



Rapport d'activité SMEA 2018-2019
REALISM

1. Données administratives

Les données ci-dessous sont-elles correctes ? Si non, veuillez les adapter.

a. Nom du réseau : **REALISM**

b. Site web du réseau : <http://www.realism0-18.be/>

c. Nom et prénom de la/des personne(s) responsable(s) de la coordination de réseau :

Christine Wattiez

Caroline Geuzaine (absence, sous certificat médical depuis 25 novembre 2019)

Aurélie Gigot, entrée en fonction le 22 juin 2020

Adresse :

Quai des Ardennes 24, 4020 Liège

GSM/Tél. :

Christine Wattiez : 0498 51 99 96

Caroline Geuzaine : 0499 91 75 11 (absence, sous certificat médical depuis le 25 novembre 2019)

Aurélie Gigot : 0499 91 75 11

E-mail :

info@realism0-18.be

Christine.wattiez@realism0-18.be

Caroline.geuzaine@realism0-18.be

Aurelie.gigot@realism0-18.be

d. Nombre d'heures par semaine par personne pour la fonction de coordination de réseau :

Christine Wattiez : 0,60 ETP = 22,48h (sous certificat médical du 16 avril 2018 au 14 octobre 2018) reprise le 15 octobre à 0,5 ETP et à partir du 1^{er} mai 2019 à 0,6 ETP

Valentin Dumont : du 1^{er} octobre au 31 décembre 2018 : 1ETP et du 1^{er} janvier au 31 mars 2019 à 0,3 ETP

Caroline Geuzaine : 0,50 ETP = 19h (sous certificat médical depuis le 25 novembre 2019)

Aurélie Gigot : 1 ETP= 37h engagée le 22 juin 2020

e. Date d'entrée en service par personne pour la fonction de coordination de réseau :

Christine Wattiez : 01/07/2015

Caroline Geuzaine : 01/04/2016

Valentin Dumont 01/10/2018 au 31/03/2019

Aurélie Gigot : 22/06/2020

2. Fonctionnement du réseau

2.1. La coordination de réseau

a. Décrivez le rôle de la coordination de réseau en vous appuyant sur le mandat du comité de réseau.

La coordination de réseau organise et anime les espaces de coordination et de concertation. Cfr convention de réseau. Participe aux espaces de concertation et de coordination en ce qui concerne le programme de consultation et liaison intersectorielle, l'engagement de nouveaux collaborateurs dans le cadre de la nouvelle politique, l'organisation d'un cadre de travail intersectoriel et de la prise de décision par consensus, en lien avec le guide et la convention de réseau.

Activités générales

- Construction du réseau multidisciplinaire
 - Rencontrer les partenaires pour informer sur le cadre de la nouvelle politique, des programmes et de leur transversalité.
 - Prendre connaissance des différentes offres d'aide et de soin
 - Relancer les partenaires, intégrer les partenaires potentiels du réseau
 - Contractualiser les collaborations par la signature de la convention de réseau
 - Acquérir une bonne connaissance des différentes législations en vue de faciliter les collaborations
 - Cartographie : Mise à jour des bases de données
 - Mettre à jour du site REALiSM :
 - envisager l'engagement d'un étudiant
 - créer un espace partenaires
 - mettre en ligne les documents

- Accompagnement des intervenants dans la création de stratégies pour répondre aux besoins en santé mentale de la population
 - Organisation avec les partenaires des CR, CFR, CEP & GOS
 - Réalisation des ordres du jour (en fonction des besoins du réseau, de l'actualité) + suivi
 - Invitation
 - Animation
 - Rédaction de synthèses des échanges + transmission
 - Organisation de l'assemblée des partenaires
 - Préparation du programme pour mettre en valeur les pratiques intersectorielles et autres
 - Contacter les parties prenantes (orateurs)
 - ...
 - 1^{ère} & 2^{ème} session : Mise en place d'un support local pour faciliter la construction du plan stratégique concerté.
 - Co-organisation avec les Experts de L'ULiège
 - Participation active, accompagnement et suivi des travaux.
 - Mise en œuvre du plan stratégique et communications utiles

- Développement des partenariats et accords transectoriels utiles pour une offre adaptée
 - Collaboration de base avec les différents programmes organisés actuellement
 - Rencontres avec les pédopsychiatres de réseau 1/3mois

- Rencontres et coordination des actions avec le gestionnaire d'équipe MobilEA : réunions fixées et organisation en fonction des besoins
 - Soutien PCLI (participation aux réunions des AL & avec un pédopsychiatre de réseau)
 - Mise en valeurs des facteurs facilitants et entravants du travail transectoriel dans les programmes
 - Élaboration de stratégies pour améliorer les processus
- Développement d'une culture basée sur le rétablissement
- Recherche de soutien du processus dans la littérature
 - Formation aux concepts d'empowerment et de participation des enfants /famille
 - Collaboration aux travaux des experts engagés dans le cadre de la Nouvelle politique
 - Participation dans les journées d'études et conférences sur le sujet
 - Réflexion sur une stratégie d'implémentation du changement de culture
- Réalisation des missions confiées dans le cadre de la nouvelle politique par la coordination fédérale et les coordinations des régions et communautés
- Co rédaction et transmission du rapport d'activité et annexes
 - Suivi et transmission du manpower
 - Gestion des aspects financiers en collaboration avec les hôpitaux receveurs
 - Participation au coaching coordination fédérale (rencontre 1/mois)
 - Participation à la concertation coordinations francophones (rencontre 1/mois)
 - Participation concertation : au SPF/pédopsychiatre de réseau/coordination de réseau
 - Formations au SPF (intervisions au SPF) (plusieurs jours de formation dans le courant de l'année)
 - ...

b. Détaillez une semaine de travail type de la coordination de réseau. Si plus d'une personne se charge de la coordination, procédez de façon distincte pour chaque personne. Traitez chaque journée de travail, du lundi au vendredi. Veuillez préciser pour chaque jour, par tranche de 120 minutes, les activités de la coordination de réseau. À des fins de clarté, expliquez si nécessaire pourquoi et sur la base de quels objectifs les activités sont menées.

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
8h/10h	Préparation de l'ordre du jour et des dossiers du comité de réseau	Préparation de l'ordre du jour et des dossiers du Comité de financement réseau et du Comité des	Préparation de l'ordre du jour et des dossiers du GOS (groupe opérationnel et stratégique)	Réunion SPF ou extérieure	Réunion d'équipe agent de liaison

		employeurs du réseau			
10/12h	Rédaction de synthèses	Recherche de pratiques pour mises en évidence, articulations entre elles	Prises de contacts en fonction des sujets à aborder et à approfondir	Élaboration des dossiers financiers avec l'hôpital receveur	Réunion d'équipe agent de liaison
12h/14h	Réunion avec les pédopsychiatres de réseau	Préparation de dossiers, de présentations en fonction des demandes	Réunions extérieures	Réunions coordination 107/SMEA ou formations/réunions extérieures	Recherche de documentation, synthèses
14h/16h	Préparation du plan d'action avec les agents de liaisons	Réunions extérieures (à la demande d'opérateurs du réseau)	Formations, échanges formels, informels, suivis	Prises de contacts en fonction des sujets à aborder et à approfondir	Rencontres d'opérateurs, échanges formels, informels suivis
16h/18h	Aspects organisationnels	Suivi des dossiers, demande d'informations, élaboration de propositions		Participation à des colloques, conférences, journées d'étude, concertation	Rencontres d'opérateurs, échanges formels, informels suivis

N.B. : en 2018 & 2019, la coordination de réseau a été fortement mise à mal, les tâches ont pu être menées de manière distinctes par les personnes occupant cette fonction, et/ou collégalement, en fonction des possibilités de chacun.

Cet horaire est donné à titre d'exemple et correspond à une occupation allant de 0,5 ETP à 1,5 ETP partagé sur 1 à 2 personnes en fonction des périodes, les tâches sont multiples et d'intensité différente d'une semaine à l'autre. En 2018, de janvier à mi-avril la fonction était occupée à 1,5 ETP (0,8 ETP : Christine Wattiez et 0,5 ETP Caroline Geuzaine) & 0,2 ETP de mise à disposition par la PFPL de 0,2 ETP (Christine Wattiez) en tout : 1,5 ETP. A partir de mi-avril jusque mi-octobre, la coordination a été occupée par 0,5 ETP (C. Geuzaine) une personne a été engagée le 1^{er} octobre à temps plein jusqu'au 31 décembre (Valentin Dumont). L'effectivité de ce temps plein supplémentaire n'a pas été opérationnel dans le mois qui a suivi son engagement, étant donné que la fonction demande une mise en jambe de longue haleine.

c. Quels sont actuellement les facteurs qui entravent et qui facilitent la fonction de coordination au sein du réseau ? Le travail en réseau nécessite, dans sa complexité, par rapport à l'ensemble des programmes, des projets, des dispositifs, tenant compte des orientations de chacun, dans une dynamique intersectorielle, un travail de simplification des orientations choisies. Le principe de consensus peut prendre du temps et chacun se situe à des niveaux de perception différents, ce qui fait la richesse du réseau mais aussi sa complexité. Le travail collectif permet de prendre en considération cette richesse et d'en faire une réelle plus-value pour les bénéficiaires et avec les bénéficiaires. L'implication des opérateurs est hétérogène et dépend de l'investissement qu'ils peuvent consacrer à renforcer le travail en réseau intersectoriel. Les budgets permettant le renforcement de l'aide et des soins dans le cadre de la nouvelle politique permettent d'impulser des dynamiques collégiales, inter-institutionnelles aux bénéfices des familles, mais ce n'est que la partie émergée de l'iceberg. Le nombre de participants conséquent au sein du comité de réseau est difficilement gérable,

dans le sens où, pour garantir une représentativité des différents secteurs (sphères) et bassins de vie, la pertinence de la représentativité des petites et moyennes structures s'en trouve altérée.

d. Si plusieurs personnes se chargent de la coordination de réseau, décrivez la collaboration entre ces personnes. Y a-t-il une répartition des tâches spécifique ? Si oui, laquelle ? Si pas, veuillez expliquer.

Les aspects financiers sont gérés conjointement entre l'hôpital receveur et Chr. Wattiez, l'organisation et l'animation des Comités de réseau, des Comités de financement, des Comités des Employeurs et du Groupe opérationnel et stratégique sont gérés par Chr. Wattiez, les synthèses des réunions par les 2 coordinateurs.

C. Geuzaine, se charge de dossiers ou d'organisations spécifiques, même si elle participe également aux CR, CFR, CEP et GOS. Elle a en charge une partie des commissions intersectorielles (feu), le DIP (l'élaboration avec un groupe du programme Détection et intervention précoce). Une répartition de l'organisation des processus de recrutement avec C. Wattiez).

Certaines tâches sont réparties en fonction des disponibilités de chacune : participation aux journées d'étude, colloques, concertations, présentation du réseau.

Des réunions hebdomadaires sont organisées entre les coordinatrices pour faire le point sur l'avancée des différents projets, dossiers et dispositifs.

e. Avec quelles autres fonctions de coordination la coordination de réseau collabore-t-elle pour le développement du réseau et d'une offre globale et intégrée de l'aide dans la zone d'activité du réseau ?

Avec les pédopsychiatres de réseau, les agents de liaison, les membres du comité de réseau.

2.2. Le(s) psychiatre(s) de réseau

a. Décrivez le rôle du/des psychiatre(s) de réseau en vous appuyant sur le mandat du comité de réseau.

Le mandat du comité de réseau est en lien avec le profil de fonction :

Fonction

Le médecin responsable :

- supervise l'équipe mobile de crise et de longue durée et est le garant de l'organisation, de la cohérence et de la continuité des soins de cette équipe composée de psychologues, d'assistants sociaux, d'infirmiers, d'une fonction de « coordination de soins » et d'une fonction de « case-management ».
- participe aux réunions d'équipe hebdomadaires de l'équipe mobile
- Contribue à l'implémentation de la nouvelle politique en province de Liège, et ce, spécifiquement auprès des trois zones de soins identifiées, de manière transversale et globale.
- Participe aux commissions intersectorielles, lorsque sa présence est requise, en lien avec le modèle de gouvernance élaboré par le réseau
- réalise, dans le cadre des fonctions mobiles, des activités cliniques et offre des consultations ambulatoires ou sur le lieu de vie de l'enfant ou de l'adolescent
- est l'interlocuteur privilégié des autres médecins des institutions partenaires du réseau (pédopsychiatres, médecins généralistes, services de santé mentale ...) et favorise de la sorte le relais de proximité et la continuité des soins, le tuilage.

- Est un interlocuteur privilégié par rapport aux missions de base et aux fonctions des différents programmes d'activités du REALISM (ex. soins de crise, soins de longue durée, consultation et liaison intersectorielle, etc.)
- Participe aux évaluations des différents programmes et veille, en collaboration avec la coordination du REALISM, à ajuster les programmes afin qu'ils répondent au mieux aux besoins des enfants et adolescents et de leur entourage
- est une personne-ressource pour la coordination du REALISM en ce qui concerne les questions médicales

les tâches de cette fonction sont réparties entre 3 pédopsychiatres ; Dr Bezzan (0,3 ETP, 0,4 ETP à partir du 1^{er} janvier 2019), Dr Wégimont (spécificité médicolégale, 0,10 ETP) et Dr Lerminiaux 0,7 ETP.

Le profil du pédopsychiatre de réseau

- Etre en possession d'un diplôme de médecin psychiatre à orientation infanto juvénile
- Pouvoir justifier d'une expérience de 5 ans dans une fonction similaire
- Etre ouvert aux différentes méthodes utilisées en pédopsychiatrie (analytique, systémique ...)
- Faire preuve de leadership organisationnel et au niveau des équipes être capable de s'intégrer dans des équipes pluridisciplinaires (psychologue, assistant social, etc.)
- Avoir une bonne connaissance des réseaux en province de Liège à destination des enfants et des adolescents, tant en santé mentale, que dans le social, l'aide à la jeunesse, le handicap, etc.
- Adhérer à la vision développée par la Nouvelle politique et explicitée dans le guide « vers une nouvelle politique de soins de santé mentale pour enfants et adolescents »
- Etre disposé à effectuer régulièrement des déplacements dans la province de Liège et plus spécifiquement auprès des 3 antennes (Verviers-Huy/Waremme-Liège)
- La connaissance de l'allemand constitue un atout.

- b.** Veuillez détailler une semaine de travail type du psychiatre de réseau. Si plus d'une personne occupe la fonction, procédez de façon distincte pour chaque personne. Traitez chaque journée de travail, du lundi au vendredi. Veuillez préciser pour chaque jour, par tranche de 120 minutes, les activités du psychiatre de réseau. À des fins de clarté, expliquez si nécessaire pourquoi et sur la base de quels objectifs les activités sont menées.

Pour le Dr Bezzan, 0,3 ETP et depuis le 01/01/2019 0,4 ETP

Lundi 14H30-16H30 : réunion d'équipe pluridisciplinaire spécifique périnatale et 0-3 ans avec le dispositif d'évaluation mobile et les 3 antennes assertives de Mobilea. : analyse des nouvelles demandes, évaluations des indications et des facteurs de stress précoce toxiques/ nécessité de protection, inclusions dans les équipes mobiles - structuration de PSI, ou réorientations.

16h30-18H30 : travail administratif : rédaction, relecture et validation de rapport propre au dispositif d'évaluation ou Prise de contacts avec d'autres intervenants du réseau et plus spécifiquement les confrères médecins traitants impliqués, pédiatres, pédopsychiatres et psychiatres des parents ou gynécologue.

18h30-21H30 : temps flexible consacré aux réunions au fédéral (comsméa (plénière ou groupe de travail) ou médecins de réseau) ou formation/ sensibilisation partenaires Réalism +trajets

Mardi 8H30-10H30 : réunion de vidéoanalyse diagnostique des interactions triadiques et dyadiques avec le dispositif d'évaluation et les équipes mobiles assertives périnat et 0_3 ans

13H30-15H30 : espace de supervision plan traitement selon le DC 0_5 et du travail thérapeutique équipe mobiles

Jeudi 8H-11H : espace flexible réunion médecin de réseau- coordination de réseau, réunion médecin de réseau-agent de liaison, Groupe Opérationnel Stratégique, Comité de Réseau, autres réunions propres au réseau.

Pour le Dr Wégimont :

2 demi-journées de travail :Mercredi matin et vendredi après-midi (réunion médico-légale + RDV à domicile ou en policlinique pour les patients MobiLea).

À cela, ajouter les divers réunions au profit de Realism auxquelles je participe et les discussions/rédactions autour de courrier officiels envers partenaires judiciaires.

À noter que tous les trajets sont très chronophages mais difficilement évitables.

Pour le Dr Lerminiaux :

semaine	IMPAIRE						
unité temporelle : 120 minutes		Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Total
réunions d'équipe		1	2	1			4
face-to-face		0,5	1	1,5		2,5	5,5
réunions partenaires administrati		1					1
f						0,5	0,5
trajets		1	1	0,5			2,5
Total		3,5	4	3		3	13,5

semaine	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	IMPAIRE
8 h						8 h
15						15
30						30
45	trajet		trajet			45
9 h					Liège face to face	9 h
15	Réunion d'antenne	Réunion d'antenne	Réunion EMUnique		bureau antenne	15
30	en alternance				ou "domicile"	30
45	Huy	Verviers Liège				45
10 h					Liège face to face	10 h
15					bureau antenne	15
30			Coordination Soins		ou "domicile"	30
45						45
11 h	face to face				Liège face to face	11 h
15	Huy		Verviers face to face		bureau antenne	15
30	bureau ant	face to face	bureau antenne		ou "domicile"	30
45	Verviers		ou "domicile"			45
12 h					ADMINISTRATIF	12 h
15						15
30	trajet		Verviers face to face			30
45	trajet		bureau ant		trajet	45
13 h		Réunion EMLDurée			ADMINISTRATIF	13 h
15			Verviers face to face			15
30	Réunion soutien		bureau antenne		Liège face to face	30
45			ou "domicile"		bureau antenne	45
14 h	des partenaires				ou "domicile"	14 h
15	réseau :	Huy face to face	trajet			15
30	AJ, Aviq, ONE, MG	bureau antenne			Lits de Crise	30
45		ou "domicile"			Préadmission	45
15 h	trajet					15 h
15		Huy face to face				15
30		bureau antenne				30
45		ou "domicile"				45
16 h						16 h
15						15
30		trajet				30
45						45
17 h						17 h
	7,5	8	6		6	

semaine PAIRE

unité temporelle : 120 minutes	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Total
réunions d'équipe		2		1,5	1,5	5
face-to-face			1,5	1	1,5	4
réunions partenaires			1,5			1,5
administratif		0,5	1		0,5	2
trajets		0,5		0,5	0,5	1,5
Total		3	4	3	4	14

semaine	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	PAIRE
8 h						8 h
15						15
30						30
45			trajet			45
9 h	ADMINISTRATIF					9 h
15	Réunion	Réunion	Réunion EMUnique		Réunion	15
30	EMCrisse	soutien			Consultation	30
45		des partenaires			Liaison	45
10 h		réseau :	Coord			10 h
15			Soins			15
30			face to face	Longue		30
45			Verviers			45
11 h	Réunion	AJ, Aviq, ONE, MG	bureau ant			11 h
15	EMCrisse		ou "domicile"		CaseManagers	15
30						30
45	+ Hospi Crise/DD					45
12 h	ADMINISTRATIF					12 h
15	trajet	trajet	Verviers face to face		trajet	15
30		ADMINISTRATIF	bureau antenne ou "domicile"		ADMINISTRATIF	30
45	trajet					45
13 h			Verviers face to face			13 h
15	Réunion		bureau antenne ou "domicile"		Liège face to face	15
30	DD				bureau antenne ou "domicile"	30
45						45
14 h		Liège face to face	trajet			14 h
15		bureau antenne ou "domicile"			Lits de Crise	15
30					Préadmission	30
45						45
15 h	trajet	Liège face to face				15 h
15		bureau antenne ou "domicile"			Lits de Crise	15
30					Préadmission	30
45						45
16 h		Liège face to face				16 h
15		bureau antenne ou "domicile"			trajet	15
30						30
45						45
17 h						17 h
	6,5	8	6		7	

c. Quels sont actuellement les facteurs qui entravent et qui facilitent la fonction du psychiatre de réseau au sein du réseau ?

Pour le Dr Bezzan : Pas de mandat ni de cadre clairs validés par le CR (procédures, répartitions tâches, ...) -cfr point A- (ex : cahier de fonction pour chacun des pédopsychiatre de réseau), ni de hiérarchie entre les médecins de réseau. Cette réalité constitue une porte ouverte à de multiples formes de dysfonctionnements. De mon point de vue, ce cadre doit être rapidement posé ou reprecisé en ce qui concerne Realism .

La complexité notre réseau et des équipes mobiles (3 antennes- Huy, Liège, Verviers-, des spécificités médico-légales et périnatales et 0-3 ans, un dispositif d'évaluation précoce) nécessite la mise en place de procédures organisationnelles et fonctionnelles adaptées et particulières - les circuits de soins et les réseaux de professionnels étant par ex très différents selon les spécificités-. Penser l'organisation des équipes mobiles selon un canevas identique pour tous ne peut être fonctionnel .

Pour le Dr Wégimont : Concernant les facteurs favorisants, l'espace REMU, et notamment le temps organisationnel prévu les premiers mercredi du mois, facilite la fonction pédopsychiatre. Il est, selon moi, indispensable que cet espace existe et soit utilisé pour permettre de réfléchir avec les agents de l'équipe mobile impliqués dans les différents programmes et les 3 médecins réseau aux difficultés du travail au sein de Mobiléa. On peut également souligner la mise en place des Mobiléa day's (2x/an) qui permettent un travail plus important quant aux pratiques. Les freins :- absence de tiers si désaccord ou difficulté de collaboration inter-médecins. - manque de temps financé pour baliser régulièrement des moments de discussion inter-médecins.

d. Si plusieurs personnes remplissent la fonction de psychiatre de réseau, décrivez la collaboration entre ces personnes. Y a-t-il une répartition des tâches spécifique ? Si oui, laquelle ? Si pas, veuillez expliquer.

Pour le Dr Bezzan : Répartition spécifique : médico -légal (Dr Wégimont), Périnatalité et 0-3 ans (Dr Bezzan), Double diagnostique et généraliste (Dr Lermينياux). La rencontre collaborative reste précisément à construire dans notre réseau. La complexité du réseau et des équipes mobiles avec leurs trois antennes et leurs spécificités (cfr C) renforce cette nécessité.

e. Veuillez détailler la collaboration entre le(s) psychiatre(s) de réseau et la coordination de réseau pour le développement du réseau et d'une offre globale et intégrée de l'aide au sein de la zone d'activité du réseau.

Pour le Dr Bezzan : Des réunions trimestrielles entre pédopsychiatres et coordination de réseau existent depuis peu au vu des circonstances (incapacité médicale de la coordination) . Cette modalité collaborative doit certainement être renforcée au sein de notre réseau.

Pour le Dr Wégimont :), rencontres régulières prévues. Cependant, Et toujours selon moi, la place médicale n'est pas différenciée ou « priorisée » par rapport aux autres partenaires du réseau. En ce sens, le pédopsychiatre est un partenaire de Realism, ni plus, ni moins. Ceci étant dit, nous (médecins réseau) avons pu faire valider notre place comme partenaires privilégiés dans la lecture et la réflexion du travail des agents de liaison autour des questions traitées par le point e)

f. Veuillez préciser la collaboration entre la fonction du psychiatre de réseau et d'autres médecins et/ou (pédo)psychiatres.

Pour le Dr Bezzan : Collaboration avec les autres confrères (psychiatres, pédopsychiatres, médecins généralistes, pédiatres,...) systématiques autours des situations cliniques prises en charge dans les équipes mobiles.

Rencontres avec d'autres confrères dans le cadre de l'élaboration du réseau intersectoriel : participation multiples à des matinées réseau organisées par les agents de liaison autour de thématiques variées (TDAH, Décrochage scolaire, troubles du comportement alimentaire, liaison secteurs enfants-adultes, périnatalité et 0_3 ans,....)

Participation spécifique au groupe « Trajectoires » traitant de la liaison pédopsychiatre /psychiatre autour de la trajectoire de l'individu

Pour le Dr Wégimont : nous nous montrons disponibles pour réfléchir et aider les confrères à faire remonter leurs questions/remarques/difficultés vers les organes Realism compétents. Nous participons à l'information de ceux-ci quant aux réalités et offres du Realism. Et indépendamment de cela, nous collaborons comme il se doit dans le cadre de notre pratique clinique autour des patients communs que nous avons avec nos confrères.

2.3. Fonctionnement général

- a. Existe-t-il au sein du réseau un groupe mandaté dont le rôle est d'assurer un suivi et qui fournit chaque jour un soutien pratique au comité de réseau ainsi qu'à la coordination de réseau ? Si oui, veuillez décrire la composition et la méthode de travail concrète de ce groupe. Si pas, de quelle manière et par qui le fonctionnement journalier du réseau est-il suivi ?

Il n'y a pas de groupe mandaté pour fournir un soutien quotidien au CR et à la coordination de réseau. Le comité de financement, et le comité des employeurs ont pour but d'instruire des dossiers à faire valider au comité de réseau. Le comité de réseau a délégué au GOS (groupe opérationnel et stratégique), l'élaboration du plan stratégique, le suivi des actions et leur évaluation. Dans ce groupe opérationnel, des membres du CR y sont représentés et permettent de faire des allers-retours entre le GOS et le CR avec la coordination de réseau.

- b. Donnez brièvement un exemple d'un conflit réel entre deux ou plusieurs partenaires de réseau. Comment le résout-on ? Quelles procédures sont d'application ? Où se trouvent ces procédures ? Comment les partenaires peuvent-ils les consulter ?

En ce qui concerne le GOS, une charte a été élaborée et un point médiation y est explicité. En ce qui concerne ce point, au sein du GOS, nous n'avons pas été amené à y faire appel.

La convention de réseau spécifie les différents organes de gestion du réseau et les procédures explicites, néanmoins, chacun ne s'y retrouve pas explicitement dans celle-ci. Une convention de 15 pages, même élaborée collectivement avec différents juristes des différentes institutions qui ont pu dégager du temps pour la réaliser n'est pas nécessairement connue de chacun. La convention et toutes ses annexes se trouvent sur le site du REALISM et est consultable, elle a fait d'ailleurs l'objet également d'une diffusion large.

- c. Quels partenaires ont adhéré au réseau en 2018 et en 2019 ? Veuillez indiquer de manière concrète la procédure d'adhésion suivie. Où se trouve cette procédure ? Comment les partenaires peuvent-ils la consulter ? Comment les non-partenaires peuvent-ils la consulter ?

Le premier tableau reprend les institutions, personnes qui ont signé la déclaration d'intention d'adhésion, le deuxième tableau, ceux qui ont signé la convention éditée en janvier 2018.

Tableau 1							
Service	Nom	Prénom	Fonction	téléphon e	mail	Rue et numéro	Code postal
SOINS SANTE MENTALE							
Centre familial d'éducation - SSM	Laguesse Leluron	Jacquelin e	Directrice administrative	087 22 13 92	cfe.ssm@skynet.be	rue des Déportés 30	4800 Verviers
Centre de guidance de Visé	Van Den Abbeel	Marjorie	Directrice administrative	04 379 39 36	centredeguidance@skynet.be	rue de Sluse 17	4600 Visé
Centre d'outremont (consultations thérapeutiques enfants et ado)	Debruche	Michel	Médecin directeur	04 223 75 23	doutremont@scarlet.be	rue Hors Château 59/2	4000 Liège
CHC - La croche	Baro	Vincent	Coordinateur	0486 24 89 12	vincent.baro@chc.be	Rue de Hesbaye 75	4000 Liège
	Frischen	Caroline	Psychologue	0494 11 05 36	caroline.frischen@chc.be		
CHC - troubles des conduites alimentaires	Paquot	Isabelle	Gastropédiatre	0486 24 89 12	vincent.baro@chc.be	Rue de Hesbaye 75	4000 Liège
CHC- liaison psychologique pédiatrique	Baro	Vincent	Coordinateur	0486 24 89 12	vincent.baro@chc.be	Rue de Hesbaye 75	4000 Liège
CHC- équipe MPS pédiatrie	Cornet	Maxime	Coordinateur	04 224 67 73	maxime.cornet@chc.be	rue Saint Nicolas 447-449	4420 Montegnée
CHC- équipe mobile PSY107	Troisfontaines	Benoît	Médecin chef	04 239 49 80	benoit.troisfontaines@chc.be	rue François Lefèbvre 207	4000 Rocourt
CHRH ETFA	Vanwynsberg he	Jehanne	Pédopsychiatre	0473 99 74 53	etfa@chrh.be	rue des Trois Ponts 2	4500 Huy
CLIPS	Marchica	Teresa	Directrice administrative	04 341 29 92	teresa.marchica@clipsliege.net	rue Alex Bouvy 18	4020 Liège

CPFA	Vandervelden	Maurice	Directeur général	0492 73 32 31	maurice.vandervelden@fralex.be	rue du Château de Ruyff 68	4841 Henri-Chapelle
CRA	Denis	Catherine	Pédopsychiatre - directrice	04 22 13 07	creasbl@scarlet.be	rue Hors Château 51	4000 Liège
CRA Geer	Deseilles	Michel	Responsable médical	019 58 80 57	centrebenedette@skynet.be	rue du centre Bernadette 2	4250 Geer
CRA Verviers	Gerlarch	Christelle	Pédopsychiatre	087 22 16 45	christelle.gerlach@belgacom.net	rue de Dinant 20-22	4800 Verviers
CRSE (réinsertion pro - santé mentale)	Heyden	Isabelle	Directrice	087 29 25 11	isabelle.heyden@crse.be	Place Général Jacques 20	4800 Verviers
Fusion Liège	Kampfl	Didier	coordinateur	04 344 68 14	info@psy107liege.be	quai des Ardennes 24	4020 Liège
ISOSL	Demeter	Nicole	Directrice du secteur santé mentale	04 254 77 00	n.demeter@isosl.be	rue du Professeur Mahaim 84	4000 Liège
ISOSL - CHS Accueil	Dehareng	France	Directrice	080 29 21 22	f.dehareng@isosl.be	rue du Doyard 15	4990 Lierneux
ISOSL- Fil à fil	Allegaert	Heidy	Médecin chef	04 254 78 72	h.allegaert@isosl.be	rue du Professeur Mahaim 84	4000 Liège
La ferme du soleil	Thiteux	Michel	Directeur	0496 60 18 46	michel.thiteux@gmail.com	chaussée Colonel Joset 51	4630 Soumagne
SIAJEF - revers asbl	Clarembaux	Christine	Directrice administrative	04 228 98 92	info@siajef.be	rue Maghin 19	4000 Liège
SSM CPAS Flémalle	Lemaire	Jean-Marie	Psychiatre - directeur thérapeutique	04 235 10 50	secretariat.ssm@flemalle.be	rue Spinette 2	4400 Flémalle
SSM Huy - L'accueil	Kinet	Christophe	Directeur administratif	085 25 42 26	csmaccueil@skynet.be	rue de la Fortune 6	4500 Huy
SSM Psycho J	Vanderneken	Sonia	Directrice administrative	04 223 55 08	psychoj@scarlet.be	rue Hors Château 59	4000 Liège
SSM Seraing	Corlosquet	Constance	Directrice administrative	04 337 20 64	ssmseraing@gmail.com	rue Hya 71	4100 Seraing
SSM Verviers	Carpentier	Luc	Directeur administratif	087 22 16 45	dadministration@ssmverviers.be	rue de Dinant 20-22	4800 Verviers

UMPS cita	Evrard	Maude	Coordinatrice	04 225 69 40	maude.evrard@chrcitadel.be	Bvd du 12ème de Ligne	4000 Liège
	Bertoncello	Thomas	nouveau coordinateur				
SOINS GENERAUX							
CHRH	Levaux	Christophe	Directeur général médical	085 27 70 04	christophe.levaux@chrh.be	rue des Trois Ponts 2	4500 Huy
CHR de Verviers - pédiatrie	Carvelli	Thierry	chef de service	0478 56 95 78	thierry.carvelli@????	rue du Parc 28	4800 Verviers
CHU de Liège - santé mentale	Compere	Julien	Administrateur délégué	04 366 70 02	administrateur.delegue@chu.ulg.ac.be	Sart Tilman B35	4000 Liège
CHC - pédiatrie	Baro	Vincent	Coordinateur- psychologue	0486 24 89 12	vincent.baro@chc.be	Rue de Hesbaye 75	4000 Liège
CHC- urgences pédiatriques	Baro	Vincent	Coordinateur- psychologue	0 486 24 89 12	vincent.baro@chc.be	Rue de Hesbaye 75	4000 Liège
CHU de Liège - audiophonologie	Masquelier	Marie Pierre	Logopède en chef	04 366 81 18	mp.masquelier@chu.ulg.ac.be	CHU B35	4000 Liège
MM La Bulle d'Air	Lincé	Sophie	Psychologue	087 68 88 85	sophie.lince@gmail.com	rue Albert 1er 75	4820 Dison
AVIQ							
AWIPH	Gerckens	Jean-Marie	Inspecteur général	04 220 04 11	brliege@awiph.be	rue du Vertbois 23-25	4000 Liège
SAJA-SAE	Biethres	Marie Christine	Directrice	087 64 66 54	christine.biethres@skynet.be	rue des Déportés 20	4800 Verviers
SRJ - Foyer des orphelins	Deraemacker	Fabienne	Directrice	04 252 51 52	foyerdesorphelins@foyerdesorphelins.be	rue de Joie 113	4000 Liège
ONE							
SOS enfants aide et prévention	Delbouille	Fabienne	Coordinatrice	04 342 27 25	f.delbouille@sos-enfants-liege.be	rue de la Liberté 56	4020 Liège
SOS Famille - CHC asbl	Monville	Christine	Coordinatrice	04 224 98 56	christine.monville@chc.be	rue Saint Nicolas 447	4420 Montegnée

CRAF (centre régional de recherche et d'action sociale sur les problématiques familiales)	Ivanouic	Maritza	Coordinatrice	085 25 02 28	rsosfamilles@skynet.be	rue des Vergiers 15	4500 Huy
ONE - secteur accompagnement	Lamproye	Cécile	Référente maltraitance	0499 99 78 88	cecile.lamproye@one.be	Place Delcour 16	4020 Liege
SOS enfants - parents Verviers	Renier	Martine	Directrice	087 22 55 22	mrenier.sos@gmail.com	rue Peltzer de Clermont 62	4800 Verviers
SAJ - SPJ							
AMO La Boussole	Larbanois	Jean	Directeur	04 247 74 71	jean.lardanois@laboussol-e-amo.be	46 avenue du Roi Baudouin	4432 Allieur
Auberge des Haxhes (Maison Heureuse asbl)	Marchand	Pierre-Philippe	Directeur	04 259 80 52	pphmarchand@gmail.com	rue Sous Les Haxhes 51	4041 Vottem
Foyer pour jeunes filles d'Allieur	Libert	Mélanie	Psychologue	04 263 81 53	educateurs.alleur@gmail.com	Hubert Streel 165	4432 Allieur
IPPJ de Fraipont	Forthomme	Nadine	Attaché de direction	0494 76 27 19	nadine.forthomme@cfwb.be	rue sur le Bois 113	4870 Fraipont
	Geclach	Christelle	Pedopsychiatre		christelle.geclach@cfwb.be		
SAJ Huy	Demortier	Christine	Délégué prévention	085 27 86 43	chirstine.demortier@cfwb.be	avenue du Condroz 311	4500 Huy
SAJ Liège	Bartet	Christophe	Délégué prévention	0495 60 91 16	christophe.bartet@cfwb.be	Place Xavier Neujean 1	4000 Liège
SAJ Verviers	Vyghen	Chantal	Conseillère adjointe	087 29 90 51	chantal.vyghen@cfwb.be	rue du Palais 27	4800 Verviers
SPJ Liège	Moreau	Dominique	Directeur SPJ	04 230 67 77	spj.liege@cfwb.be	Place Xavier Neujean 1	4000 Liège
SPJ Verviers	Walhain	Isabelle	Drectrice de l'aide à la jeunesse	0495 38 89 15	isabelle.walhain@cfwb.be	rue Laoureux 26	4800 Verviers

SVAJ	François	Marianne	Directrice	087 22 41 10	marianne.francois@svag.be	rue d'Anvers 22	4800 Verviers
PCS							
PCS Seraing	Soffritti	Singrid	Assistante sociale	04 336 36 88	seraing5@skynet.be	rue de la Province 104	4100 Seraing
PCS Verviers	Magnée	Chantal	Chef de projet	087 35 37 25	chantal.magnee@verviers.be	rue des Alliés 19	4800 Verviers
Coordinations locales							
APALEM - Seconde peau	Neve	Oriane	Intervenante de terrain	0470 82 81 16	info@secondepeau.be	rue de Campine 383	4000 Liège
GLS asbl - Groupement pluraliste des services et soins à domicile	Giet	Didier	Président	04 226 88 64	gl.s.asbl@skynet.be	rue de Chestret 1	4000 Liège
Centre liégeois de Promotion de la santé	Leva	Chantal	Directrice	04 349 51 44	chantal.leva@clps.be		4000 Liège
Centre de promotion de la santé Huy-Waremme	Dewilde	Sabine	Coordinatrice	085 25 34 74	sdewilde@clps-hy.be	rue Saint Pierre 49	4500 Huyt
Centre verviétois de Promotion de la santé	Bracci	Raffaele	Coordinateur	087 35 15 03	r.bracci@cvps.be	rue de la Station 9	4800 Verviers
Mutualité chrétienne de Liège	Bastin	Rudolphe	Directeur	04 221 74 06	rodolphe.bastin@mc.be	Place du XX août 38	4000 Liège
Mutualité neutre Liège	Messina	Aurélie	Assistante sociale	04 254 58 21	aurelie.messina@mut226.be	rue de Chestret 4- 6	4000 Liège

Mutulatié Solidaris Liège	Annet	Pierre	Secrétaire général	04 341 64 01	pierre.annet@solidaris.be	rue Douffet 36	4020 Liège
PSE - le bien être social	Dermien	B	Président du CA	087 33 61 31	pse.verviers@belgacom.net	rue Peltzer de Clermont 34	4800 Verviers
Relais social urbain	Dewenne	Anne	Coordinatrice générale	087 31 03 15	relais.social.verviers@sky.net.be	rue Calamine 52	4801 Stembert
SIMILES Wallonie	Legros	Georges	Président	04 344 45 45	claire.vangoesbeeck@similes.org	rue Lairesse 15	4020 Liege
SISDEF (soins intégrés et service à domicile de l'est francophone)	Vandenbulch	Christian	Président	0497 49 70 13	claire.bemelmars@sisdf.be	rue de la Marne 4	4800 Verviers
Enseignement							
Centre PMS W-BE	Noel	Magali	Directrice	04 226 26 59	chenee.pms@belgacom.net	Quai de Rome 43	4000 Liège
Centre PMS libre de Liège	Verrekt	Sophie	Directrice	04 254 97 40	directionpms6@gmail.com	rue Louvrex 70	4000 Liège
Centre PMS de Liège WBE	Lion	Nathalie	Directrice	0495 26 61 05	dir.cpmscf.liege@sec.cfwb.be	rue Saint Léonard 378	4000 Liège
Centre PMS libre 2	Delvoye	Marion	Directrice	0499 52 39 93	marion.delvoye@gmail.com	rue Laoureux 37	4800 Verviers
Centre PMS provincial de Seraing	Marnette	Joelle	Directrice	04 330 73 80	joelle.marnette@province.deliege.be	rue de la Province 21	4100 Seraing
Centre PMS WBE de Seraing	Willems	Françoise	Directrice	04 336 66 79	dir.cpmscf.seraing@sec.cfwb.be	rue du Marais 35	4100 Serainf
Centre PMS de Visé	Dirix	Séverine	Directrice	04 379 33 22	dir.cpmsfwb@gmail.com	rue de la Wade 9	4600 Visé
Assuétudes							
CAP FLY	Debras	Ushy	Coordinatrice	04 228 07 04	info@capfly.be	rue du Ruisseau 17	4000 Liège

NADJA	Humblet	Dominique	Coordinatrice	04 223 01 99	nadja.dhumblet@gmail.com	rue Souverain Pont 56	4000 Liège
RASSAEF -réseau d'aide et de soins spécialisé en assuétudes de l'EST francophone	Vandervelden	Maurice	Président	0498 50 63 37	rassaef@gmail.com	rue de Dinant 18	4800 Verviers
RELIA	Gustin	Frédéric	Coordinateur	0495 24 46 99	relia@pfpl.be	Quai des Ardennes 24	4020 Liège
	Theate	Christelle	Coordinatrice		-		
Réseau Jandco	Gustin	Frédéric	Coordinateur	0495 24 46 99	info@jandco.be	Quai des Ardennes 24	4020 Liège
Risquer moins Liège	Gustin	Frédéric	Coordinateur	0495 24 46 99	info@jandco.be	Quai des Ardennes 24	4020 Liège
Service de prévention AVAT	Mairesse	Christophe	Criminologue	087 22 38 78	ch.mairesse@ssmverviers.be	rue de Dinant 20- 22	4800 Verviers
EFT-OISP							
COF - espace rencontre Trimurti	Leroy	Etienne	Directeur	085 32 84 56	eleroy@cof.be	rue du Parc Industriel 6	4540 Amay
	Close	Stéphane	Directrice adjointe		sclose@cof.be		
Planning familial							
Planninf familial Ourthe Ambleve	Sehul	Vinciann e	Directrice	04 384 66 99	coordination@planning-aywaille.be	Place Marcellis 12	4920 Aywaille
SIPS	Meuter	Anne	Psychologue	04 223 62 82	anne.meuter@sips.be	rue Sœurs de Hasque 9	4000 Liège

TABLEAU 2								
Service	Nom	Prénom	Fonction	téléphone	mail	Rue et numéro	Code postal	Convention de Réseau
AFSFC (sages femmes)	Nieset	Anne	Présidente	081 73 08 10	anneniset56@gmail.com	rue Lemercier	5002 Saint Servais	2/04/2020
	Robin (mandatée)	Chantal	sage femme	0496 55 81 13	Robin_chant@hotmail.com			
ALFA	Dungelhoef	Catherine	Directrice administrative	04 223 09 03	alfa.dungelhoeff@gmail.com	rue de la Madelaine 17	4000 Liège	14/02/2020
	Crollard	Magali	Psychologue	04 223 09 03	alfa.crollard@gmail.com			
CHR de Liège	Portugals	Sylvianne	Directrice générale	04 321 61 21	sylvianne.portugals@chrcitadelle.be	Boulevard du 12ème de ligne	4000 Liège	14/02/2020
	Evrard	Maude	Psychologue en chef		maude.evrard@chrcitadelle.be			
CHU de Liège	Malchair	Alain	Directeur administratif du service infanto-juvénile ambulatoire	04 270 30 66	a.malchair@uliege.be	Avenue de l'Hôpital 1	4000 Liège	28/01/2020
	Adam	Eric	Chef de service de psychologie clinique et d'action sociale		eric.adam@chuliege.be			
CRSE	Heyden	Isabelle	Directrice	087 29 25 19	info@crse.be	Place Général Jacques 20	4800 Verviers	2/05/2018

INDEPENDANTS-ES	Farine	Laurence	Psychomotricienne	0497 78 62 34	laurencefa@live.be	Rue de Douxflamme 7	4140 Sprimont	2/01/2020
MADO	Mairesse	Christophe	1er attaché coordinateur	04 238 56 20	christophe.mairesse@provincedeliege.be	Boulevard d'Avroy 5	4000 Liège	29/03/2018
	Boffe	Anne-Sophie	Psychologue	04 238 56 20	anne-sophie.boffe@provincedeliege.be			
	Gherroucha	Jérôme	Directeur sociale	04 237 93 18	jerome.gherroucha@provincedeliege.be	rue Beeckman 26	4000 Liège	10/03/2020
	Boffe	Anne-Sophie	Psychologue	04 237 93 18	anne-sophie.boffe@provincedeliege.be			
	Lomma	Anaïs	Psychologue	04 237 93 18	anais.lomma@provincedeliege.be			
Plateforme psychiatrique en Communauté Germanophone	Nahl	Achim	Présidente		a.nahl@spz.be	Vervierserstr. 14	4700 Eupen	29/03/2018
	Filz	Willi	Coordinateur nouvelle politique	0470 82 90 18	psy107@klinik.st-vith.be	Klosterstrasse 9	4780 Saint Vith	
TOGETHER asbl	Liagre	Eric	coordinateur	0481 56 43 73	together.belgique@gmail.com	Chaussée Brunehault 268b	4041 Vottem	14/01/2020
Ville de Liège	Stassart	Pierre	échevin				4000 Liège	29/01/2020

- d. Veuillez indiquer de manière concrète la procédure à suivre pour quitter le réseau. Où se trouve cette procédure ? Comment les partenaires peuvent-ils la consulter ? Quand a-t-elle été appliquée au cours de la période 2016-2019 et sur quels ex partenaires ?

L'article 11 de la convention de réseau précise : « Chaque contractant dispose de la faculté de se retirer du REALISM moyennant notification d'un délai de préavis de 6 mois par voie de recommandé à l'adresse du domicile élu mentionné à l'art. 16. du dit REALISM. Cependant ce préavis n'est pas requis si la volonté de se retirer est liée à une modification de la présente convention. Cette résiliation entraîne de facto l'annulation des conventions de redistribution des montants alloués dans le cadre des budgets liant l'institution à l'hôpital receveur. »

La convention de réseau est consultable sur le site du REALISM : <http://www.realism0-18.be/pdfs/convention%20reseau%20realism%20version%201%20janvier%202018.pdf>

Cette procédure n'a pas dû être appliquée pendant la période de 2016-2019.

- e. La coordination de réseau remplit un rôle et une mission de nature stratégique en ce qui concerne la facilitation et la coordination du développement global et du fonctionnement du réseau. Mais au niveau de la gestion opérationnelle des collaborateurs mis à disposition, quelle(s) sont les personne(s) responsable(s) ? Veuillez décrire également l'ensemble de leurs tâches et les modalités de collaboration.

Pour l'équipe mobile, c'est à la fois les pédopsychiatres de réseau (pour les aspects davantage cliniques) et le gestionnaire d'équipe (mobile) pour les aspects organisationnels au sein de l'équipe mais aussi entre les employeurs partenaires et les personnes mises à disposition en collaboration avec le Comité des employeurs partenaires et la coordination de réseau.

Le Groupe opérationnel et stratégique (GOS) participe à la facilitation du développement du réseau, une charte de fonctionnement a été réalisée à cet effet. Des logigrammes ont également été réalisés pour le programme de consultation et liaison intersectorielle, pour les commissions intersectorielles (feu) et un logigramme également reprenant tous les organes de coordination. **(cfr annexes 1a, 1b à 4)**

La coordination de réseau et un pédopsychiatre de réseau participe aux réunions des agents de liaison (6 agents), les plans d'action sont discutés et validés au GOS.

- f. Décrivez comment le réseau et les employeurs concernés de collaborateurs mis à disposition ont conclu des accords pratiques en ce qui concerne :
- le régime des congés et des absences pour maladie
 - les formations
 - les frais et le transport
 - l'évaluation
 - la résolution de conflits dans les équipes composées de plusieurs personnes mises à disposition d'un ou de plusieurs employeurs

Grâce au gestionnaire d'équipe, qui participe au CEP (comité des employeurs partenaires), les questions d'ordres administratives, fonctionnelles, sont traitées avec les employeurs. Les questions de la prise en charge des charges et de la répartition de celles-ci ont fait l'objet d'une ventilation, la plus équitable possible entre les différents programmes. En ce qui concerne l'évaluation, cette question doit encore

être traitée afin qu'elle soit systématique et qu'elle rentre dans une logique d'évaluation formative. Dans le cadre de l'accompagnement de l'équipe mobile et des différents pôles d'intervention et antenne, en fonction des besoins, un accompagnement externe est mis en place. C'est le cas pour le pôle DD et des autres pôles, étant donné le besoin de budget pour mettre en place ces accompagnements fonctionnels, le CR a validé l'utilisation d'une partie des budgets reportés pour ces différents accompagnements (cfr annexe : 5)

Comment ces accords ont-ils été fixés ? Comment peut-on les consulter ? Veuillez les transmettre. Actuellement, il n'y a pas encore de document, c'est en cours. Les accords qui sont validés se trouvent dans les synthèses des comités de réseau.

- g.** Existe-t-il au sein du réseau un groupe de travail mandaté qui se charge de la comptabilité et qui offre un soutien pratique au comité de réseau et à la coordination de réseau ? Si oui, veuillez décrire la composition et la méthode de travail concrète de ce groupe. Si pas, de quelle manière et par qui la gestion budgétaire du réseau est-elle suivie ?

En ce qui concerne la comptabilité, il s'agit principalement d'un travail mené par la coordination de réseau et l'hôpital receveur.

3. Stratégie du réseau

3.1. Inventaire de l'offre d'aide

- a.** Veuillez décrire comment est rédigé et mis à jour l'inventaire de l'offre d'aide disponible dans la zone d'activité du réseau.

L'offre d'aide et de soin est réalisée et mise à jour par les agents de liaison.

- b.** Cet inventaire est-il accessible à tous les partenaires du réseau ? Si pas, pour quelles raisons ? Si oui, comment cette accessibilité est-elle garantie en pratique ?

La communication de l'offre peut, en fonction des besoins relevés au sein du réseau par les agents de liaison, prendre plusieurs formes, brochures, site internet, carnet, répertoire, etc. De plus la coordination de soin est joignable par téléphone et par mail pour soit orienter, permettre le tuilage, soit faire appel à l'équipe mobile et est accessible autant par les professionnels que par les familles.

- c.** Cet inventaire est-il accessible aux enfants, aux adolescents et à leur entourage ? Si pas, pour quelles raisons ? Si oui, comment cette accessibilité est-elle garantie en pratique ?

Actuellement, nous retravaillons le site internet du réseau pour rendre accessible une base de données conviviale, tant pour les familles que pour les professionnels.

- d.** Y-a-t-il un échange de données avec d'autres réseaux ? Si oui, comment ? Si pas, pour quelles raisons ?

Les agents de liaisons du PC&LI ont des réunions régulières avec les autres agents de liaison, chargés de projets des autres provinces, afin d'échanger sur leurs pratiques, de les partager et de mener des actions conjointes.

3.2. Plan stratégique

a. Veuillez décrire le processus qui a été suivi pour développer un plan stratégique. Qui y a participé ?

Le plan stratégique a été élaboré au sein du GOS et du CR par l'intermédiaire entre autre du support local de l'ULiège. Une première session "support local" a été mis en place en octobre 2019 où nous avons la participation de représentants du GOS et du CR. Les pédopsychiatres de réseau et la coordination de réseau y ont participé également.

De ces échanges, le plan stratégique a été élaboré et validé tant par le GOS que par le CR.

b. Une évaluation des objectifs et des actions fixés dans le plan stratégique est-elle prévue ? Si oui, dans quel délai ? Si pas, pour quelles raisons ?

Oui, systématiquement, pour chaque programme, une évaluation est à réaliser, les items sont à élaborer au sein du GOS. Des moments de « pause » seront déterminés au sein du GOS afin de déterminer des indicateurs. En 2018-2019, pour le programme de consultation et liaison intersectorielle, après chaque action et action de formation les agents de liaison ont élaboré des questionnaires à destination des participants afin d'à la fois, vérifier si les objectifs ont été atteints, si les actions ont bien rencontré les besoins des participants et quelles sont également les poursuites, orientations qui pourraient découler de ces actions.

c. Existe-t-il au sein du réseau un groupe mandaté qui se charge du suivi de l'exécution du plan stratégique et qui offre à cet égard un soutien pratique au comité de réseau et à la coordination de réseau ? Si oui, veuillez décrire la composition et la méthode de travail concrète de ce groupe. Si pas, de quelle manière et par qui la réalisation du plan stratégique est-elle suivie ?

Par le GOS.

d. Le réseau prévoit-il un ajustement, une adaptation ou une révision du plan stratégique ? Si oui, sur quelle base et dans quel délai ? Comment s'effectuera cette adaptation ? Si pas, pour quelles raisons ?

L'idée du plan stratégique est d'avoir une guide qui peut être ajusté en fonction des besoins. Nous laissons une certaine marge au développement des actions, de manière à pouvoir les ajuster en fonction de l'intensité qu'elles prennent et de l'émulation qu'elles peuvent engendrer au sein des intervenants.

4. Programmes

- a. Veuillez décrire aussi concrètement que possible la transition de soins de crise vers des soins de suivi ou de longue durée (care). Comment se déroule la coordination et l'interaction entre les différents programmes de soins ? Quelles mesures concrètes le réseau a-t-il prises en vue d'optimiser la continuité des trajets de soins individuels ? Comment sont assurés le suivi et l'adaptation ?

Toutes les demandes passent par la coordination de soin, tant les familles que les professionnels peuvent faire appel à la coordination de soin. Son travail consiste à analyser les demandes et de les orienter au sein du réseau, lorsque la demande nécessite la mobilisation de l'équipe mobile, en fonction de la situation, différents pôles peuvent être mobilisés. Le pôle crise, le pôle longue durée, le pôle double diagnostic, le pôle médico-légal ou le pôle périnatalité. S'il s'agit d'une crise, c'est par cet interface d'analyse que l'équipe mobile sera dépêchée. S'en suit un travail biopsychosocial avec la famille, le jeune en question. L'analyse de la demande se construit en fonction des intervenants qui sont déjà intervenu dans la situation, un travail de tuilage est dès lors mis en place avec les intervenants actuels et futurs. Si la situation est complexe, la coordination de soin fera appel au casemanager.

L'intervention de crise n'est pas nécessairement suivie d'une intervention de longue durée, mais si c'est le cas, un travail conjoint entre intervenants des différents pôle est mené en amont. La durée de l'intervention de crise est courte et est fonction de la gravité de la situation et de la complexité de celle-ci pour mettre en place autour du jeune, de la famille, un réseau proche d'intervenants les plus adéquats.

- b. Dans le cadre du programme de soins de crise, l'autorité fédérale finance notamment l'intensification des soins de crise (semi)résidentiels et mobiles. Ce financement est soumis à une condition claire : le réseau réserve 10 % des lits K agréés dans sa zone d'activité aux enfants et aux adolescents qui se trouvent dans une situation de crise non mortelle. C'est ce que l'on appelle les lits K de crise. Veuillez indiquer aussi concrètement que possible comment les collaborateurs mis à disposition grâce à ce budget sont mobilisés de façon flexible aussi bien dans le cadre des soins de crise résidentiels que mobiles.

Pour autant que les lits soient disponibles, les travailleurs qui ont été engagé dans le cadre du renforcement de l'encadrement de ces lits, sont amené à se rendre mobiles. Il n'est pas toujours aisé, en fonction des horaires, du cadre de travail de développer cette mobilité à 100% mais des liens, des collaborations très forts se sont noués entre ces travailleurs, les intervenants mobiles et le pédopsychiatre de réseau. Ces collaborations sont activées en fonction de l'intensité de l'aide et des soins à mettre en place.

- c. Quelles mesures le réseau a-t-il prises pour garantir la transition de l'expertise acquise en matière d'accueil et de traitement de jeunes spécifiques dans les lits K de crise aux soins de suivi (résidentiels, ambulatoires, mobiles) et à domicile/à l'entourage de ces jeunes ?

Les pédopsychiatres de réseau sont très disponibles pour exposer leurs expertises et le fonctionnement des différents dispositifs auprès des différents secteurs. Cette disponibilité se révèle au sein des concertations de suivi d'aide et de soin entre les opérateurs des différents secteurs, au sein d'actions de formation mises en place par les agents de liaison. Les casemanagers et la coordination de soin se chargent également de transmettre les informations de ce type, dans le cadre d'échanges réciproques.

- d. Veuillez préciser comment le réseau a intégré le renforcement de l'offre pour le double diagnostic aux programmes du réseau. Indiquez des méthodes spécifiques pour chaque programme.

Le pôle DD de mobilea est multidisciplinaire, les interventions menées se font soit en binome, soit seul soit en binome avec un intervenant du réseau. Des situations de crise peuvent mener à l'intervention d'un intervenant du pôle crise et d'un intervenant du pôle DD. Ce pôle intervient sur toute la province de Liège. Dans le programme de consultation et liaison intersectorielle, nous avons un agent de liaison dévolu aux problématiques complexes dont DD, dans le cadre de ses missions, elle est amenée à participer régulièrement aux réunions du pôle DD afin d'apporter son expertise mais aussi de s'emparer de l'expertise de ce pôle et de développer des actions tenant compte des besoins exprimés de manière globale.

- e. Sur quels sujets et/ou (sous-)groupes cibles et de quelle manière le réseau coopère-t-il avec d'autres réseaux SMEA en termes d'offre et d'organisation de l'aide ?

Pour les enfants souffrant d'un TDAH, en périnatalité, en ce qui concerne les actions d'immersion (entre professionnels), en ce qui concerne l'implication des bénéficiaires, au niveau, micro, méso et macro. Des réunions entre agents de liaison des différents réseaux ont lieu régulièrement.

- f. En pratique, quels accords ont été conclus avec le réseau de santé mentale pour adultes (réseau 107) dont le champ d'application chevauche (en partie) celui du réseau SMEA en vue d'optimiser la continuité des trajets de soins des jeunes de minimum 16 ans aux jeunes adultes de 23 ans ? Comment ces accords ont-ils été fixés ? Comment peut-on les consulter ?

Les coordinateurs des réseaux adultes ont signé la déclaration d'intention d'adhésion au réseau. Les agents de liaison, en fonction des thématiques collaborent avec les réseaux adultes (transition). Les équipes mobiles ont également des liens avec les équipes mobiles du 107, un des intervenants mobiles à un mi-temps à mobilea et un mi-temps dans l'équipe mobile de Fusion Liège. Des réunions de coordinations : PFPL, coordination SMEA, 107, DD, réseaux assuétudes, interface DD, SISD sont également mises en place.

- g. Veuillez préciser autant que possible la situation actuelle concernant l'opérationnalisation du programme d'intervention et de détection précoces. Quelles sont les objectifs fixés pour 2020 ?

Dans le cadre de la détection et l'intervention précoce pour les moins de 3 ans, nous avons dans le programme soins de crise (soins flexibles) un dispositif d'évaluation en périnatalité, lequel permet de mettre en place des interventions précoces lorsque la situation le nécessite. Dans le pôle longue durée nous avons un pôle spécifique « périnatalité », lequel permet d'intervenir auprès du réseau et au plus près des besoins des tous petits, pour leur bien-être et le bien-être de la famille. Dans le cadre du programme de consultation et liaison intersectoriel, nous avons un agent de liaison dévolu à la périnatalité, une de ses missions et de mettre en place des actions de formation, de sensibilisation tant auprès des familles que des intervenants de tous secteurs.

En ce qui concerne les autres tranches d'âges, c'est par l'intermédiaire, entre autres de l'équipe mobile que la détection peut se faire mais aussi grâce à l'analyse en amont de la coordination de soin qui va pouvoir, dans le réseau, détecter les opérateurs les plus adéquats.

Les agents de liaison par leur intervention conjointes avec des opérateurs du réseau (sensibilisation, concertation, module de psychoéducation) initient des pratiques, pour les différentes tranches d'âges qui permettent de mesurer l'importance, la nécessité, de pouvoir détecter les signes avant-coureurs tout en restant très vigilantes à ne pas être dans la stigmatisation.

5. Bonnes pratiques

- a. Veuillez fournir un aperçu des pratiques innovantes qui ont été ou sont actuellement développées par le réseau.

Cfr Annexes 6, 7 et 8 en lien avec l'annexe 9, reprenant les axes d'actions, les besoins, relevés par les agents de liaison dans le diagnostic social de l'aide à la jeunesse.

- b. La vision du rétablissement est-elle implémentée dans le réseau ? Si pas, pour quelles raisons ? Quels sont les facteurs qui entravent et qui facilitent cette implémentation ?

C'est ce que vise les intervenants mobiles. Cette dimension peut prendre différentes formes en fonction de l'autonomie possible du jeune et de la famille. Elle n'est possible que si le travail en réseau, peut se construire avec l'accord et l'implication de la famille, si pas, il y a un travail préalable à mener.

- c. Veuillez décrire quelle est la position adoptée par le réseau en termes de développement et d'utilisation d'un plan d'aide individualisé. Un outil commun est-il utilisé ? Si oui, veuillez le joindre et le décrire. Si pas, veuillez décrire la réalisation d'un tel plan.

Les intervenants de mobilea ont suivi la formation de la clinique de la concertation et participent aussi aux formations dispensées par le SPF. Il ne s'agit pas d'un outil systématiquement utilisé, c'est en fonction des situations. Cet outil est également exposé par les agents de liaison (au niveau méso). Les concertations INAMI sont également employées et permettent de renforcer l'aide et les soins à des moments précis, ou des périodes précises qui nécessitent des interventions intersectorielles conjointes.

- d. Veuillez indiquer les initiatives entreprises par le réseau pour impliquer les partenaires de la première ligne dans le développement et le fonctionnement du réseau. Quels sont à cet égard les facteurs qui entravent et qui facilitent cette implication ? Veuillez décrire si possible un succès inspirant.

De manière générale et pour les questions qui suivent, veuillez trouver ci-joint l'annexe 9, où les agents de liaison ont collaboré au diagnostic social des 3 antennes de la province, vous y trouverez les freins et facilitateurs exposés pour l'ensemble des actions qu'ils ont mises en place.

« Grossesse et consommation » brochure à destination des professionnels (en cours d'achèvement), brochure réalisée en collaboration avec différentes institutions : l'ONE, les sages-femmes, les hôpitaux généraux, les associations d'assuétudes, etc. (annexe 10)

La brochure destinée aux médecins généralistes « Docteur... mon enfant n'arrête pas de bouger... est dans la lune ». Brochure explicative sur les TDAH. Annexe 11.

Les sensibilisations autour des troubles de l'attachement auprès des professionnels de la première et de la deuxième ligne. Annexe 12

- e. Veuillez indiquer les initiatives entreprises par le réseau pour impliquer l'enseignement dans le développement et le fonctionnement du réseau. Quels sont à cet égard les facteurs qui entravent et qui facilitent cette implication ? Veuillez décrire si possible un succès inspirant.

Deux des agents de liaison travaillent sur le décrochage scolaire (annexe 13)

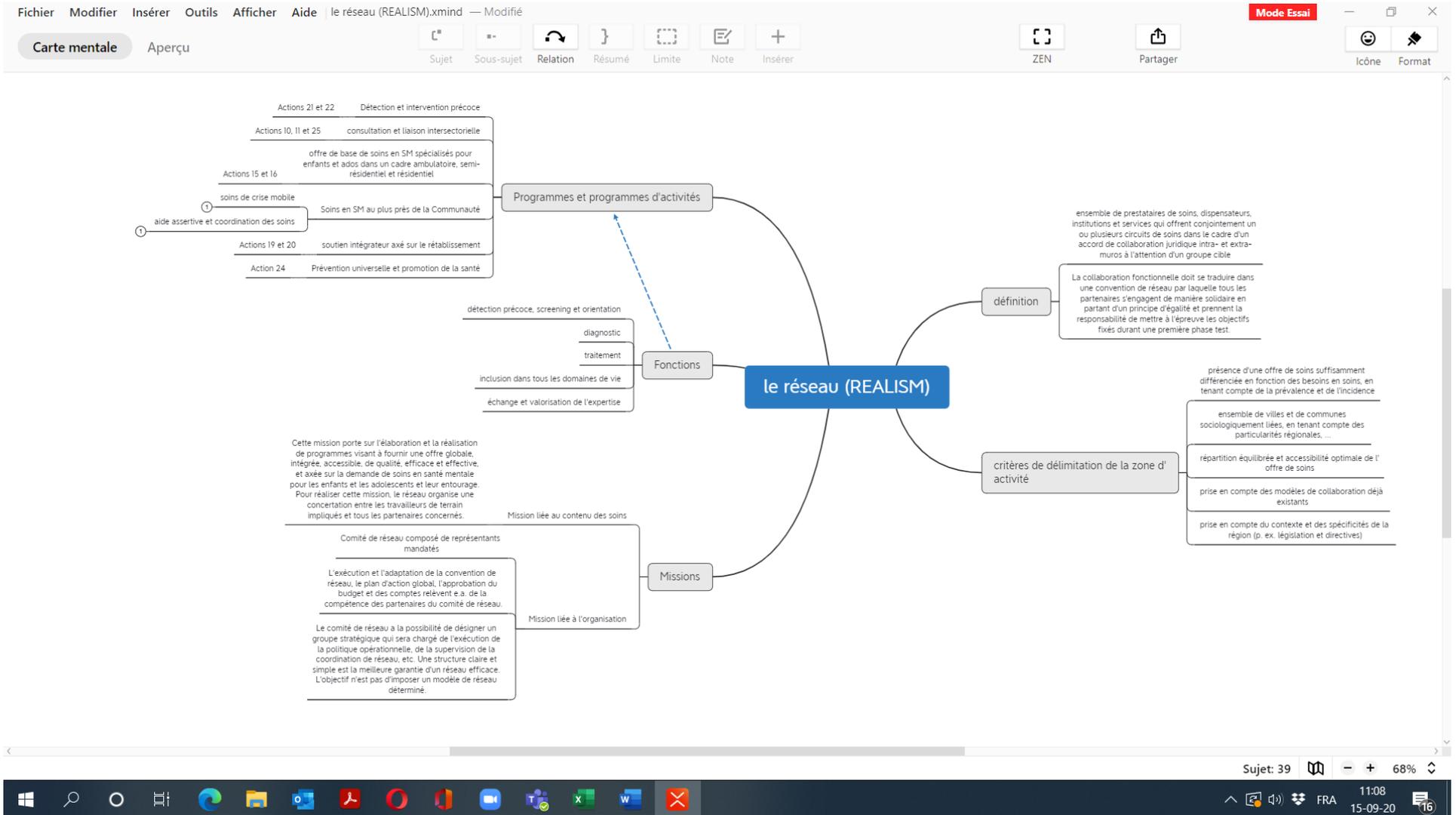
De manière générale, le travail mené auprès du réseau est perçu de manière favorable, même enthousiaste, une des difficultés auxquelles nous sommes confrontés est le temps de travail, de

concertation que nécessite chaque action. Ce n'est qu'en prenant ce temps que des actions globales et intégrées peuvent prendre forme. En ce qui concerne la réalisation concrète des actions, la difficulté est de faire des choix, tenant compte des priorités de chacun et de les inscrire dans le temps, pour que chacun puisse en fonction de ses disponibilités, intérêts, prendre part à l'action. Un travail individuel est nécessaire pour qu'un réel travail collectif puisse prendre forme.

ANNEXES

- ANNEXE 1a : Logigramme le réseau REALiSM
- ANNEXE 1b : Logigramme GOS « Groupe Opérationnel & Stratégique »
- ANNEXE 2 : Charte de fonctionnement du GOS
- ANNEXE 3 : PC&LI Logigramme
- ANNEXE 4 MOBILEA Logigramme
- ANNEXE 5 Besoins Mobilea
- ANNEXE 6 : Plan d'actions AL
- ANNEXE 7 : rendez-vous en terres (in)connues, AL
- ANNEXE 8 : Missions AL Audrey Boclinville
- ANNEXE 9 : diagnostic social
- ANNEXE 10 : Brochure grossesse et consommation
- ANNEXE 11 : Brochure médecin généraliste TDAH
- ANNEXE 12 : formations périnatalité
- ANNEXE 13 : bien-être - Décrochage scolaire

ANNEXE 1a Logigramme le réseau REALISM



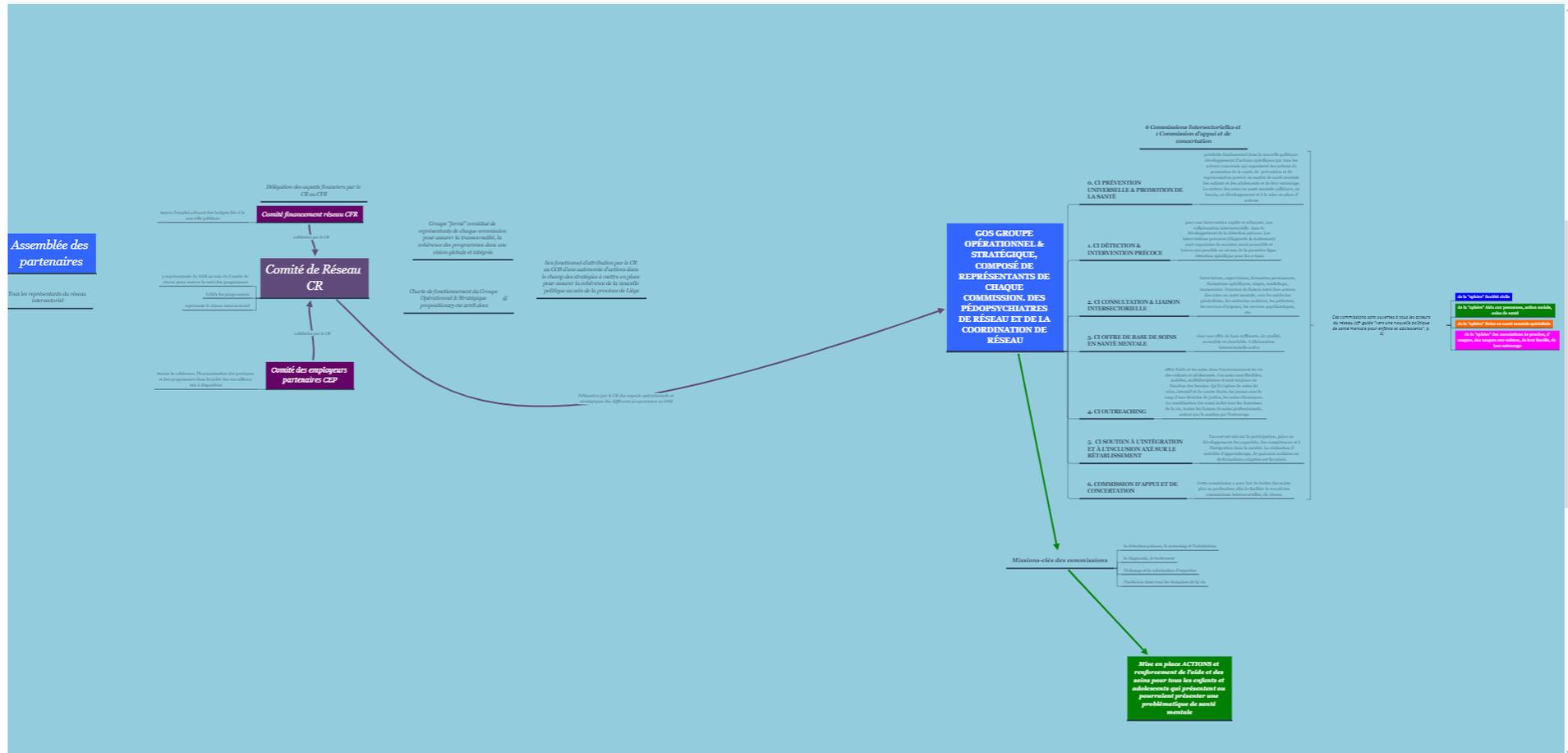
ANNEXE 1b : Logigramme GOS « groupe opérationnel et stratégique »

Carte mentale Aperçu

Sujet Sous-sujet Relation Résumé Limite Note Insérer

ZEN Partager

Icône Format



Charte de fonctionnement du Groupe Opérationnel & Stratégique (GOS)

Thèmes	contenu
<p>Finalité, Objectifs</p>	<p>Le GOS a pour objet de définir un plan stratégique en fonction des besoins du réseau et des moyens disponibles, en s'appuyant prioritairement sur les ressources des partenaires du réseau.</p> <p>Il a aussi pour objectif de favoriser l'échange d'expertise au sein du réseau grâce au regard croisé des représentants des quatre sphères au sein du GOS. Le CR délègue ces missions au GOS.</p> <p>Cfr Diagramme</p>
<p>Composition</p>	<p>Les membres du GOS représentent les programmes de la NPSM et la commission d'appui et de concertation (CAC/GTP) La composition du GOS est validée par le Comité de réseau. A chaque représentant du GOS de mandater un suppléant, ceci afin de garantir la continuité du travail mené par le GOS.</p> <p>Tendre vers la moitié maximum de représentants membres du CR.</p> <p>Un représentant de chaque sphère (3) assure l'articulation entre le GOS et le CR, mandat d'un an renouvelable</p>
<p>Représentativité Commissions Intersectorielles et Commission de Concertation et d'Appui (CAC/GTP)</p>	<p>Deux membres et deux suppléants pour chaque programme, tenant compte de la représentativité égalitaire de chaque sphère au sein du GOS (la représentativité à minima d'un représentant des associations d'usagers et de proches) et de la représentativité également des 3 zones de soins (Huy-Waremme / Liège / Verviers)</p> <p>Les programmes :</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Prévention universelle et promotion de la santé <ol style="list-style-type: none"> 1. Détection et intervention précoce 2. Consultation & liaison intersectorielle 3. Offre de base de soins en Santé Mentale pour E&A dans un cadre ambulatoire, semi-résidentiel et résidentiel 4. Soins en santé mentale d'OUTREACHING pour les enfants et adolescents par l'organisation de soins de crise, l'aide assertive mobile et la coordination des soins <ol style="list-style-type: none"> 5. Soutien à l'intégration et à l'inclusion axé sur le rétablissement 6. Commission d'appui et de concertation (Groupe de Travail pédopsychiatrique, de la Plate-Forme Psychiatrique Liégeoise)

Principaux engagements	Les représentants et suppléants s’engagent à participer aux réunions liées aux programmes qu’ils représentent. Le suppléant n’est présent qu’en cas d’indisponibilité du membre permanent (sauf si la coordination signale que la présence du membre et de son suppléant est nécessaire et pour autant qu’ils soient tous deux disponibles).
Rôles, Responsabilités et attentes mutuelles	Chaque membre attend un investissement équilibré de tous les membres du GOS. Chaque membre représente son institution mais son implication relève de l’intérêt collectif au sein du réseau et non pas la défense de la politique de son institution. Chaque membre veillera à se centrer sur l’écoute, la cohésion, la communication, les objectifs collectifs, par une approche globale et intégrée dans le but d’apporter son expertise et son soutien à la cohérence et la pertinence des actions à destination de tous les enfants et adolescents qui présentent ou pourraient présenter une problématique de santé mentale.
Administration	<p>Chaque réunion fera l’objet d’une synthèse, rédigée à tour de rôle par chaque participant et envoyée avec l’ordre du jour de la réunion qui suit. Au plus tard, en début de chaque réunion, le rédacteur sera identifié. Les dates des réunions du GOS sont fixées pour une année complète dans le courant du dernier semestre de l’année qui précède et sont communiquées par la coordination de réseau. Les ordres du jour sont communiqués au plus tard 7 jours calendrier avant la réunion, par un membre du GOS désigné annuellement.</p> <p>L’ordre du jour est établi à la fin de la réunion qui précède et peut-être complété par les membres.</p> <p>Les réunions seront animées à tour de rôle par un membre du GOS.</p> <p>L’information est disponible à tout membre du réseau qui la souhaite. Les synthèses sont envoyées aux permanents et suppléants du GOS uniquement.</p>
Méthodologie	<p>Le GOS s’engage à transmettre au comité de réseau des propositions de travail structurées écrites et/ou orales.</p> <p>Le CR s’engage à transmettre au GOS le cadre financier annuel dont ce dernier dispose pour la réalisation de ses actions.</p>
Représentativité	<p>Représentativité des 4 sphères au sein du GOS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les soins en santé mentale spécialisés, - L’aide aux personnes, action sociale et soins de santé : les services sociaux, la pédiatrie, l’aide et protection de la jeunesse, l’aide aux

	<p>personnes en situation de handicap, le soutien à la parentalité, l'ONE, la médecine scolaire, les urgences, la médecine de première ligne, etc.</p> <ul style="list-style-type: none"> - La société civile : l'enseignement et la formation, le secteur de la jeunesse, l'accueil de la petite enfance, la prévention en matière de santé, l'emploi, la police/justice, la culture, les sports, les loisirs, etc. - Les usagers, les associations de proches et d'usagers <p>La coordination de réseau et les pédopsychiatres de réseau</p>
Mandat	2 ans renouvelable
Prise de décision	Les décisions, les choix se prendront par consensus. Vote 2/3 si pas de consensus
Conflits	Les conflits internes seront gérés par le GOS, sans jugement. En cas d'impasse, le groupe fera appel à une tierce personne pour arbitrer.
Evaluation Formative	Le GOS rédigera une grille d'évaluation afin de veiller à l'accomplissement et à l'évaluation des objectifs poursuivis au sein du réseau en lien avec les programmes de la nouvelle politique et fera proposition au Comité de Réseau pour validation.
Articulations entre le Comité de réseau et le GOS	3 représentants de chacune des sphères sont également au Comité de réseau et ont pour mission de référer auprès du Comité de réseau les points d'attention traités au GOS. Et ce, dans le but d'améliorer la communication transversale.
Liste des participants	Dans le courant du 1 ^{er} trimestre de chaque année, la liste des permanents et suppléants est annexée à la présente charte. Le cas échéant, la liste est modifiée en cours d'année si des changements sont opérés. Cette liste est accessible auprès de la coordination de réseau sur simple demande.
Mise à jour	19 février 2020

Liste des participants

0. CI PRÉVENTION UNIVERSELLE & PROMOTION DE LA SANTÉ

HeLMo, I. Colin, suppléante Marjorie Nibona, CFEL	Société Civile
SSM, Alfa, Florence Renard, suppléant Chr. Figiel	Soins en santé mentale spécialisés

1. CI Détection et intervention précoce

SAP, X. Da Via, suppléante Catherine Massart (ONE) aide.precoce@aigs.be	Aide aux personnes, Action sociale & Soins de santé
CHC, V. Baro, suppléant	Soins en santé mentale spécialisés

2. CI Consultation & liaison intersectorielle

APALEM, seconde peau, B. Fohn, nom du suppléant(e) à recevoir	Aide aux personnes, Action sociale & Soins de santé
CPMS, ville de Liège C. Djian, suppléante Tressy Scanda, CPMS Visé Dir.cpmscf.vise@sec.cfwb.be	Société Civile

3. CI Offre de base de soins en Santé Mentale pour E&A dans un cadre ambulatoire, semi-résidentiel et résidentiel

CPMS, Mme Willems , nom du suppléant à recevoir	Société Civile
CARDA, M. Aziz Benkhelifa, suppléante, Sandrine Ubags	Soins en santé mentale spécialisés

4. CI Soins en santé mentale d'outreaching pour les enfants et adolescents par l'organisation de soins de crise, l'aide assertive mobile et la coordination des soins

SAJ Verviers, A. Gérard, suppléante, Christine Demortier SAJ Huy	Aide aux personnes, Action sociale & Soins de santé
Corinne Catale, suppléante Audrey Boclinville (agents de liaison REALISM)	Soins en santé mentale spécialisés

5. CI Soutien à l'intégration et à l'inclusion axé sur le rétablissement

Together, E. Liagre, suppléant J-M. Bienkowski	association d'usagers
Aviq branche Handicap, P. Vos (suppléant(e) à déterminer)	Aide aux personnes, Action sociale & Soins de santé

6. Commission d'appui et de concertation (Groupe de Travail pédopsychiatrique, de la Plate-Forme Psychiatrique Liégeoise)

CAC/GTP	
Ferme du Soleil, M. Grandry, suppléant Dr Thomas (AIGS)	Soins en santé mentale spécialisés
SVAG, Florence Chammas, Géraldine Litran, PFPL	Aide aux personnes, Action sociale & Soins de santé

2018-2019 : Représentants au sein du Comité de Réseau (CR) (articulation GOS/CR): M. Grandry, Mme Willems, M. Vos

ANNEXE 4 : MOBILEA LOGIGRAMME

Carte mentale Aperçu

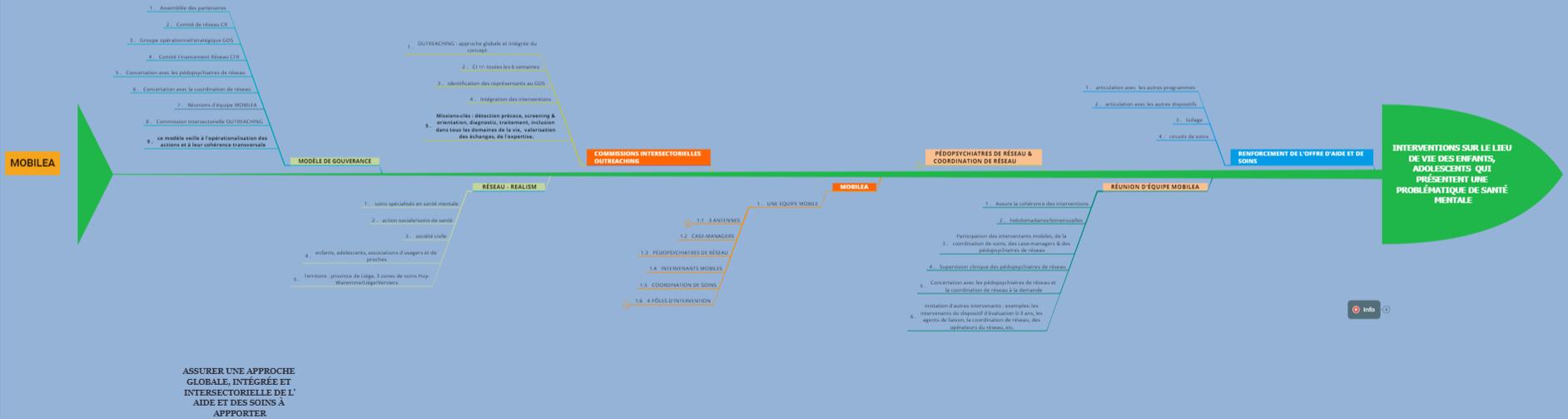
Sujet Sous-sujet Relation Résumé Limite Note Insérer

ZEN Partager

Icone Format



Documents de référence - Programmes de soins de crise, de soins de longue durée et double diagnostic validés en CRT et par le SPF. Profils de fonction des intervenants de MOBILEA. convention de réseau. convention bilatérale entre partenaire employeur et hospital receveur. PV des conférences réunions (CR, CFR, CI, etc.), Convention B4



ANNEXE 5 : BESOINS MOBILEA

Estimation budgétaire des besoins prioritaires realism 20-12-2019				quantité	prix	totaux	
MATÉRIEL							
maquettes de jeux/tapis de jeux/ tapis psychomot : matériel sportif/musical/artistique, ballon à modeler Qualatex, livres, livret pour les familles, testhotèque, bibliothèque				5	500	2500	
antenne de Huy-Waremme						0	
Antenne de Verviers						0	
Antenne de Liège						0	
pôle médico-légal						0	
pôle périnatalité						0	
pôle DD				1	700	700	
N.B. la répartition 5*500 et 1*700 est théorique mais permettra un ajustement en fonction des besoins spécifiques qui seront détaillés par la suite.						0	
Smartphones						0	
antenne de liège				4	100	400	
pôle médico-légal				4	100	400	
coordination de soins				2	100	200	
case-managers				2	100	200	
antenne Verviers				7	100	700	
pôle DD				2	100	200	
						0	
PC						0	
antenne de Liège				4	800	3200	
pôle DD				2	800	1600	
pôle médico-légal				1	800	800	
pôle périnatalité				1	800	800	
antenne de Verviers				1	800	800	
coordination de soins pc de bureau				1	1200	1200	
case-manager				1	800	800	
						0	
vélos électriques				2	2000	4000	
équipement vélo				2	250	500	
						0	19000
SUPERVISION						0	
						0	
antenne de Huy				10	200	2000	
pôle DD				10	250	2500	
case-managers				10	200	2000	
antenne de Liège				10	200	2000	
pôle médicolégal				10	200	2000	
antenne Verviers				10	200	2000	
100€/heure (il s'agit d'une moyenne, le nombre d'heures et la budgétisation permettra une répartition équitable entre antennes, pôles en fonction des besoins et du nombre de participants)							
Total du budget pour les besoins prioritaires						31500	
Les soldes éventuels pourront servir aux autres besoins qui ont été mentionnés dans l'onglet précédent.							
Cette estimation permet de libérer les budgets nécessaires, d'une part pour les besoins en matériel prioritaires pour le bon fonctionnement de Mobilea. En ce qui concerne les besoins en formations, supervisions, il s'agit d'une estimation qui doit être affinée, l'idée étant ici de pouvoir disposer d'un budget minimum à répartir de manière équitable et globale. Les budgets ne pourront être libérés que si l'ensemble des besoins sont couverts, au moins dans un premier temps et que la répartition a fait l'objet d'un accord au sein de Mobilea pour que les besoins individuels et/ou collectifs.							
en ce qui concerne les besoins en formations : assuétudes (la demande a été envoyée au SPF afin de disposer d'un budget spécifique, les formations ADBB, VIPP sont déjà financées par le PCL. Les autres demandes de formation pourraient être financées, moyennant des informations plus précises quant au nombre d'intervenants souhaitant suivre ces formations et le coût de celles-ci.							

ANNEXE 6 : Plan d'actions 2 agents de liaison

1

Plan d'actions 2017-2018

Agents de liaison
Corinne Catale
Enfants et adolescents souffrant d'assuétudes,
de décrochage scolaire et troubles du
comportement dont TDA/H
Stéphanie Halin
Pérennité et 0-3 ans

CRT 22-11-2017

4

Constats

Troubles du comportement dont TDA/H

- ❖ Manque de professionnels qui pratiquent de l'intervention ciblée auprès des parents d'enfants avec troubles comportementaux et le coût significatif des prestations pour les familles (développement des habiletés parentales)
- ❖ Les professionnels ne connaissent pas l'ensemble des acteurs du réseau (il n'existe pas de groupes de réflexion/d'échanges sur les problématiques comportementales chez l'enfant)
- ❖ L'augmentation des problématiques comportementales au sein des différentes institutions

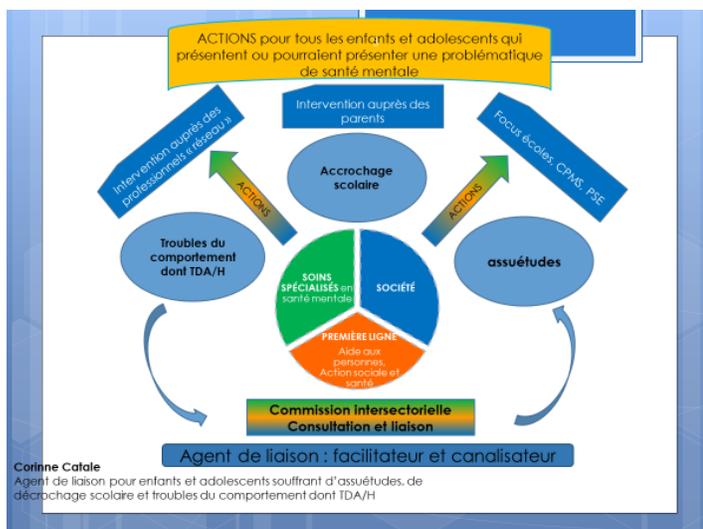
2

Corinne Catale
Agent de liaison pour
enfants et adolescents
souffrant d'assuétudes,
de décrochage
scolaire et troubles du
comportement dont
TDA/H

5

3 sous-thématiques

1. Intervention auprès des parents
2. Le réseau de professionnels
3. La violence en milieu scolaire/empathie et régulation des comportements



6

ACTIONS 1

Intervention auprès des parents

- Formations
- Groupes d'échange et de réflexion sur le développement des habiletés parentales
- Diffusion d'outils pour le réseau

ACTIONS 2

Le réseau de professionnels

- Cartographie du réseau TDA/H
- Matinées-réseau : troubles du comportement
- Bibliothèque partagée
- Groupe d'intervision clinique

ACTIONS 2 : RÉSEAU DE PROFESSIONNELS

Troubles du comportement dont TDA/H 2017-2018

- Construction d'un répertoire (site REALISM, site national TDA/H)
- Matinées-réseau (tous les 3 mois, 1^{ère} le 30 janvier 2018)
- Bibliothèque partagée (TDA/H et troubles du comportement) mise en ligne sur le site REALISM à partir de janvier 2018
- Mise en place de groupes d'intervisions cliniques entre professionnels de différents secteurs (lien MG, ...et soins spécialisés) mise en place : septembre 2018

ACTIONS 3

La violence en milieu scolaire/empathie et régulation des comportements

- Diffusion d'outils
- Projet d'intervention dans les classes de maternelle
- Sensibilisation des enseignants (fonctions cognitives et gestion des émotions)
- Harcèlement scolaire (dont cyber harcèlement)

ACTIONS 3 : La violence en milieu scolaire/empathie et régulation des comportements

2017 - 2018

- Recensement et diffusion des outils : en continu
- Impulsion d'un projet concret d'intervention dans les classes maternelles en collaboration avec les acteurs de l'enseignement : réalisation du projet septembre 2018
- Sensibilisation des enseignants dans le rôle central qu'ils peuvent jouer dans le développement des fonctions cognitives et dans la gestion des émotions : réalisation du projet octobre 2018
- Harcèlement scolaire: réalisation du projet décembre 2018 pour 2019

ACTIONS 1 : Intervention auprès des parents

Troubles du comportement dont TDA/H 2017-2018

- Formation Line Massé psychoéducation 26-06-2017
- ⇒ Mise en place de groupes d'échanges et de réflexions intersectoriels (développement des habiletés parentales)
- ⇒ 2018 : tous les 3 mois à partir de février 2018
- Recensement des outils/méthodologies d'intervention : en continu 2017-2018

Décrochage scolaire

Travail en réseau

- Participation aux plateformes ENS/AJ des 3 zones de soins
- Soutien dans l'organisation de journées d'échange intersectorielles (cellules de concertation intersectorielle dans les écoles)
- Co-construction de brochures sur le décrochage scolaire (à destination des MG, de l'utilisateur, du monde scolaire, du jeune) (finalisation de la brochure avril-août 2018, finalisation d'une grille détection/prévention monde scolaire/PSE)
- **FOCUS** : jeunes avec problématiques multiples en décrochage scolaire
- Rencontre des professionnels (Forem, CPAS, etc.) analyse des besoins, état des lieux des ressources existantes 2018
- **FOCUS** : trouble des apprentissages et intervention en milieu scolaire (prévention du décrochage)
- Recensement des outils et des groupes de travail existants (2017 réalisation d'un manuel pour CPMS, 2018 : diffusion)
- Participation à un groupe de travail sur les aménagements scolaires (boîte à outils pour professionnels) réalisation septembre 2018
- Sensibilisation des professionnels à l'importance d'une intervention précoce. À partir de juillet 2018
- **FOCUS** : pertes d'informations dans les circuits de soins
- Rencontre avec les différents professionnels (wraparound, PSI, etc.)

ASSUETUDES 2017-2018

La consommation chez le jeune

- Problématique de la poly-consommation : rencontre avec les différents professionnels, analyse des besoins 2017-2018

Le réseau

- Diffusion des informations, participation au groupe J & Co, participation au point d'appui assuétudes, recensement des outils prévention en matière d'assuétudes en milieu scolaire.
- Cyberdépendance : recensement des différentes brochures, campagnes 2017-2018, diffusion 2018

Constats

- Diagnostic chez l'enfant souvent tardif. Or si intervention précoce, les bénéfices pour l'enfant seront plus importants.
- Services de maternité démunis face à la consommation maternelle de substances psychoactives pendant la grossesse.
- Inégalité d'accès aux soins au sein d'un même hôpital & entre hôpitaux
- Séjours raccourcis en maternité: répercussions sur la santé mentale maternelle et du lien mère-bébé
- L'offre de soin prénatale est limitée. Réseau de soins après la naissance.

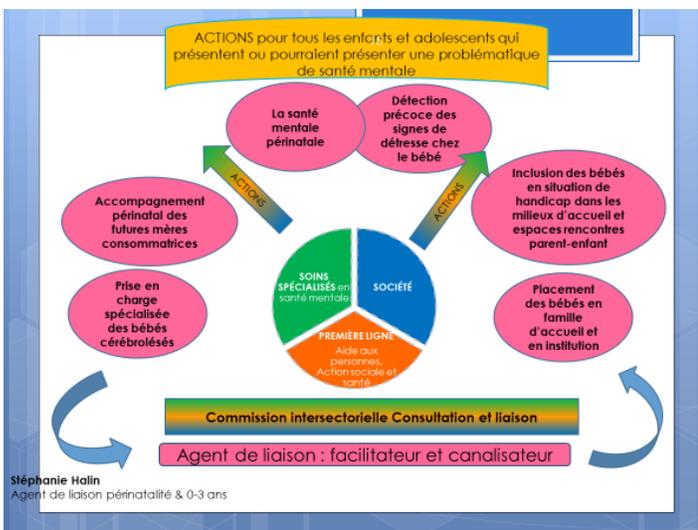
Stéphanie Halin
Agent de
liaison
périnatalité &
0-3 ans

6 sous-thématiques

- La détection précoce des signes de détresse chez le bébé
- L'accompagnement périnatal des futures mères consommatrices
- L'inclusion des bébés en situation de handicap dans les milieux d'accueil et espaces-rencontres parent-enfant
- La santé mentale périnatale
- Placement des bébés en famille d'accueil et en institution
- Prise en charge spécialisée des bébés cérébrolésés

1. La détection précoce des signes de détresse chez le bébé Actions 2017-2018

- Formation ADBB 2017-2018
- Suite à la formation : création d'un groupe d'intervision ADBB
- Expression somatique des troubles psychiques et relationnels chez le nourrisson (pédiatrie/SM périnatalité)
- Expression comportementale des troubles relationnels entre 18 mois & 3 ans



2. L'accompagnement périnatal des futures mères consommatrices

Actions 2017-2018

- Rencontre des maternités, SF et ONE : recensement, identification des besoins, etc.
- Soutien dans l'organisation d'un groupe d'intervision « grossesse et consommation » à destination des maternités

5. Placement des bébés en famille d'accueil et en institution

Actions 2017-2018

- Recensement des besoins des services de placement familial et des pouponnières
- Mise en lien des groupes d'intervision /SAJ/SPF/pouponnières : signalement/placement

3. L'inclusion des bébés en situation de handicap dans les milieux d'accueil et espaces-rencontres parent-enfant

Actions 2017-2018

- Rencontre des professionnels : AIMA, PICSAP, milieux d'accueil, etc. Identification des besoins/actions

6. Prise en charge spécialisée des bébés cérébrolésés

Actions 2017-2018

- Recensement des besoins des services spécialisés et articulation avec le réseau périnatal. Identification des trajets de soin et les besoins des professionnels, développement d'actions pour répondre aux besoins.

4. La santé mentale périnatale

Actions 2017-2018

- Soutien ponctuel au développement d'un groupe de parole pour parents d'enfants âgés de 0-1 ans. Objectif : prévention de la dépression du post-partum et orientation
- Soutien au développement de groupes de parole à destination de jeunes parents
- Intervention colloques (ex : SF 2017)
- Recensement des ressources existantes
- Participation aux interventions cliniques. Objectifs : identification des besoins et des trajets de soin, soutien dans la réflexion sur les pistes d'orientation

ANNEXE 7 : Rendez-vous en terres (in)connues



Quand les secteurs enfant et adulte se rencontrent...



Suite du projet

- Verviers: prochaine journée le 23/04/2019 (à confirmer). Dernière journée de présentations avant poursuite sur des thèmes plus précis.
- Huy: redéfinition du GT (sans la CCAEVM) et des objectifs (1 ou 2 journée/an) le 14/02
- Liège: GT en attente de réponse du CR avant reprise éventuelle

Historique du projet

1. 12/09/2017: CICLI sur la thématique: « Parentalité et Santé mentale: lorsque les difficultés du parent présentent un risque pour le développement de leur enfant. Un enjeu de santé publique. »
2. 11/2017: Constitution du GT « parentalité et SM »
3. 06/2018: définition du projet articulé en 3 zones avec constitutions des 3 GT actuels:
 - 2 journées d'échanges par an sur chaque zone: Verviers, Liège et Huy-Waremme
 - 1 journée provinciale par an
4. 7/05/2018: 1^{er} RDV - Verviers: « Le secteur enfant se présente », 101 participants
5. 15/10/2018: 2^{ème} RDV - Verviers: « Le secteur adulte se présente », 88 participants
6. 21/11/2018: 1^{er} RDV - Liège: 57 inscrits + le GT (= 75), journée annulée
7. 25/11/2018: 1^{er} RDV - Huy: 75 participants

Premiers constats

- Verviers: grosse mobilisation du secteur adulte. Un peu plus difficile du côté enfant
- Liège et Huy: grosse mobilisation du secteur enfant. Très difficile de mobiliser le secteur adulte
- 2 mondes jusqu'alors presque « inconnus »: attentes très différentes
 - ➔ nécessité de prendre le temps de la rencontre
- des intervenants en souffrance, besoin de se rencontrer, de « décloisonner » les pratiques...
- projet destiné à l'articulation entre secteurs enfant et adulte: « utilisé » pour travailler toutes les articulations!
- offre de prise en charge insuffisante et inégale entre les régions: sentiment global de devoir faire du « bricolage »

Les enjeux les plus visibles

- des temps d'intervention différents (« temps de l'enfant »/ « temps de l'adulte »)
- des « champs » d'intervention qui se recouvrent mais des objectifs différents
- concertation et secret professionnel
- pour ET avec le bénéficiaire
- transition à l'âge adulte
- évaluation de l'état de danger
- la « non-demande »
- la prise en compte de l'enfant dans la SM adulte
- impliquer les « décideurs » dans les débats: directions, médecins, politiques
- ...

ANNEXE 8 : Présentation des missions agent de liaison

Agent de liaison troubles psychosomatiques, alimentaires et du développement, somatisation, lien santé mentale/pédiatrie

Audrey BOCLINVILLE
Réseau Enfants Adolescents Province de Liège Santé Mentale (REALISM)
audrey.boclinville@chc.be – 0492/25.11.86

REALISM – Pour qui? Pour quoi?

- Nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents (2014)
- Née de trois grands constats (enquête réseaux et circuits de soins 2011-2012) :
 - offre insuffisante par rapport aux besoins,
 - soins de santé mentale enfants ados non intégrés,
 - trop peu de prise en compte des déterminants de la santé et du contexte socio économique du patient.Vision nouvelle : « approche globale et intégrée de toutes les composantes de soin »
- Enfants 0-18 ans (18-23 ans) + entourage + société + aide personnes action sociale et soins de santé + soins spécialisés en santé mentale.

Qu'est-ce que REALISM?

- Réseau Enfants et Adolescents Province de Liège Santé Mentale
- Deux coordinatrices de réseau :
 - Christine Wattiez - 0498/51.99.96 - info@realism0-18.be
 - Caroline Geuzaine 0499/91.75.11.
- Trois pédopsychiatres de réseau :
 - « crise » : Dr Lermينياux
 - « médicolégale » : Dr Wégimont
 - « longue durée » : Dr Bezzan

Qu'est-ce que REALISM?

- Une coordination des soins pour les équipes mobiles : Christelle Nihoul & Caroline Frischen – 0499/51.41.28. -
- Trois antennes régionales équipes mobiles et sept équipes :
 - LIEGE (crise, longue durée médico légale et évaluation 0-3 ans)
 - VERVIERS (crise et longue durée)
 - HUY-WAREMME (crise et longue durée)

Qu'est-ce que REALISM?

- Six « agents de liaison » :
 - Périnatalité 0-3 ans – Stéphanie Halin 0496/56.52.54. s.halin@aigs.be;
 - Troubles de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H), assuétudes, décrochage scolaire – Corinne Catale 0493/40.05.22. c.catale@aigs.be;
 - Troubles psychosomatiques, alimentaires et développement, somatisation, lien santé mentale/pédiatrie – Audrey Boclinville 0492/25.11.86. audrey.boclinville@chc.be;
 - Enfants de parents avec assuétudes et/ou troubles psychiques, maltraitance, trauma – Céline Hansen celine.hansen@falex.be
 - Psychose, troubles envahissement du développement, doubles diagnostic –
 - Adolescents judiciairisés -

Les missions de l'agent de liaison

- Recenser l'offre de soins en Province de Liège en fonction du public cible;
- Lister les différents services clés existant en termes de fonctionnement, ressources et besoins;
- Etre vecteur de communication et de liens intersectoriels au sein du réseau;
- Assurer la liaison intersectorielle entre les services et valoriser l'expertise et les ressources disponibles dans le réseau;
- Mettre en place des projets, des actions de réflexion, de sensibilisation et d'information;

Mes missions en fonction de mes publics cibles

- 1. Délimiter mes publics cibles
- Troubles psychosomatiques/somatization**
 - Facteurs psychologiques déclenchant, aggravant ou expliquant la persistance d'un trouble somatique. Le point commun de ces troubles est la douleur, une grande détresse et d'importantes difficultés à fonctionner dans la vie quotidienne.
 - DSM V « troubles de symptômes somatiques et troubles connexes » [DSM IV « troubles somatoformes »]:
 - le trouble de symptôme somatique;
 - le trouble d'anxiété liée à la maladie;
 - le trouble de symptôme neurologique fonctionnel (qui remplace le trouble de conversion);
 - les facteurs psychologiques affectant d'autres conditions médicales;
 - le trouble factice;
 - d'autres symptômes somatiques et troubles connexes spécifiques;
 - d'autres symptômes somatiques et troubles connexes non spécifiques;
- Le critère défini pour les établir est la persistance de symptômes tels que douleurs corporelles, maux de têtes, vertiges, troubles digestifs, fatigues, affections dermatologiques, etc., sans que l'on puisse les expliquer par une maladie organique, une maladie mentale ou les effets secondaires d'un médicament. Les psychiatres du DSM V proposent un autre critère : l'impact des symptômes somatiques sur les pensées, les sentiments et les actions de la personne.
- Ex : « pain » trouble psychosomatique (en maux de ventre), « crise psychosomatique » (ex : tentative de suicide suite à du harcèlement), aggravation d'un trouble somatique mal vécu psychologiquement (ex : dépression suite à l'annonce d'un diabète)...
- Hôpitaux généraux (services de pédiatrie générale, gastroentérologie, allergologie, diabétologie, clinique de la douleur...), pédiatres privés (associations, groupes...), médecins (cabinets médicaux, associations, groupes...), service GME, centres psychiatriques, écoles, centres de promotion de la santé, services de santé mentale...

Mes missions en fonction de mes publics cibles

- Troubles alimentaires**
 - Troubles liés à l'alimentation.
 - Les Troubles des conduites alimentaires se caractérisent par des perturbations graves du comportement alimentaire.
- L'anorexie mentale (Anorexia nervosa)** se caractérise par le refus de maintenir le poids corporel à une valeur minimum normale.
- La Boulimie (Bulimia nervosa)** se caractérise par des épisodes répétés de crises de boulimie (en anglais, "binge eating"), suivies de comportements compensatoires inappropriés tels que : vomissements provoqués, emploi abusif de laxatifs, diurétiques ou autres médicaments ; jeûne ; exercice physique excessif.
- Une altération de la perception de la forme et du poids corporel est une caractéristique essentielle à la fois de l'Anorexie mentale et de la Boulimie.
- Une autre catégorie, intitulée **Troubles des conduites alimentaires non spécifiques**, est également proposée pour coder les troubles qui ne répondent pas aux critères d'un Trouble des conduites alimentaires spécifiques.
- L'obésité simple** est incluse dans la Classification Internationale des Maladies (CIM) en tant qu'affection médicale générale, mais elle ne figure pas dans le DSM-IV car il n'a jamais été établi qu'un syndrome psychologique ou comportemental particulier lui soit régulièrement associé. Néanmoins, lorsqu'il s'agit que des facteurs psychologiques sont déterminants dans l'étiologie ou l'évolution d'un cas particulier d'obésité, on peut l'indiquer en notant la présence de **Facteurs psychologiques** influençant une affection médicale.
- Les « Troubles de l'alimentation de la première ou de la deuxième enfance »** (c.-à-d. **Pic, Méryzisme et Trouble de l'alimentation de la première ou de la deuxième enfance**) sont inclus, dans le chapitre des **Troubles habituellement diagnostiqués lors de la première enfance, deuxième enfance ou l'adolescence**.
- Ex : difficulté alimentaire développementale, conduites alimentaires à risque « régimes, malnutrition... », allergies alimentaires, troubles du comportement alimentaire (anorexie mentale, boulimie, hyperphagie).
- Hôpitaux généraux (services de pédiatrie générale, gastroentérologie, clinique de l'obésité), centre de promotion de la santé à l'école, associations de patients.

Mes missions en fonction de mes publics cibles

• Troubles du développement

- « Les troubles de développement prennent leur origine dans la période prénatale, périnatale, ou le début de l'enfance et sont généralement l'expression d'un dysfonctionnement cérébral. Les troubles du développement renvoient à un groupe de troubles hétérogènes et chroniques qui ont pour caractéristique de présenter des perturbations dans l'acquisition ou l'expression d'habiletés développementales. Ces habiletés développementales comprennent : la motricité fine et globale, le langage, les habiletés personnelles et sociales, la cognition et les activités de la vie quotidienne. » (Wikipédia)
- Cad : Retard développemental (langage, psychomotricité, motricité, sphère affective...), troubles spécifiques de l'apprentissage (dyslexie, dyscalculie, dysorthographe...), Troubles d'Acquisition de la Coordination (dyspraxie développementale) paralysie cérébrale, troubles du spectre autistique, handicap mental et physique...
- Hôpitaux généraux (services de pédiatrie générale, neuropédiatres, services spécialisés), (neuro)pédiatres privés (associations, groupes...), médecins traitants (maisons médicales, associations, groupes...), centres de réadaptation ambulatoire, services de santé mentale, AViQ et services associés, aide à la jeunesse, services ONE, services aide précoce, centres psycho-médico-sociaux, centres de promotion de la santé à l'école, écoles, centres « dys »...

Analyse des premières rencontres : difficultés et besoins

• 4. Les difficultés et besoins énoncés

• Problématiques globales

- Demande une brochure reprenant toutes les infos au sujet de REALISM (coordination, équipes mobiles, pédopsychiatres de liaison, agents de liaison et contacts) (1 pédiatre).
- Au niveau de la santé, des initiatives sont mises en place sous forme d'outils didactiques à l'usage des professionnels et des familles (brochures, vidéos etc.) mais cela est peu consulté, utilisé et intégré. Questionnement : quelles types d'actions donnent les meilleures chances de changement structureux? (1cpse)
- Formation et/ou supervision des professionnels (médecins, paramédicaux, scolaires) quant au travail avec les patients-parents qui ne souhaitent pas d'aide, même lorsque l'enfant est en difficulté (1 mm, 1 amo, 1 cpse, 1cpms).
- Travailler à une meilleure communication entre professionnels > quid du langage et des stratégies de communication en équipe? (1 amo, 1clps, 1mps).
- Lors d'une hospitalisation en pédiatrie, difficulté présente dans l'équipe lorsque l'enfant n'est pas entouré de ses parents > manque de personnel au niveau prises en charge éducatives (1 infirmière pédiatrie). Pratique : appel au service de la croix rouge.

Analyse des premières rencontres : difficultés et besoins

- Difficulté des infirmières de pédiatrie quant à la place à prendre face à un enfant/des parents en difficulté. Nécessité d'une formation sur les représentations et préjugés des professionnels face à des familles carencées socialement.
- Après une hospitalisation en pédiatrie, le personnel psychosocial aimerait savoir si les suivis préconisés ont été mis en place. Mais pas de contact dans l'après-coup. Quid du suivi de l'enfant? Quelle conduite à tenir tout en respectant le rôle de chacun? (1 service psychosocial pédiatrie)
- Demande concertation Centre Promotion de la Santé/Santé mentale quant à l'adaptation et à l'utilisation de certains outils EVRAS utilisés avec des jeunes lors de leur séjour en psychiatrie (1 référente EVRAS CLPS).

Analyse des premières rencontres : difficultés et besoins

• Troubles psychosomatiques/somatisation

- Formations des professionnels les plus demandées et suivies : suicide (+++) et harcèlement (= effet de mode?) » (1mps, 1cpms, 1 service pédiatrie).

• Troubles alimentaires

- Enfants allergiques trop souvent exclus de certaines activités sociales > mal être. Continuer à informer les médecins, les écoles, les parents concernant la prise en charge médicosychosociale des allergies alimentaires encore trop peu connue (1 médecin spécialisé). Les informer permet à l'enfant de mieux vivre en société.
- Réflexion : « Les troubles du comportement alimentaire : prise en charge pédiatrique ou pédopsychiatrique? » (1mps)
- Concertation interservices : « quid de la liaison et de l'information dans le dossier informatisé des patients? » (1mps)
- Lors d'une hospitalisation en pédiatrie, difficulté de prise en charge car prise en charge spécifique au niveau psychologique, mais aussi par rapport à l'attention à donner au moment des repas (1 mps, 1 pédiatre spécialisé).
- Manque de services médicosychosociaux spécialisés dans la prise en charge spécifiques et spécialisées des troubles du comportement alimentaires en hébergement en Province de Liège (1 pédiatre spécialisé).
- Résistance des équipes infirmières quant aux problématiques des troubles du comportement alimentaires. Pourquoi?? (1 pédiatre spécialisé)

Analyse des premières rencontres : difficultés et besoins

• Troubles du développement

- Impression que les médecins traitants ne sont pas intéressés par le travail de rééducation en cours, pas de retour des rapports envoyés (CRA).
- Nécessité de formation des professionnels par rapport à l'évaluation des troubles du développement chez les 0-3 ans et sur la nécessité des prises en charge à mettre en place (familie/services spécialisés).

Pistes de travail

• 5. Pistes de travail

- Poursuivre les rencontres avec mes publics cibles;
- Répertoire des ressources, difficultés et besoins par catégories;
- Créer un groupe de travail intersectoriel pour chaque problématique;
- Créer des projets plus ciblés en fonction des besoins mis en évidence.

ANNEXE 9 : Diagnostic social

Participation des agents de liaison au Diagnostic Social, en tant que représentants de la plateforme de concertation en santé mentale, aux Conseils de prévention des arrondissements de Verviers, Liège et Huy.

07-05-2020

1. Quelles sont les problématiques auxquelles vous êtes confrontés régulièrement ? Et comment l'expliquez-vous (hypothèse(s)) ?

Dans le cadre du Programme de consultation et liaison intersectorielle, nos missions se déclinent en thématiques. Pour chacune d'elles, nous allons développer les constats et problématiques auxquels les partenaires/intervenants de différentes institutions peuvent être confrontés et nous ont relayés. Nous relevons également auprès des parents les difficultés auxquelles ils sont confrontés afin de mener des actions de formation, de sensibilisation, de psychoéducation au plus près de leurs besoins. Les constats qui sont présentés ci-dessous s'inscrivent dans un plan d'action triennal 2019-2021, la concrétisation des actions qui en découlent fait l'objet d'une concertation et d'une coordination entre les différents partenaires du réseau pour pouvoir réaliser celles-ci. Il s'agit donc d'un travail à part entière de solliciter l'implication des parties ayant identifiés des besoins et souhaitant contribuer à une meilleure offre d'aide et de soins.

En ce qui concerne la thématique des enfants de parents souffrant de problèmes psychiques ou d'assuétudes, maltraitance, traumatisme ;

Enfants de parent(s) souffrant de problèmes psychiques ou d'assuétudes :

Avoir un/des parent(s) fragilisé(s) par une problématique de trouble psychique ou d'assuétudes est un facteur de risque pour l'enfant et, du point de vue des intervenants, peut être source de difficultés supplémentaires dans la prise en charge de l'enfant.

De plus la détection de la consommation maternelle de substances psychoactives pendant la grossesse reste insuffisante.

Entre le « circuit d'intervention adulte » et le « circuit d'intervention enfant », nous avons identifié:

- Manque de connaissance mutuelle entre les deux circuits de prise en charge.
- Les 2 secteurs ont des attentes et une urgence très différentes par rapport à ce besoin d'articulation entre eux. Il faut donc jongler avec cette réalité dans la régulation des échanges.
- Les intervenants sont particulièrement démunis face à des parents « non-demandeurs »
- Une meilleure articulation des 2 secteurs n'est possible que si on implique les intervenants de terrain ET les « décideurs » (directions, médecins responsables, etc.)

Les intervenants « enfants » sont parfois démunis par rapport au trouble du parent et, inversement, les intervenants « adultes » sont, par rapport aux enfants en souffrance peu informés quant aux conséquences du trouble psychique du parent sur le développement de l'enfant.

Le soutien à la parentalité et le travail sur le lien parent/enfant sont encore trop peu développées, bien que des initiatives existent mais sont trop peu nombreuses et de façon très inégales géographiquement. Dans les situations d'enfants de parents souffrant de problèmes psychiques ou d'assuétudes, ce travail sur la parentalité est pourtant particulièrement utile et ce, tant avec le parent qui a le trouble qu'avec l'autre parent.

Trop de situations se terminent par le placement de l'enfant ou une rupture des liens parents-enfant en raison des manques évoqués ci-dessus.

Maltraitance

La maltraitance correspond à une définition légale¹ qui recouvre, dans la réalité, et dans le chef des professionnels que nous rencontrons des formes diverses et variées (maltraitance intrafamiliale, institutionnelle, indirecte dans le cas de violences conjugales, aliénation parentale dans le cadre de séparations, ...). La maltraitance se manifeste également de multiples façons ce qui amènent les enfants qui sont touchés à être pris en charge par un panel d'intervenant extrêmement varié. Ces différents professionnels ne sont pas toujours alertés par les mêmes signes de maltraitance et ce qui apparaît comme un danger extrêmement grave et imminent pour l'un ne l'est pas toujours pour l'autre, en particulier quand

l'enfant; une attitude ou un comportement maltraitant peuvent être intentionnels ou non » (décret du 12 mai 2004 relatif à l'aide aux enfants victimes de maltraitance)

¹ « La maltraitance concerne toute situation de violences physiques, de sévices corporels, d'abus sexuels, de violences psychologiques ou de négligences graves qui compromettent le développement physique, psychologique ou affectif de

il s'agit de professionnels intervenant dans des secteurs différents (AJ, santé mentale, enseignement...). Ceci, en plus de la nature même de la problématique, rend les collaborations intersectorielles nécessaires mais aussi quelquefois périlleuses et sources de tensions entre les professionnels. Les intervenants les plus expérimentés soulignent par ailleurs une complexification des problématiques des familles depuis une vingtaine d'années ce qui rend encore plus nécessaire la prise en charge pluri-sectorielle des familles.

Les situations de maltraitance mettent également à mal le système d'intervention dans lequel se rejoue une forme de maltraitance institutionnelle (principalement en raison d'une offre structurelle insuffisante) que les intervenants dénoncent.

Ces situations, particulièrement complexes, ont amenés les pouvoirs publics, ou tout simplement les intervenants concernés, à mettre sur pied différents lieux de concertations destinés à améliorer la prise en charge des familles concernées (CCAEMV, plateformes VIF, commission MGF, ...) mais ces différents lieux de concertations manquent parfois de liens entre eux et/ou ne parviennent pas à concerner l'ensemble des professionnels concernés.

Les conséquences de la maltraitance (notamment sous ses formes les moins visibles) et de la négligence sur le développement et la santé de l'enfant (tout au long de sa vie) sont encore trop peu connues des intervenants non spécialisés et de la population générale, d'où banalisation de certains comportements et non détection (ou détection tardive) des difficultés. Concernant ces formes de maltraitance/négligence, nous notons cependant une véritable envie des professionnels d'investir dans de nouvelles initiatives : par exemple, de nouvelles initiatives de détection précoce et de soutien à la parentalité en période périnatale, des initiatives pour les enfants qui vivent des séparations parentales conflictuelles...

Traumatisme

Il y a différents type de traumatisme et ils n'ont pas encore pu être tous investigués en profondeur dans le cadre du programme CLI. Quelques constats :

- En ce qui concerne la prise en charge des traumatismes avec un public migrant, une difficulté majeure est de trouver des thérapeutes qui, soit parlent la langue du jeune, soit travaillent avec des interprètes. Par ailleurs, beaucoup

d'intervenants nous rapportent se sentir mal outillés pour intervenir auprès de personnes d'origines culturelles différentes de la leur.

- Le traumatisme du parent peut avoir des répercussions importantes sur l'enfant.
- L'arrivée d'un enfant en situation d'exil est particulièrement difficile.
- La situation des MENA est particulièrement complexe : la procédure de demande d'asile est longue et éprouvante émotionnellement, les centres de la Croix-Rouge ouvrent et ferment en fonction des variations des flux migratoires, la scolarité obligatoire pour ces jeunes pose question aux intervenants qui les encadrent...
- Il serait utile de sensibiliser davantage de professionnels de première ligne à la question du traumatisme (identification des signes, prise en charge, répercussion sur la vie quotidienne, ...) ainsi que former plus de psychologues susceptibles d'intervenir en post-immédiat (PMS, urgences...) à la gestion d'un événement traumatique que ce soit en individuel ou en groupe (exemple : intervention dans une classe après le suicide d'un élève).

En ce qui concerne la thématique des enfants, adolescents souffrant de problématiques complexes, troubles de l'attachement, autisme, psychose et double diagnostic ;

Les professionnels relaient que les jeunes souffrant de troubles de l'attachement ou d'attachement désorganisé, une fois sortis du circuit d'aide et de soins enfants-ados retournent généralement en famille puis, qu'une partie non négligeable d'entre eux, rompent les liens avec celle-ci et se retrouvent dans une situation de précarité importante, pouvant même déboucher au sans-abrisme.

Outre le manque de structures d'hébergement, les jeunes présentant un trouble de l'attachement présentent souvent des difficultés relationnelles et comportementales importantes qui peuvent mettre en grande difficulté les équipes et le groupe au sein duquel le jeune évolue et ce, jusqu'à mener à son éventuel renvoi de l'institution.

Il y a un nombre croissant d'enfants et ados présentant des déficits des comportements adaptatifs à gérer pour les équipes (agressivité, violence, « crises » avec mise en danger de soi ou d'autrui, ...) et ce, aussi bien au sein des services de jour, d'hébergements que les écoles.

Des enfants, parfois âgés jusqu'à 7-8 ans, sont toujours pris en charge par une pouponnière parce qu'ils sont en attente de pouvoir être pris en charge par un service/institution plus adapté aux besoins de leur âge.

Des enfants sont hospitalisés de longue durée dans les services de pédiatrie car en attente d'une place au sein d'une institution

En ce qui concerne la détection d'un TSA le temps d'attente pour qu'un diagnostic soit posé et/ou un accompagnement mis en place, est variable selon les services et les situations mais peut parfois être long. Par rapport à la problématique d'éventuels **longs délais d'attente avant un diagnostic ou une prise en charge**, certains professionnels voient une plus-value dans le travail en réseau dans le sens où une demande pourrait ainsi s'adresser au réseau comme « porte d'entrée » plutôt qu'à une seule institution, qui elle, n'est pas forcément en mesure de répondre rapidement à certaines demandes. Ceci, dans le but de favoriser la mise en place de relais entre le moment où le diagnostic est établi et le début des premiers soins.

Les parents se disent fréquemment démunis face aux difficultés relationnelles de ces jeunes, de même que les professionnels, dans leur travail de soutien et d'accompagnement des jeunes et leurs familles.

Difficulté croissante à trouver des familles d'accueil et à maintenir l'accueil, difficulté accrue si le jeune souffre d'une déficience mentale.

- ⇒ Développer ou soutenir les habiletés parentales
- ⇒ Soutenir les parents avant pendant et après l'annonce d'un diagnostic
- ⇒ Faciliter l'implémentation d'aménagements raisonnables dans l'enseignement ordinaire, spécialisé et les centres d'accueil de jour

En ce qui concerne TDA/H, les Assuétudes et le Décrochage scolaire

- Le manque de professionnels qui pratiquent de l'intervention ciblée auprès des parents d'enfants avec troubles comportementaux (développement des habiletés parentales) et le coût significatif de ce type de prestation pour les familles.
- Les professionnels ne connaissent pas l'ensemble des acteurs du réseau. On observe également qu'il n'existe pas de groupe de réflexion, d'échanges et/ou d'intervision sur les problématiques comportementales chez l'enfant.

- Coût significatif des prestations, peu d'accessibilité pour les familles précarisées
- Manque de connaissance du réseau ou fonctionnement en micro-réseau (« *on travaille avec les mêmes professionnels sans connaître les autres alternatives* »).
- Absence de réseau, d'intervision et de partage de pratique (intersectorielle) de professionnels autour de la problématique du TDA/H et des troubles du comportement.

Le décrochage scolaire :

- L'augmentation des problématiques comportementales (agressivité, violence, ...) au sein des différentes institutions (et notamment dès l'école maternelle).
- Améliorer le travail en réseau (visibilité/décloisonner) en favorisant la concertation/coordination des services des différents secteurs autour du et pour le jeune en décrochage.
- Prévenir et intervenir au niveau du décrochage scolaire par l'information des professionnels sur les ressources existantes dans le réseau et améliorer la communication entre les partenaires des différents secteurs (ex : enseignement-famille-médecin généraliste, ...).
- L'inadéquation des structures scolaires pour certaines jeunes avec difficultés multiples.
- Détection précoce des troubles de l'apprentissage et intervention en milieu scolaire.
- Perte d'information dans les circuits d'aide et de soins.

Les troubles du comportement et violence en milieu scolaire (prévention et intervention)

- Intervenir et prévenir la violence en milieu scolaire.
- Augmentation des comportements problématiques dès les classes de maternelle => comment les gérer en groupe classe avec des enseignants souvent démunis face à cette problématique.
- Cyber harcèlement : nouvelle forme de harcèlement /anonymisation/diminution de l'empathie/ public de plus en plus jeune (peu de plaintes des victimes vers les écoles/familles/ , ...
- Difficultés de trouver des relais pour les adolescents qui présentent des troubles du comportement/ comportement de violence, ... (ex. Huy : pas d'accueil spécialisé dans la prise en charge d'adolescents) et qui sont à la charnière des mondes adolescents-adultes

- (trop vieux pour certains services et trop jeunes pour d'autres).
- Améliorer le travail en réseau (visibilité)/décloisonner/favoriser la concertation/coordination des services des différents secteurs autour du et pour le jeune en décrochage.
 - Prévention et intervention en terme de décrochage scolaire : Mauvaise connaissance du réseau et manque de communication entre les partenaires des différents secteurs (ex : enseignement-famille-médecin généraliste, ...).
 - Problématique des certificats médicaux réguliers qui peuvent masquer une problématique psycho-sociale complexe (problèmes de santé mentale, problème relationnel, assuétude, ...)
 - Prévention du décrochage scolaire dans les écoles en favorisant un regard croisé entre les différents intervenants de première ligne (CPMS, école, intervenants, ...).
 - Les structures scolaires « classiques » ne répondent pas aux besoins de certains jeunes (comment accrocher les jeunes rejetés de l'enseignement à plusieurs reprises et ce, parfois pour une multiplication de « petits faits ») avec problématique lourde à un circuit scolaire? Quelles sont les alternatives?
 - Les objectifs des institutions sont différents (enseignement/aide à la jeunesse)
 - Problématique des NEETS (nécessité de décloisonnement entre les services, difficultés dans la mobilisation des jeunes, sensibilisation aux réseaux existants, ...). Quel fil rouge pour reconnecter le jeune à un circuit scolaire, à une formation, ou un emploi ?
 - Problèmes au niveau du dépistage des troubles du développement (ex: problème de type dys) qui peuvent être à l'origine d'un décrochage scolaire et en particulier pour les jeunes enfants (détection précoce pendant la scolarité en maternelle).
 - Problèmes au niveau des adaptations scolaires/aménagements raisonnables (peu/pas de formation des enseignants sur les dys, représentation des enseignants sur les élèves à besoins spécifiques, ...).
 - Peu de ressources/outils au niveau des SAS quand ils sont confrontés aux difficultés de type « dys » (dans l'individualisation des difficultés, aménagements, etc.).
 - Manque de liaison entre les différents intervenants de première ligne (CPMS, ...) et seconde ligne (médecin spécialisé) avec perte d'informations : comment réfléchir à la communication entre les intervenants ? (cahier/fiche de liaison, ...)/problème de « temporalité » entre les différents acteurs.
 - Pas de fil rouge/personnes-ressources dans la trajectoire d'un enfant en décrochage (pas de fil conducteur dans son suivi) / pas toujours de retour de suivi dans les dossiers (liens dans le suivi enseignement-CPMS et service spécialisés)/problématique du secret professionnel (voir besoins transversaux) et en également pour les transitions scolaires (ex : primaire-> secondaire).
 - Accrochage scolaire pour les MENA (difficultés d'accrocher les MENA à notre système scolaire (rythme, contraintes –devoirs-, langue, ...)
- Les assuétudes :**
- Difficultés à trouver des prises en charges pour le suivi des jeunes avec poly-assuétudes
 - Manque de connaissance entre les réseaux (e.g. réseau enseignement/assuétude, ...)
 - Accès problématique aux écrans (écran-doudou, cyber-dépendance, ...)
 - Problème dans le suivi des dépendances chez les jeunes (particulièrement Verviers, Huy). Exemple : Peu de suivi spécifique Cannabis
 - Poly-assuétude et/ou consommation déjà très lourde ; désinsertion chez des jeunes adolescents -> difficulté de trouver des prises en charge adaptées (hospitalisation, hébergement, ...).
 - Le manque de connaissance dans les autres secteurs des réseaux assuétudes (notamment enseignement, etc.). Clivage entre les services.
 - Système scolaire souvent démunis face aux difficultés de dépendance du jeune
 - Cyberdépendance et complications multiples (ex: isolement, décrochage, alimentation, ...)
 - Problèmes pour les jeunes qui consomment/dealant et qui n'accrochent plus au système scolaire : quelles alternatives ?
- En ce qui concerne la périnatalité et les 0-3 ans :**
- Le diagnostic de difficultés chez l'enfant est souvent tardif, même lorsque des signes précurseurs sont présents précocement. Or, plus l'intervention est

précoce, plus les bénéfiques seront importants pour l'enfant.

Les services de maternité se sentent démunis face à la consommation maternelle de substances psychoactives pendant la grossesse. Des inégalités d'accès aux soins et des différences majeures dans les trajets de soins sont constatées, au sein d'un même hôpital et entre les hôpitaux de la province de Liège. La mise en place d'une prise en charge pour le retour à la maison est souvent difficile. Le manque d'unité conjointe mère-bébé pour le sevrage maternel est criant : lorsqu'une mère souhaite faire un sevrage en post-partum, elle est séparée de son bébé, ce qui est un frein à la prise en charge (par exemple, sur le modèle du service Kangourou de Tremplone).

Certains professionnels de 1ère ligne s'inquiètent du séjour raccourci en maternité et des répercussions sur la santé mentale maternelle et sur le lien mère-bébé. Notamment, le repérage précoce de difficultés chez les jeunes mères pourrait être moins efficace lors des soins à domicile comparativement aux soins intra-hospitaliers. La situation actuelle de pandémie COVID-19 et de confinement renforce l'isolement de certains parents dans cette période sensible du post-partum.

D'une manière générale, l'offre de soin prénatale est limitée et les services de maternité se sentent démunis lorsqu'ils doivent mettre rapidement en place un réseau de soins après la naissance.

En 2016, lorsque Stéphanie Halin, agent de liaison en périnatalité et 0-3 ans, a été engagée, les professionnels interrogés relevaient un manque de formation de la première ligne et des représentations erronées chez de nombreux professionnels (« théorie du déclic »). Actuellement, ce constat se fait moins ressentir : de nombreuses formations s'organisent sur la province de Liège autour de la périnatalité et de la petite enfance.

La diffusion de la responsabilité quant au dépistage chez le jeune enfant (Q: qui détecte quoi, quand et comment ?) entraîne une détection plus tardive, lors de l'entrée à l'école maternelle ou primaire.

Certains nourrissons expriment leurs difficultés par des troubles psychosomatiques ; or, les troubles psychosomatiques sont souvent moins bien identifiés et peuvent être banalisés.

L'accompagnement périnatal des (futures) mères consommatrices :

Les connaissances concernant les répercussions de la consommation maternelle de substances psychoactives évoluent rapidement, notamment en ce qui concerne le cannabis. Les professionnels ne sont pas toujours tenus informés des nouvelles avancées scientifiques, ce qui entraîne un discours différent d'un professionnel à l'autre, et amène de la confusion auprès des parents.

Les équipes de maternités constatent des inégalités dans l'accès aux soins : les mères consommatrices bénéficient moins souvent d'une rééducation du périnée et de séances de préparations à l'accouchement que les mères non-consommatrices.

Les équipes de maternités constatent que les trajets de soins dépendent des ressources internes aux services : quand il y a peu de ressources, le nombre de placement augmente.

Les associations de sage-femme estiment que la formation des sages-femmes est suffisante, mais que l'articulation entre les soignants de première ligne en postnatal est insuffisante (médecin traitant, sage-femme, PEP'S de l'ONE, ...).

Certaines aides qui sont mises en place pour soutenir les parents et leur bébé ont un effet paradoxal. Par exemple, l'hospitalisation en néonatalogie est un temps utilisé pour évaluer le lien ; or, on sait que la néonatalogie fragilise ce lien.

Difficulté d'articulation entre le réseau périnatal et le réseau assuétudes adultes.

La dépression périnatale :

Les professionnels ne sont pas suffisamment sensibilisés et outillés au repérage de la dépression périnatale. Une formation a été organisée par Chantal Robin sur l'Entretien Périnatal Précoce (EPP) afin d'améliorer la prise en charge prénatale des intervenants de première ligne (sages-femmes, PEP'S de l'ONE, équipes spécialisées, ...).

Les parents en souffrance dans la première année de vie de leur bébé ont des difficultés à trouver de l'information sur les ressources existantes.

Placement familial et pouponnières chez les bébés :

La décision de placement ne repose pas sur des critères clairement explicités ; les professionnels ont l'impression que cette décision est personne-dépendant.

Suite au manque de place en pouponnière et en famille d'accueil, certains bébés restent longtemps en néonatalogie ou en pédiatrie, ou dans la famille élargie. Par la suite, le manque de relai après la pouponnière fait que les enfants restent longtemps en pouponnière (parfois jusque 7-8 ans) ou bien retournent dans leur famille d'origine alors que les risques sont toujours présents (ex : abus sexuel, maltraitance) et que l'accompagnement est insuffisant pour assurer la sécurité physique et psychique de l'enfant.

La décision de placement se prend parfois dans la crise, et engendre des ruptures; lorsque c'est possible, elle devrait être pensée en amont et préparée avec les parents.

Certains services de placement familial estiment qu'il est difficile d'évaluer le lien parent-enfant et l'impact des difficultés parentales et/ou environnementales sur l'enfant.

Les familles d'accueil sont accompagnées par les équipes de placement familial. Pour les situations les plus complexes, les familles d'accueil ont besoin d'un accompagnement renforcé, de psychoéducation sur les difficultés de l'enfant (ex : syndrome d'alcoolisation foetal, troubles du comportement, ...), et de davantage de valorisation de l'aide qu'elles apportent aux enfants.

Les services de placement familial dénoncent des "adoptions déguisées" : placement pour des années, sans envisager de retour à domicile (parents absents), mais sans possibilité de mettre en place une adoption.

L'inclusion des bébés en situation de handicap dans les milieux d'accueil et espaces-rencontres parent-enfant :

Les parents n'osent pas demander l'accès à ces structures.

Les milieux d'accueil et les espaces-rencontres ne sont pas toujours adaptés et/ou ne se sentent pas suffisamment compétents et entourés pour gérer cette inclusion. Des services comme AIMA et PICSAP permettent d'accompagner les milieux d'accueils. Ils ne sont pas encore suffisamment connus à ce jour.

L'accompagnement périnatal des couples en maison d'hébergement :

Pas de ressource spécifique pour les bébés et leurs parents dans des maisons d'hébergement « classiques ».

Il existe des "maisons maternelles" mais pas de "maison parentale": les pères se sentent systématiquement exclus de la prise en charge.

Il n'y a qu'une seule maison maternelle en province de Liège, ce qui est largement insuffisant, et cette maison maternelle est dans une situation précaire depuis plusieurs années. Il est important de conserver cette Maison Maternelle et de la pérenniser au niveau des subsides. Sans elle, de nombreux enfants seront placés en institution ou en famille d'accueil faute d'alternative. Or, il y a un manque réel de places dans ces institutions/familles d'accueil ; l'alternative étant le maintien à domicile dans un niveau de risque élevé ou bien le placement en hôpital.

La santé mentale du bébé et les trajets de prises en charge précoces :

Il existe peu de ressources accessibles sur le territoire : peu de services spécialisés acceptent les femmes enceintes et les 0-3 ans, ces services sont souvent engorgés et ne sont pas toujours faciles d'accès.

Certains professionnels rapportent des difficultés à sensibiliser les parents aux difficultés de leur bébé.

Les trajets de prises en charge sont chaotiques, avec de nombreuses ruptures, et sont souvent pensés dans l'urgence.

Il existe peu de ressources intermédiaires entre le suivi gynécologique – SF – ONE classique et une prise en charge spécialisée en santé mentale.

Les séparations parentales conflictuelles :

Beaucoup d'enfants sont otages des conflits parents. Quand les parents sont trop pris dans le conflit, ils perdent de vue l'intérêt de leur enfant.

Les difficultés des tout-petits sont trop souvent banalisées, et des fausses croyances circulent (ex: « il ne se rend compte de rien »).

Dans le cadre des troubles psychosomatiques, alimentaires et du développement et de la somatisation :

Le champ d'action se situe au niveau des services pédiatriques, des opérateurs de la première ligne (aide et soins) et des soins spécialisés en santé mentale.

Le point commun de ces troubles est la douleur, une grande détresse et d'importantes difficultés à fonctionner dans la vie quotidienne. Mais aussi tous les facteurs psychologiques qui vont aggraver l'état de santé et compromettre le bien-être des enfants et adolescents souffrant d'une affection physique. Les troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes.

Les facteurs psychologiques et comportementaux associés à des maladies ou des troubles classés ailleurs.

Ex : TICS, TOC, troubles intestinaux, céphalées, douleurs chroniques, asthme, rectocolite hémorragique...tous les troubles qui peuvent être pris en charge dans les services de pédiatrie.

Le traitement de la boulimie, celle-ci se caractérise par des épisodes répétés de crises de boulimie, suivies de comportements compensatoires inappropriés tels que : vomissements provoqués, emploi abusif de laxatifs, diurétiques ou autres médicaments ; jeûne ; exercice physique excessif.

Les troubles du développement, peuvent se caractériser par des retards développementaux (langage, psychomotricité, motricité, sphère affective...), des troubles spécifiques de l'apprentissage (dyslexie, dysphasie, dyscalculie, dysorthographe...), des troubles d'Acquisition de la Coordination (dyspraxie développementale) paralysie cérébrale.

MAIS AUSSI...angoisses de séparation, hyper anxiété, troubles réactionnels de l'attachement, troubles du sommeil, troubles affectifs transitoires, etc.

Les principaux partenaires dans ce cadre sont : Les hôpitaux généraux (services de pédiatrie générale, gastroentérologie, allergologie, diabétologie, clinique de la douleur...), pédiatres privés (associations, groupes...), médecins traitants (maisons médicales, associations, groupes...), service ONE, centres psycho-médicosociaux, écoles, centres de promotion de la santé, services de santé mentale, etc.

L'Anorexie mentale se caractérise par le refus de maintenir le poids corporel à une valeur minimum normale.

⇒ **Améliorer l'articulation entre professionnels** (faire du lien, par des immersions, sensibilisations, formations, concertations, etc.)

dans l'objectif de développer des **circuits d'aide et de soins sur mesure**

2. Quelles sont les problématiques qui vous mettent en difficulté dans votre pratique (pas forcément les mêmes que celles rencontrées régulièrement) ? Et comment l'expliquez-vous (hypothèse(s)) ?

Nos missions ont pour but d'aménager des espaces de concertations, de coordinations et de favoriser l'immersion et la formation des opérateurs de terrain, de quel que secteur qu'ils soient et favoriser aussi, les liens, les collaborations entre les différents secteurs. Nos difficultés sont inhérentes au travail en réseau intersectoriel, c'est une approche qui demande un investissement de toutes les parties.

3. Par rapport à 2017, avez-vous constaté des variations (augmentation ou diminution) de ces différentes problématiques ? Comment expliquez-vous ces variations ? (ex : ouverture ou fermeture d'un service, changements législatifs, mise en place d'outils,...)

Nous avons été engagées dans le cadre de la nouvelle politique de santé mentale et plus spécifiquement dans le cadre du programme de liaison et de consultation intersectorielle, il nous semble que nous ne sommes pas en mesure de répondre à cette question à l'heure actuelle.

4. Y-a-t-il des manques en termes de services, de partenariats, d'outils,... pour répondre aux besoins des jeunes et de leurs familles ainsi qu'aux professionnels, si oui lesquels ?

Les missions, actions, que nous développons sont issues des besoins relayés par les opérateurs de terrain et s'inscrivent dans le programme de liaison et consultation intersectorielle. Les actions de formation, de sensibilisation, d'immersions, de concertation auprès des opérateurs sont donc essentielles dans les trajectoires de vie des enfants, adolescents, tant au niveau de l'aide que des soins. Une attention particulière également d'associer le jeune, les familles à l'amélioration de l'aide et des soins, en tant qu'acteur, partenaire.

5. Par rapport à un public vulnérable*, quelle est votre approche et les actions plus spécifiques que vous avez mises, que vous mettez en place ou

que vous souhaiteriez mettre en place ? Quels sont les freins que vous rencontrez dans cette approche ?

Dans le cadre de notre travail de récolte des besoins auprès des opérateurs, mais aussi des familles, il s'agit bien de mettre en évidence les problématiques complexes auxquels ils sont confrontés et d'en dégager des actions qui font sens pour les opérateurs, dans lesquelles ils peuvent s'inscrire et en dégager une plus-value sur le terrain avec et pour les enfants, les jeunes et les familles qui vivent des situations difficiles, qui se sentent démunis. La vulnérabilité est donc un frein au bien être, ce qui de manière large est notre préoccupation.

Grossesse et consommation

Brochure à destination des professionnels



Par quels états passe la patiente ?

La personne souffrant de problèmes d'assuétudes progresse en différentes phases qui peuvent se reproduire au cours de l'évolution du processus de changement.

Stade 1 : La patiente n'a pas conscience du problème et peut banaliser. « C'est ma 3^e grossesse, les autres vont bien ; j'ai vu un docteur à la télévision qui dit qu'on peut boire un verre par jour ... »

Stade 2 : C'est une période d'ambivalence, la patiente reconnaît le problème et l'utilité de faire quelque chose mais repousse dans le futur l'idée du changement. « Quand mon bébé sera là, ça sera plus facile. »

Aux stades suivants : les changements peuvent débuter. Il est fréquent que les patientes rechutent. Cette expérience n'est pas à blâmer, elle fait partie du processus d'évolution.

Comment favoriser une alliance thérapeutique ?

La patiente a besoin de bienveillance, de soutien et de non-jugement. La motivation au changement émane de la patiente et non du soignant. La persuasion directe est inefficace et engendre des résistances. Le moindre changement est à valoriser. « Si on prend son temps, le changement peut aller vite, si on se dépêche, le changement peut prendre du temps. » La relation thérapeutique est un partenariat coopératif et non une relation expert/client : c'est une alliance.

Orientation ?

Il est important, dans ce type de situation, d'avoir une certaine stabilité dans la prise en charge psycho-médico-sociale (il faut éviter les changements d'intervenants). Une prise en charge multidisciplinaire (ONE + Gynéco + référent) est également plus intéressante et rassurante tant pour la patiente que pour les soignants.

Comment proposer le référent à la patiente ?

« Afin de bien vous prendre en charge, j'ai besoin de l'aide de mes collègues qui ont l'habitude ... »

« Votre grossesse est une grossesse à risque qui nécessite une prise en charge spécialisée en lien avec les professionnels qui vous entourent. »

Pour aller plus loin :
<http://nglr.fr/index.php/ref-addictions>
<http://lecrat.fr>



Grossesse et consommation Les réponses à vos questions

Pourquoi aborder la consommation ?

Il n'y a pas de consommation sans risques (cf. Tableau des risques et conséquences).

C'est un enjeu de permettre aux futures mères d'identifier que certains de leurs comportements sont néfastes et qu'il est bon d'en évaluer les conséquences, pour leur santé, celle de leur fœtus et de leur futur enfant.

Qui doit l'aborder ?

Tout acteur en périnatalité doit systématiquement aborder cette question avec la mère/le couple lors de toute consultation prénatale (gynécologue, sage-femme, TMS ONE, pédiatre ...).

Comment l'aborder ?

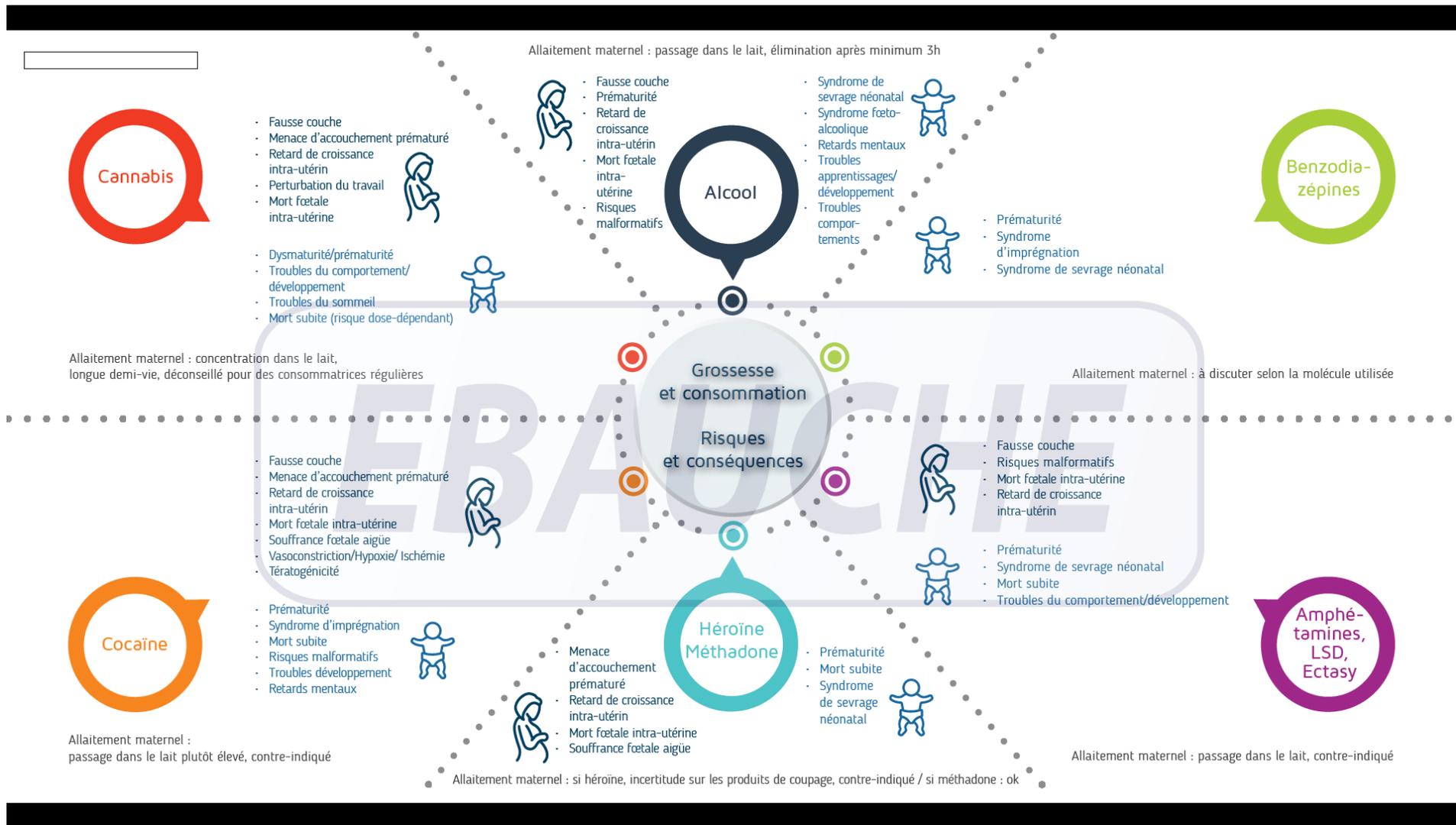
« Maintenant que nous avons fait connaissance, nous allons aborder vos habitudes de vie qui peuvent influencer sur la grossesse. »

Questions à poser :

- Est-ce que vous fumez ? Qu'est-ce que vous fumez ?
- Vous arrive-t-il de prendre des médicaments (des somnifères, calmants ...) ? Ou des substances comme de la cocaïne, des amphétamines, de l'héroïne ?
- Qu'avez-vous l'habitude de boire (eau, sodas, vins, bières, café, alcool, thé ...) ?
- Que savez-vous des effets des produits sur votre bébé ?
- Et le papa ? Quelles sont ses habitudes ?

À quoi être attentif durant l'entretien ?

Il existe chez les soignants « un réflexe correcteur » qui s'exprime par une tendance à corriger le problème. Cela peut entraîner une réaction de résistance qui parasite la relation (manque de transparence du patient) et retarder le changement. Du côté des patients, une femme enceinte consommatrice ressent souvent des sentiments de culpabilité et de crainte face aux soignants, ce qui peut l'amener à ne pas révéler spontanément sa consommation. Ceci suffit souvent à expliquer le retard de recours aux soins, les rendez-vous manqués, la mauvaise compliance, l'agressivité ...



ANNEXE 11 : Brochure médecin généraliste TDAH

Traitement médicamenteux du TDAH

Le traitement médicamenteux est mis en place par un médecin spécialiste, à la suite d'une évaluation multidisciplinaire, pas avant 6 ans, et après réalisation d'une anamnèse personnelle et familiale des troubles cardiovasculaires et d'un examen physique (pouls, pression artérielle, auscultation cardiaque). Il n'est pas toujours nécessaire pour les formes légères ou modérées de TDAH. Après mise en place, le traitement peut se poursuivre sous la surveillance du médecin généraliste, avec contrôle annuel chez le spécialiste. Le méthylphénidate (Rilatine, Rilatine MR, Equasym, Concerta) est actuellement la molécule utilisée en premier recours. Les autres molécules (ex : atomoxétine, guanfacine) seront utilisées en cas d'intolérance ou non réponse au méthylphénidate.

Le suivi des effets secondaires et des risques pendant toute la durée du traitement est important. Ils peuvent différer en fonction de la molécule utilisée.

Les plus fréquents :

- Perte d'appétit/ de poids
- Nausées, douleurs gastriques, vomissements
- Maux de tête
- Troubles du sommeil
- Irritabilité, anxiété, tristesse
- Étourdissement
- Aggravation de tics

Rares mais parfois graves :

- Troubles cardiovasculaires
- Symptômes psychotiques
- Pensées suicidaires
- Aggravation d'une épilepsie préexistante

Prise en charge non médicamenteuse du TDAH

Les prises en charge de type psychosocial sont privilégiées en première instance pour les formes légères de TDAH, et accompagnent systématiquement un traitement médicamenteux. De plus, les comorbidités sont fréquentes et le traitement médicamenteux reste symptomatique. Aussi l'information sur le trouble est essentielle, et plusieurs types de prise en charge sont proposés :

- Soutien des parents à visée psychoéducative en séance individuelle ou en groupe
- Soutien psychologique de l'enfant en séance individuelle ou de groupe
- Approche thérapeutique utilisant le corps comme média
- Rééducation neuropsychologique des fonctions attentionnelles et exécutives, métacognition
- Suivi logopédique des difficultés d'apprentissage
- Psychomotricité fonctionnelle visant le développement des compétences visuo-spatiales et praxiques
- Méthodes de relaxation et de méditation
- Etc.

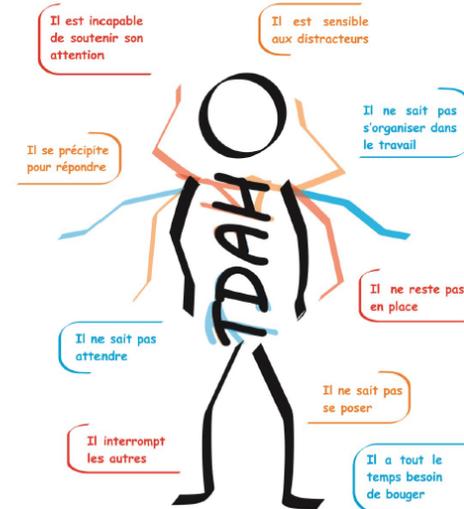
Enfin, une attention particulière est portée aux aménagements scolaires, en concertation avec le centre PMS et l'enseignant.

Liens utiles :

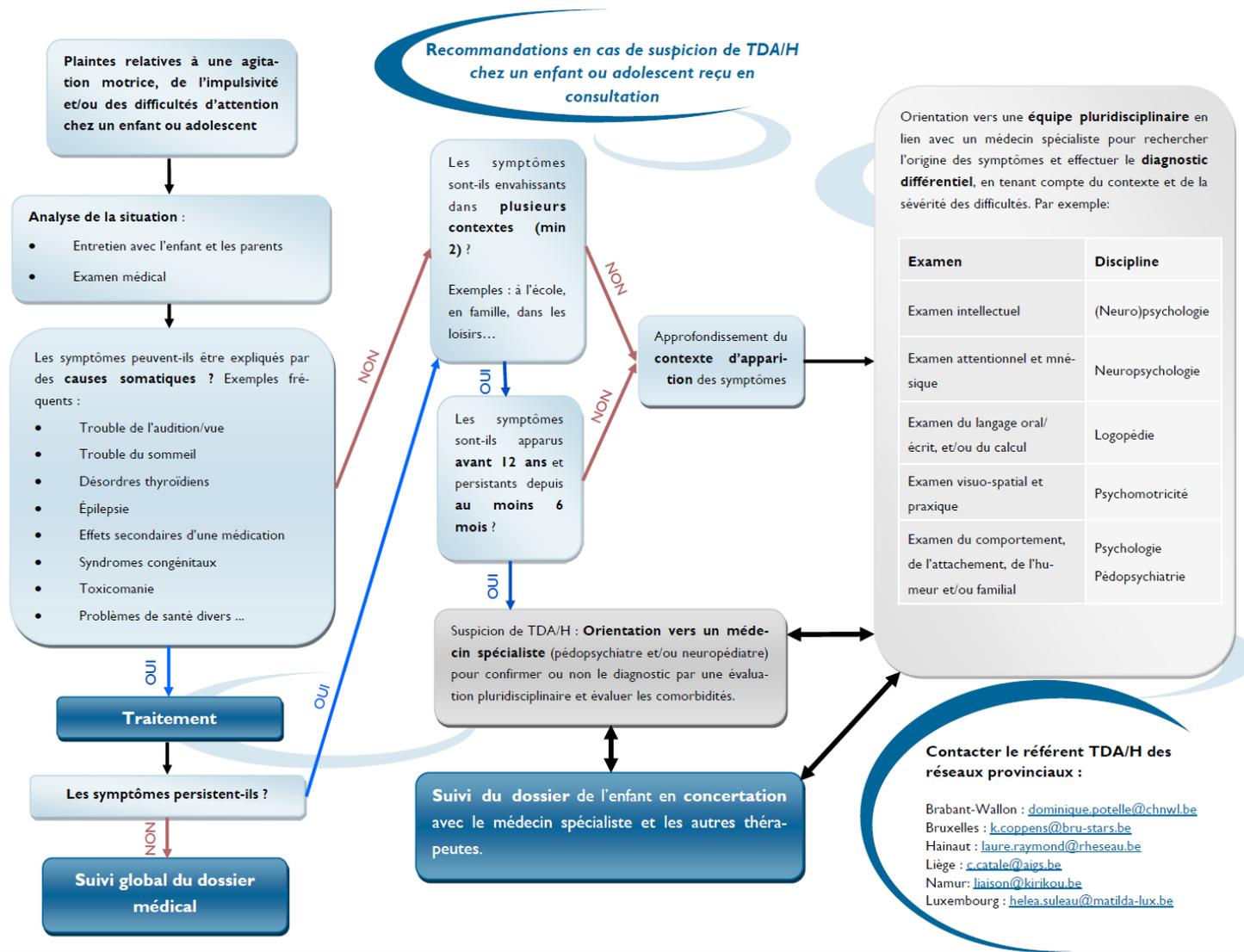
- <http://www.tdah.be/tdah/>
- http://www.cbip.be/tf/FR/TF_ADHD.pdf
- <http://www.health.belgium.be>

Brochure réalisée avec le support du SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement

« Docteur, mon enfant ...
...n'arrête pas de bouger »
...est dans la lune »



Le Trouble Déficitaire de l'Attention avec/sans Hyperactivité (TDAH) est un syndrome neurodéveloppemental qui affecte 3 à 5% des enfants. Ce trouble est caractérisé par la présence d'une agitation motrice, une impulsivité et/ou des difficultés attentionnelles. Les symptômes sont persistants et incommodes dans plusieurs domaines de vie. Le rôle du médecin traitant est central tant pour la détection que pour le suivi à long terme du patient : première analyse des difficultés, exclusion des causes médicales, orientation et suivi en lien avec les services spécialisés.



ANNEXE 12 : actions de formations réseau périnatalité

Document à destination du Comité de Réseau du REALISM

Chers partenaires,

Veillez trouver ci-joint le programme d'actions de formations en périnatalité, et ce, dans le cadre du programme « Consultation et Liaison Intersectorielle » et plus particulièrement concernant le budget dévolu aux formations en périnatalité (pour rappel : décision du CR du 20 février 2017, de mettre en place des actions de formations à destination du réseau en périnatalité. Ce budget annuel (année N) est de 17 850€.

Nous vous informons donc (cfr plan d'actions de Stéphanie Halin, agent de liaison périnatalité) de la poursuite des actions de formations de 2019 à 2021 (ces actions de formations ont fait l'objet de concertations au sein du réseau, d'évaluation des besoins, que ce soit au sein de la Commission Intersectorielle Consultation & liaison, que par les retours des participants des formations dispensées en 2017-2018, que par l'échange d'expertises mené par les différents opérateurs. Ces formations ont d'ailleurs fait l'objet d'identifications d'autres besoins et de renforcement de l'offre de formations.

Les formations en périnatalité s'inscrivent ainsi dans un plan d'action à long terme, et visent à répondre aux besoins identifiés sur le terrain. En 2017-2018, plusieurs formations ont été organisées (pour rappel) : des journées de sensibilisation au développement précoce, des formations à l'échelle « Alarme Détresse Bébé » (ADBB), et des formations à la théorie de l'attachement.

Nous veillons à ajuster ces formations en fonction des demandes et des besoins des professionnels rencontrés. De ce fait, les programmes de formation font l'objet d'un ajustement de la part des formateurs. Ainsi, par exemple, la formation attachement, initialement organisée en 2 jours, est maintenant organisée sur 5 jours à la demande des participants, afin d'approfondir la matière.

Nous veillons également à ce que ces formations ne soient pas des « one shot » mais s'inscrivent dans des objectifs plus large. En ce qui concerne la formation ADDB, les professionnels qui ont déjà participé à la formation ont maintenant accès à des séances d'intervision avec la formatrice, en vidéoconférence. La création de cette supervision fait suite aux demandes des participants et vise à leur donner un espace de réflexion afin d'échanger sur la prise en charge et l'orientation des jeunes enfants.

Dans le cadre du programme de formations 2019-2021, nous vous informons qu'il reste un budget non-utilisé en 2018 que nous pouvons également réinjecter dans ce programme. Indépendamment du fait que ce montant nous sera bientôt communiqué (et exposé au prochain CFR le 14 décembre), le budget 2019 est suffisant pour couvrir l'ensemble des formations ci-dessous (et dans le document joint). Nous devons également recevoir le montant des PAF des actions de formations de 2017-2018, ce qui correspond également à une marge de sécurité non négligeable.

De plus, dans une perspective à long terme, nous pouvons déjà vous informer que d'autres besoins ont été identifiés. Nous envisageons notamment d'organiser des formations sur la classification « 0-5 ans », les pathologies du post-partum (ex : dépression du post-partum, psychose, troubles bipolaires, ...), etc. Le budget restant permettra d'y répondre. Des précisions vous seront apportées dans les meilleurs délais.

Cordialement,

Stéphanie Halin, Agent de liaison en périnatalité

Christine Wattiez, Coordinatrice réseau

Annexe 1 : projection budgétaire 2019, actions de formations et sensibilisation périnatalité : le programme complet

Informations complémentaires

1. Sensibilisations

PROPOSITION DE PROGRAMME D' ACTIONS DE FORMATIONS ET DE SENSIBILISATION « PÉRINATALITÉ 0-3 ANS » À DESTINATION DU REALISM

(mise en évidence des nouvelles sensibilisations & formations à partir de 2019)

Besoins identifiés par l'agent de liaison auprès du réseau	Contenu de la formation	Public-cible	Durée de la formation	Nombre de participants	Coût de la formation (formateur)	PAF
Les professionnels hors soins spécialisés en santé mentale ne sont pas suffisamment sensibilisés à l'impact du stress précoce toxique sur le jeune enfant (sur son développement et sur sa santé physique et mentale tout au long de la vie). La ou les dates de cette sensibilisation est liée à la disponibilité de la formatrice, courant 2019.	Sensibilisation au stress toxique précoce <i>Formatrice :</i> Véronique DELVENNE	Les trois sphères : soins spécialisés en santé mentale/action sociale, aide aux personnes et soins de santé/société civile	1 journée	25*	500€	15€

*Dont deux places gratuites pour MobiLea

2. Formation spécifique

Besoins identifiés par l'agent de liaison auprès du réseau	Contenu de la formation	Public-cible	Durée de la formation	Nombre de participants	Coût de la formation <small>(formateur et traduction)</small>	PAF
Développement de l'intervention anténatale par des équipes spécialisées en périnatalité	<p>Formation au LTP prénatal</p> <p>Le « Lausanne Trilogue Play » (LTP) prénatal est une méthode d'évaluation de l'alliance familiale, de la coparentalité et des comportements parentaux intuitifs pendant la grossesse. Les résultats obtenus en anténatal sont prédictifs de ceux obtenus en postnatal. Le LTP prénatal a donc une visée préventive et interventionnelle.</p> <p>La ou les dates de cette formation est liée à la disponibilité de la formatrice, fin 2019 octobre-novembre.</p>	<p>Personnel spécialisé, psychologue, psychiatre, équipes SOS, assistant social particulièrement impliqué en protection de l'enfance avec les bébés qui pourront, au sein du réseau, servir de référents-experts. Formation ouverte aux autres réseaux qui pourraient être intéressés, formation spécialisée.</p>	2-4 jours	10*	1500€ + Hôtel + Avion	100€
Développement de l'intervention postnatale par des équipes spécialisées en périnatalité	<p>Formation au VIPP (0-6 ans) <i>(Video-feedback Intervention to promote Positive Parenting)</i></p> <p>L'objectif du VIPP est d'augmenter la sensibilité parentale et d'améliorer la qualité des stratégies éducatives, afin d'encourager des relations adulte-enfant positives et de prévenir/réduire</p>	<p>Personnel spécialisé, psychologue, psychiatre, équipes SOS, assistant social particulièrement impliqué en protection de l'enfance avec les bébés qui pourront, au sein du réseau, servir de référents-experts. Formation ouverte aux autres réseaux qui pourraient être intéressés, formation spécialisée.</p>	4 jours + supervision	20*	15 000€ + Hôtel + KM	250€

<p>*Dont deux places gratuites pour MobiLea</p>	<p>l'apparition de troubles chez le jeune enfant.</p> <p>Formatrice : An Roelands !! Prévoir</p> <p>Traducteur</p> <p>La date de cette formation est liée à la disponibilité de la formatrice, courant 2019</p>					
---	--	--	--	--	--	--

Les formateurs (2019-2021):

- Francesca SUARDI: Francesca Suardi est psychologue et psychothérapeute. Elle a réalisé une thèse de doctorat sur la « transition à la parentalité chez les couples multiculturels » à l'Université de Genève. Elle est membre de l'unité de recherche du Service de Psychiatrie de l'Enfants et de l'Adolescent, au HUG (hôpitaux universitaires de Genève).
- An ROELANDS : An Roelands exerce en tant que psychothérapeute indépendant à Gand. Elle exerce également formatrice-référente et superviseuse pour le VIPP dans un service de placement familial en Flandres Orientale. Elle est référente pour l'organisation de formations ailleurs en Belgique.
- Dr Véronique Delvenne: Le Dr Véronique Delvenne est pédopsychiatre, chef du service de pédopsychiatrie à l'HUDERF (Hôpital Universitaire des Enfants Reine Fabiola).

ANNEXE 13 : Bien-être - décrochage scolaire



PROJET « BIEN-ÊTRE »- DÉCROCHAGE SCOLAIRE

PLATEFORMES ENSEIGNEMENT-AIDE À LA JEUNESSE (HUY-LIÈGE-VERVIERS)
REALISM
CLPS

PORTEURS DU PROJET

- ❑ Trois plateformes Enseignement/Aide à la jeunesse (Huy-Waremme, Liège,
- ❑ Trois CLPS
- ❑ REALISM (A. Boclinville & C.Catale)

DESCRIPTION DU PROJET

Souffrance chez le jeune en décrochage scolaire :

- ❑ Origine **multifactorielle** qui nécessite des **actions de prévention globales et intégrées**
- ❑ qui mobilisent **tous** les acteurs de terrain (médecins, éducateurs dans les écoles, AMO, ...) autour du jeune et dans le processus d'accrochage scolaire.

OBJECTIFS

Développer une **communication efficace et cohérente** sur le décrochage scolaire pour l'ensemble du territoire de la province de Liège : actions de **prévention et d'intervention globales et intégrées (médecins et autres services)**

Public-cible : **jeune et sa famille** mais également pour les **acteurs de terrain** de première et deuxième lignes

AXES DU PROJET

1. **Organisation d'une conférence-débat à destination des médecins** autour du décrochage scolaire
Invitation des différents acteurs spécialistes, médecins de la SSMG, ... Organisation qui pourrait être couverte par la presse écrite et audio-visuelle.
2. **Création de brochures**
Développements de brochures (médecins et usagers) et répertoires des différents services ressources par zone (Liège, Verviers, Huy).
3. **Création d'affiches** à destination des salles d'attentes (médecins, CPMS, AMO, ...)
Affiche co-construites avec les jeunes autour du bien-être et du décrochage scolaire

AXES DU PROJET

4. **Création d'une CAPSULE VIDEO** sur l'articulation du réseau autour du jeune
 - Efficace, « sexy », ciblé et accrocheur
 - Clarification des missions (AMO?, CPMS? Médiateur?, ...)
 - Novateur : support visuel du travail en réseau
 - Continuité dynamique du projet
 - Outil pédagogique à diffuser (intra et interprovinciale)



JUSTIFICATION DU PROJET

- **Caractère innovant**
- **L'information**
- **La prévention /détection précoce**
- **La connaissance du réseau**
- **L'orientation rapide vers les services ressources**
- **La liaison rapide entre professionnels (intersectorialité et multidisciplinarité)**

PERSPECTIVES FUTURES

- Créer une **alliance éducative et intersectorielle** entre les différents acteurs au bénéfice du jeune et de sa famille en y incluant notamment les médecins
- **Implémentation du projet au niveau des autres provinces**
- En lien avec l'essor des différentes technologies, **créer un groupe de travail en vue de développer ultérieurement une application de géolocalisation** qui permettra d'aider le jeune dans sa recherche de services-ressources (CPMS, SSM, AMO, ...).
- Perspective diffusion dans le Primaire