



R.E.A.L.I.S.M.
Réseau Enfants Adolescents Liège Santé Mentale

Préambule

Au vu des circonstances actuelles difficiles au REALISM, je tenais à préciser que ce rapport d'activité est celui du réseau, mais d'un réseau affaibli par l'absence de la coordinatrice principale.

De nombreux membres du réseau se sont très fortement impliqués pour rédiger, récolter des informations et ont fait preuve d'une grande créativité pour créer des outils de présentation du réseau et de la nouvelle politique. Nous nous en servirons lors de la visite de suivi.

D'autres membres minoritaires se sont au contraire désinvestis malgré bien des sollicitations et n'ont pas rempli ce qu'ils s'étaient engagés à faire. Le rapport est certainement, par endroit, déficitaire ou peu fourni. Il ne me semblait pas adéquat que la coordination palie tout.

Sachez que nous avons fait de notre mieux, la coordination ainsi que les personnes qui se sont impliquées pour que REALISM démontre combien c'est un réseau dynamique, solidaire bien au-delà des clivages qui existaient auparavant.

Bonne lecture



Rapport d'activités 2016-2017

1. Données administratives

a) Nom du réseau :

REALISM Réseau Enfants Adolescents province de Liège Santé Mentale

b) Site web du réseau

<https://www.realism0-18.be>

c) Prénom et nom de la ou des personnes assurant la coordination de réseau

Caroline Geuzaine & Christine Wattiez

Adresse : Quai des Ardennes, 24 à 4020 Liège

GSM/Tél : Christine Wattiez 0498/51 99 96 Caroline Geuzaine 0499/91 75 11

Email : info@realism0-18.be

d) Volume horaire hebdomadaire par personne pour la fonction de coordination de réseau

Christine Wattiez 0,8 ETP (coordination de réseau) & 0,2 ETP (coordination PFPL à disposition de la NP), Caroline Geuzaine (0,5 ETP)

e) Date de l'entrée en fonction par personne pour la fonction de coordination de réseau :

Pour C Wattiez : entrée en fonction comme coordinatrice REALISM Mi-temps le 01/07/2015. Ce 0.5 ETP a été élargi à 0.8 ETP (coordination de réseau) le 01/01/2016 & 0.2 ETP ETP (coordination PFPL à disposition de la NP) le 01/01/2016.

2. Développement et stratégie du réseau

2.1. Développement du réseau

2.1.1. La coordination de réseau

a) Veuillez donner un aperçu de la manière dont le réseau a désigné la coordination.

Une procédure standardisée a été mise en place pour les deux coordinatrices et comporte plusieurs étapes.

- Elaboration d'un profil de fonction par le CR (Comité de Réseau)
- Publication et réception des candidatures
- Envoi aux membres du CR de ces candidatures
- Classement des candidats



R.E.A.L.I.S.M.
Réseau Enfants Adolescents Liège Santé Mentale

- Entretiens individuels devant un jury composé de différents membres du CR (en respectant l'intersectorialité)
 - Choix d'un candidat
 - Validation par un entretien avec le SPF qui donne son aval final.
- b) Avec quelles autres fonctions de coordination, la coordination de réseau collabore-t-elle pour le développement du réseau et pour une offre d'aide globale et intégrée ?

REALISM travaille en étroite collaboration avec la plateforme psychiatrique liégeoise, le 107 (notamment dans un projet sur la participation des usagers. Voir plus loin) afin d'éviter les ruptures dans les trajets de soins en fonction de l'âge des usagers, le réseau « assuétudes », la coordination germanophone, le groupe pluraliste liégeois des soins à domicile, les différents réseaux d'aides familiales (pour lesquelles nous imaginons d'ailleurs une formation aux problématiques de santé mentale, idée issue de la Commission Intersectorielle « détection précoce »), coordination subrégionale de l'ONE, SAJ, SPJ, l'ASBL Together (représentants des usagers)

- c) Quels sont les freins et les facteurs facilitants de la fonction de coordination dans votre réseau

Facteurs facilitants :

- Au fur et à mesure que le réseau s'étoffe et que les informations du terrain remontent nourrir les discussions avec des questions claires, concrètes, les membres des commissions et du CR cherchent à mettre en place une réflexion et surtout des actions constructives et opérationnelles.
- La coordination va de plus en plus vers un mode par délégation, responsabilisant les acteurs du réseau. La coordination reste cependant bien consciente des enjeux et agit pour harmoniser les demandes, les craintes des uns et des autres. Elle joue un rôle fédérateur et dynamisant.
- L'intersectorialité est devenue une évidence alors qu'elle était difficilement acceptée auparavant
- La communication entre les différents coordinateurs, réseaux, notamment francophones débouche sur des stratégies d'aide et de soutien.
- Les CLPS aident à animer les réunions (notamment les commissions) et apportent leur expertise issue du domaine social. Les réunions sont ainsi variées et amènent les participants à s'engager dans la réflexion
- Nous avons été frappées par le fait que de nombreux intervenants, institutions de la même région ne se connaissaient pas. Via les CI, ces intervenants échangent, se contactent et utilisent réciproquement leurs ressources. Ils planifient des rencontres d'échanges en dehors des réunions afin d'optimiser leurs pratiques et étoffer leurs collaborations.
- Soutien par Mme Makuch et Mr Caillet. Il est rassurant d'avoir des interlocuteurs directs et soutenant qui connaissent la situation et donnent donc des conseils avisés, particuliers et adaptés au REALISM
- Mme Wattiez a été coordinatrice de la plateforme pendant 4 ans avant de travailler au REALISM : elle a une connaissance pointue tant des institutions que des personnes (leurs



lignes de force comme leurs lignes de faille). C'est un atout majeur dans la gestion d'un réseau en construction et dans le développement d'un sentiment de confiance et de maîtrise.

- 5 agents de liaison (bientôt 6) sont des moteurs de développement dans les thématiques qui leur ont été attribuées. Elles sont un soutien énorme pour le dynamisme du réseau
- 3 pédopsychiatres de réseau, chacun avec leur spécificité propre, permettent de couvrir l'ensemble des problématiques d'un point de vue médical

Freins :

- Le sentiment qui domine le réseau reste l'incertitude et l'insécurité, notamment au niveau des postes, des subventions, de la pérennité des projets. IL semble que ce sentiment soit généralisé dans le domaine de la santé mentale. Les employeurs partenaires restent ainsi soucieux d'avoir un maximum de garantie que nous ne pouvons pas leur donner. Cela joue sur leur motivation et ces questions financières occupent énormément de place dans les réunions au détriment de points tout aussi importants.
- Il existe une grande hétérogénéité des procédures dans les différentes institutions, ce qui génère de la frustration et le sentiment que les employeurs peuvent se sentir destitués de leur pouvoir de décision.
- Le système impliquant un hôpital receveur est difficile : la personne qui est notre relai pour toutes ces questions budgétaires n'a pas un temps alloués pour ces tâches. Elle les fait en plus de ses tâches habituelles et y met une énergie que peu de personnes peuvent imaginer (cela peut être vu aussi dans le registre facilitateur tant cette personne est motivée et experte). Elle ne reçoit ni temps, ni rémunération pour ce travail énorme.
- La coordination est noyée par l'administratif au détriment d'une implémentation plus rapide et efficace du réseau et de la nouvelle politique.
- Actuellement la coordination est assurée par ½ ETP (à la place de 1.5 ETP). Cette période chargée est très difficile et même si certaines personnes du réseau offrent leur soutien, les exigences sont là, tant émanant du SPF que de certains partenaires, inquiets, demandeurs, et souhaitant (tout en se rendant compte que c'est impossible) que le réseau fonctionne de la même façon. REALiSM travaille au mieux mais, dans ces circonstances exceptionnelles, prend un certain retard dans différentes tâches.
- La convention reste un problème pour de nombreux partenaires et ralentit la signature. Cela sera certainement discuté lors de la réunion de suivi.
- La procédure de remboursement (et leur répartition selon la dimension des bassins de soins) des frais de fonctionnement est un sujet qui est récurrent aux CR et occupe une place non négligeable dans les réunions.
- Les questions financières pures éloignent (découragent) les personnes qui voudraient participer au CR pour des questions qui leur apparaissent plus connectées à leur réalité de terrain. Ils y perdent de leur enthousiasme et ne se retrouvent pas dans ces questions.
- Certains partenaires ressentent un sentiment de risque qui freine leur investissement dans la Nouvelle Politique.



- d) Veuillez décrire le rôle de la coordination de réseau dans :
- Le développement du réseau
 - La coordination soutient le réseau dans ses interconnexions
 - Elle veille à l'intersectorialité
 - Elle organise de sa propre initiative ou selon les demandes des séances d'informations dans de multiples institutions et organismes
 - Elle initie le regroupement des acteurs de terrain et soutient leur co-créativité autour de projets locaux ou à plus grande échelle.
 - Elle met en place les Commissions Intersectorielles, les anime et alimentent la réflexion tant en apportant des modèles théoriques ou pratiques innovants en lien avec la thématique de la CI
 - Elle favorise la connaissance des membres du réseau entre eux et soutient leur collaboration
 - Elle organise les comités de sélection dans un registre intersectoriel
 - Elle joue l'interface entre le réseau REALISM et le SPF
 - Elle organise les comités de rédaction des programmes en impliquant les membres du réseau
 - Elle diffuse des informations pertinentes aux différents intervenants via différents média
 - Elle organise les CR et a mis en place le GOS (groupe opérationnel/stratégique) en respectant au maximum les différentes sphères
 - Elle modélise des modes de fonctionnement
 - Elle propose des hypothèses de constitution d'équipe en fonction des nouvelles personnes sélectionnées (et lien avec les budgets etc).
 - Elle supervise avec la pédopsychiatre de réseau le travail des agents de liaison, notamment leur plan d'actions étalé sur une année complète
 - Elle sollicite, responsabilise, délègue au sein du réseau pour que les partenaires s'impliquent et s'intègrent dans une dynamique réelle de réseau interconnecté.
 - Elle veille, dans la mesure de ses possibilités et de la bonne volonté des partenaires, à respecter les délais pour les différentes tâches et demandes émanant du SPF.

 - La désignation du psychiatre de réseau

Une procédure de recrutement a été mise en place. Plusieurs candidats se sont proposés et le CR a admis à l'unanimité la complémentarité de nos pédopsychiatres de réseaux qui ont chacun une place spéciale dans le réseau, même si ce n'est pas à l'exclusive et qu'ils travaillent souvent de concert.

Le Dr Wégimont est en charge des patient judiciairisés

Le Dr Bezzan est centrée sur la petite enfance, le dépistage précoce, les processus d'évaluation du bien-être psycho-moteur des tout jeunes enfants.

Le Dr Lerminiaux est en charge de la pédopsychiatrie générale



Le tout, je le rappelle, sans qu'il n'y ait d'exclusive. Chacun intervient dans des domaines divers peut être sollicité par un autre médecin ou un partenaire du réseau sans que ce soit sa spécialité définie.

- L'élaboration des programmes
 - La coordination, sur base des templates reçus du SPF, a organisé de nombreux comités de rédaction des programmes. Elle a pris en considération les avis, favorisé les concertations et proposé différentes moutures en fonction des feed-backs reçus. Ces templates ont chaque fois été validés en CR avant d'être envoyés au SPF pour avis.

2.1.2. Le psychiatre de réseau

a) Veuillez décrire le rôle du (des) psychiatre(s) de réseau dans :

- La construction du réseau
 - Participation permanente aux différents comités (CR, GOS, Commissions Intersectorielles).
 - Centralisation des demandes émanant du terrain
 - Fédération des partenaires autour de thèmes ou de problématiques par des formations, réunions régulières.
- L'élaboration de chaque programme
 - Elaboration des templates grâce à la participation active aux comités de rédaction

b) Quels sont les freins et les facteurs facilitants de la fonction de psychiatre de réseau dans votre réseau ?

Facilitants :

- La mise en place d'une réunion hebdomadaire avec l'ensemble des dispositifs de soins mobiles
- Spécificités propres à chaque pédopsychiatre réseau avec une attention particulière au template agents de liaison
- La disponibilité effective des pédopsychiatres au profit de Mobilea (ensemble des différentes équipes mobiles sous un seul vocable) permet un soutien intense des agents de l'équipe mobile, favorisant une plus grande autonomie.

Freins :

- Case-load important
- Heures de pédopsychiatre non proportionnelles au case load. En effet, la fonction du pédopsychiatre réseau avait été pensée comme un soutien à la coordination de réseau. Or, l'implication des pédopsychiatres dans la participation de la gestion clinique a été privilégiée. Dans ce sens, les heures dévolues aux missions pédopsychiatriques s'avèrent insuffisantes au sein de Réalism.
- Au travers de la participation aux différents comités et collaboration avec les agents de liaison, la participation à certaines CI, la disponibilité et le suivi de la coordination, la



collaboration entre la coordination de réseau et les 3 pédopsychiatres s'avère fonctionnelle et productive.

- c) Veuillez détailler la collaboration entre le(s) psychiatre(s) de réseau et le pédopsychiatre disposant d'une expérience et d'une expertise spécifique dans le domaine des jeunes présentant un problème psychiatrique qui relèvent d'une mesure judiciaire.
- La participation hebdomadaire du médecin médico-légal à la Rému (réunion coordonnée des antennes des équipes mobiles) facilite amplement la collaboration de celui-ci avec les autres pédopsychiatres réseau et les agents Mobilea.
- d) Veuillez décrire, le cas échéant, la collaboration entre les différents acteurs remplissant la fonction de psychiatre de réseau au sein de votre réseau
- La répartition du travail permet une cohérence dans l'opérationnalisation
 - La participation hebdomadaire du médecin médico-légal à la « Rému » (réunion coordonnée des antennes des équipes mobiles) facilite amplement la collaboration de celui-ci avec les autres pédopsychiatres réseau et les agents Mobilea.
 - Le travail lié aux hospitalisations (et au réseau médico-légal liégeois) facilite les collaborations entre les 2 autres pédopsychiatres de réseau et le pédopsychiatre médico-légal
- e) Veuillez décrire la collaboration entre la fonction de psychiatre de réseau et les autres pédopsychiatres au sein de votre réseau
- Lien est principalement créé avec les « glems » pédopsychiatriques où nous avons l'occasion de présenter le travail de Réalism et ses nombreuses avancées, l'implication, le professionnalisme et le dynamisme des agents de liaison, le dispositif Mobiléa qui s'affine pour être au plus proche des bénéficiaires.).

2.1.3. Développement général

- a) Veuillez ajouter un organigramme de votre réseau au rapport d'activités (annexe 1). Veuillez définir, sur base de celui-ci les divers organes au sein du réseau, les interconnexions et leurs missions. Veuillez préciser la fréquence des réunions par organe.
- Vous trouverez en annexe une cartographie du réseau REALISM réalisé en collaboration avec la coordination de réseau et différents membres du CR qui ont décidé de s'investir pour présenter le réseau dans sa complexité.
 - # Le CR et le CFR et le GOS se déroulent en alternance toutes les 6 semaines
 - # Les Commissions intersectorielles mises en place sont organisées toutes les 6 semaines, avec des participants qui varient selon les thématiques proposées par le CI
 - # La réunion des employeurs se déroulent à raison de 3 fois par an ou selon les besoins, à la demande



R.E.A.L.I.S.M.
Réseau Enfants Adolescents Liège Santé Mentale

Nous avons mis en place une réunion « Logigramme » que M Gérard (SAJ de Verviers) a bien voulu retravailler, formaliser pour le soumettre au CR. IL s'agit de présenter une photographie de notre réseau à un temps « t » tout en sachant que ce réseau est en constante évolution. Cet outil permet de comprendre (en le visualisant) les liens entre les différents organes et commissions, entre le terrain et les organes « décisionnels » de REALISM.

Nous sommes actuellement dans une phase intensive de recrutement. L'organisation de ces comités est chronophage dans la mesure où nous voulons respecter l'intersectorialité. Les personnes engagées vont être intégrées aux différents programmes afin que les ETP soient tous pourvus fin juin.

Vu cette phase intensive de recrutement, l'organisation de ces comités est chronophage dans la mesure où nous voulons respecter l'intersectorialité. Les personnes engagées vont être intégrées aux différents programmes afin que les ETP soient tous pourvus fin juin.

Pour plus de détail : voici clairement explicités les différents organes qui viennent d'être cités :

Comité de réseau

Centre décisionnel, il est l'interface entre les niveaux de pouvoir politiques et le niveau local (REALISM) ; c'est l'organe de structuration du réseau. Le CR reçoit les propositions de décision des diverses composantes, il est le garant de la cohérence globale et de sa corrélation avec la nouvelle politique de suivi de soins SM. C'est le seul organe délibératif en capacité d'engager le réseau dans son ensemble.

Comité de financement

Spécifiquement budgétaire, il débat de la gestion des deniers et des éventuelles mises au point dans la ventilation avec les partenaires employeurs afin de faire une proposition au CR en cas de besoin. Il se compose de représentants du CR avec des employeurs voir des agents chargés de la trésorerie des employeurs partenaires. Ce comité se réunit généralement l'heure précédent le CR.

Comité des employeurs

Le comité des employeurs se penche préférentiellement sur les difficultés potentielles au niveau des engagements et la gestion des agents mis à disposition du réseau en termes légal et institutionnel. L'objectif étant préventif.

Comité scientifique

Ce comité rassemble les acteurs travaillant directement pour REALISM et ayant pour mission le diagnostic (pédopsychiatres de réseau), l'intervention ambulatoire (MOBILEA) et le soutien scientifique (agents de liaison). Les rencontres sont organisées à géométrie variable en fonction des nécessités et des thèmes abordés. Des éléments peuvent être « ramenés » vers le CR ou le GOS en fonction des attendus, qu'il soit



question de mise en exergue de problématique émergente ou autre pour débat en CI ou qu'il soit question de demande plus ponctuelle pour décision du CR.

Le CS est l'organe d'opérationnalisation du suivi de soin au quotidien sur le terrain.

Groupe opérationnel stratégique

Composé de membres des différentes sphères et des différentes commissions, il proposera au CR un plan d'action général.

Ce plan d'actions sera l'émanation des diverses propositions des commissions, le GOS tentera d'opérationnaliser l'ensemble des propositions d'actions à mener. Le GOS est donc l'organe qui analyse et cherche des solutions de faisabilité des actions à mener tout en ayant le souci de la cohérence d'ensemble. C'est l'organe de concertation inter-CI.

Commissions intersectorielles

Les CI sont des espaces de rencontre-débat intersectoriels et thématiques du réseau. Elles se composent de travailleurs des diverses sphères, des coordinatrices de réseau éventuellement d'agents de liaison, et mandatent deux membres effectifs pour la représenter au GOS. C'est le lieu d'échange et d'information large qui peut mettre en évidence certains points à analyser de manière plus pointue et créer éventuellement un groupe de travail.

GT intersectoriel

Émanation de la CI, il tentera d'aboutir l'objectif qui lui a été assigné par la CI afin de faire des propositions d'actions.

b) Veuillez décrire la façon dont est abordée et organisée la gestion du réseau (« gouvernance »)

- Notre réseau est « piloté » par le CRF (Comité de Financement du réseau), le CR (et le GOS en alternance depuis sa création)

c) Veuillez décrire la (les) procédure(s) décisionnelles(s) au sein de votre réseau.

- Les procédures décisionnelles sont prises sur base du consensus au sein du CR. Si ce que ce consensus ne peut être atteint, le CR agit selon une majorité qualifiée.
- Toute décision ou proposition émanant d'un autre organe, partenaire, travailleur est validée par le CR.

d) Veuillez décrire comment les partenaires de première ligne et les partenaires de la société ont été informés de la nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents, ainsi que leur implication. Ces partenaires ont-ils été informés et impliqués dans la construction du réseau ? Si oui, de quelle manière ?



- Plusieurs étapes indispensables ont été nécessaires en préalable à la « publicité » du réseau en construction. L'appropriation des fondements et les besoins d'opérationnalisation ont demandé un temps d'adaptation et de concertation interne. Cette implémentation sur une multitude de réseaux parfois spécifiques et parfois pluridisciplinaire nécessite à certains égards des changements d'habitudes et de comportement qui demandent un temps d'adaptation de l'ensemble des différents secteurs.
- L'engagement des coordinatrices de réseau qui ont pu répondre aux premières questions de clarification et faire un grand travail de diffusion et d'explication au sein des institutions qui le demandaient ou de sa propre initiative. La coordination a ainsi pu obtenir un nombre croissant de déclarations d'adhésion au réseau. Tous les partenaires potentiels ont été invités à signer une déclaration d'intention d'adhésion au réseau ; un document préalable à une future chartre d'adhésion. Le réseau s'étoffe et les personnes de terrain rejoignent de plus en plus le réseau et cherche à s'approprier son mode de fonctionnement.
- L'organisation de l'assemblée des partenaires a particulièrement mobilisé les acteurs de terrain et fédérer de nombreuses collaborations.
- La mise en place des équipes mobiles (MOBILEA) et l'engagement motivé des agents de liaison ont permis de développer une politique de prise de contact large sur l'ensemble des différents bassins de soins. Grace à cette dynamique de contact direct et d'appropriation du terrain par chaque secteur d'activités (équipes mobiles, agents de liaison,...), REALISM, en ses différents aspects, est entré en lien avec les professionnels des trois sphères afin de mesurer les attentes spécifiques et présenter la plus-value apportée par cette nouvelle structuration du suivi de soin pour adolescents.
- Les Invitations à participer au comité de réseau « transitoire » (à l'époque) ont été faites de manière très large au départ et se sont précisées par la suite en fonction du nombre et de la mise en place des commissions intersectorielles convenants plus aux attendus des travailleurs du terrain.
- De nombreux outils ont été créés avec le soutien des agents de liaison pour la diffusion d'information (folders, sites internet, affiches, séances d'information tant générale que centrée sur des problématiques spécifiques)
- Organisation de conférences et de formations pour les acteurs de première ligne. Certains parents y ont également participé (notamment à la formation TDAH)
- L'assemblée des partenaires 2017 a d'ailleurs été relevée comme une initiative à la fois informative (pour certains, une totale découverte) et organisée sur un mode favorisant les contacts et la découverte des uns et des autres.

2.1.4. Programmes

- a) Pour chaque programme (soins de crise, soins de longue durée, consultation et liaison intersectorielle), veuillez détailler l'état d'avancement relatif à l'opérationnalisation de vos templates validés par les autorités.



- Engagement de 4 agents de liaison en 2016-2017, et d'un 5ème agent de liaison en 2018. Le dernier agent de liaison est prévu pour le mois de mai 2018. L'ensemble des besoins pour chaque public cible sera ainsi couvert.
- Mise en place des CI C&Li 6x/an
- Questionnaire d'évaluation des CI&CLI
- Identification des besoins et des ressources du terrain en termes d'offre de soin, d'offre de formation et d'orientation via des rencontres avec les acteurs de terrain, au travers de la participation aux plateformes de concertation existantes et par l'organisation des CI C&Li. Ce travail est toujours en cours.
- Développement de plans d'actions avec un échéancier étalé sur l'année et reprenant les différentes actions concrètes et opérationnalisables dans une dynamique intersectorielle. Ces plans d'actions, visant les populations spécifiques à chaque agent de liaison, sont supervisés par le pédopsychiatre Dr Bezzan et la coordination puis validés par le Comité de réseau.
- Développement de supports d'informations multiples : affiches, folder général sur la liaison, répertoire des personnes de contact, folder ciblant différentes problématiques spécifiques, alimentation du site internet.
- L'équipe mobile dans l'ensemble de ses programmes de soins (crise et longue durée, 0-3 ans, médico-légal) est opérationnelle.
- Certains agents sont encore à engager pour compléter l'équipe mais elle devrait être complète en juin 2018.
- Historiquement, il est à rappeler que l'absorption des équipes mobiles existantes préalablement à Réalism a poursuivi leurs suivis pour les jeunes, en collaboration avec le réseau.
- Pour le renforcement de l'offre pour le double diagnostic au travers des trois programmes, certaines actions ont été mises en place : Consultation et liaison : engagement d'un nouvel agent de liaison pour les problématiques complexes et le double diagnostic en mars 2018. En attendant, rencontre de différents services qui prennent en charge des enfants et des adolescents qui présentent un double diagnostic. Participation ponctuelle des agents de liaison au "Jardin pour tous" (émanation du protocole de collaboration AJ/AVIQ - janvier 2011 page 10). L'offre double diagnostic s'est mise en place début 2018, suite à l'engagement d'1,5 ETP (1 ETP psychologue, ½ ETP psychomotricien). Reste à engager ½ ETP éducateur et ½ ETP « time-out » ce qui doit être réalisé ce 18 mai 2018 afin que l'équipe soit complète. Nous avons dû en effet, refaire un appel aux candidatures après le désistement d'agents éducateurs sélectionnés.
- b) Dans quelle mesure la mise en place concrète de chaque programme et du renforcement de l'offre pour le double diagnostic diffère-t-elle de ce qui a été décrit dans vos templates validés par les autorités ? Veuillez expliquer ces différences
- A notre sens, la mise en place concrète a suivi ce qui a été validé. Excepté, le double diagnostic, qui n'a pu se mettre en place qu'en 2018, malgré validation du template en 2017. Rappelons que le programme DD n'est pas encore complet et n'a pu être expérimenté qu'avec une équipe incomplète. Nous y remédions dans les semaines à venir.



- c) Veuillez décrire de quelle manière et sur quels sujets ou (sous-)groupes cibles votre réseau collabore avec d'autres réseaux de santé mentale pour enfants et adolescents sur le plan de l'offre et de l'organisation de l'aide
- Collaboration avec les différents réseaux de soins préexistants sur le territoire (ex : les réseaux assuétés) : identification des besoins et des ressources du terrain, collaboration sur des projets qui découlent des CI C&Li.
 - Rencontre des différents réseaux de collaboration qui existent sur le territoire et participation en tant que membre invité ou effectif, de manière ponctuelle ou régulière aux différentes plateformes existantes, dont voici quelques exemples:
 - Les CCAEVM (Commission de Coordination de l'Aide aux Enfants Victimes de Maltraitance des trois divisions judiciaires de Liège (Liège, Huy-Waremme, Verviers));
 - Plateformes VIF (violence intrafamiliale) organisées par la Province de Liège (une par division judiciaire) ;
 - Jeunes et Consommations (JandCo sur Liège et Rezea sur Verviers) ;
 - Jardin pour tous ;
 - plateforme liégeoise EVRAS (éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle) ;
 - commissions subrégionales AVIQ
 - Groupe d'intervision "Fil en Strophe" ;
 - Groupe d'intervision "Parentalité et dépendances"
 - Groupe de travail "grossesse et consommation" ;
 - Les plateformes Ens/AJ des trois divisions judiciaires de Liège (Liège, Huy-Waremme, Verviers)
 - Le Point d'appui aux écoles en matière d'assuétude
 - En 2017, préparation d'une rencontre avec les agents de liaison des autres provinces francophones.
 - En 2018, rencontres en vue de collaborations avec les agents de liaison des autres provinces francophones, sur la mission générale de l'agent de liaison et sur des thématiques spécifiques (périnatalité, scolarité et TDA/H).
- d) Veuillez décrire de quelle manière et sur quels sujets et (sous-)groupes cibles votre réseau collabore avec des réseaux de santé mentale pour adultes (réseaux art. 107) sur le plan de l'offre et de l'organisation de l'aide.
- Collaboration avec les différents réseaux de soins préexistants sur le territoire (ex : les réseaux 107) : identification des besoins et des ressources du terrain, collaboration sur des projets qui découlent des CI C&Li.
 - Rencontre des coordinateurs des réseaux 107 présents sur la zone (Fusion Liège et le RÉSME) et participation de l'agent de liaison à différents groupes fonctions afin



d'identifier les besoins d'articulation (enfants de parents souffrant de troubles psychiques, transition à la majorité, question de la non-demande, ...).

- Mise en place d'un groupe de travail concernant l'articulation entre le réseau adulte et le réseau enfant pour les enfants dont les parents souffrent de problèmes psychiques/assuétudes. L'objectif est de développer une offre de formation/intervision commune.

2.2.Stratégie du réseau

2.2.1. Inventaire de l'offre d'aide

a) Veuillez décrire la manière de constituer et de tenir à jour un inventaire de l'offre d'aide disponible au sein de la zone d'activité du réseau

- Un Répertoire spécifique des structures spécialisées dans le diagnostic et la prise en charge TDAH est élaboré dans le cadre du projet TDA/H
- Rencontre avec ALISS et SPILLER en vue de potentielles collaboration (idée de relayer les informations, d'attirer l'attention des services/institutions à communiquer la mise à jour de leur service...).
- Inclure les liens des différents services sur notre site.
- Des contacts ont été pris avec le Service Intégré de Soins à Domicile de l'Est Francophone (SISDEF)
- Un Répertoire spécialisé des structures spécialisées dans le diagnostic et la prise en charge TDAH est élaboré dans le cadre du projet TDA/H

b) L'inventaire en question est-il accessible pour tous les partenaires du réseau ? Comment cette accessibilité est-elle opérationnalisées ?

- Plusieurs répertoires sont disponibles en ligne et accessibles à tous (ex : ALISS, SPILLER, Accrochaje).
- Le site internet est régulièrement alimenté par les partenaires du réseau, principalement les agents de liaison et la coordination de réseau.
- De nombreuses brochures à destination des partenaires mais également du public ont été créées et éditées. Elles sont largement distribuées par les agents de liaison qui assurent une diffusion assez exceptionnelle des compétences du réseau.
- Les plans d'action mis au point par les agents de liaison sont exposés clairement et il est possible de concrétiser leurs actions sur une année entière voir à plus long termes pour certaines d'entre elles. Chacun peut ainsi savoir ce qui va être réalisé et à quelle échéance.
- Des formations ont été organisées autour de thèmes spécifiques, drainant une large population. Lors de ces formations ou conférences, la Nouvelle Politique est réexpliquée, de



même que le réseau, son mode de fonctionnement et ses Commissions Intersectorielles (auxquels chacun, selon ses intérêts peut s'intégrer)

c) Ces données font-elles l'objet d'un échange avec d'autres réseaux ?

- Les répertoires sont accessibles à tous. Dès lors, ils sont accessibles aux autres réseaux.
- Des échanges réguliers ont lieu avec le réseau germanophone via la coordination (participation aux CR, aux CI...)

2.2.2. Plan stratégique

a) Veuillez décrire la façon dont les partenaires élaborent progressivement le plan stratégique

À court termes, l'objectif était

- opérationnaliser REALISM en tant qu'interface des divers réseaux déjà existants
- mettre en place le cadre (coordination et médecin de réseau)
- mettre en place le volet « clinique » et ambulatoire au plus proche des usagers (MOBILEA)
- apporter le soutien, aux professionnels, d'une équipe à forte d'expertise (agents de liaison)

À moyen terme

- faire émerger des commissions intersectorielles des orientations spécifiques du réseau
- mettre en place des espaces de réflexion / information récurrents à destination des professionnels mais aussi des usagers (matinale, conférences, ...)
- positionner REALISM en termes de référence « orientation - formation » des professionnels

b) Avez-vous prévu une évaluation des objectifs et des actions fixées dans le plan stratégique

La mise en place récente du GOS n'a pas encore permis cette réflexion. Cette dynamique d'évaluation de suivi et de cohérence fait partie de ses attributions qu'il appartient de mettre en œuvre.

c) De quelle manière décrivez-vous de nouveaux objectifs et actions et comment reçoivent-ils une place dans le plan stratégique ?

Toute évolution passera dorénavant par l'analyse du GOS et fera partie de ses travaux qui seront soumis au CR pour approbation et intégration si besoin dans le plan stratégique du réseau.

d) De quelle manière le plan stratégique est-il accessible aux partenaires du réseau ?

À passer par le GOS qui le retranscrira, il sera l'émanation des retours des différentes commissions intersectorielles. L'ensemble de ces décisions/orientations seront ainsi la synthèse des attentes des différents participants.



- e) Veuillez décrire de façon plus spécifique les objectifs et les actions de votre réseau concernant :
- l'objectif est de permettre aux usagers de participer aux décisions du réseau et de soutenir l'empowerment.
 - Comme nous l'avons régulièrement mentionné, les associations d'usagers dans les secteurs de l'enfance nous manifestent régulièrement leur intérêt et leurs idées (commentaires, observations, demandes etc.). Elles n'ont malheureusement pas le temps ni les effectifs nécessaires pour participer régulièrement à toutes les réunions mais là aussi une évolution substantielle s'est réalisée : Mr Liagre de l'ASBL TOGETHER fait partie intégrante du CR et y participe régulièrement. Il est d'ailleurs représentant élu au GOS afin de faire remonter vers le CR les problématiques qui concernent les usagers.
 - La Commission intersectorielle « rétablissement et inclusion » est mise en place et nous recherchons le meilleur moyen de faire participer les usagers à leur évolution psychologique et sociale ? Cette commission rassemble un grand nombre d'association de proches et des personnes de terrain.
 - La continuité des soins au sein de votre réseau
 - Le concept de rétablissement et/ou d'empowerment

Au stade actuel, l'implication des usagers en tant qu'acteur de construction du réseau n'est pas encore optimale même si elle évolue positivement. Elle doit encore être travaillée. La participation d'une asbl d'usagers est réelle mais ce volet doit être élargi avec des objectifs bien définis.

- f) Veuillez annexer la version la plus récente de votre plan stratégique au rapport d'activités (annexe 2)

2.2.3. Participation et empowerment

- a) Veuillez décrire les initiatives mises en place par votre réseau pour inclure les enfants et les adolescents ainsi que leur entourage dans le développement et le fonctionnement du réseau
- La possibilité d'un questionnaire à remplir par les E&A pendant ou après leur prise en charge est réfléchi en termes de paroles des jeunes mais aussi d'autoévaluation des équipes d'intervention
 - Les contacts pris avec l'éventuel « envoyeur » permettent aussi un retour sur intervention tant du jeune que de sa famille.
- b) Si vous collaborez avec des associations locales, veuillez décrire cette collaboration et transmettre leurs coordonnées (nom de l'association, site web, prénom, nom, téléphone et adresse mail de la personne de contact).

2.2.4. Communication

- a) Veuillez décrire la stratégie de communication et d'information à destination des partenaires et/ou les usagers. Quels sont les moyens de communication mis en œuvre au sein de votre réseau ?
- Au niveau de la gestion du réseau (CR et GOS)

La communication, de manière générale, se pratique par courriel. Il s'agit des invitations et de la transmission des documents concernant l'ordre du jour. Pour ce qui est du fond, les



orientations stratégiques sont maintenant réfléchies et renvoyées vers les CI via le GOS qui se compose de représentants des diverses commissions. Les CI font remonter leurs propres réflexions vers le GOS afin d'avoir un débat transversal.

- À destination des professionnels membres du réseau

Les CI sont les organes de circulation de l'information interne au réseau à leur niveau et dans les matières qui les concernent. Une synthèse des échanges est faite lors de la tenue de la rencontre reprenant les éléments de fond, les décisions et les idées émises. Chaque CI est convoquée par mail et les documents ad hoc sont joints à l'ordre du jour. Le retour des groupes de travail vers la CI est pris en charge par les agents de liaison en charge de la thématique ou par un membre de la CI qui se porte volontaire.

- A destination des usagers

Chaque partenaire fait partie du processus d'information des usagers, à son niveau et dans ses fonctions, dans le volet individuel.

- Au niveau du communautaire

L'information se fait au travers d'actions d'ouverture menées par les CI (matinale TDAH ou autre à venir). Des actions de visibilité et de sensibilisation vers le grand public sont actuellement en cours de réflexion voire de construction et devraient aboutir en 2019 pour les moins « lourdes » et 2020 pour d'autres. Ces actions sont en fonction également des moyens disponibles au sein du réseau ainsi que des partenariats qu'il aura été possible de mettre en place avec des acteurs permettant de toucher plus précisément les usagers et/ou leur famille potentielle mais aussi la société civile en général.

- L'assemblée des partenaires

De manière annuelle, une matinée/assemblée générale est organisée avec invitation très large afin de faire le point sur l'ensemble du réseau et rassembler un maximum en y incluant bien entendu la quatrième sphère (les usagers et leur famille).

3. Bonnes pratique pour les usagers et leur entourage

a) La vision de rétablissement est-elle mise en place dans votre réseau ? Quels en sont les freins et les facteurs facilitants ?

- La Commission Intersectorielle « rétablissement /inclusion » a été mise en place et implique de nombreux acteurs de terrain.
- Sans parler de freins ni de facilitateurs, la première étape a été de développer un langage commun autour du terme de rétablissement (est-il souhaitable de revenir à une situation initiale ? est-ce le but des interventions etc...)
- Le frein principal est le peu de disponibilité (par manque d'effectif) des représentants des usagers. Mr Liège de l'ASBL TOGETHER nous soutient au maximum et tente d'être présent à toutes les réunions



b) Veuillez dresser un aperçu des pratiques innovantes qui ont été développées ou sont en cours d'élaboration

- Notre attention a été particulièrement centrée sur la question des Mineur Etrangers Non Accompagnés. Nous avons rencontré l'ensemble des associations qui prennent en charge ce public cible afin d'établir un maximum de connections.
- Les actions mises en place par les Agents de Liaison et validées par le CR via leur plan d'action propre nous semblent des pratiques à la fois innovantes mais concrètes et en lien avec le terrain
- MOBILEA développe une expertise et des pratiques propres qu'elle rôde au fur et à mesure que se complète les équipes. MOBILEA crée des trajets de soins spécifiques à chaque situation et les situations les plus problématiques sont finement analysée en REMU (Réunion Equipe Mobile Unique) qui rassemble tous les intervenants mobiles des différents bassins de soins.
- REALISM a clairement développé le rôle des case-managers qui est largement affinée et permet de se rendre compte de la précision des procédures et des pratiques innovantes qui traversent le réseau dans son entièreté :

Un ETP est dévolu au case management. Il est réparti sur deux psychologues (Patrick Scuvie et Angélique Franssen) aux expériences multidimensionnelles et multisectorielles (psychiatrie, pédiatrie, aide à la jeunesse, enseignement, aide aux adultes en difficultés...). Le choix de deux mi-temps permet une complémentarité dans sa mise en place, un regard croisé et une continuité dans l'offre de soins lors d'absences.

- Définition

Nous partons de l'idée que le case management est un moyen complémentaire aux offres de soins connues jusque-là, visant à soutenir les jeunes les plus vulnérables domiciliés en province de Liège. Il accompagne et soutient le processus d'interventions et de soins de façon souple, dynamique, longitudinale et individualisé. Il se distingue des équipes mobiles par son rôle de tiers visant au maintien de la cohésion et cohérence des aides intersectorielles déjà en place ou à envisager. La continuité, l'organisation et la coordination des soins sont ses objectifs. Cet outil flexible est innovant en pédopsychiatrie et prend une place d'accompagnant du dispositif d'aides en ne se substituant pas à celles-ci. L'enjeu est de dépasser les situations d'impasse en soutenant le processus par des pratiques créatives sur mesure.

- 2. Concept théorique

Le Case Management est un outil visant à offrir un plan d'intervention coordonné et continu, adapté aux besoins du jeune et de ses familles. C'est un processus axé sur le respect, la collaboration et la concertation de tous les partenaires ; et sur l'intégration des expertises et des contributions des professionnels, du réseau naturel d'aide et du client. Le Case Management résulte d'un effort constant de



discussion et de négociation ayant pour but d'aider le jeune à cheminer et à se réapproprier un pouvoir positif dans sa vie.

« Le concept de case management, dont la traduction littérale "gestion de cas" ne permet pas d'en saisir la complexité, s'applique particulièrement à la prise en charge continue des usagers atteints de pathologies chroniques.

Il est intimement lié au développement du suivi ambulatoire et au processus de désinstitutionnalisation qui s'est développé en santé mentale.

Dans un souci d'efficacité de l'offre de soins et de services, le case management contribue à garantir un état de santé acceptable au regard des conséquences en termes de handicap de la maladie psychique.

Cette approche globale de l'intervention, qui place le patient au cœur du dispositif de soins, permet un accompagnement et une continuité des soins structurés. »

« Le case management est un processus de gestion holistique et intégré permettant d'organiser, de coordonner et d'optimiser (i) les ressources humaines / financières/ matérielles et les soins et les services requis par les individus et leur entourage afin de :

- satisfaire leurs besoins spécifiques en matière de santé et support psychologique et social
- améliorer la qualité de leur prise en charge
- améliorer leur qualité de vie

Il s'agit d'avoir les bonnes personnes prodiguant les bons services/soins au bon moment, au bon endroit et au meilleur coût. »

- Opérationnalisation

Ce nouvel outil de terrain fait office de garant d'un « fil rouge ». Le case management s'adresse aux jeunes en crises chroniques (à l'interface donc entre prises en charges de crise et longue durée) mettant en peine les intervenants (institutions, équipes mobiles, ...) et familiaux à rencontrer leur fonction d'accompagnement et de soin (qu'il soit éducatif, thérapeutique ou autre).

Le case manager veillera à contextualiser et rappeler les nécessités mise en évidence par les différents acteurs de la situation, il contribue ainsi à la mise en œuvre et à la continuité des prises en charge dans une logique d'engagement solidaire et de partenariat.

Il prend part, en amont d'une prise en charge individuelle, à faire vivre le réseau (en participant aux divers espaces de réunions Réalism, Jardin Pour Tous (JPT), etc. et au tricotage d'un dispositif intersectoriel).

- Concrètement...

Le médecin réseau via la coordination de soin sollicite la fonction de case management lors de la réunion hebdomadaire commune (voie d'entrée), l'attente est précisée lors de celle-ci. Certaines demandes de case management sont parfois



formulées à la coordination de soins mais la validation de l'intervention par les médecins réseau passe toujours par la réunion citée.

Le case manager est mobile et va à la rencontre du jeune et de son entourage afin de recueillir des informations sur sa vie et son parcours d'aides. Il veille à favoriser son implication et son adhésion ainsi que celles de ses proches dans la suite du processus envisagé.

Les différents contacts viseront aussi à identifier ou rechercher les personnes et intervenants de référence et à soutenir l'élaboration des moyens à mettre en œuvre au départ du partage d'observations et d'hypothèses cliniques de la situation.

Plusieurs outils sont à la disposition du réseau et donc des case-managers.

Tout comme l'ensemble du dispositif provincial, la fonction de case management sera évaluée à travers les commissions intersectorielles.

La fonction de case-management s'inscrit surtout dans un but de soutien à la continuité de soins. La fonction est nouvelle et entraîne des demandes rarement explicites. Cette facette laisse aussi place à une créativité dans sa construction, ce qui amène une souplesse dans l'intervention qui s'imagine systématiquement sur mesure, en respectant bien une place tierce, ne se substituant pas aux moyens en place ou à mettre en place.

Nous nous différencions des équipes mobiles (que ce soit MobiLEA ou celles de l'aide à la jeunesse ou de l'AVIQ) de par une mission d'accompagnement des processus autour du jeune, plutôt que d'accompagner directement le jeune et de proposer un suivi clinique ou familial. Certaines situations case managées sont, d'ailleurs, dans ce sens, acceptées par certaines familles ayant boycotté des suivis mobiles plus thérapeutiques ou éducatifs. Nous devons, dans le même ordre d'idées, veiller à ne pas empiéter sur les missions des délégués SAJ ou SPJ et jusqu'ici, les collaborations tissées semblent plutôt intéressantes et appréciées. Nos expériences professionnelles et notre formation de psychologue nous ont certainement bien servi dans la légitimité de cette fonction qui veillera à mobiliser au maximum chaque personne et service concerné par la situation. Le travail de confiance avec les partenaires s'était déjà, en partie, tissé au travers d'expériences professionnelles précédant la création de cette fonction nouvelle et semble se poursuivre avec succès jusqu'ici.

Notre travail est donc de décortiquer les demandes et le sens que pourrait prendre notre intervention, puis, par quel biais, nous allons entrer dans la situation pour devenir ressource dans la situation. Ceci se questionne et se réfléchit d'abord à la REMU (réunion hebdomadaire de l'ensemble de l'équipe) puis s'affine dans nos échanges entre case manager. Ainsi, pour certaines situations le premier contact s'est fait en famille, pour d'autres lors d'une consultation médicale ou encore d'une hospitalisation, d'un rendez-vous en institution, au SPJ, etc.

Nous avons pris le parti d'entrer en duo dans chaque situation afin d'être tous deux identifiés à notre fonction. Ceci permet par la suite de nous départager les



démarches et rdv en connaissant chaque situation et ceci permet aussi d'assurer une continuité en cas de congé ou absence de l'un de nous.

Afin de nous coordonner entre case-manager, nous prévoyons mensuellement de nous arrêter ensemble sur tous les dossiers et de faire le point sur ce que chacun a fait, eu comme contacts ou informations et de planifier ce qu'il y a à faire.

La plus-value d'un case management dans une situation reste à nos yeux qu'une famille et/ou institution ne se retrouve ou ne reste pas seule dans l'impuissance ou dans la toute-puissance face à une situation complexe. Nous partons du postulat que fédérer, aérer et méta-communiquer permettra d'anticiper le rejet d'une situation et de limiter la maltraitance de certains carrousels d'accueils d'urgence parfois bricolés au jour le jour avec toute l'angoisse d'un lendemain incertain que cela engendre.

A ce jour, nous sommes intervenus dans 30 situations et venons d'être sollicités pour 3 nouvelles.

Sur bientôt 2 ans, 13 de ces demandes sont devenues « inactives » pour différentes raisons (déménagement vers un autre réseau provincial mais surtout apaisement dans des prises en charge qui « tiennent »).

Nous restons cependant disponibles, joignables et identifiés comme case-manager dans ces dossiers « dormant », ce qui nous semble toutefois contribuer à un sentiment de sécurité auprès des entourages institutionnels, familiaux ou familiaux car ils ont un contact possible en cas de besoin.

Nous intervenons pour tous mineurs et pouvons rester dans les situations jusqu'à 23 ans. Cependant, dans la période charnière des 18/23 ans, nous avons trouvé des relais auprès de case manager adultes comme Mme Koch du service Interface (double diagnostic) ou encore Mme Bracke (qui a un rôle de case manger au départ du CHR Citadelle). Des ponts se créent de plus en plus au travers de contacts et de situations concrètes où co-interventions passent à relais. Ainsi, une couverture plus large de case management prend corps.

Les situations actives varient en intensité d'interventions. Les contacts dans les périodes d'urgences peuvent être de plusieurs par jours dans les plus complexes (il s'agit d'appels avec des services d'urgence, des délégués, des familles et ou équipes mobiles, de mails, de SMS, de rendez-vous, de rencontres ou de concertation). Une fois la situation sortie de l'urgence, les sollicitations du case manager repassent à un mode de croisière plus calme allant de quelques contacts hebdomadaires à un contact mensuel de suivi. Lorsque nous ne sommes pas sollicités, nous avons convenu d'aller aux nouvelles et cette démarche est généralement bien accueillie.



Nous imaginons que ces intensités d'interventions différentes et variables et l'apaisement de certaines situations ne nécessitant plus vraiment d'un case management trouvera un équilibre (tel que c'est le cas ce jour) nous permettant d'accepter toutes situations prescrites par les médecins du réseau liégeois.

Au niveau des profils des jeunes, nous avons une majorité de demandes pour adolescents et jeunes futurs adultes (veille de la majorité). Logiquement, il y a peu de demandes pour de petits enfants. Les plus jeunes situations ont entre 10 et 12 ans. Les notions d'intersectorialités sont systématiquement en jeu (où chacun renvoi au secteur d'à côté car cela dépasse ses propres limites). Les problématiques recensées n'ont pas trait à un diagnostic unique (on cumule des troubles de l'attachement avec une maltraitance sexuelle et un retard mental ; trouble de l'attachement avec violences physique ; syndrome d'Asperger non diagnostiqué avec hyperactivité impressionnante ; suspicion qu'un jeune, qui hospitalisé suite à plusieurs tentatives de suicide médicamenteuses, était victime d'une maman atteinte d'un syndrome de Münchhausen par procuration avec un placement urgent compliqué par un manque de place d'urgence et un trouble de développement compliquant une prise en charge; autisme, limites intellectuelles et lien fusionnel compliquant une intervention tierce ; MENA au parcours plus que traumatique ; décompensation psychotique cumulant avec des trouble de l'attachement, vécu de placement et limites intellectuelles ; maltraitante et violence conjugale avant même la naissance, vécu de tortures, en plus, médiatisées, trouble de l'attachement et symptôme de violence physique hétéro et auto-agressive, énurésie et encoprésie diurne et nocturne ; etc.).

Nous avons quand même, pour toutes les situations, un lourd passé intergénérationnel de traumatismes multiples auxquels s'ajoute consommation, violence, abandon, limites développementales diverse (que ce soit affectif, intellectuel ou autre).

Notre rôle sera de « capter » où nous sommes, ce qui est demandé et vers où nous allons ou vers où nous devons tendre à aller... Nous éviterons de nous mettre pour mission de « sauver » le jeune ou la famille, au risque de nous retrouver dans la même position que les intervenants de première ou seconde ligne. Nous soutiendrons les processus et amènerons nuance et services (définis en concert avec les partenaires, dont les jeunes et leur famille).

5. Conclusion

Nous avons peu de recul pour mesurer objectivement ce qu'apporte cet outil de case management à la situation provinciale.

Nous sommes convaincus d'une pratique innovante et utile à développer sur un mode similaire à celui de notre province.



L'expérience est riche dans sa dimension « méta » et amène notre souhait à poursuivre avec un tel canevas souple et sur mesure.

La lourdeur des situations ne fait pas frein car notre rôle reste en 3^{ème} ligne (parfois les 2 premières manquent mais vu qu'on ne s'y substitue pas, on les sollicite activement...).

Nous souhaitons poursuivre dans le sens construit et attendons impatiemment une évaluation plus fine et plus objective de nos interventions.

Notre sensation, les retours et l'accroissement des demandes, ces derniers mois, nous confortent dans ce besoin rencontré par l'offre Liégeoise de case management décrite dans ce rapport.

- c) Veuillez décrire la position de votre réseau à l'égard du développement d'un plan de services individualisé. Utilisez-vous un outil commun ? Si oui, veuillez l'annexer et/ou le décrire.
- Les outils à disposition du réseau seront utilisés de façon individualisée et comprennent : la tenue d'un dossier, l'organisation de concertations, la sollicitation des espaces et structures d'appuis, de relais et de réflexion (JPT, cellule des cas prioritaires de l'AVIQ, MADO, administration, politique, ...). Lorsque c'est jugé nécessaire par le réseau, le case manager peut utiliser les moyens flexibles de façon créative (le personnel attachée aux lits de Crise Réseau, hospitalisations, moyens financiers ponctuels, etc). Ce modèle s'approche à certains égards de ce que Petitqueux-Glaser et al. (2010)⁹ nomme l'ACT (Assertive Community Treatment) ou ACT individuel.

4. Demandes spécifiques et besoins en matière de formation

- a) **Veuillez décrire les besoins et les demandes de formation rencontrés durant l'année écoulée, de même que d'éventuelles demandes et besoins pour les formations à venir**

- Besoins identifiés

Périnatalité

- Sensibilisation au développement normal et pathologique entre 0 et 3 ans
- Formation au dépistage des signes de détresse chez le bébé (0-3 ans)
- Formation à la théorie de l'attachement
- Sensibilisation à la plagiocéphalie positionnelle
- Formation à l'entretien prénatal précoce
- Formation à la vidéo intervention / Information, sensibilisation.
- Formation à des outils pour le dépistage/la prise en charge des familles vulnérables (précarité, dépression prénatale, ...) en anténatal

TDA/H

- Formation aux techniques d'entraînement aux habiletés parentales dans la gestion des difficultés comportementales chez les enfants avec TDA/H et/ou des troubles du comportement.



- Outiller les professionnels (enseignants, CPMS, ...) dans la gestion des troubles du comportement chez l'enfant et dans l'aménagement de l'environnement (classe, ...)

Troubles du développement

- Impact du stress toxique précoce sur le développement en lien avec les facteurs immunitaires, neurologiques et épigénétiques.
- Repérer les signes d'appel dans les troubles des apprentissages
- Sensibilisation à l'annonce du handicap et/ou d'un diagnostic défavorable: organisation de cette sensibilisation en Province de Liège via la plate-forme « annonce handicap » - <http://plateformeannoncehandicap.be/sensibilisation/>. Cette sensibilisation a déjà été organisée pour certains services/secteurs mais la demande reste présente pour d'autres. Comme pour les autres formations, l'intérêt est d'organiser cette sensibilisation pour un public intersectoriel. L'objectif étant de dynamiser et de fluidifier les rencontres, les collaborations et les échanges entre les différents secteurs/services, dans l'intérêt des usagers et de leur famille.

Enfants de parents souffrant de problèmes psychiques ou assuétudes; maltraitance et traumatisme

- les différentes pathologies mentales et leurs conséquences sur l'exercice de la parentalité
- le travail avec des parents non-demandeurs
- mais également beaucoup de demandes de sensibilisation ou formations d'autres professionnels (en particulier de la première ligne) émanant de professionnels déjà formés/sensibilisés: impact du stress toxique (y compris maltraitance psychologique) sur le développement, détection et prise en charge des traumatismes, travail avec interprètes, dépistage des enfants en souffrance (cfr. formations en périnatalité),...

Sur base de ces demandes, et après vérification que ces formations n'étaient pas déjà organisées au sein du réseau, plusieurs formations ont été organisées. Pour plus d'informations : <http://realism0-18.be/index.php/agenda/formations>

5. Appréciation par le réseau

- a) Relevez les points positifs principaux et la plus-value de votre réseau
 - Malgré une frilosité de départ, l'intersectorialité s'est imposée comme une évidence dans l'ensemble des organes fondateurs du REALISM (équipes, comités de sélection, CR...). Cette intersectorialité est devenu le modus vivendi au sein du REALISM et la coordination y veille.



- Les case-managers sont une ressource très importante pour le réseau et permettent de trouver des solutions aux situations les plus complexes qui apparaissent parfois même inextricables.
 - La coordination de soins est l'élément enclencheur d'une prise en charge : elle reçoit la demande, l'analyse, la discute en réunion mobile unique ou y réagit plus directement si le problème est urgent. La coordination de soin fait un excellent travail de dépistage et d'orientation comme cela a pu être illustré lors de l'assemblée des partenaires à laquelle Mme Makuch a pu assister
 - La collaboration entre les services, de même que la communication, est de plus en plus fluide
 - Les agents de liaison font un travail exceptionnel et au vu des circonstances difficiles sont des piliers de soutien, notamment au niveau des commissions intersectorielles.
 - Notre réseau se « décripe » pour aller vers une meilleure confiance et une meilleure collaboration.
 - Normalement, tous les postes à pourvoir le seront fin juin [2018](#). Les programmes seront complétés. Notre réseau a avancé à pas de géant cette année malgré bien des difficultés (la Province de Liège est grande et les institutions nombreuses)
 - Les programmes ne sont pas étanches, il existe une réelle communication entre eux. Dans nos engagements, nous avons privilégié des personnes qui pouvaient travailler dans différents programmes (tout en venant de secteurs multivariés) afin qu'ils soient cohérents dans les trajets de soins proposés.
 - Nous avons obtenu la présence récurrente de Mr Liagre qui se libère pour faire entendre la parole des usagers. Ce qui est une avancée puisqu'ils répétaient combien ils étaient intéressés mais incapables de participer activement au réseau.
 - Les Commissions intersectorielles sont presque toutes actives. Les membres sont motivés : ils apportent par capillarité leur expériences, leurs questions, leurs besoins émanant du terrain et ils remontent vers le CR, les agents de liaison et les membres engagés grâce à la nouvelle politique pour être au plus près des besoins des enfants et des adolescents et de leur entourage.
 - Sauf de nouveaux désistements, tous les postes à pourvoir l'auront été fin juin 2018. Les entretiens de sélections se sont organisés naturellement dans l'intersectorialité.
 - Une plus-value importante est la complémentarité des pédopsychiatres de réseau qui travaillent sur des thématiques précises sans en faire l'exclusive.
- b) Relevez les principales difficultés auxquelles vous êtes confrontés dans le développement de votre réseau.
- Comme mentionné précédemment, les questions de pérennisation des budgets occupent une place récurrente dans les CR, de même que la question des frais de fonctionnement et celle du droit d'instruction. Certains employeurs s'y refusent et reviennent à la charge à chaque réunion, laissant, quand ils ne sont pas (suffisamment) cadrés, un sentiment de lassitude de la part des autres membres du CR qui si la coordination ne les motivait pas à rester s'en iraient tant ils ne se sentent pas concernés. C'est pour cela que nous avons créé un comité des employeurs afin que ces questions soient abordés au sein de ces réunions, en espérant qu'elles occupent moins de place dans les CR.



R.E.A.L.I.S.M.
Réseau Enfants Adolescents Liège Santé Mentale

- Une partie du réseau est peu réceptive aux demandes de la coordination. Nous espérons que vu l'implication massive de certaines personnes en ces circonstances difficiles, cela fera des émules parmi les personnes qui ralentissent le réseau.
- Nous devons articuler 3 bassins de soin sur un très grand territoire. C'est une tâche particulièrement difficile qui demande temps et souplesse de la part de tous les intervenants.
- Nous avons du mal à toucher les usagers (enfants et adolescents) mais nous travaillons à une manière de les impliquer via l'ASBL Together et une meilleure coordination dans la logique (non transposable telle quelle mais inspirante) du wraparound. Nos agents de liaison y travaillent avec la coordination.
- Il serait important d'améliorer la communication entre les 3 pédopsychiatres de réseaux pour éviter la surcharge et/ou la superposition des réunions. Leur importance est capitale et il serait important qu'ils soient attendus dans les questions qui concernent le réseau dans son ensemble.

Nous clôturons ce rapport d'activité avec un sentiment positif : le réseau a avancé à pas de géant cette année malgré bien des difficultés. Le réseau se resserre et se soude. Les procédures sont affinées et standardisées au sein des différents bassins de soins. L'équipe mobile est rassemblée en une réunion unique qui réfléchit à des trajets de soins cohérents et respectueux des patients. Tant la coordination de soin, les case-managers et les agents de liaison sont un renforcement de la coordination du REALISM