



---

# SUIVI DES DISPOSITIFS

---

Composition  
**D'ÉQUIPE**

**LE PROJET**  
en quelques mots

**LE PROJET**  
en quelques chiffres

**LES CONSTATS**  
de terrain et  
**LES PERSPECTIVES**

*Assemblée des partenaires du 17 juin 2025 - CFR Bouge*

Mise en page : programme CLI - Jessica Lefevre

Éditeur responsable : Jean-Philippe Mathy, 42 Rue de l'Horlaine - 5101 Loyers

# À PROPOS

« À l'occasion de notre assemblée annuelle des partenaires, moment-clé pour faire vivre le lien entre les acteurs du réseau, nous avons souhaité proposer une nouvelle initiative : des fiches de suivi pour chaque projet ou dispositif.

L'objectif ?

Offrir à chacun l'opportunité de se présenter en quelques lignes et de partager les éléments clés de sa pratique actuelle. Cette démarche vise à rendre visible la diversité des actions menées sur le terrain, tout en valorisant les dynamiques propres à chaque structure.

Pour cette première édition, nous avons fait le choix d'un format simple et volontairement concis : une page par projet.

Il ne s'agissait pas de produire un rapport d'activité complet, mais plutôt de donner à voir l'essentiel — ce que chaque acteur souhaite mettre en lumière, que ce soit une évolution marquante, un apprentissage, une difficulté rencontrée ou encore une réussite collective.

Nous espérons que cette forme souple et accessible favorisera une meilleure connaissance mutuelle, encouragera les échanges, et contribuera à renforcer les liens entre les partenaires. Ces fiches constituent ainsi un premier pas vers une mémoire partagée et évolutive du réseau, à enrichir au fil des années. »

*Jean-Philippe Mathy, coordinateur*

# TABLE DES MATIÈRES

## SUIVI DES DISPOSITIFS 2025

BEAU VALLON, renfort chantier 3.....	4
BEAU VALLON, Adossée, chantier 5 .....	5
CHR, équipe de liaison.....	6
CHR, lits de crise pédiatrique .....	7
CHR, projet périnatal, chantier 4.....	8
CHU, lits de crise .....	9
CHU, équipe de liaison.....	10
CNP, outreaching, chantier 5.....	11
CREUSET, renfort double diagnostic .....	12
GOÉLANDS, renfort double diagnostic .....	13
GOÉLANDS, renfort in & out reaching.....	14
GOÉLANDS, lits de crise .....	15
POMMERAIE, Édu’Sens .....	16
RÉSEAU SANTÉ KIRIKOU, référent continuité.....	17
RÉSEAU SANTÉ KIRIKOU, consultation et liaison intersectorielle .....	18
RÉSEAU SANTÉ KIRIKOU, chargée de projet à la participation.....	19
RÉSEAU SANTÉ KIRIKOU, PSYNAM .....	20
RÉSEAU SANTÉ KIRIKOU, RETIS, dispositif de casemanagement .....	21
RÉSEAU SANTÉ KIRIKOU, @tribu Pôle Petite Enfance.....	22
RÉSEAU SANTÉ KIRIKOU, @tribu dispositif soins de longue durée .....	23
RÉSEAU SANTÉ KIRIKOU, @tribu dispositif soins de crise .....	24
<b>BUDGET .....</b>	<b>25</b>

## SUIVI DES DISPOSITIFS 2025

### INTITULÉ DU PROJET : RENFORT CHANTIER 3

Institution porteuse: Beau Vallon

#### Composition D'ÉQUIPE

Une éducatrice engagée à 75% et une psychologue engagée à 50%.

#### LE PROJET en quelques mots

Suite à ces temps de travail supplémentaires, nous avons pu développer la post hospitalisation. Nous avons développé le soutien accru d'un retour scolaire, porté par l'ensemble de l'équipe et en collaboration avec l'Escale.

Post hospitalisation : Si le jeune est demandeur, un rendez-vous avec le psychologue qui l'a suivi en individuel se réalise plus ou moins un mois après son dernier jour.

Si la famille est demandeuse, un rendez-vous avec le psychologue qui les a suivis en famille et le référent du jeune se réalise plus ou moins un mois après son dernier jour.

Soutien scolaire :

Lors d'un retour scolaire du jeune, une personne de l'équipe accompagne le jeune à la visite de sa future école, participe à une table ronde avec différents intervenants. Si le jeune est en difficulté pour accrocher au retour scolaire, une personne de l'équipe peut accompagner le jeune.

#### LE PROJET en quelques chiffres

Depuis la création de ce projet, plus ou moins 20 rendez-vous individuels ont été faits et 25 rendez-vous de famille.

Les retours scolaires sont suivis en partenariat avec l'Escale.

#### LES CONSTATS de terrain et LES PERSPECTIVES

- Désamorçage des crises extérieures.
- Éviter les hospitalisations en lit de crise.
- Éviter les hospitalisations.
- Aider le jeune dans un suivi et possibilité de faire un relais avec le psychologue extérieur.
- Renforcer positivement le jeune dans les progrès faits.
- Aider le jeune dans un suivi extérieur.
- Intensification des accompagnements dans les reprises scolaires.
- Table ronde organisée avec le réseau pour trianguler.

# SUIVI DES DISPOSITIFS 2025

## INTITULÉ DU PROJET : ADOSSÉE : CHANTIER 5

Institution porteuse : Beau Vallon, soins spécialisés en santé mentale

### Composition D'ÉQUIPE

L'investissement a permis de renforcer l'équipe existante, déjà en charge des adolescents.

Les renforts réalisés sont les suivants :

- 2 ETP Aide-soignant
- 1 ETP Infirmier
- 1 ETP Educateur A1

### LE PROJET en quelques mots

L'unité ADOssée dispose de 20 lits A, destinés à l'accueil d'adolescents et jeunes adultes âgés de 15 à 23 ans. Le renforcement de l'équipe a permis de réduire, autant que possible, la liste et la durée d'attente, tout en intensifiant la prise en charge.

L'augmentation du turn-over a également contribué à une meilleure réponse aux attentes du réseau.

### LE PROJET en quelques chiffres

En 2023, 180 admissions ont été réalisées.

À titre d'exemple, en octobre 2023, 17 nouvelles demandes concernant l'Adossée ont été transmises à la CAnOPée.

Parmi celles-ci, 9 demandes ont abouti à une hospitalisation, 8 sont non-abouties/n'aboutissent à aucune hospitalisation (47% des demandes) et ont été réorientées par l'équipe de l'Adossée, annulées par l'entourage ou le réseau ou du fait d'une absence de réponse lors des contacts avec les demandeurs. Le délai entre la demande CAnOPée et la date de préadmission était en moyenne de 16,4 jours, avec une variation de 9 à 36 jours.

Nous constatons que 50% des demandes donnaient lieu à une préadmission en moins de 11 jours.

Le délai entre la préadmission et l'hospitalisation était en moyenne de 23,6 jours mais pouvait s'étendre de 11 à 47 jours. 50% des hospitalisations étaient toutefois organisées moins de 18 jours après la préadmission. De ce fait, il est à constater que le délai moyen entre la demande CAnOPée et l'hospitalisation est de 40 j.

Sur le mois d'octobre 2023, 50% des demandes Adossée étaient formulées par des soignants, 44% provenaient de familles, 6% étaient formulées par les ados eux-mêmes.

En 2024, le nombre d'admissions s'élevait à 145. Pour le 1er trimestre 2025, nous en comptabilisons 44.

### LES CONSTATS de terrain et LES PERSPECTIVES

Sur le terrain nous constatons une demande constante voir croissante des prises en charges pour les adolescents.

Grâce au renfort, nous avons pu optimiser l'accompagnement des jeunes et ce, dès la préadmission. Nous souhaitons la pérennisation des renforts afin de développer des projets thérapeutiques spécifiques, de renforcer la collaboration intersectorielle et de réduire davantage nos délais d'attentes.

# SUIVI DES DISPOSITIFS 2025

## INTITULÉ DU PROJET : ÉQUIPE DE LIAISON

Institution porteuse : Unité Okapi du CHRSM site Meuse  
et Athanor du CNP St Martin

### Composition D'ÉQUIPE

#### Composition d'équipe : Pour l'Unité Okapi

- Un mi-temps psychologue
- Un mi-temps éducateur
- Un 0.1 ETP pédopsychiatre (Dr Fx Polis)

### LE PROJET en quelques mots

Renforcement de l'accueil de patients en pédiatrie ou aux urgences par le biais d'un apport de l'expertise pédopsychiatrique de l'Athanor.  
Création d'une synergie de co-consultations et de trajectoires de soins de la pédiatrie vers l'HP ou de l'HP vers la pédiatrie dans le cadre de time-out ou de prise en charge somatique (TS, TCA nécessitant un bilan médical), possibilité de suivis « post-hospitalisation ».  
Formation du personnel, intervisions, partage d'expérience, organisation d'un congrès annuel.

### LE PROJET en quelques chiffres

- Consultations du Dr Polis (Athanor) au CHR de Namur Site Meuse 74 demandes et inscriptions à la consultation, 62 patients en rendez-vous. = consultations et co-entretiens de patients passés par les urgences ou sur référence téléphonique urgente. Objectif : évaluation de la situation et orientation.  
=> 14 patients orientés vers les lits de crise du CHR = 22%

- Hospitalisations en rapport avec le projet de liaison Lit de crise au CHR avec collaboration de l'Athanor : 75. Ce chiffre comprend :

- Les jeunes hospitalisés en lit de crise et/ou vu en préadmission puis pris en charge dans un deuxième temps à l'Athanor (= 16 patients).
- Les jeunes hospitalisés à l'Athanor venus en 'time out' en lit de crise au CHR (réflexion sur l'hospitalisation, prise de recul, ...) (= 5 patients).
- Les jeunes qui ont demandé une réflexion clinique plus approfondie des deux équipes ou un avis clinique.
- Les jeunes de l'Athanor ayant bénéficié d'une hospitalisation avec une prise en charge médicale (post TS, complications de troubles du comportement alimentaire, ...).

- La liaison nous a permis de renforcer nos prises en charge de tous les lits de crise sur l'année 2024 = 156 lits de crise (contre 132 en 2023).

En effet, la psychologue de liaison rencontre tous les jeunes soit pour un entretien individuel, soit lors des entretiens familiaux.

Cela permet également de faire tenir des jeunes en attente d'une préadmission à l'Athanor et de pouvoir décaler l'urgence en les accueillant en lit de crise au CHR.

Consultations « post » hospitalisations : 14. L'équipe de liaison nous a également permis de pouvoir organiser des rendez-vous « post hospitalisations » en consultation lorsque cela s'avère nécessaire.

Ces rendez-vous se font en binôme psy/pédopsy/AS/pédiatre selon les différents cas.

L'objectif est de vérifier si les orientations proposées ont pu être mise en place et les soutenir lorsque les situations nous semblent fragiles à la sortie.

### LES CONSTATS de terrain et LES PERSPECTIVES

#### Les constats de terrain :

Le dispositif post-urgence vient répondre à un besoin d'avis pédopsychiatrique rapide qui ne peut être rencontré dans le réseau privé au vu des listes d'attentes. Les jeunes venus aux urgences dans le cadre d'une problématique qui ne mène pas, pour différentes raisons, à une hospitalisation, peuvent alors lorsque c'est jugé nécessaire, bénéficier d'un avis en plus de celui de la psychologue rencontrée aux urgences. Nous sommes toutefois prudents afin d'éviter que cela ne soit compris par le réseau comme un accès à une consultation pédopsychiatrique, ce qui viendrait saturer le dispositif.

#### Perspectives :

Poursuite du projet actuel qui s'affine d'année en année.

Un congrès programmé en 2026 sur le thème « Connexion & Déconnexion »

# SUIVI DES DISPOSITIFS 2025

## INTITULÉ DU PROJET : LITS DE CRISE PÉDIATRIQUE

Institution porteuse: Unité Okapi du CHRSM site Meuse

### Composition D'ÉQUIPE

#### Composition d'équipe :

L'équipe se compose d'un pédopsychiatre 2/10, de pédiatres, de 5 psychologues, d'une assistante sociale, de 3 éducateurs, d'un animateur, de 2 enseignantes et de 4 infirmiers du service de Pédiatrie. Elle s'appuie sur une complémentarité des compétences et des regards pour offrir une prise en charge la plus globale possible.

**Financement du réseau avec renfort chantier 5 :** 0.6 ETP AS, 1 ETP infirmier (4x0.25).

### LE PROJET en quelques mots

Hospitalisation de 5 jours ouvrables, pour des jeunes âgés de 4 à 17 ans, en pédiatrie pour offrir un espace tiers en dehors de ce qui fait crise et chercher à l'apaiser. Cela en vue d'ouvrir des possibilités d'élaboration des difficultés vécues et activer ou réactiver le réseau pour élaborer ou réajuster la trajectoire de soins de l'enfant.

**Modalités d'admissions :** sur appel téléphonique afin d'évaluer la validité de l'orientation et d'organiser les meilleures conditions d'accueil pour l'enfant. Lorsque la situation l'impose, l'admission se fait via le service des Urgences.

**Prise en charge :** entretien d'admission pour donner sens à l'hospitalisation. Accompagnement par l'équipe multidisciplinaire. En fin de séjour, un rendez-vous de remise de conclusions se fait avec les référents de l'enfant (famille, institution, réseau).

### LE PROJET en quelques chiffres

- 4 lits de crise + 2 lits de bilans (pour les jeunes nécessitant une hospitalisation plus diagnostique).
- Une augmentation des hospitalisations de 156 lits de crise hospitalisés en 2024, contre 132 pour l'année 2023.

### LES CONSTATS de terrain et LES PERSPECTIVES

- Près de 70 % des jeunes hospitalisés sont des filles âgées de 13 à 17 ans dans un contexte de crise suicidaire.
- Le passage à l'acte suicidaire s'inscrit davantage dans l'expression tangible d'une souffrance au travers d'une pratique reconnue et partagée par d'avantage de pairs, notamment au travers des réseaux sociaux. Il s'agit de moins en moins d'un acte vécu dans la solitude, mais bien rattaché à une dimension collective.
- Une augmentation des entrées par les urgences sur ces 4 dernières années, par rapport aux demandes formulées par le réseau ou les familiers du jeune.
- Une meilleure efficacité du dispositif grâce à son articulation à l'équipe de liaison pédopsychiatrique créée avec le CNP St Martin

**Perspectives :** envisager un dispositif de suivi post hospitalisation de type « outreaching » avec des psychologues de 1ère ligne ?

# SUIVI DES DISPOSITIFS 2025

## INTITULÉ DU PROJET : PROJET PÉRINATAL (CHANTIER 4)

Institution porteuse: CHRSM – Site Meuse

### Composition D'ÉQUIPE

Équipe pluridisciplinaire composée de médecins (gynécologues, pédiatres, néonatalogues), sage-femmes, infirmières pédiatriques, psychologues, PEP's (partenaire enfant parent) ONE et référent maltraitance de l'ONE

**Responsables médicaux :** Docteure Henrion, pédiatre en cheffe du centre néonatal et du service Kangourou ; Docteure Deville, responsable du secteur obstétrique et cheffe du service MIC (service de grossesse à risque); Docteure Van Ingelgem, gynécologue et cheffe du pôle mère enfant ; Docteure Halut, Pédiatre. Psychologues périnatales: Sophie Laroche, référente NIC et MIC ; Emilie Moget, référente maternité et kangourou.

**Financement réseau :** Un temps plein sage-femme et un mi-temps psychologue.

### LE PROJET en quelques mots

Accompagnement pluridisciplinaire des familles autour de la naissance en milieu hospitalier.  
Accompagnement psychologique proposé en anténatal et en postnatal.  
Prise de contact systématisée lors des hospitalisations au kangourou et au centre néonatal.  
Rencontre sur demande lors des hospitalisations à la maternité et au MIC.  
Travail avec le réseau de proximité et les instances de l'aide à la jeunesse.  
Orientation réfléchi au cas par cas lors des concertations médico-psycho-sociales afin de sécuriser les familles accompagnées dans l'intérêt du nouveau-né.

### LE PROJET en quelques chiffres

Pour l'année 2024, plus de 400 entretiens ont été menés (pour le poste concerné par le financement), de manière confondue pour les accompagnements anté, péri et post natal. Précisons la diversité des motifs d'accompagnement : crainte relative au lien mère-bébé, fragilité psychique de la mère, antécédents de grossesses antérieures (fausse-couche, perte foetale, IMG, IVG, accouchement traumatique, etc), antécédents placements d'enfants, famille seule/isolée, toxicomanie des parents, etc.

### LES CONSTATS de terrain et LES PERSPECTIVES

**Constat** d'une augmentation des situations psycho-sociales orientées vers l'unité Kangourou. Pour l'année 2024, un peu plus de 10% des bébés hospitalisés au sein du Kangourou sont concernés par une situation de fragilité psycho-sociale. Autre constat : au cours des dernières années, l'équipe pluridisciplinaire observe l'effet clinique favorable d'une prise en charge durant la grossesse sur l'accompagnement au moment de l'hospitalisation et lors du post-partum.

**Perspectives :** Importance de poursuivre l'accompagnement pluridisciplinaire préventif des familles autour de la naissance en vue de leur apporter une contenance et une sécurité pour le retour à domicile. L'implantation future du projet "Born In Belgium" au sein du CHRSM s'inscrit dans cette volonté de prévention. Ce projet va participer à la détection plus systématique des vulnérabilités et par conséquent de la prise en charge psycho-sociale de celles-ci. Au niveau institutionnel, la fermeture programmée prochainement de la maternité du CHRSM Site Sambre risque d'augmenter le nombre de naissance au sein du site Meuse et par conséquent le nombre de situation à prendre en charge.

### Composition D'ÉQUIPE

Pédopsychiatre, psychologues, éducateurs, enseignants, assistante sociale, pédiatres, infirmières, diététicienne, kinésithérapeute.

### LE PROJET en quelques mots

Accueil de la crise dans une perspective de recherche de sens, tant au niveau individuel que systémique. Durant la semaine, mise en mots et travail de collaboration avec le réseau, déjà existant ou à mettre en place.

### LE PROJET en quelques chiffres

Séjours en lits de crise 2024 : 200 situations  
Interventions de crise en pédiatrie et au service des Urgences : 73 situations

### LES CONSTATS de terrain et LES PERSPECTIVES

#### Constats

- Lits de crise répondent à un besoin de contenance tant du côté du maternage que de la fonction paternelle (cadre).
- Lits de crise comme amorce d'un travail systémique à poursuivre car constats réguliers de setting uniquement individuel en pré-hospitalisation.
- De plus en plus de jeunes dans le passage à l'acte type scarifications et recours aux produits.
- Difficultés de contenance et anxiété grandissante tant chez les jeunes et leur famille que chez les professionnels.
- Confusion chez les parents entre mal-être du jeune et difficulté pour lui à faire face à la frustration.
- Pour certains jeunes, lits de crise comme rituel de passage adolescente.
- Lits de crise utilisés par la famille ou les intervenants comme moyen d'accès à la consultation pédopsychiatrique.

#### Perspectives

- Poursuite du travail actuel, clinique et de réflexion via séminaires théorico-cliniques et interventions.
- Développer une fonction de coordination pour l'équipe psycho-socio-éducative des lits de crise.
- Développer une fonction de pédiatre et infirmière « référents » pour les lits de crise.
- En prévention des passages à l'acte : réflexion quant à la pertinence de proposer des hospitalisations de jour pour les patients se présentant à répétition en salle d'Urgences.
- Ouverture vers l'extérieur : projet artistique avec les écoles du namurois, activités sportives et culturelles en extérieur.

# SUIVI DES DISPOSITIFS 2025

## INTITULÉ DU PROJET : ADOSSÉE - ÉQUIPE DE LIAISON CHU

Institution porteuse: Le Beau Vallon, soins spécialisés en santé mentale et le CHU UCL Namur

### Composition D'ÉQUIPE

L'équipe de liaison au sein de l'unité ADOssée est composée comme suit :

- 0.5 ETP Psychologue
- 0.8 ETP Educateur
- 0.1 ETP Assistant sociale
- 0.2 ETP Pédopsychiatre

### LE PROJET en quelques mots

Le renfort de l'équipe et l'articulation avec le service de pédiatrie du CHU UCL Namur permettent une prise en charge rapide et adaptée aux problématiques spécifiques des jeunes.

**Axe clinique :** Lorsque l'équipe de pédiatrie, en charge des lits de crise, estime qu'un·e jeune âgé·e de 15 à 18 ans nécessite une hospitalisation de plus longue durée, une liaison est activée entre les deux services. Cela permet d'organiser rapidement une préadmission et une hospitalisation au sein de l'ADOssée.

**Axe partage d'expertise :** Au-delà de réunions trimestrielles, des immersions croisées entre les équipes sont organisées afin de favoriser le partage d'expertise et une meilleure compréhension des réalités de chaque secteur. Des projets de rencontres autour de thématiques cliniques spécifiques sont également en cours de développement.

### LE PROJET en quelques chiffres

Délai moyen entre la demande de liaison et l'admission : de 48 à 72h  
Nombre de réunions d'échange en 2024 : 4 (à cela s'ajoute des rencontres entre l'infirmière en cheffe de la pédiatrie et la coordinatrice de l'ADOssée.)  
Immersions réalisées en 2024 : 4 éducateurs de la pédiatrie du CHU UCL Namur ont vécu une journée immersive au sein de l'unité ADOssée

### LES CONSTATS de terrain et LES PERSPECTIVES

Le principal frein identifié est la difficulté à répondre à certaines demandes en raison de la limite d'âge. En effet, Le Beau Vallon ne disposant pas de lits K, il est actuellement impossible d'accueillir les jeunes de moins de 15 ans. Cette situation limite notre capacité à contribuer à la résolution de l'engorgement des lits de crise pédiatriques.

#### Perspective :

L'obtention de lits K permettrait d'élargir notre offre de soins vers les plus jeunes, renforçant ainsi la fluidité dans le parcours de soins et répondant plus efficacement aux attentes de nos partenaires du réseau. En parallèle, nous poursuivons le développement de projets communs, notamment la mise en place d'activités thérapeutiques partagées autour de thématiques rencontrées dans nos réalités respectives (ex. : les scarifications, les troubles du comportement alimentaire, etc.).

# SUIVI DES DISPOSITIFS 2025

## INTITULÉ DU PROJET : CNP OUTREACHING (CHANTIER 5)

Institution porteuse : CNP Saint-Martin – L'Athanor (15-18)

### Composition D'ÉQUIPE

Renfort de l'équipe de L'Athanor : 0,5 ETP  
Assistante sociale : 0,5 ETP  
Psychologue : 1ETP  
Ergothérapeute : 1ETP Infirmier  
Éducateur : 1ETP

### LE PROJET en quelques mots

L'idée est d'intensifier les soins en travaillant en amont et en aval de la prise en charge hospitalière en partenariat avec le réseau :

- Renforcer l'équipe de L'Athanor afin de faire face aux demandes de plus en plus nombreuses et assurer une prise en charge plus optimale.  
Cette trajectoire plus globale permet de favoriser, fluidifier l'accès aux soins. En parallèle, l'idée est d'accentuer le travail autour de la sortie des jeunes, notamment en ouvrant davantage les services vers l'extérieur.
- Intensifier le travail en réseau et ainsi se rendre plus disponible pour celui-ci.
- Proposer des time out réguliers pour des jeunes en risque de rupture avec leur service résidentiel.
- Penser la sortie du jeune sous forme d'hospitalisation dégressive afin de lui permettre de décrocher en douceur du dispositif.

### LE PROJET en quelques chiffres

**Taux d'occupation** : 75,92% en 2024 contre 70,73% en 2022 avant le renfort de l'équipe (chantier 5).  
**Turn over** : En moyenne, 4 admissions par semaine en 2024 contre 3 en 2022.  
**Taux de réhospitalisation** : 31,31 % en 2024 contre 40,21 % en 2022.  
Afin de soutenir le projet du jeune et/ou l'institution dans laquelle il vivait, nous avons accueilli **11 jeunes en alternance** en 2024 (2 semaines d'hospitalisation toutes les x semaines selon la situation du jeune) durant plusieurs mois en organisant entre les alternances des concertations avec le réseau, le jeune et ses proches.  
Durant cette même année, nous avons également repensé l'hospitalisation de certains jeunes en aménageant des **hospitalisations dégressives** (exemple : 1ère semaine de dégressif : 3 jours à l'Athanor et 2 jours à l'école, dernière semaine : 2 jours à l'Athanor et 3 jours à l'école).  
Nous avons, grâce au renforcement de l'équipe, pu intensifier **notre travail avec le réseau**. Pour chaque jeune, nous organisation une **concertation avec le réseau** durant son hospitalisation et un **after** avec le réseau et/ou ses proches 4 semaines après sa sortie afin d'évaluer la sortie et les besoins du jeune et de son réseau.  
Le **renforcement de l'équipe** a permis de renforcer l'encadrement des soirées avec pour impact une diminution du nombre de passages à l'acte chez les jeunes et une prise en charge plus sereine pour l'équipe. Dans l'optique d'améliorer nos **collaborations avec le réseau**, nous avons rencontré en 2024 le SISD Namur-Meuse afin de faciliter la venue des médecins généralistes aux concertations, l'équipe mobile du Luxembourg Pass'âge et un militaire pour la présentation du service volontaire d'utilité collective.

### LES CONSTATS de terrain et LES PERSPECTIVES

Les jeunes vont mal et les situations sont de plus en plus lourdes.  
Il nous semble nécessaire de poursuivre les collaborations avec le réseau et les familles.  
Nous remarquons un manque de relais extérieurs : les centres d'hébergement, SAJ, SPJ, équipes mobiles, etc.  
Nous devons penser à développer d'autres partenariats en dehors des secteurs de l'aide à la jeunesse et de la santé mentale.

# SUIVI DES DISPOSITIFS 2025

## INTITULÉ DU PROJET : RENFORT DOUBLE DIAGNOSTIC

Institution porteuse : Le Creuset ASBL

### Composition D'ÉQUIPE

- Educateurs spécialisés : 18
- Logopèdes : 2
- Ergothérapeutes : 2
- Assistante sociale : 1
- Kinésithérapeutes : 2
- Institutrice : 1
- Psychologues : 3
- Assistant(e)s en psychologie : 3
- Assistant(e) logistique : 1
- Personnel de maintenance : 4
- Secrétaire de direction : 1
- Secrétaire médicale : 1
- Responsables socio-thérapeutique : 2
- Pédopsychiatre : 1
- Directeur administratif : 1

### LE PROJET en quelques mots

- Renforcement social d'un mi-temps des soins pour les situations de double diagnostic au Creuset
- Travail d'outreaching en liaison avec le réseau de Santé Kirikou

### LE PROJET en quelques chiffres

Sur l'année 2024 :

- 70 nouvelles demandes d'admission
- 4 sorties
- 4 rendez-vous de 3ème consultation et visite de l'institution avec les parents
- 4 entrées
- Plus d'une centaine de démarches de réorientation
- 1 réunion de direction chaque lundi
- 1 réunion de coordination clinique deux fois par mois
- 1 réunion d'équipe chaque jeudi
- 1 rencontre annuelle individuelle avec la direction
- Participation à une dizaine de séminaires théoriques et formations

### LES CONSTATS de terrain et LES PERSPECTIVES

#### Les constats de terrain :

Au quotidien, je constate une saturation importante des institutions, avec des délais de prise en charge pouvant atteindre 2 à 3 ans. Cela fragilise les jeunes et leurs familles, souvent livrés à eux-mêmes dans l'attente d'une solution. Ces délais ont un impact direct : isolement, épuisement parental, ruptures scolaires et sociales, aggravation des troubles...

Mon travail au sein du Creuset consiste notamment à maintenir le lien avec les familles et à faciliter les réorientations vers des partenaires adaptés. J'interviens également en tant qu'interface entre les familles, l'équipe pluridisciplinaire et le réseau, afin d'assurer une continuité et une cohérence dans l'accompagnement.

#### Les perspectives :

- Renforcer le travail en réseau pour fluidifier les réorientations
- Maintenir un accompagnement des familles en attente pour prévenir les ruptures
- Favoriser les moments d'échange et de réflexion entre professionnels de différentes disciplines
- Poursuivre les actions d'outreaching avec Kirikou
- Continuer à me former afin d'adapter mes pratiques aux évolutions du secteur et aux besoins spécifiques du public accompagné.

Renfort qui porte sur 0,5 ETP

Le public cible reste lié à la population double diagnostic de l'hôpital (déficience intellectuelle combinée à des soins de santé mentale (troubles du comportement, troubles psychiatriques). Comme souligné par le rapport du Conseil Supérieur de la Santé, Les personnes avec une déficience intellectuelle sont confrontées à de nombreux défis, particulièrement si elles présentent en plus des problèmes de santé mentale. Ce qui est propre à ces personnes est qu'en raison notamment de leurs aptitudes cognitives, communicatives et émotionnelles réduites, elles rencontrent des difficultés à exprimer les problèmes de leur vie quotidienne, ce qui peut s'exprimer en troubles du comportement (violence physique et/ou verbale, destructions diverses, automutilation, etc.). Cette situation est source de souffrance pour ces personnes et leur famille, d'incompréhension chez certains professionnels ainsi que de la société civile, et parfois d'exclusion des services qui leur sont destinés.

#### **Description et mission du dispositif :**

accueil spécialisé pour les cas les plus complexes. Construction du réseau, accompagnement du passage vers des structures plus générales lorsque cela devient possible.

#### **Nature et description des interventions :**

accueil, accompagnement, concertation mais aussi formation continue du personnel.

#### **Nature et descriptions des collaborations :**

intensive dans un premier temps mais dans un souhait de réduction des obstacles liés à la déficience et donc allant vers un plus d'autonomie du jeune et de son entourage.

Notre hôpital accueille depuis de nombreuses années cette population et a pu améliorer son offre par l'ajout de 0.5 ETP depuis 2016 via le réseau Kirikou.

En 2022, nous avons déjà remarqué une forte augmentation de la demande, en partie liée au développement de notre offre (lits de crise et intensification) mais nous constatons une forte augmentation des situations en impasse. Un état des lieux pourrait donner un aperçu de la complexité du problème.

Néanmoins, nous observons qu'il est important de répondre le plus précocement possible car d'une part, ce genre de situation peut très vite se dégrader et d'autre part, l'aide apportée, peut contribuer à une approche inclusive, l'échange d'expertise sur ces situations souvent complexes, peut permettre une adaptation du lieu de vie et ainsi y maintenir l'inscription du jeune. A côté de l'accueil et de la rencontre avec le jeune, un travail d'aide sociale pour le milieu de vie peut être nécessaire. Un accompagnement « tuilage » permet également de préparer la sortie.

Bien entendu, ceci demande un énorme investissement en temps. Les concertations sont nombreuses pour les patients hospitalisés, avant, pendant et après hospitalisation, en longs et en courts séjours mais aussi pour des situations « catastrophes » pour lesquelles nous sommes consultés.

Il faut noter que nous avons également une ASBL, spécialisée dans l'accompagnement des DD, celle-ci relève de l'Aviq, elle fonctionne pour l'instant avec 2 ETP, mais elle nécessiterait un renforcement, par exemple via Kirikou.

# SUIVI DES DISPOSITIFS 2025

## INTITULÉ DU PROJET : RENFORT IN & OUT REACHING

Institution porteuse: CPI-N Les Goélands

### Composition D'ÉQUIPE

Renfort qui porte sur 3,14 ETP

### LE PROJET en quelques mots

Le public cible reste lié à la population double diagnostic de l'hôpital (déficience intellectuelle combinée à des troubles nécessitant des soins en santé mentale (troubles du comportement, troubles psychiatriques) et autisme.

**Description et mission du dispositif:** il s'agit d'une prise en charge rapide, d'une évaluation de l'aide que nous pouvons apporter à la situation et d'une facilitation des procédures d'admission. Mais aussi d'une facilitation des sorties, d'un travail favorisant la continuité des soins et la construction d'un réseau de soins.

**Nature et description des interventions:** Ces interventions s'inscrivent à la fois dans les lieux de vie, dans l'équipe multidisciplinaire, dans le réseau interne et externe à l'institution. Une part, d'inventivité, de créativité est absolument indispensable à cette clinique. Fonction de tuilage.

**Nature et descriptions des collaborations:** les collaborations se font sous forme de concertations, d'entretiens pré et post hospitalisation mais principalement de rencontres sur le terrain hors et dans l'institution.

### LE PROJET en quelques chiffres

#### Nombre d'interventions:

55 patients (28 avant l'hospitalisation et 27 après). Les interventions pouvant avoir lieu durant deux semaines ou durant une année pour certains jeunes.

#### Nombre de jeunes et familles concernées:

55 situations avec famille ou institution. Il faut noter qu'une bonne part des situations en impasse ont trouvé des solutions de réorientation en fin 2024, début 2025. Ce qui se reflète dans le mouvement patients.

### LES CONSTATS de terrain et LES PERSPECTIVES

En avril 2021, le projet intensification des soins, nous a vu renforcé de 3.14 ETP afin d'augmenter la fluidité des soins.

- Nous avons décidé de rencontrer certaines situations même avant la première rencontre avec le psychiatre. Il nous paraissait important d'établir déjà un lien avec une personne de l'institution afin d'aider l'enfant ou l'adolescent lors de la première rencontre. L'intervenant est donc déjà partenaire du jeune lors de l'entretien d'admission. Cette pratique a montré son efficacité, surtout dans les situations où le bénéficiaire est en retrait par rapport au monde ou accepte difficilement l'hospitalisation proposée.
- Entre l'entretien et le jour d'admission, un accompagnement est maintenu afin de maintenir le lien.
- Ces partenaires sont présents le jour de l'admission.
- Ce personnel est à mi-temps présent dans les lieux de vie, maintient le lien établi et collabore à la réflexion avec l'équipe clinique.
- Cette collaboration et ces observations avant et tout au long de l'hospitalisation permettent un accompagnement après l'hospitalisation et facilitent la sortie dans un retour vers le lieu de vie, vers un nouveau lieu ou une structure générale. Ceci participe au partage d'expertise avec l'entourage.

Renfort qui porte sur 1 ETP

Pour rappel, cette modalité de travail a pour but de prendre en compte les difficultés auxquelles sont confrontés l'enfant ou l'adolescent (offre entre 3 ans et 18 ans) et son entourage tout en garantissant que les structures et intervenants demandant de l'aide restent des interlocuteurs directs et engagés. Hospitalisation et séjour en milieu de vie, en alternance, chacun à temps partiel, favorisent le maintien des liens. L'objectif est donc de prévenir les situations d'impasses et les ruptures d'inscription sociale (famille, lieu de vie, milieu institutionnel résidentiel, milieu scolaire, ...) en faisant offre d'un travail intensif avec les partenaires présents au moment de la demande et en cours de traitement.

La population accueillie au CPI-N, Les Goélands, relève majoritairement du double diagnostic et d'usagers autistes avec troubles du comportement. Cette offre de crise a entraîné un renouvellement dans notre façon de travailler avec la nécessité de formations appropriées. En effet, nous avons vu l'importance à donner au travail en réseau autour des situations accueillies pour un temps plus court. Façon pour nous de concevoir le travail autant dans que hors les murs.

**Le public cible** reste lié à la population double diagnostic de l'hôpital (déficience intellectuelle combinée à des troubles nécessitant des soins en santé mentale (troubles du comportement, troubles psychiatriques), personnes avec autisme. Evaluation de la durée de l'hospitalisation en fonction de la problématique. Dans la majorité des cas nous avons observé un bénéfice important de cette courte prise en charge.

**Description et mission du dispositif:**

il s'agit d'une prise en charge rapide, la plus courte possible afin d'éviter la rupture

**Nature et description des interventions:**

l'intervention est double puisqu'elle permet au lieu de vie de se questionner et à chaque patient accueilli d'aborder à distance les difficultés rencontrées dans son lieu de vie.

**Nature et descriptions des collaborations:**

les collaborations se font sous forme de concertation, d'entretien pré et post hospitalisation et de rencontres sur le terrain.

Nous avons fait le choix, en regard des demandes de situer deux lits de crise chez les adolescents et un chez les enfants. Il va sans dire, qu'outre la flexibilité du travailleur, nous avons aussi à partir des lits de crise développé une flexibilité de l'offre. Quelques jours semaines en alternance avec l'école, un séjour d'un mois ou deux, le week-end durant une courte période, ...

La charge de travail est importante, il y a les entretiens d'admission et de sortie, les concertations pour les futurs, actuels et anciens usagers de ces lits, les recherches de solution dans le réseau, le renforcement de l'équipe parfois nécessaire à la crise, l'adaptation du programme, la réflexion sur la stratégie de travail, la réflexion sur le plan d'action, les formations continues.

### Composition D'ÉQUIPE

L'équipe est composée de 2 personnes, pour un temps de travail équivalent à 2 x 4/5 temps.

### LE PROJET en quelques mots

#### EDU'SENS est un dispositif proposant un accompagnement :

Spécifique et individualisé, sans mandat, pour les jeunes proches de la majorité à 24 ans accomplis, qui se sentent/sont en errance, qui présentent des difficultés psychiques liées à la santé mentale et en tenant compte de leurs problématiques multiples et complexes (jeunes à la croisée des secteurs).

- socio-éducatif mobile, élaboré autour des besoins du jeune adulte en errance, en co-construction avec lui et le réseau existant.
- ciblant en particulier les jeunes adultes qui ont une trajectoire institutionnelle dans l'Aide à la Jeunesse, un parcours AVIQ, ou ayant bénéficié de tout autre type de dispositif d'aide et/ou de soin.
- qui se fonde principalement sur l'intersectorialité visant à soutenir l'autonomisation par un travail engagé et mobilisateur : tendre à faire correspondre les logiques clinique et socio-éducative, dans une dynamique cohérente de continuité.

### LE PROJET en quelques chiffres

- 35 jeunes accompagnés entre juin 2023 et mai 2025 : 8 en 2023 (5 garçons/3filles), 22 en 2024 (8 garçons/14 filles) et 5 en 2025 (3 garçons/2 filles) : 45% garçons/55% filles.
- 67 demandes d'accompagnement : 13 en 2023, 44 en 2024 et 10 en 2025.
- Raisons des 32 « non accompagnés » : 11 (dont la moitié en 2025) car pas de place, 5 hors territoire, 5 car mandants (SPJ-SAJ), 2 pour l'âge, 6 « sans suite/nouvelle, 3 car autre orientation
- temporalité : 6,5 mois d'accompagnement
- âge : 5 x 18 ans, 7 x 19 ans, 2 x 20 ans, 15 x 22 ans, 2 x 23 ans.

### LES CONSTATS de terrain et LES PERSPECTIVES

- Nombreuses demandes proviennent du réseau élargi, principalement du secteur de la santé. Pour le reste, ce sont les familiers et/ou les jeunes eux-mêmes qui font appel.
- En règle générale, l'accompagnement débute dans les 2 semaines qui suivent l'entretien d'accueil.
- Le binôme d'intervenants accompagne en moyenne 10 jeunes conjointement avec une volonté d'individualiser un maximum mais non sans concertation préalable et régulière.
- L'accompagnement dure environ 6 mois mais cela reste assez aléatoire car la temporalité et les échéances sont moins formelles mais directement liées au rythme insufflé par le jeune. Il n'y a pas de clôture officielle car celle-ci a tendance à créer de nouveaux besoins mais nous laissons la possibilité aux jeunes de nous rappeler s'il en ressent le besoin même s'il a su tendre vers un degré d'autonomisation fonctionnelle suffisant.
- L'intensité des situations suscite pas mal d'aspects événementiels desquels il n'est pas aisé de se détacher, redistribuant souvent l'ordre des priorités et des objectifs. En ce sens, il y a souvent une forme de périodicité dans les interventions, marquées par des périodes très intenses et des moments plus creux.
- Le « profil » des jeunes nous amène à faire un lien évident avec les troubles repris dans le DSM 5, justifiant ainsi la présence quasi systématique d'au moins un service de soins.
- Une des avancées les plus significatives est le travail intersectoriel avec des demandes dans les 2 sens, amenant de vrais partenariats qui font lien et sens entre les services d'aide et de soins. L'accompagnement est ainsi optimisé grâce à la réactivité et la collaboration directe. Ceci conforte l'idée que le dispositif Edu'Sens répond aux besoins du public-cible mais aussi à ceux des secteurs. Il faut ainsi faire remarquer que le secteur de l'AJ se tourne désormais davantage vers lui (tant du niveau des mandants que des services) pour envisager d'éventuels relais. Coïncidence ou pas, ce premier trimestre 2025 a vu un nombre croissant des demandes auxquelles il n'a pas été possible de répondre, faute de place. Et les chiffres parlent d'eux-mêmes. À voir maintenant comment « cadrer » tout cela au niveau des normes d'accompagnement car cette micro-équipe ne suffit actuellement plus pour répondre à la demande.
- En termes de perspectives, il y aurait sans doute lieu de programmer des moments formels avec le Réseau de Santé Mentale que cela soit au travers des temps d'évaluation, voire des temps d'échanges ou de supervision cliniques. Cet aspect a ainsi amené à penser qu'il serait sans doute pertinent de pouvoir dégager un temps de coordination d'autant plus si à l'avenir, le dispositif se voyait renforcé.

Un Référent Continuité par province intégré dans les fonctions stratégiques des réseaux.

Fin 2022, le COMité pour la nouvelle politique de Santé Mentale pour Enfants et Adolescents (COMSMEA) a identifié le principe de « Continuité des soins » au sein de la dynamique en réseau comme un objectif stratégique déterminant. En ce sens, l'enjeu de la continuité occupe une place importante au coeur du chantier 6 en vue de pouvoir favoriser la qualité des suivis et prises en charge dans les modèles intersectoriels. Aujourd'hui, un double constat se pose :

1. La Continuité ne peut être limitée au temps du passage institutionnel mais doit, au contraire, être considérée dans ses trois temporalités (l'avant, le pendant et l'après prise en charge) constituant le trajet d'accompagnement du jeune et de sa famille.
2. Les enjeux de Continuité ne se jouent pas uniquement dans les dispositifs de soins hospitaliers mais touchent, bien évidemment, à l'ensemble des pratiques intra et intersectorielles.

En partant de ce postulat, il convient donc de ne plus parler uniquement d'enjeux de Continuité des soins mais bien d'enjeux de Continuité de l'accompagnement et du soin afin d'englober toutes les formes d'aides et de soutiens mises à disposition par le biais de la diversité des prises en charge.

Dans ce contexte, c'est en 2024 que l'engagement de chargés de projets « Référents Continuité » au sein de chaque réseau SMEA a été acté. Ainsi, le Référent Continuité est engagé dans une mission de recherche action visant à identifier et comprendre les enjeux de Continuité dans les pratiques en réseau en vue de pouvoir définir, par la suite, des pistes d'actions et de remédiations. Il ne s'agit donc pas d'une démarche qualité évaluative mais bien d'un travail de rencontre, de réflexion et de co-construction à partir des réalités de chaque partenaire. Cette mission est inscrite au coeur du plan stratégique du Réseau Santé Kirikou à travers son objectif général « Impulser une offre de soin intégrée, adaptée et ciblée » comprenant la fiche action C.6 « Continuité des soins : Construire des transferts bientraitants entre les différentes équipes ».

Sur le plan méthodologique, la recherche action s'articule autour de trois grandes phases :

- A. La phase exploratoire** : identification des représentations et préoccupations des acteurs de réseau concernant les enjeux de Continuité en les rencontrant autour de leurs vécus expérientiels.
- B. La phase de diagnostic** : réalisation d'un état des lieux des réalités et pratiques de terrain (intra-sectorielles et intersectorielles) sous le prisme de la Continuité en vue d'en dégager les principaux points d'agrafes et lignes de ruptures.
- C. La phase d'opérationnalisation** : utilisation de l'outil « Réflexe de Continuité » sur une ligne de rupture identifiée au sein du réseau avant de formuler des recommandations et de proposer des pistes d'actions en vue d'intégrer le Réflexe de Continuité dans la quotidienneté des pratiques de réseau.

Actuellement engagée dans sa phase exploratoire depuis le mois de décembre 2024, la recherche a déjà permis de rencontrer une multitude de partenaires issus des différents axes et secteurs de notre réseau : services PMS/PSE, structures hospitalières, dispositifs de lits de crise, services de l'aide à la jeunesse mais aussi équipes mobiles.

En outre, son prolongement jusqu'à la période de l'été 2025 permettra de poursuivre la rencontre des nombreux acteurs notamment dans les services AViQ ou encore au sein des SAJ et SPJ. Parallèlement aux entretiens exploratoires menés sur le terrain, le concept de Continuité et ses enjeux sont également déployés dans divers espaces de rencontres aménagés par le réseau (ex : Matinée de Réseau des dispositifs de crise, Conseil de prévention de l'aide à la jeunesse, Assemblée des services jeunes de l'AViQ, etc.).

Ces moments de liens et d'échanges contribuent, de la sorte, à faire vivre les dimensions de la Continuité dans les représentations et préoccupations de notre réseau.

De plus, les données récoltées durant la phase exploratoire font l'objet d'un travail d'analyse et de synthèse en vue de pouvoir en dégager un premier état des lieux dans le courant du mois de septembre 2025.



# SUIVI DES DISPOSITIFS 2025

## INTITULÉ DU PROJET : CONSULTATION ET LIAISON INTERSECTORIELLE

Institution porteuse : Réseau Santé Kirikou

### Composition D'ÉQUIPE

- 9/10 ETP : chargé de projet Intersectoriel
- 5/10 ETP : chargée de communication

### LE PROJET en quelques mots

Le programme de Consultation et Liaison Intersectorielle (CLI) est un programme transversal qui vise à mettre en œuvre le plan stratégique du réseau, à valoriser les expériences des partenaires, à améliorer la communication et le fonctionnement du réseau et à renforcer les autres programmes d'activité.

La mise en œuvre du programme CLI s'opérationnalise par des actions et des démarches dans les enjeux suivants : Connaissance du territoire , Communication générale du réseau, Animation au sein du réseau, Expertises techniques et des thématiques, Accompagnement du réseau et/ou des partenaires.

Plus d'info : <https://www.reseau-sante-kirikou.be/ressources/liaison-intersectorielle/>

### LE PROJET en quelques chiffres

Projet immersion0-23 en province de Namur : **13** institutions hôtes et **38** candidats stagiaires

Communication : Kirikou 'riel : **11** newsletters - Kirikou'riel gouvernance : **10** newsletters - Kirikou'riel participation : **1** newsletter

Site Internet : Ajout/ réorganisation de **50%** du site- Soutien aux partenaires : **2** dossiers mis en page

Coopsy carrefour : **50** visioconférences - Co-construction du plan stratégique 2024-2028 : **6** réunions

GT Articulation des réseaux (dont l'actualisation du guide Santé mentale et assuétudes) : **8** réunions

... et de nombreuses réunions en interne ( GT Dispositifs de crise, Gt petite enfance, COPIL RETIS, COMS-MEA, INTERCLI, Concertation urgences psychiatriques, GT Participation, ... ) ou en externe (Commission Maltraitance, Conseils de prévention, Rencontres enseignement – Aide à la jeunesse, Concert'action à Gembloux, GT Apache, Comité d'accompagnement de la Maison de l'enfance, GT Santé mentale de la PISE-SEM, Concertation MENA en Wallonie, Festival Prendre Soins Namur, ...)

Participation aux réflexions stratégiques, notamment

- sur le renforcement de la coordination de réseau par des fonctions de support (courrier du SPF d'octobre 2024) et l'implémentation d'une nouvelle fonction de liaison intersectoriel au sein du réseau 107.
- sur l'implémentation et l'articulation d'une nouvelle fonction autour de la continuité des soins au sein du réseau
- sur développement des actions sur la participation des usagers et des proches au sein du réseau
- autour des démarches prospectives autour de la mise en œuvre du programme de soins intégrés « Soins et accompagnement des femmes enceintes, des enfants et de la famille qui les entoure pendant les premiers 1000 jours» .

### LES CONSTATS de terrain et LES PERSPECTIVES

La fragmentation des politiques publiques et le fonctionnement en silo des institutions restent des enjeux majeurs sur le terrain :

L'actualité politique, notamment via la prise de connaissances des différents accords de gouvernants sur les enjeux « santé » et/ou des politiques à destination à des enfants et des adolescents, témoigne que la santé mentale des enfants et des adolescents est une des priorités de nos autorités.

En 2025, poursuite et renforcement des actions, notamment

- autour du projet immersion0-23.
- autour des deux thématiques portées conjointement avec le programme intersectoriel du réseau 107 (le soutien à la parentalité des adultes en souffrance psychique et l'accompagnement des jeunes en âge de transition (16-23 ans))
- autour des enjeux de la santé mentale dans le secteur scolaire
- autour l'articulation et de la complémentarité du secteur de l'aide la jeunesse et du secteur des services de soins spécialisées en santé mentale.
- autour des jeunes présentant des besoins multiples, chroniques et complexes.
- autour de l'évaluation des actions mises en œuvre

# SUIVI DES DISPOSITIFS 2025

## INTITULÉ DU PROJET : CHARGÉE DE PROJET À LA PARTICIPATION

Institution porteuse: Réseau Santé Kirikou

### Composition D'ÉQUIPE

Erin Dujou : 0,5 ETP

### LE PROJET en quelques mots

En quelques mots, ce projet a pour but d'amplifier la participation des jeunes et de leur entourage au sein du Réseau Santé Kirikou. La volonté principale est d'ouvrir les portes à l'évolution des pratiques, afin qu'elles se veuillent plus participatives en fonction des réalités de chacun-e.

Pour ce faire, quatre axes doivent coexister : l'axe de l'information, l'axe de la création d'opportunités, l'axe de l'action et enfin, l'axe de la sensibilisation. Parce qu'il faut pouvoir informer correctement les jeunes et leur entourage afin de leur donner les clés ; il faut pouvoir leur créer des opportunités et leur permettre l'espace pour s'exprimer ; il faut agir et mettre en place des actions concrètes qui leur laissent cette place. Parce que c'est nous, professionnel-le-s, qui avons les cartes en mains pour permettre cette évolution vers une culture qui se veut davantage participative. Avec les jeunes.

### LE PROJET en quelques chiffres

En quelques chiffres, ce projet c'est notamment :

- 15 chargé-es de projet participation à l'échelle du pays (minimum 1 par réseau SMEA)
- 1 chargée de projet participation pour le Réseau Santé Kirikou
- 1 premier plan d'action qui se clôture en 2025 avec 20 actions mises en route.
- 1 flyer d'information aux professionnel-le-s et 1 carte de visite
- 1 formation à destination des équipes « Focus sur la participation des jeunes et de leur entourage : mise en pratique » à partir de cette année 2025
- 10% des services partenaires représentés par un-e référent-e participation,
- 11 réunions du groupe de travail « Référent Participation » depuis 2023
- 1 nouveau plan d'action en cours de création pour 2026-2028

### LES CONSTATS de terrain et LES PERSPECTIVES

La participation est un mot dans l'esprit de beaucoup ces dernières années. Elle touche autant à la prise en compte de l'avis d'un-e jeune dans un projet plus large, que dans son propre projet de vie ou celle de son service. Savoir qu'on parle davantage de la participation des jeunes et de leur entourage, que beaucoup sont motivés à l'amplifier est une très bonne nouvelle. Il est toutefois important de garder des balises et des points d'attention. Les jeunes sont parfois sursollicité-e-s afin de participer à des projets qui peuvent les concerner de près ou de loin. Il est important de se poser une question de base : pourquoi ?

Au sein du réseau, il est important de prendre en compte les réalités de terrain propres à chaque service/profession lorsque l'on parle de participation des jeunes et de leur entourage. Parce que la participation est adaptable en fonction du contexte. Une formation adaptée aux réalités est essentielle et nombreux-ses sont les professionnel-le-s au sein du Réseau Santé Kirikou intéressé-e-s, motivé-e-s et demandeur-euse-s.

Ainsi, nous avons pour perspective de former les partenaires du réseau qui le souhaitent, aux bénéficiaires de la participation des jeunes et de leur entourage, afin que les pensées sur le territoire du Réseau Santé Kirikou continuent d'évoluer en ce sens. Parce que c'est petit à petit que nous verrons les pratiques participatives s'amplifier et permettre un changement culturel sur le territoire du Réseau Santé Kirikou.

Intéressé-e par une formation en équipe ? Prenez contact avec Erin Dujou

### Composition D'ÉQUIPE

**Composition d'équipe :** Géraldine Vanderveken, Coordinatrice locale Zone Ouest ; Charlotte Guiot, Coordinatrice locale Zone Est ; Caroline Bartélemi, Attachée administrative à la coordination locale ; Floriane Léonard, Chargée de communication ; Marilyn Lemaire, Agente administrative ; Coraline Dubois : Chargée de projet Intervention- Formation- Qualité

**Coordinateurs de réseaux :** Jean-Philippe Mathy, Réseau Santé Kirikou ; Didier De Riemaecker, Réseau Santé Namur

### LE PROJET en quelques mots

Le projet PSYNAM, porté par le SPF Santé publique et l'INAMI, vise à renforcer la santé mentale de proximité, avec une attention particulière aux publics vulnérables, à travers le conventionnement de psychologues cliniciens pour des interventions individuelles et de groupes. Déployé localement dans les communes de la province de Namur, il s'articule autour de la sensibilisation, du soutien et du traitement psychologique, tout en soutenant les professionnels de première ligne, sous la coordination conjointe des réseaux RSK et RSN.

### LE PROJET en quelques chiffres

- Une offre de psychologues conventionné dans chacune des **38** communes
- **107** PPL avec le Réseau Santé Kirikou (170 PPL tous réseaux confondus)
- **530h/semaine** de consultation pour le Réseau Santé Kirikou (1400h/semaine avec RSN)
- Plus **100** partenariats avec des acteurs locaux ( CPAS, Maisons médicales, Maisons de jeunes, AMO, Maison et de soins, organisme d'insertion socio-professionnel, ONE, crèches, écoles, CPMS, ASBL, maison d'accueil, services résidentiels de l'aide à la jeunesse, plannings familiaux, PCS, écoles des devoirs, régies des quartiers, ....)

### LES CONSTATS de terrain et LES PERSPECTIVES

#### Les constats de terrain :

- Difficultés d'accessibilité aux services spécialisés en santé mentale ou les SSM
- Manque de relais dans le sud
- Difficultés en santé mentales des jeunes augmentent
- Tranches d'âges plus compliquées à toucher (âges préscolaire)
- Proportion significative de No Show en session individuelles
- Il reste une différence entre les besoins identifiés par les professionnels et le degré de participation des patients et ce, même pour les jeunes.

#### Perspectives :

- Travail sur l'orientation du projet avec les comités de réseaux
- Développement des Clairvisions ( modules de soutien aux travailleurs de première ligne sur des questions de santé mentale qu'ils rencontrent dans leur public )
- Développement de modules de sensibilisation à la santé mentale
- Renforcer les collaboration avec les CPMS

## SUIVI DES DISPOSITIFS 2025

### INTITULÉ DU PROJET : RETIS - DISPOSITIF DE CASEMANAGEMENT

Institution porteuse : La Pommeraie ASBL

#### Composition D'ÉQUIPE

Base CDI : 1,3 ETP (un contrat 6/10<sup>ème</sup>, un contrat 7/10<sup>ème</sup>).  
Actuellement 1,1 ETP (6/10<sup>ème</sup> + 5/10<sup>ème</sup>)  
Mission : chargé de concertation  
Profil : éducatrice / psychologue / neuropsychologue  
Formations complémentaires : thérapie familiale et systémique

#### LE PROJET en quelques mots

RETIS s'adresse aux jeunes de 0 à 23 ans, en souffrance psychique, souvent à la croisée des secteurs de la Santé Mentale, et/ou de l'Aide à la Jeunesse et/ou de l'AVIQ, pour lesquels le parcours de vie / de soin, présente un risque de rupture. Le dispositif propose une intervention sous forme de soutien à la concertation.

La concertation rassemble les acteurs, professionnels (passés, présents ou potentiels), les familiaux, et le jeune ou son représentant. Dans un premier temps, il s'agit de créer les conditions d'un dialogue permettant à l'intelligence collective d'identifier les besoins du jeune, à court, moyen et long terme. Ce processus implique de se détacher de l'enjeu de l'urgence et de se donner le temps de la réflexion, de l'échange et de l'établissement de relations de confiance entre les partenaires.

Dans le temps suivant, la concertation soutient la co-construction d'une proposition de soins, d'un projet organisé et concerté, solide et durable, composé de prises en charge multiples et complémentaires, où les besoins identifiés du jeune trouvent des réponses réparties, si nécessaire, sur plusieurs acteurs.

#### LE PROJET en quelques chiffres

Demandes reçues et analysées en 2024 : 17 (à titre informatif, en 2023, ce chiffre représente 12 dossiers, à minima (en fonction des dossiers informatisés que nous avons))  
Demandes réorientées en 2024 : 11 (en 2023, ce chiffre est à minima de 5)  
Demandes ayant abouti au processus de concertation en 2024 : 6 (en 2023, 7 dossiers ont été ouverts).  
Dossiers clôturés après le retrait du dispositif (plus nécessaire) en 2024 : 2 (2023 : 6)  
Nombre de concertations/dossier/an (2023-2024) : très variable, de 2 à 7  
Nombre total de concertations en 2024 : 47 (2023 : 44)

#### LES CONSTATS de terrain et LES PERSPECTIVES

Le processus a fait ses preuves dans de nombreuses situations et encourage les services qui ont été nos partenaires dans ces situations à revenir vers nous. A contrario, certaines demandes émanent de services qui, soit sont pris dans l'enjeu de l'urgence (qui équivaut souvent à trouver une place de soin pour un jeune en grande souffrance), soit ne connaissent pas le mécanisme et les bénéfices du type de concertations que nous proposons.

D'autres peuvent être déçus car nous ne pouvons pas nous substituer aux acteurs qui portent la demande et n'entreprenons pas de démarches autres que celles liées à la concertation. Il s'agit dès lors de continuer à promouvoir l'outil pour que les professionnels, tant de services partenaires que de 1<sup>ère</sup> ligne, nous connaissent mieux et puissent nous interpeller dans les situations préoccupantes, avant qu'elles ne soient sous l'emprise de l'urgence, ou de crises/ d'échecs successifs qui entravent le processus de concertation.

# SUIVI DES DISPOSITIFS 2025

## INTITULÉ DU PROJET : @TRIBU MOBILE - DISPOSITIF DE SOIN PETITE ENFANCE

Institution porteuse : Réseau Santé Kirikou

### Composition D'ÉQUIPE

**Pédopsychiatre** : Dr Benjamin Wolff et, à partir du 01/08/2025, Dr Clair Vandaele

**Responsable d'équipe** : Yannick Halleux

**Travailleuses psychosociales** : Marine Pirson (Assistante sociale), Magali Ramlot (Psychologue), Ingrid Sonck (Assistante en psychologie)

### LE PROJET en quelques mots

Certains termes du projets pourraient être redéfinis à partir du 1/8/25:

- Ce dispositif est centré sur la prise en charge des besoins complexes du bébé et du lien parent-enfant. Nous incluons activement le bébé et ses parents dans la définition, la construction et l'évaluation du plan de soins, s'inscrivant ainsi dans un réseau de soins global qui mobilise les ressources internes, familiales et sociales.
- Intervention possible à partir de 3 mois de grossesse, quel que soit l'âge de la (future) mère, et ce dans une visée préventive, ainsi qu'une prise en charge des bébés jusqu'à leur 2ans1/2 au moment de la demande (âge de l'entrée de l'enfant à l'école), et qui répondent aux critères d'intervention de L'@tribu Mobile.
- Intervention rapide, intensive sur une période d'1 an max (6 mois, renouvelables 2 x 3 mois). La fréquence de l'intervention se définit en équipe en fonction des besoins de la situation.
- Travail en binôme avec intervention du Pédopsychiatre (au moins 2x dans chaque suivi) et du Responsable
- Réunions cliniques : 2h 1x/sem
  
- Trajet de la prise en charge : nouvelle demande ► réunion d'équipe : confirmation mission potentielle ► « investigation » ► réunion d'équipe : confirmation prise en charge et définition du binôme ► période exploratoire (faisabilité du travail) ► réunion d'équipe : hypothèses cliniques, hypothèses de travail possible, setting, répartition travail et pistes d'orientation éventuelles (réseau identifié) ► période de prise en charge « thérapeutique » : accompagnement et mise au travail autour du soin, des besoins, des rythmes et du lien parent-enfant ► clôture : soin particulier au niveau relais, transmission et séparation

### LE PROJET en quelques chiffres

- L'équipe se compose actuellement de 1,5 ETP + 0,3 ETP de pédopsychiatre + le team leader
  - À partir du 01/08/2025, l'équipe sera composée de 3 ETP et de 0,4 ETP de pédopsychiatre (temporairement 0,6 ETP) + le team leader.
- Les chiffres suivants sont extraits des chiffres de la crise, car ce n'est pas encore un dispositif à part entière :
- En 2024, nous avons reçu 50 nouvelles demandes de prise en charge, dont 27 ont été réorientées ou refusées.
  - 23 familles ont été prises en charge, ce qui représente un total d'un peu plus de 553 rencontres sur l'année.

Les statistiques actuelles ne nous permettent pas de connaître le nombre de demandes qui ont été refusées par manque de capacité. Ces chiffres sont repris dans les statistiques du dispositif de crise.

### LES CONSTATS de terrain et LES PERSPECTIVES

Nous avons pris la décision d'ouvrir un dispositif à part entière, car le nombre de demandes pour ce public cible augmente de manière significative (x30, voire x50 par rapport à avant 2020). L'offre de soin en périnatalité est beaucoup trop faible sur notre territoire de la Province de Namur. Nous avons, dès lors, pris la décision de mobiliser les ressources humaines de chaque dispositif (crise et longue durée) pour spécialiser un nouveau dispositif pour être au plus proche des besoins des tous petits.

# SUIVI DES DISPOSITIFS 2025

## INTITULÉ DU PROJET : @TRIBU MOBILE - DISPOSITIF SOINS DE LONGUE DURÉE

Institution porteuse : Réseau Santé Kirikou

### Composition D'ÉQUIPE

**Pédopsychiatre** : Dr Nicolas De Spiegeleer

**Responsable d'équipe** : Yannick Halleux

**Travailleuses psychosociales** : Mathilde Godfroid (Assistante sociale et Criminologue), Valérie Bouchat (Psychologue), Ode Dernoncourt (Psychologue), Laurine Dubois (Psychologue), Virginie Lucchetta (Psychologue), Magaly Vandale (Psychologue), Pauline Willems (Psychologue), Déborah Uhirwa (éducatrice spécialisée et Infirmière), Océane Tillieux (Assistante en psychologie) - et en congé de maternité : Hind Ben Sellam Infirmière) et Cindy Barette (Psychologue)

### LE PROJET en quelques mots

Équipe Mobile en Santé Mentale pour Enfants et Adolescents de 3 à 23 ans présentant des problématiques psychiques plus chroniques (problématique principale relevant de la santé mentale) :

- Familles dysfonctionnelles et/ou chaotiques où les dispositifs ambulatoires échouent ;
  - Situations familiales et/ou sociales complexes avec un réseau dispersé ;
  - Manque de compliance aux soins ou discontinuité dans la PEC de soin ;
  - Situations de ruptures sociales et scolaires ;
  - Entourage disposant de peu de moyens d'accès à des soins de santé mentale ambulatoires.
- Le dispositif Longue Durée intervient en complémentarité, en relais et en appui aux services existants. Ce dispositif offre un espace de soins d'où puisse émaner des effets thérapeutiques par des interventions sur le(s) lieu(x) de vie du bénéficiaire.
  - Intervention : 1x/sem sur une durée d'une PEC d'un an.
  - Travail en binôme avec intervention du Pédopsychiatre et du Responsable
  - Réunions cliniques : 4h 1x/sem
- Trajet de la PEC : nouvelle demande ► réunion d'équipe : confirmation mission potentielle
    - « investigation » ► réunion d'équipe : confirmation prise en charge et définition du binôme
    - période exploratoire ► réunion d'équipe : hypothèses cliniques, hypothèses de travail possible en longue durée, setting abouti, répartition du travail et pistes d'orientation éventuelles (réseau identifié)
    - La finalité de l'équipe mobile de soins ambulatoires de la longue durée est de procurer un apaisement au jeune et à la famille ainsi que d'instaurer un réseau de soin adapté autour d'eux pour aboutir à une clôture.

### LE PROJET en quelques chiffres

L'équipe se compose de 9 ETP + 0,4 ETP de pédopsychiatre + le teamleader.

En 2024, nous avons reçu 196 nouvelles demandes, dont 141 ont été réorientées (53 par manque de capacité).

Nous avons pris en charge 39 nouvelles situations en 2024. Nous avons réalisé 1968 RDV pour un total de 90 PEC sur l'année.

### LES CONSTATS de terrain et LES PERSPECTIVES

Notre dispositif n'est que très peu ouvert sur l'année étant donné le nombre de situations qui sont en augmentation et les situations qui se révèlent être de plus en plus complexes, sans oublier le manque de relais possible qui nous amène à devoir rester plus longtemps dans les situations pour palier à ce manque.

# SUIVI DES DISPOSITIFS 2025

**INTITULÉ DU PROJET : @TRIBU MOBILE - DISPOSITIF SOINS DE CRISE**

Institution porteuse : Réseau Santé Kirikou

## Composition D'ÉQUIPE

**Pédopsychiatre :** Dr Benjamin Wolff

**Team Leader :** François Kinkin

**Travailleurs psychosociaux :** Estelle Colin, Ingrid Sonck, Sanâa Bentaleb, Marine Pirson, Aurélie Crossart, Estelle Dupont, Sarah Lipinois, Magali Ramlot, Diana Malherbe

(Assistants sociales, assistantes en psychologie, psychologues, Sciences familles et sexologie)

## LE PROJET en quelques mots

**Équipe mobile de crise en Santé Mentale :** problème aiguë, symptômes récents, décompensation, évènement récent, potentiel de changement identifiable, accord de prise en charge (pas de contrainte)

- Intervention rapide, intensive, temps limité (3 mois)
- Travail en binômes, soutien par pédopsychiatre (au moins 1 fois) et par le Team Leader
- Réunions d'équipe et débriefings pour réflexions cliniques en équipe
- Trajet de prise en charge : nouvelle demande ► réunion d'équipe : confirmation mission potentielle ► « investigation » ► réunion d'équipe : confirmation prise en charge et définition binôme ► période exploratoire ► réunion d'équipe : hypothèses cliniques, hypothèses de travail possible en crise, setting abouti, répartition travail et pistes d'orientation éventuelles (réseau identifié) ► période de travail « de crise » : apaisement, (opportunités de) changements, pistes d'orientation ► période de post-suivi : accompagnement actif d'orientation vers le réseau, relais clinique vers le réseau ► clôture : soin au niveau relais, transmission et séparation

## LE PROJET en quelques chiffres

- L'équipe se compose de 9,69 ETP + 0,8 ETP de pédopsychiatre
- En 2024, nous avons reçu 417 nouvelles demandes de prise en charge. 235 ont été réorientées ou refusées, dont 110 pour manque de capacité (dispositif saturé).
- 164 jeunes ont été pris en charge, ce qui représente un total d'un peu plus de 2000 rencontres sur l'année.

## LES CONSTATS de terrain et LES PERSPECTIVES

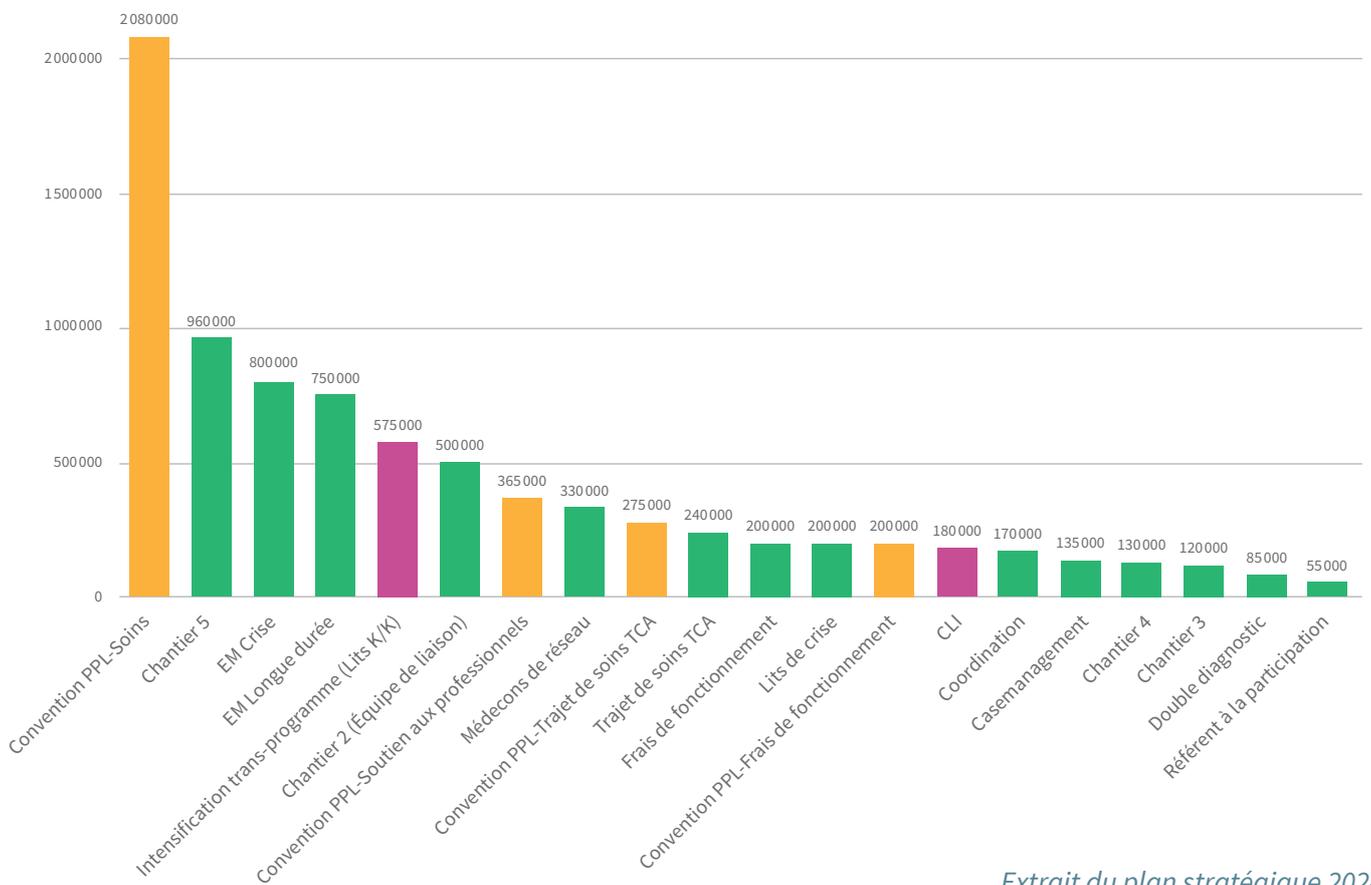
Les périodes de saturation durant lesquelles nous devons fermer le dispositif sont de plus en plus nombreuses et durent dans le temps. De même, la saturation du réseau pédopsychiatrique nous met en difficulté dans l'orientation de nos situations.

# BUDGET

Pour le budget 2024, les montants reçus se déclinent selon trois sources principales :

- **Convention B4 : 4.350.000 €**
- **Convention PPL (INAMI) : 2.925.000 €**
- **Projets connexes au Réseau : 1.075.000 €**

**Total : 8.350.000 €**



Extrait du plan stratégique 2024



Plusieurs dizaines de personnes sont financées par le réseau.



réseau santé  
**KIRIKOU**

---

# **SUIVI DES DISPOSITIFS 2025**

---

*Assemblée des partenaires du 17 juin 2025 - CFR Bouge*

Mise en page : programme CLI - Jessica Lefevre

Éditeur responsable : Jean-Philippe Mathy, 42 Rue de l'Horlaine - 5101 Loyers