de guidance et d'espace de parole ainsi que dans le domaine de la santé. Les services proposés sont gratuits.

Les CPMS développent des partenariats avec différents services, dans le respect du secret professionnel et de l'intérêt de l'élève (les principaux partenaires étant les PSE).

Soulignons que les avis des CPMS sont donnés à titre consultatif, c'est-à-dire que les parents ou ceux qui exercent l'autorité parentale gardent toujours leur liberté de décision. Ainsi, lors de l'inscription d'un élève dans une école, les parents sont libres d'accepter ou de refuser la guidance qu'offre le CPMS au sein de l'établissement scolaire de l'enfant.

Principaux textes légaux :

La loi du 1er avril 1960 relative aux Centres PMS L'arrêté royal 13 août 1962 organique des Centres PMS Le décret du 14 juillet 2006 relatif aux missions, programmes et rapport

11. Les centres de Promotion de la Santé à l'Ecole - Centres PSE

Les centres de Promotion de la Santé à l'Ecole ont vu le jour à la suite du décret relatif à la promotion à la santé à l'école publié en 2002.

Il définit une promotion de la santé gratuite et obligatoire dans tous les établissements d'enseignement fondamental et d'enseignement secondaire ordinaires et spécialisés, ainsi que dans les centres d'éducation et de formation en alternance, organisés ou subventionnés par la Communauté française.

La promotion de la santé à l'école est organisée par et dans les centres psycho-médicosociaux pour les établissements scolaires organisés par la Communauté française. Pour les autres établissements, l'école doit faire appel à un service agréé selon certaines dispositions.

Les missions découlant de la promotion de la santé à l'école sont les suivantes :

- construire des programmes de promotion de la santé et de promotion d'un environnement scolaire favorable à la santé ;
- assurer le suivi médical des élèves (bilans de santé individuels et politique de vaccination);
- organiser la prophylaxie et le dépistage des maladies transmissibles ;
- et établir un recueil standardisé de données sanitaires.

En ce qui concerne le personnel de tels services, il doit se composer de personnel médical (minimum un équivalant mi-temps), infirmier (minimum un équivalent temps plein) et administratif.

Notons également qu'un arrêté gouvernemental (A. Gt. 17-07-2002) précise les relations entre PSE et PMS dans certaines situations à savoir le passage d'informations lorsqu'un élève est orienté de l'enseignement ordinaire à l'enseignement spécialisé (ou vice versa).

PSE et/ou PMS peuvent prévoir une concertation spécifique individuelle lorsqu'un enfant vit une situation particulière qui demande un travail de collaboration.

De plus lorsqu'un bilan de santé réalisé par le PSE présente la nécessité d'un bilan psychomédico-social complémentaire, le service le précise aux parents et en avertit le PMS.

12. L'enseignement spécialisé

L'enseignement spécialisé représente environ 4% des élèves scolarisés en Belgique, dont deux tiers des enfants sont des garçons (enseignements primaire et secondaire confondus) ¹⁹.

Le cadre légal est tiré du décret communautaire organisant l'enseignement spécialisé du 03/03/2004 (M.B. 03/06/04).

Il définit l'enseignement spécialisé comme étant l'enseignement destiné aux enfants et aux adolescents qui, sur base d'un examen multidisciplinaire, bénéficient d'un enseignement adapté en raison de leurs besoins spécifiques et de leurs possibilités pédagogiques.

Sa spécificité est une coordination entre l'enseignement et les interventions orthopédagogiques, médicales, paramédicales, psychologiques et sociales d'une part, et d'autre part par la collaboration permanente avec l'organisme chargé de guidance des élèves.

L'enseignement spécialisé s'organise en 8 types et peut prendre 4 formes différentes en ce qui concerne le secondaire.

Chaque type d'enseignement correspond à une déficience ou à une difficulté d'apprentissage spécifique. Pour qu'un enfant puisse bénéficier de l'enseignement spécialisé, il doit être âgé de 2 ans et 6 mois au moins et de 21 ans au plus, et répondre à un rapport médico-social.

Celui-ci doit être établi par un centre PMS, un office d'orientation scolaire et professionnelle reconnu par la Communauté française, ou par un médecin défini (pour les déficiences auditives, visuelles, ou pour les enfants atteints d'une maladie de longue durée).

Les huit types d'enseignement spécialisé sont les suivants :

- type 1 : arriération mentale légère
- type 2 : arriération mentale modérée ou sévère
- type 3 : troubles caractériels et/ou de personnalité
- type 4 : déficience physique (handicap moteur)
- type 5 : enfants malades (type organisé en milieu hospitalier)
- type 6 : déficience visuelle (aveugles et malvoyants)
- type 7 : déficience auditive (sourds et malentendants)
- type 8 : dyslexie, dyscalculie, dysphasie

Notons que l'enseignement primaire spécialisé propose les huit types, que l'enseignement secondaire spécialisé ne propose pas le type 8 et que le maternel spécialisé ne propose pas les types 1, 5 et 8.

Les **quatre formes** d'enseignement spécialisé secondaire permettent de prendre en compte le projet personnel de l'élève et se présente de la façon suivante :

- forme 1 : enseignement d'adaptation sociale (formation sociale rendant possible l'insertion en milieu de vie protégé) ;
- forme 2 : enseignement d'adaptation sociale et professionnelle (formation générale, sociale et professionnelle visant l'insertion en milieu de vie et/ou de travail protégé) ;
- forme 3 : enseignement professionnel (formation générale, sociale et professionnelle visant l'insertion socioprofessionnelle) ;
- forme 4 : enseignement général, technique, artistique ou professionnel (enseignement secondaire ordinaire avec encadrement, méthodologies et outils adaptés et spécifiques).

¹⁹ Ministère de la Communauté française de Belgique/ETNIC - 2007

13. L'ONE : Office de la naissance et de l'enfance

L'office de la naissance et de l'enfance est un service de la Communauté française dont les missions sont explicitées dans le décret du 17/07/2002 (moniteur belge du 02/08/2002).

L'ONE poursuit principalement deux missions. La première est une mission d'accompagnement de l'enfant dans et en relations avec son milieu familial et son environnement social. La seconde est une mission d'accueil de l'enfant de moins de 12 ans en dehors du milieu familial.

A un niveau plus opérationnel, l'ONE décline sa première mission à travers :

- l'organisation de consultations prénatales
- l'organisation de consultations pour enfants
- l'organisation de l'accompagnement à domicile
- le suivi des équipes SOS-Enfants conventionnées par l'Office.

Le décret décrit également les missions transversales suivantes :

- le soutien à la parentalité
- la promotion de la santé et l'éducation à celle-ci
- la promotion de la formation continue des acteurs des politiques de l'enfance
- l'accompagnement et l'évaluation du travail des acteurs locaux
- l'information des parents et des futurs parents
- la réalisation de recherches
- l'analyse de la situation, de l'évolution des besoins et des expériences innovantes et, le cas échéant, la formulation de propositions d'initiatives nouvelles.

A un niveau plus organisationnel, l'ONE est géré par un Conseil d'administration et est décentralisé en six Comités subrégionaux.

C'est au niveau de la mission d'accompagnement qu'interviennent les travailleurs médicosociaux (TMS).

Le TMS est un agent de première ligne en matière de santé publique, infirmier ou assistant social de formation. Il accompagne, encadre, soutient l'enfant et sa famille tout au long des six premières années de vie, et ce, à différents niveaux :

- en consultations prénatales : le TMS propose des conseils divers pour l'accompagnement de la grossesse et la préparation de la naissance, mais il peut également s'agir d'encadrement social, juridique et psychologique. Il peut jouer un rôle important lors de la découverte d'anomalies ou de maladies graves.
- en maternité : dans la plupart des services de maternité, le TMS rencontre les jeunes parents à des fins d'informations pratiques (concernant les consultations ONE mais également les formalités administratives diverses) et de soutien.
- En centre néonatal : aide et soutien pendant et après l'hospitalisation en soins intensifs.
- En consultation pour enfants : le TMS assiste le médecin dans les consultations ONE proposées aux enfants de 0 à 6 ans et a un rôle de soutien à la parentalité. Il peut s'agir de visites à domicile, de contacts en consultation ou de séances d'informations

« Le TMS, de par sa connaissance des réseaux locaux et des partenariats avec les autres intervenants de secteurs de la petite enfance, est souvent un relais vers les structures locales d'aide sociale ou juridique ».²⁰

Il existe pour la Communauté française (Bruxelles et Wallonie) environ 750 TMS, dont 236 pour le Hainaut. Des coordinatrices accompagnement organisent des rencontres entre TMS locaux mensuellement afin de leur permettre d'échanger sur les pratiques et d'aborder certaines thématiques. C'est par ailleurs dans le cadre d'une de ces rencontres que l'interview a été menée.

²⁰ Rapport annuel de l'ONE 2006

L'offre dans champ de la santé mentale des enfants et adolescents, Régions du Centre et de Charleroi : Rapport de recherche

Par le secteur « santé », nous parlons essentiellement des soins de santé de première ligne²¹, à savoir ici les médecins généralistes et les maisons médicales.

Nous nous sommes attachés ici aux médecins généralistes exerçant de manière individuelle ainsi qu'aux professionnels des maisons médicales (dont la moitié sont des généralistes).

14. Les médecins généralistes - MG

Habituellement, la pratique de médecine générale est une pratique individuelle et libérale. Le fonctionnement des médecins généralistes est régi par le système de financement à l'acte, permettant au patient de bénéficier d'un ticket modérateur selon des codes INAMI. Pour ce travail, nous avons rencontré quelques médecins généralistes dans le cadre d'une réunion en **dodécagroupe.**

Les médecins généralistes ont l'occasion de se rencontrer et d'ouvrir la réflexion sur leurs pratiques grâce à la Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG). Celle-ci présente pour but premier la promotion scientifique du médecin généraliste en cherchant à maintenir et améliorer la qualité et la spécificité de la médecine générale (tant au point de vue théorique que pratique).

A cet effet, elle a mis sur pieds diverses activités de formation continue, de médecine préventive, de recherche et d'évaluation, ainsi que de télématique et d'informatique médicale.

Ainsi, c'est dans le cadre de l'Institut de Formation Continue développé par la SSMG qu'ont lieu les rencontres des dodécagroupes.

Les dodécagroupes sont des groupes fermés composés d'une douzaine de médecins. Ceux-ci se réunissent environ dix fois par an pour aborder un sujet axé sur la pratique de la médecine générale. La participation à ces groupes est essentiellement réservée aux membres de la SSMG.

A titre d'information, concernant la présence des médecins généralistes sur le territoire du Hainaut, l'Observatoire de la Santé du Hainaut, dans son tableau de bord 2006, a relevé quelques chiffres de l'INAMI. En 2003, le Hainaut dénombrait 1960 médecins généralistes, ce qui représente 15,3 médecins généralistes pour 10 000 habitants, soit un pour 654 habitants. Si nous observons la densité de médecins généralistes pour les arrondissements du territoire concerné par la plate-forme, nous constatons qu'elle est systématiquement moins élevée que la moyenne nationale, wallonne, ou celle du Hainaut.

²¹ On entend par « soins de santé de première ligne », le niveau de soins de santé où les professionnels se consacrent au premier accueil et à l'accompagnement professionnel des problèmes de santé, que le patient n'est pas à même de résoudre lui-même. Protocole entre le Gouvernement fédéral et les autorités, visé aux articles 128, 130 et 135 de la Constitution portant sur les soins de santé de première ligne. 25/07/2001

		Nombre de généralistes	Densité pour 10 000 habitants		
Belgique		18 244	17,62		
Région wallonne		6 208	18,43		
Hainaut		1 960	15,29		
Cl	narleroi	612	14,55		
S	oignies	267	15,23		
	Thuin	224	15,32		

Tableau 7 Nombre et densité de médecins généralistes, Belgique, RW, Hainaut, Arrondissments ²²

15. Les maisons médicales - MM

Le cadre législatif définissant les missions des Maisons Médicales, également nommées « association de santé intégrée » ou « centre de santé communautaire », trouve son origine dans le décret du 29 mars 1993 de la Communauté française, transféré ensuite aux Régions bruxelloise et wallonne.

Le décret précise les **missions** des Maisons Médicales et ses activités par :

- des soins de santé de première ligne accessibles à toute la population : soins curatifs, prévention et réhabilitation ;
- la participation ou la mise en œuvre de programmes de santé communautaire en collaboration avec le réseau local ;
- des fonctions d'observatoire de la santé en première ligne.

En ce qui concerne la constitution de l'équipe, elle doit comprendre au minimum :

- deux généralistes
- un kinésithérapeute
- un infirmier
- un service d'accueil et de secrétariat

L'équipe dite « classique » décrite ci-dessus peut être complétée d'un secteur social et d'aide psychologique, d'un personnel administratif et de gestion (en fonction de la taille et du volume de patients en charge).

Les membres de l'équipe doivent collaborer entre eux et s'assurer la collaboration de travailleurs sociaux et de psychothérapeutes.

Concrètement, les Maisons Médicales proposent des consultations quotidiennes mais également des visites à domicile en médecine générale, kinésithérapies et soins infirmiers. En ce qui concerne l'aide psychologique et sociale, elle s'organise par des entretiens individuels, des prises en charge collectives et des collaborations avec des institutions ou associations locales.

²² Source: INAMI 01/01/2003

16. Les Centres Publiques d'Action Sociale - CPAS

Le cadre décrétal actuel qui définit les CPAS part du postulat selon lequel « toute personne a droit à l'aide sociale. Celle-ci a pour but de permettre à chacun de mener une vie conforme à la dignité humaine. Il est créé des centres publics d'action sociale qui ont pour mission d'assurer cette aide » (Décr. 8/12/05 – M.B. 2/01/06).

La **mission** attribuée au CPAS qui en découle est « *d'assurer aux personnes et aux familles l'aide due par la collectivité. Il assure non seulement une aide palliative ou curative, mais encore une aide préventive. Cette aide peut être matérielle, sociale, médicale, médico-sociale ou psychologique » (L.O., art. 57).*

Ce cadre construit concrètement des missions générales :

- de droit à l'intégration sociale
- d'information et d'accompagnement administratif
- de **guidance psychosociale** : l'objectif étant de donner à la personne les possibilités de vaincre elle-même ses difficultés. Le CPAS doit tenir compte de la guidance déjà effectuée et de la possibilité de la poursuivre au sein de l'autre service ou centre auquel la personne a déjà fait confiance (L.O., art. 60, par. 4). Rem. : il existe des services directement conventionnés avec le CPAS.
- d'information au public.

Le décret ouvre également des missions spécifiques, parmi lesquelles celle de la **protection des mineurs**. Il s'agit de mineurs d'âge confiés au CPAS lorsque personne n'est investi de l'autorité parentale, de l'autorité de tutelle ou de la garde matérielle. Avec le développement de l'aide à la jeunesse, cette mission s'était occultée petit à petit mais retrouve à l'heure actuelle une part d'activité dans la prise en charge des mineurs étrangers non accompagnés. Concrètement, il existe quelques CPAS dits « jeunesse » en Wallonie dont un à Charleroi.

Le **CPAS jeunesse** offre une aide aux jeunes en situations critiques : parents dépassés, négligences, tensions importantes,...

L'équipe du CPAS jeunesse est pluridisciplinaire et composée :

- d'assistants sociaux
- psychologue
- éducateurs.

Le CPAS jeunesse défend une optique de prévention et agit, avec l'accord de la famille, lors de placements courts (par exemple lors de l'hospitalisation d'un parent isolé) ou dans l'accompagnement de la famille.

17. Les centres de plannings familial - CPF

Les centres sont des établissements extra-hospitaliers ayant pour objet l'accueil, l'information, l'éducation et l'accompagnement des personnes, des couples et des familles, ainsi que l'animation des groupes, notamment de jeunes, dans le cadre de la vie affective, sexuelle et relationnelle. ²³

Le paysage des centres de planning familial est particulier. En effet, par leur fonction et les objectifs qu'ils rencontrent, les centres (pour la plupart issus d'initiatives personnelles) répondent à des valeurs légèrement nuancées. Ainsi, chaque centre de planning familial est intégré dans une fédération. Il existe en tout quatre fédérations de centres :

- Fédération Laïque des Centres de Planning Familial (FLCPF): ancienne Fédération Francophone pour le Planning Familial et l'Education Sexuelle, elle se définit comme « laïque, féministe et de gauche » ;
- Fédération des Centres de Planning Familial des Femmes Prévoyantes Socialistes (FCPF-FPS): elle regroupe des centres liés directement ou non à la mutualité socialiste (6 de ses centres pratiquent l'avortement);
- Fédération Belge francophone des Centres de Consultation Conjugale et de Planning familial (FBCCC): de souffle chrétien, son objectif premier est la promotion de la consultation conjugale (ne pratique jamais l'avortement);
- Fédération des Centres Pluralistes de Planning Familial (FCPF): soutenue par les milieux chrétiens et laïques, on lui dégage des liens avec la Ligue des Familles.

Ces fédérations définissent le travail de leurs centres à travers des **missions** propres. Mais pour la plupart, les missions décrites contiennent une base commune. Ainsi, les missions de base des CPF visent à développer les activités suivantes :

- une activité d'accueil et de permanence sociale
- des consultations gynécologiques (avec ou sans IVG), psychologiques, conjugales, sociales, juridiques
- des animations à la vie sexuelle et affective
- outre ces activités, certains centres pratiquent des interruptions de grossesse.

En termes de **personnel**, chaque centre doit comprendre une équipe pluridisciplinaire assurant au moins les fonctions médicale, psychologique, juridique, sociale, d'accueil et d'animations. En fonction des activités engagées par le CPF, nous pouvons y rencontrer des médecins, gynécologues, assistants sociaux, psychologues, infirmiers, conseillers juridiques,... Il s'agit donc prioritairement de prises en charge ambulatoires ou d'animations de groupes.

La réglementation des centres de planning familial est décrite dans le décret de la Région wallonne du 18 juillet 1997.

_

²³ Décret RW 18/07/1997- MB 23/09/1997

18. Les centres de réadaptation fonctionnelle - CRF

Les services actifs dans la réadaptation fonctionnelle sont multiples. En effet, ils ont pour mission générale d'assurer à la personne handicapée une récupération optimale de ses fonctions organiques, physiques ou psychiques.

Ils doivent donc répondre à des pathologies qui répondent à des troubles :

- locomoteurs,
- cardiaques,
- psychiques,
- psychiques associés ou pas à une déficience mentale chez l'enfant ou l'adolescent,
- de la parole et de l'ouïe,
- liés à l'infirmité motrice cérébrale.
- des troubles de la vue.

Pour répondre à cette mission, les CRF fonctionnent par des prises en charge globales (et multidisciplinaires) en agissant sur les sphères physiques, psychiques et sociales.

Les deux principaux types de CRF qui comprennent une prise en charge pédiatrique (avant l'anniversaire des 19 ans) sont les Centres Ouïe et Parole, où l'on retrouve des enfants qui présentent une gravité suffisante de troubles du langage, de la parole et de la voix, ainsi que les Etablissements de rééducation des troubles mentaux, où sont pris en charge des enfants ayant des troubles mentaux ou des troubles du comportement suffisamment graves pour qu'une rééducation multidisciplinaire intensive soit lancée.

Le financement des CRF est assuré en grande partie grâce à des **conventions INAMI** qui définissent le cadre général des rééducations par des « conventions types », ainsi que certaines missions liées aux centres par des « conventions spécifiques ».

La convention type qui lie les centres avec l'INAMI délimite un programme de rééducation qui soulève quelques points dont les principaux sont repris ici.

L'enfant pris en charge doit être envoyé par un médecin extérieur à l'équipe multidisciplinaire du dit service.

Les bénéficiaires doivent suivre un programme de rééducation multidisciplinaire intensive. Cela comprend la réalisation d'un bilan multidisciplinaire initial, et une rééducation multidisciplinaire en tant que telle. Ces rééducations comprennent l'élaboration de rapports d'évaluation et de fin.

Le **caractère multidisciplinaire** se traduit ici par la nécessité pour le bénéficiaire, d'être pris en charge par minimum trois personnes de trois disciplines différentes, appartenant à l'équipe de rééducation.

Le cadre du personnel est stipulé, par centre, dans une annexe de la convention qui le relie à l'INAMI.

L'autre part du financement provient en partie de l'AWIPH et de subsides facultatifs.

2.2.3. Regards transversaux sur l'offre

Afin de poser un regard nuancé sur l'offre (in et out santé mentale), nous avons disposé les services dans deux tableaux. Le premier aborde les approches d'actions selon les secteurs. Le second observe les types de services selon leur principal pouvoir subsidiant. Cette disposition nous permet d'y apporter une vision transversale.

Approches Secteurs	Résidentielle	Suivi ambulatoire	Suivi en milieu de vie
L'aide à la jeunesse	SAIE, SAAE, CAU, CAS	COE, SAIE, AMO	COE, AMO
Autorités mandantes		SAJ, SPJ, tribunal de jeunesse	
Scolaire		PMS, PSE, PMS sp., écoles	
Médical		MG, MM	MG, MM
Social et familial		CPAS, CPF	CPAS*
Rééducatif et petite enfance		ONE, CRF	ONE*
Secteur de l'offre en santé mentale SSpM, SRJ, hôpita		SSM, SAI, SSpM, SAJJNS, hôpitaux	SSM*
	SSpM = services spéc maltraitance y compris	* en partie limitée	

Tableau 8 Les secteurs d'action et leurs approches

Le tableau 8 ci-dessus nous illustre un parallèle entre les secteurs dans lesquels se positionnent l'offre et leur approche d'action.

Bien sûr, des exceptions peuvent apparaître à l'un ou l'autre niveau. Le tableau a été rempli de manière globale afin de présenter au lecteur un regard transversal.

Que pouvons-nous constater?

- ➤ L'offre ambulatoire présente la plus grande diversité de services 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.

	Communauté française			Région wallonne		ie	Fédéral
Partenaires	Ecoles,	PMS,	PSE,	CPF,	CPAS,	CRF	Tribunal de jeunesse,
	SAAJ,	consultations		(AWIPH)			CRF (INAMI)
	ONE						+ MG, MM
Secteur de l'offre de	CAEVM			SSM,	SAI,	SAP,	hôpitaux
santé mentale				SAJJN	S, SRJ		

Tableau 9 L'offre et les niveaux de pouvoir subsidiant

Ce tableau reprend les principaux pouvoirs subsidiants qui permettent aux services de fonctionner.

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 doive 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.

Chapitre 3 : Regards de et sur l'offre de soins dans le champ de la santé mentale

3.1. Introduction

Le premier regard que nous propose ce travail sur l'offre de soins en santé mentale des enfants et adolescents est alimenté par la première phase du travail. Il s'agit donc ici des résultats issus des entretiens dits exploratoires et du questionnaire sur les collaborations.

Ces premiers résultats ont été restitués à la plate-forme et aux services ayant participé aux rencontres lors d'une journée d'étude qui a eu lieu le 16 novembre 2007, à Marchienne-au-Pont.

Le chapitre ci-dessous est essentiellement une combinaison du texte de restitution, présenté lors de la journée d'étude, et des résultats décrits dans le rapport intermédiaire.

3.2. Première vue d'ensemble de l'offre

A travers cette « vue d'ensemble », nous parcourrons tout d'abord les résultats de la première étape du travail. Ensuite, nous intégrerons les quelques réflexions que les résultats ont impulsées, à savoir :

- Qui détient le fil rouge ?
- Qui se soucie des petites enfants ?
- Comment rendre les familles partenaires ?
- La continuité dans l'urgence.

Enfin, nous nous arrêterons sur les résultats émanant du questionnaire sur les collaborations.

3.2.1. Résumé des résultats de la première phase : première vue d'ensemble de l'offre

L'Offre en santé mentale pour les jeunes dans les régions de Charleroi et du Centre correspond à une large palette de services :

- * Des services **ambulatoires généralistes**, **services de santé mentale** : ils reçoivent une population tout venant de 0 à 18 ans en consultation, le plus souvent individuelle, mais aussi familiale, avec, presque toujours, un contact avec la famille. Leur travail s'appuie sur le soutien d'une équipe pluridisciplinaire. Ils sont au nombre de 13.
- * Des services psychiatriques hospitaliers et/ou conventionnés avec l'INAMI, au nombre de 4 : ils présentent, chacun, un profil et une inscription bien spécifique dans le territoire : 2 travaillent en jour et 2 en résidentiel ; 2 s'adressent aux adolescents, 1 se consacre au travail avec de tout jeunes enfants alors que le dernier prend en charge des enfants de tous âges. Un de ces services se réserve pour les situations de crise qu'il traite en résidentiel dans une perspective à relativement court terme, alors que les trois autres services envisagent leur travail dans une perspective de prise en charge à plus long terme. Ce qui les réunit, c'est qu'ils s'adressent à des situations relativement graves de troubles du comportement, de troubles psychoaffectifs, de psychoses et, pour les jeunes enfants, d'autisme et de TED (Troubles Envahissants du développement).

* A côté de ces 2 catégories d'acteurs qui s'inscrivent, stricto sensu, dans le secteur des soins subventionnés en santé mentale, tel que défini dans l'A.R. qui agrée les PFC, ont été d'emblée intégrés des services qui viennent compléter cette offre pour constituer de réelles alternatives et/ou élargir les possibilités de prise en charge...

ler constat donc : l'offre de soins en santé mentale déborde largement les services subventionnés comme tels.

Ainsi, dans le champ des possibles, nous pouvons pointer :

- Tout le **secteur privé**: équipes ou psychothérapeutes indépendants, psychiatres, pédopsychiatres, neuropédiatres en pratique libérale. Il est impossible de les dénombrer et nous n'en avons rencontré qu'un petit échantillon: 2 équipes et un psychothérapeute. Ceux-ci voient des enfants tout venant: difficultés scolaires, d'apprentissage, relationnelles, psychologiques, etc., pour autant qu'ils puissent être suivis en ambulatoire et que le coût des consultations soit abordable pour les familles.
- Dans les **hôpitaux généraux**, certaines consultations « psys », voire des hospitalisations en pédiatrie viennent aussi renforcer l'offre. Les services de pédiatrie ne sont évidemment pas équipés pour faire face à des situations lourdes au niveau psychiatrique qui, par ailleurs, ne peuvent pas vraiment trouver leur place à côté d'enfants tout public. Certains s'organisent cependant pour qu'une situation puisse, si nécessaire, être un temps à l'abri ou qu'un bilan sérieux puisse être fait. Nous en avons rencontré 2 mais il y en a d'autres. C'est là qu'on peut trouver notamment de très jeunes enfants, parfois âgés seulement de quelques jours.
- Quant on pense « mettre à l'abri », on pense notamment aux situations de **maltraitance**. Et là aussi, il nous a semblé important que ces équipes soient d'emblée associées à la réflexion. Sur le territoire, nous avons rencontré 2 services résidentiels et 1 (sur 2) service ambulatoire.
- A ces catégories, nous avons également décidé d'ajouter une série de services financés dans le cadre de **l'AWIPH**, soit des services inscrits du côté du handicap...:
 - o les **SRJ** qui accueillent plutôt des adolescents, surtout des garçons, en résidentiel. Ils s'adressent essentiellement aux jeunes de la catégorie 140 (caractériels, névrotiques et prépsychotique). Ils sont au nombre de 9 et nous en avons rencontré 5.
 - o les **SAJJ** depuis la restructuration du secteur AWIPH en Région wallonne, ont pratiquement disparu de la cartographie de l'Offre sur le territoire. Certaines équipes tentent toutefois de continuer à proposer un service plus ou moins équivalent. Ces services, ce sont les **SAI**, développés au nombre de 14, nous en avons vu 6.
 - O Nous avons aussi rencontré 2 **SAJJNS** (sur 5 existants sur le territoire) et 2 **SAP** sur 3, des services qui s'occupent d'une population qui présente des situations de « handicap » particulièrement lourdes, notamment des situations d'autisme mais aussi des handicaps dans d'autres domaines, sensoriels ou moteurs, par exemple.
- Et enfin, nous avons pointé 3 **autres services** « pilotes », qui ne rentrent dans aucune de ces catégories précitées mais sur lesquels les autres acteurs peuvent s'appuyer. Il

s'agit notamment d'Echoline, un service qui intervient autour de la grossesse et de la naissance.

L'analyse confirmera **l'intérêt de ce découpage**, avec quelques réserves concernant les SAP et les SAJJNS qui semblent moins bien s'identifier au secteur « santé mentale » ; leur population se situant plutôt du côté du handicap stricto sensu.

Grosso modo, cette **répartition** correspond aussi à la **moyenne** de la répartition des services sur le territoire wallon, sauf en ce qui concerne les SSM qui, proportionnellement à la taille du territoire, sont plutôt sous-représentés. En ce qui concerne le secteur AWIPH, historiquement bien présent dans la province du Hainaut, il est difficile de se prononcer sur sa densité actuelle étant donné l'importante restructuration en cours dans ce secteur.

Cette première phase de la recherche et notamment l'investigation des collaborations a aussi mis en évidence la présence d'**une série de partenaires** prolongeant l'activité du secteur « santé mentale » via des articulations (possibles) avec les autres acteurs du champ psychomédicosocial. Il s'agit des catégories d'acteurs suivantes :

- Réseau Scolaire
- Aide à la jeunesse (et Justice),
- Petite enfance
- Réseau informel,
- Réseau Médical (Médecins généralistes et spécialistes),
- Réseau Social.
- Handicap (d'autres services encore)
- Etc.

Certains sont des envoyeurs et/ou des partenaires et, parfois, ils constituent aussi de réelles alternatives, notamment les centres de planning familial, les maisons médicales ou les services d'aide aux victimes par exemple, et pourraient être associés directement aux travaux de la PFRCC.

Avant d'examiner les résultats, il faut savoir que le **territoire** de la PFC ne constitue pas comme tel, une entité qui va de soi. La mobilité intra territoriale reste limitée... et on retrouve un découpage qui semble s'organiser en sous-zones : Charleroi + la botte du Hainaut/ le Centre / la Thudinie / Soignies. Cette situation suggère de travailler en sous-groupes pour certains aspects de l'analyse, ou pour la mise en œuvre de l'action qui pourrait en découler. Il faut aussi savoir que, parfois, les seules réponses possibles se trouvent hors du territoire. Par exemple pour les troubles graves du comportement alimentaire, les intervenants orientent volontiers les situations vers un service spécialisé à Braine l'Alleud ou, lorsqu'elles s'avèrent nécessaires, les hospitalisations mères/bébés sont orientées à Ottignies. D'autres infrastructures viennent aussi compléter l'offre de la région, notamment pour les situations graves de psychiatrie, par exemple, en services K à Chastre ou à Spy.

Nous trouvons donc sur le territoire de la PFC une large palette de services, qui s'adressent, par catégories, à toute la population. Exception faite des services K et conventionnés à l'Inami qui ont, chacun, leur propre particularité. Se rencontrent également des profils généralistes en SSM, mais aussi dans les consultations des hôpitaux et chez les thérapeutes privés. Tous les autres services présentent quant à eux des spécificités : troubles envahissants du développement dans les conventions INAMI, situations de handicap avéré, de type 140 mais aussi toute autre déficience intellectuelle ou mentale ou motrice (ce qui nous éloigne un peu

du propos de l'étude) pour tous les services dépendant de l'AWIPH, situations de maltraitance dans les services spécialisés.

Il y a donc, dans l'absolu, un potentiel de places pour toutes les situations.

Néanmoins certaines demandes semblent avoir plus de difficultés à trouver acquéreur.

Lorsqu'on interroge les services sur leurs critères d'exclusion, voire sur les demandes qu'ils refusent, les intervenants sont mal à l'aise et les réponses sont polies... La question dérange... Il ne s'agit pas en disant cela de critiquer les services et leur organisation. Bien évident qu'on soit mal à l'aise quand le service est complet et que les demandes continuent à arriver. Bien évident que, dans ces cas là, les services ne se contentent pas de dire : « je n'ai pas de places... » ou « allez voir ailleurs ».

Comme il s'agit d'enfants, il est indispensable de respecter un « confort » suffisant pour préserver la qualité du travail. Mais lorsque les places manquent, ou lorsqu'il y a erreur dans l'orientation, les intervenants n'hésitent pas à prendre le temps de chercher une solution. Si un professionnel est à l'origine de la démarche, le service aura plus facilement tendance à « renvoyer à l'expéditeur » en expliquant les motifs de ce retour. Si par contre la démarche vient de la famille, tout sera mis en œuvre pour trouver une solution correcte, soit que la situation sera « temporisée » après une analyse de la demande et un 1^{er} bilan, soit qu'une autre solution plus adéquate ou plus rapide sera cherchée avec la famille et /ou le jeune.

Sur base de cette 1^{ère} analyse, nous avons voulu pointer d'emblée quatre questions. Elles sont argumentées ci-après et ont fait l'objet d'investigation entre intervenants lors de la journée de rencontre organisée autour de la présentation des résultats de la 1^{ère} phase de la recherche.

3.2.2. Qui détient le fil rouge ?

Qu'en est-il donc des situations qui posent problèmes partout....?

Prenons par exemple les situations d'adolescents.

Dans les SRJ, on s'en occupe... la plupart ne s'occupent d'ailleurs que des ados, mais lorsqu'ils prennent des produits, lorsqu'ils sont violents ou lorsqu'ils sont en crise... la situation devient plus difficile.... Un nouveau service K s'est ouvert dans cette perspective et intervient régulièrement en aval de ces ex-IMP... mais il y a tout de même une procédure d'admission, négociable avec l'envoyeur... Et quand il n'y a pas d'envoyeur et que c'est la famille qui est aux prises avec la situation.... Que se passe-t-il ? Quelle solution ? Si un SSM intervient déjà il pourra peut-être apaiser la crise, mais si ce n'est pas le cas ? Peut-être aller voir du côté de l'aide à la jeunesse ?

Qu'advient-il de toutes ces situations qui sont « **trop** » ou « **pas assez** » : toxicomanes ? handicapés ? psychotiques ? Entre un service spécialisé qui ne peut pas (encore) les prendre et un service non spécialisé qui ne sait plus y faire face ..., qu'en est-il ?

Certaines difficultés sont liées aux **limites d'âge**. A 18 ans, le problème n'est pas toujours, pas souvent résolu... et ceux qui se sont mobilisés jusqu'alors ne peuvent plus intervenir alors que la plupart des services pour adultes ne peuvent prendre le relais...

Quand les orientations peuvent se faire - certains services sont en effet spécialisés dans tel ou tel type de situations (toxicomanie, expertises, bilans psychiatriques, orientation scolaire,

handicap lourd, psychoses, ...) qui ne peuvent se travailler partout et d'autres ont par moment des places disponibles, comment se font **les passages**? Avec qui collabore-t-on? La plupart des services rencontrés parlent des envoyeurs et, avec l'accord de la famille, des services présents autour du jeune. Donne-t-on l'adresse, se renseigne-t-on sur la disponibilité du relais ou accompagne-t-on la personne? Lorsque la personne a trouvé aide à sa mesure, le sait-on? Se renseigne-t-on ou est-ce que le dossier est « affaire classée » une fois pour toutes? Certains services se prémunissent de ce risque de désinvestissement en obligeant l'envoyeur à participer aux premiers entretiens, avec en tête l'idée que l'envoyeur pourra « récupérer » la situation une fois la difficulté résolue.

Y-a-t-il des **circuits privilégiés**? Nous en avons repéré quelques-uns, par exemple SRJ/Service K d'accueil de crise ou SAP/SAJJNS... Peut-on mettre en place des circuits ou faut-il toujours recommencer à « 0 » ? Certaines situations ne tournent-elles pas en rond faute de pouvoir se poser ? Qui est garant qu'une solution doit être trouvée ? Et quand on ne trouve pas de solution est-ce qu'on fait du dépannage ? A quoi correspond ce dépannage ? Dans certains SSM, un temps de permanence téléphonique quotidien est maintenu et une plage de consultation par semaine, pour dédramatiser une situation. Dans un SRJ, on verra la famille en « consultation » pour la soutenir jusqu'à ce qu'une place se libère. Etc.

Comment peut-on **garantir la continuité** quand on est plusieurs à intervenir dans une situation? Est-ce que quelqu'un doit systématiquement jouer un rôle de référent? Certains pensent que c'est le SAJ qui assure cette fonction, d'autres verraient le SSM mais pourquoi pas le médecin généraliste par exemple? Il suit la famille et conseille les parents. On voit aussi, et c'est quelque chose qui a évolué ces dernières années, qu'il relaie pas mal de situations vers des intervenants de santé mentale. Par contre au niveau des suivis, il est moins souvent cité... S'implique-t-il moins une fois qu'il a trouvé une bonne solution? Ou bien ne s'y retrouve-t-il pas dans les modalités de collaboration proposées? Est-ce que les professionnels de la santé mentale lui adressent un feed-back? Et de quelle façon? Comment les associer aux réunions de cas alors qu'ils ne peuvent le justifier dans leurs honoraires? Comment se pose la question du secret médical? Il faut savoir qu'une des principales réserves des professionnels quant au principe de la collaboration porte sur le secret professionnel.

Autant de questions parmi tant d'autres qui portent sur les **collaborations** entre services. Des collaborations qui, par ailleurs, ne sont pas nécessaires, ni souhaitées pour toutes les situations. Lorsqu'elles sont nécessaires, elles sont difficiles à mettre en place, surtout lorsque les envoyeurs, comme les partenaires, se situent autant hors du champ de la santé mentale (si pas plus) que dans le champ. Il semble en effet qu'on trouve plus de relais dans le champ et que les partenariats se développent plutôt avec l'extérieur. Et quand les articulations s'avèrent indispensables, comment s'assurer qu'elles puissent se faire ? L'amélioration des prises en charge passe par cette réflexion et suppose que soient mis en œuvre des moyens qui les permettent.

Les situations de maltraitance sont éclairantes à ce sujet, elles concernent toujours beaucoup d'intervenants et mobilisent beaucoup d'énergie. Il arrive lorsque la prise en charge ne peut s'envisager de manière utile, que le service renvoie la situation au mandant. Est-ce lui qui reste garant ?

On a vu aussi des services de médiation entre acteurs scolaires et autres intervenants pour coordonner l'intervention auprès d'un enfant entre les différents acteurs (comme dans un Plan

de services individualisé) ou pour assurer le relais entre la prise en charge en primaire et en secondaire dans l'enseignement spécial.

Ces pratiques sont-elles régulières ?

Autant de questions à investiguer pour préserver la continuité du suivi lorsqu'il est nécessaire de partager / relayer une situation.

3.2.3. Qui se soucie des petits enfants?

Les très jeunes enfants constituent une catégorie qui a suscité aussi pas mal de réflexions, avec un premier réflexe de penser qu'ils ne sont pas pris en charge...

Et pourtant, le SAP leur propose une aide adaptée, lorsqu'il s'agit de **situations de handicap** avéré et, lorsque c'est nécessaire, trouve un relais soit dans les SAJJNS ou dans les services conventionnés INAMI.

Et en matière de **prévention** ? Il y a Echoline qui travaille avec les mamans au moment de la naissance, il y a aussi les équipes et institutions spécialisées dans la maltraitance qui peuvent parfois intervenir et sauver des situations en péril, mais peu (ou peu évoqué) de lieux généralistes où un parent avec des questions peut venir déposer ses inquiétudes. Les maisons ouvertes sont une piste, mais y en a t'il d'autres que la maisonnée à Soignies, la seule à avoir été évoquée lors de l'enquête ?

Néanmoins, chacun sait que l'attention et l'écoute portées aux parents peut **dédramatiser** des situations qui pourrait, sinon, évoluer plus difficilement. Il y a bien, dans plusieurs services, un travail réalisé avec des TMS de l'ONE, ou plus occasionnellement dans des consultations de nourrissons ou dans des crèches... mais est ce que le relais se fait bien lorsqu'il nécessaire? Il se fait, nous l'avons vu, lorsque nous nous sommes intéressés aux envoyeurs. Nous remarquons cependant que dans la plupart des services généralistes, les SSM en tout cas, c'est l'entrée à l'école primaire qui semble le plus souvent faire déclic, parce qu'il y a, par exemple, des troubles d'apprentissage. Il s'agit plus rarement de l'entrée à l'école maternelle et quasi jamais avant.

Un service de consultation lié à une unité de pédiatrie dans un hôpital général reçoit pourtant parfois de tout jeunes enfants en difficulté, dès la naissance... mais difficile de **trouver un relais** qui peut assurer le suivi nécessaire. Il semble déjà tellement difficile, aux dires des intervenants rencontrés, de trouver une place en crèche ou chez une gardienne pour un bébé, alors quand il s'agit de mettre en place un soutien spécifique pour une situation plus fragile, c'est la croix et la bannière. Echoline à Charleroi (ou la lice à Bruxelles) sont abondamment citées par les intervenants comme initiatives intéressantes mais leur action est limitée. Certains services proposent le développement de lieux ouverts, haltes garderies, animations de quartier pour les parents, espace parentalité en lien avec les CPAS ou l'ONE, avec un lieu, un espace où trouver ces informations rassemblées.

L'intérêt en effet de disposer de lieux où les parents peuvent se « déposer » avec de jeunes enfants, y aller spontanément et pouvoir être entendus dans leurs soucis quotidiens ou dans leurs souffrances et leur fragilité; ou y être orientés pour y trouver du support... et en même

temps **soutenir ces professionnels de 1ère ligne**, qui comme les TMS de l'ONE peuvent être amenés à détecter des difficultés, et les aider à pouvoir réagir pour éviter que la situation ne se dégrade...

Et s'il y a lieu d'initier de nouvelles structures, il faut savoir qu'aujourd'hui, il y en peu qui prennent en charge des troubles graves du développement avant 3 ans : l'hôpital de jour de Marcinelle et le Centre orthogénique n'en sont pas très éloignés mais en général, la prise en charge débute rarement avant 2 ou 3 ans... Le Service d'aide précoce peut, lui, intervenir, mais il faut les attestations et la procédure d'admission demande tout de même un certain temps. Le service Echoline intervient dans cette tranche d'âge, mais son intervention reste délimitée sur un territoire assez restreint.

On a pu constater aussi des lacunes aussi en matière de psychomotricité pour les enfants qui, tout petits déjà, ont davantage besoin de structuration et de limites. Certains SSM en proposent mais rarement pour des tout petits, cette offre restant par ailleurs aujourd'hui limitée à quelques services.

3.2.4. Comment rendre les familles partenaires ?

Le troisième élément qui a attiré notre attention au terme de cette première étape de la recherche, c'est la collaboration qui se met en place avec les familles. Tous les acteurs, quelles que soient leurs spécificités, constatent qu'une partie des situations arrivent de manière informelle, par le bouche à oreille. Ainsi, même si elles sont parfois conseillées par d'autres intervenants, des familles s'adressent directement aux intervenants pour un avis, une aide, une prise en charge thérapeutique.

De plus, quel que soit le parcours qui a amené le jeune au service, la plupart des acteurs insistent tout particulièrement, dans les conditions à l'accueil des patients, sur **les possibilités d'investissement des parents**, au risque sinon, de faire du travail inutile. Il s'agit là, bien évidemment, d'une condition qui est travaillée avec l'envoyeur et la famille. Mais elle a été soulevée par chacun des services rencontrés : Hôpital, SSM, SRJ, SAI.... Impossible de travailler sans assurer les arrières.

Autre situation encore, lorsque le suivi d'un jeune ne peut être assuré au sein du service, un partenariat se met régulièrement en place avec les parents, pour les aider à trouver une bonne solution, de rechange ou d'attente.

Ce thème des collaborations avec les familles nous a semblé important à souligner, mais comment s'y prendre ? Comment impliquer les familles des patients dans la prise en charge? Comment s'organiser pour rendre les familles partenaires ?

Certains ont travaillé **des modalités** qui facilitent la collaboration avec ce partenaire incontournable. Par exemple : en adaptant les horaires du service aux possibilités des familles, en veillant à pouvoir accueillir les familles sur base d'une approche systémique qui prend bien en compte l'entièreté du système familial, mais aussi, dans d'autres services, en veillant à ce que chacun, le jeune et ses parents, voire la fratrie, soit considéré dans son individualité et puisse être vu séparément en répartissant le suivi sur plusieurs membres d'une même équipe ou dans des équipes différentes. Certains aussi ont développé un travail à domicile sur lequel repose leur action.

Les SRJ, dont le nombre de places vient d'être réduit, sont tout particulièrement confrontés à des problèmes de disponibilité. Difficile de trouver des solutions puisqu'il n'y en a plus. L'un d'entre eux explique que, pour y pallier, il voit la famille en attendant qu'une place se libère, il interpelle l'envoyeur s'il est mobilisable, ou cherche une autre solution avec la famille.

Dans les services d'aide précoce par exemple, lorsqu'il n'y a pas suffisamment de stimulation pour l'enfant dans son milieu familial, c'est impossible de faire du bon travail et d'essayer d'arriver à des résultats. Dans ce cas, par exemple, des interventions complémentaires sont proposées pour soutenir les parents et /ou l'enfant et pallier à ces lacunes : crèche ou halte garderie, thérapie du développement en service de santé mentale, kiné, etc..

Dans les situations de maltraitance, même lorsqu'un éloignement s'impose, les services veillent tout particulièrement à mettre en chantier un travail avec les parents.

Echoline intervient aussi dans ce cadre. Le service a développé son action autour de la naissance. Il s'adresse aux situations qui présentent des fragilités et réserve son intervention aux mamans qui n'ont pas d'activité professionnelle pour préserver le lien parents/enfants.

Difficile de parler concrètement de tout ce qui est mis en place pour compter sur les familles, mais on peut aussi pointer **une série de lacunes** :

- Pour trouver une **unité d'hospitalisation mère-enfant**, il faut se tourner vers une autre région (Clairs Vallons à Ottignies par exemple).
- Difficile aussi, mis à part Echoline qui travaille sur un territoire limité, de trouver un service d'aide ambulatoire qui se déplace à domicile, une unité mobile ou un service d'aide précoce, qui pourrait intervenir de façon préventive (sans qu'il n'y ait de problématique psychiatrique lourde ou de handicap avéré) pour aider et soutenir, chez elle, une famille en situation de fragilité.
- Il est compliqué également de trouver la possibilité d'accueil, en **maisons familiales**, de parents en difficulté avec leur enfant, de manière à éviter une séparation.
- Et lorsque les parents sont présents, les difficultés de leur enfant peuvent parfois leur sembler lourdes. Plusieurs intervenants soulignent l'intérêt et la nécessité de trouver des **lieux de répit** à leur proposer pour qu'ils puissent souffler, ou lorsqu'ils sont dans l'impossibilité de s'occuper de leur enfant pendant une période limitée, notamment pour les parents d'enfants qui présentent de multiples difficultés.

Plusieurs services ont également souligné la place que peuvent prendre les familles **dans les modalités de collaboration**. Ce sont elles, pas toujours mais parfois, qui sont à l'origine des réseaux qui se constituent pour assurer une prise en charge coordonnée de la situation. Ainsi, il arrive qu'un professionnel ou un service soit invité à une réunion avec la famille. Ces concertations autour d'une situation peuvent réunir plusieurs, voire parfois, de nombreux services. Les acteurs rencontrés souhaiteraient pouvoir développer ces pratiques.

Dans certains cas, des services de première ligne veillent tout particulièrement à cette accroche en accompagnant l'enfant jusqu'au service qui va le prendre en charge. Par exemple, il peut arriver que l'ONE accompagne l'enfant et sa famille vers un SSM, et inversement un SSM peut accompagner des familles, notamment au SAJ.

Une autre possibilité, dans d'autres services, est que les intervenants chargent la famille ellemême de faire le lien entre les différents acteurs pour lui donner des responsabilités et favoriser une certaine participation. Plusieurs services insistent aussi sur la nécessité de prévenir la famille des contacts qui sont pris, et de lui demander son accord. Moyennant cela, les collaborations peuvent se développer plus largement au départ de la situation des gens, en fonction de la configuration de la famille, du type de problème, des besoins, de la manière dont arrive la demande, de l'âge de l'enfant...

3.2.5. La continuité dans l'urgence

Il nous a enfin semblé important de traiter de l'urgence, d'autant plus que ce thème a été évoqué de façon ciblée par la commission « pédopsychiatrie » de la Plate-Forme. Nous avons donc examiné de façon spécifique la façon dont les situations d'urgence psychiatrique sont rencontrées aujourd'hui lorsqu'elles se posent pour des enfants de la région. Plus particulièrement, nous nous sommes intéressés à la façon dont la continuité pouvait être préservée malgré les urgences.

Hormis les **services d'urgences** des hôpitaux généraux (voire des urgences psychiatriques à l'Hôpital Vincent Van Gogh à Charleroi), il n'y a guère de lieux d'accueil pour ces situations. Elles sont donc susceptibles de se déposer un peu partout, et mobilisent tout particulièrement les intervenants qui les reçoivent.

D'une manière générale, les intervenants distinguent les situations **d'urgence** des situations **de crise**. Et si l'on veut traiter efficacement cette question, il est important de savoir de quoi on parle. Lorsqu'il s'agit réellement d'une urgence, de type médical, par exemple une tentative de suicide, seul l'hôpital est outillé pour y faire face et l'orientation se fait spontanément dans ce sens. On n'adresse pas à un service de santé mentale un enfant qui vient de s'ouvrir les veines. Toutes les autres situations, sauf peut-être les situations de maltraitance qui parfois cumulent l'urgence et la crise, sont plutôt des situations de crises, qui peuvent être sérieuses ou des situations graves qui ne peuvent souffrir un long délai. Un service évoque par exemple les situations de menace suicidaire, de phobie scolaire, d'anorexie, de bébés qui ne mangent plus ou qui ne dorment plus, etc. Tous les services de la région ont été confrontés à ce type de demandes, qui parfois perdurent depuis de longues années, mais qui lorsqu'elles sont dites, semblent ne plus pouvoir souffrir de délais. Elles restent, aux dires des intervenants, heureusement relativement rares et la plupart des services proposent des modalités de gestion de la crise qui permettent généralement de temporiser la situation et de proposer des réponses pour y faire face.

La plupart des interlocuteurs sont en effet d'avis que d'apporter une réponse immédiate à une situation de crise ne résoudra pas le problème, et qu'il faut « profiter » le cas échéant de ce moment pour **mettre en place un travail durable**.

Dans les **Services de santé mentale**, par exemple, il s'agit plus souvent de situations de crise, qui se posent à un moment de l'histoire de l'enfant ou de sa famille, quand les parents sont dépassés, que leur seuil de tolérance est atteint pour un problème qui existe parfois depuis des années, ou pour des situations qui sont déjà suivies par le service.

Dans ces situations, même si, en règle générale, les équipes ne peuvent donner de rendezvous à court terme, elles s'organisent pour désamorcer la crise et tenter d'apaiser la situation. Le travail repose essentiellement sur une écoute téléphonique quasi immédiate. Plusieurs modalités sont mises en place selon les SSM : consignes au niveau du secrétariat, permanence

quotidienne, rappel de la personne le jour même, première écoute par le service social, etc. En fonction de la situation, un (1^{er}) rendez-vous sera fixé et s'il semble important d'intervenir rapidement, des plages horaires peuvent être trouvées pour que cela puisse se faire à court terme. Les SSM restent toutefois prudents dans l'organisation de cette rencontre, ils ont en effet tous fait l'expérience de fixer des rendez-vous à brève échéance, voire le jour même, pour des demandes urgentes qui finalement ne se présentent pas. C'est pourquoi, avant toute intervention, une écoute attentive au téléphone s'impose qui permet déjà un premier travail, qui parfois suffira. Lorsque c'est impossible pour le service de faire face à ce type de situation, dans les petites équipes notamment, les services ont quelques adresses utiles qu'ils peuvent donner, comme le service d'aide aux victimes pour l'un d'entre eux... Les médecins généralistes peuvent aussi être une ressource à l'écoute de la situation et ils sont rapidement mobilisables.

Dans les services de jour ou résidentiels, hospitaliers, conventionnés avec l'INAMI ou SRJ, la question se pose moins. En effet, la procédure d'admission à respecter et le travail au long cours, l'adoption pour certains du rythme scolaire sont incompatibles avec l'urgence. Lorsqu'une place se libère, tout est mis en œuvre pour la proposer dès que possible à une situation en attente et, pendant la période d'attente, si besoin et si possible, un travail est organisé pour éviter que la famille ne se sente « abandonnée ». Parfois aussi, lorsque la situation est connue, les équipes font le maximum pour apporter une réponse.

Même le **service K résidentiel pour adolescents,** qui se définit comme un service de crise, fait bien la différence avec l'urgence que, habituellement, il ne peut prendre en charge. Les urgences sont traitées au service des urgences psychiatriques du même hôpital qui peut garder le jeune de 48 à 72h pour un premier travail, mais les liens entre ces 2 services sont loin d'être automatiques. Dans le service K, les entretiens de pré-admission débutent rapidement, quelle que soit l'origine de la demande et la prise en charge peut s'organiser dans un délai de 2 à 3 semaines si nécessaire.

Parmi les des services rencontrés, les **consultations** de pédopsychiatrie en Hôpital général proposent une réponse relativement rapide (dans la semaine). Pour les urgences, ils peuvent s'organiser avec la pédiatrie et/ou la (pédo)psychiatrie de liaison qui assure la garde.

Les **privés**, en tout cas pour les 3 interlocuteurs rencontrés, proposent toujours des rendezvous à brève échéance, en général dans la semaine. L'un d'entre eux organise même une permanence 7jours/7. Cela ne signifie pas pour autant qu'ils interviennent en urgence. Une écoute est généralement possible, surtout pour les patients connus. Mais comme d'autres services, ils semblent dire que les réponses immédiates ne permettent pas souvent un travail en profondeur.

Le scénario est identique dans les services de prise en charge de **situations de handicap** qui sont moins souvent confrontés à des demandes urgentes mais qui mettent tout en œuvre pour ne pas laisser traîner des situations en détresse.

Seuls peut-être les services actifs dans le secteur de la **maltraitance** ont du trouver des solutions pour proposer une réaction rapide. Une des institutions rencontrées est d'ailleurs spécialisée dans l'accueil d'urgence. Pour les autres, l'intervention en urgence est possible mais, le plus souvent, évitée pour préserver le travail avec l'enfant et la famille. En ambulatoire, le « signaleur » est toujours vu rapidement.

Tous ces témoignages mettent en évidence que pour faire du bon travail, l'essentiel est de pouvoir élaborer la demande et le travail qui pourra la rencontrer. L'urgence est donc à proscrire. La crise, surtout si on peut la temporiser, peut être déclencheur de quelque chose qui pourra se mettre en place; le tout est de pouvoir y faire face, avec les partenaires impliqués. Comment garantir la continuité des soins dans ces situations qui se présentent sous une forme aiguë? Comment éviter la rupture quand les patients sont pressés? Comment les mettre en œuvre, les évaluer, les compléter?

Il y a par exemple la concertation avec **l'envoyeur**, surtout lorsque la prise en charge est limitée pour garantir un suivi à long terme après l'intervention du service, notamment lorsqu'un temps de séparation sera nécessaire.

D'autres envisagent des alternatives, comme les **familles d'accueil** et les services d'accueil d'urgence pour les enfants qui doivent être retirés de leur milieu familial, en cas de maltraitance par exemple, ce qui permettrait d'éviter que des enfants en détresse arrivent à l'hôpital. Il manque non seulement de familles d'accueil mais aussi de **services de placement familial** qui peuvent encadrer, soutenir et accompagner ces familles.

Comment faire aussi pour trouver des alternatives aux centres d'accueil et d'hébergement d'urgence pour enfants et adolescents que les équipes souhaiteraient voir se développer alors que l'on connaît les difficultés qui peuvent se présenter pour rebondir par la suite? C'est vrai qu'il faut pouvoir trouver des solutions de dépannage pour les vacances scolaires, les vendredis après 17 heures, ou encore pour un enfant dont le parent doit être hospitalisé ...

Quelle place prennent aussi les interventions de la police, du SAJ ?

Quelle possibilité pour les parents de prendre du recul par rapport à une crise ?

Et que se passe-t-il quand il y a de la violence?

Bien définir l'urgence et la crise, avoir en tête qu'il y a, dans les faits, peu de situations d'urgence réelle, savoir qu'il existe des réponses pointues si besoin, et que dans la plupart des services, des arrangements sont possibles pour gérer les situations de crise, donner la priorité au désamorçage de la crise pour permettre d'installer un travail en profondeur... autant de pistes de travail pour aborder ce dernier thème évoqué en guise de ponctuation...

3.2.6. Les collaborations

Afin d'avoir un premier aperçu de la dynamique de collaboration, au cours de la première étape du travail, la Commission pédopsychiatrie de la PFRCC et l'IWSM ont construit un questionnaire à l'intention des services précédemment interrogés.

Comme expliqué dans le chapitre méthodologique, le questionnaire comprend un listing de services présents sur le territoire de Charleroi et du Centre²⁴. Ce sont des acteurs actifs dans le champ de la santé mentale ou qui sont susceptibles d'y collaborer.

Ils sont catégorisés par type de service (SSM, SAI, SRJ, IPPJ,...). Un item est néanmoins ouvert à d'autres services, non listés, identifiés comme partenaires par le service interrogé. Pour chacun de ces partenaires, le questionnaire prévoit d'identifier la fréquence de la collaboration ainsi que le mode de collaboration (relais/orientation, réseau/situation, institutionnel).

²⁴ Voir questionnaire en annexe 6

		%
1. Echantillon (n=29)		
- SSM (9)		31
- Hôpitaux (4	4)	14
	res de jour (2)	
- servi	ices k résidentiels (1)	
	ultations pédopsy (1)	
- SRJ (3)		10
- SAI (6)		21
- SAP (2)		7
* *	écialisés en maltraitance (3)	10
_	ices spécialisés (2)	7
2. Taux de collaboration	ns (n=29)	
- au sein de l	'ensemble de l'échantillon	46,7
- 1. SSM		55,9
- 2. services	hospitaliers	45,2
- 3. SRJ	•	43,9
- 4. SAI		35,6
- 5. SAP		46,6
- 6. services	spécialisés en maltraitance	47
- 7. autres ser	rvices spécialisés	45,1
3. Collaborations positives (n=3105)		46,7
4. Fréquences de collab	orations citées (sur 3105 collaborations possibles)	
- jamais		53,3
 rarement 		15,5
- parfois		19,7
- souvent		11,6
5. Fréquences des moda	alités de collaborations (sur 3110 collaborations possibles)	
 collaboration 	ons de type relais/ orientation	
- collaboration	ons de type réseau/ situation	27,1
- collaboration	ons institutionnelles	28,1
		8

Tableau 10 Questionnaire sur les collaborations: résultats

Au total, sur les 40 services interrogés, 29 ont répondu au questionnaire. Le tableau ci-dessus en illustre les résultats.

Le point 1 du tableau vise à décrire l'échantillon d'étude. Ainsi, parmi les répondants, près de la moitié sont des représentants de SSM et d'hôpitaux.

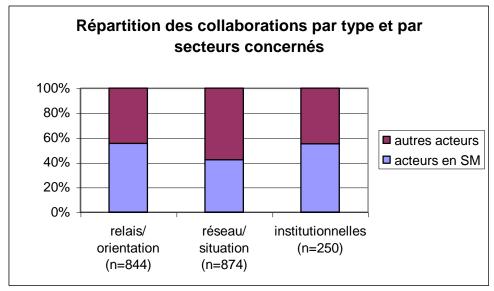
Le point 2 nous offre une information sur les taux de collaborations déclarés par les répondants. Il s'agit ici d'un rapport au nombre de collaborations proposés par le questionnaire (au total, 130 services étaient proposés dans celui-ci).

Les collaborations positives représentent les services pour lesquels les services ont répondu par l'affirmative face au service collaborateur listé. Le niveau d'affirmation est précisé au point 4 du tableau (rarement, parfois, souvent).

Enfin, le point 5 quant à lui explique la fréquence des collaborations par type de collaboration. Clairement, ce sont avant tout les collaborations qui concernent des personnes/usagers qui sont d'abord mises en évidence (relais ou situation).

3.2.6.1. Illustrations de collaborations

Dans le décours de l'analyse du questionnaire, nous avons pu mettre en évidence quelques précisions à propos des modes de collaborations. Celles-ci sont illustrées à travers les figures qui suivent.



Graphe 2 Répartition des collaborations par secteur et par type

Le graphe 2 ci-dessus nous montre les types de collaborations, et la répartition des deux principaux secteurs inclus.

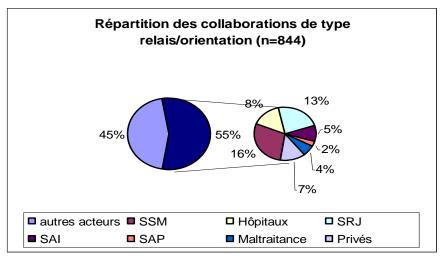
Le premier groupe reprend les différents acteurs pour la santé mentale infantile (noté dans la figure *acteurs en SM*). Nous y avons intégré les services listés au sein des SSM, des Hôpitaux (avec spécialisation pédopsychiatrique), SRJ, SAI, SAP, services spécialisés dans la maltraitance ainsi que les autres services spécialisés, psychologues et psychiatres privés. Tous les autres collaborateurs, non spécialisés en pédopsychiatrie, sont repris dans le second groupe (voir figure : *autres acteurs*).

Nous pouvons observer également plusieurs constats dans cette figure.

Tout d'abord, les collaborations de types relais/ orientation et institutionnelles sont remarquées dans plus de la moitié des cas au sein des acteurs en SM. Ces derniers représentent 55% des collaborations institutionnelles.

Il est intéressant de remarquer que les collaborations de type réseau/ situation sont indiquées dans presque 60% des cas au sein des partenaires hors secteur pédopsychiatrique.

Les graphes 3 et 4 qui suivent offrent une vision plus précise des collaborations de types relais et situationnelles.



Graphe 3 Répartition des collaborations de type relais/orientation

Les collaborations de type relais/ orientation sont présentées dans plus de la moitié des cas avec des collaborateurs du secteur de la santé mentale.

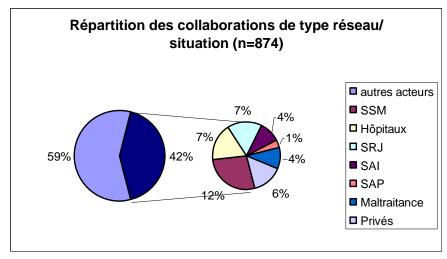
Parmi ceux-ci, les SSM, les services hospitaliers et les SRJ représentent plus de deux tiers de cette modalité de collaboration (67%). Ils sont suivis de près par les autres spécialités psychiatriques et les SAI.

Les collaborateurs hors santé mentale cités par plus de la moitié des services interrogés dans le cadre des collaborations de type relais/ orientation, sont les suivants ²⁵:

- SAJ de Montignies-sur-Sambre (65,5%)
- SPJ de Charleroi (50%)
- Centres PMS (53,6%)
 - + CPAS (45%)

Cela nous amène à penser que les partenariats hors secteurs de la santé mentale infantile sont présents dans une faible proportion dans les collaborations de type relais et/ ou d'orientation. Pourtant, malgré ce constat, ce mode de collaboration est présent dans plus de 2/3 des cas auprès de ces acteurs. Nous imaginons donc, que seul les quelques partenaires cités ci-dessus se partagent cette tâche.

²⁵ Pourcentage de services ayant affirmé le mode de collaboration avec le partenaire



Graphe 4 Répartition des collaborations de type réseau/situation

Le graphe repris ci-dessus dégage une orientation claire. Bien plus de la moitié des collaborations de type réseau/ situation concerne les partenaires hors secteur de la santé mentale.

Il s'agit par ailleurs de la modalité de collaboration la moins présente auprès des pairs.

En ce qui concerne les acteurs de la santé mentale, ici aussi ce sont les SSM qui présentent la plus grande présence de partenariats. Les hôpitaux, SRJ, SAI se partagent la moitié des collaborations de type réseau/ situation parmi les acteurs spécialisés dans la santé mentale infantile.

Les partenaires hors santé mentale cités par plus de la moitié des services interrogés pour ce mode de collaboration sont²⁶:

- SAJ Mons (50%)
- SAJ de Montignies-sur-Sambre (93,1%)
- SPJ de Charleroi (78,6%)
- Tribunal de la jeunesse de Charleroi (57,1%)
- Consultation de nourrissons de l'ONE (57,1%)
- Médecins généralistes (75,9%)
- Enseignants (85,2%)
- Centres PMS (85,7%)
- CPAS (81,5%)

Nous remarquons ici, que les services cités dans le cadre des collaborations de type réseau relais/ orientation sont également présents (et même de manière assez significatives car ils ne sont jamais cités par moins de 78 des collaborants).

²⁶ Pourcentage de services ayant affirmé le mode de collaboration avec le partenaire

3.2.6.2.Conclusion à propos des collaborations du secteur de la santé mentale des enfants et adolescents

- Les acteurs du champ de la santé mentale pour enfants et adolescents ont une collaboration double : ils collaborent aussi bien avec les acteurs du secteur qu'avec des collaborateurs hors secteur de la santé mentale.
- Lorsqu'on s'intéresse aux collaborations développées par les 29 services de notre échantillon, plus de 3100 partenariats entre institutions (quelles que soit la fréquence et la forme) sont signalés.
- La fréquence des collaborations varie d'une catégorie de service à l'autre. Les Services de santé mentale déclarent le plus de collaborations et collaborent avec plus de la moitié des partenaires dans le secteur ou hors secteur « santé mentale Enfants/adolescents ». Les SAI semblent quant à eux développer moins de collaborations avec l'extérieur.
- Parmi les acteurs hors secteur santé mentale, le réseau scolaire (PMS et enseignants), les médecins généralistes, les CPAS, sont cités par tous les services inscrits dans le champ de la santé mentale (ou presque) ainsi qu'un SAJ.
- Les collaborations entre services correspondent plus souvent à des collaborations autour de situations qu'à des collaborations institutionnelles; dans l'ordre, des collaborations de type « réseau/ situation », et puis de type « relais/ orientation » et dans une moindre mesure de type « institutionnel ».
- Les collaborations avec les partenaires hors santé mentale correspondent plus souvent à des collaborations de type « réseau/situation ».

3.3. Première approche de la dynamique de collaboration

Suite à la première phase de la recherche, après les divers échanges et entretiens, nous nous sommes retrouvés avec énormément de données. Les traiter, les mettre à plat, les rassembler a consisté en un travail de fourmi. Encore fallait-il pouvoir les utiliser concrètement et à bon escient dans la seconde phase de la recherche. Afin d'ordonner au mieux cette mine d'informations, il nous a semblé intéressant de tenter de les conceptualiser à travers un modèle. Pour ce faire, nous nous sommes inspirés de l'approche systémique développée par Green et Kreuter.

L'approche proposée ici provient au départ du monde anglophone de promotion de la santé. Il est construit sur la rencontre des disciplines de l'épidémiologie, des sciences sociales, comportementales et de l'éducation. Approche lui conférant une vision multifactorielle et multisectorielle des problématiques étudiées. C'est ainsi qu'en tant que modèle de planification et d'action, son adaptation et son application peut se retrouver dans des contextes très variables.

Le modèle de départ est PRECEDE PROCEED, mis au point par Lawrence W. Green et Marshall W. Kreuter. PRECEDE est un acronyme qui signifie « Predisposing, Reinforcing and Enabling Constructs in Educational/Environment Diagnosis and Evaluation », c'est à dire « les facteurs prédisposants, facilitants et de renforcement identifiés par le diagnostic éducationnel et environnemental et de l'évaluation de ce diagnostic ». PROCEED signifie quant à lui « Policy, Regulatory and Organizational Constructs in Educational and Environmental Development", ou "Politiques, réglementations et organisations dans le développement éducationnel et environnemental".

Il s'agit donc bien ici de mettre l'accent sur la planification et l'action, en dirigeant l'attention, dans un premier temps, sur la situation étudiée, et sur les divers diagnostics et points de vue en lien avec celle-ci, nous offrant alors une idée des forces, faiblesses, facilitateurs, obstacles et faisabilités d'actions. Dans un second temps, de pouvoir s'appuyer sur ces diagnostics pour construire l'action.

Cet outil, adapté, va donc nous permettre de photographier, cartographier les collaborations dans le secteur pédopsychiatrique de Charleroi et du Centre, avant de l'utiliser, éventuellement pour agir à son développement.

3.3.1. Appropriation du modèle pour la recherche

La première phase de modélisation, inspirée de PRECEDE, est composée de 5 diagnostics : diagnostic social, épidémiologique, comportemental/ environnemental, éducationnel/ écologique, institutionnel. Leurs constructions permettent de prioriser l'action et l'évaluation (PROCEED).

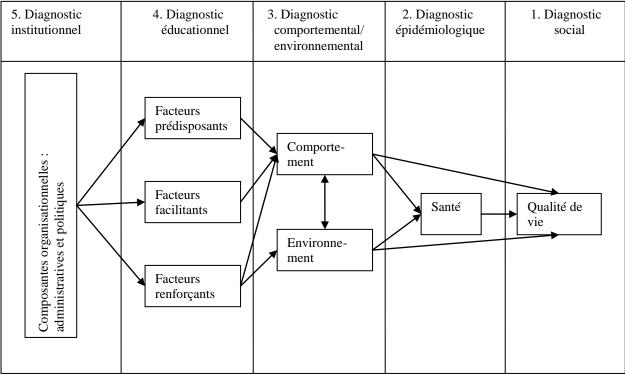


Figure 1 Modèle de planification de l'approche systémique

La *figure 1* ici représentée reprend les principaux éléments du modèle PRECEDE PROCEED. Celui-ci se lit de droite à gauche car il reprend, in fine, l'objectif du travail. Il est cependant construit à partir de la problématique et de sa perception par la population cible, partant donc d'un diagnostic social pour se clarifier et se spécifier au cours des autres diagnostics, jusqu'à une vision macroscopique des éléments.

Ci-dessous sont repris tout d'abord les diagnostics tels que définis par les acteurs de promotion de la santé ($figure\ 1$ ci-dessus), et ensuite les diagnostics adaptés à la recherche de pédopsychiatrie, illustrés dans la $figure\ 2^{27}$.

²⁷ Figure 2, Dynamique de collaboration : version 1 – p. 86

1. Le diagnostic social

Dans le modèle de Green, le diagnostic social comprend les indicateurs (traduits alors par les problèmes sociaux) de la qualité de vie d'une communauté.

Ce diagnostic, participatif, met en lumière les préoccupations, les aspirations, les caractéristiques, le contexte de la population impliquée. Cela afin d'agir sur la problématique et ainsi sur leur « santé ».

=> Etape qui permet de définir le public cible et ses aspirations. Elle est étroitement liée à la construction de la finalité du travail et ensuite aux objectifs généraux.

2. Le diagnostic épidémiologique

Cette étape délimite et caractérise la problématique en lien avec le public cible (défini au préalable dans le diagnostic social). En terme purement sanitaire, il s'agit des données épidémiologiques illustrées par des fréquences, incidences, prévalences,...

- => Ce diagnostic permet de formuler un objectif général au travail.
- * Adaptation des diagnostics social et épidémiologique au modèle de dynamique de collaboration en pédopsychiatrie

Nous avons regroupé ici les deux diagnostics car ceux-ci sont perceptiblement liés.

Au départ, nous avons **une demande** émanant de la Plate-Forme de concertation des Régions Charleroi Centre (PFRCC). Cette demande est explicitement commanditée à travers une convention qui reprend les objectifs de la recherche.

Ceux-ci sont les suivants :

- identifier l'offre et le champ d'action dans le secteur de la santé mentale sur le territoire de la Plate-forme (avec comme sous objectif la construction d'un répertoire)
- identifier les collaborations existantes en fonction des équipements disponibles.

Nous avons donc ici la possibilité d'inscrire un diagnostic social reprenant leur problématique qui est de clarifier l'offre et les collaborations en pédopsychiatrie sur le territoire de la PFRCC.

L'indicateur de « qualité de vie », ici traduite par « qualité de travail de concertation du réseau », est la dynamique de collaboration.

Nous le retrouvons sous les questions de départ suivantes :

- Quels sont l'offre de soin et le champ d'action dans le secteur de la santé mentale s'adressant aux enfants et adolescents de 0 à 18 ans ?
- Quelles collaborations pouvons-nous identifier parmi les partenaires « in » santé mentale et « out » santé mentale ?

La population concernée par cette dynamique est donc dans un premier temps les institutions de soins de santé mentale (enfants-ado), dans un second temps leur partenaires (hors secteur direct santé mentale).

Ces deux groupes sont repris dans la *figure 2* sous les appellations « in SMPP » et « out SMPP », c'est à dire au sein et hors du secteur de santé mentale pédopsychiatrique stricto sensu.

Le contexte est la commission de pédopsychiatrie de la Plate-Forme de Concertation de la région de Charleroi et du Centre. Il s'agit ici de développer leur mission de concertation et de mise en lien des intervenants en charge de la Plate-Forme.

3. Le diagnostic comportemental / environnemental

Il s'agit ici d'identifier les facteurs, la causalité de la problématique. Les comportements, acteurs de la problématique, sont complétés par l'environnement (naturel et humain) de celle-ci.

- => Les facteurs modifiables peuvent alors être mis en avant.
- ❖ Adaptation du diagnostic comportemental/environnemental au modèle de dynamique de collaboration en pédopsychiatrie

Le <u>diagnostic comportemental</u>, mis en parallèle avec le diagnostic environnemental nous permet ici de clarifier la problématique, dynamique de collaboration, à travers ses premiers facteurs de causalité.

En ce qui concerne les comportements de la dynamique de collaboration, grâce à des recherches antérieures et aux entretiens de la première phase, nous avons pu confirmer la présence de trois modes de collaborations :

- collaborations de type réseaux/ situations
- collaborations de type relais/ orientations
- collaborations de type institutionnelles

Ces modes de collaborations, investigués déjà à travers les entretiens de la première phase in SMPP, complétés par le questionnaire, ont montré des préférences et des modes de collaboration plus développés que d'autres (voir résultats première phase de recherche).

Ainsi, les collaborations de type institutionnelles ont une part moins importante dans les collaborations que les deux autres modes. Ceux-ci variant selon certains critères (que l'on retrouve par ailleurs dans le diagnostic suivant).

De plus, en termes de comportement face à la dynamique de collaboration, nous avons investigué les modalités suivantes :

- > modalités directes : entretiens de visu, entretiens téléphoniques, visites, réunions
- modalités indirectes : courriers, mails, via un tiers (famille ou autre),...

Le choix vers l'une ou l'autre modalité provient de facteurs motivationnels et biologiques, déclinés dans l'étape suivante.

Le <u>diagnostic environnemental</u>, complémentaire au diagnostic comportemental, n'en n'est pas moins important ici. En effet, ses caractéristiques sont nombreuses et ont un impact décisif sur la dynamique de collaboration.

En voici les grandes lignes :

- caractéristiques de l'offre : ici, nous retrouvons des caractéristiques de type résidentielle ou pas, travail spécifique ou généraliste, population accueillie et âge de celle-ci, limites d'offre (propres aux spécificités du service)
- accessibilité physique et aménagement des infrastructures adapté,

- disponibilité de places,
- ouverture à la collaboration,
- localisation géographique du service : le service est-il accessible en temps ? en termes de modalité d'accessibilité ? et d'un point de vue administratif (sur quel territoire sommes-nous ? dépendons-nous d'un territoire administratif particulier?)

Ces informations vont diriger indéniablement le choix d'une collaboration et ainsi sa dynamique.

4. Le diagnostic éducationnel

Ce diagnostic distingue les comportements et l'environnement selon leurs causes. Nous obtenons alors des déterminants classés en trois catégories :

- o les facteurs prédisposants (motivations) : ils reprennent les connaissances, attitudes, valeurs, perceptions,...
- o les facteurs facilitants (ressources) : disponibilité, accessibilité des ressources et aptitude à les utiliser
- o les facteurs renforçants (incitatifs) : affect et normes de type feed-back de l'entourage à travers un soutien ou support de cet environnement

Ces facteurs sont interdépendants. Une motivation entraîne l'adoption d'un comportement. Pour que ce comportement se maintienne, il est nécessaire d'avoir des ressources suffisantes. Ressources qui ont un retour incitatif ou non vis-à-vis de ce comportement.

- => Permet de prioriser les facteurs sur lesquels agir.
- * Adaptation du diagnostic organisationnel au modèle de dynamique de collaboration en pédopsychiatrie

Dans la littérature, ce diagnostic est décrit sous la forme de diagnostic éducationnel, motivationnel, biologique ou organisationnel. Nous retenons ici le terme organisationnel qui est dans ce cas, mieux approprié.

Cette étape décompose une fois de plus les facteurs afin de mieux en cerner les enjeux.

Les facteurs prédisposants - motivations :

Nous y incluons tout ce qui entoure la motivation en elle-même, à savoir ici :

- l'origine et le contexte de la demande : l'origine de la demande de collaboration nuance celle-ci. Ainsi, nous constatons que certains acteurs entourant l'enfant (par exemple la famille) sont plus à l'origine d'une forme de collaboration et d'un type de collaboration que d'autres. Certains « envoyeurs » sont d'ailleurs plus présents que d'autres dans la sphère des collaborations. De plus, un contexte de demande n'est pas l'autre, ainsi, une situation dite de crise ne mobilisera pas la même motivation à chercher la collaboration qu'une situation de réorientation ou d'adaptation de prise en charge ;
- la connaissance du réseau préexistant. Par réseau préexistant, on entend les intervenants « in » et « out » santé mentale qui sont déjà présents autour de l'enfant ou du jeune ainsi que son entourage (famille, cercle social, organisations extra scolaires,...);

- la notion de partenariat d'initiative : celle-ci permet alors un meilleur point de vue de l'offre, de ses caractéristiques et ainsi une meilleure orientation de la collaboration vers un partenaire ou l'autre ;
- le case management, c'est à dire l'implication d'un référent dans le suivi d'un enfant et donc des collaborations et collaborateurs qui l'entourent;
- la lisibilité des partenaires : il s'agit ici de la facilité d'accès à la connaissance de la présence de partenaires et donc à leur accessibilité et leurs spécificités.

Facteurs facilitants - ressources :

Les facteurs facilitants sont dans ce cas particulièrement interactifs avec l'environnement de la collaboration. Ils définissent la décision de collaboration avec le partenaire.

- Le facteur temps : le délai face à une situation dite d'urgence ou de crise par exemple ou pour une prise en charge progressive, module le choix d'un partenaire, d'un mode de collaboration, d'une mobilisation du réseau,...
- L'administration : sous forme de contrainte, celle-ci peut être un obstacle à la collaboration. En effet, de par certains organismes payeurs (ex AWIPH), certaines situations nécessitent un accord préalable avant la prise en charge d'un enfant ou adolescent.
- La lisibilité des partenaires entre également en ligne de mire (facilités, faisabilités et possibilités de contact).

Facteurs renforçants:

S'agissant ici d'un aspect impliquant un versant plus subjectif dans son impact, ils sont plus difficiles à pointer. Cependant, les entretiens ont mis le doigt sur certains facteurs :

- La compliance de l'usager : il arrive que certains enfants, jeunes, ou leurs familles cachent des informations. Cela concerne les informations de réseaux préalables notamment, handicapant la mise en route de celui-ci et la relation entre ses différents acteurs. Si le jeune refuse la communication et les collaborations, le réseautage est affaibli.
- Le feed-back : certains partenaires plus que d'autres semble-t-il facilitent ou pas le retour d'informations à l'envoyeur, au mandant, au réseau. Il s'agit donc ici d'un facteur non négligeable dans la construction de celui-ci, surtout lorsque entrent en jeu des affinités entre partenaires.
- La « culture » des services : cette culture concerne certaines orientations thérapeutiques, des perceptions différentes de la manière d'intervenir des services et de leurs points de vue.
 - Cela va de paire avec la concordance des attentes entre services et donc la communion des objectifs autour d'une même situation, d'un même usager.
- La notion de protection du cadre thérapeutique : certains services sont parfois réticents à la collaboration, car échanger, communiquer certaines informations revient à franchir la limite du secret professionnel et donc du cadre thérapeutique.
- Les affinités entre partenaires.

5. Le diagnostic institutionnel ou administratif – politique

Cette dernière étape de diagnostic aide à identifier les ressources et barrières (humaines et matérielles) d'une organisation, d'un système. Elles peuvent rassembler des données de contexte administratif, institutionnel, réglementaire, organisationnel et politique qui influent sur la mise en place d'un projet ou programme.

Certaines études du diagnostic institutionnel le décomposent en deux composantes :

- une composante d'administration interne
- une composante de politiques, réglementations et organisations
- ❖ Adaptation du diagnostic institutionnel au modèle de dynamique de collaboration en pédopsychiatrie

Nous parlons ici de diagnostic institutionnel, terme qui nous semble plus adapté à ce cadre d'étude, puisque nous y intégrons une forme de cartographie organisationnelle.

Cette cartographie reprend avant toute chose l'usager (acteur de départ), c'est à dire l'enfant ou l'adolescent, ou la problématique de service si il s'agit d'une collaboration d'ordre plus institutionnelle. Cela implique donc son entourage en termes de réseau partenaire in et out SMPP, ainsi que toutes les normes qui les régulent.

Ensuite, en termes institutionnels, les cadres légaux qui contextualisent les services sont essentiels. Ils offrent un regard concret sur les angles d'actions que les services empruntent. Pour cette raison, ils sont décrits en partie dans le chapitre

3.3.2. Premier modèle de dynamique de collaboration

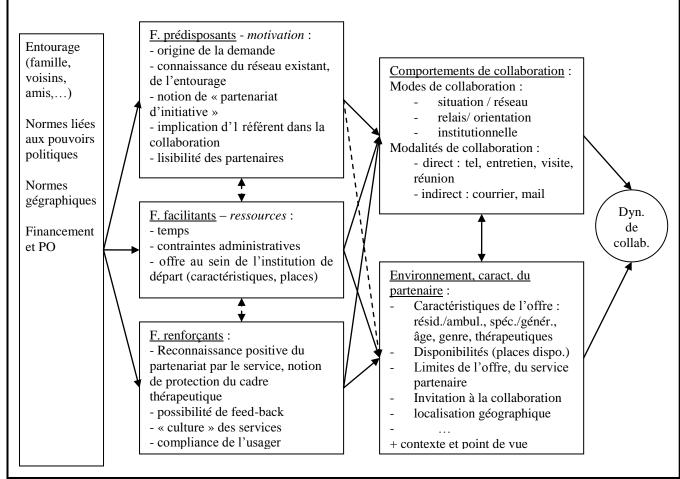


Figure 2 Dynamique de collaboration : version 1

Chapitre 4 : Regard des partenaires sur la dynamique de collaboration dans le champ de la santé mentale des enfants et adolescents

Cette partie du rapport offre une lecture transversale des entretiens réalisés lors de la seconde étape du travail. Elle reprend étape après étape les différents points abordés et les similitudes ou nuances qui en découlent.

A la suite de chaque descriptif, un cadre de constatation est dégagé et permet de soulever quelques questions, mises en lien avec la première phase de la recherche (qui concernait les intervenants acteurs en santé mentale) et, parfois en lien avec d'autres travaux.

Afin d'observer une lecture cohérente, nous nous référerons ici en partie aux étapes du modèle précédemment inspiré.

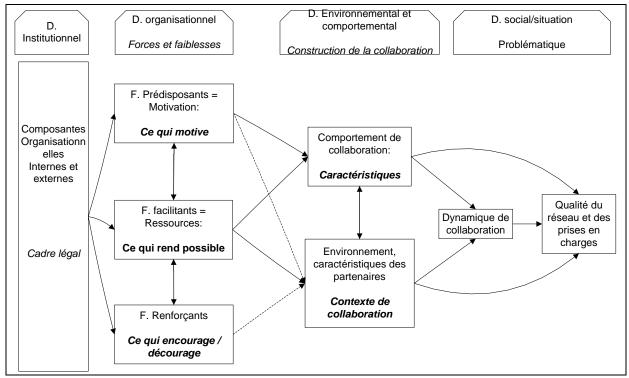


Figure 3 Dynamique de collaboration : modèle support à l'analyse des entretiens des partenaires

Le chapitre ci-joint est construit, en lien avec le modèle, selon le plan suivant :

- 4.1. Les caractéristiques de construction des collaborations
 - 4.1.1. L'environnement des collaborations (pédopsychiatriques) dans la région du Centre et de Charleroi : facteurs contextuels des collaborations
 - 4.1.2. Les formes de collaborations avec le secteur de pédopsychiatrie : déterminants comportementaux
- 4.2. L'organisation et la mise en place des collaborations : déterminants organisationnels
 - 4.2.1. Facteurs motivationnels ou « déclenchants »
 - 4.2.2. Facteurs « rendant capables » ou ressources
 - 4.2.3. Facteurs de renforcement ou « d'encouragement et découragement »
- 4.3. Les facteurs institutionnels
- 4.4. La dynamique de collaboration

4.1. Les caractéristiques de collaborations

Les sources (ou facteurs) qui définissent et déterminent les collaborations proviennent d'origines diverses. Ainsi les collaborations sont caractérisées par le contexte qui les entoure (environnement interne et externe des acteurs et des partenaires collaborants), et par les formes que prendront les collaborations (types et modalités de collaborations, appelés également comportements de collaboration).

Identifier ces facteurs nous permet d'étudier les relations entre la problématique étudiée et les caractéristiques qui la composent, caractéristiques associées également à l'environnement humain et naturel dans lequel évoluent les collaborations. De ce fait, la lecture du contexte environnemental des collaborations est jointe à la lecture du contexte institutionnel des partenaires (voir chapitre précédent).

4.1.1. L'environnement des collaborations dans la région du Centre et de Charleroi : facteurs contextuels des collaborations

Les caractéristiques de collaborations sont entre autre la résultante de facteurs environnementaux internes et externes. Les facteurs environnementaux internes sont propres au contexte du service observé, qu'il s'agisse de facteurs de types géo-politiques ou de type populationnels plus spécifiques aux usagers concernés.

Ces facteurs environnementaux sont dits ici externes car ils se situent en dehors du contexte d'organisation interne des partenaires. Ils permettent de mieux saisir les groupes d'acteurs en jeu afin d'appréhender leurs interactions.

► La région de Charleroi et du Centre

Concernant les informations contextuelles, nous renvoyons le lecteur au chapitre 2 dans son approche descriptive du territoire de la plate-forme.

► Caractéristiques internes : les caractéristiques des partenaires rencontrés et leur environnement

Un des premiers constats que la rencontre avec les partenaires du réseau de pédopsychiatrie nous inspire est leur diversité et, de ce fait, l'impossibilité d'uniformiser leurs réponses en une seule et unique catégorie.

En effet, comme nous l'avons constaté à travers la description du cadre légal des différents groupes d'acteurs investigués, chacun a des caractéristiques propres, des missions spécifiques, un financement particulier. De ce fait, les activités, l'environnement de travail, confèrent une place à part entière dans le réseau et influencent le travail du réseau.

Afin de percevoir et relever au mieux ces nuances, nous avons tenté de constituer un tableau dans lequel nous pouvons observer les acteurs et leur **champ d'action** selon différentes approches : résidentielle, suivi ambulatoire, suivi en milieu de vie.

Approches Secteurs	Résidentielle	Suivi ambulatoire	Suivi en milieu de vie	Travail sous mandat (SAAJ)
L'aide à la jeunesse	SAIE, SAAE, CAU, CAS	COE, SAIE, AMO	COE, AMO	COE, SAIE, SAAE, CAU*, CAS
Autorités mandantes		SAJ, SPJ, tribunal de jeunesse		Tribunal de jeunesse, SPJ, <i>SAJ</i> *
Scolaire		PMS, PSE, PMS sp., écoles		
Médical		MG, MM	MG, MM	
Social et familial		CPAS, CPF		
Rééducatif et petite enfance		ONE, CRF		
Secteur de la santé mentale	SSpM, SRJ, hôpitaux	SSM, SAI, SSpM, SAJJNS, hôpitaux	SSM	SSpM (CAEVM)
	SSpM = services spécialisés dans la maltraitance			*capacité de travail sans mandat

Tableau 11 Approches d'actions privilégiées par secteur et type de service, et relation au mandat

Le tableau 11 nous permet de visualiser l'offre de partenariat étudié ici en fonction de l'approche de prise en charge proposée à l'enfant pour chaque type de service et son secteur. Notons ici que ce n'est pas parce qu'un type de service est présent dans une approche que tous les services du secteur en question proposent cette approche. C'est le cas notamment des SSM et de l'approche en milieu de vie, ainsi que des services pouvant – ou devant – travailler sous mandat.

L'approche de suivi ambulatoire reprend les prises en charge de type journalières et de type consultatives.

Nous constatons ici que c'est dans la catégorie de l'approche de suivi ambulatoire que nous retrouvons le plus de possibilités d'offre de services. C'est également dans ce cadre que les suivis peuvent se faire à plus long terme. Les structures résidentielles répondent plus à des situations d'urgence (hôpitaux et services spécialisés dans la maltraitance). Ce constat est encore plus vrai pour le secteur de la santé mentale où aucun suivi résidentiel dans le long

terme n'est prévu, sauf lorsqu'il est envisagé parallèlement à un accueil plus éducationnel (dans un service d'aide à la jeunesse par exemple ou un service de l'AWIPH).

Dans le tableau est inclue, pour l'aide à la jeunesse, une information concernant les services qui travaillent sous mandat (action sous contrainte). Il nous semble important de le préciser car les nouvelles statistiques de l'aide à la jeunesse, récemment publiées, nous informent que c'est dans la région de Charleroi que l'on retrouve le plus grand nombre de prises en charge sous contrainte dans les services de l'aide à la jeunesse :

	Proportion de jeunes pris en charge par l'aide à la jeunesse	Aide volontaire uniquement (‰ jeunes de	Aide contrainte uniquement (‰ jeunes de	Aide volontaire et aide contrainte (‰ jeunes de
	(‰)	l'arrondissement)	l'arrondissement)	l'arrondissement)
Charleroi	22,2	8,2	10	1,1
Communauté française	18,5	7,8	7,3	0,9

 Tableau 12 Répartition des prises en charge dans le secteur de l'aide à la jeunesse

28

En effet, l'aide à la jeunesse représente un secteur important dans l'arrondissement de Charleroi, tant en termes de nombre d'intervenants qu'en termes de nombre de prises en charge.

Selon l'âge des bénéficiaires, le nombre et le type de partenaires se modifie et se module. A ce propos, les partenaires rencontrés ont fait part d'un manque de structures d'accueil appropriées concernant la santé mentale. Ainsi, il apparaît difficile pour les partenaires (comme pour le secteur de la santé mentale par ailleurs) de trouver une réponse adaptée pour les enfants de bas âge (moins de trois ans). Il semble que bien que les services affichent une ouverture « légale » à leur prise en charge, celle-ci étant tellement spécifique, la réponse qu'ils lui offrent n'est pas systématique, et ce par manque de professionnels spécialistes dans le secteur ou d'infrastructures disponibles.

En ce qui concerne l'âge des bénéficiaires, une difficulté à été énoncée à plusieurs reprises concernant le suivi des jeunes adultes. La plupart des services actifs dans le secteur de l'enfance et l'adolescence prévoient une prise en charge jusque l'âge de 18 ans, avec certaines nuances cependant.

_

²⁸ Source : nouvelles statistiques de l'aide à la Jeunesse 2008

Age des bénéficiaires en années 3 0 1 2 5 6 7 10 11 13 14 15 16 17 18 >18 <20 COE <18 < 20 SAIE <20 SAAE 3A <18 A <20 CAU <18 <20 CAS 14A <18 <20 AMO <20 SPJ <18 A Trib.jeun <20 <18 A **PMS** 2,5A **PSE** 2,5 2,5 PMS sp 2,5A ens. Sp. ONE 6A 12A MG MMCPAS J 18A **CPF CRF** 18A 0 18A SSM <21 SAI SOSenfants **SAJJNS** 18A SAP 6A SRJ

Le tableau 13 repris ci-dessous illustre les tranches d'âge des bénéficiaires des services.

Tableau 13 Ages de prise en charge des bénéficiaires par groupe d'acteurs

Hôpitaux

Lorsque les zones sont éclaircies, cela signifie que la tranche d'âge indiquée ne s'applique pas à l'entièreté des services.

Les âges définis proviennent des textes légaux auxquels ils sont rattachés ainsi que des documents officiels qui nous sont parvenus.

Les zones éclarcies illustrent donc des tranches d'âges prises en charge mais non applicables à tous les services rencontrés sur le territoire de la plate-forme, soit parce qu'elles ne correspondent pas aux pratiques de terrain (mais bien aux limites d'âge du cadre légal), soit parce qu'elles ne concernent qu'une partie des services (car les limites d'âge du cadre légal ne sont pas obligatoires).

Notons cependant que certains services plus généralistes ne réduisent pas le champ des limites d'âge en théorie mais bien dans la pratique (nous avons rencontré des structures capables,

selon leurs missions, de prendre en charge des enfants de 0 à 18 ans mais qui redirigent systématiquement les enfants de moins de 3 ans).

La première partie du tableau concerne les partenaires investigués dans cette partie du travail, tandis que la deuxième partie du tableau reprend les services actifs dans le champ de la santé mentale des enfants et adolescents.

Les services de l'aide à la jeunesse (du COE au tribunal de jeunesse) prennent en charge toute personne âgée de moins de dix-huit ans ou celle de moins de vingt ans pour laquelle l'aide est sollicitée avant l'âge de dix-huit ans.

Les PMS et PSE se calquent à la scolarité de l'enfant. Ils ont pour mission de suivre les enfants scolarisés.

Les CPAS jeunesse et CRF quant à eux proposent leurs services jusqu'à l'âge de la majorité (avant l'anniversaire des 19 ans pour les CRF).

Comme nous l'avons vu également dans le chapitre descriptif précédent, chaque type de service et secteur voit ses **missions** définies dans un cadre légal propre. Cela implique, pour certains acteurs, l'obligation de travailler en réseau, de mettre en lien le réseau du bénéficiaire, voir d'offrir la possibilité au bénéficiaire de développer ce réseau ou de le modifier (exemple : CAU). Cependant, cela ne veut pas dire que le service concerné se met en contact direct avec un partenaire. Il peut arriver également que la mission qui lui est attribuée prévoit l'information sur le réseau sans investigation de celui-ci (exemple : COE, AMO).

D'autres ont dans leurs activités des missions de bilans et d'évaluations qui les aident dans la mise en contact et la direction vers le réseau de pédopsychiatrie. C'est le cas des PMS, PSE, ONE, CRF et de certains médecins. Il s'agit ici essentiellement d'acteurs pour lesquels on observe un fonctionnement (en tout ou en partie) médical et/ou paramédical.

Le cas même du mandat, tel que précisé plus haut, avec lequel travaillent certains services de l'aide à la jeunesse entraîne des implications et des obligations. Les autorités mandantes, lorsqu'elles sont impliquées, occupent une place centrale vis à vis des jeunes et des partenaires qui sont impliqués dans leurs prises en charge.

Les missions des partenaires sont donc bien diverses et multiples, chacune dépendant d'un cadre particulier.

► Les représentations du champ de la pédopsychiatrie ou l'environnement externe des partenaires...

Afin de comprendre au mieux l'environnement de collaboration, il nous est apparu important de comprendre qui, pour les acteurs rencontrés, fait partie de leurs repères dans le champ de la pédopsychiatrie.

En effet, avant de décrire les services actifs dans le champ de la pédopsychiatrie tels que décrits par la commission de pédopsychiatrie, nous avons demandé aux personnes interrogées de nous faire part spontanément des personnes et types de services qu'ils incluaient dans cette sphère.

Au vu des réponses à cette première approche, nous pouvons constater que les acteurs reconnus de tous comme référents à ce niveau restent avant tout limités aux services

hospitaliers (dans lesquels sont présents des pédopsychiatres) ainsi qu'aux Services de santé mentale.

Dans mon esprit, c'était très réducteur, j'imaginais uniquement les hôpitaux avec les pédopsychiatres (SAIE).

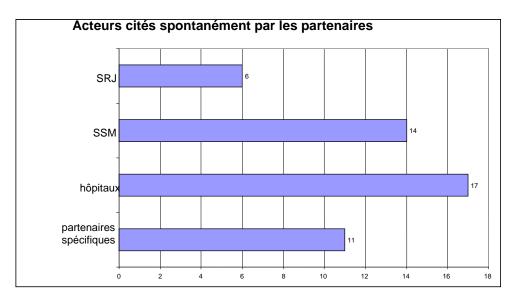
En réponse : Ce fait déjà peut jouer sur les collaborations (autre SAIE).

Je pense avant tout aux SSM et aux hôpitaux mais ils manquent de place (CPF)

Comme nous l'illustre le graphe repris ci-dessous, sachant que 17 groupes d'intervenants ont ici été pris en compte, nous constatons que les hôpitaux ont été cités par tous et les SSM par une majorité de groupes d'acteurs interrogés.

Les SRJ se détachent également du lot puisqu'ils ont été cités par près d'un tiers des groupes d'acteurs dont les PMS et l'enseignement spécialisé (qui ont également cités spontanément les SAI dans leurs partenaires privilégiés).

Enfin, d'autres partenaires plus spécifiques à chaque type d'acteurs ont été relevés à 1 ou 2 fréquences. Il s'agit des privés, maisons médicales, planning familial, CRF, AMO, SAP, PMS, SAI ainsi que les ORL et diététiciens (pour les troubles du comportement alimentaire).



Graphe 5 Champ de la santé mentale reconnu spontanément par les partenaires

Dans un second temps, il était question, au cours de l'entretien, de citer les partenaires du champ de la pédopsychiatrie tels que repris dans la liste afin que nous soyons sur la même longueur d'onde. Après avoir évoqué ces partenaires, des réactions positives ont pu être exprimées à l'énoncé de partenaires tels que les services de prise en charge de la maltraitance (qui semblent être bien connus des différents acteurs), les SAP et un service d'accompagnement de la naissance (Echoline).

Précisons que face aux différents partenaires présentés par le chercheur, certains services (de l'aide à la jeunesse notamment) ont évoqué leur difficulté à intégrer les services de l'AWIPH dans leur réseau. Les services liés à l'enseignement spécial quant à eux (les établissements scolaires et PMS spécialisés), travaillent beaucoup avec ceux-ci.

Notons également en exemple que le juge de la jeunesse rencontré précise, dès le début de l'entretien, qu'il ne parlera dans ce cadre qu'en référence aux services hospitaliers avec pédopsychiatres et aux SSM.

Regards sur l'environnement de collaboration...

A propos du contexte régional:

- ⇒ La région de la plate-forme a un territoire étendu et diversifié.
- En termes de population, la région de Charleroi et du Centre a une répartition nonuniforme sur son territoire (différences selon les arrondissements administratifs). Les principales informations à retenir à ce niveau sont les suivantes : une densité de population élevée en général, une proportion d'enfants légèrement plus élevée que la moyenne nationale, une précarité liée à un taux de chômage plus élevé qu'ailleurs.

A propos des caractéristiques internes des partenaires :

- ⇒ Beaucoup de secteurs interagissent et participent à l'offre de service pour les enfants et adolescents, lui conférant une grande diversité d'activités.
- L'offre de service en santé mentale est la plus importante dans l'approche ambulatoire. Au niveau des partenaires, seule l'aide à la jeunesse a développé conjointement une approche résidentielle et un suivi en milieu de vie. Cela engendre des besoins et des manquements ressentis à ces deux niveaux.
- En fonction de l'âge des bénéficiaires, le nombre et le type de partenaires se modifie et se module. Un besoin est exprimé dans les services de la petite enfance et de l'âge préadulte (autour de la majorité légale). La prise en charge effective des usagers de ces deux tranches d'âge n'est, à ce jour, pas clairement identifiée.
- De par les différents secteurs en relation, les missions des services partenaires sont toutes différentes. Il en découle des activités et obligations différentes qui peuvent avoir un impact sur les contacts dans ou avec le réseau.

A propos des représentations :

- ⇒ Il existe une difficulté dans la définition de la sphère de l'offre en santé mentale pour les enfants et adolescents. Celle-ci étant représentée spécifiquement selon chaque partenaire, nous devons en tenir compte pour la suite du travail.
- Les références de SM des partenaires sont au départ « limitées » au pédopsychiatre (et services hospitaliers associés) et aux SSM. Elles n'intègrent donc pas spontanément l'ensemble du secteur tel que défini par la Commission de pédopsychiatrie de la plateforme. Secteur de santé mentale et partenaires n'ont pas la même vision de l'offre.
- ⇒ A un niveau plus élargi, chaque service a ses repères, en lien avec son secteur d'activité. Il existe donc le plus souvent, des circuits de partenaires privilégiés, liés à des facilités géographiques, administratives (grâce à un financeur commun),...

Note au lecteur: Les constats liés aux représentations du secteur sont à conserver en mémoire tout au long de la lecture des résultats car elles dirigent les informations données par les partenaires. Nous pouvons imaginer que les informations relevant des expériences antérieures des partenaires concernent pour chacun un nombre limité d'intervenants du secteur de la santé mentale.

4.1.2. Les formes de collaborations avec le secteur de pédopsychiatrie : déterminants comportementaux

Le volet des formes de collaborations a également été abordé lors des entretiens de la seconde partie de la recherche. Ils précisent les caractéristiques comportementales de la dynamique de collaboration. Il est important de les préciser car elles entrent en jeu dans le poids que peut représenter une collaboration pour les acteurs concernés et découlent directement des facteurs organisationnels et motivationnels de la collaboration.

► Les modalités de collaborations : privilégiées et idéales ?

Premièrement, en ce qui concerne les modalités de collaborations, toutes ont été citées, à savoir les contacts directs (par entretiens-rencontres et téléphone) et les contacts indirects (courriers et personnes relais).

Pour les partenaires qui travaillent dans le réseau de la santé mentale ou qui en font le souhait, la modalité de la rencontre est l'idéale. Cela ne veut pas dire pour autant qu'elle soit la plus fréquemment rencontrée. Les partenaires ont évoqué les **réunions** se déroulant avant tout au sein de l'aide à la jeunesse (notamment et surtout lors des réunions de suivis et de coordinations mises en place par les autorités mandantes), avec des services de l'AWIPH, ou liées à la remise de résultats post-hospitaliers. Notons que la plupart des partenaires estiment les réunions de ce type très (trop) rares.

Ainsi, c'est essentiellement par des **contacts téléphoniques** que s'organisent et se gèrent les collaborations. Les rapports **écrits** ont été très peu évoqués au cours des entretiens, et lorsqu'ils l'ont été, ont plutôt fait l'objet de questions relatives au contenu. Il s'agit alors de critiques relatives au contenu non adapté au travail du partenaire ou d'informations trop peu nombreuses. Ce sujet est également abordé au point 4.2.3.²⁹, dans le paragraphe sur la communication (p. 114).

Il est intéressant de constater ici que ce ne sont pas nécessairement les modalités de collaborations privilégiées et utilisées par les partenaires qui sont reconnues comme idéales.

Notons également ce qui fait en grande partie la particularité du travail du réseau ici : l'âge des bénéficiaires.

En effet, face à une population de mineurs, les intervenants ont presque tous à faire à un **intermédiaire**. Cet intermédiaire, parent, tuteur légal ou autorité mandante, est un intervenant, interlocuteur à part entière dans les collaborations. Rien ne peut se décider sans ce dernier ou sans l'en informer. C'est ainsi que bon nombre de partenaires rappellent que très souvent les contacts s'organisent de manière indirecte, l'information transite par l'intermédiaire qui devient alors parfois un média de communication.

_

²⁹ 4.2.3. Les facteurs renforçants les collaborations, pp. 112-120

► La nature des collaborations

Lorsque, dans la première étape de la recherche, nous avions abordé la question de la nature que pouvaient prendre les collaborations, nous avions distingué trois formes de collaborations :

- la collaboration autour de situations (également appelée réseau)
- la collaboration dans le cadre de relais (également appelée orientation)
- et la collaboration institutionnelle (qui concerne les relations inter-services non axées autour d'un usager en particulier).

Nous nous sommes donc basé sur cette distinction pour guider nos constats dans cette seconde partie.

La première chose que nous pouvons dire ici, c'est que les collaborations autour de situations et de relais sont plus souvent reconnues en tant que telles que les collaborations institutionnelles. Ainsi, le lecteur doit garder à l'esprit cette information, puisque les partenaires rencontrés se sont exprimés avant tout à propos des collaborations organisées pour les usagers.

En ce qui concerne **la fréquence des natures de collaborations**, nous constatons qu'au cours des entretiens, tous les services ont reconnu des formes de collaborations de relais et de situations dans leurs activités. Certains ont présenté une tendance vers l'un ou l'autre, d'autres pas.

Parmi les partenaires, quatre d'entre eux ont exprimé plus de travail autour de situations. C'est le cas des autorités mandantes (SPJ et tribunal de jeunesse), des médecins généralistes et du CPAS jeunesse.

Six partenaires disent travailler plus souvent dans le relais : 3 services d'aide à la jeunesse. Mais en aucun cas, l'une des deux formes de collaboration ne prédomine sur l'autre.

Néanmoins, nous pouvons constater ici que l'emploi d'une forme de collaboration plutôt qu'une autre (« relais » plutôt que « situation », et vice-versa) est justifié en partie par les **missions** et les fonctions qu'occupent les partenaires et leurs acteurs.

Prenons l'exemple des services d'aide à la jeunesse mandatés, ils agissent en fonction de la définition du mandat. Il peut arriver qu'ils aient la mission de trouver un service de suivi pour un jeune, ils sont alors dans l'obligation de répondre à cette injonction.

De même, certains services rencontrent le devoir d'information, sans pour autant investiguer avec l'enfant et sa famille pour un relais ou une prise en charge simultanée (AMO, COE, PMS, PSE).

N'oublions pas ici les liens que nous pouvons réaliser avec le pouvoir subsidiant. Ainsi, par ce fait, les CRF ont tendance à « s'auto suffire » dans leurs actions (voir obligations liées à la trithérapie, expliqué dans le cadre légal plus haut). Dans ce cadre, lorsqu'ils font appel à un intervenant d'un autre domaine (ici le secteur de la santé mentale), c'est que l'ensemble de leur service n'est plus ou pas adapté, il s'agit alors avant tout de réaliser un relais.

Regards sur les caractéristiques des collaborations...

A propos des modalités de collaborations :

- ⇒ La modalité de collaborations la plus fréquemment rencontrée actuellement par les partenaires reste le téléphone, avant les réunions et les rapports écrits. Pour beaucoup de partenaires, elle est privilégiée dans la pratique mais non idéale. A l'heure actuelle, il existe trop peu de facilités pour permettre les rencontres intersectorielles, qu'il s'agisse de rencontres propres aux suivis des situations ou de rencontres plus institutionnelles.
- ⇒ La présence presque systématique d'un intermédiaire, propre aux prises en charges de mineurs d'âge, constitue une étape complémentaire aux relations de collaborations, voire une modalité à part entière.
- ⇒ Les entretiens nous montrent également que différents secteurs partenaires ont tendance à avoir chacun des modalités de collaborations privilégiées. Cela nécessite, pour les autres collaborateurs, une adaptation à ce mode de fonctionnement. Le mandat en particulier joue un rôle à part entière dans les modalités de collaboration puisqu'il provoque (et oblige) la rencontre lors des réunions de concertations et de suivi. Il peut, dans ce cadre, être facilitateur de contacts mais n'est pas toujours adapté au fonctionnement des autres acteurs et services en lien.

A propos de la nature des collaborations :

- Tous les partenaires investigués parlent des collaborations qui touchent directement le suivi des usagers (collaborations de type relais et situations). Et ce, même si leur fréquence n'est pas identique. La question des relations partenaires-collaborateurs reste donc avant tout associée à l'usager et sa prise en charge.
- ⇒ Les missions et financements des services et acteurs en présence influencent la nature des collaborations. Il est important d'en tenir compte, car ce principe oblige (ou non) la collaboration, et éventuellement la préférence d'une modalité plutôt qu'une autre (à répercussion officielle ou non).
- Puisque avant tout, la nature des collaborations porte sur le travail autour de situations et dans le cadre de relais, nous pouvons nous poser la question suivante : la collaboration institutionnelle (formelle ou non) ne serait-elle qu'un facteur de facilitation de la collaboration à portée des usagers ?

Note au lecteur : Précisons, en lien avec la nature des collaborations telle qu'abordée ici, que cet aspect a été abordé avant tout dans le cadre de collaborations autour de situations. En effet, comme nous l'avons constaté plus haut, le principe de collaboration et de travail en réseau est envisagé principalement dans le but d'améliorer les prises en charges des usagers, qui sont ici des enfants et adolescents.

Nous prendrons donc l'option, pour la facilité du lecteur, de ne parler que de collaborations directement en lien avec les usagers, qu'elles concernent une situation commune ou un relais. Lorsque le texte concerne une collaboration institutionnelle, nous le précisons au lecteur.

4.2. L'organisation et la mise en place des collaborations entre le secteur de la santé mentale des enfants et adolescents et leurs partenaires

4.2.1. Les facteurs motivationnels ou déclenchants des collaborations

La question que nous nous posons ici est : qu'est-ce qui fait qu'un service (un partenaire) soit en contact (qu'il le prenne ou qu'il le reçoive) avec un intervenant du secteur de pédopsychiatrie ? Qu'est-ce qui motive les collaborations entre les acteurs du champ de la santé mentale des enfants et adolescents et leurs partenaires ?

► La collaboration motivée par la demande elle-même : des situations multidimensionnelles et des demandes spécifiques

Ainsi, face à une situation, chacun des groupes de partenaires rencontrés attire l'attention sur la **complexité des situations** qu'ils ont face à eux. Plus la situation est complexe, plus elle nécessite une approche multidimensionnelle et par un nombre d'acteurs important autour de la situation. La complexité est alors définie par toute une série de facteurs en lien avec l'enfant, des facteurs caractérisés par son histoire, son environnement social et géographique.

Aujourd'hui, la complexité des situations s'intensifie. Les acteurs se retrouvent de plus en plus face à des enfants dont la situation est problématique à de nombreux niveaux (difficultés scolaires, délinquance, souffrance psychique, maltraitance,...). Il est alors parfois difficile de les « caser » dans une structure plutôt qu'une autre, dans un secteur plutôt qu'un autre.

Cette « alternative de la dernière chance » (dont nous parlerons plus loin) a été évoquée à plusieurs reprises par des services qui se sentent dépassés par les situations qu'ils rencontrent et qui font appel à tout qui pourrait leur être une aide, d'une manière ou d'une autre.

A propos des intervenants avec qui ils collaborent : On mange à tous les râteliers, on va chercher ce qui peut nous aider. (SAIE)

Face à cette complexité des situations, le **nombre d'intervenants** est de plus en plus important autour des jeunes et ces situations sont lourdes à porter pour les partenaires. Pour eux, c'est dans ces situations mêmes que le travail de collaboration et le réseautage deviennent incontournables.

Plus « les dossiers sont difficiles à traiter », plus le besoin de collaborations se fait sentir.

Le secteur de l'aide à la jeunesse, et en particulier les services mandatés éprouvent de réelles difficultés à répondre aux besoins de certains enfants. Notamment lorsqu'ils se retrouvent mandatés pour un jeune, tout en ayant l'impression que ce dernier n'est pas à la bonne place. Pour eux, il est fréquent qu'un jeune, stigmatisé dans une problématique éducationnelle (pour fait de délinquance par exemple), ait besoin d'une approche complémentaire de type psychologique.

Ainsi, inversement à la complexité et la multiplicité des facettes que peuvent rencontrer les problématiques des enfants et adolescents pris en charge, les acteurs qui aident et entourent les jeunes sont spécialisés dans une branche (ici éducationnelle). Ce qui semble ne pas faciliter la prise en charge plurielle des jeunes et donc, les collaborations.

Faire appel au secteur de la santé mentale est justifié par la spécificité de la demande pour les uns, justifié pour **éclaircir** le flou ressenti par rapport à la situation pour les autres (lien avec la demande de bilan).

Nous on ne s'invente pas psy. Donc dès qu'il y a une situation où on voit que ça se dirige plus vers ce biais là...on a besoin du secteur. (AMO)

Ce qui est difficile c'est quand il y a des symptômes plus flous [...] après testing, les parents sont plus présents et peuvent participer au choix. (SAIE)

La **perception de l'urgence** face à une situation, à un enfant motive directement la collaboration. Lorsqu'un partenaire perçoit une urgence, il recherche une réponse à tout prix. Il peut arriver qu'une situation se dégrade petit à petit et qu'elle parvienne à un niveau suffisamment élevé pour qu'elle soit perçue comme une crise aiguë, voire comme une urgence. Dans une telle situation, nous comprenons que le partenaire soit dans le besoin d'une réponse directe et qu'il se sente dépourvu face à la crise et dans l'attente d'une réponse de prise en charge de type psychologique. Pour le partenaire, la situation est alors urgente. Pour le secteur de la santé mentale, la problématique peut être gérée parallèlement. La réponse apportée à la crise n'est pas toujours appropriée et bien reçue par les partenaires.

On amène le jeune aux urgences des hôpitaux qui ne savent rien faire pour eux. On retourne au CAU, mais qu'est-ce qu'on fait avec eux alors? [...] on n'a pas d'équipement, pas de service médical ou infirmier pour donner des neuroleptiques pour calmer la crise...(CAU)

Cet exemple même renvoie à plusieurs questions : la manière de gérer la crise (par le partenaire et par le secteur de santé mentale), la représentation des acteurs du champ de la santé mentale (avant tout l'hôpital, première réponse à l'urgence), la motivation par la réponse médicamenteuse,... et surtout le sentiment pour les partenaires d'être dépourvu et de répondre à la situation par la « débrouille ».

Ce chapitre nous illustre la **multiplicité des demandes** et donc des motivations qui y sont liées. Chaque partenaire approche des motivations spécifiques aux problématiques qu'il rencontre et aux réponses qu'il apporte. Ainsi, les motivations liées à la demande peuvent traduire un besoin d'éclaircissement, un sentiment de complexité trop important, une problématique multifactorielle (et donc multidimensionnelle), la perception d'une urgence, ou encore l'état (suite à un testing, un bilan préalable) d'une problématique claire de santé mentale.

► La collaboration motivée par un partenaire : lorsque la demande vient du partenaire...

Nous constatons que les acteurs des secteurs médicaux et médico-sociaux, tels que les PMS, PSE, ONE, médecins ont accès à des **bilans** (que certains réalisent eux-mêmes). Si le résultat est positif concernant un trouble psychologique, cela motive la collaboration puisque le bilan lui-même justifie la collaboration. Le bilan même est alors facilitateur dans la collaboration, car il peut être gage de crédit face à l'intervenant du secteur de la santé mentale.

Cependant, nous constatons également que lorsqu'un intervenant a le sentiment qu'un bilan n'est pas utilisé et considéré à sa juste valeur, il est source de frustration et peut déforcer

l'envie de collaboration d'une équipe (c'est le cas d'équipes PMS qui constatent que des enfants qu'ils orientent vers un service de pédopsychiatrie sont sujets à repasser un nouveau bilan, sans tenir compte de celui qu'ils ont déjà réalisé).

Le fait que le service partenaire n'ait pas la **capacité de répondre** à la problématique entraîne la collaboration. L'incapacité de réponse peut être due à une surcharge de travail pour le service partenaire ou une inadaptation dans la réponse.

La pénurie et la surcharge de travail des services sociaux entraînent une dynamique de réseau, parce que tout seul, c'est plus difficile de résoudre les problèmes [...] ça oblige à décloisonner. (PMS)

Cela rejoint l'idée de la spécificité des problématiques à l'origine des demandes de pédopsychiatrie. Notons que certains partenaires rencontrés ont, au sein de leur structure, intégré des professionnels de la santé mentale tels que des psychologues. Cependant, lorsqu'un psychologue est présent dans l'équipe, celui-ci a rarement l'occasion de pouvoir prendre en charge complètement l'enfant dans sa problématique, par manque de temps, ou par inadéquation dans son type de travail (formation inadaptée, tranche d'âge trop spécifique,...). Enfin, il y a des situations où les conditions de prise en charge proposées par le service ne sont plus adaptées à l'enfant, et qui justifient un relais vers une structure tierce (à l'exemple des CRF).

Le **niveau d'information** qu'ont les partenaires sur une situation pousse à prendre des contacts de collaborations, souvent dans le cas où les services manquent d'informations à propos d'un jeune et voudraient les compléter. Selon les situations et le type d'intervenants en relation, ce besoin est un moteur de collaboration.

► La collaboration motivée par l'origine de la collaboration : d'où provient l'impulsion des collaborations ?

Comme nous l'avons déjà abordé plus tôt, le secteur de l'enfance, de la pédiatrie, de la jeunesse a cela de particulier : les premiers concernés sont des enfants. Il en découle donc la présence d'un **intermédiaire** entre l'enfant et le professionnel, qu'il s'agisse d'un parent ou d'un tuteur responsable (occasionnel ou à long terme). L'enfant, bien qu'il soit le centre de la préoccupation, est rarement le décideur direct de son parcours et des intervenants qui le composent.

Une collaboration peut être impulsée par **diverses sources**. L'impulsion peut provenir du service lui-même, d'un service partenaire, de l'usager dont il est question et/ou de sa famille, d'une personne ou d'un service tiers (ça peut être le cas lors de mandats ou lors de relais).

A ce sujet, les services (mais aussi les intervenants de pédopsychiatrie) sont unanimes sur un point : lorsque la demande provient de l'enfant ou de l'intermédiaire légal (famille, tuteur), la collaboration est facilitée.

Notons à ce propos, que l'implication volontaire ou non de l'usager (et de sa famille) stimule la collaboration. Il paraît évident que si la demande émane de l'usager, la collaboration est plus facile à lancer mais aussi à diriger et maintenir.

Nous pouvons constater que l'impulsion diverge selon le service en relation. Ainsi, les autorités mandantes ont tendance à se retrouver à l'origine d'une collaboration, il en est de

même pour les services de prises en charge résidentiels. Les différentes structures du secteur scolaire (en ce compris les PMS et PSE) ont tendance à fonctionner avant tout entre elles, en réalisant des bilans par exemple, avant d'entamer une démarche vers le secteur de pédopsychiatrie.

Soulignons également ici que les partenaires rencontrés ressentent peu d'impulsion en provenance du secteur de la santé mentale lui-même. N'oublions pas que les missions de certains partenaires (tels que les AMO) les obligent à ne pas entrer en contact avec le secteur dans le cadre de situations.

Il semble enfin que, par la suite, lorsque l'impulsion provient de ce que nous appellerons ici un **niveau d'action supérieur**, tel qu'une autorité mandante ou un médecin, la pérennité d'une collaboration se maintienne plus facilement avec les acteurs en relation. Ce constat provient essentiellement des services de l'aide à la jeunesse et de tout service prenant en charge des enfants dans le cadre de mandats ou dans un cadre médical.

De manière générale, nous pouvons constater que l'impulsion peut provenir de quatre origines :

- l'enfant (situation très rare);
- le partenaire lui-même, alors « envoyeur » qui se met directement en relation avec l'acteur de pédopsychiatrie ou qui est mis en contact directement avec celui-ci ;
- par un intermédiaire : le partenaire passe par une tierce personne pour impulser la collaboration. Ce tiers peut être la famille à qui le partenaire renvoie l'information et la nécessité d'une prise en charge d'ordre psychologique, ou, le cas échéant, le mandant, mais il peut également s'agir de l'entourage d'un partenaire (par exemple, un enseignant pour le PMS) ;
- un acteur ou service du secteur de la santé mentale des enfants ou adolescents, mais cela semble plus rare.

► La santé mentale, l'alternative de la dernière chance...

A plusieurs reprises, des partenaires rencontrés ont manifesté le peu de relations entretenues avec le secteur de la santé mentale des enfants et des adolescents.

Certains justifient ce constat par l'importance de **l'éducation avant tout**. Les services n'éprouvent pas le besoin de se mettre en contact avec le secteur de pédopsychiatrie, estimant que pour la plupart des cas, un encadrement éducatif suffit. Ils ne voient pas en quoi la prise en compte de l'aspect psychologique peut intervenir là-dedans. C'est lorsque ce support échoue que l'aspect de prise en charge psychologique est envisagé.

D'autres (les autorités mandantes entre autres) font appel au secteur de la santé mentale en dernier recours, « parce que le jeune est refusé partout », ou parce que d'autres réponses ont déjà été envisagées sans succès. A ce niveau, l'encadrement (au départ éducatif) est d'abord pensé dans le milieu de vie du jeune, ensuite si besoin est, en institution, et enfin si – et seulement si – la problématique est trop spécifique, alors un suivi psychologique est envisagé.

La notion de « dernière chance » fait lien également avec le flou qui circule autour des situations, mais aussi avec la **disponibilité d'accueil** auquel le partenaire doit faire face. Ainsi, « quand on a ouvert toutes les portes et qu'il ne reste plus que celle-là ».

Ces constats nous véhiculent la dimension de la représentation du secteur de santé mentale, de la connaissance de ses activités et de sa compréhension.

► La motivation face au secteur de la santé mentale des enfants et adolescents

La **connaissance** du secteur et une bonne visibilité de l'offre qui le compose motive les démarches de collaborations. Ainsi, les services interrogés estiment motivant d'avoir des informations concernant le type de travail effectué, l'âge des prises en charge, les conditions d'admission, les missions, le personnel en charge,...c'est à dire en réalité les informations indicatives des ressources disponibles, et donc de ce qu'il est possible ou pas d'envisager pour une situation.

Comme nous l'avons constaté plus haut, la connaissance du champ de la pédopsychiatrie varie d'un secteur à l'autre voire d'un acteur à l'autre. Elle peut être liée aux personnes, plus on connaît personnellement les acteurs, mieux on connaît les institutions et le fonctionnement dans lequel elles évoluent.

NB: ce point est repris dans les facteurs renforçants car nous pouvons penser que les connaissances (et affinités) personnelles jouent un rôle d'encouragement dans la collaboration en plus des informations propres au service qu'il représente.

Nous pouvons donc constater ici que la connaissance du secteur motive les collaborations et se développe grâce à la lisibilité qu'il offre et aux connaissances et affinités personnelles qui y sont développées.

Ce chapitre met en évidence l'origine de la motivation à collaborer pour les partenaires. Nous avons pu constater qu'une motivation peut être influencée par la demande elle-même (c'est à dire les caractéristiques de la problématique liée à la situation rencontrée), par le partenaire et son institution, par l'origine de la collaboration, et par les acteurs de collaborations du secteur de la santé mentale eux-mêmes.

Regards sur les motivations de la collaboration...

A propos de la demande elle-même :

- Description pour les partenaires. Ainsi, lorsque le partenaire perçoit une situation suffisamment complexe ou urgente, il est d'autant plus motivé pour la rencontre d'une collaboration. La complexité de la situation peut provenir non seulement de la position multifactorielle de la problématique de l'usager, mais également du besoin d'éclaircissement de la situation (car la problématique de l'enfant est trop floue pour le partenaire).
 - En lien avec ce constat, nous pouvons imaginer toute l'importance de « la bonne perception » d'une situation urgente et/ou d'une problématique de santé mentale, par les partenaires et leurs collaborateurs. Cette « bonne perception », dès le départ facilite la collaboration.
- ⇒ Ce chapitre nous illustre la multiplicité des demandes et donc des motivations qui y sont liées. Chaque partenaire présente des motivations spécifiques aux problématiques qu'il rencontre, de par les réponses qu'il apporte. Ainsi, les motivations liées à la demande peuvent traduire un besoin d'éclaircissement, un sentiment de complexité trop important, une problématique multifactorielle (et donc une réponse multidimensionnelle), une perception urgente, ou encore l'état (suite à un testing, un bilan préalable) d'une problématique claire de santé mentale.

A propos de la demande motivée par le partenaire (et son organisation structurelle) :

⇒ En dehors de facteurs propres à la situation, le partenaire, de par son fonctionnement et ses activités peut soutenir, voire impulser la motivation d'une collaboration. Ainsi, la présence de bilans, l'incapacité à faire face à la problématique (par l'inadaptation des réponses qu'offre le partenaire), et le niveau d'information dont il dispose sur une situation agissent sur la motivation à collaborer.

A propos de l'origine de la collaboration et de son impulsion :

- ⇒ L'origine de l'impulsion des collaborations tient une place importante dans la qualité (et la réussite) de celle-ci. Ainsi, nous citerons en particulier ici l'importance de l'implication de l'enfant et de l'intermédiaire (famille ou tuteur légal) et la facilité issue des « niveaux d'action supérieurs ».
- ⇒ L'impulsion peut se retrouver à plusieurs niveaux. De manière générale, le partenaire se sent plus souvent à l'origine des collaborations que l'inverse (il se sent peu souvent interpellé par le secteur de la santé mentale).

A propos de la place du secteur de la santé mentale face à la demande :

- ⇒ Les collaborations avec le secteur de la santé mentale sont justifiée en partie en par sa position de « dernière alternative ». Ce constat suggère un travail de précision du rôle et des activités du secteur de la santé mentale et de ses acteurs. Cela pourrait permettre de diriger et utiliser le plus justement les collaborations, et d'éviter les conflits et ruptures de type « patate chaude ».
- ⇒ La connaissance du secteur passe par une bonne visibilité des services (d'où l'importance de la communication à ce propos) mais également par la connaissance (et aux affinités ainsi construites) des acteurs en présence.

4.2.2. Les facteurs rendant capable les collaborations ou ressources

Lorsque l'on observe l'ensemble des facteurs facilitants ou faisant obstacles aux collaborations avec le secteur de pédopsychiatrie, nous constatons des liens directs avec les facteurs motivationnels (c'est à dire ceux qui ont provoqué et dynamisé la collaboration).

Globalement, nous tenterons de répondre ici à la question de savoir : « Qu'est-ce qui peut diriger la collaboration vers un service plutôt qu'un autre ou qu'est-ce qui fait obstacle ou facilite les collaborations ? »

Nous pouvons constater que les ressources auxquelles ont accès les partenaires rencontrés sont de deux ordres : matérielles et organisationnelles/humaines. C'est dans ce sens que nous allons les observer.

► Les ressources sous leur forme matérielle...

Dans cette première approche des ressources nécessaires à la collaboration, les entretiens ont mis en évidence l'importance de l'accessibilité financière et géographique.

Ainsi, dans le choix et la direction d'une collaboration, les partenaires tiennent compte avant tout de la **localisation du service**. L'information géographique est prise en compte par chaque partenaire car il conditionne l'accessibilité à la prise en charge de la santé mentale de l'enfant (et indirectement son suivi). Comme expliqué plus haut, nombre de partenaires rencontrés déclarent avoir été en lien avec un service situé hors territoire (pour des raisons de spécificités de prise en charge ou de disponibilités de places), ce qui ne facilite pas toujours les contacts entre services. D'autre part, qui dit localisation géographique éloignée dans le cadre d'une prise en charge ambulatoire, dit coûts de déplacement plus élevés. Cela peut limiter l'envie de collaborer des partenaires, voire l'annuler pour des familles plus défavorisées.

Parallèlement à ce constat de coût de déplacement, entre en jeu le **facteur financier**. Nous envisageons ici le coût d'une collaboration pour l'usager, mais également pour le partenaire qui doit éventuellement l'inclure dans les prestations de suivis de ses usagers (temps à y consacrer et déplacements). Dans le même esprit, la capacité financière de l'usager agit sur l'accès à la prise en charge. C'est ainsi que la connaissance des frais de consultations ou de prises en charges peut diriger la collaboration vers un service plutôt qu'un autre.

Prenons l'exemple des services d'AAJ. Leur public est souvent très précarisé.

Dans le cadre de relais surtout, le partenaire envisage l'aspect financier, aussi bien pour les déplacements de l'usager, pour les siens lorsqu'il y a une réunion de suivi pour la prise en charge, mais aussi parfois pour les examens de pré-admission (surtout si ceux-ci, au final, n'aboutissent pas à une prise en charge).

Seul le CPAS jeunesse, de par le statut particulier qu'ont les personnes en présence n'éprouve pas de difficulté directe en ce qui concerne l'aspect financier.

D'un point de vue financier toujours, n'oublions pas que « le temps, c'est de l'argent ». Cet adage prend ici toute sa signification, notamment à travers le temps que le partenaire consacre à la construction ou au maintien d'une collaboration. Pour les partenaires qui travaillent à la

« prestation » tels que les médecins et les intervenants des maisons médicales l'ont souligné, cela peut poser problème au niveau de la facturation.

► A travers le fonctionnement du secteur de la santé mentale...

Le paragraphe précédent abordait les ressources matérielles et pratiques impliquées dans les facteurs de construction des collaborations. Parallèlement, nous abordons ici les facteurs non matériels, inhérents au fonctionnement des institutions.

Un point fait débat concernant l'accessibilité des services du champ de la pédopsychiatrie : les **conditions d'admissions**.

Presque tous les services ont mentionné des difficultés quant aux conditions d'admissions demandées par les services offrant une prise en charge de la santé mentale pour les enfants et adolescents. Il peut s'agir de conditions d'admissions liées à l'**âge** (dont la difficulté de trouver des services disponibles pour les adolescents et jeunes adultes), d'implication et de motivation du jeune et de la famille, d'attitudes comportementales (non-violence, non-agressivité), de domiciliation, etc.. Les services d'aide à la jeunesse pointent en particulier les conditions de tolérance au symptôme et de domiciliation. En effet, l'AAJ a l'habitude d'avoir à sa charge des jeunes à tendance violente et agressive, ce qui n'est pas toujours accepté en préalable à une prise en charge psychologique.

Le secteur pédopsy ne conserve pas la violence, donc quand il y a violence, le jeune est renvoyé au CAU qu'il ait ou non un trouble psy (CAU).

En parlant des conditions liées aux comportements des jeunes : les limites de ces services psy sont parfois déstabilisantes. (CAS)

La violence pose problème, tout le monde se rejette la balle, personne ne se sent capable de prendre en charge le jeune. (CAS)

Les services d'AAJ résidentiels, lors de relais, rencontrent eux une difficulté quant à la **domiciliation** du jeune. Certains services du champ de pédopsychiatrie résidentiel veulent avoir la garantie, avant d'entamer la prise en charge, que l'enfant, à sa sortie puisse retrouver son domicile ou, le cas échéant un accueil résidentiel prédéfini. Or, le service d'aide à la jeunesse qui prévoit le relais vers la pédopsychiatrie ne peut pas toujours garantir qu'il sera le lieu idéal et accessible au jeune à sa sortie. Cette situation peut aller jusqu'à amener le service d'AJ à fausser la réponse pour que le jeune soit tout de même pris en charge.

Si on ne promet pas de ré-accueillir le jeune à sa sortie, on est coincé [...] promettre que dans un an, le service va reprendre le jeune sans savoir ce qui va changer au cours de cette année [...] en plus à des périodes telles que l'adolescence, c'est presque impossible pour nous. [...].

Alors on dit oui (à propos de la capacité de ré-accueil du jeune dans le service d'AJ) et on sait bien qu'on discutera avec le jeune, le SPJ... dans 1,5 an... (SAAE)

...on veut réorienter parce que le jeune n'a pas sa place au CAU, mais le service psy veut une porte de sortie après son intervention. (CAU)

Il y a trop d'exigences de la part du service psy. : implication de la famille, que le jeune rentre le WE [...] or, dans beaucoup de cas, il n'y a pas de stabilité autour du jeune. Ces exigences sont justifiées mais pas toujours possibles. (SAAE)

Il arrive également que les partenaires rencontrent la difficulté de conditions liées au besoin d'implication, de **motivation du jeune mais également de la famille**. L'aide à la jeunesse (service et autorités mandantes) et PMS en ont fait le constat. Cette condition soulève la question de l'implication familiale mais également de la prise en charge des jeunes orphelins. Dans ce dernier cas, il arrive que les services du champ de pédopsychiatrie demandent un tiers thérapeutique, qui ne peut pas toujours être le partenaire car cela demande beaucoup d'investissement.

Certains demandent le tiers thérapeutique, et si ce n'est pas la famille, c'est nous, mais on ne peut pas se mobiliser autant que le pourrait une famille. Le service peut collaborer mais pas toujours autant qu'on nous le demande. (SAAE)

Dans la question des conditions d'admissions est soulevée également celle des **étapes de pré- admission**. Celles-ci, selon les centres, nécessitent parfois plusieurs rencontres et entretiens qui peuvent être une charge importante pour le service qui a la charge du jeune, tant en termes de temps que d'argent, sans compter la possibilité d'échec que cela peut représenter pour le jeune (et le service partenaire).

Concernant les ressources du champ de pédopsychiatrie en général, les services partenaires rencontrés se rendent bien compte que leur nombre fait défaut. Nous constatons ici, que les services partenaires font appel ou travaillent beaucoup avec les services du champ de pédopsychiatrie qui ont une même approche. Ainsi, en termes de lacunes, les services d'aide à la jeunesse qui ont une **approche en milieu de vie** se trouvent particulièrement dépourvus et en recherche de services actifs en milieu de vie. Pour eux, le secteur de la santé mentale est particulièrement réticent pour cette approche, entre autres dans le respect des préalables relatifs à l'investissement des usagers (le patient doit idéalement faire la démarche d'aller vers plutôt que le contraire). Si l'on observe le tableau des approches (tableau 8 p.58), le nombre de types de services qui proposent ouvertement cette approche sont plus nombreux dans les secteurs partenaires qu'au niveau de la santé mentale.

Ici encore, le **facteur temps** (précédemment lié aux implications financières) tient un rôle de ressource dans les collaborations.

Une grande difficulté rencontrée par les partenaires vis-à-vis du secteur de pédopsychiatrie est la présence de délais. Les délais d'attente avant la prise en charge sont parfois trop longs, sachant que pour beaucoup de partenaires, le facteur déclenchant d'une collaboration est l'urgence. Le besoin d'avoir une réponse rapide à une situation précise dans un contexte de crise guide la demande, et le sentiment d'être dépourvu face à cette situation est alors problématique. Car en attendant, il faut gérer la crise, l'enfant, ses parents, et prendre le risque d'observer la situation se dégrader. Parfois, la **synchronicité** entre crise perçue et prise en charge est mauvaise, et, lorsque le service du champ de la santé mentale est disponible, la crise est passée. Les partenaires craignent ces situations, car lorsque la place est disponible, l'enfant (ou sa famille) ne souhaite plus la prise en charge, et à la crise suivante, les dégâts peuvent être plus conséquents.

Le fait de ne pas avoir le temps d'attendre une place dans un service peut entraîner une mauvaise orientation du jeune, « faute de mieux ».

Quand le délai est trop important, même si le service est idéal pour la situation, on va vers le premier qui est disponible. (SAIE)

► Lorsque les ressources font lien avec le partenaire...

Lorsque nous envisageons les ressources qui entrent en jeu dans les collaborations, nous pouvons constater également des facteurs directement en lien avec les partenaires et leur mode de fonctionnement.

Ainsi, la présence d'un travailleur psycho-social ou médical chez le partenaire est une ressource positive à la collaboration.

En effet, qu'il s'agisse de services d'aide à la jeunesse, de services scolaires (PMS-PSE) ou médicaux (certaines maisons médicales, CRF), il semble évident que les relations et la communication entre collaborateurs est facilitée lorsqu'elle se fait **entre pairs**. Ainsi, la présence d'un psychologue dans une maison médicale améliore l'échange d'informations et la compréhension de celles-ci vers les autres intervenants de la maison médicale. De même, lorsque les intervenants en relations proviennent du secteur médical ou paramédical (ex : les infirmières de PSE), ils ont plus de facilités à échanger avec les acteurs de la santé mentale (hospitaliers avant tout).

Ce constat est également posé à un niveau plus institutionnel. Ainsi, si une équipe partenaire est invitée à une réunion de réflexion sur un sujet qui traite de la santé mentale, et qu'un psychologue fait partie de l'équipe, c'est lui qui y sera envoyé.

Nous constatons également, qu'en termes de ressources facilitatrices de collaborations, la **visibilité** et les **informations** qui sont véhiculées par et sur les services est un élément clé.

Un service qui offre une bonne visibilité de son action, ses missions, le public avec lequel il travaille (type et âge), les problématiques visées, ses conditions d'admissions (très importantes ici), les tarifs de ses prestations, les approches qu'il utilise (possibilité d'une mobilité dans le milieu de vie), les orientations thérapeutiques dans sa prise en charge psychologique, le nombre de places dont il dispose et si possible les places encore disponibles.

Parmi ces informations, nous constatons qu'il s'agit en partie d'informations dynamiques, c'est-à-dire d'informations qui fluctuent dans le temps, en fonction des activités des services en question (places disponibles, activités proposées,...). De plus, l'idéal ici est de rassembler les informations en un même pôle.

Il semble qu'une grande partie de ces informations fassent défaut aux yeux des partenaires rencontrés, entre autres les informations des nouveaux services ainsi que les informations concernant les changements et remaniements des services existants (tant en terme de personnel qu'en terme d'activités). L'idée du répertoire construit dans la première partie du travail rencontre donc cette lacune, le tout étant de le rendre dynamique.

A propos du secteur de la santé mentale : *Je me rends compte que je ne connais rien, que je suis nul. (MG)*

Nous citerons également le **mandat** dans les éléments ressources d'une collaboration. Illustré plus haut parmi les « impulseurs » de la collaboration, il est reconnu pour les uns comme facilitant à la collaboration notamment dans l'organisation des réunions de coordination, mais également comme obstacle de collaboration. En effet, le mandat implique également une étape supplémentaire dans l'orientation des jeunes qui peut être conditionnelle. Il s'agit d'un échelon de plus à gravir dans la hiérarchie du secteur de la jeunesse et de ses autorités. Cela peut expliquer l'obstacle que constitue le mandat pour les services qui en dépendent.

Ce qui est dur, c'est le mandat : quand il y a un cadre judiciaire et que le service demande l'accord des parents, ça peut ne pas marcher. (SAIE)

Certains services semblent accepter plus facilement la prise en charge lorsque les demandes viennent des juges. (SPJ)

Regard sur les ressources des collaborations...

Observer les ressources, ou facteurs rendant capables les collaborations, nous permet de soulever quelques constats. Ce chapitre a regroupé les ressources sous trois formes, que nous reprenons ci-dessous :

A propos des ressources matérielles influant la collaboration :

⇒ Les partenaires (et usagers) tiennent compte avant tout des facteurs financiers et/ou géographiques et de leur impact sur les collaborations. Ces facteurs ont un impact aussi bien sur la capacité de collaboration du partenaire (capacité de déplacement, capacité de prestations,...), que sur celle de l'usager et de son entourage. Lorsqu'ils entrent en jeu, ces facteurs ont une influence directe avec la motivation, mais agissent également sur les modalités des collaborations.

A propos des ressources d'accès non-matériels :

Observer les ressources sous l'angle non-matériel (organisationnel) soulève des questions d'accessibilité à la collaboration tels que les questions de conditions d'admissions, d'adéquation des approches des services, et du temps-ressource.

- ⇒ L'organisation de l'offre en santé mentale suppose des **conditions d'admission** adéquates aux réalités et aux besoins des partenaires, qui peuvent faire obstacle à la collaboration. Nous citerons, parmi celles-ci l'organisation de l'accueil, les conditions liées à l'âge de l'enfant, à la tolérance au symptôme, à la domiciliation du jeune, à la motivation explicite du jeune et de sa famille, aux étapes de pré-admission,... Chacune de ces conditions favorise ou stoppe la dynamique d'une collaboration en route.
- A travers les entretiens, nous constatons que les partenaires travaillent surtout avec les services qui ont une même approche (résidentiel-résidentiel; ambulatoire-ambulatoire,...). Parallèlement, comme nous l'avons déjà soulevé dans le descriptif de l'offre en santé mentale, les services qui offrent une approche en milieu de vie sont insuffisants selon les partenaires.
- ⇒ Dans le même esprit, la présence de professionnels d'orientation psycho-médicale est considérée comme une ressource facilitatrice dans les collaborations. En effet, la collaboration entre pairs est privilégiée (facilitée par la communication).
- ⇒ L'accès à une information sur le secteur de la santé mentale et ses services joue dans les facteurs d'accessibilité de ceux-ci. Entretenir un répertoire dynamique est gage d'une ressource importante pour les services.
- Enfin, la position du partenaire, et notamment du mandat, rend accessible ou non la collaboration (en fonction du partenaire). Pour certains (dont les mandants), par sa présence, il va forcer la collaboration (convocation à une rencontre, obligation de mise en relation et enjeu de motivation). Par contre, pour les SAAJ qui travaillent dans des délais plus rapides (tels les CAU), la présence du mandat est « handicapante ».

4.2.3. Les facteurs renforçants les collaborations

Nous parlons ici de facteurs de renforcement car, bien qu'ils soient liés à la dynamique de collaboration, ils viennent soutenir l'implication d'une collaboration ou au contraire la déforcer. Ils sont dits encourageants ou décourageants et, le plus souvent, ces facteurs sont d'ordre plus « subjectifs » car ils font appel au vécu, au ressenti des personnes concernées par la collaboration.

▶ Des spécificités de travail et une reconnaissance mutuelle...

Le premier constat apporté par les partenaires à ce niveau porte sur la **connaissance et la reconnaissance mutuelle des acteurs et de leur travail**. Qu'il s'agisse des acteurs du champ de la santé mentale ou des autres.

La reconnaissance passe par la connaissance du travail, des techniques de travail, des missions du partenaire, de la spécificité, du champ d'action et des limites de chacun.

C'est très difficile parce que nous on a aussi nos limites, on n'est pas psy. (SAIE)

On reçoit parfois l'idée que « le CAU ? ça ne vaut même pas la peine, on ne reste pas assez longtemps chez vous, les enfants ne restent pas assez longtemps ». (CAU)

On dirait que eux ont une vision des choses et que nous on en a une toute autre...suivant que l'on soit sur le terrain ou non. (CPAS j.)

C'est parfois un autre monde, le système dans lequel on travaille, les valeurs de travail sont différentes. (PMS Sp.)

Ainsi, mis à part les autorités mandantes, tous les partenaires rencontrés déclarent ou confirment travailler plus harmonieusement lorsqu'ils ont l'impression d'être reconnu en temps que tel.

Par rapport au secteur de pédopsychiatrie, des partenaires de l'aide à la jeunesse précisent que leur secteur est fort différent (notamment par ses missions nuancées), et qu'il est important pour eux que cette différence soit reconnue, qu'ils ne sont pas « psy ». Des regards différents sur les problématiques justifient les spécificités de chacun des acteurs mais peuvent également justifier la complexité des relations entre ces différents acteurs.

Les acteurs travaillant en milieu de vie revendiquent leur spécificité quant à leur regard du terrain et certains d'entre eux précisent qu'il serait judicieux de faire appel à ce regard spécifique pour réfléchir à l'avenir des prises en charge.

Un acteur du secteur du handicap dira « on est un peu parfois sur deux planètes différentes ».

Parallèlement à ce constat, le fait d'avoir des missions similaires à leurs collaborateurs permet, pour les services interrogés, de faciliter le travail commun.

D'autre part, nous pouvons remarquer que le sentiment de (manque de) reconnaissance semble lié au départ, à la connaissance du travail des partenaires (par les collaborateurs), exception faite du secteur médical (secteur qui semble mieux reconnu par tous). Les médecins généralistes libéraux et de maisons médicales éprouvent quant à eux plutôt des difficultés concernant le suivi des traitements médicamenteux.

Nous l'avons constaté plus haut, le fait de connaître les collaborateurs (potentiels ou en devenir) facilite la collaboration.

Cette connaissance des acteurs collaborateurs peut notamment se construire suite aux expériences de **collaborations antérieures** et/ou aux **connaissances personnelles** que les intervenants ont dans les secteurs connexes.

Ces deux derniers facteurs sont réellement impliquants dans les collaborations futures, pour la plupart des acteurs. Ainsi, si une collaboration antérieure s'est fort bien déroulée, réitérer l'expérience avec le service en question sera plus facile.

Sur les 18 groupes de partenaires interrogés, 14 ont affirmé spontanément l'importance des relations interpersonnelles entre les professionnels lors de collaborations. Ainsi, ils dirigent leurs collaborations vers une institution plutôt qu'une autre en fonction des personnes qui y travaillent. Lorsqu'ils ont un peu plus d'expérience, ils savent à qui demander quoi et pour quelle raison. Les relations de personne à personne semblent avoir un lien avec la qualité de la prise en charge.

Seule une autorité mandante dira ne pas faire appel à ses connaissances personnelles, l'intérêt de l'usager se trouvant avant tout dans ce que le partenaire peut lui apporter en termes de service.

► Une culture propre de l'urgence ...

Beaucoup citeront les relations construites autour de l'**urgence** comme étant particulièrement problématiques.

En effet, chaque secteur, voire chaque service, en a sa vision propre et les caractéristiques qui vont avec. Ainsi, le secteur scolaire dit répondre avant tout à l'urgence dite « vitale » des enfants c'est-à-dire répondant aux **besoins primaires**. Pour eux, l'urgence touchera le secteur de pédopsychiatrie lorsque la santé mentale de l'enfant met en péril cet équilibre fondamental. Un représentant PSE illustre ce fait en expliquant qu'ils s'intéressent tout particulièrement aux troubles alimentaires et à leur prévention, lorsqu'ils constatent un manquement ou un déséquilibre à ce niveau et qu'ils ne parviennent pas à le résoudre, ils font alors appel au secteur de la santé mentale.

Inversement, un service d'urgence de l'aide à la jeunesse constate toute sa difficulté à gérer des situations de grande détresse psychologique. Face à de telles situations, avec un personnel non adapté pour la gestion de crises reconnues à caractère psychologique (car trop peu nombreux et non spécialisé), l'aide à la jeunesse résidentielle se sent particulièrement dépourvue et a régulièrement l'impression d'observer la situation se dégrader dans l'attente d'une solution, voire d'une place disponible pour y répondre.

Ici encore la **notion de temps** intervient dans la compréhension de l'urgence. L'urgence, pour les partenaires, implique une réaction directe et rapide, ce que le secteur de la santé mentale des enfants et adolescents n'offre pas souvent assez à leurs yeux. Ce constat a été énoncé à plusieurs reprises par les services actifs dans le milieu de vie. Des représentants partenaires précisent toutefois qu'ils peuvent comprendre cette nuance de travail, propre aux prises en charges psychologiques.

Certains, tels le CPAS j., relient la difficulté de faire face à l'urgence à sa communication :

Sur le terrain, on est sans doute très inquiet. Parfois on a un enfant qui se dégrade et toute la famille en souffre, et on a l'impression que parfois on n'arrive pas à le porter et à le transmettre au milieu psychiatrique [...] on n'a pas les mêmes peurs. (CPAS j.)

Il n'y a pas d'urgence en psychiatrie, et nous, qu'est-ce qu'on fait ? (MG)

► La communication et le transfert d'informations entre le secteur de la santé mentale et les partenaires...

Ce point a également été abordé lors de toutes les rencontres. En effet, la **circulation des informations** entre les différents secteurs ne va pas de soi. Tout d'abord, comme nous l'avons abordé plus haut, la culture des secteurs étant bien différente, le vocabulaire, les termes et leurs nuances, ainsi que la manière et la modalité pour le dire varie et peut entraîner des difficultés de compréhension.

Une autorité mandante dira, à propos de la communication avec le milieu de la santé mentale :

Il faut entrer dans la catégorie mentale des psy., c'est un milieu particulier (autorité mandante).

J'en ai marre de la santé mentale et de sa planète bleue (autorité mandante ayant refusé la participation à une interview)

Nous on ne comprend pas toujours bien leurs infos [...] je pense qu'on n'est pas toujours sur la même longueur d'onde (CPAS j.).

Face à ces réactions, nous pouvons imaginer le facilitateur que représente la présence de personnel à formation psychologique dans les équipes partenaires.

De plus, la **nature des informations communiquées** n'est pas toujours celle attendue par le partenaire. Plusieurs d'entre eux, parmi lesquels les partenaires organisant des accueils résidentiels, souhaiteraient avoir plus d'informations pratiques sur la manière de procéder et de se comporter avec le jeune plutôt que les informations d'ordre pathologique. Il est important pour eux d'avoir un retour afin de pouvoir adapter leur travail, et de se rassurer sur leur manière de le mener.

Souvent nous n'avons pas de retour, ce qui est assez frustrant parce que si on oriente, c'est pour avoir un diagnostic et une piste de travail. (Enseignement Spécialisé)

On aimerait avoir plus d'informations sur ce qu'on peut faire avec le jeune. (CPAS J.)

Ca m'intéresserait de savoir sur quoi ils se basent pour donner leur diagnostic, leur méthode de travail, si ils se basent sur un dessin, sur un jeu,... (AMO)

Ensuite, et ce point peut amener à polémique (même au sein des partenaires), lorsque l'on parle de la santé mentale d'un enfant, entre en jeu la notion de **secret professionnel**. Certains des partenaires interrogés expliquent les problèmes de communication et de partage d'information entre leur secteur et celui de la santé mentale des enfants et adolescents par la présence du secret professionnel. Cependant, l'avis concernant le secret professionnel est controversé. Nous constatons que le secteur éducatif / d'aide à la jeunesse éprouve beaucoup de difficultés vis-à-vis de celui-ci et serait à la demande d'appliquer plus souvent le secret professionnel partagé. Ils nuancent cependant le propos par le type d'informations qu'ils jugent intéressantes à avoir, tout en constatant que selon la personne, les informations passent ou non. Ici encore, les affinités personnelles sont directement liées, ainsi que la nature de l'information véhiculée.

C'est important que l'enfant ait son jardin secret [...] On est parfois plus dans l'attente de pistes pour les futures prises en charge. (SAIE)

Le secret professionnel n'est par contre pas problématique pour les secteurs où l'on rencontre du personnel médical (cela rejoint le facilitateur que représentent les missions similaires et les cultures identiques) ainsi que pour les autorités mandantes.

Les médecins généralistes cependant posent un autre questionnement : comment s'intéresser au suivi psychologique tout en garantissant une intimité de celui-ci. En y répondant, les médecins généralistes expriment leurs difficultés avec les services psychologiques des hôpitaux. Un médecin nous dira que ce qu'ils veulent essentiellement savoir, ce sont les informations liées aux traitements médicamenteux lorsqu'il y en a. Le reste, il préfère ne pas le savoir et le laisser entre le service du champ de la santé mentale et son usager.

Concernant le transfert d'informations entre intervenants, à plusieurs reprises, les partenaires interrogés parlent de **sens** unique dans la communication. A leurs yeux, ils font plus souvent la démarche vers le secteur de santé mentale que l'inverse.

C'est surtout nous qui allons vers eux, qui demandons des informations, mais pas dans le sens contraire. (TMS – ONE)

On est un peu parfois sur deux planètes différentes, surtout quand eux doivent faire appel à nous, ce n'est pas dans leurs habitudes. (CRF)

Quand il y a contact et coordination qui se fait, c'est toujours dans le même sens, c'est nous qui prenons l'initiative de contacter la personne de référence. (MG)

Notons également que beaucoup d'informations transitent par la **famille**. C'est une condition de travail pour certains (surtout les structures ambulatoire et de travail en milieu de vie), il n'est alors pas question d'utiliser des informations directement glanées auprès du partenaire. Lorsque ce principe est directement lié aux missions, cela semble faciliter le positionnement quant au secret professionnel.

► Entre la santé mentale et l'enfant, sa famille, le partenaire, souvent un intermédiaire...et une peur face à la santé mentale...

Ici encore entrent en jeu **l'enfant et sa famille**. Lorsqu'un travail de réseau se met en route et pour qu'il soit cohérent, les différents intervenants gravitant autour et avec l'enfant tentent de se mettre en lien et en contact.

Comme nous l'avons soulevé plus haut, d'un commun accord, les partenaires s'accordent à dire que lorsque l'impulsion vient du jeune et de sa famille, et lorsque ceux-ci s'impliquent activement dans la prise en charge, la collaboration est facilitée. La **compliance** du jeune et la place active des parents dans le processus de prise en charge pouvant également être un critère d'admission, nous comprenons toute l'importance que ce point soulève.

Cependant, lorsque la famille rassemble **les informations**, les services peuvent rencontrer des difficultés pour la coordination des acteurs dans le réseau. Il arrive que les intervenants se heurtent à des informations déformées voire occultées par la famille, ce qui peut ralentir ou compliquer le réseautage.

N'oublions pas que beaucoup d'intervenants passent obligatoirement par l'intermédiaire des parents ou tuteurs légaux pour se mettre en relation avec leurs partenaires.

Pour nous, la place des parents et de la famille est centrale : le PMS propose une prise en charge, le conseille vivement, mais si les parents ne font pas la démarche qui suit, rien ne bouge. (PMS)

Quand les parents refusent une prise en charge : l'enfant reste sans soins. (PMS Spécialisé)

Lorsque nous sommes face à une réorientation, nous donnons les informations et les familles décident. (CPF)

C'est le cas des services d'aide à la jeunesse travaillant sans mandat, du secteur scolaire, de l'ONE, des CPF et du CPAS. Ainsi, des bilans réalisés par le PMS sont donnés aux parents qui, théoriquement, devraient en faire part au futur service en charge de leur enfant. Or, les services constatent que ces documents ne sont pas nécessairement connus et transmis au service alors intéressé. Les services rencontrent également des situations

Nous aborderons enfin dans les facteurs de renforcement, la particularité que représente le secteur curatif de la santé mentale, et plus particulièrement de la santé mentale des enfants et adolescents. Pour les acteurs de terrain, la **santé mentale fait peur**, et plus particulièrement la psychiatrie. L'image de la psychiatrie reste emplie d'étiquettes que les parents craignent de se voir stigmatiser. N'oublions pas que dans beaucoup de cas, la famille (ou, le cas échéant, l'autorité mandante) reste un intermédiaire obligatoire dans la prise en charge de la santé mentale. Le partenaire a parfois l'impression de passer beaucoup de temps à convaincre de l'utilité d'une telle prise en charge.

Tout ce qui touche au mental fait peur aux familles : « un psychologue ou un pédopsychiatre, c'est pour les fous ». (TMS- ONE)

On voit que d'office ils font un petit peu le ménage avec d'autres intervenants, dont ceux de la santé mentale. (AMO)

Idéalement, la famille doit être convaincue de l'utilité de la prise en charge.

L'importance des expériences antérieures et des relations personnalisables...

Nous constatons que les expériences antérieures des partenaires dirigent indéniablement l'envie de collaborer ou le type de collaboration et les collaborateurs. Plusieurs situations similaires ont été rencontrées par les partenaires justifiant ou non à leurs yeux les collaborations.

Il semble évident que les partenaires ayant une certaine expérience dans leur secteur et avec le réseau qui les entoure développent des **affinités personnelles** auprès de certains collaborateurs. Affinités qui guident alors par après leurs collaborations. A plusieurs reprises, des partenaires évoqueront l'idée que pour les collaborations ils sont parfois plus guidés par les personnes que par les services eux-mêmes.

Les affinités personnelles sont également développées lors de **rencontres plus institutionnelles ou informelles** de type journées d'études, colloques, rencontres intersecteurs, etc. Ainsi, dans près d'un tiers des rencontres, cet aspect a été évoqué et présenté

comme bénéfique pour les collaborations futures. Ces rencontres permettent en outre de mettre un nom sur un visage quand les contacts autour de situations ne sont qu'indirects.

Nous pouvons constater que les groupes de travail intersectoriels, lorsqu'ils existent sont organisés à un niveau très local (commune), ou liés à une institution commune qui regroupe différents partenaires en son sein. C'est le cas de certains gros CPAS au sein desquels on peut retrouver des services divers (CPF, SSM,...).

Notons également ici que les acteurs qui se disent « de terrain », car travaillant en milieu de vie, ont présenté des réticences sur la forme des groupes de travail, qu'ils ont tendance à trouver trop théorique et difficile à intégrer dans la pratique (CPAS j., ONE).

D'autre part, l'expérience nourrit une certaine forme de **connaissance du secteur**, qui confortera ou non le partenaire dans ses collaborations.

Des partenaires diront qu'il leur est arrivé de diriger leur patient vers un service car ils le jugeaient nécessaire mais que ce service ne réponde pas à leurs attentes dans la réception de la demande. Le partenaire se fait une idée de la personne qui recevra la demande ainsi que sur la manière de la recevoir. Ils se sentent alors incompris et disent avoir tendance à ne plus vouloir engager de collaboration avec cet intervenant ou ce service.

Parfois, on veut voir un pédopsychiatre, et on se retrouve avec un entretien avec la psychomotricienne. (TMS-ONE)

Est-ce que les centres de guidances ont réfléchi à la manière d'accueillir une famille plus défavorisée ? (SAAE)

Ce constat fait lien avec la notion de reconnaissance mutuelle du travail et des actions de chacun, reconnaissance liée peut-être à la communication faite à propos du travail.

► La médication en santé mentale...

Nous avons pu également entendre le questionnement de certains partenaires à propos de la médication des enfants.

Parmi les groupes d'acteurs rencontrés, la moitié ont évoqué spontanément la médication (le point de la médication n'étant pas repris explicitement dans le guide d'entretien).

Cependant, les observations à ce sujet sont de deux ordres. Les uns portent leurs remarques sur la place de la médication dans la prise en charge de la santé mentale, sa présence et son utilisation. Les autres (le corps médical essentiellement) interrogent la communication des (entre) intervenants à son propos.

C'est avant tout le secteur de l'enseignement (et ce compris, PMS, PSE, PMS et enseignement spécialisé), le secteur social (CPAS) et certains acteurs de l'aide à la jeunesse (AMO,...) qui ont évoqué la place particulière des médicaments dans les prises en charge. Les partenaires constatent beaucoup de prescriptions médicamenteuses à base de methylphénidate, psychotrope indiqué dans le traitement de troubles déficitaires de l'attention avec hyperactivité.

Ils expriment de grandes craintes à ce sujet, et leur inquiétude face à une confusion entre troubles psychologiques et éducationnels.

Certains font part de leurs craintes au sujet du nombre grandissant d'enfants pour lesquels ce type de médicament est prescrit. Lorsque ces partenaires connaissent la présence d'un

médecin « médiquant » au sein d'une structure pédopsychiatrique, ils mettent plus de frein à travailler avec celle-ci. A l'inverse, savoir la possibilité d'une médication au sein d'une structure peut être utilisé comme argument pour sensibiliser les parents à la prise en charge.

Nous noterons également qu'un partenaire dit que la prescription de médicaments chez un enfant peut leur permettre de prendre connaissance d'un réseau existant autour de l'enfant.

On est au courant qu'un réseau est mis en place par les prescriptions. (PSE)

Parallèlement, la médication est fréquemment constatée :

On rencontre beaucoup d'hyper-kinétiques, border-line [...] beaucoup de rilatine dès qu'ils sont un petit peu excités. [...] on voit ça régulièrement des enfants diagnostiqués comme caractériels et qui quand ils participent à nos activités, qu'ils sont cadrés, ça se passe très très bien. (AMO)

La plupart des gens jouent avec les pilules des enfants comme avec des fraises. (CPAS j.)

C'est plus facile quand il y a dans l'air une idée de prescription, c'est plus facile pour les parents. (PMS Sp.)

La médication est également abordée par les acteurs médicaux (médecins généralistes, maisons médicales).

A ce propos, les constats concernent une difficulté face à la prescription du traitement, mais également les informations qui sont véhiculées par rapport à celle-ci. Ainsi, certains éprouvent de réelles difficultés de compréhension dans le suivi (et parfois la modification) du traitement médicamenteux par les spécialistes de la santé mentale. L'accès aux informations qui les concernent est alors primordial. Parfois cela se passe bien, parfois c'est plus difficile, comme nous l'explique un médecin généraliste :

Il faut souvent commencer par chercher les rapports, les infos. A ce moment là, le traitement c'est souvent le patient qui nous le donne, mais ce n'est pas normal que ça fonctionne comme ça. (MG)

Regard sur les facteurs de renforcement des collaborations...

Ce chapitre est particulier, car il aborde les collaborations à travers des facteurs de variations qui sont d'ordre plus subjectifs. Certains sont communs entre les partenaires, d'autres sont clairement différenciés selon les partenaires, les secteurs, les usagers ou encore selon les collaborateurs.

Les facteurs renforçants liés à la reconnaissance mutuelle :

- ⇒ Le sentiment de reconnaissance est soulevé à plusieurs reprises dans le cadre des entretiens. Ce besoin de **reconnaissance mutuelle** passe par le sentiment d'être reconnu dans le travail, les spécificités du partenaire, et les limites qui y sont jointes. Pour certains partenaires, la reconnaissance passe par la connaissance. Nous observons donc ici un lien direct avec une ressource (celle de la connaissance des services liée à l'accès à l'information sur les services).
- ⇒ Un sujet récurrent dans les entretiens a concerné la culture de l'urgence. En effet, l'urgence est reconnue à des niveaux différents, variable selon les intervenants et leurs secteurs d'activité. En effet, elle se traduit par une difficulté d'accès aux besoins primaires pour les uns, par la difficulté à gérer les crises pour d'autres, et est pour la plupart nuancée par le temps attribué à la réponse. Les acteurs de terrain en particulier se sentent particulièrement dépourvus face à certaines situations. N'oublions pas que, comme nous l'avons dit plus haut, l'urgence est également une source forte de motivation à la collaboration. Ne s'agirait-il pas ici de pousser une réflexion sur la définition de l'urgence en santé mentale ?
- ⇒ En termes de reconnaissance, la manière dont les **informations** circulent et leur nature y tiennent également une place. Lorsque ce circuit est adéquat, il encourage directement la motivation à collaborer et influence la formalisation de la collaboration (présente ou future). Nous relevons également ici la singularité du secteur de la santé mentale (à travers le secret médical) et du secteur de l'enfance (à travers la place et l'implication de l'intermédiaire).

Autres facteurs renforçants:

- Les facteurs de renforcement sont avant tout liés à la **singularité** attribuée à la *santé* mentale des moins de 18 ans. Nous l'avons introduit plus haut, tous ces services, en lien avec l'enfance, doivent tenir compte d'un tiers complémentaire, un intermédiaire. Il peut s'agir de la famille, d'un tuteur, d'une autorité mandante. Ceux-ci ont un rôle dans le transfert d'informations, dans la compliance et la capacité à faire face ou à répondre à la prise en charge. Nous observons ici un lien avec la représentation et la reconnaissance de la santé mentale et de ses interventions. En effet, la perception de la santé mentale est encore floue, et ses actions font peur, pour les partenaires, et pour les intermédiaires.
- Des expériences antérieures avec le secteur de la santé mentale, et plus particulièrement les affinités personnelles qui en découlent ont un impact direct sur les motivations de collaboration (ultérieures). Parallèlement à ce constat, il semble que les partenaires reconnaissent, dans le rôle des rencontres inter-institutionnelles et informelles, un impact positif pour les collaborations. Elles permettent aux collaborations de se construire sur **des relations personnalisables**.
- Enfin, nous avons pu relever également un sujet de débat particulier, celui de la **médication** en lien avec santé mentale. La médication interpelle, par sa présence « banalisée », mais également à travers la difficulté ressentie d'information à son sujet (entre médecins par exemple).

4.3. Les facteurs institutionnels

Nous l'avons vu plus haut, les cadres légaux qui construisent et définissent les fonctionnements des services ont une influence toute particulière sur la dynamique de collaboration.

A ce sujet, nous renvoyons le lecteur ici au chapitre 2³⁰, descriptif de l'offre ainsi qu'à la description de l'environnement de collaborations de ce même chapitre.

A la fin de ce chapitre 2, des regards transversaux offrent un aperçu de la variété de l'offre à travers les approches et des niveaux de pouvoir.

Les entretiens ont également révélé l'impact des facteurs institutionnels. Les partenaires euxmêmes justifient leurs actions vis-à-vis du réseau par les missions officielles qui leurs sont attribuées. En effet, alors que certains partenaires se doivent d'informer et/ou d'accompagner les usagers parmi leurs partenaires (ex.: mission d'information des PMS), d'autres sont investis d'une mission de concertation. Ainsi, les missions mères influent directement sur l'origine (et la motivation) des collaborations, sur les modes de collaborations (rencontre formelle ou non, entretiens téléphoniques,...), mais également sur les ressources disponibles pour y répondre.

Ici encore, la notion de mandat, directement liée aux missions institutionnelles propres à l'aide à la jeunesse, prend toute son importance.

Par ailleurs, nous avons pu constater que les partenaires pour lesquels une notion de pouvoir (d'action) est perçue ou reconnue expriment moins de difficultés à se mettre en lien avec le réseau de santé mentale. C'est le cas de la justice et des médecins présents chez les services partenaires.

Regard sur les facteurs institutionnels :

- ⇒ Les missions des partenaires sont multiples et variées notamment en termes de champ d'action et de niveaux de pouvoirs dirigeant.
- ⇒ Les missions rencontrées par les partenaires influent sur les collaborations (types de collaborations, origine et ressources facilitatrices).
- ⇒ L'ensemble des partenaires fonctionne dans des niveaux de pouvoirs différents.
- ⇒ Les professionnels ayant une reconnaissance par un statut de pouvoir (responsabilités hiérarchiques, pouvoir décisionnaire) rencontrent plus facilement leurs attentes en termes de demandes de collaborations (cela concerne les autorités mandantes, médecins notamment). Parallèlement, nous constatons que les rencontres de collaborations sont privilégiées entre travailleurs d'une même profession.

³⁰ Chapitre 2 : L'offre de soins, repères contextuels, pp. 33-60

4.4. La dynamique de collaboration

4.4.1. Le secteur, les collaborations, les partenaires, rencontre d'une dynamique au sein d'un réseau

Tout au long de ce travail, que nous nous soyons intéressés à répertorier et caractériser l'offre de soins en santé mentale pour les enfants et adolescents, ou que nous nous soyons intéressés au regard de leurs partenaires, nous avons toujours voulu intégré la notion de dynamique de collaboration.

Cette dynamique même - ou plutôt devrions nous parler de dynamiques, car comme nous avons pu l'observer à un niveau plus modélisateur, il s'agit bien ici d'une multitude d'approches, chacune caractérisée par des facteurs dépendants d'un contexte particulier – ces dynamiques donc répondent aux principes du réseau.

Afin de compléter le point de vue apporté par la recherche sur le sujet, il nous apparaît pertinent d'apporter un regard sur la notion de réseau. Cette notion, très en vogue, est le sujet de nombreux écrits. Beaucoup de définitions en découlent, de concepts, de typologies.

En vrac...

« Un réseau est un ensemble de liens dont les contenus, les formes et les directions sont indéfinies. » (Boileau, 2001)

« Le réseau constitue à un moment donné sur un territoire donné la réponse organisée d'un ensemble de professionnels et ou de structures, à un ou des problèmes de santé précis, prenant en compte les besoins des individus et les possibilités de la communauté » (circulaire française DGS 99-648, 25 novembre 99 www.onsil.fr)

C'est pourquoi nous reprendrons ici essentiellement les principes de fonctionnement en réseau, tels que dégagés lors de travaux portant sur l'intervention sociale et sanitaire. Le principal regard de ce chapitre provient du résultat d'un rapport de recherche, réalisé à l'Institut Wallon pour la Santé Mentale par Isabelle Deliège³¹. L'objet de la recherche était alors d'étudier *les processus de fonctionnement en réseau en santé mentale en Wallonie, les problèmes et les questions qu'ils posent*.

Le lecteur pourra constater que beaucoup d'idées véhiculées par la pratique des partenaires grâce aux entretiens, trouvent une place dans ces principes.

Cinq « Principes de fonctionnement en réseau » sont identifiés au travers de cette étude:

- 1. la pluralité d'approches et le décloisonnement ;
- 2. l'horizontalisation des rapports ;
- 3. l'usager acteur de sa prise en charge;
- 4. la continuité garantie;
- 5. l'interconnaissance, le respect et la culture de la concertation entre partenaires.

³¹ Deliège I., Bontemps C., Travail en réseau en santé mentale. Rapport de recherche. Namur. Octobre 2007 L'offre dans champ de la santé mentale des enfants et adolescents,

1. Pluralité d'approches et décloisonnement

Au départ, le réseau se met en place face à la problématique rencontrée par la personne, l'usager. La problématique, multifactorielle, implique alors une pluralité d'approches et l'implication de professionnels provenant de différents secteurs.

La pluralité d'approches est justifiée par la complexification des situations, qui nécessitent des réponses spécialisées et spécifiques, tout en envisageant l'individu dans sa globalité.

Le travail en réseau, mis en place pour répondre à la problématique, implique alors un décloisonnement des secteurs. Il s'agit de passer outre, tant que possible, les cloisons suivantes :

- les cloisons institutionnelles (présentes au sein même du secteur de la santé mentale : ambulatoire-résidentiel, courants de pensée différents,...);
- les cloisons administratives et politiques (installées notamment par les niveaux de pouvoirs rencontrés sur le territoire belge) ;
- et les cloisons entre professionnels et « non-professionnels ».

2. <u>Horizontalisation des rapports</u>

Face à la pluralité d'approches et le décloisonnement caractérisés ci-dessus, les rapports entre acteurs, au sein du réseau doivent nécessairement répondre à une notion d'horizontalisation. Ce concept postule une égalité de place entre les acteurs, opposition aux rapports verticaux et hiérarchiques sous-tendus au niveau institutionnel.

3. <u>Usager acteur de sa prise en charge</u>

L'idée de départ pour lancer un réseau, est que l'usager soit acteur de la prise en charge, autrement dit, que la réponse du réseau soit « orientée sur la demande ».

Le réseau devrait garantir tant que possible un dialogue entre professionnels et usagers afin de le construire et le mener au mieux. A travers ce regard, il s'agit de soutenir une responsabilisation et un appui aux personnes dans et pour leur prise en charge.

4. Garantir la continuité

La spécificité et l'enjeu même du réseau se situent ici, dans la continuité. Le réseau a pour vocation de faire le lien entre différentes interventions, de coordonner différents services³². La coordination propose alors un dispositif commun entre différentes structures.

La continuité implique, pour les acteurs en présence, un « changement de culture », l'adaptation à d'autres habitudes de travail.

5. Interconnaissance, respect et culture de la concertation entre partenaires

Ce dernier principe soulève la question de la maîtrise des ressources disponibles pour et dans le réseau. Il s'agit ici de répondre au « qui est qui », regroupement des informations sur les missions et le fonctionnement des institutions en présence. Ces informations sont entre autres développées grâces aux relations personnelles entretenues par les acteurs.

I. Deliège insiste également à ce sujet sur l'importance, pour les professionnels, de développer une « culture de la concertation » qui suppose « d'aller à la rencontre de l'autre », « d'entrer dans sa logique »³³.

_

³² « Travail en réseau en santé mentale », p. 29

³³ « Travail en réseau en santé mentale », p. 33

L'offre dans champ de la santé mentale des enfants et adolescents, Régions du Centre et de Charleroi : Rapport de recherche

4.4.2. Regard sur la dynamique de collaboration par les partenaires

Apporter un constat sur la dynamique de collaboration telle que présentée au travers des entretiens est particulier.

Ce chapitre nous permet d'apporter un regard sur la dynamique à travers deux approches. La première porte sur la réaction des partenaires à l'invitation de participation aux entretiens. La seconde porte sur la modélisation qui avait précédemment inspiré le guide d'entretien des collaborations.

4.4.2.1. Participation au travail de recherche

Lorsque nous observons le *tableau 1* (*répartition des partenaires invités*), nous constatons une grande perte entre l'échantillon de départ et le nombre de participants aux entretiens. Une série de paramètres peuvent expliquer cela, parmi lesquels le temps disponible à cette rencontre. A plusieurs reprises cependant, lors des contacts préalables, plusieurs partenaires n'ont pas montré d'intérêt à la question.

Retournons-nous sur la méthodologie d'approche des partenaires.

Un échantillon de partenaires, aléatoire ou non en fonction du groupe, du secteur et de sa taille, a été constitué.

Ces partenaires ont été invités au travail. Seuls ceux qui ont répondu présents à l'invitation ont été pris en compte. Nous pouvons donc dès lors imaginer que, par leur présence, ils témoignent un intérêt à collaborer avec le secteur. Si nous poursuivons ce postulat, nous constatons que cela ne représente pas l'ensemble des partenaires.

Notons que pour les groupes les plus difficilement joignables (car liés à des contraintes de temps et d'organisation du travail), tels les médecins généralistes, les maisons médicales, les plannings familiaux, la méthode d'échantillonnage a été adaptée afin de garantir la place du point de vue de ces secteurs.

Parallèlement, les institutions membres de la plate-forme sont plus directement demandeuses d'intervenir dans la recherche que les autres. Nous pouvons donc imaginer un biais dans le taux de participation par ce fait.

Parmi les partenaires invités et non présents aux entretiens, nous retrouvons :

- des partenaires n'ayant pas répondu aux différents appels et invitations (parmi lesquels, les autorités mandantes de l'AAJ);
- des partenaires non concernés par la problématique de la santé mentale (parmi lesquels les secteurs du handicap et de l'enseignement) ;
- des justifications en lien avec le manque de temps et de disponibilité (concerne essentiellement les professions organisées à l'exemple des activités libérales : médecins, MM, CPF,...)
- des partenaires ayant le sentiment d'avoir « déjà essayé et fait des efforts» avec le secteur de la santé mentale (divers services de l'AAJ).

En conclusion, nous pouvons nous interroger :

- sur la présence de potentielles lacunes concernant la disponibilité de collaborations des partenaires et du secteur de la santé mentale
- ⇒ sur les représentations et la communication du champ de la santé mentale.

4.4.2.2. Modélisation : la dynamique de collaboration

La construction d'une dynamique de collaboration répond à de nombreux facteurs, uniques à chaque collaboration.

Nous avons tenté ici de rassembler ces informations au sein d'un dernier modèle de dynamique de collaboration ³⁴. Si nous observons côte à côte les différents schémas qui ont inspiré ou illustré la dynamique de collaboration, nous constatons une évolution et des modifications, et ce, à plusieurs niveaux.

Chaque entretien a été observé à travers les composantes du modèle (sur support de la *figure* 3³⁵). Il est évident que ce qui a été soulevé au cours des entretiens est nuancé au cas par cas, même si passer par ce travail nous a permis d'ouvrir l'analyse, sans toutefois généraliser. C'est pour cette raison que nous n'avons repris chaque partenaire dans un modèle spécifique dans ce travail.

Concernant les composantes du modèle, plusieurs constats peuvent être posés :

Premièrement, nous constatons que ce schéma peut être lu sous de multiples formes, et comprend autant de possibilités de lectures que d'éléments inscrits. La **dynamique de collaboration** est rarement totalement positive ou négative. Elle dépend d'une multitude de facteurs, différents selon la collaboration observée. La lecture inverse du modèle (de droite à gauche) nous permet d'avoir un aperçu des variations possibles.

La dynamique dépend de la formalisation de la collaboration (définie par sa nature et ses modalités) et du contexte global dans laquelle elle se situe (aussi bien interne qu'externe). Ceux-ci sont eux-mêmes dépendants des facteurs de renforcement, de ressources et de motivation (intensément liés aux institutions et aux individus concernés). Le tout étant, bien sûr, intégré dans un espace institutionnel (légal, lié au secteur,...) qui « cadre » la collaboration.

> Chaque collaboration peut être inscrite au travers d'éléments « objectifs », nous permettant de les caractériser. Ils sont repris dans le modèle sous la colonne « caractéristiques des collaborations ».

Les entretiens de la seconde étape ont confirmé que les collaborations peuvent être définies, d'une part, à travers leur **formalisation**. Celle-ci est déterminée par :

- la nature de la collaboration (les collaborations soulevées concernant avant tout l'usager)
- et les modalités mises en place pour la construire (notons ici qu'une modalité actuellement privilégiée, n'est pas spécialement idéale, elle répond directement à des obligations, découlant le plus souvent du contexte).

D'autre part, le **contexte** global dans lequel s'inscrit une collaboration l'influe directement, ainsi que sa formalisation. Suite aux lectures transversales, nous avons dégagé ici un contexte lié au champ d'action du partenaire (de son institution), appelé ici contexte interne. Parallèlement, nous avons voulu inscrire des informations contextuelles plus externes, c'est-à-dire liées à des contraintes plus environnementales et extérieures à l'action même du

-

³⁴ Figure 4 : Dynamique de collaboration après regard des partenaires – p. 129

³⁵ Figure 3 : Dynamique de collaboration : modèle support à l'analyse des entretiens des partenaires – p. 89

partenaire dont on parle. A ce niveau, nous avons pu constater que l'environnement d'une institution peut contenir un « réseau perçu », parfois inégal au « réseau présent ».

Notons ici que les caractéristiques contextuelles sont souvent directement influencées (et parfois confondues) par la composante institutionnelle. Il s'agit d'une raison pour laquelle les facteurs institutionnels ont trouvé leur place sous le modèle. Ils composent en partie le contexte de l'ensemble des collaborations.

Les facteurs institutionnels ont ici été redéfinis. A la lecture des résultats, nous pouvons penser que les composantes organisationnelles qui les déterminent sont avant tout les suivantes : le secteur d'activité (nous savons par ailleurs que certains secteurs plus que d'autres entrainent ou sont dans le besoin de collaborations), le cadre légal (avec ses obligations ou ses freins), et les missions internes (propres à chaque institution, et liée également à son histoire).

Les caractéristiques qui les construisent proviennent des collaborateurs alors en lien.

S'agissant ici d'une forme d'analyse de la dynamique, il nous semblait plus représentatif de les situer en lien direct avec les caractéristiques de collaboration (et particulièrement le contexte).

- Lorsque nous observons l'exemple des **facteurs motivationnels** (ce qui peut déclencher une collaboration). Suite à la lecture transversale des résultats, nous avons pu mettre en évidence que les facteurs motivationnels des collaborations pouvaient endosser :
 - des caractéristiques en lien avec la demande (complexité multifactorielle, précision de la spécificité de la demande, nombre de demandes),
 - des caractéristiques liées au partenaire lui-même et à son mode de fonctionnement (capacité à répondre),
 - des caractéristiques selon la forme de l'impulsion de la collaboration (et les personnes en jeu),
 - et enfin des nuances relatives à la (mé-)connaissance et aux représentations du secteur de la santé mentale.

Une addition de ces 3 types de facteurs (clairement présents à l'esprit du partenaire) augmente la motivation à collaborer, autrement dit en favorise le déclenchement.

Les **facteurs de ressources**, répondent à la question de la capacité à répondre à la collaboration. Ainsi, leur présence, selon qu'elle soit adéquate ou non, renforce ou déforce la collaboration.

Les entretiens ont quant à eux dégagé ici des formes de ressources de deux types :

- des ressources d'origine matérielle
- des ressources non matérielles organisationnelles.

Les premières répondent à des questions d'ordre pratique propres au partenaire ou à l'usager et son entourage (facteurs financiers et/ou géographiques).

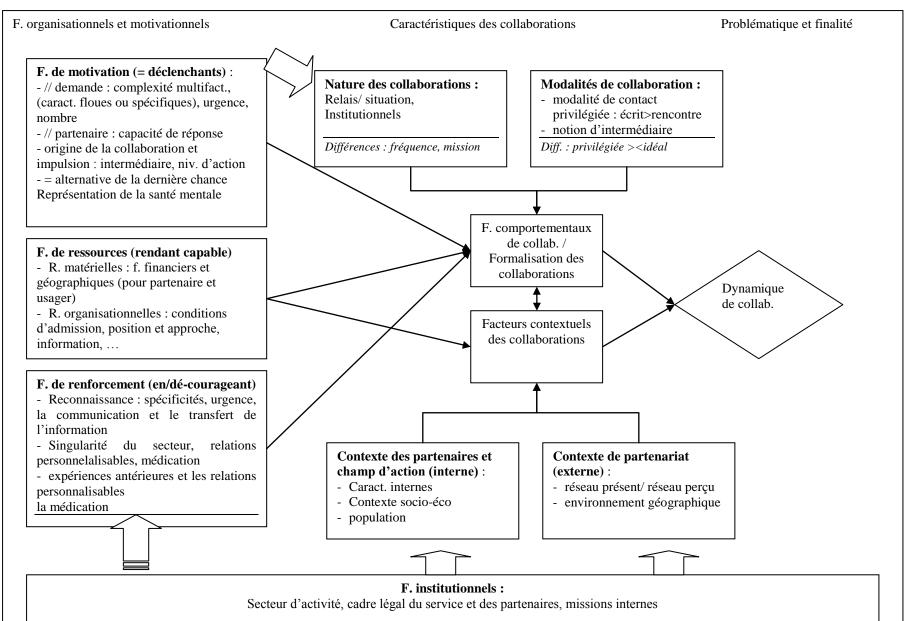
Les secondes formes, d'ordre organisationnelles, concernent les conditions d'admission, les approches et positions de fonctionnement des partenaires et collaborateurs, l'intégration de professionnels psycho-médicaux chez les partenaires, et l'accès à l'information.

Ici également, lorsque le partenaire peut cumuler des ressources adéquates d'origines matérielles et organisationnelles, nous constatons que la collaboration (et sa motivation) est facilitée.

➤ Enfin, le diagnostic organisationnel des collaborations précise également les facteurs qui encouragent et découragent les collaborations (**les facteurs de renforcement**).

En les rassemblant, nous constatons avant tout un renforcement construit à partir du sentiment de reconnaissance (reconnaissance du travail mutuel, dans la perception de l'urgence, dans le transfert et la circulation de l'information). Ces facteurs sont influents directement avec les motivations et avec les formes prises de la collaboration (surtout les modalités).

Ensuite, nous constatons des facteurs de renforcement plus en lien avec le contexte du réseau (singularité du secteur de la santé mentale pour les mineurs d'âge, relations personnalisables, médication).



Chapitre 5 : Conclusion et perspectives

Regard ouvert sur la recherche

La recherche soutenue par la Commission de pédopsychiatrie de la Plate Forme de Concertation de Charleroi et du Centre se clôture, ou plutôt ouvre la réflexion sur son sujet. Portée, observée et soutenue parallèlement par l'Institut Wallon pour la Santé Mentale et par les membres de la Commission, elle traduit l'envie, les réflexions et les besoins directs du terrain.

Intéressante, elle l'a été. Interpellante bien sûr, pour le terrain, les chercheurs et certainement pour les projets à venir.

La demande de la PFRCC soutenait une identification et une caractérisation de l'offre d'une part, et une identification des collaborations et de ses fonctionnements d'autre part. Il s'agissait donc ici de réaliser un panel, une photographie, de l'offre en santé mentale des enfants et adolescents, intégrée dans son (ses) réseau(x).

Evidemment, une photographie traduit un instantané. Elle s'inscrit dans un lieu (les régions du Centre et de Charleroi), à une époque (d'octobre 2006 à septembre 2008), avec des acteurs dessinés (le secteur de la santé mentale, et ses partenaires). Et elle traduit des couleurs, des contrastes, et une profondeur que l'on devine prolonger l'image (résultats et perspectives).

Tel est le reflet de ce travail. Il nous a permis de dégager, sur le territoire de la Plate-forme de concertation, les acteurs de l'offre (première question importante et non moins difficile), leurs activités, mais également les liens qu'ils peuvent tisser (ou non), en fonction du public pour lequel ils évoluent, de l'environnement qu'ils occupent et des activités qu'ils proposent. Le répertoire de l'offre ainsi dégagé nous illustre la multiplicité et la pertinence des acteurs en présence. Il nous a également permis de dégager les premiers facteurs de collaboration, en questionnant plus particulièrement le fil rouge, la prise en charge du premier âge, l'importance de l'environnement social et familial, ainsi que les réponses face à l'urgence.

Ensuite, nous nous sommes intéressés aux partenaires. C'est-à-dire aux acteurs des secteurs connexes à la santé mentale : aide à la jeunesse, petite enfance, enseignement, social et familial, handicap et médical. Nous l'avons entendu, dans leurs relations avec le secteur de la santé mentale, certains trouvent leur place avec plus ou moins de facilités que d'autres. Les facteurs explicatifs sont aussi bien liés aux secteurs, qu'aux situations spécifiques, aux problématiques, aux services – et personnes – en lien, etc... Ils ne sont pas uniques mais relèvent d'un ensemble, où l'on retrouve des raisons palpables (contexte géographique, ressources, cadre juridique,...) mais également des éléments moins objectivables, mais non moins importants (liés à la motivation, aux facteurs relationnels,...).

Les grains qui nuancent le portrait du secteur et de son réseau sont tellement nombreux, que nous ne pourrions conclure par une liste de facteurs « bons » ou « mauvais », une liste d'actions à entreprendre ou à stopper, qui soient bénéfiques à tous les professionnels, à tous les niveaux, à tous les secteurs et surtout – et avant tout – à tous les usagers.

L'offre est présente sur le territoire du Centre et de Charleroi. Il est vrai qu'à certains niveaux elle paraît faible et déficiente. Le constat est le même pour les partenaires. Parallèlement, les enfants et leurs problématiques sont nombreux et, parfois multiples et complexes. Ainsi, le champ de l'offre et les dynamiques de collaborations qui l'animent, se déclinent à l'infini. Ce

constat même illustre toute la complexité – et la richesse – que représente un réseau tel que celui étudié ici.

C'est alors qu'au détour des résultats, alimentés par les réflexions des membres de la Commission, nous avons soulevé des pistes de recommandations offrant des perspectives d'évolution du travail en réseau.

Ces pistes, portées par les constats de la recherche, ouvrent des perspectives de travail et de positionnement pour le secteur de la santé mentale de Charleroi et du Centre et ses partenaires.

Elles sont détaillées ci-dessous.

Premières perspectives ou pistes de recommandations ...

Piste 1

Soutenir la présence et l'intervision de professionnels du champ psychomédical (psychologues, assistants sociaux et paramédicaux formés en santé mentale) dans les secteurs connexes, et plus particulièrement dans le secteur de l'Aide à la Jeunesse.

Résultats liés:

La recherche a montré que la présence de personnel spécialisé (psychologues, médecins, infirmiers sensibilisés à la problématique de la santé mentale,...) dans les secteurs connexes à la santé mentale facilite les échanges et la compréhension (au niveau communicationnel) des prises en charge en santé mentale. Cette position facilite également la gestion de la crise lorsque celle-ci survient.

Nous savons également que la reconnaissance mutuelle des activités et missions des intervenants, joue un rôle dans la motivation et le renforcement des collaborations (présentes et futures). Cette reconnaissance est facilitée par la pluridisciplinarité dans les secteurs (de la santé mentale et les autres).

De plus, lorsque les services en présence ont la possibilité, par leurs professionnels, d'évaluer les situations par des bilans, les collaborations ont plus de chance de trouver une direction et une réponse adéquate.

Piste 2

Soutenir les rencontres interinstitutionnelles et intersectorielles afin de développer constamment la connaissance et l'utilisation du réseau local et régional par les intervenants.

Résultats liés:

La recherche a mis en évidence l'obstacle, pour les services et leurs usagers, que peut constituer l'aspect géographique (localisation des services, capacités de

déplacements,...) dans la mise en route et le maintien de collaborations. Ainsi, il semble nécessaire de développer la connaissance du réseau local.

Les rencontres participent à la visibilité du secteur, et la personnalisation des relations qu'elles apportent contribue à sa lisibilité (compréhension des activités et pratiques de chacun).

Nous pouvons pointer également l'impact positif qu'offrent les rencontres informelles (Journées d'étude, colloques, conférences,...) pour les collaborations de relais et pour les situations futures. Les contacts personnalisés représentent en effet un facteur favorable aux collaborations.

De plus, des rencontres de ce type répondent au besoin d'amélioration des connaissances sur les services.

Enfin, nous pensons également ici à l'impact de la localisation géographique des intervenants en contact, tant en terme d'accessibilité pratique (nécessité d'organiser et de prévoir dans le temps les déplacements) que financière, et cela pour les usagers et les intervenants.

Comme nous le précisons plus loin également, les réflexions ouvertes et globales portées sur les coordinations intersectorielles (réflexions par les responsables) devraient permettre l'ajustement mutuel (des acteurs de terrain) dans leur opérationnalisation (s'adaptant ainsi à la spécificité des situations). En effet, nous ne devons négliger ni l'impact des coordinations générales à visée de standardisation de l'action (afin que chaque secteur se situe dans le même objectif), ni la singularité du terrain et son adaptation aux situations spécifiques.

Piste 3

Soutenir, développer et maintenir un **répertoire dynamique** de l'offre en pédopsychiatrie comprenant des informations telles que reprises dans l'actuel répertoire.

Résultats liés :

Les intervenants rencontrés (offre et partenaires) trouvent utile d'avoir un pôle d'informations pratiques leur permettant de connaître, prévoir, envisager ou retrouver une collaboration. Les principales informations demandées concernent les activités, la population accueillie, les spécificités en termes d'activités proposées et en termes de problématiques prises en charge, le coût,...

Ce type de renseignements informe sur le cadre de travail et les rôles de chacun.

NB : le répertoire dynamique est intégré dans les activités de la plate-forme, répertoire qu'elle prévoit de mettre à disposition des professionnels intéressés sur son site internet.

Piste 4

Face à la prise en charge de situations particulières, favoriser et soutenir des **possibilités d'échanges entre les professionnels des différents secteurs** (santé mentale, scolaire, aide à la jeunesse, médical) :

- o Il peut s'agir de soutenir les **relations intersectorielles**, d'une part entre responsables et cadres des différents secteurs afin de soutenir la réflexion sur des procédures reconnues et formalisées entre les différents acteurs du réseau (coordination formelle entre secteurs). D'autre part, il peut s'agir de soutenir les relations entre professionnels (de première ligne) du terrain afin de favoriser l'opérationnalisation (et la personnalisation) des actions de terrain (coordinations informelles).
- Parallèlement, il serait intéressant de soutenir une réflexion sur les difficultés propres au cloisonnement des **financements** des différents secteurs, ainsi que sur les contraintes **administratives** liées.

Résultats liés:

La recherche a mis en évidence la difficulté pour les professionnels tant du secteur de la santé mentale que leurs partenaires d'échanger et de se rencontrer autour de situations spécifiques. Cette difficulté serait liée à des contraintes de temps (manque de temps à consacrer à des rencontres et contacts) et de moyens financiers notamment (difficulté à justifier une prestation).

Il est également question ici du circuit de financement, lié au secteur dans lequel est « placé » l'enfant ou le jeune (AWIPH, Aide à la Jeunesse,...) qui peut rendre la co-intervention entre deux secteurs difficile, particulièrement lors de relais lorsqu'il ne peut y avoir chevauchement de dates.

A propos de la nature des collaborations, nous noterons également la quasi absence de formalisation inter-sectorielle soulignée lors des rencontres.

Les possibilités de formes (modalités, acteurs et secteurs en contact) et de natures (situations, relais, institutionnels) de réseaux sont nombreuses et multipliables au nombre de situations dans lesquelles les intervenants les rencontrent. Les réflexions ouvertes et globales portées sur les coordinations intersectorielles (au niveau des responsables) doivent permettre l'ajustement mutuel (des acteurs de terrain) dans leur opérationnalisation (s'adaptant ainsi à la spécificité des situations). Cela devrait permettre d'ouvrir la concertation tout en conservant la singularité des actions de chacun.

Par ailleurs, ce principe rejoint le besoin de décloisonnement dégagé à plusieurs reprises dans la recherche. L'importance et la difficulté à maintenir un fil rouge, les continuités et suivis de prises en charge, ont été soulevés par les professionnels de la santé mentale et partagés par leurs partenaires. Les objectifs, spécifiques selon les secteurs, requièrent évidemment une adaptation de chacun, et la compréhension face à des interventions propres.

Piste 5

Soutenir le développement d'initiatives de santé mentale en milieu de vie

Résultats liés:

Le territoire de la plate-forme, qui comprend les arrondissements de Soignies, Charleroi et Thuin, a un contexte socio-économique spécifique et singulier. Les intervenants de première ligne soulignent l'importance d'aller vers les populations défavorisées et précarisées. De plus, les déplacements étant un argument d'obstacle aux prises en charge en santé mentale, il semble indispensable pour les partenaires que les acteurs de santé mentale envisagent le développement de l'approche en milieu de vie.

Piste 6

Soutenir une politique de communication et d'ouverture à la santé mentale avec et auprès des secteurs partenaires.

Nous comprenons ici trois aspects:

- Soutenir une réflexion sur la représentation du champ de la pédopsychiatrie ainsi que sur les réponses que celui-ci peut apporter aux situations mais également aux professionnels, et communiquer à propos de ce champ.
- Face aux situations d'urgence et de crise, soutenir une réflexion sur la définition de l'urgence en santé mentale. Cela dans le but de clarifier sa perception auprès des différents intervenants d'une part, et d'autre part, de réfléchir aux alternatives de soutien à la gestion de crise des équipes de professionnels non spécialisées dans la santé mentale.
- Il serait judicieux également de sensibiliser le secteur de pédopsychiatrie sur la communication d'informations aux partenaires à propos des situations. Nous parlons ici tout particulièrement des informations utiles au travail des partenaires, ainsi que des informations entre professionnels médicaux, à propos de la médication.

Résultats liés au premier constat:

La définition du champ de la santé mentale des enfants et adolescents / la pédopsychiatrie est floue. Chaque service en a sa propre définition et ainsi y intègre ses acteurs de référence. Il existe un manque de clarté au sujet des ressources propres à la santé mentale et des solutions qu'elle peut apporter aux situations problématiques, provoquant des attentes idéalisées auprès des partenaires concernés (in ou out santé mentale).

Il émane au sein des partenaires le besoin de préciser ces informations, afin de diriger au mieux leurs collaborations.

De plus, la santé mentale reste un « univers » qui peut faire peur aux enfants et aux familles, mais également aux professionnels. Cela reste un frein aux collaborations.

Résultats liés au second constat:

La recherche a dégagé que pour les partenaires du secteur de la santé mentale des enfants et adolescents, la perception d'une urgence, liée à la complexité d'une situation est une des premières motivations à la collaboration. Or, une des difficultés à laquelle se heurtent le secteur et ses partenaires, est la présence de listes d'attentes dans ces services, entraînant des délais de prise en charge pouvant durer plusieurs mois.

Actuellement, la seule réponse directe à l'urgence est l'hospitalisation. Pour l'éviter, la crise est souvent gérée tant bien que mal par les acteurs en présence. Or, nous constatons que la présence d'un acteur en santé mentale parmi ces acteurs est un support positif pour les autres partenaires en présence, en ce compris la famille.

A ce propos, notons que les partenaires parlent souvent d'urgence à agir face à une situation, tandis que les professionnels de la santé mentale disent devoir (et pouvoir) plus souvent faire face à la gestion de crise qu'à l'urgence.

Résultats liés au troisième constat

La communication au sein des réseaux est un aspect sensible du fonctionnement du réseau. La santé mentale est sujette au secret médical, pouvant être partagé ou non en fonction des situations. Nous notons à ce sujet que les acteurs ayant pu échanger sur la manière de communiquer déclarent que cela contribue à améliorer ensuite qualitativement leur communication, et indirectement leurs actions. Les partenaires non professionnels du secteur de santé mentale, émettent le souhait d'obtenir des informations susceptibles de guider leur propre travail avec l'enfant ou le jeune.

La recherche souligne également la complexité de l'ensemble du secteur de l'enfance, qui a la particularité d'inclure systématiquement un tiers dans le suivi des prises en charge (la famille ou le tuteur légal).

NB : Cette action rencontre le principe de l'intégration de professionnels psychomédicaux dans les secteurs connexes (piste1).

Piste 7:

Soutenir une **réflexion et une action au sujet de la médication**, particulièrement les psychotropes indiqués dans le traitement de troubles déficitaires de l'attention avec hyperactivité.

Résultats liés :

La recherche a mis en évidence un débat brûlant sur le sujet. Ce débat est basé sur le constat (par les partenaires avant tout) d'une consommation élevée de médicaments, d'une utilisation de la médication comme critère justifiant ou non la volonté de mise en route des collaborations, ainsi que d'un manque d'informations entre intervenants à propos des prescriptions médicamenteuses.

Les questions et les craintes à ce sujet dégagent un malaise dans les collaborations influant sur la motivation et le renforcement vis-à-vis de celles-ci.

Bibliographie

Pour construire et alimenter la réflexion...

- André W., La médecine générale en Belgique. PrimaryCare 2004, 4, nr. 23, pp. 466-467
- Absil G., Les réseaux en question ? Liège, Apes Université de Liège, 2005
- Blondiau L., Un adolescent, sa famille, des intervenants...un défi. Namur, Conseil d'Arrondissement de l'Aide à la Jeunesse de Namur et Plate-Forme de Concertation Namuroise pour la Santé Mentale, juin 2005
- Brunet S., Fucks I., Les méthodes participatives. In : Cours de méthodologie qualitative. Liège, Ulg, 2007-2008
- De Vleeschouwer D., Regard des médecins généralistes namurois sur les soins de santé mentale. In : Le concertant namurois, Plate-Forme Namuroise de Concertation en santé mentale, Namur, n°10, 3^{ème} trimestre 2006
- Dumoulin P., Dumont R., Bross N., et al., Travailler en réseau : méthodes et pratiques en intervention sociale. Paris, Dunod, 2006
- Deliège I., Travail en réseau en santé mentale : rapport de recherche. Namur, Institut Wallon pour la Santé Mentale, 2007
- Drieslma P., Les maisons médicales, le modèle belge. In : Pratiques n°39, avril 2008
- Ernotte C., Thomaes-Lodefier M.-C., Fonctionnement du CPAS. Namur, Union des Villes et Communes de Wallonie asbl, 2007
- Etude des besoins de la population des arrondissements de Charleroi et de Thuin en matière de santé : le point de vue du médecin généraliste. Charleroi, Centre Local de Promotion de la Santé Charleroi-Tuin (CLPSCT), octobre 2002
- Fouarge L., Synthèse du Groupe de travail « Jeunes et transversalités » organisé à la demande du Comité de Gestion de l'AWIPH, juin 2007
- Goyette C., Charest P., Proposition d'orientations relatives aux services de réadaptation pour les jeunes présentant, outre des problèmes de comportement ou un besoin de protection, des troubles mentaux et qui sont hébergés dans les ressources des centres jeunesses du Québec. Rapport du comité de travail sur la santé mentale des jeunes suivis par les centres jeunesse. Montréal, septembre 2007
- Green L.W., Kreuter M.W., Health Program Planning: An Educational and Ecological Approach, NY, McGraw-Hill Higher Education, 4th edition, 2004
- Kovess V., Grémy F., Système de santé et réseaux de soins : problèmes éthiques. Paris, Faculté de Médecine Necker. Laboratoire d'éthique médicale, de droit de la santé et de santé publique, 2002

- La médicalisation des difficultés des jeunes. Synthèse de la Journée d'échanges et de réflexion organisée par le Comité Défense des droits, regroupement des Auberges du Cœur et tenue le 16 mars 2006, à St-Charles-Borromée
- L'ingénierie des réseaux. Rapport provisoire. Paris, Coordination Nationale des Réseaux (CNR), janvier 1999, 15 p.
- Le focus group, In : Méthodologie d'évaluation de l'aide extérieure de la commission européenne, Commission européenne, pp.57-65
- Le guide social. L'annuaire du secteur psycho-médico-social. Bruxelles, C.P.A.G., 16^{ème} édition, 2004
- Les services du secteur de l'aide à la jeunesse. Bruxelles, Direction générale de l'aide à la jeunesse, le Ministère de la Communauté française, administration générale de l'aide à la jeunesse, de la santé et du sport. Ed. 2007, 116 p.
- Mulkay F., Etude sur l'articulation des services de premières ligne et les services de l'aide à la jeunesse : synthèse et perspectives. Bruxelles, Observatoire de l'enfance, de la jeunesse et de l'aide à la jeunesse, janvier 2007
- Mulkay F., Vandekere M., Nouvelles statistiques de l'aide à la jeunesse : analyse des données issues de la base de données Sigmajed 2002-2006. Bruxelles, Observatoire de l'enfance, de la jeunesse et de l'aide à la jeunesse, avril 2008, 83 p.
- Mottint J., Le travail en réseau : travailler ensemble pour optimaliser les pratiques au profit de tous. Charleroi. Centre d'Expertise et de Ressources pour l'Enfance (CERE), juin 2008, 7 p.
- Mottint J., Dubois A., Les enfants victimes de maltraitance en Communauté française : analyse sociologique du système global relatif à l'identification et à la prise en charge des situations. Charleroi, Centre d'Expertise et de Ressources pour l'Enfance (CERE), novembre 2007, 121 p.
- Morel J., Drieslma P., Les maisons médicales en Belgique. Bruxelles, Fmmcsf, avril 1999
- Moriau J., L'ado, la crise, la vie active, la folie. Bruxelles, Plate-forme de Concertation pour la Santé Mentale en Région de Bruxelles-Capitale, décembre 2003
- Olivier V., Viaene M., Bontemps C., 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. Rapport de recherche intermédiaire. Namur, IWSM-PFRCC, janvier 2008
- Plouvier D., Davagle M., Fievet C., Synthèse de la table ronde élargie « Enfants en difficultés psychosociales : la catégorie 140 » : constats, priorités et propositions de stratégies d'intervention. Gouvernement wallon, consultations du Cabinet des affaires sociales et de la santé, cellule de la politique des personnes handicapées

- Pluye P., Nadeau N., Lehoux P., Comment favoriser la recherche clinique en pédopsychiatrie ? Une expérience de recherche-action collaborative. In : Santé mentale au Québec, XXVI, 2001, 2, pp. 245-266
- Rapport annuel de l'ONE 2006. Bruxelles, Office de la Naissance et de l'Enfance, 2007
- Renouprez C., Macquet C., Inventaire raisonné des offres et des demandes dans le domaine de la pédopsychiatrie liégeoise. Document de synthèse. Liège, Université de Liège, 2000, 135 p.
- Renouprez C., Maquet C. Etude de trajectoires de familles au sein des dispositifs curatifs en pédopsychiatrie liégeoise. Rapport de recherche. Liège, Université de Liège, Service de sociologie du contrôle social, décembre 2001
- Ritter R.M.C., Les réseaux et les modalités de leurs mises en œuvre. Planification sanitaire qualitative. Suisse, Septembre 2002
- Parent F., Coppieters Y., Nsegna M.C., Présentation d'une approche systémique pour l'analyse stratégique, la planification, le suivi et l'évaluation de projets de développement. Echos du Cota, 101, 2003, pp. 17-22
- Parents F., Coppieters Y., Eléments de diagnostic socio-épidémiologique de l'arrondissement de Charleroi. Centre local de promotion de la santé (CLPS) de Charleroi-Thuin, octobre 2003, 84 p.
- Planifier pour mieux agir : modèle de planification PRECEDE/ PROCEDE. Montréal, Réseau francophone international pour la promotion de la santé (éditeur), 1999
- Publics de l'enseignement spécialisé: importance relative et répartition par type d'enseignement. Les indicateurs de l'enseignement. Bruxelles, ministère de la Communauté française de Belgique/ETNIC, 2ème éd., 2007, 72p.
- Santé mentale et pratiques de réseaux : Expériences, repères, perspectives. Premier colloque de l'Institut Wallon pour la Santé Mentale, Hélécine, le 21 mars 2003. In : Les cahiers de l'IWSM, n°1, Namur, 2003
- Aide à la jeunesse. Services de l'aide à la jeunesse : trois types de services. [http://aidealajeunesse.cfwb.be] consulté le 31/01/2008
- Aide à la jeunesse. Quatre principes directeurs. [http://aidealajeunesse.cfwb.be] consulté le 31/01/2008
- Aide à la jeunesse. Le décret du 4 mars 1991 relatif à l'aide à la jeunesse. [http://aidealajeunesse.cfwb.be] consulté le 20/05/2008
- Aide à la jeunesse. Demande d'intervention... plus d'interventions sur le S.A.J. [http://aidealajeunesse.cfwb.be] consulté le 20/05/2008

- Fédération Nationale des Associations Médico-Sociales. PMS & PSE, comparatif. [http://www.fnams.be] consulté le 30/04/2008
- Institut National de Statistique, [http://www.statbel.fgov.be/figures/d21_fr.asp]
- Observatoire de l'Enfance, de la Jeunesse et de l'Aide à la Jeunesse. L'Aide à la Jeunesse. [http://www.oejaj.cfwb.be/] consulté le 16/04/2008
- Observatoire de l'Enfance, de la Jeunesse et de l'Aide à la Jeunesse. L'Office de la Naissance et de l'Enfance (O.N.E.) [http://www.oejaj.cfwb.be/] consulté le 16/04/2008
- The Precede-Proceed Model of Health Program Planning & Evaluation [http://www.lgreen.net/], références bibliographiques et exemples d'applications

Législation

- Arrêté du Gouvernement de la Communauté française relatif aux conditions particulières d'agrément et d'octroi des subventions pour les centres d'orientation éducative.
 A. Gt 15-03-1999. M.B. 01-06-1999 [http://www.cdadoc.cfwb.be]
- Arrêté du Gouvernement de la Communauté française relatif aux conditions particulières d'agrément et d'octroi de subventions pour les services d'aide et d'intervention éducative. A. Gt 15-03-1999. M.B. 01-06-1999
- Arrêté du Gouvernement de la Communauté française relatif aux conditions particulières d'agrément et d'octroi des subventions pour les services d'accueil et d'aide éducative.
 A. Gt 15-03-1999. M.B. 01-06-1999
- Arrêté du Gouvernement de la Communauté française relatif aux conditions particulières d'agrément et d'octroi des subventions pour les centres d'accueil spécialisés.
 A. Gt 15-03-1999. M.B. 01-06-1999
- Arrêté du Gouvernement de la Communauté française relatif aux conditions particulières d'agrément et d'octroi des subventions pour les services d'aide en milieu ouvert.
 A. Gt 15-03-1999. M.B. 01-06-1999
- Arrêté du Gouvernement de la Communauté française fixant les modalités de concertation relative au suivi médical, entre les services de promotion de la santé à l'école et les centres psycho-médico-sociaux subventionnés, en application de l'article 10, § 1^{er}, du décret du 20 décembre 2001 relatif à la promotion de la santé à l'école.
 A. Gt. 17-07-2002. M.B. 26-10-2002
- Décret de la Communauté française relatif aux missions, programmes et rapport d'activités des Centres psycho-médico-sociaux.
 D. 17-07-2006. M.B. 05-09-2006

- Décret organisant l'enseignement spécialisé.
 D. 03-03-2004. M.B. 03-06-2004
- Décret portant réforme de l'Office de la Naissance et de l'Enfance, en abrégé « O.N.E. ». D. 17-07-2002, M.B. 02-08-2002 [http://www.cdadoc.cfwb.be]
- Décret relatif à l'Aide à la Jeunesse.
 D. 04-03-1991. M.B. 12-06-1991
- Décret de la Communauté française relatif à la promotion de la santé à l'école. D. 20-12-2001. M.B. 17-01-2002
- Convention type entre le comité de l'Assurance soins de santé de l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité et (...) pour (...) relative à la rééducation de bénéficiaires de l'assurance obligatoire soins de santé n'ayant pas atteint leur dix-neuvième anniversaire, dont au moment de la prise en charge la gravité des troubles mentaux ou des troubles du comportement requiert une rééducation multidisciplinaire intensive. PSY-F 20.11.03. Bruxelles, INAMI, 2003
- Convention type entre le comité de l'Assurance soins de santé de l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité et le (...) pour (...), relative à la rééducation de bénéficiaires de l'assurance obligatoire soins de santé pour lesquels au moment de la prise en charge la gravité des troubles du langage, de la parole ou de la voix requiert une rééducation multidisciplinaire intensive. ORL. 21.11.03. Bruxelles, INAMI, 2003
- Protocole d'intervention entre le secteur médico-psycho-social et le secteur judiciaire. Loi du 22 août 2002 [www.one.be/PDF/DIREM/siteinternetprotocole.pdf]

Annexes

<u>Annexe 1</u>: Catégories et nombre de services partenaires des soins en santé mentale dans le champ de l'enfance et de l'adolescence sur le territoire de la Plate-forme de concertation des régions de Charleroi et du Centre

Catégories de services	Nombre de services listés
Groupes d'entraide	3
Handicap	
Centres de réadaptation fonctionnelles	7
Social/famille	
Centres de Planning familial (CPF)	13
Urgences sociales	3
Centres publiques d'action sociale – CPAS	49
<u>Santé</u>	
Soins et services à domicile	14
SISD	9
Cercles de médecins généralistes	4
Maisons Médicales – MM	9
Fédération des associations de généralistes	14
Aide à la jeunesse/ protection de la jeunesse	
Services d'Aide à la Jeunesse – SAJ	1
Services d'Aide aux Jeunes en milieu Ouvert – AMO	12
Services d'encadrement des mesures judiciaires alternatives	3
Centres d'accueil spécialisé	3
Centres d'observation et d'orientation pour jeunes	3
Centres de 1 ^{er} accueil	2
Centres d'orientation éducative	3
Services d'accueil et d'aide éducative	7
Services de placement familial	3
Services de prestations éducatives et philanthropiques	1
Services d'aide et d'intervention éducative	2
Instituts publiques de protection de la jeunesse	1
Service de protection judiciaire	2
Tribunal de jeunesse	4
Scolaire	
Centres psycho-médico-sociaux – CPMS	14
Enseignement spécialisé	30
Centres de promotion santé à l'école – PSE	7
Projets pilotes	2
Petite enfance	
Maisons maternelles	2
Crèches pour enfants handicapés	3
Consultation des nourissons	7
Total	251

Annexe 2 : Services répertoriés pour la recherche

Services répertoriés pour la pre	mière phase
Services de santé mentale - SSM	
Le dièse, Mignault	Mignault
L'accueil médico-psycholique, Charleroi	Charleroi
CSM du CPAS, Charleroi	Charleroi
Service de guidance de Jolimont	Haine-St-Paul
"La Pioche", Marchienne-au Pont	Marchienne-au-Pont
Centre de guidance psychologique, Charleroi	Charleroi
Centre de guidance rue L. Bernus, Charleroi	Charleroi
"Le Pichotin", Lobbes	Lobbes
"Le Portail", Chimay	Chimay
Centre de guidance psy., Courcelles	Courcelles
Cendre de guidance psy., Binche	Binche
Centre d'accueil psycho-social, Chatelet	Chatelet
SSM de Soignies	Soignies
L'autre rive, Charleroi	Charleroi
Services d'aide précoce - SAP	
"Vers la vie"	Lobbes
service d'aide précoce provincial, Montignies-sur-Sambre	Montignies-sur-Sambre
SAP de l'Afrahm Centre	Houdeng-Goegnies
Services résidentiels pour jeunes - SRJ	
Institut royal Saint Exupéry	Leernes
"Le Snark"	Houdeng-Goegnies
"Le Brasier"	Erquelinnes
"Le Baucory"	Montignies-le-Tilleul
"Le coga"	Leernes
Ecole provinciale Montignies sur Sambre	Montignies-sur-Sambre
René Thone, La Louvière	La Louvière
Institut Provincial René Thone, Marchienne-au-Pont	Marchienne-au-Pont
Institut Provincial SRJ IMP René Thone Marcinelle	Marcinelle
"L'heureux abri" Momignies	Momignies
Services d'aide à l'intégration - SAI	<u>. </u>
"Horizons"	Soignies
"La Courte échelle"	La Louvière
"L'étrier"	Chimay
"Le Bois Marcelle"	Marcinelle
"Le Fil de Soi"	Charleroi
"L'Olivier"	La Louvière
"La Renouée"	Erquelinnes
"Mosaïque"	Marcinelle
Ecole clinique, Montignies sur sambre	Montingies-sur-Sambre
"Dialogue",IMP Marchienne-au-Pont	Marchienne-au-Pont
"Traverse", SAI Jean wuiart, Thuin	Thuin
Itinéraires	Montignies-sur-Sambre
Equipes SOS Enfants-parents	Tronugines our surfice
Aide et prévention enfants-parents du Centre, la Louvière	La Louvière
Centre de Protection de l'Enfant "l'Accueil"	Gosselies
CAEVM "Accueil" du Clos du Chemin vert", Chimay	Chimay
Aide et prévention enfants-parents asbl, Charleroi	Charleroi

Hôpitaux Third the state of the	1
Service pedopsy CHU Tivoli	La Louvière
Unité PMS de pédiatrie, Clinique N-D de Grâce	Gosselies
Centre psychothérapeutique de jour Charles-Albert Frère, Marcinelle	Marcinelle
Centre thérapeutique de jour pour adolescents - Hôpital Vincent Van Gogh	Marchienne-au-Pont
"Unité d'hospitalisation pédopsychiatrique" (pav 4) - Hôpital Vincent Van Gogh	Marchienne-au-Pont
Centre orthogénique, Marcinelle	Marcinelle
Hôpital ste Thérèse, consult pédopsy, Montignies-s-Sambre	Montignies-sur-Sambre
Centre hospitalier Jolimont, consult pédopsy, Haine-St-Paul	Haine-st-Paul
Services d'accueil de jour pour jeunes non scolarisés - SAJJNS	
"Les Coccinelles", Chimay	Chimay
Centre orthopédagogique du Castillon, La Louvière	La Louvière
Les Peupliers, Châtelet	Châtelet
"Les Luciolles", Montignies sur Sambre	Montignies-sur-Sambre
utres services	
Echoline, Charleroi	Charleroi
L'Autre Rive, Charleroi	Charleroi
Episode sprl, Fleurus	Fleurus
Services répertoriés pour la deuxième	phase
Centre d'Orientation Educative - COE	
L'Alternative	Charleroi
Perspectives	Charleroi
Le Reflexe	Saint-Vaast
Service d'aide et d'intervention éducative - SAIE	
Azimut 26	Marchienne-au-Pont
La Séquence	La Louvière
Le fil d'Ariane	Marchienne-Docheries
Le Rebond	Montignies-sur-sambre
SIF	Chimay
Siloé	Chatelet
Services d'accueil et d'aide éducative -SAAE	
Notre Logis	Binche
Siloé	Chatelet
Le trèfle	Couillet
Le Gai Logis	Ecaussines
Maison Léopold Castelain	Fait-lez-Manage
La hutte	Jumet
Les Eclaireurs	Jumet
Maison de Frasnes	Les bons Villers
Entreville Asbl	Lobbes
Famille Juliana Bernaert	Lobbes
Maison du Sacré-Cœur	Marchienne Docherie
Maison Saint Joseph	Marchienne-au-Pont
Le foyer	Marcinelle
La cité de l'enfance	Montigny-le-Tilleul
Les Ecureuils	Montigny-le-Tilleul
Château Ligny	Marcinelle
Le Mas	Jumet
Jardin d'Airemont	Mont-sur-Marchienne
l'Ermitage	Silly

Le Clos du Chemin Vert	Chimay
Centres d'Accueil Spécialisés - CAS	1
Bastide Blanche	Châtelet
Fover retrouvé	Ransart
Centre d'accueil d'urgence - CAU	Runsurt
CAU de Gilly, La Cité de l'Enfance	Gilly
Service d'Aide des jeunes en Milieu Ouvert - AMO	Giffy
A.J.M.O.	Charleroi
Le Signe	Charleroi
POINT JAUNE	Charleroi
S.D.J Charleroi Service Droit des Jeunes	Charleroi
S.E.S.A.	Chimay
ESPACE JEUNES (Ville D'Enghien)	Enghien
Visa Jeunes (cité de l'enfance)	Fleurus
ESPACE JEUNE GOSSELIES	Gosselies
	Haine-Saint-Paul
TRANSIT	
SERVICE DU CPAS	Monceau
OXYJEUNE	Rance
CAP JEUNE Cultures Jeunes Chamase	Soignies Familleureux
I4	
	Braine-le-comte
Mikado	Chatelet
Pavillon J (cité de l'enfance)	Courcelles
Point Jaune	Charleroi
Tu dis « jeunes » (Cité de l'enfance)	Thuin
Services d'aide à la jeunesse - SAJ	
S.A.J.	Montignies-sur-sambre
Service de protection judiciaire - SPJ	
Service de Protection Judiciaire	Montignies-sur-Sambre
Tribunaux de la jeunesse	
Tribunal de la jeunesse	Charleroi
Centres psycho-médico-sociaux - PMS	
Centre PMS de la communauté française de Charleroi	Charleroi
Centre PMS de la communauté française de Gosselies	Gosselies
Centre PMS de la Communauté française de Thuin	Thuin
Centre PMS de la Communauté française de Soignies	Soignies
Centre PMS de la Communauté Française de Morlanwelz	Morlanwez
Centre PMS Libre de Chimay	Chimay
Centre PMS Libre de Binche	Binche
Centre PMS libre de Charleroi 1	Marchienne-au-Pont
Centre PMS libre de Charleroi 2	Marchienne-au-Pont
Centre PMS libre de Charleroi 3	Marchienne-au-Pont
Centre PMS libre de Chatelet 1	Chatelet
Centre PMS libre de Chatelet 2	Chatelet
Centre PMS libre de Erquelinnes	Erquelines
Centre PMS libre de Soignies 1	Soignies
Centre PMS libre de Soignies 2	Soignies
Centre PMS libre de La Louvière	La Louvière
Centre PMS provincial de Charleroi 1	Charleroi
Centre PMS provincial de Charleroi 2	Charleroi
Centre PMS provincial de Charletoi 2 Centre PMS provincial de Thuin	Thuin
Come I has provincial as I ham	1 114111

Centre PMS provincial de Soignies	Soignies
Centre PMS provincial de Binche	Binche
Centre PMS provincial de Morlanwez	Morlanwez-Marmemon
Centre PMS provincial de La Louvière	La Louvière
Promotion santé à l'école -PSE	'
Service PSE de Strepy-Bracquenies	Bracquegnies
Service PSE communal de Charleroi	Charleroi
Service PSE de Chatelet	Chatelet
Service PSE de Gosselies	Gosselies
Service PSE de Jolimont	Haine-Saint-Paul
Service PSE de Morlanwelz	Morlanwez
Service PSE de Soignies 5403	Soignies
Service PSE de Soignies 5494	Soignies
Rond-point asbl	Charleroi
Centres psycho-médico-sociaux spécialisés - PMS sp.	Charleton
Centre PMS spécialisé de la Communauté française de Chatelet	Chatelet
Centre PMS provincial spécialisé de La Louvière	La Louvière
Centre PMS provincial spécialisé de Marcinelle	Marcinelle
Enseignement spécialisé	Marchiene
Ecole d'Enseignement Spécial Secondaire - le Foya	Anderlues
Centre Arthur Regniers	
la Roseraie	Bienne-Lez-Happart Braine-le-comte
Etablissment d'Enseignement prim. et sec. de la Communauté Française	Chatelet
"EPSIS les Murets"	Courcelles
institut des métiers et de la Construction et de l'Environnement	Erquelines
IHJ Institut Jean Herbert	Gosselies
Ecole Professionnelle Spécialisée	Horrues
Le Snark Ecole	Houdeng-Aimeries
Institut d'Enseignement Technique Spécial	La Louvière
le Clair Logis	La Louvière
Le Piolet	La Louvière
René Thone	La Louvière
Une Ecole comme ca	La Louvière
Ecole Sainte Exupéry	Leernes
Etablissement d'Enseignement Spécialisé	Lessines
Les Cerisiers - Etablissement d'enseignement spécial communal	Marcinelle
René thone	Marcinelle
l'Abri Heureux - Ecoles primaires et secondaires spécialisées	Momignies
Institut d'Enseignement Technique Spécial	Mont-sur-Marchienne
Ecole Clinique Provinciale	Montignies-sur-Sambre
Le Soleil levant	Montignies-sur-Sambre
Ecole Artisanale Populaire	Montigny-le-Tilleul
Ecole La Source - Enseignement fondamental spécialisé	Soignies
ffice de la naissance et de l'enfance - ONE	
Comité subrégional ONE Hainaut	Ghlin
lédecins généralistes	
Dodécagroupe Charleroi	Charleroi
Maisons Médicales - MM	Charleton
Maison Médicale Charleroi Nord	Charleroi
Maison Médicale la Brèche	Chatelinet
Maison Médicale Les Genêts	Couillet
Collectif de santé Gilly-Haies	Gilly

La Glaise - Maison Médicale	Marchienne-au-Pont
Centre de Santé la Chenevière	Marcinelle
Médecine pour le peuple asbl	Marcinelle
Collectif de Santé Montignies-Neuville	Montignies-sur-Sambre
Maison Médicale de Ransart	Ransart
Maison Médicale Wilbeauroux	Roux-Charleroi
Centre de santé L'Autre Maison	Roux-Charleroi
Centre public d'action sociale, service jeunesse - CPASj	
Centre Public d'Aide Sociale - service jeunesse	Marcinelle
Centres de planning familial - CPF	
Planning Familial Amour et vie	Braine-le-comte
C.P.F. de Charleroi	Charleroi
Ctre d'info et consul sexolog, conjug et fam	Charleroi
Infor-famille	Charleroi
Collectif Contraception	Charleroi
Centre d'Ecoute Planning Familial "les Haies"	Gilly
Rayon Bleu	Gosselies
C.P.C.F.du Centre et de Soignies	La Louvière
Centre de Planning Familial et de consult conjug	La Louvière
Famille Heureuse	La Louvière
Centre de Planning et de consul et fam	Lobbes
le Terril	Lodelinsart
CPCFC	Thuin
Centres de réadaption fonctionnelle - CRF	
Centre de réadaptation fonctionnelle	Charleroi
Centre Ouïe et Parole	Charleroi
Coordination de thérapeutiques pour handicapés (enfants 0 à 3 ans)	Gosselies
Centre de logopédie et de psychomotricité	Jamioulx
Centre Hospitalier universitaire Tivoli - Ouïe et parole (enfants)	La Louvière
Centre de réadaptation notre dame et Reine Fabiola	Montignies-sur-Sambre
Centre de rééducation psyhique la Tarentelle	Soignies

Annexe 3: Lexique de lecture

AMO: service d'Aide en Milieu Ouvert

AWIPH : Agence Wallonne pour l'Intégration des Personnes Handicapées

APEP: Aide et Prévention Enfants- Parents

BIM : Bénéficiaire de l'Intervention Majorée (ex VIPO)

CAEVM: Centre d'Aide aux Enfants Victimes de Maltraitance

CAS: Centre d'Accueil Spécialisé CAU: Centre d'Accueil d'Urgence COE: Centre d'Orientation Educative CPF: Centre de Planning familial

CRF : Centre de réadaptation fonctionnelle CPAS : Centre Publique d'Action Sociale

CPAS j.: CPAS jeunesse

GLEM: Groupe Local d'Evaluation Médicale

IMP: Institut Médico-Pédagogique

INAMI : Institut National d'Assurance Maladie Invalidité IPPJ : Institution Publique de Protection de la Jeunesse

IWSM : Institut Wallon pour la Santé Mentale ONE : Office de la Naissance et de l'Enfance

PEI: Projet Educatif Individualisé

PFRCC : Plate-Forme de Concertation en Santé Mentale des Régions du Centre et de

Charleroi

PMS: (Centre) Psycho-Médico-Social PNL: programmation neuro-linguistique PSC: Projet Spécifique Conventionné PSE: Promotion Santé à l'Ecole (centre de)

SAAE : Service d'Accueil et d'Aide Educative

SAI: Service d'Aide à l'Intégration

SAIE: Service d'Aide et d'Intervention Educative

SAJ: Service d'Aide à la Jeunesse

SAJA : Service d'Accueil de Jour pour Adultes SAJJ : Service d'Accueil de Jour pour Jeunes

SAJJ NS : Service d'Accueil de Jour pour Jeunes non scolarisés

SAP : Service d'Aide Précoce

SASPE : Service d'accueil spécialisé pour la petite enfance

SPF: Service Publique Fédérale de la Santé

SPJ: Service de Protection Judiciaire SRA: Service Résidentiel pour Adultes SRJ: Service Résidentiel pour Jeunes

SRNA: Service Résidentiel de Nuit pour Adultes

SRT: Service Résidentiel de Transition

SSM : Service de Santé Mentale, ou Centre de Guidance, ou Centre de Santé Mentale

SSMG: Société Scientifique de Médecine Générale

TMS: Travailleur/se Médico-Social (terme inscrit à l'ONE)

Annexe 4 : Courrier de présentation PFRCC

Date

Madame, Monsieur,

<u>Objet</u> : Recherche dans le champ de la pédopsychiatrie menée par la PFRCC en collaboration avec l'Institut Wallon pour la Santé Mentale (IWSM).

La Plate-Forme de Concertation en Santé Mentale des Régions du Centre et de Charleroi est une association des institutions actrices des soins de santé mentale sur le territoire susmentionné (voir la liste sur www.pfrcc.com).

Sa principale mission est d'organiser le travail en réseau en collaboration avec les partenaires des secteurs liés à la santé mentale. Cette concertation s'organise dans le cadre de groupes de travail constitués par les travailleurs de terrain.

L'un de ces groupes, la Commission Pédopsychiatrie (0-18 ans), réunit une fois par mois les professionnels de la santé mentale et des institutions actives auprès des enfants et des adolescents (relevant aussi des sphères judiciaire et scolaire). En accord avec les missions de la Plate-Forme, leur objectif est de construire et d'améliorer le travail en réseau, de répertorier l'offre de soins et les collaborations existantes et également, d'en souligner les lacunes.

En soutien à ce travail de longue haleine et en réponse à la demande des travailleurs de terrain de la Commission Pédopsychiatrie, la Plate-Forme mène actuellement une recherche qu'elle a confiée à l'IWSM.

Ce travail, qui s'étale sur deux ans et s'adresse à une centaine de structures s'attache plus précisément à :

- identifier et caractériser <u>l'offre</u> des institutions actives sur le territoire de la Plate-forme dans le champ de la santé mentale (ou qui ont une activité en lien avec le secteur de la santé mentale) et qui s'adressent aux enfants et/ou aux adolescents (de 0 à 18 ans). L'objectif est de rédiger un répertoire de ces institutions et d'identifier les carences en équipement;
- identifier les collaborations existantes entre les institutions, avec pour objectif d'analyser ces interactions.

Les résultats permettront aussi et surtout d'interpeller les autorités compétentes quant aux lacunes dans la prise en charge des enfants et des adolescents.

Aujourd'hui, votre institution a été choisie pour participer à cette recherche par les membres de la Commission Pédopsychiatrie et ce, en raison de l'importance de son rôle dans la prise en charge des problèmes des enfants et/ou des adolescents sur le territoire de la Plate-Forme.

C'est dans ce cadre que d'ici peu, une chercheuse de l'IWSM sollicitera votre service pour prendre part à un entretien.

Certain que vous partagez notre souci d'optimaliser nos services aux usagers, nous vous remercions déjà pour votre participation et d'avance, nous nous félicitons de vous faire partager directement les fruits de cette étude, à savoir, disponible en ligne, un répertoire régional utile et détaillé des services et de leurs collaborations vives.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Dr Georges Van Cang Président de la Plate-Forme

Annexe 5 : Grille d'entretien des entretiens individuels, première phase

1. Coordonnées et références du service et/ou de la personne rencontrée

Nom du service : Type de structure : Adresse Téléphone : Fax :	
Téléphone : Fax :	
E-mail:	
Site web : Personne rencontrée :	

2. Type de demandes

- 2.1. Quelle est la population accueillie ?
- 2.2. Par qui les demandes sont-elles introduites et/ou orientées (parents, autre institution) ?
- 2.3. Quelle est l'origine géographique des demandes ?
- 2.4. Quelles sont les demandes que le service doit refuser et pour quelles raisons (infrastructure inadaptée, manque de place, profil du jeune, etc.) ?
- 2.5. Que deviennent ces demandes ?
- 2.6. Répondez-vous aux situations de crise (voire d'urgence) et si oui, de quelle façon ?

3. Collaborations

- 3.1. Travaillez-vous en collaboration avec d'autres structures dans le suivi de situations ? Si oui, quelles structures ? dans quel(s) type(s) de situation ? et comment s'organise la concertation ?
- 3.2. Avez-vous des collaborations plus institutionnelles (c.à.d. indépendamment des situations) ?

Si oui, de quel type ? et quelles en sont les modalités concrètes d'organisation (lieu, fréquence, autres partenaires, sans contact direct, etc.) ?

- (3.3. Comment avez-vous eu connaissance de ces partenaires ?)
- 3.4. Y a-t-il des services avec lesquels vous ne travaillez pas ? Lesquels et pour quelles raisons ?
- 3.5. Quelles informations vous semblent les plus utiles à connaître et éventuellement quelles sont celles qui vous semblent faire défaut actuellement ?
- 3.6. Quels types de services vous semblent faire défaut actuellement ?
- 3.7. Quels obstacles rencontrez-vous le plus souvent dans la collaboration ?

Annexe 6: Questionnaire « collaborations »

(3)	Service concerné	
(3)	Jei vice concerne	

FREQUENCE TYPE DE COLLABORATION Relais / Réseau/ Jamais | Rarement | Parfois | Souvent | Orientation | Situation Institutionnel Service de Santé Mentale Centre DE GUIDANCE Rue de Bruxelles, 18 **BINCHE** Accueil MEDICO-PSYCHOLOGIQUE Grand rue, 67 CHARLEROI Centre DE GUIDANCE CHARLEROI Rue Léon Bernus, 40 Centre DE GUIDANCE **PSYCHOLOGIQUE** Rue de la Science, 7 **CHARLEROI** Centre DE SANTE MENTALE DU CPAS Rue Léon Bernus, 18 CHARLEROI CENTRE D'ACCUEIL PSYCHO-SOCIAL Rue du Collège, 39 **CHATELET** Place Jean Ransy, Centre DE GUIDANCE **PSYCHOLOGIQUE** 9/1 COURCELLES LE PICHOTIN Rue Albert 1er. 21 **LOBBES** Service DE SANTE MENTALE DE **JOLIMONT** Rue Ferrer, 196 HAINE SAINT PAUL MARCHIENNE AU Rue Royale, 95 SSM LA PIOCHE **PONT** SSM "Le Dièse" rue des Déportés, 7 MIGNAULT SOIGNIES Service de santé mentale Ruelle Scaffart Centres de jour (Inami et K) Centre Psychothérapeutique de Jour Rue de Nalinnes, 650 MARCINELLE MONT SUR Centre orthogénique Rue du Mayeuri, 30 **MARCHIENNE** Centre thérapeutique de jour pour adolescents de l'hôpital Vincent Van MARCHIENNE AU Gogh **PONT** Rue de l'Hôpital 55 Service K résidentiel Unité d'hospitalisation pédopsychiatrique (pour adolescents) - Hôpital Vincent Van Gogh Rue de l'Hôpital 55 Marchienne-au-Pont

			Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Réseau/ Situation	Institutionnel
HANDICAP (AWIPH)								
Services résidentiels pour jeunes	(SRJ)							
	Rue de							
SRJ Le Brasier	Maubeuge, 170	ERQUELINNES						
SRJ Le Snark	Rue du Vivier, 43	Houdeng-Aimeries						
	Rue du Temple,	<u> </u>						
SRJ René Thone	3-5 BP 151	LA LOUVIERE						
Le C.O.G.A.	Rue d'Aulne, 1C	LEERNES						
	Rue Abbaye							
SRJ Saint-Exupéry	d'Aulne, 2	LEERNES						
SRJ Institut Médico-pédagogique	Rue de	MARCHIENNE AU						
Provincial "René Thone"	Beaumont, 266	PONT						
	Rue du							
	Débarcadère,							
SRJ René Thone - IMP Provincial	100	MARCINELLE						
	Rue de							
SRJ L'Heureux Abri	Beauwelz, 13	MOMIGNIES						
	Rue Bois Frion,	Montigny-le-						
SRJ Le Baucory - IMP	101	Tilleul						
Ex-Services d'accueil de jour pou	ır jeunes (Ex-SAJJ)							
	Rue de							
SAJJ Le Brasier	Maubeuge, 170	ERQUELINNES						
	Rue de Nalinnes,							
SAJJ Le Bois Marcelle	632	MARCINELLE						
	Rue du							
	Débarcadère,							
SAJJ René Thone	100	MARCINELLE						
	Rue de	Marchienne-au-						
SAJJ "René Thone"	Beaumont, 266	Pont						
	Rue Crombouly,							
SAJJ JEan Wiart (ex : C.E.S.I.T.)	74	THUIN						

			Jamais	Rarement	Parfois	Souvent		Réseau/ situation	Instituti
Service d'aide à l'intégration (SAI)							Onemation	Situation	Office
Le Fil de Soi	Rue de la Régence, 6/8	6000 Charleroi							
SAI L'Etrier	Place Mont Joli, 1	Chimay							
SAI du Centre	Chaussée Houtard, 219	Houdeng Goeinies							
La Renouée	73-75, rue de Maubeuge								
SAI La Courte échelle (asbl Le	73-73, rue de Madbeuge	Liquellilles							
Castillon)	Rue de la Malogne, 3	LA LOUVIERE							
SAI L'Olivier (René Thone)	Rue du Temple, 3-5	LA LOUVIERE							
SAI « Dialogue » Réné Thone	Rue du Temple, 3-3	MARCHIENNE AU							
SAI « Dialogue » Refle Thorie	Rue de Beaumont, 266	PONT							
SAI Institut Médico-pédagogique		MARCHIENNE AU							
Provincial "René Thone"	Rue de Beaumont, 266	PONT							
SAI Le Bois Marcelle	Rue de Nalinnes, 632	MARCINELLE							
	Rue du Débarcadère,								
SAI René Thone	100	MARCINELLE							
Itinéraires	Rue du Pont, 46	Montignies sur Sambre							
SAI Horizons	Rue Clerbois, 26	Soignies							
SAI Jean Wiart	Rue Crombouly, 74c	THUIN							
Services d'aide précoce									
Service d'aide précoce de l'Afrahm	Chéé Houtard, 219	7710 Houdeng Goenies							
Service d'aide précoce de l'Afrahm	·								
Centre d'aide précoce "vers la vie"	Rue de l'Entreville, 9	LOBBES							
Centre d'aide précoce "vers la vie"	Rue Brigade Piron, 334	Montignies-sur-Sambre							
Centres de réadaption fonctionnel									
Centre Ouïe et Parole (accompagnement									
psy pour problèmes logopédiques)	boulevard Zoé, Drion, 1	CHARLEROI							
Coordination de thérapeutiques pour									
handicapés (enfants 0 à 3 ans)	Rue de la Madeleine, 21	GOSSELIES							
Centre de logopédie et de psychomotricité	DI	I A A MIGUILLY							
(troubles de l'apprentissage, dont autistes)	Place communale, 24A	JAMIOULX							
Centre Hospitalier universitaire Tivoli - Ouïe et parole (enfants) (psy-logo)	Avenue Max buset, 24	LA LOUVIERE							
Centre de réadaptation notre dame et Reine	Aveilue iviax buset, 24	MONTIGNIES SUR							
Fabiola (logo-psy)	Avenue du Centenaire, 73	SAMBRE							

			Jamais	Rarement	Parfois	souvent	Relais / Orientation	Réseau/ situation	Institutionnel
Autres services									
L'Autre Rive (// SSM indépendant)	Rue du Laboratoire, 29	CHARLEROI							
Unité mobile du Domaine (outreaching au départ									
d'un hôpital psychiatrique qui va jusque dans la									
région de Charleroi)	Rue Jean Lanneau, 39	BRAINE-L'ALLEUD							
Echoline (service d'accompagnement obstétrical									
et/ou psychologique)	rue Bois Del Bol, 21	CHARLEROI							
HOPITAUX ET CLINIQUES									
Pédiatrie / consultations pédopsychiat	res								
Centre hospitalier Notre Dame et Reine Fabiola -									
site Notre Dame ou site Reine Fabiola? Unité									
mère-enfant	Grand'Rue, 6	CHARLEROI							
CHU de Charleroi, Site de Charleroi (Hôpital Civil									
) (service de psychologie infantile)	Boulevard Paul Janson, 92	CHARLEROI							
CENTRE DE SANTE DES FAGNES (pédiatrie)	Boulevard Louise, 18	CHIMAY							
Hôpital St Joseph, Ste Thérèse et IMTR (Gilly) -									
site CML Centre Médical Larrey Fleurus									
psychologie	rue de la Guinguette 72	FLEURUS							
CLINIQUE NOTRE-DAME DE GRACE -									
Consultation pédopsychiatrique	Chaussée de Nivelles, 212	GOSSELIES							
CENTRE HOSPITALIER DE JOLIMONT -									
LOBBES - Consultation pédopsychiatrique		HAINE SAINT							
(liaison en pédiatrie)	Rue Ferrer, 159	PAUL							
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE									
TIVOLI - Consultation pédopsychiatrique	l								
(plusieurs pédopsychiatres)	Avenue Max Buset, 34	LA LOUVIERE							
Centre hospitaler Notre Dame et Reine Fabiola -		MONTIGNIES SUR							
Site Reine Fabiola)	Avenue du Centenaire, 73	SAMBRE							
Hôpital Sainte Thérèse - Consultation	D T: 14:: 404	MONTIGNIES SUR							
pédopsychiatrique	Rue Trieu Kaisin, 134	SAMBRE							
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE A.	D d. O	MONTIGNY LE							
VESALE (psychologie)	Rue de Gozée, 706	TILLEUL		-		-			
CENTRE HOSPITALIER DE LA HAUTE SENNE -	Davidson and Danas and 17	COLONIEC							
Site St Vincent (pédiatrie - psychologie)	Boulevard Rossevelt, 17	SOIGNIES							

			Jamais	Rarement	Parfois	Souvent		Réseau/	Institutionnel
							Orientation	situation	
Maltraitance - Enfance (ONE)									
Equipes SOS parents-enfants		Γ							
Aide et Prévention enfant parents	Rue de la Broucheterre, 41	CHARLEROI							
Aide et Prévention Enfants-Parents	Av. Croix de Feux, 1 bte 29								
Services résidentiels pour enfants	victimes de maltraitand	e							
Clos du Chemin Vert (CAEVM - AJ)	Chaussée de Couvin, 36	CHIMAY							
Centre de protection de l'Enfant l'Accueil (asbl privée < ONE)	Place Raoul Nachez, 12	GOSSELIES							
Services d'aide à la jeunesse (SAJ)									
S.A.J.	Esplanade du Dragon, 411	MONS							
S.A.J.	Rue de la Rivelaine, 7	Montignies-sur- Sambre (Charleroi)							
Services de protection judiciaire (S	PJ)								
SPJ	Place du Parc, 27	Charleroi							
SPJ	Rue de la Rivelaine, 7	Mons							
Centre d'observation et d'orientation	n pour jeunes (COO)								
Le Carps - Centre d'Accueil et de recherche									
psychosociale	Chaussée de Mons, 277	VILLE SUR HAINE							
Centre de premier accueil									
Auberge du Maréchal Ney - Poupon et Centre d'Accueil agréés ONE	Chaussée de Gilly, 142	FLEURUS							
Centre d'Orientation Educative (CO	PE)								
L'Alternative	Rue Willy Ernst, 25A	CHARLEROI							
Perspectives	Boulevard J.Bertrand, 10E	CHARLEROI							
Le Reflexe	Rue Omer Tulipe, 55	LA LOUVIERE (*)							
Services de prestations éducatives	et philanthropiques								
G.A.C.E.P.	boulevard d'Evreux, 30	CHARLEROI							

			Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Relais / Orientation	Réseau/ situation	Institution-
Services d'accueil et d'aide éd	ucative (SAAE)							- Citalaniani	1.0.
Siloé	Rue du Calvaire, 43	CHATELET							
Clos du Chemin Vert	Chaussée de Couvin, 36	CHIMAY							
Le Gai Logis	rue Bel Air, 40	ECAUSSINES							
Maison de Frasnes	rue J-B. Loriaux, 1	LES BONS VILLERS							
Entreville	rue de l'Entreville, 109	LOBBES							
Famille Juliana Bernaert	rue Paschal, 1	LOBBES							
L'Ermitage	rue de Saint Marcoult, 57	SILLY							
Instituts publiques de protection	on de la jeunesse								
IPPJ de Jumet	Rue de l'Institut, 85	Jumet							
Tribunaux de la jeunesse	·								
Tribunal de la jeunesse	Boulevard de la fontaine, 8	CHARLEROI							
Tribunal de la jeunesse	Boulevard Mayence, 76	CHARLEROI							
Tribunal de la jeunesse	Place du parc, 27	MONS							
Tribunal de la jeunesse	Rue de Nimy, 35	MONS							
Services d'aide et d'intervention									
S.I.F Clos du Chemin Vert - Service									
d'intervention en Famille	Chemin de la Justice,n 19	CHIMAY							
Le Gai Logis	rue Bel Air, 40	ECAUSINNES							
Centres d'Accueil Spécialisés	(CAS)								
Bastide Blanche	Rue de l'Abattoir, 62	Châtelet							
Foyer retrouvé	Rue Jean Volders, 2	Ransart							
Services de placement familial									
Famille d'Accueil Odile Henri	Rue Camille Lemonnier 10, bte1	LA LOUVIERE							
Famille retrouvée	Rue de l'Eglise, 46	Mont-sur -Marchienne							
	•								
Projets pédagogiques particul	iers 								
Centres d'Accueil d'urgence									
Centres de planning familial									

		Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Relais / Orientation	Réseau/ situation	Institution- nel
Maisons ouvertes (Bébé-rencontes)								
Consultations des nourrissons – Travailleurs	ONE							
SISD (services intégrés de soins à domicile)								
Services de toxicomanie								
Services d'urgences								
Médecins généralistes								
Enseignants								
Centres PMS (centres psycho-médico-sociau	x)							
	/							
PSE (Promotion de la santé à l'école)								
CPAS								
Psychologues privés								
Psychiatres privés								
Logopèdes privés								
Logopedes prives								
Projets pilotes								
Autres								

Annexe 7 : Plan du répertoire

Les services rencontrés lors de la première partie du travail ont été recensés dans un répertoire dont le canevas est repris ci-dessous.

Nom du service

Type de structure (ex : SSM)

Adresse

Téléphone: Fax:

E-mail : Site web :

Personne de contact : personne ressource pour le professionnel qui consulte cette fiche

Population

Population spécifique :

- enfants : âge, sexe, population cible spécifique

- adultes : signalez si vous prenez en charge également des adultes

Conditions d'admission: cette partie peut comprendre la population pour laquelle le service est « spécialisé » ou agréée ainsi que des conditions de type administratives, géographiques, et/ou médicales (ex : procédure AWIPH, attestation médicale, d'un centre PMS...)

Critères d'exclusion: public pour lequel le service n'est pas habilité à réagir, ou ne souhaite pas le faire (ex: handicap physique et/ou mental, toxicomanie,...), critères géographiques,...

Cadre

□ ambulatoire

ne signaler que le mode de prise en charge pratiqué

□ résidentiel

□ hospitalier (service de jour et/ou résidentiel)

Agrément : nombre de place prévues et financées par et pour le service

Spécificités du service :

Orientations thérapeutiques, activités de prises en charge spécifiques au service, structures présentes au sein de l'institution

Equipe :

Personnel médical, paramédical, éducatif, travailleurs sociaux

Informations pratiques

Accueil : heures d'ouverture, permanence d'accueil du service

Participation financière du patient : ticket modérateur- part demandée au patient - ne pas inclure le mode de financement du service lui-même

5 lignes pour le dire :

Cadre de présentation qui invite à la collaboration le service qui consulte le répertoire. Il peut s'agir d'informer sur les centres partenaires, les services associés, les réseaux déjà existants ou les collaborations diverses.

5 lignes maximum!

Annexe 8 : Grille d'entretien des partenaires

Date				
Participants et institutions présentes				
Rapporteur				
Durée de l'entretien				
Lieu d'entretien				
D. de situation : dynamique de collaboration avec le réseau pédopsy				
Pour vous, qui fait partie du réseau de pédopsychiatrie? SSM				
 SSM SAI : Services d'aide à l'intégration 				
o Services spécialisés dans la maltraitance : APEP, CAP,				
SAJJNS : Services d'accueil de Jour pour Jeunes Non Scolarisés				
o SAP : Services d'Aide Précoce				
 SRJ : Services Résidentiels pour Jeunes 				
o Hôpitaux				
o Autres initiatives : « ssm », écholine,				
o Privés				
0				
Parmi les acteurs cités, quels sont ceux avec lesquels vous avez des contacts en tant que partenaires ?				
+ présentation des acteurs du répertoire				
D. constructif: construction de la collaboration				
Comportement de collaboration :				
Comment (de quelle manière) se déroule votre collaboration avec le réseau pédopsy ?				
- de quel mode de collaboration s'agit-il ?				
o situation/ réseau :				
o relais / orientation				
o institutionnelle : lieux de concertation et de réseaux existats, thématiques, sectoriels ou				
intersectoriels,				
o échange de personnel entre services				
 avec convention : accords sur les modalités ou procédures de collaboration 				
o concertation informelle				
o autres				
- de quelle manière vous y prenez-vous? Par quelle modalité pratique?				
 directe: téléphone, entretien, visite, réunion indirect: courrier, mail => pour quelle situation? 				
o autres				
o unico				
Caractéristiques du partenaire :				
Lorsque vous collaborer, que connaissez-vous du partenaire ?				
- quelles informations vous sont utiles à connaître concernant les partenaires ?				
o caractéristiques d'offre : résid/ambulatoire, spécialiste/ généraliste, thérapeutiques				
o public d'accueil : âge, genre, spécialités du service				
o disponibilité de place				
o conditions d'admission ou critères d'exclusion				
o « invitation à collaboration »				
o localisation géographique				
 quelles sont les informations qui vous guident vers un partenaire plutôt qu'un autre ? 				
quenes sont les informations qui vous guident vers un partenane piutot qu'un aune :				
- vous arrive-t-il de penser que certaines <i>informations font défaut</i> pour votre choix de collaboration ?				
The first of the f				
D. organisationnel : facteurs de collaboration				
Motivation : Qu'est-ce qui entraîne la collaboration avec le réseau de pédopsychiatrie? Qu'est-ce qui vous				
motive à collaborer ?				

 Qui impulse la collaboration ? (origine) Demande de l'usager (enfant et/ou famille) Obligation de part l'institution Souhait de votre institution 	
- Est-ce que parfois un <i>réseau est déjà en place</i> autours de l'usager ? Est-il sollicité ? Est-il modifié ? Pour quelle raison ?	
- Y-a-t-il un <i>suivi</i> de la collaboration ? Lorsqu'il s'agit d'une collaboration autours d'une situation, quelqu'un garde-t-il un contact avec l'usager et son réseau ?	
 Y a t il des services que vous connaissez mieux que d'autres ? Pour quelles raisons ? Visibilité Répertoire 	
Ressources (facilitateurs/obstacles): en dehors de « l'envie ou le besoin de collaborer » qu'est-ce qui peut faciliter ou au contraire faire obstacle à la collaboration? Le temps L'administration, les contraintes L'offre (caractéristiques, places,) Les moyens financiers de l'usager, et financements dont dispose le partenaire	
Renforcement : quels sont les facteurs qui peuvent vous pousser à collaborer plusieurs fois avec un même partenaire?	
- Vous arrive-t-il de ne pas savoir si votre <i>collaboration était utile</i> ou pas ?	
- Feed-back: Est-ce que certains services donnent un retour d'information concernant le suivi de l'usager? Comment cela se passe-t-il? sous quelle forme?	
- Est-ce qu'il arrive qu'un <i>usager ne veuille pas</i> d'une collaboration ? Est-ce fréquent ? Si oui, quelles sont les raisons le plus souvent évoquées ?	
Autres questions	
Selon vous, de manière générale, y-a-t-il des outils ou initiatives qui - facilitent les collaborations avec les acteurs pédopsy - freinent - pourraient être mis en route avec les acteurs pédopsy	
D. institutionnel	
Points de vue :	
o Politique (organisationnel)	
o Financier	
 Administratif 	
 Systémique 	

Conventionnel

0

Autres

Annexe 9 : Invitation à la journée d'étude du 16 novembre 2007

Fiche d'Inscription

Nom .

A renvoyer par courrier postal (PFRCC - Bd Zoé Drion, 1 à 6000 Charleroi.) ou par fax (071/92.55.12) pour le 9 novembre au plus tard.

Institution:	
Adresse:	
Tel/G.S.M.:	
	à la journée d'étude 7 et choisit l'atelier :
	•
du 16 novembre 200'	•
du 16 novembre 200' Atelier 1	•

- Cocher 2 ateliers et mentionner l'ordre de préférence.

RENSEIGNEMENTS

Plate-Forme de Concertation en Santé Mentale des Régions du Centre et de Charleroi. Boulevard Zoé Drion, 1 à 6000 Charleroi

Tel: 071/92.55.11 Fax: 071/92.55.12 info@pfrcc.com

DATE ET LIEU

Le vendredi 16 novembre à partir de 9h00 à la M PA (Maison pour associations) : Route de Mons, 80 6030 Marchienne-au-Pont.

ACCES

Voir plan ci-joint.

INSCRIPTIONS

Par fax : 071/92.55.12 Par retour du courrier : Mme Deverd, PFRCC, Boulevard Zoé Drion 1 à 6000 Charleroi

PARTICIPATION À LA JOURNÉE D'ÉTUDE

Versement de 20 € sur le compte n° 001-0926371-97 de PFRCC, 6000 Charleroi avec la mention « journée d'étude du 16 novembre 007 » et les NOM et PRENOM du participant. Repas et collations sont compris dans le prix.

Journée d'étude Pédopsychiatrie, le fil rouge dans les prises en charge.

Analyse des pratiques de travail en réseau autour des soins de santé mentale des enfants et des adolescents dans les régions du Centre et de Charleroi.

Vendredi 16 novembre 2007 Plate-Forme de Concertation en Santé Mentale des Régions du Centre et de Charleroi. Depuis la naissance de la Plate-Forme de Concertation en Santé Mentale, les travailleurs de terrain des Régions du Centre et de Charleroi profitent de son infrastructure pour se rencontrer régulièrement dans le cadre de la Commission Pédopsychiatrie. Les services y font connaissance; les différents secteurs concernés par les enfants et les adolescents s'y croisent; le travail de réseau s'y nourrit...

Afin d'approfondir la réflexion autour de la continuité des soins et des pratiques de collaboration, la Plate-Forme a démarré, à la demande des membres de la Commission, une recherche en la matière. Avec le concours de l'Institut Wallon pour la Santé Mentale (IWSM), une étude est menée depuis octobre 2006 et se poursuivra jusqu'en octobre 2008. En émergeront, outre les analyses elles-mêmes, un répertoire utile ainsi que des recommandations aux autorités concernées.

A l'issue de la première année de travail, cette journée d'étude en présente les résultats et les hypothèses qui en découlent. Il s'agit de les restituer aux équipes qui ont activement contribué à la démarche, ainsi qu'au secteur qui en est l'auteur. Sur base de vignettes cliniques, les ateliers, dont les thèmes sont directement liés aux champs investigués, permettront d'étoffer les perspectives dégagées par la recherche. Une conférence prolongera la réflexion.

PROGRAMME

\rightarrow	9H00	Accueil
\neg	71100	Accucii

→ 9h30 **Ouverture de la Journée** par le Dr. G. VAN CANG,

président de la PFRCC.

→ 9h45 **Présentation des résultats de la** recherche par l'IWSM.

→ 10h30 PAUSE CAFE

 \rightarrow 11h00 Travail en ateliers

Atelier 1 Qui tient le fil rouge ?

Comment maintenir une continuité au travers des moments d'avant-pendant-après une hospitalisation? Quelle articulation entre l'action de l'Aide à la Jeunesse et les soins de santé mentale?

Animatrices:

Dr. I. SCHONNE et Mme Y. WETZELS, Centre Psychothérapeutique de Jour Charles-Albert Frère de Marcinelle.

Rapporteur : Mme C. ROBERT, SAJ de Charleroi.

Atelier 2 Quelle collaboration avec les familles?

Comment les services peuvent-ils impliquer les familles des patients dans leur prise en charge?

Animatrice: Mme M.-C. CLEMENT, A.M.O. Le Signe de Charleroi.

Rapporteur : Dr. E. MATHY, Centre de Santé Mentale du CPAS de Charleroi et

l'Accueil de Gosselies.

Atelier 3 Urgence et continuité des soins : le mariage impossible ?

Comment éviter la rupture dans la continuité des soins quand les patients consultent en urgence?

Animateurs:

Mme C. FRERE et Dr. R. GUILLAUMÉ, ISPPC-Hôpital V. Van Gogh de Marchienne-au-Pont. **Rapporteur**:

Mme P. DEVERD, PFRCC.

Atelier 4 Qui se soucie de nous?

Animateurs: M. R. HELU, Clinique Notre-Dame de Grâce de Gosselies et Dr. T. DELATTRE, APEP de Lodelinsart.

Rapporteur : Mme C. DELTOUR, Centre de

Guidance de Charleroi.

 \rightarrow 12h30 REPAS

→ 13h30 Travail en ateliers (suite)

→ 14h30: PAUSE CAFE

→ 15h00 : **Rapport en séance plénière du**

travail des ateliers

par le Dr. R. GUILLAUME.

→ 15h30 : **Conférence par**

M. Luc BLONDIEAU

Réseau...réseau-lution de problèmes ?

<u>Annexe 10</u>: Convention entre l'IWSM et la Plate-Forme de Concertation en Santé Mentale des Régions de Charleroi et du Centre (PFRCC)

Recherche sur l'offre de soins et les collaborations dans le champ de la santé mentale des enfants et des adolescents sur le territoire de la PFRCC

Objectifs définis par la Plate-forme

- ✓ Identifier et caractériser <u>l'offre</u> et le champ de d'action des institutions actives sur le territoire de la Plate-forme qui travaillent dans le champ de la santé mentale ou qui ont une activité en lien avec le secteur de la santé mentale et qui s'adressent aux enfants et/ou aux adolescents (de 0 à 18 ans). L'objectif est de rédiger un répertoire de ces institutions et d'identifier les carences en équipement ;
- ✓ Identifier <u>les collaborations</u> existantes (au départ des institutions et entre les institutions). L'objectif est d'examiner les interactions entre les institutions en fonction des équipements disponibles.

Finalité

La finalité de cette recherche correspond à la mission de concertation et de mise en lien des intervenants (réseau) en charge de la Plate-forme, limitée ici au groupe cible Enfants-Adolescents.

Processus

Le travail suivra un processus en 2 étapes :

- 1. Réaliser un *répertoire* détaillé, tout en cherchant à identifier les ressources et l'articulation des ressources, ainsi que les lacunes dans la prise en charge des enfants et des adolescents, à partir des questions suivantes :
- Quel type d'institution ? Quelle(s) mission(s) ?
- Quelles spécificités ?
- Quelles sources de financement ? Quelles ressources propres ?
- Quelle situation et quelle couverture géographique ?
- Quelle est la population accueillie (âge, difficultés psycho-médico-sociales, ...) ?
- D'où viennent les enfants et par qui les demandes sont-elles faites (parents, autre institution) ?
- Quelles sont les demandes que le service doit refuser et quelles en sont les raisons (infrastructure inadaptée, manque de place, profil du jeune,...) ? Que deviennent ces demandes : un relais est-il proposé ? Lequel ? Dans quel cas ? Y a-t-il des critères d'exclusion ?
- Quelle réponse à l'urgence ?
- 2. Concernant plus spécifiquement les collaborations :
- Avec quels institutions/services travaillez-vous habituellement ? Dans quels cas ? A quelle fréquence ? Quel type de collaboration (passage de relais, réunion de concertation,...) ?
- Comment avez-vous eu connaissance de ces partenaires ?
- Y a-t-il des contacts avec les services et des informations sur les services qui vous semblent faire défaut ? Lesquels ?
- Quels sont les problèmes de communication les plus souvent rencontrés ?

Méthodologie

1. Collecte des informations :

La collecte d'informations s'appuiera sur 2 méthodes d'investigation complémentaires, en fonction des différentes catégories d'institutions à contacter. La liste des contacts à prendre a été établie par la Plate-forme, celle-ci restant ouverte à l'ajout d'autres acteurs qui seraient cités comme partenaires au cours des entretiens :

- ➤ Pour ce qui concerne les services membres ou partenaires incontournables de la Plate-forme (à définir avec le comité d'accompagnement): réaliser une série d'entretiens individuels, afin de bien percevoir les différences d'action et de niveau d'action. Outre le secteur de la santé mentale stricto sensu, d'autres acteurs du secteur « handicap » ou « aide à la jeunesse » (à déterminer avec le comité d'accompagnement) feront également l'objet d'une rencontre individuelle.
- ➤ Pour les *acteurs de première ligne*, la collecte d'information se fera essentiellement par catégories de services homogènes (centre PMS, crèches, consultations de nourrisson, service jeunesse du CPAS, médecins généralistes, etc.) dans le cadre de tables rondes.

2. Analyse:

Une première analyse des informations recueillies sera réalisée.

Elle sera soumise aux différents services et acteurs rencontrés dans le cadre de la collecte des données, dans le but d'affiner le répertoire et de rendre les résultats à ceux qui y ont contribués.

Cette confrontation pourrait s'envisager dans le cadre de réunions de travail, organisées en collaboration avec la coordinatrice de la Plate-forme, où chaque catégorie de services, représentée par une ou deux structures, pourrait présenter son action en public, sur base d'un canevas issu de l'analyse des données.

3. Résultats:

L'étude se clôturera sur la production d'un rapport de recherche et d'un répertoire des services. Un rapport intermédiaire fera état de l'avancement de la recherche après 1 an.

Accompagnement du projet

Le travail préparatoire, le travail de recherche et le suivi de l'analyse confiés par la Plate-Forme à l'IWSM seront accompagnés dans le cadre d'un Comité d'Accompagnement.

La « Commission pédopsychiatrie » de la Plate-Forme assurera cette mission. Y seront associés, sans voix délibérative, 3 représentants (maximum) de l'IWSM de manière à garantir la qualité et l'orientation définie pour les recherches au sein de l'Institut.

Le Comité d'Accompagnement se réunira tous les 3 mois. Il définira les objectifs attendus pour la fin de la première période (au 30/09/2007) ainsi que les critères permettant d'évaluer les résultats obtenus en fonction de ces objectifs.

Cadre

La recherche est commanditée par la PFC Charleroi-Centre.

Le commanditaire est propriétaire des résultats.

Dans le respect de toute déontologie de recherche, l'Institut garantit la confidentialité de l'étude tout au long du processus, tout en travaillant en cohérence avec les options qui guident son travail de recherche, à savoir :

- Susciter une réflexion en termes de santé mentale ;
- Chercher à comprendre comment la santé mentale de la population et tout particulièrement, ici, celle des plus jeunes est prise en compte ;
- Associer à la recherche les intervenants impliqués dans l'objet de l'étude ;
- Tenir compte de façon transversale des différents secteurs concernés, c'est-à-dire, ici, dans le cadre d'une réflexion sur la prise en charge des enfants et des adolescents : santé mentale et psychiatrie, mais aussi handicap, aide à la jeunesse et protection de la jeunesse, action sociale ieunesse, etc. :
- > Se référer aux travaux déjà menés, en son sein ou ailleurs, sur le sujet ;
- Alimenter une réflexion en termes de santé publique ;

- Encourager la généralisation, voire la reproduction, des travaux sur le territoire de la Région wallonne;
- Veiller à l'opérationnalisation de la recherche.

Réalisation

Sur base de la proposition du commanditaire, le travail concret d'investigation et d'analyse correspondra à l'investissement d'un chercheur de niveau universitaire à concurrence d'un mi-temps sur deux ans.

Le travail fera l'objet d'une convention annuelle, renouvelable une fois. La reconduction du projet sera soumise à l'évaluation du travail réalisé sur base de critères définis par le Comité d'Accompagnement.

Budget:

Un montant forfaitaire annuel de 36.000 € couvrira les frais de personnel, les frais de fonctionnement liés à la mission (notamment les frais de déplacement) ainsi qu'une participation aux frais généraux (téléphone, occupation des locaux et utilisation du matériel, secrétariat).

La somme sera liquidée en 4 tranches de 9.000 euros le 01/10/2006, le 01/01/2007, le 01/04/2007 et le

01/07/2007 sur le compte n° 068-2330070-60 de l'Institut Wallon pour la Santé Mentale, asbl avec la communication « PFRCC - Pédopsy » et la référence au trimestre concerné.					
Echéance					
Cette convention couvre la période du 01/10/2006 au 30/09/2007.					
Fait à Charleroi en deux exemplaires originaux,					
Pour la Plate-Forme de Concertation en Santé Mentale (PFRCC):					
Stéphan Luisetto Président					
Pour l'Institut Wallon pour la Santé Mentale (IWSM) :					

Francis Turine Président