



RAPPORT D'ACTIVITÉS

2024 2025



R.E.A.L.I.S.M.

Réseau Enfants Adolescents Liège Santé Mentale



Santé publique
Sécurité de la Chaîne alimentaire
Environnement

Table des matières

Préambule	3
1. Participation : activités actuelles et futures	3
1.1. Plan d'actions	3
1.2. Information et sensibilisation.....	4
1.3. La parole des jeunes et de leur entourage	5
1.4. Participation aux décisions	7
1.5. Promotion d'une culture de la participation au sein du réseau SMEA.....	10
1.6. Apprentissage mutuel et échanges de pratiques	11
2. Gouvernance : évolutions	13
3. Etat d'avancement des chantiers 3, 4 et 5	14
Chantier 3.1. Equipe MobiLea Urgence (EMU)	15
Chantier 3.2. Renforcement des maternités	17
Chantier 3.3. Equipe de liaison pédopsychiatrique du CHC	21
Chantier 3.4. Centres pour adolescents (Polaris, La Parenthèse, Centre de Santé de l'Adolescent)	23
Chantier 3.5. Equipe mobile "sur la route" de Lierneux	32
Chantier 4. Renforcement du case management	33
Chantier 5. Equipes double diagnostic 0-5 ans (Tempo, l'Eveil, Baby Spot)	35
1. Modalités d'intervention	42
2. Accessibilité et efficience	43
Contributions	46

Préambule

Ce rapport d'activité 2024-2025 a été élaboré de manière collaborative, dans une dynamique de travail en réseau intersectoriel. Il rassemble les contributions des acteurs impliqués, en l'occurrence : les chargées de projet dédiées à la participation des jeunes et des familles, les porteurs de projet des différents chantiers, les représentants de l'équipe mobile de crise, les pédopsychiatres de réseau ainsi que la coordination de réseau.

À travers ces pages, il met en lumière les actions, initiatives et avancées menées au cours de l'année 2024-2025, avec une attention particulière portée à la participation des jeunes et des familles, aux projets de chantier et au programme de crise. Il se veut le reflet du déploiement progressif de ces différents programmes et projets, ainsi que d'une dynamique de changement. En ce sens, ce document se veut à la fois un outil de valorisation, de transparence et de projection vers les défis à venir.

Ce rapport a été présenté, discuté et validé par le Comité de Réseau Stratégique le 18 mai 2026. Nous restons à votre disposition pour toute information complémentaire.

1. Participation : activités actuelles et futures

Rédaction : Julie Pirotte, coach participation

1.1. Plan d'actions

Axe 1. Communication et réseautage :

- S'inscrire dans une démarche de réseautage, de promotion de la fonction de coach participation et de création de collaborations intersectorielles.

Axe 2. Accessibilité aux soins et déstigmatisation :

- Rendre les informations sur la santé mentale plus accessibles, améliorer la connaissance de l'offre d'accompagnement et de soins, et développer des outils de sensibilisation,
- Organiser une journée sur la santé mentale positive des jeunes (« l'avenir, c'est vous »),
- Etendre Nomad sur une semaine,
- Développer l'information sur les réseaux sociaux.

Axe 3. Sensibilisation, formation et participation :

- Renforcer les connaissances et les compétences des professionnels en termes de participation, les former aux démarches participatives, et les outiller pour leur permettre de développer la participation des jeunes au sein de leur institution.
- Focus sur la fonction de référent participation.

Axe 4. Participation des enfants et des adolescents :

- Encourager la participation des enfants et des adolescents, développer des initiatives participatives,
- Créer un comité consultatif des jeunes (MACRO).

1.2. Information et sensibilisation

1.2.1. Quelles actions ont été menées afin d'améliorer l'accès à l'information des enfants, des adolescents et de leur entourage concernant la santé mentale et l'offre de soins existante ? Décrivez des actions réalisées dans le passé (2024–2025) et une action planifiée à court terme (2026).

Entre 2024 et 2025, plusieurs actions ont été mises en place afin d'améliorer l'accès à l'information en santé mentale et à l'offre de soins :

- 03/03/2025 : formation en littératie en santé (reconduite le 09/03/2026)
- Participation au développement du festival NOMAD (extension sur une semaine dès 2025), incluant des animations participatives dans les écoles et divers événements (expositions, concerts, ateliers, rencontres)
- Organisation d'un ciné-rencontre sur les assuétudes (12/12/2024 – film « Tout pour être heureux »)
- Participation à un théâtre-rencontre sur les troubles du comportement alimentaire (octobre 2025)
- Participation au cycle de conférences « Et si on parlait du cerveau »
- Contribution à des actions de communication à destination des jeunes et des familles, en lien avec les besoins identifiés par la coordination locale (adaptation des contenus, accessibilité de l'information)
- Participation indirecte à des dispositifs de sensibilisation et d'information (événements, supports, rencontres locales) visant à améliorer l'accès aux soins psychologiques de première ligne

Plusieurs actions sont planifiées 2026 :

- Organisation de formations à la demande des RP : littératie en santé (09/03/2026), réseaux sociaux (29/05/2026) et formation théorique à la participation (07/09/2026)
- Poursuite et développement du festival NOMAD : extension sur une semaine et sur de nouvelles zones (Seraing, Waremme, Hannut)
- Poursuite du cycle de conférences « Et si on parlait du cerveau »
- Organisation d'une journée sur la santé mentale positive à destination des jeunes (« L'avenir c'est vous »)
- Développement de l'information via les réseaux sociaux
- Développement de contenus de communication à destination des jeunes, sur base d'enquêtes à leur destination
- Adaptation progressive des outils, supports et messages afin d'en améliorer l'accessibilité, la lisibilité et l'appropriation par les jeunes.

→ Objectif : développer une information « par les jeunes, pour les jeunes » et renforcer leur implication dans les politiques de santé mentale.

1.2.2. Quels publics ont été prioritairement visés par ces actions ?

- Professionnels du réseau (Référénts Participation et autres professionnels)
- Enfants et adolescents (primaire et secondaire)
- Entourage des jeunes (parents, proches)

Publics intersectoriels : enseignement, aide à la jeunesse, santé mentale.

1.2.3. Quels types de supports et de canaux ont été utilisés :

- Formations, interventions et accompagnements en présentiel
- Événements (NOMAD, Assemblée des partenaires, ciné-rencontres, conférences)
- Animations participatives en milieu scolaire et associatif
- Outils co-construits (livret harcèlement)
- Développement d'une communication à destination des jeunes sur base d'enquêtes

1.2.4. Quels besoins spécifiques ou obstacles en matière d'accès à l'information ont été mis en évidence ?

- Difficulté à rendre l'information accessible et compréhensible pour les jeunes, notamment en raison de la complexité du dispositif de soins
- Nécessité d'adapter les supports et les canaux de communication aux publics jeunes
- Difficulté d'accès direct à certains publics, nécessitant le recours à des relais professionnels

→ Ces constats sont partagés au niveau du réseau et nourrissent les actions de participation et de communication

1.3. La parole des jeunes et de leur entourage

1.3.1. Quelles actions ou quels dispositifs ont permis aux enfants, aux adolescents et à leur entourage d'exprimer leur point de vue sur leur parcours de soins ? Décrivez des actions réalisées dans le passé (2024–2025) et une action planifiée à court terme (2026).

Les actions menées en 2025 :

- Animations participatives avec des classes du secondaire en préparation d'une rencontre avec Jérôme Collin (NOMAD 2025)
- Déploiement et animation du dispositif des Référents Participation (32 RP effectifs, 61 personnes intéressées)
 - Organisation de formations et d'interventions (9 à 17 participants en moyenne), visant à outiller les professionnels dans la transmission d'informations accessibles
 - 25/11/2024 : journée avec les CLPS (±30 professionnels), consacrée à la clarification de la fonction RP et à la transmission d'outils d'animation
 - Diffusion de méthodes et d'outils participatifs dans les formations et interventions RP, réinvestis par les professionnels dans leurs pratiques (06/06/2025 : formation aux jeux cadres Thiagi ; 07/07/2025 et 29/09/2025 : interventions et échanges de pratiques)
 - 22/09/2025 : matinée consacrée à la continuité des soins, faisant suite à une enquête auprès des RP
 - Organisation d'une matinée sur la pair-aidance (16/01/2026), avec la participation de pair-aidants, suivie d'une visio d'approfondissement
 - Réalisation d'accompagnements sur site (planning familial et trois services de santé mentale) notamment en vue d'améliorer la récolte de la parole des jeunes et de leur entourage
- Animation d'ateliers « Participation » lors de l'Assemblée des partenaires (05/12/2025)
- Participation à un groupe de travail intersectoriel sur le harcèlement

- Création d'un outil (flyer) sur le harcèlement, co-construit avec des élèves de 5e et 6e primaire (école et maison de jeunes), destiné à leurs pairs
- Collaboration étroite avec les coordinations locales (notamment via la double fonction de Louise Moos), permettant d'articuler les enjeux de participation avec le déploiement des soins psychologiques de première ligne

Les actions planifiées en 2026 :

- Poursuite des interventions RP (13/04, 06/07, 20/11/2026)
- Diffusion du livret harcèlement et organisation de soirées de présentation à destination des enfants ayant participé (avril et mai 2026), avec poursuite du projet auprès d'élèves du secondaire
- Alimentation de la boîte à outils « participation »
- Projet de création d'un Comité consultatif de jeunes (niveau macro), initié via un ciné-rencontre autour du film « Tout s'est arrangé (ou pas) », avec le collectif bruxellois du même nom, en associant les jeunes des services des Référents participation
- Participation à une dynamique intersectorielle initiée dans le cadre de l'appel à projets AVIQ « Pour et avec les jeunes en bonne santé mentale, aujourd'hui et demain » (2026), visant à mettre en réseau les porteurs de projets financés sur le territoire liégeois, avec mise à disposition d'outils et de méthodes participatives
- Participation à la création d'un « Carnet de trajectoire pour jeunes en période de transition (et familles, éventuellement professionnels) ». Ce carnet constituera un support concret permettant aux jeunes d'exprimer leur point de vue sur leur parcours de soins, en leur offrant un espace structuré pour consigner leurs expériences, leurs ressentis, leurs questions et leurs besoins. Il leur permettra de garder une trace de leurs rencontres avec les différents intervenants, d'identifier les étapes de leur parcours, et de formuler leurs attentes ou incompréhensions. Il facilitera également le dialogue avec les professionnels et contribuera à éviter la répétition des récits. Enfin, en accompagnant les transitions entre services, il renforcera la continuité des soins tout en maintenant le jeune acteur de son parcours.
→ Le carnet vise ainsi à soutenir l'autonomisation du jeune et à favoriser une participation effective aux décisions

1.3.2. Quels ajustements ou évolutions concrètes ont résulté de cette participation ?

- Adaptation progressive des outils, supports et messages afin d'en améliorer l'accessibilité, la lisibilité et l'appropriation par les jeunes
- Renforcement de la collaboration entre les chargées de projet Participation et la coordination locale, afin d'intégrer davantage les besoins des jeunes dans les actions du réseau
- Meilleure prise en compte des retours du terrain dans l'élaboration des outils, des actions de sensibilisation et des projets développés

1.3.3. Quels besoins spécifiques ou obstacles ont été identifiés concernant l'expression de la parole des jeunes et de leur entourage ?

Obstacles identifiés :

- Difficulté à recueillir directement la parole des jeunes, notamment lorsque le contact se fait principalement via des professionnels relais
- Manque d'outils adaptés à l'âge, au langage et aux réalités des enfants, des adolescents et de leur entourage

- Contraintes institutionnelles pouvant limiter la mise en place de démarches réellement participatives
- Résistance au changement de posture nécessaire à la participation, tant au niveau des équipes que de certaines lignes hiérarchiques
- Besoins spécifiques
- Développement d'une communication spécifique, adaptée aux différents publics concernés : enfants, adolescents, familles et proches
- Création ou diffusion d'outils concrets facilitant l'expression des jeunes et de leur entourage
- Soutien des professionnels dans l'adaptation de leur posture et de leurs pratiques participatives

1.4. Participation aux décisions

Niveau micro – Parcours de soins individuel

1.4.1. Comment la participation des enfants, des adolescents et de leur entourage est-elle encouragée dans les décisions relatives au parcours de soins individuel ?

- Déploiement et animation du dispositif des Référents Participation (32 RP effectifs, 61 personnes intéressées)
- Organisation de formations et d'intervisions (9 à 17 participants en moyenne), visant à outiller les professionnels dans la transmission d'informations accessibles :
 - 25/11/2024 : journée avec les CLPS (± 30 professionnels), consacrée à la clarification de la fonction RP et à la transmission d'outils d'animation
 - 06/06/2025 : formation aux jeux cadres Thiagi
 - 07/07/2025 et 29/09/2025 : interventions et échanges de pratiques
 - 22/09/2025 : matinée consacrée à la continuité des soins, faisant suite à une enquête auprès des RP
- Organisation d'une matinée sur la pair-aidance (16/01/2026), avec la participation de pair-aidants, suivie d'une visio d'approfondissement
- Réalisation d'accompagnements sur site (planning familial et trois services de santé mentale)
- Animation d'ateliers « Participation » lors de l'Assemblée des partenaires (05/12/2025)
- Collaboration étroite avec les coordinations locales (notamment via la double fonction de Louise Moos), permettant d'articuler les enjeux de participation avec le déploiement des soins psychologiques de première ligne
- Sensibilisation des professionnels à l'importance d'impliquer les jeunes et leur entourage dans leur parcours de soins
- Promotion d'une posture d'écoute, de dialogue et de co-construction
- Prise en compte du vécu, des besoins, du rythme et du niveau de compréhension des jeunes
- Appui sur les formations, interventions et accompagnements proposés aux Référents Participation
- Développement du projet de Carnet de trajectoire comme support favorisant l'expression du jeune et sa place d'acteur

La participation des enfants, des adolescents et de leur entourage est encouragée principalement par la sensibilisation et l'outillage des professionnels du réseau. Les formations, interventions et accompagnements proposés aux Référents Participation visent à renforcer une posture d'écoute, de dialogue et de co-construction dans les situations d'accompagnement.

L'objectif est d'encourager les professionnels à associer davantage les jeunes et leurs proches aux décisions qui les concernent, en tenant compte de leur vécu, de leurs besoins, de leur rythme et de leur compréhension du parcours de soins.

Le projet de « Carnet de trajectoire pour jeunes en période de transition » s'inscrit également dans cette dynamique. Il vise à soutenir l'expression du jeune, à faciliter le dialogue avec les professionnels et à renforcer sa place comme acteur de son parcours.

1.4.2. Quels outils, méthodes ou démarches sont utilisés pour soutenir cette participation ?

Plusieurs outils et démarches sont mobilisés afin de soutenir cette participation :

- Méthodes d'animation participative, notamment les jeux cadres Thiagi ;
- Échanges de pratiques et interventions entre Référents Participation ;
- Accompagnements sur site auprès de services souhaitant renforcer leurs pratiques participatives ;
- Sensibilisation à la posture professionnelle : écoute active, prise en compte de la parole du jeune, clarification des choix possibles, co-construction ;
- Développement du projet de Carnet de trajectoire, comme support d'expression, de continuité et d'autonomisation du jeune.
- Alimentation de la boîte à outils « participation »

Niveau méso – Organisation et offre de soins

1.4.3. De quelles manières les enfants, les adolescents et leur entourage sont-ils impliqués dans :

- **Le développement de l'offre de soins :**
- Prise en compte des retours issus du terrain (jeunes, familles, professionnels) via les Référents Participation, les coordinations locales, les groupes de travail, via la représentation des chargées de projet participation au sein du Comité de Réseau Stratégique
- Identification des besoins, obstacles et pistes d'amélioration concernant l'accès aux soins et la continuité des parcours
- Collaboration structurée entre les chargées de projet Participation et les coordinations locales
- Contribution à l'identification des besoins des publics prioritaires (jeunes en décrochage scolaire, en transition, vulnérables ou à la croisée de plusieurs secteurs)
- Participation à une dynamique intersectorielle (écoles, AMO, CPMS, maisons médicales, services de santé mentale, associations)
- Projet de création d'un Comité consultatif de jeunes (niveau macro), initié via un ciné-rencontre autour du film « Tout s'est arrangé (ou pas) », avec le collectif bruxellois du même nom, en associant les jeunes des services des Référents participation
- Participation à une dynamique intersectorielle initiée dans le cadre de l'appel à projets AVIQ « Pour et avec les jeunes en bonne santé mentale, aujourd'hui et demain » (2026), visant à mettre en réseau les porteurs de projets financés sur le territoire liégeois, avec mise à disposition d'outils et de méthodes participatives
- Participation à la création d'un « Carnet de trajectoire pour jeunes en période de transition (et familles, éventuellement professionnels) »

Les enfants, adolescents et leur entourage sont impliqués de manière directe et indirecte dans le développement de l'offre de soins à travers plusieurs dynamiques.

Les retours issus des jeunes, des familles et des professionnels de terrain alimentent les réflexions menées au sein du réseau, notamment via les Référents Participation, les coordinations locales, les groupes de travail et les interventions. Ces espaces permettent d'identifier des besoins, des obstacles et des pistes d'amélioration concernant l'accès aux soins, la lisibilité des dispositifs et la continuité des parcours.

La collaboration structurée entre les chargées de projet Participation et les coordinations locales permet également d'articuler les enjeux de participation avec l'organisation des soins psychologiques de première ligne. Elle contribue à une meilleure prise en compte des besoins des publics prioritaires, notamment les jeunes en décrochage scolaire, les jeunes en transition, les jeunes vulnérables ou à la croisée de plusieurs secteurs.

La participation à une dynamique intersectorielle forte (écoles, AMO, CPMS, maisons médicales, services de santé mentale, associations) favorise également l'adaptation de l'offre aux réalités vécues par les jeunes et leur entourage.

- **L'évaluation des soins et des services :**

- Abord régulier de la question de l'évaluation des soins lors des interventions avec les Référents Participation
- Réflexions menées sur les modalités de recueil du point de vue des jeunes et de leur entourage
- Soutien aux professionnels dans l'amélioration de leurs procédures d'évaluation
- Collaboration avec la Référente continuité pour l'élaboration d'un outil d'évaluation de la continuité intégrant le point de vue des jeunes

L'évaluation des soins à proprement parler n'a pas été menée directement par les chargées de projet Participation, celles-ci ayant peu d'interactions directes avec les jeunes dans le cadre de leur parcours individuel de soins.

En revanche, cette question a été abordée à de nombreuses reprises lors des interventions avec les Référents Participation. Ces échanges ont permis de réfléchir aux manières dont les services peuvent recueillir le point de vue des jeunes et de leur entourage sur l'aide reçue, sur leur parcours, sur les obstacles rencontrés et sur les améliorations possibles.

Ces échanges visent à soutenir les professionnels dans l'amélioration de leurs procédures d'évaluation, en les encourageant à intégrer davantage la parole des jeunes et des familles dans leurs pratiques. Par ailleurs, la collaboration avec la Référente Continuité autour de l'élaboration d'un outil d'évaluation de la continuité des soins constitue une perspective importante. Cette évaluation intégrera directement le point de vue des jeunes concernés, afin de mieux comprendre leur vécu des transitions, des ruptures éventuelles et de la coordination entre services.

- **Les retours d'expérience sur l'aide et les prestations proposées :**

- Recueil indirect des retours via les professionnels relais, les Référents Participation, les interventions et les groupes de travail
- Identification de besoins récurrents (lisibilité de l'offre, adaptation du langage, continuité des soins, non-répétition du récit)
- Utilisation de ces constats pour orienter les projets et outils développés (ex : Carnet de trajectoire)
Les retours d'expérience sont recueillis principalement de manière indirecte, via les professionnels relais, les Référents Participation, les interventions, les accompagnements institutionnels, les groupes de travail, les collaborations avec les différentes chargées de projet Liaison, les coordinatrices locales, la Référente Continuité et la chargée de projet pour l'Âge de Transition.

Ces retours permettent d'identifier des besoins récurrents : meilleure lisibilité de l'offre, adaptation du langage, importance de la continuité, nécessité d'éviter aux jeunes de devoir répéter leur histoire, besoin de supports plus accessibles et mieux adaptés à leur âge.

Le projet de Carnet de trajectoire répond précisément à plusieurs de ces constats, en proposant un outil permettant au jeune de garder une trace de son parcours, de formuler ses questions et de mieux faire entendre son point de vue auprès des professionnels.

1.4.4. Comment les contributions recueillies sont-elles prises en compte dans les décisions du réseau?

- Articulation entre les constats issus du terrain et les espaces décisionnels du réseau
- Mobilisation des retours provenant des Référents Participation, groupes de travail, coordinations locales, interventions et rencontres locales
- Adaptation des actions, outils, formations et priorités du réseau sur base de ces retours
- Présence d'une chargée de projet Participation au Comité de réseau stratégique avec voix consultative
- Transmission des besoins, constats et propositions liés à la participation des jeunes et de leur entourage

Les contributions recueillies sont prises en compte à travers l'articulation entre les constats issus du terrain et les espaces de décision du réseau.

Les retours transmis par les Référents Participation, les groupes de travail, les coordinations locales, les interventions et les rencontres locales nourrissent les actions développées en matière de participation. Ils contribuent notamment à l'adaptation des outils, des formations, des actions de communication et des priorités de travail.

La présence d'une chargée de projet Participation au Comité de réseau stratégique, avec voix consultative, permet également de faire remonter les besoins, constats et propositions issus du terrain, ainsi que les préoccupations liées à la parole des jeunes et de leur entourage.

1.5. Promotion d'une culture de la participation au sein du réseau SMEA

1.5.1. Comment la compréhension et l'appropriation de la participation des enfants, des adolescents et de leur entourage ont-elles été renforcées auprès des partenaires du réseau SMEA ?

- Déploiement du dispositif des Référents Participation comme levier central d'appropriation
- Identification de professionnels relais au sein des institutions partenaires
- Organisation de formations, interventions, accompagnements et échanges de pratiques
- Soutien à la montée en compétence des professionnels en matière de participation
- Participation de Louise Moos aux réunions du COMSMEA
- Participation de Julie Pirotte au sous-groupe Participation du SPF
- Organisation d'ateliers Participation lors de l'Assemblée des partenaires
- Sensibilisation élargie aux enjeux de participation auprès des professionnels du réseau

La culture de la participation a été renforcée par plusieurs leviers complémentaires. Le dispositif des Référents Participation constitue un levier central. Il permet d'identifier, au sein des institutions partenaires, des professionnels relais sensibilisés à la participation des jeunes et de leur entourage.

Au fil des rencontres, notamment en participant à divers projets avec les chargées de projet Liaison, la liste des professionnels intéressés par l'implémentation de la participation ne cesse de s'allonger.

Les formations, interventions, accompagnements sur site et échanges de pratiques destinés aux Référents Participation visent à soutenir leur montée en compétence et à favoriser l'appropriation progressive de la participation dans les pratiques institutionnelles.

La participation de Louise Moos aux réunions du COMSMEA et celle de Julie Pirotte au sous-groupe Participation du SPF permettent également d'inscrire les actions locales dans une dynamique plus large, en lien avec les orientations nationales relatives à la santé mentale des enfants et des adolescents.

Les ateliers Participation organisés lors de l'Assemblée des partenaires ont également permis de sensibiliser des professionnels, en dehors des Référents Participation, à ces enjeux et d'ouvrir plus largement la réflexion sur la place de la parole des jeunes et des familles dans les pratiques du réseau.

1.5.2. Quels changements de pratiques ou d'attitudes ont pu être observés au sein du réseau ?

Plusieurs évolutions peuvent être observées :

- Meilleure prise en compte des besoins spécifiques des jeunes dans la communication du réseau ;
- Attention accrue à l'accessibilité de l'information et à la lisibilité des dispositifs ;
- Développement d'une réflexion plus régulière sur la posture professionnelle ;
- Intérêt croissant des professionnels pour des outils concrets permettant de faire vivre la participation ;
- Renforcement des collaborations intersectorielles favorisant une approche plus globale du parcours des jeunes.

Ces changements restent progressifs. Ils témoignent toutefois d'une évolution des pratiques, avec une volonté plus marquée de passer d'une participation pensée comme principe général à une participation traduite dans des outils, des espaces d'échange et des démarches concrètes.

1.6. Apprentissage mutuel et échanges de pratiques

1.1.1. Quelles pratiques, méthodes ou initiatives innovantes en matière de participation ont été recensées, partagées ou développées au sein du réseau ?

Plusieurs pratiques et initiatives innovantes ont été développées ou partagées au sein du réseau :

- Croisement des approches participation et soins psychologiques de première ligne, permettant d'intégrer les enjeux de participation dans des dispositifs de santé publique ;
- Utilisation des rencontres locales comme espaces d'identification des besoins et de co-construction de réponses adaptées ;
- Diffusion de méthodes participatives, notamment les jeux cadres Thiagi, les échanges de pratiques et les outils d'animation ;
-

À venir :

- Développement d'un projet de Carnet de trajectoire pour jeunes, en collaboration avec Elise Theunissen, chargée de projet pour l'âge de transition. Ce projet vise à soutenir les jeunes dans la compréhension et l'appropriation de leur parcours de soins. Il s'inscrit dans une dynamique partenariale plus large, en lien probable avec l'AVIQ, les porteurs de projets « Pour et avec les jeunes en bonne santé mentale » et notamment le service Clapotis. Il prévoit une co-

construction avec des jeunes afin de développer un outil favorisant leur expression, leur autonomie et la continuité de leur parcours ;

- Collaboration avec Stéphanie Hannier, Référente continuité, autour de l'élaboration d'un outil d'évaluation de la continuité des soins. Cette évaluation se fera avec les jeunes concernés et permettra de croiser les enjeux de participation et de continuité, afin d'améliorer la qualité des parcours et d'ancrer l'expérience des jeunes dans l'évaluation des pratiques professionnelles.

1.1.2. Quels éléments ont facilité, ou au contraire freiné, l'ancrage durable de ces pratiques ?

Plusieurs éléments ont facilité l'ancrage des pratiques participatives :

- La dynamique de réseau ;
- L'existence d'espaces réguliers d'échange ;
- L'intérêt croissant des professionnels pour la participation ;
- La présence de 32 Référents Participation effectifs et de 61 professionnels intéressés ;
- Les collaborations intersectorielles ;
- Les liens entre participation, continuité, soins psychologiques de première ligne et âge de transition.

Plusieurs freins ont également été identifiés :

- Les disponibilités limitées des professionnels ;
- La surcharge de travail dans les services ;
- Le flou autour de l'implémentation concrète de la participation au sein des institutions ;
- Les résistances au changement de posture, tant au niveau des équipes que de certaines lignes hiérarchiques ;
- Le risque d'instrumentalisation de la participation en vue de répondre aux attentes des pouvoirs subsidiaires, sans transformation réelle des pratiques.

1.1.3. Quels échanges ont eu lieu :

Des rencontres régulières ont eu lieu avec les coachs Participation des autres réseaux SMEA : six à huit fois par an entre réseaux francophones, et tous les deux mois au niveau national. Ces échanges permettent de partager les avancées, les questionnements, les outils, les freins rencontrés et les pratiques développées dans les différents réseaux.

Au sein du réseau, les échanges ont pris plusieurs formes :

- Interventions entre Référents Participation ;
- Assemblées des partenaires ;
- Groupes de travail intersectoriels, notamment autour du harcèlement ;
- Collaborations avec les coordinations locales ;
- Collaborations avec la Référente continuité ;
- Echanges avec les partenaires impliqués dans NOMAD, les ciné-rencontres, les projets liés à l'âge de transition et les actions de sensibilisation.

Ces espaces favorisent l'apprentissage mutuel, l'interconnaissance et la diffusion progressive d'une culture de la participation au sein du réseau.

2. Gouvernance : évolutions

Rédaction : Christine Wattiez et Stéphanie Halin, coordinatrices de réseau

Dans le rapport d'activités 2022-2023, nous avons notamment demandé :

- 2.1. Fournissez un organigramme actualisé du réseau SMEA indiquant tous les organes et, pour chacun d'entre eux, les objectifs spécifiques, la composition et les procédures de prise de décision. Précisez la fréquence des réunions de chaque organe.
- 2.2. Différentes missions de coordination existent dans le réseau SMEA : coordination du réseau, psychiatres de réseau, coachs participation, personnes de référence qualité, coordinateurs locaux dans le cadre des soins psychologiques dans la première ligne, coordinateurs de programmes (de soins), ... Situez ces missions dans l'organigramme et décrivez leur mandat.

Si la réponse à ces questions dans le précédent rapport d'activités est toujours d'actualité, il n'est pas nécessaire d'y répondre à nouveau. Dans le cas contraire, veuillez répondre de nouveau aux deux questions.

La gouvernance du réseau reste inchangée. Le réseau a fait appel au support local fin 2025. Les séances ont commencé début 2026. Des changements se produiront probablement dans les années à venir. Il est difficile à ce stade de pouvoir les identifier.

3. Etat d'avancement des chantiers 3, 4 et 5

3.1. Le tableau récapitulatif des projets dans le cadre des chantiers 3, 4 et 5 est-il à jour ? Si non, veuillez le mettre à jour et marquer les modifications dans une autre couleur.

Le tableau récapitulatif est à jour.

Afin de faciliter la lecture, nous décrivons ci-dessous l'état des lieux actuels par projet chantier. Pour chaque projet, nous répondons aux questions posées dans le template, à savoir :

3.2. Pour chaque projet dans chaque chantier, veuillez fournir un état des lieux. Décrivez comment les ETP supplémentaires et l'expertise supplémentaire en pédopsychiatrie ont été intégrés dans l'offre (semi)résidentielle existante. Indiquez de quelle manière, grâce au déploiement de personnel supplémentaire, la capacité de soins pour les jeunes a été augmentée là où le besoin était le plus grand. Davantage de jeunes ont-ils été pris en charge ? Si oui, combien ? Ou les soins ont-ils simplement été intensifiés ? Ou un plus grand nombre de jeunes ont-ils bénéficié de soins plus intensifs ?

3.3. Pour chaque projet dans chaque chantier, décrivez les résultats obtenus. Décrivez quelles améliorations concrètes ont été réalisées en termes d'accessibilité, de flux et de continuité des soins. Quelle valeur ajoutée a été générée et pour quel groupe cible l'intervention a-t-elle eu le plus d'impact ? Quels ont été les facteurs de réussite ? Quels ont été les facteurs entravants ?

Chantier 3.1. Équipe MobiLea Urgence (EMU)

Rédaction : Patrick Scuvie, gestionnaire d'équipe de MobiLea

Pour chaque projet dans chaque chantier, veuillez fournir un état des lieux. Décrivez comment les ETP supplémentaires et l'expertise supplémentaire en pédopsychiatrie ont été intégrés dans l'offre (semi)résidentielle existante. Indiquez de quelle manière, grâce au déploiement de personnel supplémentaire, la capacité de soins pour les jeunes a été augmentée là où le besoin était le plus grand. Davantage de jeunes ont-ils été pris en charge ? Si oui, combien ? Ou les soins ont-ils simplement été intensifiés ? Ou un plus grand nombre de jeunes ont-ils bénéficié de soins plus intensifs ?

Au cours de la période 2024-2025, le projet a reposé sur une équipe composée de trois équivalents temps plein (ETP), incluant cinq psychologues. Cette équipe est complétée par l'intervention d'un pédopsychiatre de réseau à hauteur de 0,2 ETP, ainsi que par un gestionnaire/coordonateur assurant le pilotage et la coordination des activités.

En ce qui concerne l'activité, 67 jeunes ont été pris en charge en 2024, contre 117 en 2025, ce qui traduit une augmentation significative du nombre de bénéficiaires.

Le projet s'inscrit dans l'offre d'aide et de soins ambulatoire et hospitalière du territoire en contribuant au renforcement, voire à la mise en place, d'une prise en charge spécifique au sein des services d'urgence. Il repose également sur un travail structuré en réseau visant à réinscrire les jeunes dans une trajectoire cohérente d'aide et de soins. À ce titre, il favorise la collaboration entre les différents réseaux hospitaliers et partenaires du territoire, en vue d'améliorer la continuité et la coordination des prises en charge.

Le financement octroyé a permis à la fois d'augmenter le nombre de jeunes pris en charge et d'intensifier la qualité et la structuration des interventions.

Le dispositif propose un accueil, une écoute et une prise en charge spécialisée, spécifiquement adaptés au contexte des urgences, avec pour objectifs d'apaiser la situation de crise, de réaliser une première évaluation clinique et d'orienter le jeune vers les ressources appropriées, en assurant, le cas échéant, une articulation opérationnelle avec les acteurs du réseau.

Des consultations post-urgence sont organisées afin de coconstruire un projet individualisé d'aide et de soins. Par ailleurs, le projet permet la mise en place de dispositifs concertés pour les situations complexes (appelées aussi « jeunes à la croisée des chemins »), en collaboration avec les partenaires concernés, le jeune et éventuellement ses familiers.

Pour chaque projet dans chaque chantier, décrivez les résultats obtenus. Décrivez quelles améliorations concrètes ont été réalisées en termes d'accessibilité, de flux et de continuité des soins. Quelle valeur ajoutée a été générée et pour quel groupe cible l'intervention a-t-elle eu le plus d'impact ? Quels ont été les facteurs de réussite ? Quels ont été les facteurs entravants ?

Le projet permet une offre d'aide et de soins beaucoup plus uniforme sur l'ensemble de la province ainsi qu'une réponse professionnelle de proximité. Il tend à supprimer également les renvois de balles (carrousel) de service (d'urgence) en service (d'urgence).

En outre, le projet a contribué à une amélioration des collaborations entre certains services d'urgence et de pédiatrie.

Les moyens de tri et d'orientation ont été renforcés, permettant une meilleure adéquation entre les besoins des jeunes et les réponses proposées. Depuis le lancement, des procédures ont été coconstruites afin de faciliter les transferts vers des lits de liaison ou des unités de pédopsychiatrie, contribuant ainsi à une meilleure continuité des soins.

La valeur ajoutée du projet réside notamment dans le développement d'espaces de concertation et de réflexion autour des MOP, favorisant l'harmonisation des pratiques.

Le groupe cible principal est constitué des adolescents âgés de 15 à 18 ans, qui représentent la majorité des bénéficiaires (175 sur 217). Ce public est celui pour lequel l'impact de l'intervention apparaît le plus significatif.

Parmi les facteurs de réussite, il convient de souligner le travail réalisé au sein des services d'urgence et en post-urgence, visant à sensibiliser les jeunes et à les inscrire dans un projet d'aide et de soins adapté à leurs besoins. Cette approche favorise leur adhésion et renforce la pertinence des prises en charge. Le projet s'inscrit également dans une articulation forte avec le réseau en développant une collaboration étroite avec les urgences pédiatriques et les services de l'aide à la jeunesse afin d'assurer un rôle de liaison et de fluidifier le parcours de soin, tout en évitant les ruptures de prise en charge, les hospitalisations inutiles et l'errance diagnostique.

Certaines difficultés ont néanmoins été rencontrées, notamment un niveau de collaboration insuffisant entre certains acteurs du réseau, pouvant entraver la fluidité et la cohérence des parcours de soins. Nous sommes également confrontés aux difficultés financières et structurelles de terrain (manque de pédopsychiatres, lit d'hospitalisation, difficulté de trouver un psychologue avec un délai raisonnable).

Chantier 3.2. Renforcement des maternités

Rédaction : Alexandra Bobon (CHR de Huy), Aurore Poumay (CHBA), Laura Capelli et Céline Bruwier (CHR Citadelle), Marie Sacco (CHU), Françoise Mascart et Delphine Antoine (CHC), Laurie Streveler (CHRAM).

Le renforcement des maternités s'est fait via l'engagement d'un temps de travail psychologue au prorata du nombre d'accouchements par an dans chaque maternité :

Maternité	Prénom NOM	ETP
CHR de Huy	Alexandra BOBON	0,25ETP
CHBA	Aurore POUMAY	0.5 ETP
Citadelle Liège	Laura CAPPELLI	0,5 ETP
CHU Nd Bruyères	Marie SACCO	0,5 ETP
Citadelle	Céline BRUWIER	0.5 ETP
CHC-MLE	MONOYER Alexia	0.8 ETP
CHC-MLE	PIETTE Margaux (->08/2025) et GODFRIN Loraine (à partir du 09/2025)	0.2 ETP
CHC-Heusy	THUNUS Pascale (-> 05/2025) – JONLET Sarah (-> 08/2025) et MARTIN Sophie (à partir du 09/2025)	0.3ETP
CHC-Heusy	FAFCHAMPS Marie	0.2ETP
CHRAM	NICOLAS Christelle	0.25 ETP

Maternité	Nombre de bénéficiaires par an
CHR de Huy	2024 : 62 patients (50% consultations périnatales, 42% avis au sein du service et 8% néonatalogie). 2025 : 55 patients
CHBA	2024 : Suivi prénatal : 45 patients (68 consultations) - Séjour maternité/Néonatal : 94 patients - Suivi postnatal : 31 suivis (90 consultations) 2025 : Suivi prénatal : 45 patients (55 consultations) - Séjour maternité/Néonatal : 109 patients - Suivi postnatal : 27 suivis (80 consultations)
Citadelle	Maternité 117 patients, Unité Parenthèse 3 patients pendant 6 semaines dont un avec suivi de la mère une semaine et 5 semaines le père.
Citadelle (concerne le service coala)	57 bénéficiaires en 2024 et 49 bénéficiaires en 2025
CHC-MLE	Consultations prénatales précoces : 14 % en 2024 – 35% en 2025 de nos accouchements Suivis : 235 en 2024 et 210 en 2025
CHC-Heusy	Suivis : 88 en 2025
CHU	1300 patientes différentes pour 2024- 2025
CHRAM	Nombre inconnu pour 2024 38 patientes pour 2025

Pour chaque projet dans chaque chantier, veuillez fournir un état des lieux. Décrivez comment les ETP supplémentaires et l'expertise supplémentaire en pédopsychiatrie ont été intégrés dans l'offre (semi)résidentielle existante. Indiquez de quelle manière, grâce au déploiement de personnel supplémentaire, la capacité de soins pour les jeunes a été augmentée là où le besoin était le plus grand. Davantage de jeunes ont-ils été pris en charge ? Si oui, combien ? Ou les soins ont-ils simplement été intensifiés ? Ou un plus grand nombre de jeunes ont-ils bénéficié de soins plus intensifs ?

Un entretien prénatal précoce ouvert à toute patiente est mis en place avec entre autres pour objectif d'identifier les futures mamans avec des vulnérabilités (Violences conjugales, précarités sociales, dépendances, problèmes de santé mentale, deuil périnatal, antécédents obstétricaux, ...)

Cet accompagnement en partenariat permet de tisser des filets de sécurité pour les situations plus fragilisées et permet une continuité du lien malgré les séjours courts en Maternité par le biais de rdv, de passation d'échelles. En fonction des résultats, un accompagnement anténatal peut être proposé afin d'offrir un soutien émotionnel autour de la naissance. Lorsque la situation nécessite un accompagnement plus approfondi, un dispositif de soins est mis en place avec une orientation vers le réseau, afin d'assurer la continuité du soutien étant donné que l'hôpital ne propose pas de suivi psychologique à long terme. Les prises en charge sont axées sur la périnatalité. Si besoin d'une thérapie plus globale, la patiente sera réorientée.

Il s'agit donc d'un travail en réseau avec les différents services et unités internes mais également externes à l'hôpital travaillant dans le domaine de la périnatalité afin d'offrir une prise en charge la plus efficiente et complète possible aux patient(e)s dès la période prénatale.

Chaque intervenant peut faire appel pour la famille à une écoute et une mise en place du dispositif nécessaire (consultations, PPL, services spécialisés dans le travail du lien mère-enfant, équipe mobile enfant/adulte, services d'aide à la jeunesse, services de placement, ONE, services de santé, intervenants en santé mentale, hospitalisation mère-enfant, services médicaux et soignants, groupe de paroles, puéricultrices/crèches, services sociaux, etc.)

Le projet permet d'intensifier la détection et le suivi proportionnellement aux temps de travail octroyé à chaque institution.

Le projet permet également de renforcer l'accompagnement des situations de vulnérabilité en anténatal. Nous pouvons les suivre de manière plus soutenue, facilitant la création d'un lien de confiance et ainsi une meilleure adhésion et collaboration au projet de soins.

Ce renfort est d'autant plus important qu'il a été observé que les situations sont globalement plus lourdes dans toutes les dimensions médico-psycho-sociales.

Le projet facilite par ailleurs la participation aux réunions externes et le travail de coordination avec le réseau.

Cette évolution a sensibilisé les gynécologues, les sage-femmes ainsi que les services de maternité et de néonatalogie, à orienter plus précocement les patientes.

Pour chaque projet dans chaque chantier, décrivez les résultats obtenus. Décrivez quelles améliorations concrètes ont été réalisées en termes d'accessibilité, de flux et de continuité des soins. Quelle valeur ajoutée a été générée et pour quel groupe cible l'intervention a-t-elle eu le plus d'impact ? Quels ont été les facteurs de réussite ? Quels ont été les facteurs entravants ?

Le suivi en période anténatale permet de prendre le temps de rencontrer les familles, de créer un lien de confiance et de favoriser leur implication active dans leur prise en charge. Cette collaboration contribue à une meilleure préparation de la période postnatale.

- L'intensification du suivi anténatal permet la mise en place en amont des services nécessaires ce qui libère de l'espace pendant le séjour à la maternité pour la création du lien mère-enfant
- Meilleurs délais de prise en charge
- Meilleure collaboration avec le réseau extérieur dû à une meilleure présence lors des rassemblements de réseau, et à une meilleure visibilité du travail (ambulatoire, mobile, résidentiel,)
- Meilleure collaboration avec le réseau interne à l'hôpital en permettant une plus grande présence lors des réunions inter-unités/interservices : Réunion ONE, réunion d'équipe pluridisciplinaire
- Plus de temps pour penser et mettre en place de nouvelles pratiques de prises en charge et de formations du professionnel, dans le but d'améliorer l'offre de soin
- Un important travail de sensibilisation à l'importance des entretiens prénataux précoces a été réalisé auprès des gynécologues, médecins traitants,...

La valeur ajoutée est importante et elle concerne **les patientes enceintes** (le plus tôt possible dans leur grossesse) ainsi que le bébé et le co-parent.

Et ce via :

- Une prise en charge optimale dans des délais raisonnables
- Une intensification de la sensibilisation de tous les intervenants de l'existence de ce dispositif et de son importance
- Une accentuation des collaborations avec la 1ère ligne et les équipes hospitalières
- Une attention plus approfondie et professionnelle pour des situations particulières (les patientes avec mutilations, avec violences conjugales, les grossesses adolescentes, les patientes transgenres,) par notamment la formation de notre personnel et la rédaction de protocoles multidisciplinaires.
- Une réflexion institutionnelle sur la nécessité dans des situations spécifiques de prolonger le séjour à la maternité

Les facteurs de réussite :

- L'implantation et la collaboration des intervenants renfort chantier 3 au sein des différentes équipes médicales et paramédicales. Ces interventions permettent une continuité des soins et une sensibilisation auprès des patients et des structures de soins de première et seconde ligne
Elles permettront à terme l'harmonisation des pratiques par la création d'outils et de protocoles communs.
- Une amélioration de la collaboration interhospitalière avec un partage d'expériences
- La formation continue et les intervisions qui sont une ressource lors de situations difficiles.
- Liberté d'organisation du travail avec un programme d'aide proposé en fonction du besoin des patients.

Les facteurs entravants :

- Pour les situations non détectées précocement, le temps écourté du séjour à la maternité demande une très bonne connaissance du réseau et des disponibilités afin d'assurer une continuité du suivi sans moment de rupture.
L'absence d'une plateforme d'orientation vers les services compétents et de leurs disponibilités est un frein
Le système actuel n'autorise pas une durée de séjour adaptée aux besoins psycho-sociaux de la patiente.
- Les difficultés avec le réseau qui manque de ressources.
Les délais peuvent être longs avant la mise en place d'aides concrètes (notamment les services mandatés). Il arrive alors que les patients et les soignants s'épuisent, perdent confiance et la collaboration s'effrite. Le travail fait en amont est alors mis en péril.
- Le peu de moyens financiers mis à disposition pour des frais et formations.
- L'augmentation de la complexité des situations suivies. Nos services rencontrent de plus en plus de femmes (et famille) en situation de grande précarité et de détresse sociale (femmes sdf, vulnérabilité sociale, augmentation de la violence conjugale, précarité administrative,) nécessitant un accompagnement plus intensif et un travail en réseau plus renforcé.
- La non systématisation de l'orientation des patientes vers l'entretien prénatal précoce par les intervenants qui les rencontrent dès le début de leur parcours prénatal
- L'absence d'un outil optimal de transmission des informations entre les intervenants intra et extrahospitaliers

Chantier 3.3. Équipe de liaison pédopsychiatrique du CHC

Rédaction : Vincent Baro, CHC

Pour chaque projet dans chaque chantier, veuillez fournir un état des lieux. Décrivez comment les ETP supplémentaires et l'expertise supplémentaire en pédopsychiatrie ont été intégrés dans l'offre (semi)résidentielle existante. Indiquez de quelle manière, grâce au déploiement de personnel supplémentaire, la capacité de soins pour les jeunes a été augmentée là où le besoin était le plus grand. Davantage de jeunes ont-ils été pris en charge ? Si oui, combien ? Ou les soins ont-ils simplement été intensifiés ? Ou un plus grand nombre de jeunes ont-ils bénéficié de soins plus intensifs ?

Composition de l'équipe :

- ETP promérités = 2.5 ETP / ETP consommés = 2.6 ETP
- Nombre de patients bénéficiaires de la liaison (en 2025) : 578
- Composition équipe : Educateur, kiné, psychologues

Cette équipe a des contacts avec l'équipe MOBILEA et les équipes mobiles d'autres régions ainsi qu'avec l'équipe mobile d'urgence de REALISM. Nous sommes également en liaison avec tous les services d'urgences de la province et avoisinants. Notre équipe travaille aussi en liaison avec les services de 1ère ligne ainsi que tout le réseau d'aide à la jeunesse et les psychologues 1ère ligne. Le fait de travailler en liaison avec tous ces services nous permet d'assurer la continuité de la prise en charge des patients qui nous sont adressés.

Etant limités par le nombre de lits d'hospitalisation, ce renfort nous a permis d'augmenter le nombre et la qualité des prises en charge et d'améliorer l'articulation de ce suivi en interne ou vers le réseau. Nous pouvons toutefois observer une majoration de 40% des situations prises en charges entre 2022 et 2025.

Pour chaque projet dans chaque chantier, décrivez les résultats obtenus. Décrivez quelles améliorations concrètes ont été réalisées en termes d'accessibilité, de flux et de continuité des soins. Quelle valeur ajoutée a été générée et pour quel groupe cible l'intervention a-t-elle eu le plus d'impact ? Quels ont été les facteurs de réussite ? Quels ont été les facteurs entravants ?

La disponibilité de l'équipe de liaison permet de répondre dans les 24H à toute demande (interne ou externe), ce qui augmente d'emblée l'accessibilité aux soins. L'articulation au sein du réseau de soins permet d'assurer une meilleure continuité avec des orientations plus optimales. Cette mise en réseau permet davantage d'éviter des hospitalisations délétères pour les patients. En termes de flux, l'impact le plus important pour notre institution est l'intensification des collaborations entre les différents intervenants du réseau notamment pour les situations adressées aux urgences. Entre 2022 et 2025, notre équipe de liaison a pris en charge 3 fois plus de situations adressées à notre service d'urgences.

Etant donné que nous sommes un hôpital général, le groupe cible est très vaste en termes d'âge (0-18 ans) et de pathologies de santé mentale. Comme évoqué ci-dessus, la valeur ajoutée est une plus grande rapidité de la prise en charge, une meilleure gestion de situations de crise et d'urgence et une orientation plus pertinente en fonction des besoins mis en évidence chez les patients.

Les facteurs de réussite :

- Augmentation de l'offre de soins
- Amélioration de la fluidité des collaborations favorisée par une meilleure connaissance entre les intervenants
- Formation continue, expérience acquise de nos équipes

- Reconnaissance de notre département de pédiatrie au sein de la province et avoisinants

Les facteurs entravants :

- Surcharge liée au nombre de situations à gérer par l'aide à la jeunesse
- Saturation des services d'accueil en aval
- Manque de disponibilité rapide des services de 1ère ligne

Chantier 3.4. Centres pour adolescents (Polaris, La Parenthèse, Centre de Santé de l'Adolescent)

A. POLARIS

Rédaction : Dr Didier Wégimont, pédopsychiatre

Pour chaque projet dans chaque chantier, veuillez fournir un état des lieux. Décrivez comment les ETP supplémentaires et l'expertise supplémentaire en pédopsychiatrie ont été intégrés dans l'offre (semi)résidentielle existante. Indiquez de quelle manière, grâce au déploiement de personnel supplémentaire, la capacité de soins pour les jeunes a été augmentée là où le besoin était le plus grand. Davantage de jeunes ont-ils été pris en charge ? Si oui, combien ? Ou les soins ont-ils simplement été intensifiés ? Ou un plus grand nombre de jeunes ont-ils bénéficié de soins plus intensifs ?

En 2024-2025, la capacité d'accueil du CJ Polaris est restée à 10 patients. L'équipe est composée de 12.8 ETP. Les fonctions sont : (assistant) pédopsychiatre, pédiatre, coordinateur thérapeutique, psychologues, infirmiers, éducateurs, assistant social, secrétaire, psychomotricien, logopède, kinésithérapeute.

Le nombre de bénéficiaires pris en charge est environ de 50/an (un dossier statistique plus précis devrait voir le jour en 2026).

Un changement important dans le service concerne sa localisation ; fin novembre 2025, le service a déménagé dans ses nouveaux locaux situé à la Rue des Anglais. Un agrandissement du staff et une capacité d'accueil de 20 patients sont à l'ordre du jour de l'année 2026.

Le CJ Polaris est l'unique centre de jour pour adolescents sur le Grand Liège. Dès lors, nous collaborons activement avec l'ensemble des structures, qu'elles soient ambulatoires, mobiles, de jour, résidentielles, ...

Dans le cadre de la création du service, nous sommes allés activement vers les structures déjà existantes afin de nous présenter et de mieux nous situer dans le réseau déjà existant.

Le projet de départ incluant d'emblée le CHU, la Citadelle et ISoSL nous a amenés à réfléchir notre place ainsi que les trajets de soins pour les patients accueillis.

Notre projet a permis de créer une offre nouvelle, qui se situe entre l'hospitalisation et l'offre ambulatoire.

Cette nouvelle offre a rencontré d'emblée son public, nous obligeant à manager la liste d'attente au vu de la demande importante.

Notre offre, qui se veut intégrée, propose d'inclure les familles et l'entourage du patient dans la prise en charge.

Pour chaque projet dans chaque chantier, décrivez les résultats obtenus. Décrivez quelles améliorations concrètes ont été réalisées en termes d'accessibilité, de flux et de continuité des soins. Quelle valeur ajoutée a été générée et pour quel groupe cible l'intervention a-t-elle eu le plus d'impact ? Quels ont été les facteurs de réussite ? Quels ont été les facteurs entravants ?

Les moyens financiers ont permis la création d'un outil complet, à savoir le centre de jour composée d'une équipe pluridisciplinaire. La création de la page web du service est un réel atout en termes de communication vers le patient, son entourage et le réseau.

Nous nous employons à tisser des liens avec les partenaires, afin d'assurer la continuité des soins. Ces partenariats se font lors de collaborations autour de situations précises, ou lors d'initiatives réseau (immersions Realism, rencontre inter-services, ...).

En ce qui concerne les flux; notre prise en charge se veut dynamique, intensive et adaptée à l'évolution de la santé mentale du patient. Nous évaluons régulièrement, avec le patient et son entourage, la pertinence de la poursuite de la prise en charge et/ou l'orientation vers les partenaires du réseau. Ceci permet, entre autres, de maximiser le nombre de jeunes pris en charge.

Le centre de jour propose son aide à des adolescents âgés de 12 à 18 ans. En 2026, l'axe âge de transition viendra s'ajouter à l'offre (15-23 ans).

Les problématiques récurrentes tournent autour du décrochage scolaire, décrochage social, profils anxio-dépressifs,... Ces profils, dont l'expression du mal-être est davantage internalisée, ont parfois des difficultés à trouver du sens dans des offres résidentielles.

Les facteurs de réussite :

- La pluridisciplinarité de l'équipe;
- La demande forte de soins pour le public ciblé ;
- Les collaborations avec l'entourage et le réseau ;
- L'implication des travailleurs du service ;
- La collaboration avec les 3 institutions partenaires: mise à disposition de personnel, réflexions dans le cadre du Copil, ... ;
- Le sens et la finalité du centre de jour.

Les facteurs entravants :

- Les aspects architecturaux lors de l'occupation du Péri d'une part, et le futur partage des locaux avec les services PAAT-Ecotone (pour raisons financières) ;
- Notre méthode de financement (conventions SPF de 3 ans) amène à ne pas avoir de garantie durable : achat bâtiment;
- La nécessité de rassembler les 3 institutions partenaires est quelque fois un frein dans la communication et l'efficacité dans les décisions à prendre ;
- Le taux de présence fluctuants de certains patients, lié à leur difficulté psychique et/ou familiale

B. La Parenthèse

Rédaction : Christophe Brandt (CPFA)

Pour chaque projet dans chaque chantier, veuillez fournir un état des lieux. Décrivez comment les ETP supplémentaires et l'expertise supplémentaire en pédopsychiatrie ont été intégrés dans l'offre (semi)résidentielle existante. Indiquez de quelle manière, grâce au déploiement de personnel supplémentaire, la capacité de soins pour les jeunes a été augmentée là où le besoin était le plus grand. Davantage de jeunes ont-ils été pris en charge ? Si oui, combien ? Ou les soins ont-ils simplement été intensifiés ? Ou un plus grand nombre de jeunes ont-ils bénéficié de soins plus intensifs ?

L'Hôpital de jour La Parenthèse de la CPFA a ouvert en juillet 2023. La capacité d'accueil est passée de 10 à 20 lits en janvier 2025.

Public :

- Adolescents et jeunes adultes âgés de 15 à 24 ans
- Présentant des problématiques émotionnelles, relationnelles et/ou comportementales
- Jeunes demandeurs de la prise en charge

Nombre de bénéficiaires :

- 2024 : 55 bénéficiaires, 80 demandes de préadmission.
- 2025 : 80 bénéficiaires, 160 demandes de préadmission

Préadmissions non admises : Suite au choix du jeune ou suite à une nécessité de réorienter vers un partenaire adapté (hospitalisation complète, poursuite de l'école et suivi ambulatoire, ...).

Durée de séjour moyen en 2025 : 52 jours.

Composition de l'équipe (Avril 2026) :

- Assistante en psychologie : 0,5 ETP
- Assistante sociale : 1 ETP
- Educateurs : 3,8 ETP
- Ergothérapeute : 1 ETP
- Infirmière : 1 ETP
- Kinésithérapeute : 0,8 ETP
- Psychologues : 3,8 ETP
- Infirmier en chef-coordonateur : 0,5 ETP
- Pédopsychiatre : 0,5 ETP

Les demandes d'hospitalisation sont adressées par le jeune, les parents ou le réseau de soins et/ou d'aide existant. L'analyse de la demande se déroule en deux temps de préadmission, en présence du jeune, des parents et/ou du réseau.

L'hôpital de jour accueille les bénéficiaires 5 jours/semaine, de 8h30 à 16h00. La durée d'hospitalisation à temps plein (5 jours/semaine) est de 3 mois maximum. Une fréquentation adaptée au projet de sortie peut être organisée en fin d'hospitalisation (ex. : réintégration scolaire progressive).

Des rendez-vous post-hospitalisation sont proposés.

Aucune limite territoriale stricte n'est définie. Depuis septembre 2024, un enseignement de type 5 (en collaboration avec l'école Léopold Mottet) est intégré au programme thérapeutique. Des activités extérieures hebdomadaires sont organisées : échanges intergénérationnels, visites culturelles, activités nature, rencontres avec services partenaires (SAPV, AMO, maisons de jeunes, planning familial, SIEP, NOMAD...).

L'équipe entretient des collaborations soutenues tout au long du trajet de soins avec les PMS, le secteur de l'enseignement, les équipes mobiles, les CPAS, le SAJ, le SPJ, les pédopsychiatres, les psychiatres, les psychologues, les AMO, le CRSE, les médecins généralistes, le SAPV, et les hôpitaux (CPFA résidentiel, CHR Verviers, CHR Citadelle...).

De part ces collaborations, nos missions d'outreaching sont multiples et se traduisent soit par l'accompagnement des jeunes auprès de partenaires divers, soit par des rencontres entre professionnels.

Quelques exemples :

- Suivi du jeune en post hospitalisation
- Accompagnement des bénéficiaires dans les établissements scolaires : organisation de la reprise ou besoin de réorientation, rencontre avec des professeurs en questionnement et difficultés face à la santé mentale.
- Accompagnement du bénéficiaire auprès des services de police, principalement dans le cadre de dépôts de plaintes et auditions TAM.
- Accompagnement des bénéficiaires dans leurs projets de réinsertion professionnel (CRSE, forem, salon d'orientation,...)
- Accompagnement des bénéficiaires vers des partenaires d'aide à la mise en autonomie (CPAS, Racynes, AMO,...)
- La Parenthèse fait partie du groupe « Ressources » du dispositif 17-25.
- Accompagnement des bénéficiaires à des rendez-vous médicaux (prise de sang, gynécologue,)
- Contacts réguliers avec les médecins traitants
- Rencontres avec les équipes des services hospitaliers lors de transferts de bénéficiaires.
- Rencontres avec le jeune et les intervenants du SAJ et SPJ.
- Plus, toutes les autres missions d'outreaching relevant de la rencontre de partenaires et d'échanges d'expertises, comme notre participation active à divers événements, formations et colloques. (Assemblée des partenaires Realism, colloque de hôpitaux de jour, tables rondes, ...)

Nous constatons que l'offre de soins de l'hôpital de jour La Parenthèse axée sur une prise en charge pluridisciplinaire intensive en groupe, individuelle et en réseau répond à un besoin croissant des jeunes en âge de transition.

Nos bénéficiaires s'interrogent sur des questions de santé mentale, de décrochage scolaire, de liens sociaux avec leurs pairs et leur famille, de projet scolaire, professionnel et d'autonomie, ...

L'intégration des familles et des partenaires, en vue de relais, s'intègre dans le programme de soins via des bilans (à minima) mensuels.

En Janvier 2025, nous avons pu augmenter progressivement la capacité d'accueil pour atteindre 20 jeunes actuellement. En parallèle, nous avons augmenté le temps de travail assistante sociale (0.5->1etp) et Kiné (0.4->1etp) en 2025, et une pédopsychiatre a rejoint l'équipe en novembre 2025.

Les demandes d'admissions sont constantes. Actuellement (mars 2026), 30 jeunes sont en attentes. Le délai entre la demande et l'admission est actuellement de 1 à 2 mois.

Pour chaque projet dans chaque chantier, décrivez les résultats obtenus. Décrivez quelles améliorations concrètes ont été réalisées en termes d'accessibilité, de flux et de continuité des soins. Quelle valeur ajoutée a été générée et pour quel groupe cible l'intervention a-t-elle eu le plus d'impact ? Quels ont été les facteurs de réussite ? Quels ont été les facteurs entravants ?

Structuration de programme de soins en 4 phases, afin d'améliorer la temporalité du trajet de soins.

1. ACCROCHE : temps de préadmission, analyse de la demande, accroche du jeune.
2. INTENSIVE : Hospitalisation de jour : 5jours/semaine, 3 mois maximum
3. REINSERTION : Fréquentation adaptée au projet de sortie (2 semaines renouvelables 1x)
4. OUTREACHING : rendez-vous ponctuel avec les référents après la sortie. Durée variable en fonction des besoins. (Moyenne de 5 rencontres)

Les améliorations concrètes :

- Intégration de l'enseignement de type 5 en septembre 2024
- Augmentation du nombre de lits : 10 lits -> 20lits
- Augmentation des préadmissions : 8 -> 12 jeunes par mois
- Collaborations continues avec le réseau et les relais
- Collaboration soutenue et proactive avec les établissements scolaires et les PMS.
- Relais TCA (Traitant, PPL et diététique)
- Présentation continue du service dans le réseau.
- Acquisition de testings psychologiques et formation à la passation (QI, MMPI, ADOS, CARMS)
- Intégration d'une pédopsychiatre dans l'équipe en novembre 2025
- Hospitalisation cadrée dans le temps, afin de maintenir une offre de soins continue.

La valeur ajoutée :

- Création d'une offre de soins en santé mentale spécifique et centrée sur l'âge de transition, 15-24 ans. La moyenne d'âge en 2025 est de 18 ans.
- Offre de soins personnalisée permettant aux jeunes d'être accompagnés par une équipe pluridisciplinaire complémentaire.
- Echange et travail en groupe sur des thématiques propres à l'âge de transition. Thématiques d'éducation à la santé (Alimentation, assuétude, réseaux sociaux, sommeil, consentement, ...) , gestion émotionnelle, art thérapie, activités corporelles, cuisine, débat, actualité, théâtre, musique, visites/activités extérieures...
- Accompagnement individuel dans des contextes divers propres à l'âge de transition comme : la révélation de trauma, les automutilations, de pensées suicidaires, les TCA.
- Exploration diagnostique et instauration de traitements médicamenteux éventuels. Troubles psychotiques, troubles anxio-dépressif, TSA, ...
- Réorientation ou réadaptation du projet scolaire, professionnelle et/ou social.
- Complémentarité des enseignants et de l'équipe pluridisciplinaire.
- Intégration des familles dans le processus de soins, nos observations et les projets futurs
- Le service apporte une complémentarité pertinente à l'offre de soins existante du secteur de l'aide à la jeunesse.

Les facteurs de réussite :

- L'implication de l'équipe pluridisciplinaire dans la réflexion et l'élaboration du projet thérapeutique du service. Soutien d'un chargé de projet.
- Le recueil d'avis de jeunes en amont de la construction du projet et de manière continue. La participation des jeunes fait partie intégrante du programme de soins. Par exemple, le nom du service « La Parenthèse » a été proposé par les bénéficiaires.
- La rencontre avec les partenaires du réseau en amont de l'ouverture, les collaborations actuelles et à venir.
- Un site et des locaux adaptés au projet thérapeutique.
- Une équipe pluridisciplinaire performante, complémentaire, créative et sensible à la collaboration avec les familles et les partenaires du réseau.
- Une équipe pluridisciplinaire polyvalente de par l'investissement dans les diverses animations de groupe et les suivis intensifs individuels.
- L'investissement de l'équipe et de l'employeur dans la formation continue.
- L'intégration d'un pédopsychiatre et l'augmentation des ETP AS et kiné.
- Le soutien financier de donateurs pour diverses projets (AMAM, Rotary, Kiwanis) : matériels corporels, créatifs, jeux, cuisine, aménagement d'un local d'apaisement, instruments de musique.
- La possibilité d'organisation d'une réunion hebdomadaire avec l'ensemble de l'équipe, les mercredis après-midi. (Les jeunes quittent le service à 14h30) Ce temps de réunion nous permet de réaliser des analyses de cas, d'organiser le planning, de réfléchir à l'organisation générale, à la dynamique d'équipe et ponctuellement à nous former ensemble à diverses thématiques.
- La CPFA met à disposition un budget pour l'activité cuisine hebdomadaire et les activités extérieures.

Les facteurs entravants :

- Absence de relais vers des unités d'hospitalisation complète spécialisées (pédopsychiatrie) dans l'arrondissement de Verviers
- Les prises en charge spécifiques aux TCA associés. Formation équipe ? expertise diététique ?
- Les difficultés organisationnelles liées aux contraintes de transport de groupe pour les activités extérieures.
- L'organisation et la communication avec une cuisine extérieure à la CPFA.
- Délais d'attente de 1 à 2 mois.
- L'irrégularité de certains bénéficiaires est travaillée individuellement pour accrocher le jeune dans le programme. Cette irrégularité de fréquentation constitue un impact négatif sur le taux de fréquentation de l'hôpital de jour.

C. Centre de Santé de l'Adolescent

Rédaction : Dr Françoise Domine (CHC)

Pour chaque projet dans chaque chantier, veuillez fournir un état des lieux. Décrivez comment les ETP supplémentaires et l'expertise supplémentaire en pédopsychiatrie ont été intégrés dans l'offre (semi)résidentielle existante. Indiquez de quelle manière, grâce au déploiement de personnel supplémentaire, la capacité de soins pour les jeunes a été augmentée là où le besoin était le plus grand. Davantage de jeunes ont-ils été pris en charge ? Si oui, combien ? Ou les soins ont-ils simplement été intensifiés ? Ou un plus grand nombre de jeunes ont-ils bénéficié de soins plus intensifs ?

Le nombre total d'ETP alloués au différents prestataires paramédicaux est de 8.95 ETP pour l'année 2025.

L'équipe se compose de:

- 4 pédiatres et 2 généralistes spécialisés en médecine de l'adolescent, issus du département de pédiatrie du CHC, mais également un pédiatre spécialiste de la douleur, une pédiatre spécialisée en troubles du sommeil.
- 1 coordinatrice / assistante sociale
- Une équipe administrative composée de 2 secrétaires
- 2 infirmiers
- 5 psychologues (aux formations complémentaires: psychologie générale, hypnose, EMDR, thérapie systémique, sexologie et pour les troubles alimentaire FBT-E et CBT-E)
- 3 diététiciennes
- 1 éducateur

Les bénéficiaires sont des adolescents âgés de 12 à 20 ans (parfois 10-12 ans et fin de suivis au-delà de 20 ans) qui présentent une pathologie où la prise en charge médicale doit être complétée d'une approche psychosociale: troubles psychosomatiques, toute plainte somatique conjointe a des répercussions sur leur bien-être psychologique et/ou psychosocial.

367 patients ont été suivis au CSA durant l'année 2024 et 325 en 2025.

Nous réalisons entre 200 et 227 consultations par semaine.

Nous sommes identifiés comme le seul centre médical destinés aux adolescents, prenant en charge les pathologies psychosomatiques émergeant durant cette période critique tels, les troubles fonctionnels, troubles du sommeil, troubles alimentaires, consommations problématiques et conduites à risques entre autres.

Nous sommes un centre ambulatoire ouvert du lundi au vendredi de 8h à 18h.

Nous travaillons exclusivement sur RDV.

Nous travaillons par ailleurs en étroite collaboration avec le plateau d'hospitalisation pédiatrique, notamment pour les situations de troubles alimentaires et les situations médico-psycho-sociales.

Le financement nous a permis de développer et renforcer le premier centre de santé de l'adolescent en Belgique, structure qui, composée d'une équipe spécialisée en santé de l'adolescent, assure l'évaluation, le diagnostic et la prise en charge de problèmes de santé complexes chez des jeunes âgés de 12 à 20 ans, en alliant approches interdisciplinaires médicales/somatiques et psychosociales intégrées.

Nous proposons des consultations à un ou plusieurs intervenants (consultations conjointes, concertation, entretiens de famille) en fonction des besoins, mais aussi des ateliers thématiques (par

exemple: gestion du stress, troubles du sommeil, troubles fonctionnels, ateliers "sport et mouvements" pour la resocialisation via le média sport, ainsi que des ateliers de prévention).

Au-delà des soins proposés, les dimensions éducatives et préventives sont privilégiées afin d'amener les jeunes à se rendre responsables et acteurs de leur santé, par leur implication dans le choix des ateliers, l'écoute de leurs besoins en matière de santé et l'organisation de groupes de pair-aidance. La création d'un Comité de Jeunes Patients au sein du CHC est d'ailleurs en réflexion.

Nous recevons en moyenne 10 à 12 nouvelles demandes de prise en charge par semaine (367 patients ont été suivis au CSA durant l'année 2024 et 325 en 2025).

Chaque demande qui nous parvient est évaluée en première intention par anamnèse téléphonique. En cas de prise en charge, les familles sont reçues en évaluation plus complète lors d'une consultation au terme de laquelle un plan de soin est établi, avec l'implication des intervenants nécessaires à la situation. Si l'orientation vers une prise en charge du CSA n'était pas pertinente (pas de notion de trouble psychosomatique, plainte psychologique isolée, situation d'urgence psychologique et/ou de crise psychosocial, trouble psychiatrique externalisé, décompensé ou sévère), nous discutons de la meilleure orientation à proposer au sein du réseau partenaire et nous assurons de la continuité des soins en accompagnant l'adolescent et sa famille vers les démarches nécessaires. Nous travaillons donc en collaboration étroite et régulière avec le réseau, notamment les structures de soins en santé mentale et les structures pédopsychiatriques.

La création du CSA répond de manière évidente à un besoin préexistant depuis longtemps:

- D'une part celui des pédiatres et généralistes mais aussi des internistes adultes qui face à des situations médicales complexes d'AJA (adolescents-jeunes adultes) nécessitent une approche spécialisée pour renforcer leurs soins
- D'autre-part le CSA apporte une réponse par une approche (psycho)somatique à de nombreuses situations rencontrées au sein du réseau de santé mentale
- Le CSA a développé également une expertise dans la prise en charge des troubles du comportement alimentaire et est reconnu Centre Suprarégional de Référence pour les TCA par le SPF Santé et l'INAMI, en partenariat avec le service de psychiatrie adulte.
- Le CSA développe également un axe spécialisé dans la prise en charge des troubles fonctionnels à l'adolescence, quels qu'ils soient, nécessitant une approche intégrative.
- Enfin, il répond à une demande de formation spécifique en santé de l'adolescent, encore insuffisante en Belgique, par le développement de la formation EuTEACH de Liège (version francophone) en partenariat avec le programme EuTEACH de l'Université de Lausanne.

Pour chaque projet dans chaque chantier, décrivez les résultats obtenus. Décrivez quelles améliorations concrètes ont été réalisées en termes d'accessibilité, de flux et de continuité des soins. Quelle valeur ajoutée a été générée et pour quel groupe cible l'intervention a-t-elle eu le plus d'impact ? Quels ont été les facteurs de réussite ? Quels ont été les facteurs entravants ?

Initialement, la demande de soins pour des pathologies complexes psychosomatiques à l'adolescence restait bien souvent sans réponse. Le financement a permis l'engagement de paramédicaux de formations diverses pour proposer une approche complémentaire et interdisciplinaire en fonction des situations.

Les consultations et ateliers sont accessibles pour plusieurs raisons:

- Tous les soins paramédicaux sont gratuits pour le patient. Ne sont à la charge du patient que les honoraires médicaux pédiatriques au tarif de la convention INAMI et donc avec un remboursement optimal avant 18 ans.

- Le CSA occupe un espace bien différencié des polycliniques pédiatriques et adultes, dans un environnement correspondant aux recommandations de l'OMS en matière de Youth-friendly Health Services. Le CSA propose dans ses locaux des messages et du matériel de prévention, des interventions d'éducation à la santé, une invitation à la parole sur des sujets divers au-delà du motif de consultation, des sondages réguliers auprès des jeunes pour étudier leurs besoins en matière de santé et y répondre au mieux, un environnement conçu avec et pour les jeunes.
- Les rendez-vous sont organisés de manière à favoriser le regroupement des consultations afin de limiter les déplacements. Des co-consultations sont également organisées en ce sens.
- Afin d'optimiser le flux des patients: un trajet-patient a été pensé pour répondre dans un délai raisonnable aux premières demandes afin qu'elle puissent être rapidement évaluées et/ou correctement orientées, mais également pour suivre l'évolution des situations durant leur prise en charge au CSA et optimiser l'outcome lorsqu'un objectif est atteint et qu'un suivi est clôturée.
- Les infirmiers et éducateurs jouent un rôle majeur dans l'accompagnement des familles tout au long de la prise en charge mais également vers les relais extérieurs du réseau, favorisant ainsi la continuité des soins.
- Nous établissons régulièrement des contacts avec les intervenants extérieurs au CSA afin de maintenir une bonne cohérence de suivi autour des patients.

La valeur ajoutée :

L'intervention a eu et a toujours un impact majeur puisque le CSA, dans son format actuel interdisciplinaire, est à présent identifié par les médecins, les familles et l'ensemble des partenaires comme le centre de référence en matière de santé pour les adolescents.

Notre capacité de prise en charge des pathologies complexes telle entre autres les TCA ou les troubles fonctionnels n'a cessé de croître et répond à un réel manque préexistant dans ces domaines.

Les facteurs de réussite :

- Le financement des soignants rendant leurs interventions gratuites pour les patients et permettant ainsi à davantage de familles d'accéder à des soins de qualité pour leurs adolescents.
- L'environnement mis à disposition, spécifiquement dédié et orienté vers la santé des adolescents, comme décrit ci-dessus.
- La cohérence de l'équipe qui coconstruit les différents projets.
- Les ETP répartis en temps partiels qui permettent la diversité des formations et des regards, ce qui ajoute une plus-value aux prises en charge.
- Le travail réalisé par le réseau REALiSM et les différents partenaires visant à favoriser les rencontres, l'articulation des soins et les collaborations.
- Les multiples invitations lors de conférences et interventions publiques permettant la visibilité de notre travail et amenant les jeunes à consulter.
- Le soutien de notre institution, le Groupe Santé CHC, ainsi que du département de Pédiatrie qui ont mis et mettent toujours tout en œuvre pour soutenir le projet.

Les facteurs qui empêchent encore aujourd'hui d'être davantage performants sont:

- La répartition des ETP en temps partiels qui rend difficile l'organisation de concertations et co-consultations, l'articulation des prises en charge ou les projets communs.
- L'infrastructure: un très bel espace mis à disposition par le CHC (travaux réalisés en 2023), mais qui s'avère désormais trop petit pour l'étendue de l'équipe, la capacité de consultations du CSA, la réalisation des ateliers et autres groupes thérapeutiques.

Chantier 3.5. Équipe mobile “Sur la route” de Lierneux

Rédaction : Gary Bertrand

Pour chaque projet dans chaque chantier, veuillez fournir un état des lieux. Décrivez comment les ETP supplémentaires et l'expertise supplémentaire en pédopsychiatrie ont été intégrés dans l'offre (semi)résidentielle existante. Indiquez de quelle manière, grâce au déploiement de personnel supplémentaire, la capacité de soins pour les jeunes a été augmentée là où le besoin était le plus grand. Davantage de jeunes ont-ils été pris en charge ? Si oui, combien ? Ou les soins ont-ils simplement été intensifiés ? Ou un plus grand nombre de jeunes ont-ils bénéficié de soins plus intensifs ?

Composition de l'équipe : 2 ETP intégrés dans l'équipe actuelle (1ETP éducateur, 1ETP psychologue)
Nombre de suivis en 2024-2025: 25 suivis (16-23 ans)

Notre prise en charge est passée d'un âge minimum de 18 ans à un âge minimum de 16 ans. Le reste du fonctionnement est le même que pour l'équipe mobile déjà en place. L'ensemble de l'équipe est amené à travailler avec la tranche d'âge 16 ans-23 ans.

Nous n'offrions pas de prise en charge pour les 16-18ans auparavant. Nous avons donc pu répondre à des demandes concernant cette tranche d'âge et intensifier les prises en charge existantes pour les 18-23 ans. Cela nous a aussi permis de pouvoir répondre plus vite à la demande de manière générale.

Pour chaque projet dans chaque chantier, décrivez les résultats obtenus. Décrivez quelles améliorations concrètes ont été réalisées en termes d'accessibilité, de flux et de continuité des soins. Quelle valeur ajoutée a été générée et pour quel groupe cible l'intervention a-t-elle eu le plus d'impact ? Quels ont été les facteurs de réussite ? Quels ont été les facteurs entravants ?

Les améliorations :

- Accélération du traitement des demandes
- Répondre à des demandes 16-18ans (pas besoin de tuilage avec d'autres partenaires pour les 16-18 ans -> continuité des soins pour le jeune)

La valeur ajoutée :

- Accélération du traitement des demandes pour les 16-23 ans
- Impact principalement pour les 18-23 ans (tranche où il y a le plus de demandes)

Les facteurs de réussite : Intégration dans une équipe existante permettant de bénéficier du support de l'équipe en place (véhicule, locaux, expertise de l'équipe, support médical, ...)

Les facteurs entravants : Nombre d'ETP trop peu élevé pour constituer une mini-équipe autour d'un patient (idéalement 3 personnes)

Chantier 4. Renforcement du case management

Rédaction : Dr Benjamin Reuter, pédopsychiatre de réseau

Pour chaque projet dans chaque chantier, veuillez fournir un état des lieux. Décrivez comment les ETP supplémentaires et l'expertise supplémentaire en pédopsychiatrie ont été intégrés dans l'offre (semi)résidentielle existante. Indiquez de quelle manière, grâce au déploiement de personnel supplémentaire, la capacité de soins pour les jeunes a été augmentée là où le besoin était le plus grand. Davantage de jeunes ont-ils été pris en charge ? Si oui, combien ? Ou les soins ont-ils simplement été intensifiés ? Ou un plus grand nombre de jeunes ont-ils bénéficié de soins plus intensifs ?

Composition de l'équipe :

Le pôle « case management » est composé de 4 personnes : 3 intervenants engagés dans le cadre du chantier et un mi-temps engagé par les moyens flexibles. 2 personnes sont TP, une personne à mi-temps, et une autre à 4/5. Un médecin pédopsychiatre et un coordinateur complètent l'équipe. Les fonctions sont toujours les mêmes que précédemment : psychologue, psychomotricien, infirmière santé communautaire et éducatrice spécialisée.

Moyenne de 24 nouvelles situations/an s'ajoutant aux autres suivis.

Le projet vient compléter l'offre (semi-)résidentielle/mobile/ambulatoire tant en amont qu'en aval. Il tend aussi à contribuer à la prise en charge des jeunes à la croisée des secteurs/des chemins. Le réseau identifie le besoin de fil rouge dans les situations complexes et intersectorielles. Le nombre de demande est grandissant, le réseau (aide à la jeunesse, santé mentale et handicap) identifie nos missions et se montre présent pour les collaborations.

Renforcement de la capacité de soins :

- Continuité : les situations sont suivies jusqu'au 23 ans du jeune, nous restons en parallèle des situations en 2^{ème} ligne nous sommes le lien entre les différents moments de vie que le jeune a pu vivre, lien entre le secteur de la jeunesse et le secteur adulte (>18ans). Lien entre les différents intervenants et les 3 secteurs concernés. Lien dans les transitions d'âge de vie.
- Neutralité : Nous ne sommes pas responsables du projet thérapeutique, protection ou résidentiel du jeune. Nous ne sommes pas mandatés et restons neutres dans l'intérêt du jeune. (Bas seuil).
- Le nombre de personnes au sein du pôle a permis et permet encore d'augmenter le nombre de suivi sans liste d'attente. 84 nouvelles situations depuis 2023 et 149 au total.

Pour chaque projet dans chaque chantier, décrivez les résultats obtenus. Décrivez quelles améliorations concrètes ont été réalisées en termes d'accessibilité, de flux et de continuité des soins. Quelle valeur ajoutée a été générée et pour quel groupe cible l'intervention a-t-elle eu le plus d'impact ? Quels ont été les facteurs de réussite ? Quels ont été les facteurs entravants ?

Les améliorations :

- Disponibilité, créativité, réactivité du pôle pour rentrer dans les nouvelles situations
- Pas de liste d'attente
- Ne pas répéter une Xème fois la même chose, tenter d'éviter la mise en échec répétée
- Focus sur les ressources/compétences ou en tout cas les leviers, apport ou rappel d'éléments alternatifs aux discours et attitudes fatalistes
- Aucun (forcément) critère d'exclusion au dispositif CM

La valeur ajoutée :

Public cible : jeunes dits anciennement incasables, à la croisée des secteurs aide à la jeunesse, AVIQ, santé mentale. Au vu des différentes demandes, nous pouvons dire que le public cible des demandes a été les jeunes nés entre 2006 et 2010. Depuis 2023, nous avons absorbé 84 demandes.

Les facteurs de réussite :

- Maillage
- Collaboration des différents secteurs
- Concertation et communication avec le réseau
- Lien non intrusif avec le jeune qui nous identifie et nous sollicite
- Expérience positive avec certains acteurs, qui après une première expérience de collaboration nous sollicite à nouveau

Les facteurs entravants :

- Manque de solution d'hébergement qui met à mal le projet du jeune, sa compliance
- Solutions d'hébergements lointaines qui nous font faire beaucoup de déplacements
- Difficultés de certains partenaires de nous associer aux réflexions concernant les jeunes pris en charge

Chantier 5. Équipes double diagnostic 0-5 ans (Tempo, l'Éveil, Baby Spot)

A. TEMPO

Rédaction : Caroline Lejeune (AIGS)

Pour chaque projet dans chaque chantier, veuillez fournir un état des lieux. Décrivez comment les ETP supplémentaires et l'expertise supplémentaire en pédopsychiatrie ont été intégrés dans l'offre (semi)résidentielle existante. Indiquez de quelle manière, grâce au déploiement de personnel supplémentaire, la capacité de soins pour les jeunes a été augmentée là où le besoin était le plus grand. Davantage de jeunes ont-ils été pris en charge ? Si oui, combien ? Ou les soins ont-ils simplement été intensifiés ? Ou un plus grand nombre de jeunes ont-ils bénéficié de soins plus intensifs ?

Nombre d'ETP atteint & composition de l'équipe :

L'équipe est au complet et comprend : 0,50 ETP coordination, 0,20 ETP médecin pédopsychiatre et 4,5 ETP équipe thérapeutique (1 ETP logopède, 1ETP psychomotricienne, 1ETP psychologue, 0,50 ETP kinésithérapeute, 0,50 ETP ergothérapeute et 0,50 assistante sociale).

Nombre de bénéficiaires/an : En 2024, nous avons reçu 49 nouvelles demandes, et nous en avons acceptées et suivies 19. En 2025, nous avons également suivi 19 enfants et notre service a reçu 30 nouvelles demandes : 9 demandes ont été acceptées, dont 3 suivies au cours de l'année. Pour les demandes « non acceptées », 47 % n'ont pas abouties parce que le parent n'a pas donné suite à la demande portée par le réseau. L'autre moitié des demandes a été réorientées, car elle ne rentrait pas dans nos missions : par exemple, un enfant « trop âgé » étant donné la liste d'attente d'un an; un enfant présentant une problématique isolée en santé mentale, sans double diagnostic, une famille habitant en dehors de l'arrondissement de Liège, ...

Notre projet d'Outreaching s'intègre de manière complémentaire et innovante en répondant à un besoin jusqu'ici non couvert dans le territoire : offrir un suivi transdisciplinaire intensif pour de très jeunes enfants présentant un double diagnostic, directement au domicile de familles vulnérables confrontées à des obstacles d'accès aux soins. TEMPO occupe une place unique dans le paysage local en contribuant à renforcer la continuité des parcours et à prévenir l'aggravation des situations.

Notre projet pilote a permis de renforcer la capacité de prise en charge des jeunes enfants au sein de l'arrondissement de Liège. En 2025, 19 enfants présentant un double diagnostic ont été bilantés par notre service. Parmi eux, 15 enfants ont bénéficié d'un accompagnement intensif, à raison de trois séances par semaine par une équipe pluridisciplinaire (logopède, kinésithérapeute, psychologue, ...).

Pour chaque projet dans chaque chantier, décrivez les résultats obtenus. Décrivez quelles améliorations concrètes ont été réalisées en termes d'accessibilité, de flux et de continuité des soins. Quelle valeur ajoutée a été générée et pour quel groupe cible l'intervention a-t-elle eu le plus d'impact ? Quels ont été les facteurs de réussite ? Quels ont été les facteurs entravants ?

Un suivi ambulatoire d'une telle intensité n'aurait pas pu être mis en place sans notre dispositif, en raison de difficultés importantes liées à la mobilisation des parents et à l'accès aux soins. Sur les 19 situations, 4 nous ont d'ailleurs été orientées par des services ambulatoires qui ne parvenaient pas à engager les parents dans leur prise en charge. Pour les autres familles, l'orientation vers notre dispositif répondait à des obstacles majeurs à la mise en place d'un suivi extérieur : difficultés à sortir de leur domicile, isolement social, problématiques de santé mentale, manque de ressources financières, ... Notre intervention a donc joué un rôle déterminant pour garantir un accès à des soins adaptés et continus.

Au cours de la prise en charge et pour éviter des ruptures dans les trajectoires de soins, nous anticipons la fin de notre prise en charge en activant le réseau le plus tôt possible. Ainsi, la moitié des situations ont pu être réorientées directement à la fin de notre suivi et un accompagnement dans cette transition a pu se faire, ce qui est extrêmement positif puisque cela souligne tout le travail réalisé par l'équipe autour de la mobilisation des familles vers un service extérieur. Pour l'autre moitié, il y a eu une forme de rupture dans le trajet de soins, soit en raison d'une crise qui ne nous permettait plus d'accomplir notre mission (30% des situations clôturées), soit en raison de l'absence de place dans un service spécialisé (centre de jour ou centre de rééducation ambulatoire).

La valeur ajoutée :

Groupe cible :

- Les jeunes enfants de moins de 5 ans présentant un double diagnostic, pour lesquels une intervention précoce est déterminante.
- Les familles en situation de vulnérabilité, notamment celles ayant peu ou pas de mobilité, confrontées à des délais d'attente dépassant deux ans vers d'autres services spécialisés, rencontrant des difficultés à maintenir un suivi en ambulatoire, ...

Valeur ajoutée générée :

- Accès facilité aux soins grâce aux interventions à domicile.
- Intervention précoce dans une période de forte plasticité développementale, augmentant les chances de retour vers une trajectoire normative ou de réduction des handicaps secondaires.
- Réduction des ruptures de soins grâce à un accompagnement intensif et continu.
- La prise en charge intensive à domicile constitue un modèle innovant qui se distingue clairement du travail en bureau. Le domicile permet une meilleure connaissance du contexte de vie, ce qui favorise une prise en charge écologique. Le travail à domicile offre également la possibilité de travailler avec le parent à nos côtés, ce qui facilite le partenariat.
- Complémentarité avec le réseau existant, en offrant une solution là où les services spécialisés sont saturés ou inexistantes.

Les facteurs de réussite :

- La formation continue de l'équipe est indispensable pour comprendre et accompagner les situations complexes liées au double diagnostic (attachement, autisme, parentalité...).
- Avoir des espaces de soutien pour les professionnels : les réunions d'équipe, les interventions permettent de réfléchir ensemble, de « déposer » les situations difficiles et de soutenir la pratique.

- Les qualités des professionnelles et notamment, leur implication, leur ouverture et leurs capacités d'adaptation est également un facilitateur précieux pour s'adapter aux différents contextes de vie, gérer les situations imprévisibles, ...
- Le travail en binôme et en pluridisciplinarité apporte une réelle plus-value et est particulièrement nécessaire au vu des situations complexes que nous prenons en charge. Cette approche de co-intervention permet de soutenir simultanément l'enfant dans son développement, tout en accompagnant le parent dans ses observations et ses interactions avec son enfant.
- Le partenariat construit avec les parents : l'équipe veille à donner aux parents une place privilégiée dans la prise en charge de leur enfant. La collaboration se construit par la co-construction des objectifs avec les parents ; par une présence régulière et rassurante des intervenants ; par des temps d'échange, à chaque séance, entre professionnels et parents. Lorsque le parent devient un véritable partenaire de la prise en charge, l'intervention gagne en cohérence et en continuité, ce qui favorise de meilleurs progrès chez l'enfant.
- La collaboration étroite avec les parents et le réseau de professionnels : les réunions régulières organisées avec et autour de la famille permettent de clarifier les objectifs, les rôles et d'éviter les ruptures ou contradictions dans l'accompagnement.
- Accompagner la continuité : lorsque nous orientons la famille vers un autre service (par exemple : un service d'accompagnement, le SAJ, ...), nous leur proposons de les accompagner au premier rendez-vous afin de faciliter cette transition.

Les facteurs entravants :

Les défis auxquels nous faisons face :

- Les listes d'attente : Le réseau de la petite enfance est actuellement saturé : certaines familles, bien que mobiles, n'ont pas accès aux soins nécessaires pour leur enfant et se retournent alors vers notre service, cela entraîne pour notre service une saturation des demandes, avec une liste d'attente d'environ un an, sans possibilité de proposer d'autres orientations aux familles. La saturation des centres thérapeutiques de jour accentue encore cette situation : des enfants qui devraient y être suivis ne peuvent y accéder et se tournent alors vers nos services.
- La charge émotionnelle élevée pour les équipes : l'intervention à domicile expose l'équipe à des contextes imprévisibles, des situations de crise, qui peuvent générer un sentiment d'insécurité.
- Le profil des familles qui cumulent plusieurs vulnérabilités (précarité, isolement, difficultés de santé, problématiques psychiatriques, difficultés administratives, problèmes de logement, ...). Ces facteurs alourdissent la prise en charge et peuvent en constituer un frein.
- La faible demande ou alliance thérapeutique : il peut arriver que la collaboration soit mise à mal lorsque les thérapeutes et le parent ne parviennent pas à se rencontrer pour diverses raisons. Il devient alors difficile de travailler avec l'enfant
- L'intensivité du suivi peut être difficile à soutenir sur du long terme.
- La barrière linguistique : Certaines familles ne parlent pas du tout le français, ce qui complique la communication, la compréhension des enjeux et la mise en place d'un accompagnement cohérent. Dans ces situations, nous avons recourt à un traducteur à des moments-clé de la prise en charge.
- Difficulté de passer le relais au-delà des 5 ans : Lorsqu'il s'agit d'orienter un enfant de plus de 5 ans, nous constatons également que les services spécialisés présentent eux aussi des délais d'attente importants. Malgré nos efforts pour anticiper la fin des suivis, des ruptures dans les parcours de soins surviennent.

B. L'éveil 0-5 ans

Rédaction : Marie Lacasse (Entre Familles)

Pour chaque projet dans chaque chantier, veuillez fournir un état des lieux. Décrivez comment les ETP supplémentaires et l'expertise supplémentaire en pédopsychiatrie ont été intégrés dans l'offre (semi)résidentielle existante. Indiquez de quelle manière, grâce au déploiement de personnel supplémentaire, la capacité de soins pour les jeunes a été augmentée là où le besoin était le plus grand. Davantage de jeunes ont-ils été pris en charge ? Si oui, combien ? Ou les soins ont-ils simplement été intensifiés ? Ou un plus grand nombre de jeunes ont-ils bénéficié de soins plus intensifs ?

Notre prise en charge pluridisciplinaire et en binôme est centrée sur l'enfant. L'enfant est vu deux fois/semaine au sein de notre service et/ou milieux de vie (crèche, école, domicile, ...). Notre phase d'observation nous permet de définir le cadre de prise en charge, qui sera le plus bénéfique pour l'enfant, tout en tenant compte de la situation familiale (fréquence, déplacement, ...). Ce cadre se veut souple pour s'adapter aux besoins de l'enfant mais aussi aux dispositions familiales : l'objectif étant d'assurer le suivi dans le temps, d'éviter l'épuisement et les ruptures pour un suivi de qualité – un accompagnement sur-mesure.

Notre équipe en 2025 est composée de :

- Coordination : 15h
- Psychologie : 2*19h
- Logopédie : 19h
- Psychomotricité : 1*19h et 1*24h
- Pédopsychiatre : une journée/sem

En 2025, 26 enfants sont pris en charge deux fois/sem par un binôme de thérapeutes. Nous avons reçu 31 nouvelles demandes de prises en charge sur l'année.

- 6 enfants ont été pris en charge dans le courant de l'année
- 3 enfants sont en attente d'un suivi à l'Eveil
- 17 enfants ont été pris en charge par l'équipe Coups d'Pouce
- 5 enfants ont été réorientés vers le réseau (AMO, SSM, indépendants, ...)

Notre projet s'inscrit dans le réseau de soins du patient, en tant que dispositif de deuxième ou de troisième ligne.

Nous collaborons étroitement avec le réseau déjà existant autour du patient et veillons, lorsque cela est nécessaire, à le renforcer lorsque celui-ci apparaît insuffisant ou incomplet au regard de la problématique de l'enfant et/ou de sa famille.

Notre service est un dispositif de soins spécialisés proposant une prise en charge intensive, déployée sur un territoire géographique défini et restreint. Les patients sont adressés par des professionnels et doivent présenter une évaluation diagnostique en cours ou un diagnostic établi.

Le projet a indéniablement permis d'augmenter la capacité de prise en charge pour le public cible (double diagnostic 0-5ans), aucune structure similaire n'existait auparavant sur le territoire. Il a ainsi un impact direct sur l'accès aux soins spécialisés pour ce public spécifique, ainsi que sur la qualité de vie des familles, grâce à un service de proximité, mobile et pluridisciplinaire.

Par ailleurs, le service veille à développer une collaboration étroite avec les familles et les crèches et les écoles, afin de les positionner comme partenaires dans l'accompagnement. Cette collaboration vise à soutenir l'aménagement des besoins spécifiques de l'enfant, à favoriser une meilleure compréhension de ses comportements et de son fonctionnement, et à renforcer la capacité d'adaptation des professionnels autour de l'enfant, ainsi que leur empathie et leur bienveillance à l'égard de l'enfant et de sa famille.

Le dispositif repose sur une prise en charge intensive, les enfants étant suivis à raison de deux séances par semaine. En l'absence de cette structure, les soins seraient davantage morcelés, assurés par des prestataires indépendants à un rythme moins soutenu, avec un coût financier plus élevé pour les familles et une coordination entre professionnels moins fluide.

Pour chaque projet dans chaque chantier, décrivez les résultats obtenus. Décrivez quelles améliorations concrètes ont été réalisées en termes d'accessibilité, de flux et de continuité des soins. Quelle valeur ajoutée a été générée et pour quel groupe cible l'intervention a-t-elle eu le plus d'impact ? Quels ont été les facteurs de réussite ? Quels ont été les facteurs entravants ?

Les améliorations :

Sur le plan de l'accessibilité, la création du dispositif a permis de proposer une offre de soins spécialisée de proximité, réduisant ainsi les freins liés à la distance, à la disponibilité des services et aux coûts associés à des prises en charge éclatées. La mise en place d'un premier entretien rapide, associant la pédopsychiatre et un membre de l'équipe, contribue également à diminuer les délais d'accès à une première évaluation et à orienter plus rapidement les situations vers le dispositif le plus adapté.

En termes de flux, une réflexion d'équipe a été menée afin d'optimiser l'orientation des patients dès l'admission, en évaluant de manière plus précise l'adéquation entre les besoins de l'enfant et l'intensité de prise en charge proposée.

Enfin, concernant la continuité des soins, un travail important a été réalisé autour de la coordination avec le réseau existant (familles, écoles et partenaires externes), afin d'assurer une cohérence dans les interventions. L'élaboration d'outils communs (charte de prise en charge, folder explicatif des étapes du suivi) ainsi que le renforcement des échanges avec les familles visent à soutenir l'alliance thérapeutique et à réduire les risques de ruptures dans les suivis.

Par ailleurs, l'inscription du service dans une dynamique de réseau contribue à faciliter, autant que possible, les relais et la continuité des prises.

La valeur ajoutée :

La principale valeur ajoutée réside dans la création d'un dispositif de soins spécialisés spécifiquement destiné à ce public, en réponse à une offre inexistante ou largement insuffisante sur le territoire. En effet, les structures existantes ne permettent pas toujours de répondre de manière adéquate à la complexité de ces situations.

Par ailleurs, l'offre de relais après l'âge de 5 ans reste limitée en ambulatoire et en semi-résidentiel, notamment en raison de l'absence de centre de jour adapté, ce qui renforce l'importance d'un dispositif comme le nôtre dans le parcours de soins précoce.

Les facteurs de réussite :

Plusieurs facteurs ont contribué à la réussite du projet :

Tout d'abord, le tissage de liens de collaboration étroits avec les acteurs de terrain de la région (écoles, crèches, ONE, médecins généralistes et pédiatres) a permis d'ancrer le service dans le réseau existant et de favoriser une prise en charge coordonnée des situations.

Ensuite, le travail de clarification et de diffusion des missions du service ainsi que de son champ d'intervention a facilité la compréhension de l'offre de soins et son intégration dans le paysage local.

Par ailleurs, l'accueil favorable des autres professionnels constitue un élément déterminant, dans un contexte régional où les ressources spécialisées sont limitées. Cette ouverture a favorisé la collaboration et les orientations vers le service.

Enfin, le partenariat avec les différentes antennes ONE représente un appui important, notamment par la mise à disposition de leurs locaux lorsque les prises en charge à domicile ne sont pas possibles et que les patients présentent une mobilité réduite.

Les facteurs entravants :

- Plusieurs facteurs ont freiné le développement optimal du projet.
- Tout d'abord, maintenir une équipe stable constitue un enjeu important. Le travail requiert des thérapeutes à l'aise avec des situations complexes, notamment auprès d'enfants présentant d'importants troubles du développement. Il nécessite également une aisance dans le travail thérapeutique en binôme non fixe, impliquant une proximité physique et émotionnelle entre collègues.
- Par ailleurs, le nombre de demandes excédant les capacités de prise en charge constitue une limite structurelle importante, entraînant inévitablement des refus ou des délais d'accès. Enfin, l'insuffisance de financement des frais de fonctionnement, liée à l'absence d'ancrage dans une structure institutionnelle plus large, conduit à des conditions de travail parfois précaires et à une certaine forme d'ajustement permanent dans l'organisation du service.
- Dans ce contexte, le service réaffirme sa volonté de renforcer son cadre, notamment par une augmentation des moyens alloués, afin de consolider l'équipe, stabiliser les pratiques et répondre de manière plus adéquate à l'ampleur des demandes et à la complexité des situations prises en charge.

C. Baby-spot

Rédaction : Françoise MASCART (CHC)

Pour chaque projet dans chaque chantier, veuillez fournir un état des lieux. Décrivez comment les ETP supplémentaires et l'expertise supplémentaire en pédopsychiatrie ont été intégrés dans l'offre (semi)résidentielle existante. Indiquez de quelle manière, grâce au déploiement de personnel supplémentaire, la capacité de soins pour les jeunes a été augmentée là où le besoin était le plus grand. Davantage de jeunes ont-ils été pris en charge ? Si oui, combien ? Ou les soins ont-ils simplement été intensifiés ? Ou un plus grand nombre de jeunes ont-ils bénéficié de soins plus intensifs ?

Composition de l'équipe : 2 psychologues (1 ETP), 2 psychomotriciennes (1 ETP), 1 pédopsychiatre
Nombre de suivis : 91 patients pris en charge sur l'année 2025.

Intégration dans l'offre (semi)-résidentielle/mobile/ambulatoire :

Collaboration avec le service La Croche du MontLégia, les centres ONE locaux, les pédiatres, les sages-femmes, professionnels de la petite enfance et périnatalité de la région liégeoise et verviétoise. Nos suivis sont ambulatoires, certains suivis sont réalisés lors de l'hospitalisation d'un patient.

Le service n'existait pas avant. Le financement a permis la mise en place du service et l'augmentation du nombre de bébés et leurs familles pris en charge dans leur globalité.

Pour chaque projet dans chaque chantier, décrivez les résultats obtenus. Décrivez quelles améliorations concrètes ont été réalisées en termes d'accessibilité, de flux et de continuité des soins. Quelle valeur ajoutée a été générée et pour quel groupe cible l'intervention a-t-elle eu le plus d'impact ? Quels ont été les facteurs de réussite ? Quels ont été les facteurs entravants ?

Les améliorations :

- Détection de retards développementaux plus précoces et prises en charge précoces.
- Établissement d'un réseau pour les patients et développement d'une meilleure collaboration autour de la périnatalité.
- Réorientation si nécessaire vers le réseau local adapté (en fin de prise en charge ou en complément)

La valeur ajoutée :

Intervention et diagnostic plus précoce, prise en charge de la dyade parents bébé. Avec une plus grande demande chez les 0-6 mois et les 20-24 mois (retard de développement avec composante relationnelle récurrente)

Les facteurs de réussite :

- La thérapie en binôme, et la flexibilité de ceux-ci en fonction de la demande.
- La rapidité d'intervention pour les 0-6 mois.
- L'absence de liste d'attente.
- La prise de contact avec le réseau des familles.
- La gratuité du service.

Les facteurs entravants :

- L'absentéisme et l'irrégularité des patients.
- Pour certains l'absence de demande.
- La gratuité du service entraîne peut d'investissement chez certains patients.

• 4 . Soins de crise mobile

Rédaction : Patrick Scuvie, gestionnaire d'équipe de MobiLea.

Le rapport est issu d'un travail collaboratif qui associe les membres de l'équipe mobile crise, l'interface, le médecin réseau (D. Lermينياux) et le gestionnaire d'équipe.

1. Modalités d'intervention

1.1. Décrivez les heures de travail effectives (jours, soirées, weekends) de l'équipe mobile de crise SMEA.

De façon générale, nous fonctionnons du lundi au vendredi de 08h00 à 18h00. Nous ne sommes pas théoriquement opposés au travail en soirée, les week-ends et jours fériés. Il est vite apparu que cette démarche, très onéreuse (sur le plan financier et organisationnel), nous empêcherait de remplir nos missions.

1.2. Quelle est votre capacité maximale de prises en charge simultanées sur une journée ?

23 RDVs

1.3. Comment gérez-vous les délais d'intervention pour que ceux-ci restent cohérents avec gestion de crise.

Deux délais nous servent de repère : 48h en jours ouvrables entre le message et la réponse téléphonique et 48h entre la réception de la demande et la prise de contact pour avoir le premier RDV.

1.4. Existe-t-il des critères de priorisation des situations, si oui lesquels ?

Oui, surtout quand il est constaté un afflux de demande et /ou une saturation dans les prises en charge. Toutes les situations sont entendues et analysées et nous tentons de dégager d'autres pistes lorsque c'est possible.

Les critères de priorisation sont : la dangerosité/intensité des passages à l'acte /altération générale du fonctionnement du jeune de façon récente – absence de réseau / contexte de vie précaire – âge de l'enfant – demande adressée par les urgences pour des situations qui auraient nécessité une hospitalisation.

Existe-t-il des critères d'exclusion, si oui lesquels ?

Non

Décrivez les accords au sein du réseau SMEA concernant l'orientation vers les soins de crise psychiatrique durant les plages horaires où l'équipe mobile de crise SMEA n'est pas disponible.

De manière générale, l'équipe mobile n'est pas la seule piste de soins de crise psychiatriques et, encore moins, celle de l'aide et soins de crise.

Ainsi, l'équipe mobile n'a pas pour fonction de se substituer à un service ou de répondre à une demande concernant une urgence (moins de 24h et possibilité de danger vital). Le message sur le répondeur téléphonique conseille de contacter le MT ou si nécessaire les services d'urgences (112). Les lits K dits

de réseau tout comme les lits de liaison peuvent être éventuellement activés via un passage aux urgences.

Pour les jeunes connus, la collaboration est mutuelle (amont et aval) et une disponibilité téléphonique est proposée dans des horaires élargis.

2. Accessibilité et efficience

2.1. Quelles sont les modalités de contact pour les familles et les jeunes ?

L'introduction de la demande se fait par répondeur téléphonique/texto/courriel. Lors de la prise en charge, les contacts sont menés via application de messagerie, réseaux sociaux au besoin, textos et bien entendu le téléphone (fixe et GSM).

2.2. Existe-t-il une permanence ou un triage en cas de crise aiguë en collaboration avec d'autres partenaires du réseau ? Décrivez le système.

Non.

2.3. Dans quelle mesure l'équipe mobile de crise SMEA parvient-elle à intervenir rapidement et à prévenir une escalade supplémentaire ?

Il est utile de ne pas confondre précipitation et efficacité.

Afin de renforcer l'empowerment d'une part, de répondre aux prescrits légaux et éthiques d'autre part, il est absolument nécessaire d'avoir un accord éclairé à partir d'informations suffisantes.

La désescalade constitue un des buts de l'intervention. Ainsi, le fait d'être pris en charge par une équipe peut éviter les mouvements de réponses ou de comportements préjudiciables de la part des parents ou des jeunes. Nous pouvons alors mettre des mots avec eux sur les événements passés et construire ensemble un plan de soin afin d'amener un nouvel équilibre dans la situation.

Il est à remarquer que pour beaucoup de situations, le trajet d'aide et de soins est irrégulier. Il est rappelé que le dispositif des équipes mobiles vient principalement en complément de ce qui existe.

2.4. Quels éclairages les équipes mobiles de crise SMEA apportent-elles sur les situations dans lesquelles elles sont sollicitées en raison des limites de l'aide à la jeunesse régulière ? Que nous indique cela sur les domaines où un renforcement est le plus nécessaire ?

La plus-value diffère s'il s'agit d'un service public ou privé :

- Supervision des SAJ de l'arrondissement de Liège par le médecin réseau ;
- Regard et intervention en santé mentale afin de comprendre le fonctionnement du jeune et de sa famille et de réfléchir à la meilleure trajectoire de soins possible ;
- Décloisonnement des secteurs tout en précisant les rôles de chacun et explicitant les attentes mutuelles ;
- Meilleure qualité de la prise en charge de situations complexes en ayant une attention particulière à une bonne collaboration intersectorielle ;
- Compréhension et mise en œuvre (ou non) s'il échec de mesures plus ou moins contraignantes ;
- Éclosion de solutions créatrices individuelles et institutionnelles (ex : JPT) ;

- Expertise et réflexion autour de ce qui ressort strictement de la santé mentale et/ou de problématiques plus éducatives.

3. Collaboration avec les Équipes Mobiles de Crise Adultes (Équipes 2A)

3.1. Avec quelle(s) équipe(s) mobile(s) adulte(s) collaborez-vous ? Décrivez la collaboration.

Les équipes adultes DD via l'Interface DD (originalité en province de Liège) peuvent être sollicités pour les + de 16 ans.

Les équipes mobiles (2A et 2B) s'articulent au besoin avec la nôtre concernant la parentalité. Plus largement, les équipes respectives sont aisément interpellables pour leurs publics cibles.

Mise en place de rencontres périodiques (1X/3mois) entre nous. Organisation d'immersions mutuelles.

La plupart des collaborations sont effectives et fonctionnent même si nous pouvons nous heurter à des divergences liées à nos missions différentes.

3.2. Comment évalueriez-vous la collaboration avec les équipes mobiles de crises adultes dans le contexte du développement du projet urgence de proximité ? Décrivez la plus-value et/ou les freins rencontrés dans la collaboration.

Pas encore vraiment d'application.

3.3. Quelles propositions d'amélioration sont identifiées ?

Comme écrit, nous n'avons pas encore eu l'opportunité de fonctionner pratiquement ensemble dans le contexte du projet urgence. Auparavant, plusieurs rencontres ont été organisées autour de l'appel à projet ce qui participera sans aucun doute à une bonne collaboration.

4. Lien avec la Fonction Urgence de Proximité (FUP)

4.1. Existe-t-il des collaborations effectives entre la fonction d'urgence des équipes mobiles adultes et l'équipe mobile de crise SMEA ?

Pas encore à notre connaissance de réel démarrage de la FUP.

4.2. Avec quelle(s) équipe(s) mobile(s) adulte(s) collaborez-vous ? Décrivez la collaboration et les modalités de coordination lors d'une crise aiguë/urgence. Décrivez la plus-value et/ou les freins rencontrés dans la collaboration.

Idem que supra

4.3. Quelles est ou serait (idéalement) la répartition des rôles entre FUP, EMC SMEA et autres acteurs? Que manque-t-il pour arriver à une situation idéale ?

Nous avons été les premiers à réfléchir à une mission de prise en charge des urgences Santé Mentale pour Enfants et Adolescents. Ce pourquoi nous avons créé (lors des Chantiers) une équipe baptisée EMU. Conformément à ce qui a été écrit plus haut, il s'agit d'une équipe « jours ouvrables », qui vient en aide aux services d'urgence, sans s'y substituer.

La création par nous-même de cette équipe (équipe mobile d'urgence enfant et adolescent) a fait émerger un nouvel acteur avec lequel l'équipe mobile collabore activement et positivement.

Le Dr Mendola, médecin réseau, et notre équipe mobile d'urgences EMU participent activement au GT COMSMEA urgences, lequel doit rendre ses conclusions à la fin de ce trimestre. Nous nous y référerons ultérieurement.

4.4. Avez-vous des retours d'expérience sur les interventions conjointes à nous communiquer ?

Non

4.5. Avez-vous des points de tension ou zones d'ambiguïté identifiées que vous souhaitez nous communiquer ?

Cfr. « GT comsmea urgences » dans lequel il est pointé la difficulté de prendre en compte les mineurs d'âge par les différents projets.

Contributions

Les informations disponibles dans ce rapport ont été collectées auprès des opérateurs des programmes:

Chapitre	Contributeurs
Participation : activités actuelles et futures	Julie Pirotte Coach participation
Gouvernance : évolutions	Christine Wattiez & Stéphanie Halin Coordinatrices de réseau
État d'avancement des chantiers 3, 4 et 5	Patrick Scuvie Gestionnaire d'équipe MobiLea Équipe MobiLea Urgence
	Alexandra Bobon (CHR de Huy) Aurore Poumay (CHBA) Laura Capelli et Céline Bruwier (CHR Citadelle) Marie Sacco (CHU) Françoise Mascart et Delphine Antoine (CHC) Renforcement des maternités
	Vincent Baro Équipe de liaison pédopsychiatrique du CHC
	Didier Wégimont (Polaris) Christophe Brandt (La Parenthèse) Françoise Domine (Centre de Santé de l'Adolescent)
	Gary Bertrand (Équipe mobile « sur la route »)
	Benjamin Reuter Renforcement du case management
	Caroline Lejeune (Tempo) Marie Lacasse (L'éveil 0-5 ans) Françoise Mascart (Baby-spot) Équipes double diagnostique 0-5 ans
	Patrick Scuvie Gestionnaire d'équipe de MobiLea
Soins de crise mobile	



Santé publique
Sécurité de la Chaîne alimentaire
Environnement



REALISM.
Réseau Enfants Adolescents Liège Santé Mentale

Coordonnées

Christine WATTIEZ

christine.wattiez@realism0-18.be

0498 51 99 96

Stéphanie HALIN

stephanie.halin@realism0-18.be

0499 91 75 11

Coordinatrices du REALISM
Réseau Enfants Adolescents sur la
province de Liège Santé Mentale
24, Quai des Ardennes • 4020 LIEGE

www.realism0-18.be

