UCLouvain

Faculté de santé publique

# Comment s'organise la transition des soins de santé mentale pour les personnes âgées de 16 à 23 ans en Belgique francophone ?

Mémoire réalisé par
**Andréa Monforti**

Promoteur(s)
**Brice Lepièce**

Année académique 2018-2019
**Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée**

Comment s’organise la transition des soins de santé mentale pour les personnes âgées de 16 à 23 ans en Belgique francophone ?

# REMERCIEMENTS

Je tiens, tout d'abord, à remercier mon promoteur Brice Lepièce pour son suivi, ses corrections et son aide précieuse quant à la réalisation de ce travail de fin d'études.

Je remercie chaleureusement mes proches et ma famille de m'avoir apporté leur soutien tout au long de ce master en Sciences de la Santé Publique.

Je voudrais aussi remercier les psychiatres et les case-managers pour leur participation à l'enquête qualitative ainsi que pour leur accueil au sein de leurs institutions.

Merci au Fil d'Ariane pour leur centre de documentation et leur disponibilité.

J'adresse également mes remerciements à Nicolas, Pauline, Margaux, Laura, Manon, Tess, Marie-Noëlle, Danièle et mes parents pour leurs encouragements et leurs précieux conseils.

Enfin, je voudrais remercier toutes les personnes qui ont contribué, d'une manière ou d'une autre, à l'accomplissement de ce mémoire.

# LE PLAGIAT

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie. Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux, …) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université Catholique de Louvain.

# Résumé du mémoire

**Introduction :** Notre étude porte sur les adolescents en transition vers l'âge adulte (ATAA) qui ont recours aux soins de santé mentale. Actuellement, en Belgique, une nouvelle réforme de soins de santé mentale pour enfants et adolescents est mise en place. Adapter l'offre de soins aux jeunes de la tranche d'âge charnière allant de 16 à 23 ans est un des buts poursuivis par la nouvelle politique. Pour ce faire, la politique préconise le développement des réseaux et circuits de soins pédopsychiatriques en créant de nouveaux dispositifs comme les équipes mobiles et le case-management. Nous souhaitons comprendre comment les professionnels en pédopsychiatrie adaptent la prise en charge des usagers de 16 à 23 ans et comment ils organisent leur transition des soins vers des services psychiatriques adultes.

**Questions de recherche :** Qui sont les bénéficiaires qui nécessiteront la mise en place d'une transition vers des soins psychiatriques adultes ? Comment les professionnels organisent-ils la transition des soins vers des structures psychiatriques adultes ? Le case-manager joue-t-il un rôle spécifique dans la transition des soins des jeunes de 16 à 23 ans ?

**Méthodes :** Il s'agit d'une recherche qualitative dans laquelle nous menons une enquête par entretien individuel semi-directif. Pour répondre à nos trois questions de recherche, nous avons rencontré, au sein de quatre réseaux pédopsychiatriques wallons, des pédopsychiatres et des case-managers. Notre échantillon est donc sélectif. L'analyse des données empiriques est réalisée par théorisation ancrée, qui consiste à faire émerger les thèmes du matériau afin que de nouveaux concepts émergent et soient pris en considération.

**Résultats et discussion :** Nos résultats sont à lire avec prudence, compte tenu des limites de notre étude. La plupart de nos hypothèses semblent se confirmer. Concernant la première question de recherche, les ATAA présentent des difficultés multisectorielles (milieu défavorisé, troubles de l'attachement, décrochage scolaire…). Ensuite, les démarches réalisées par les professionnels pour organiser la transition des soins se basent sur des soins personnalisés, adaptés à chaque situation. Par ailleurs, le dispositif d'équipe mobile permet d'apporter une flexibilité au niveau des soins. Enfin, le dispositif de case-management permet, quant à lui, de mettre en place les réunions de concertation afin de développer un réseau autour de l'usager.

**Conclusion :** La nouvelle politique de santé mentale a permis aux professionnels de prendre conscience que la transition des soins devait être organisée et préparée de manière anticipée. Pour ce faire, les réseaux et circuits de soins sont développés pour améliorer la coopération intersectorielle. Les dispositifs créés par les nouvelles réformes de santé représentent des éléments facilitant la transition des soins. Cependant, compte tenu du manque d'intersectorialité, des faibles ressources de l'usager et du manque de conscientisation, il semble toujours exister un décalage entre l'injonction politique et le travail des acteurs de terrain.



**Mots-clés :** Santé Mentale, Adolescence, Période de Transition, Transition des Soins, Équipe Mobile, Case Management.

# TABLE DES MATIERES

**INTRODUCTION** ..... **1**

**I. La problématique** ..... **1**

**II. Les objectifs du mémoire** ..... **4**

**PARTIE THÉORIQUE** ..... **5**

**I. L'adolescence** ..... **5**
1. Les définitions ..... 5
2. Les enjeux de l'adolescence ..... 7
3. Les facteurs de vulnérabilité chez les jeunes âgés de 16 à 23 ans ..... 10

**II. L'état de santé mentale des adolescents et jeunes adultes** ..... **14**
1. Le contexte européen ..... 14
2. Le contexte belge ..... 17

**III. Les soins de santé mentale en Belgique : organisation et réformes** ..... **23**
1. L'organisation du système de soins de santé mentale ..... 23
2. Les réformes belges ..... 25
3. Les équipes mobiles pédopsychiatriques ..... 28
4. Le travail en réseau ..... 30
5. Le dispositif de case-management ..... 30

**IV. La question de recherche & les hypothèses** ..... **33**

**PARTIE EMPIRIQUE** ..... **37**

**I. La méthodologie** ..... **37**
1. Le choix de la méthode ..... 37
2. L'échantillonnage ..... 38
3. L'outil de collecte de données ..... 40
4. La méthode d'analyse ..... 41

**II. Les réseaux pédopsychiatriques francophones belges** ..... **43**

**RÉSULTATS** ..... **45**

**I. La rubrique 1 : Les usagers de 16 à 23 ans** ..... **46**

**II. La rubrique 2 : Les démarches concrètes lors de l'organisation de la transition des soins** ..... **50**

**III. La rubrique 3 : Les barrières liées à la transition des soins ..... 52**

**IV. La rubrique 4 : Les facteurs facilitant la transition des soins ..... 59**

**V. La rubrique 5 : Le rôle de l'équipe mobile sur la transition des soins ..... 65**

**VI. La rubrique 6 : Le rôle du case-manager sur la transition des soins ..... 69**

**VII. Résumé des résultats ..... 75**

**DISCUSSION & CONCLUSION ..... 77**

**I. L'interprétation des résultats ..... 77**

1. Les usagers de 16 à 23 ans ..... 77
2. Les démarches concrètes lors de l'organisation de la transition des soins ..... 80
3. Les barrières liées à la transition des soins ..... 81
4. Les facteurs facilitant la transition des soins ..... 84
5. Le rôle de l'équipe mobile sur la transition des soins ..... 86
6. Le rôle du case-manager sur la transition des soins ..... 86
7. Les recommandations ..... 88

**II. Les limites et les difficultés rencontrées ..... 89**

**III. Les pistes de réflexion ..... 90**

**IV. Conclusion ..... 91**

**BIBLIOGRAPHIE ..... 93**

**ANNEXES ..... 99**

1. **Le guide d'entretien – Annexe n°1** ..... 99
2. **La justification du guide d'entretien – Annexe n°2** ..... 101
3. **Le contexte des entretiens – Annexe n°3** ..... 102
4. **Les retranscriptions des entretiens – Annexe n°4** ..... 103

# INTRODUCTION

## I. La problématique

L'adolescence représente la phase de développement humain la plus formatrice, mais elle correspond également à une période marquée par de grands changements, qu'ils soient d'ordre physique, cognitif, psychologique, affectif, sexuel ou encore social (WHO, 2017). L'adolescence a évolué au cours du temps et à l'heure actuelle, elle tient compte des âges de 10 à 24 ans et est inclusive (Sawyer et al., 2018). Cette période correspond à une **étape de développement**, un processus durant lequel le jeune évolue avec ses caractéristiques biologiques au sein d'un environnement donné. Cet environnement va influencer les comportements de santé du jeune qui tend à devenir un adulte autonome et indépendant.

Comme le disent Duverger et Guedj-Bourdiau, « tout l'enjeu de l'adolescence, c'est de devenir autonome sans être seul » (2013, p7). Le jeune aspire à une certaine liberté, il prend conscience de ses potentialités mais il a encore besoin de protection de la part de son entourage car il n'est pas socialement et psychologiquement prêt (Duverger & Guedj-Bourdiau, 2013).

Face à ces changements, l'adolescent ne parvient pas toujours à mettre en place des stratégies d'adaptation. Ainsi, cette période comprenant diverses transitions est caractérisée par une certaine forme de **vulnérabilité** et de fragilité psychique qui nécessite davantage que nous portions attention à l'état de santé mentale des **adolescents en transition vers l'âge adulte** (ATAA) (Polanczyk et al., 2015).

À travers ce mémoire, nous nous intéressons aux individus qui ont recours aux soins de santé mentale, et plus particulièrement au moment du transfert du jeune adulte entre les services pédopsychiatriques vers les services psychiatriques adultes. En nous basant sur la littérature scientifique, nous ciblons notre étude sur **la transition des soins de santé mentale des personnes âgées de 16 à 23 ans**.

**Plusieurs raisons et circonstances nous ont poussé à nous concentrer sur ce public cible**. Nous les énumérons de la façon suivante :

**Premièrement**, l'OMS estime que 50% des problèmes de santé mentale à l'âge adulte sont apparus pendant ou même avant l'adolescence (2013). La promotion, la prévention et la détection précoce des troubles mentaux sont recommandées pour anticiper les conséquences

négatives à court et long terme sur l'état de santé mentale des jeunes. L'investissement dans la santé des adolescents représente une **priorité de santé publique**. Elle vise l'amélioration et le maintien de la santé tout au long de la vie ainsi que la transmission des comportements de santé à la génération suivante, afin que chacun puisse apporter une contribution positive à la société (WHO, 2017).

**Second aspect important** : agir sur la santé mentale et le bien-être lors des premiers stades de la vie permet de **prévenir l'apparition des troubles mentaux** (WHO, 2013). Cela permet aussi, d'un point de vue personnel, que la personne puisse garder une santé objective et subjective la plus optimale possible et d'un point de vue sociétal, que les coûts engendrés par les soins de santé mentale soient réduits. (EU COMPASS, 2017).

Or, comme nous l'affirme l'OCDE, les troubles mentaux semblent devenir une cause de plus en plus importante de perte de productivité dans la plupart des pays européens (2014). Les coûts de la perte de productivité due aux troubles mentaux, estimés entre 3 et 4% du produit intérieur brut des pays européens, dépassent de loin les coûts des traitements (OECD, 2014). Cependant, moins de 10% des personnes atteintes de troubles mentaux dans l'Union Européenne bénéficient d'un traitement de soins adéquat (Wittchen et al., 2011).

**Troisièmement**, il existe un **faible taux d'accompagnement médico-psychologique** pour ce public cible. Plusieurs raisons expliquent ce faible taux. Il y a tout d'abord le manque de connaissance d'identification de ce public comme ayant des besoins spécifiques et le manque d'informations concernant l'offre de soins. Ce taux s'explique également par le manque d'investissement des jeunes dans leurs traitements ou par le fait qu'ils recherchent peu d'aide médicale. Le « dropout » doit aussi être pris en considération pour expliquer ce faible taux de couverture puisque les abandons de soins de santé augmentent chez les adolescents. Une étude estime le taux d'abandon des soins psychiatriques à 50,9% chez les adolescents contre 28,9% pour les adultes (Copeland et al., 2015). Il existe aussi des attitudes discriminatoires de la part de la société envers les personnes atteintes de troubles mentaux. Ces attitudes influencent le recours aux soins et elles sont d'autant plus présentes en ce qui concerne les jeunes âgés de 16 à 23 ans (EU COMPASS, 2017).

**Dernièrement**, l'**offre** de soins de santé mentale est **inadaptée aux besoins des jeunes** de 16 à 23 ans, mettant en péril la continuité de leurs soins. Ainsi, les soins de santé mentale pour enfants et adolescents ne tiennent pas assez compte des déterminants sociaux de leur santé (SPF, 2015). De plus, l'âge maximum pour les soins pédopsychiatriques était fixé à 18 ans, ce qui ne

correspond pas toujours aux stades de développement des adolescents. Face à ce constat, de nombreuses réformes dans le secteur des soins de santé mentale ont été instituées en Belgique.

C'est notamment à partir de ces **nouvelles réformes** que notre réflexion vis-à-vis du public cible s'est construite. Il s'agit d'un réel défi pour les systèmes de soins car la transition des soins en santé mentale représente une des missions de la réforme et correspond à un enjeu majeur dans les politiques de santé. En effet, la nouvelle réforme pour enfants et adolescents vise **la mise en place des réseaux et circuits de soins pédopsychiatriques afin d'adapter les soins aux spécificités des jeunes usagers**. Cette nouvelle politique porte prioritairement son attention sur les enfants et adolescents de 0 à 18 ans ainsi que sur leur entourage mais également sur la tranche d'âge de 16 à 23 ans (SPF, 2012).

Afin de développer les réseaux et circuits de soins, **la nouvelle politique de santé mentale a créé de nouveaux dispositifs**, que nous détaillerons dans ce mémoire car ils pourraient jouer un rôle dans la transition des soins. Il s'agit du dispositif des **équipes mobiles pédopsychiatriques** et du dispositif de **case-management** qui tentent de développer une offre adaptée aux jeunes adultes dans la tranche d'âge charnière allant de 16 à 23 ans (SPF, 2015).

Dans ce contexte, ce mémoire tente de comprendre comment s'effectue la transition des soins vers les réseaux psychiatriques adultes concernant les jeunes de 16 à 23 ans en Belgique francophone.

Enfin, d'un **point de vue personnel**, se centrer sur le travail en réseau et sur le développement de la collaboration entre professionnels semble primordial pour assurer les soins et le suivi des individus. Nous prenons en charge les usagers de façon holistique, en faisant en sorte que les déterminants de leur santé soient pris en considération et qu'ils s'investissent, dans la mesure du possible, dans leur traitement et leur trajectoire de soins. Agir dans et sur l'environnement des patients est essentiel pour entreprendre une prise en charge pertinente et complète.

S'investir dans ce projet semble pertinent car les équipes mobiles interviennent dans le milieu de vie des usagers. Les soins sont donnés en collaboration avec les différents prestataires au sein du secteur médical et social. Aussi, la finalité des équipes mobiles correspond au maintien de l'autonomie des personnes au sein de leur environnement et de leur tissu social d'origine, afin d'éviter l'exclusion sociale (SPF, 2010). Enfin, le case-manager agit lui aussi au plus proche des usagers afin de coordonner les soins de santé mentale (SPF, 2015).

## II. Les objectifs du mémoire

Le présent mémoire se focalise sur les déterminants de la continuité des soins de santé mentale pour les adolescents et jeunes adultes en Belgique, et plus précisément au sein du travail en réseau pédopsychiatrique francophone. **Il vise à analyser le déroulement de la transition des soins pédopsychiatriques vers des services adultes pour les bénéficiaires de 16 à 23 ans**.

Dans le contexte de la réforme des soins de santé mentale, nous souhaitons analyser le **rôle des équipes mobiles pédopsychiatriques** dans le processus de transition des soins de ces jeunes. Et plus précisément, nous nous intéressons à la **fonction de case-manager** dans le soutien de la transition.

Nous désirons identifier **les barrières et les facteurs de succès** relatifs à la transition des soins du groupe 16-23 et par conséquent, déterminer les besoins en termes de transition de soins.

Ce mémoire se décline en plusieurs parties.

La première section de ce travail est dédiée à définir le cadre conceptuel dans lequel s'articule notre question de recherche. Nous présentons l'aspect théorique qui comprend les définitions de l'adolescence, la description des enjeux et les facteurs de risques de ce public cible. Ensuite, nous déterminons l'état de santé mentale des adolescents dans le contexte européen et le contexte belge. Nous évoquons également le contexte de la réforme des soins de santé mentale en Belgique. Les concepts présentés permettront de former notre hypothèse de recherche.

Dans un deuxième temps, nous développons la partie empirique qui correspond, d'une part à l'explication de l'approche qualitative utilisée dans le cadre de ce travail, et d'autre part à l'organisation et le fonctionnement des réseaux pédopsychiatriques en Wallonie.

La troisième section de ce travail est consacrée à tester nos hypothèses de recherche sur le terrain. Dans notre partie pratique, nous exposons les entretiens qualitatifs destinés aux professionnels de la santé mentale. La récolte des données est réalisée auprès de quatre réseaux, tous répartis en Belgique francophone.

Pour terminer, la partie discussion et conclusion consiste en l'analyse rétrospective des guides d'entretien destinés aux professionnels de santé. Nous les analysons et les interprétons. Nous déterminons les limites et les difficultés rencontrées durant ce travail. Enfin, nous clôturons notre étude par la discussion qui permettra de mettre en évidence les pistes de réflexion. Enfin, nous présentons nos conclusions.

# PARTIE THÉORIQUE

Nous introduisons la partie théorique par l'explication du concept de l'adolescence et sa santé mentale, thèmes principaux de notre étude. Nous prenons également en considération l'élargissement de la définition du terme « adolescence ». Puisque notre problématique est tirée de cette période de fragilité, nous évoquons ensuite les enjeux de l'adolescence et les facteurs de risques de ces jeunes.

## I. L'adolescence

### 1. Les définitions

Le terme « adolescence » peut être abordé de plusieurs manières.

Tout d'abord, son étymologie provient de *adolescere* en latin, qui signifie grandir (Duverger, 2017). Grandir implique systématiquement des changements. La période d'adolescence représente en effet une période de transition critique caractérisée par des changements rapides. L'OMS considère que l'adolescence est la période de croissance et de développement humain se situant entre l'enfance et l'âge adulte allant de 10 à 19 ans. Alors que les déterminants biologiques de l'adolescence sont universels, sa durée et ses caractéristiques varient dans le temps et en fonction de l'environnement social, culturel et socio-économique (OMS, 2016).

*In fine*, définir l'adolescence revient à se référer au côté négatif car ce n'est plus l'enfance et ce n'est pas encore l'âge adulte. C'est un « entre-deux » où les jeunes ne possèdent pas encore de statut à part entière puisqu'ils doivent réaliser un travail psychique sur eux-mêmes. Ce travail consiste à élaborer et à intégrer un nouveau corps et une nouvelle identité au sein de la communauté (Duverger, 2017). L'identité se construit au fur et à mesure de notre parcours de vie et notamment selon le contexte familial et social (Duverger & Guedj-Bourdiau, 2013).

Si initialement, la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant définissait l'enfant comme un individu âgé de 0 à 18 ans, elle a, avec le temps, affiné la période de l'adolescence comme étant comprise entre 10 et 19 ans. Selon le pays, la culture et le contexte, cette définition continue de surprendre, à la fois par rapport à l'âge du début et par rapport à la fin de l'adolescence, où l'on peut considérer qu'une personne de 19 ans est déjà adulte.

Nous reprenons alors le terme « jeunesse » qui relie l'enfance à l'adolescence et l'adolescence à l'âge adulte. Et bien que la jeunesse soit définie comme la période allant de 15 à 24 ans, la

Déclaration de Barcelone du congrès mondial associe la jeunesse à une catégorie sociale sans définition de l'âge (Sawyer et al., 2018).

En raison de ces variations de définitions, le terme « jeune » sera le plus utilisé car une personne de 16 ans peut être considérée comme un enfant, un adolescent ou encore un jeune adulte selon son développement, sa maturité, son statut social et son environnement.

Les définitions d'âge sont donc arbitraires et les approches chronologiques de la définition de l'adolescence continuent d'être façonnées par la culture et le contexte au sein des communautés. La définition de la période de l'adolescence évolue avec le temps et selon les modèles de croissances biologiques et les modèles de transition par rapport aux rôles sociaux.

Cette variation des âges de l'adolescence intéresse notre sujet d'étude dès lors que l'investissement dans la santé des jeunes entre 16 et 23 ans, soit en pleine période de transition, génère des rendements sociaux, sanitaires et économiques (Sawyer et al., 2018).

Enfin, les modèles contemporains de développement humain ont modifié, eux aussi, la période de développement de l'adolescence à travers le monde.

Les anciennes définitions de l'adolescence limitent l'adaptation des politiques et des programmes de soins de santé face aux besoins de ces jeunes. Afin de favoriser le bien-être de cette population, il faut pouvoir leur donner les possibilités et les ressources d'apprendre, d'explorer et de découvrir. Si tel est le cas, l'adolescence peut être une phase de la vie transformatrice dans laquelle les jeunes peuvent acquérir les atouts essentiels au fonctionnement futur des adultes de demain (Sawyer et al., 2018). La Commission Lancet sur la santé et le bien-être des adolescents a suggéré que cette génération d'adolescents et de jeunes adultes peut transformer tout notre avenir. Tout l'enjeu est de promouvoir leur santé en leur offrant une certaine éducation.

## 2. Les enjeux de l'adolescence

### 2.1 L'intégration sociale

Un des enjeux principaux de l'adolescence repose sur le concept d'**intégration sociale** liée à la transition vers l'âge adulte.

Nous voyons que les jeunes âgés de 16 à 23 ans ont une grande envie de liberté et d'autonomie et bien qu'ils soient de plus en plus capables de prendre des responsabilités, ils ont toujours un **besoin important d'affection et de protection** pour grandir. Plus ce besoin est grand, moins le jeune le supporte. « Plus il se sent démuni, plus il se croit dépendant des adultes, et plus il se sent dépendant, moins il le tolère » (Duverger & Guedj-Bourdiau, 2013, p5). L'adolescent confronté à des problèmes psychologiques pourrait moins tolérer sa prise en charge au sein d'un traitement en santé mentale. Le risque se situe alors dans **l'abandon et la sortie de ses soins**.

Concernant la tranche d'âge des 16-23 ans, le risque serait que les adolescents soient considérés comme incapables de **participer pleinement à la société** et d'assumer des rôles responsables. Un tel point de vue risquerait de priver les adolescents de leurs droits de participer à la société ainsi qu'à leur traitement. Mettre l'accent sur l'adolescence comme phase unique d'énergie et de créativité, ainsi que d'une certaine vulnérabilité, permettrait à la société de valoriser les contributions des adolescents et de garantir que des investissements optimaux soient faits pour soutenir leur croissance et leur santé (Sawyer et al., 2018).

Comme nous l'évoquions *supra*, l'enjeu même de l'adolescence est l'intégration sociale. L'adolescent fait face à des nombreux changements physiques et sociaux et il tente de se construire une identité au sein de la société. L'adolescence est une **période critique** où la diversité des trajectoires de vie augmente.

Il faut notamment prendre en compte le nouveau réseau social de l'adolescent, la séparation de la famille et dans certains cas, un nouveau domicile séparé des parents. L'adolescent choisit son orientation scolaire mais doit faire face aux nouvelles exigences académiques. Le jeune est de plus en plus indépendant et autonome, il prend plus de responsabilités et ce, avec une diminution du soutien des parents (Schulenberg & Maggs, 2002).

Face aux divers challenges de l'adolescent, celui-ci doit mettre en place des **stratégies d'adaptation** pour s'adapter aux nouvelles exigences de son environnement et pour s'intégrer dans la société dans laquelle il vit.

Certains jeunes, par manque de soutien et de ressources, présentent un **défaut d'adaptation** pouvant influencer sur leur intégration sociale. Leur stratégie d'adaptation n'étant pas adéquate par rapport à leur environnement. Ces adolescents, en transition développementale, sont d'autant plus exposés aux facteurs de risque et sont plus enclins à avoir des comportements de santé défavorables tels que la consommation d'alcool et de drogues, le décrochage scolaire et les comportements violents.

Ces comportements à risque pour la santé constituent un second enjeu à analyser.

### 2.2 Les modèles de transition et les comportements à risque pour la santé

Cinq modèles conceptuels de transition seront abordés dans cette partie. Préalablement, nous détaillons les définitions et les concepts des transitions de manière générale.

Ainsi, la **transition** entre l'enfance et l'âge adulte est **complexe et subtile** mais tout autant significative que les transitions comme le passage de la primaire à la secondaire ou encore de l'école vers le monde du travail. L'adolescent commence à développer son esprit critique et va parfois à l'encontre des directives de ses parents. Son identité, autrefois incontestée, devient plus abstraite et se tourne désormais vers l'avenir. Ce sont ces transitions qui transforment l'enfant en adolescent et l'adolescent en jeune adulte (Schulenberg & Maggs, 2002).

Les **choix** et les **opportunités** qui se présentent aux adolescents sont nombreux. Le comportement adopté par l'individu peut alors influer sur les résultats de la transition développementale. Ces transitions s'inscrivent dans un contexte socioculturel et varient selon certains critères comme le genre, le niveau socioéconomique et la culture.

En effet, en fonction de la **culture** associée à la communauté dans laquelle nous vivons, il existe des attentes concernant le comportement des adolescents. Nous parlons alors de transitions normatives ou non normatives. Selon l'époque et la société, certaines tâches psychosociales prescrites socialement et biologiquement devraient être accomplies à des moments sensibles et spécifiques tout au long de notre vie, comme par exemple se marier et avoir des enfants par après. Mais les transitions relèvent davantage du processus de changement que la réalisation de ces tâches contribuant aux changements eux-mêmes (Schulenberg & Maggs, 2002). **Les transitions correspondent à des tournants potentiels au sein de notre trajectoire de vie**.

Les notions de **continuité** et de **discontinuité** sont essentielles pour comprendre comment les transitions développementales s'effectuent lors de la vie des individus. Certaines discontinuités

de fonctionnement entre les transitions correspondent à des perturbations temporaires où la trajectoire en cours reprendra par la suite. Mais des **transitions majeures**, comme la transition entre le secondaire et les études supérieures, **peuvent modifier la trajectoire actuelle** de santé et de bien-être et ce, de manière temporaire ou permanente.

Durant l'adolescence, nous constatons que les comportements à risque pour la santé augmentent de manière considérable. Cinq modèles expliquent la relation entre les transitions développementales et les comportements à risque pour la santé et le bien-être.

Le premier modèle se nomme *« The Overload Model »*. Ce modèle de « surcharge » considère les **risques** pour la santé comme une **conséquence potentielle de plusieurs transitions développementales sur une durée assez courte** (Schulenberg & Maggs, 2002). Prenons l'exemple de l'étudiant en 6ème secondaire, se dirigeant vers des études supérieures qui part du domicile familial pour koter dans une nouvelle ville et donc un nouvel environnement physique et social. Le jeune adulte fait face à plusieurs transitions et lorsqu'elles dépassent les capacités d'adaptation, le bien-être de l'adolescent peut en souffrir. Les comportements à risque, comme la consommation d'alcool, peuvent alors servir de stratégies d'adaptation.

Le *« Developmental Mismatch Model »* constitue le deuxième modèle et souligne le lien entre **les individus et le contexte** dans lequel ils vivent. En fait, la personne en développement est perçue comme faisant partie intégrante de son environnement qui est lui-même en mutation. La relation entre les besoins développementaux de l'individu et les opportunités fournies par le contexte environnemental est dynamique. Les transitions sont alors perçues comme des opportunités ou des menaces.

Pour certains jeunes, le passage aux études supérieures représente des opportunités comme pour se faire un nouveau cercle d'amis, se projeter dans l'avenir professionnel. Ces opportunités liées au contexte correspondent mieux aux besoins de développement du jeune adulte, ce qui explique en partie pourquoi le bien-être augmente plus rapidement pour les étudiants qui vont à l'université. Pour d'autres, cependant, ces opportunités peuvent ne pas correspondre à leurs besoins. Certaines transitions peuvent également affecter la santé en modifiant la relation individu-contexte. L'enjeu est alors de mettre en place une stratégie de coping.

Le troisième modèle, *« The Increased Heterogeneity Model »*, suggère que les transitions complexes amplifient soit les forces soit les faiblesses de l'individu de façon à augmenter les **différences inter-individuelles de fonctionnement et d'ajustement**. Ces différences

s’accroissent entre ceux qui gèrent de manière efficace les facteurs de stress et ceux qui n’y parviennent pas. Les jeunes ayant déjà des difficultés risquent d’en avoir encore plus pour négocier de nouvelles transitions et risquent de prendre leur distance avec les personnes qui fonctionnent et s’adaptent correctement. Pour les personnes vulnérables qui manquent de compétences sociales, académiques et organisationnelles, partir de chez soi pour vivre dans un environnement inconnu peut être extrêmement stressant (Schulenberg & Maggs, 2002).

Le quatrième modèle *« The Transition Catalyst Model »* nous explique que les **comportements à risque** pour la santé peuvent contribuer ou constituer des **éléments fondamentaux** dans la négociation des transitions développementales. La prise de risque normative représente aussi bien un élément constructif que destructeur en ce qui concerne la santé et le bien-être (Schulenberg & Maggs, 2002). Pour exemple, la consommation d’alcool pendant la période de transition peut contribuer à se faire de nouveaux amis tout en mettant en péril sa santé à court et long terme. Certains jeunes adolescents adoptent des comportements à risque afin d’éviter la transition et ainsi retarder les rôles et les responsabilités du jeune adulte.

Le dernier modèle *« The Heightened Vulnerability to Chance Events Model »* repose sur l’idée que **le hasard modifie le cours de la vie des individus** et il tente de comprendre pourquoi de nombreuses difficultés seraient imprévisibles. Les différences intra individuelles sont liées aux effets fortuits. Les jeunes en transition recherchent de nouvelles expériences et se rendent plus vulnérables aux effets négatifs d'événements aléatoires (Schulenberg & Maggs, 2002).

Ces différences inter et intra individuelles correspondent aux facteurs de risque auxquels sont confrontés les adolescents en période de transition. La partie suivante de notre mémoire tente de les exposer.

## 3. Les facteurs de vulnérabilité chez les jeunes âgés de 16 à 23 ans

Au sein de l’environnement de l’adolescent et du jeune adulte peuvent exister des facteurs de risque et nombreux de ces facteurs se situent dans des domaines autres que la santé. Nous exposerons huit facteurs de vulnérabilité que peuvent rencontrer les jeunes adultes au sein d’un environnement micro, méso et macro.

La prise en charge est multisectorielle en psychiatrie et intègre d’emblée la collaboration avec les secteurs de l’éducation, de la justice et de l’aide à la jeunesse. Il nous a semblé judicieux de s’attarder sur ce qui compose l’environnement social des jeunes usagers.

En effet, la santé mentale et les troubles mentaux sont influencés par les conditions sociales, économiques et culturelles dans lesquelles vivent les personnes (SPF, 2016). Le graphique exposé ci-dessous reprend les facteurs de risque de cette dimension sociale :

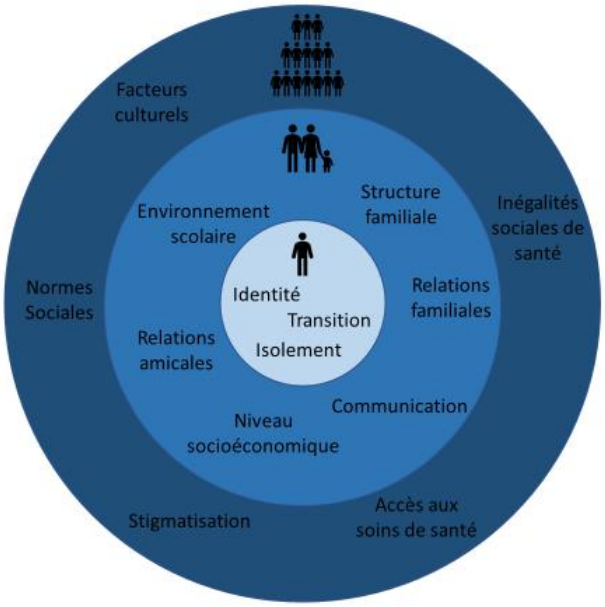


*Figure 1 : Les facteurs de vulnérabilité au niveau micro, méso et macro. Graphique réalisé à partir de notre revue littéraire*

Au niveau micro, l'adolescent est face à une période comprenant **plusieurs transitions**, notamment la transition scolaire et familiale. Ces changements peuvent représenter un facteur de risque, car comme nous l'évoquions *supra*, les jeunes possèdent des différences inter et intra individuelles de fonctionnement et d'ajustement face à des situations complexes et problématiques (Schulenberg & Maggs, 2002).

À travers les étapes de la vie, notre **identité** évolue et se construit sans cesse. L'identité de la personne permet à la fois d'avoir un sentiment d'appartenance et d'obtenir une reconnaissance par rapport aux autres et à la société (Personne, 2011). Cependant, la phase d'adolescence est marquée par des changements de rôles et de statuts qui influencent et menacent la construction de l'identité, ce qui représente une barrière au bon développement psychique de l'individu.

L'adolescent peut éprouver un sentiment de solitude, il y a un sentiment d'incommunicabilité car il a le sentiment de ne pas être écouté (Deltombe, 2010). L'article de Kawachi et de Berkman (2001) souligne également le lien établi entre **l'isolement social** et la diminution du bien-être psychologique. Un réseau social plus petit, une diminution des relations proches et une **perception insuffisante de soutien social** ont tous été considérés comme des symptômes de

dépression. La situation d'isolement est la principale composante du handicap lié aux troubles mentaux et aux rechutes fréquentes. Cette situation d'isolement va souvent de pair avec l'arrêt des soins programmés et stabilisés (SPF, 2016). Toutefois, plusieurs études ont démontré qu'il était difficile de distinguer l'isolement social comme un facteur de risque ou comme une conséquence des symptômes de dépression (Kawachi & Berkman, 2001).

Au niveau méso, deux modèles expliquent les mécanismes où les relations sociales influencent sur la santé et le bien-être.

Le *« Main Effect Model »* suppose que les relations sociales ont un effet bénéfique et ce, peu importe que les personnes se trouvent dans un état de stress ou non. Le modèle décrit plusieurs processus par lesquels **l'intégration à un tissu social peut influer sur le bien-être psychologique** (Kawachi & Berkman, 2001). L'influence sociale fait référence à la façon dont les membres d'un réseau social obtiennent des conseils normatifs sur le comportement à adopter en matière de santé, tels que l'activité physique ou le tabagisme. Cet exercice physique régulier peut également à son tour exercer une influence positive sur la santé mentale. Tandis que **les normes de certains réseaux sociaux** peuvent en réalité encourager le tabagisme par exemple.

Le modèle de réduction du stress, *« Stress Buffering Model »* repose sur l'hypothèse selon laquelle les liens sociaux modèreraient l'effet des facteurs de stress. En fait, on suppose que **le soutien social empêche ou module les réponses aux événements stressants** qui nuisent à la santé (Kawachi & Berkman, 2001). Et le stress représente un phénomène multidimensionnel dont les impacts sur la santé dépendent de facteurs individuels et contextuels (HBSC, 2014).

Les coûts et les bénéfices des relations sociales varient en fonction d'un certain nombre de facteurs tels que le genre, la situation socioéconomique et l'étape de la vie. En effet, l'adversité infantile a une influence sur le développement des troubles mentaux et particulièrement pour les plus défavorisés (EU COMPASS, 2017). Il est clair que certaines étapes de la vie s'avèrent primordiales dans l'établissement des relations sociales. A cet égard, il a été démontré que le soutien émotionnel des parents ou des tuteurs durant l'enfance a une influence sur le risque de souffrir de dépression mentale dans le futur. L'attachement social au début de la vie est donc primordial dans le développement psychologique (Kawachi & Berkman, 2001).

Les **conditions familiales** dans lesquelles le jeune grandit représentent une composante essentielle de l'environnement social du jeune. Elles sont déterminées par la structure familiale où les parents peuvent être ensemble ou séparés. La recomposition d'une famille peut influencer

sur le développement psychique de l'enfant mais ce qui importe particulièrement c'est la qualité des relations ainsi que la qualité de communication entre les liens familiaux (HBSC, 2014).

La perception de **l'environnement scolaire** par le jeune est importante puisque le jeune âgé de 16 à 23 ans passe, dans la plupart des cas, la majorité de son temps à l'école. Ne pas avoir un **sentiment de satisfaction** et d'attachement par rapport à l'école représente un facteur de risque vis-à-vis du développement de certains comportements en matière de santé et des problèmes de santé comme l'anxiété ou encore la dépression (HBSC, 2014). Le fait d'entretenir de mauvaises **relations** avec ses camarades et ses professeurs influence également le bien-être psychologique des jeunes. Enfin, l'absentéisme constitue l'indicateur précoce de **décrochage scolaire** qui peut influencer le niveau d'éducation futur des jeunes. Le niveau d'éducation est associé aux difficultés psychologiques et à la santé perçue de la population (HBSC, 2014).

Au niveau macro, les sociétés industrielles accompagnent moins les jeunes vers l'âge adulte et l'intégration sociale que les anciennes sociétés traditionnelles. L'adolescence représente une période chargée de tension et d'angoisse dans les **sociétés modernes** dès lors qu'une plus forte demande y est adressée à l'individu. Les normes sociales influencent aussi le développement des jeunes et ils se sentent très seuls dans leur lutte pour trouver leur place dans la société actuelle, où le repli sur soi est de plus en plus présent (Deltombe, 2010).

Les facteurs de risque liés à l'accès des soins sont principalement les **inégalités sociales** de santé et la stigmatisation. En effet, les ménages belges avec un statut socioéconomique bas présentent un moins bon état de santé et de mauvaises connaissances en matière de santé. À titre d'exemple, en 2013, 8% des ménages belges ont reporté leurs soins de santé pour des raisons financières (KCE, 2016).

Aussi, la **stigmatisation** correspond à l'un des problèmes importants que rencontrent les personnes ayant des troubles psychiatriques. La stigmatisation « porte préjudice à l'estime de soi, contribue à la dégradation des relations familiales et empêche les personnes de socialiser » (SPF, 2016, p13). Souvent, les adolescents considèrent les services de soins de santé primaires inadéquats en raison de ce qu'ils perçoivent comme un manque de respect, d'intimité et de confidentialité. Et par crainte d'être stigmatisés, discriminés et de se voir imposer les valeurs morales des dispensateurs de soins, ils abandonnent parfois leurs soins (OMS, 2016).

Les facteurs de risque sont donc nombreux et très présents dans la vie de l'adolescent.

## II. L'état de santé mentale des adolescents et jeunes adultes

### 1. Le contexte européen

Dépassons, à présent, les limites de nos frontières afin de visualiser l'état de santé mentale en Europe. Cela nous permettra de comparer les résultats belges avec ceux des pays européens. Les pays européens correspondent à l'Europe des 28.

Comme nous l'avons déjà décrit, les périodes de l'enfance et de l'adolescence représentent des étapes clés de la transition sociale, physique et de bien-être des individus. En effet, les jeunes tentent de développer leur indépendance, leur autonomie mais aussi leur confiance en soi, leur apprentissage pour tendre vers une intégration sociale. L'état de santé mentale est un concept complexe puisqu'il englobe différentes dimensions.

Selon l'OMS, le taux de **troubles mentaux** est en **constante augmentation** en Europe. Les troubles mentaux représentent 30% de la charge de morbidité dans l'Union Européenne (OMS, 2014) et 50% des problèmes de santé mentale à l'âge adulte sont apparus pendant ou même avant l'adolescence (OMS, 2013). La dépression et les troubles anxieux se trouvent parmi les cinq principales causes de morbidité en Europe.

Les résultats de la dernière enquête démontrent que 29% des filles de 15 ans et 13% des garçons de cette même tranche d'âge ont déclaré se sentir moins bien plus d'une fois par semaine. La consommation d'alcool est régulière pour 1 adolescent sur 10 (9% pour les filles contre 16% pour les garçons). De manière générale, ce sont des jeunes issus de milieux défavorisés qui sont particulièrement touchés, notamment les minorités et les réfugiés (WHO, 2018).

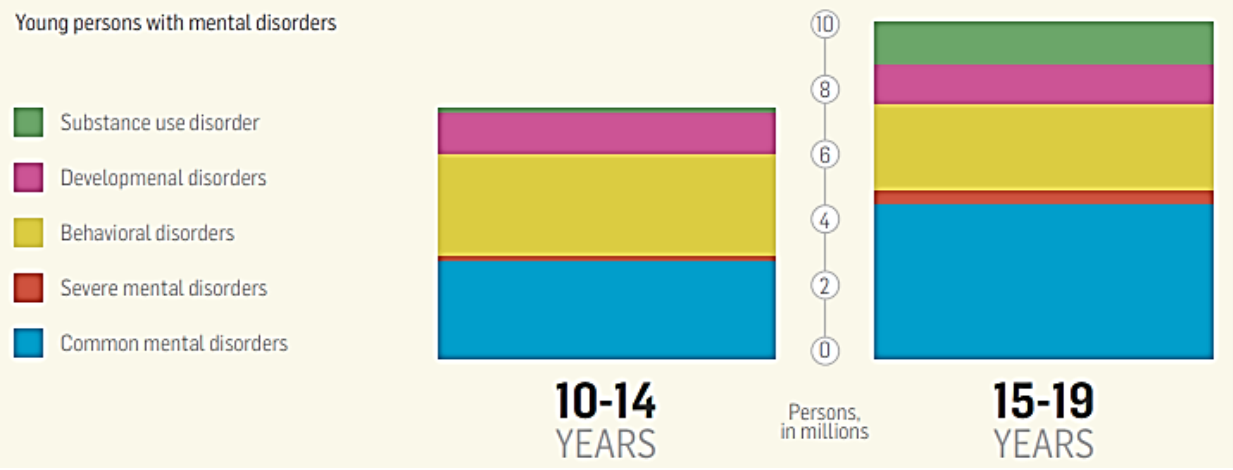


*Figure 2 : Distribution of mental disorders by age group in the WHO European Region in 2015, WHO, 2018*

La figure 2 montre clairement que la phase d'adolescence est une période critique puisque chaque indicateur est en augmentation. Dix-sept millions de jeunes sont repris au sein des deux groupes d'âge, soit 20% de la population européenne âgée de 10 à 19 ans, ce qui représente 1 personne sur 5 de la population de cette tranche d'âge (WHO, 2018).

Le nombre de **troubles mentaux** a quasiment doublé entre l'âge de 10 à 14 ans et l'âge de 15 à 19 ans. Ces troubles courants représentent la plus grande proportion des troubles et correspondent notamment à la dépression et l'anxiété. Nous observons également un taux élevé d'apparition de **troubles mentaux sévères** pour les jeunes adolescents de 15 à 19 ans.

Les **troubles du comportement**, comme les troubles de l'attention, l'hyperactivité et les troubles de la conduite sont plus fréquents chez les 10-14 ans. Alors que les troubles liés à la consommation d'alcool et de drogues deviennent plus fréquents chez les 15-19 ans.

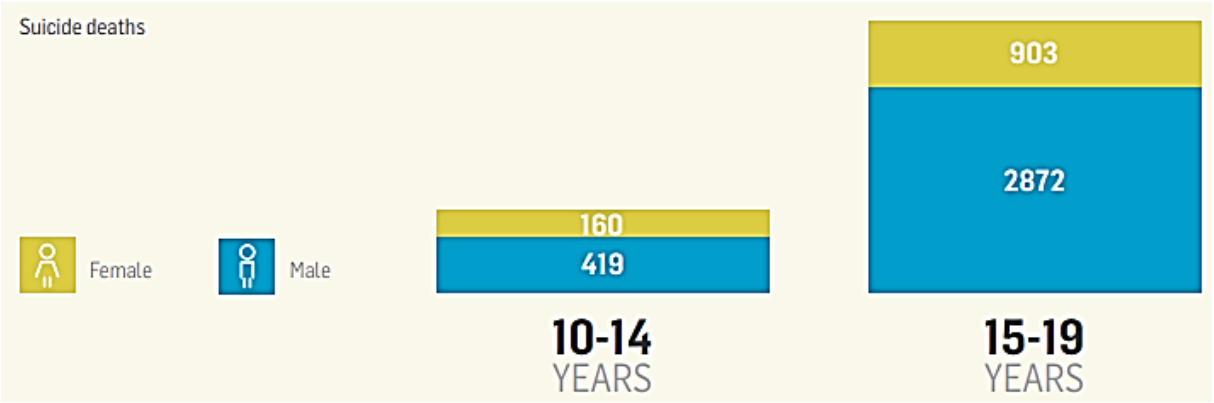


*Figure 3 : Distribution of suicide by age group in the WHO European Region in 2015, WHO, 2018*

Dans les pays européens à revenu faible ou intermédiaire, le **suicide** est la principale cause de décès chez les adolescents âgés de 10 à 19 ans. Tout aussi important, il représente la deuxième cause de mortalité dans les pays européens à revenu élevé. Ainsi, en 2015, plus de 4000 décès sont enregistrés pour cause de suicide chez les 10-19 ans. Nous observons également une différence significative en termes de genres : le nombre de suicide chez les garçons est nettement plus élevé que chez les filles. Ce résultat nous semble interpellant en sachant que 29% des filles de l'âge de 15 ans déclarent se sentir moins bien une fois par semaine contre 13% chez les garçons (WHO, 2018). Il est utile de préciser que d'autres éléments contextuels et individuels sont à prendre en considération.

L’organisation mondiale de la santé nous rapporte aussi que les **conditions socioéconomiques** dans lesquelles les jeunes grandissent influent sur les choix qu’ils prennent et sur les opportunités qui se présentent à eux. À titre d’exemple, les conditions de vie où les quartiers sont défavorisés peuvent être vues comme honteuses ou dégradantes selon les jeunes. Ce qui peut réduire le développement de leur réseau social et peut augmenter le risque face aux maladies et à la consommation de drogues (WHO, 2018).

L’**environnement familial** peut affecter de manière significative le bien-être mental des enfants. Des expériences qui sont négatives comme des conflits familiaux ont des effets dommageables à long terme sur le développement des compétences cognitives et émotionnelles (WHO, 2018). Toujours selon l’OMS, la violence familiale ou une relation insécurisante au sein de la famille sont des prédicteurs importants de problèmes ultérieurs. Ces problèmes correspondent notamment aux **comportements défavorables à la santé** qu’adoptent certains jeunes tels que la consommation de substances psychoactives ou un comportement criminel. Ces comportements peuvent accroitre la probabilité d’exposition à d’autres facteurs de risque à l’âge adulte comme l’exclusion sociale ou encore le chômage.

Même si les **facteurs biologiques** de chaque individu peuvent contribuer à l'apparition de problèmes de comportement et de santé mentale, pour un nombre important d’enfants et d’adolescents, ces éléments essentiels **d’un environnement sûr et favorable** ne sont pas remplis ou sont absents.

De plus, les services de santé, éducatifs et sociaux ne tiennent pas toujours compte de l’environnement social du jeune et ne s’adaptent pas toujours aux besoins spécifiques des adolescents. En l’absence d’un soutien adéquat dans l’environnement social, le mal-être psychologique peut continuer, s’aggraver ou conduire à une maladie mentale (WHO, 2018).

Les rapports européens nous indiquent que dès lors que l’offre de soins de santé mentale ne s’adapte pas toujours aux besoins des 16-23 ans, un **faible pourcentage de ces jeunes recourent aux services de soins de santé mentale**.

## 2. Le contexte belge

Dans ce point, nous détaillons l'état de santé mentale des citoyens belges et plus particulièrement celui des jeunes de 16 à 23 ans. Nous nous concentrons, comme pour les facteurs de risques, à la dimension sociale, de bien-être et de santé mentale perçue, ainsi qu'à la dimension environnementale. Notre étude se penche sur la question de la transition des soins et pour comprendre comment cette transition s'organise, nous devons nous pencher sur les besoins en termes de santé et donc détailler l'état de santé de l'ensemble de ces citoyens belges.

### Enquête de santé par l'Institut Scientifique de Santé Publique (Gisel et al., 2014).

L'enquête de santé réalisée en 2013[1], évalue le **bien-être et le mal-être psychologique** en fonction d'une échelle allant de 0 à 12 (le score le plus élevé montre un mal-être important). Lorsque le seuil est établi à +2, il indique la présence de certaines difficultés psychologiques pour une proportion de personnes. Quand ce seuil atteint +4, celui-ci estime la proportion de personnes avec une plus grande probabilité d'avoir une pathologie mentale (Gisel et al., 2014).

En Belgique, cette enquête rapporte un score moyen de mal-être de 1.7 sur l'échelle de 12 pour la population de plus de 15 ans. Celle valeur était estimée à 1.3 selon l'enquête de 2008, ce qui nous amène vers une tendance plus marquée à manifester des symptômes psychologiques pour l'ensemble de la population belge âgée de plus de 15 ans.

Deux proportions sont également à la hausse depuis 2008. Selon l'enquête, 32% de la population possède des **difficultés psychologiques** (seuil +2) et 18% aurait un épisode suspectant une **pathologie mentale** (seuil +4). D'autres symptômes sont plus régulièrement rapportés en 2013 comme la perte de sommeil à la suite de soucis dans la vie personnelle, la sensation d'être stressé quotidiennement et le sentiment d'être déprimé ou malheureux.

Ce qui ressort également de l'enquête est la différence significative en fonction du sexe et de l'âge de la population belge. En effet, le score de mal-être semble plus important chez les femmes (1.9 sur l'échelle de 12) que chez les hommes (1.5). En termes de proportions, 35% des femmes éprouvent des difficultés psychologiques, contre 28% pour les hommes et 20% d'entre elles possèderaient une pathologie mentale, contre 16% pour les hommes (Gisel et al., 2014).

[1] Les dernières données ont été publiées en 2013. Les données de l'enquête de 2018 seront disponibles en 2020.

L'ensemble de ces résultats sont repris pour tous les âges confondus, nous nous concentrons sur l'état de santé mentale du public cible concerné par notre sujet, les 16-23 ans, au sein de la figure ci-dessous.

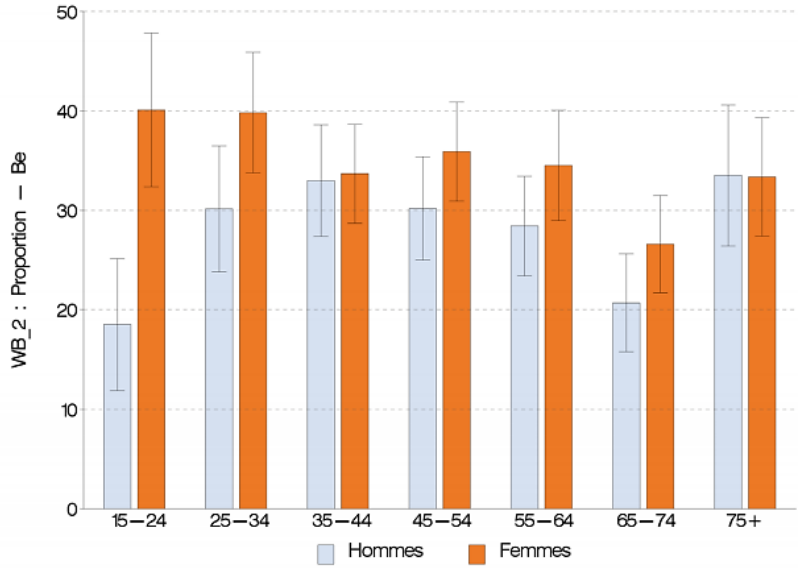


*Figure 4 : Pourcentage de la population (de 15 ans et plus) ayant des difficultés psychologiques récentes, selon le score au GHQ-12 dichotomisé à [2+], par âge et par sexe, Enquête de santé, Belgique, 2013*

Ces résultats nous montrent la proportion des personnes ayant des difficultés psychologiques, soit un score de +2 sur une échelle de 12, **en fonction du sexe et de l'âge**. Toujours selon cette enquête, nous constatons que 40% des jeunes filles de 15 à 24 ans éprouvent des difficultés psychologiques, contre 18% chez les jeunes hommes. En comparant la proportion moyenne pour les femmes de tout âge qui s'élève à 35% en 2013, nous constatons que les femmes pour le groupe d'âge 15-24 ans est 5% au-dessus puisque la proportion est de 40%. Tandis que la proportion moyenne pour les hommes de tout âge est 10% au-dessus de celle des hommes de 15-24 ans, soit un pourcentage de 28 (Gisel et al., 2014).

Cette stratification par âge et par sexe met en avant le contraste homme-femme concernant la présence de difficultés psychologiques particulièrement important pour la tranche d'âge des 15-24 ans. Il sera intéressant, au sein de notre partie pratique, de comparer ces résultats à ceux des entretiens effectués auprès des professionnels de santé en ce qui concerne les caractéristiques des bénéficiaires.

L'enquête de santé en 2013 nous révèle également un autre point important. Le score moyen du mal-être établi par l'échelle GHQ-12 varie en fonction du **niveau socio-économique** des individus. Les personnes qui sont issues des ménages avec un niveau d'éducation faible (niveau

primaire ou sans diplôme) ont un score moyen de mal-être plus élevé que celles issues des ménages avec un niveau d'instruction plus poussé. Ces résultats indiquent que les personnes issues des milieux sociaux les moins favorisés sont plus fragilisées.

Pour synthétiser l'évolution de l'indicateur de mal-être psychologique en Belgique, celui-ci est resté stable entre 2001 et 2008 et s'élevait à 1.3. C'est en 2013 que ce chiffre augmente sensiblement pour atteindre un score moyen de 1.7 sur l'échelle de 12. L'évolution de cet indicateur en fonction du temps est représentée sur la figure n°2.

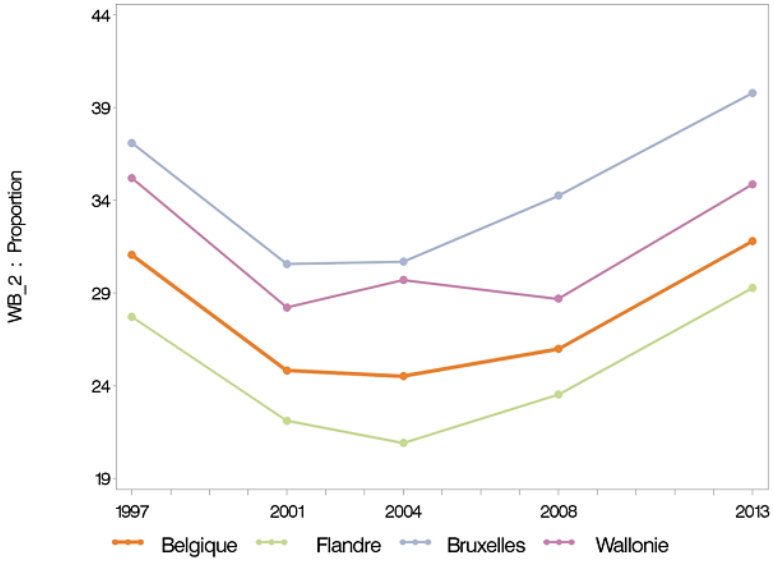


*Figure 5 : Pourcentage de la population (de 15 ans et plus) manifestant des difficultés psychologiques récentes, selon le score au GHQ-12 dichotomisé à [2+], par région et par année, Enquête de santé, Belgique, 2013*

Le graphique met en évidence l'évolution de la prévalence des difficultés psychologiques au cours du temps et selon le niveau **national** ainsi que **régional**. Nous observons quelques différences entre les régions mais il ressort clairement que l'évolution de cette prévalence suit une courbe en « U » sur une vingtaine d'années. En 2013, les valeurs moyennes du score de mal-être psychologique dépassent celles de 1997 après standardisation pour l'âge et le sexe.

Concrètement, notre étude se penche sur les réseaux pédopsychiatriques en Belgique francophone. Pour comprendre l'offre de soins de santé, il est primordial de détailler l'état de santé des belges pour comprendre la demande de soins.

C'est dans la **région bruxelloise** que le tableau y est le plus défavorable en ce qui concerne l'indicateur de mal-être psychologique. Nous observons que 40% des bruxellois présentent des difficultés psychologiques et 20% d'entre eux ont un risque élevé d'avoir une psychopathologie. Ces pourcentages sont nettement plus élevés qu'en région wallonne et

flamande. De plus, il existe une différence de prévalence des difficultés entres les hommes (36% en moyenne ont des difficultés psychologiques) et les femmes (43%). La distribution par âge et par sexe peut différer entre les régions. À Bruxelles, 30% des femmes âgées de 15 à 24 ans présentent des difficultés psychologiques, contre 25% chez les hommes de cet âge. Pour les hommes, l'augmentation de la prévalence des difficultés psychologiques est progressive et ne dépasse pas les 38% (Gisel et al., 2014). L'enquête montre que la prévalence de ces difficultés augmente très fortement pour les femmes de 25 à 34 ans, il serait intéressant d'approfondir les raisons de cette augmentation.

Dans le cadre de cette recherche, afin de circonscrire nos analyses, nous avons choisi de ne pas intégrer les données relatives à la région flamande.

En **Wallonie**, les indicateurs de mal-être psychologique sont moins favorables qu'en Flandre mais meilleurs qu'à Bruxelles. Le score moyen en région wallonne s'élève à 1.8, 35% des wallons présentent des difficultés psychologiques et 20% d'entre eux pourraient souffrir d'une psychopathologie. La différence de prévalence reste significative entre les hommes et les femmes. Ce qui est interpellant est la différence de prévalence entre les hommes et les femmes dans le groupe d'âge des 15-24 ans. Nous voyons que 38% des femmes âgées de 15 à 24 ans présentent des difficultés psychologiques contre 15% pour les hommes de cette tranche d'âge, les femmes sont donc quasiment deux fois plus nombreuses (Gisel et al., 2014).

### Enquête « Health Behaviour in School-aged Children » (HBSC, 2014)

L'enquête, sous le patronage du Bureau européen de l'OMS, se concentre sur le public cible des jeunes enfants et plus âgés, allant de la 5ème primaire jusqu'à la rhétorique en secondaire.

La dimension de **bien-être psychologique** est essentielle et particulièrement importante pendant la période critique de l'adolescence où le jeune tente de construire sa propre identité à travers des changements multiples et ainsi acquérir de plus en plus d'autonomie dans sa vie quotidienne. L'enquête HBSC aborde différents thèmes relatifs au bien-être des jeunes belges. Le bien-être comprend trois dimensions. Il y a le **bien-être psychologique** qui couvre le sentiment d'autonomie, la capacité à contrôler sa vie et à résoudre des problèmes. Il y a ensuite le **bien-être social** qui se résume en la capacité d'entretenir des relations satisfaisantes avec les autres. Et enfin, le **bien-être émotionnel** lié à la confiance en soi et le sentiment de bonheur (NICE, 2009).

L'enquête HBSC évalue le concept de satisfaction de la vie. Cet indicateur est mesuré au moyen d'une version adaptée de l'échelle de « Cantril ». Elle détermine également le niveau de la qualité de vie via l'instrument validé « Kidscreen ».

Selon l'enquête HBSC, nous pouvons mettre en avant qu'en 2014, plus de 80% des adolescents en Fédération Wallonie-Bruxelles sont **satisfaits** de leur vie de manière générale. Ce concept subjectif est lié au degré de satisfaction des jeunes vis-à-vis de l'environnement scolaire, familial et le soutien de leurs amis ainsi qu'à des facteurs émotionnels et individuels.

La **qualité de vie** est également évaluée au sein de l'enquête HBSC. Il s'agit d'un concept multidimensionnel qui recouvre les dimensions physiologiques, fonctionnelles, psychologiques et sociales. En Wallonie et à Bruxelles, 18% des adolescents ont une faible qualité de vie liée à la santé, dont 23% chez les filles contre 9% chez les garçons.

L'enquête et la littérature scientifique mettent en évidence que les filles rapportent un bien-être psychologique moins favorable que celui des garçons. De nombreuses raisons peuvent expliquer ces différences en termes de **genres**. Les changements physiques nous semblent plus importants chez les filles et celles-ci sont confrontées aux normes de beauté auxquelles elles peuvent se comparer. Il en ressort que la perception que nous avons de notre corps influence notre qualité de vie liée à la santé, et particulièrement chez les adolescents.

Les différents indicateurs de bien-être psychologiques se détériorent au fur et à mesure que nous prenons de l'**âge**. Les résultats de l'enquête montrent une réelle dégradation lors de la transition en secondaire. Les dimensions telles que la confiance en soi, la qualité de vie, la santé perçue se dégradent fortement lors des dernières années de secondaire.

La diminution du score de qualité de vie pendant l'adolescence peut s'expliquer de différentes manières. Elle peut être associée aux **transitions sociales, psychologiques et physiques** et également à la **stratégie** adéquate ou inadéquate que met en place l'adolescent pour faire face à tous ces changements (HBSC, 2014). Nous avons décrit ces modèles de stratégies lors du point théorique 2.2.

La qualité de vie dépend également de l'environnement social dans lequel le jeune grandit. Les **conditions familiales** influencent l'appréciation globale que se fait l'adolescent de sa propre vie. L'enquête rapporte que les adolescents qui vivent avec leurs deux parents sont moins susceptibles d'avoir une faible qualité de vie liée à la santé, en comparaison aux enfants habitant au sein d'une famille recomposée, monoparentale ou placés en institution. L'étude met en

évidence que ce n'est pas la structure familiale elle-même qui importe le plus mais la **qualité de communication** entre les enfants et les parents (HBSC, 2014).

Les résultats obtenus concernant la satisfaction de vie varient en fonction des **conditions socioéconomiques** des jeunes. L'enquête montre que les adolescents issus de milieux moins favorisés sont plus enclins à déclarer avoir une faible qualité de vie liée à la santé.

L'**orientation scolaire** des jeunes représente un élément essentiel pour évaluer la satisfaction et la qualité de vie liée à la santé des jeunes. Dans l'enseignement professionnel, les adolescents du 2ème degré sont plus susceptibles de déclarer avoir une faible satisfaction de leur vie, en comparaison des élèves issus de l'enseignement général. Ces résultats ne sont plus observés pour les adolescents du 3ème degré en secondaire. Dans l'enseignement général, la faible qualité de vie est associée au **niveau scolaire**, en défaveur des élèves de 5ème et 6ème secondaire. Tandis qu'au sein de l'enseignement technique et professionnel, la satisfaction de vie n'est pas associée au niveau scolaire concernant les jeunes du 3ème degré. Ces résultats sont liés à l'âge des élèves. Effectivement, les élèves du 3ème degré de l'enseignement général sont globalement plus jeunes que les élèves de l'enseignement technique ou professionnel.

Les résultats de cette étude rapportent que les filles, les jeunes ne vivant pas avec leurs deux parents, les adolescents ayant un niveau socioéconomique moins favorisé et les élèves les plus âgés sont particulièrement enclins à rapporter un bien-être psychologique peu satisfaisant.

La période de l'adolescence constitue une **phase de transition** particulièrement importante. Ces conclusions mettent en avant la nécessité de développer la promotion de la santé dès le plus jeune âge. Il est primordial de mettre en place des actions afin de promouvoir le bien-être psychologique des adolescents et de soutenir le développement des comportements favorables à leur santé qui perdureront à l'âge adulte.

L'offre des soins de santé mentale tend à s'adapter aux spécificités du public cible. En Belgique, une nouvelle réforme des soins de santé mentale se met en place pour répondre aux besoins des jeunes âgés de 16 à 23 ans.

# III. Les soins de santé mentale en Belgique : organisation et réformes

## 1. L'organisation du système de soins de santé mentale

En 2009, l'OMS décrit le système de soins de santé en s'appuyant sur une organisation graduelle « Stepped Care » et recommande aux pays de développer leurs services de santé mentale pour ainsi promouvoir les services informels et formels au sein de leur organisation.

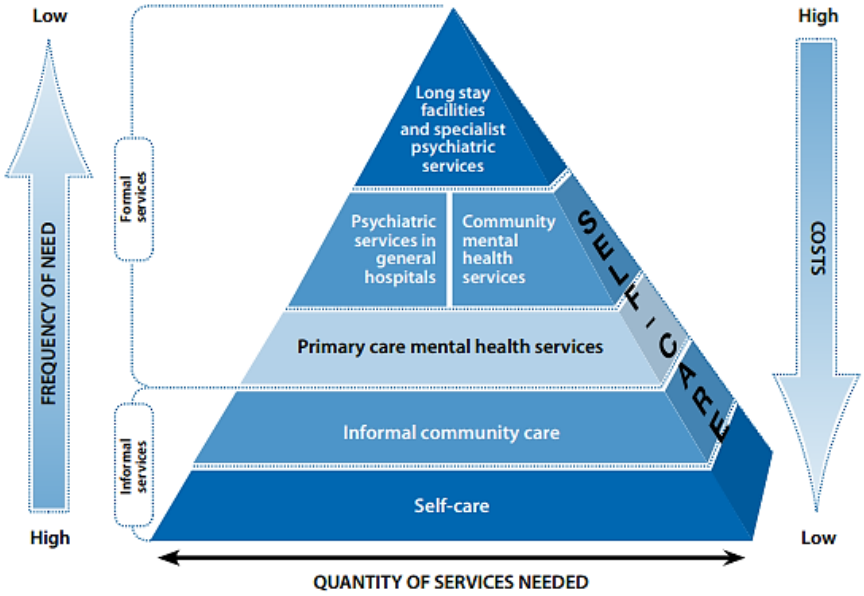


*Figure 6 : Service Organization Pyramid for an Optimal Mix of Services for Mental Health, WHO, 2009*

Les **soins personnels** ou « Self-care » constituent la base pyramidale des services, sur laquelle reposent tous les autres types de soins. Cela correspond à la façon dont les individus gèrent leurs problèmes de santé mentale eux-mêmes ou avec le soutien de leurs proches. Lorsque ces soins auto-administrés sont pris en charge par des services formels, ils sont plus efficaces. De plus, ce « Self-care » est essentiel et constitue un facteur facilitant quand il est présent au niveau de l'ensemble des services de soins (WHO, 2009).

Le second échelon des services informels correspond aux **services de soins communautaires**. Ils comprennent les services fournis dans et par la communauté tels que des organisations non gouvernementales, des professionnels de l'environnement scolaire ou encore des associations de patients. Les soins communautaires favorisent le retour à domicile des personnes en hospitalisation. Selon l'OMS, les pays seraient mal avisés de ne dépendre que de ces services, ce niveau informel ne doit donc pas constituer le centre de l'offre de santé mentale (2009).

Le premier niveau du système formel est les **services de santé mentale intégrés dans les soins de santé primaires**. Ils sont généralement les plus accessibles pour la communauté et lorsque la santé mentale y est intégrée, l'accessibilité aux soins est améliorée et les troubles psychiques sont mieux identifiés et traités. Ces services comprennent notamment des activités d'information, de promotion et de prévention de la santé mentale ainsi que la détection précoce des troubles mentaux, la prise en charge des patients et l'orientation vers les autres niveaux de soins en cas de besoin (WHO, 2009).

Ensuite, les **services de santé mentale communautaires** comprennent les centres de jour, les services de réadaptation, les programmes de déjudiciarisation, les équipes mobiles, les aides à domicile, l'aide aux familles et bien d'autres services de soutien. Ce niveau de service est particulièrement essentiel au sein des programmes de désinstitutionalisation. En effet, les personnes ayant bénéficié des soins communautaires de qualité ont de meilleurs résultats en termes de santé mentale et une meilleure qualité de vie que celles ayant été prises en charge dans des hôpitaux psychiatriques. Pour maximiser l'efficacité de ce niveau, des liens étroits sont nécessaires avec les autres services (WHO, 2009).

Sur le même niveau, nous retrouvons les **services psychiatriques intégrés dans les hôpitaux généraux**, essentiels à l'organisation des services. Ces structures hospitalières offrent un lieu accessible et adéquat concernant les soins médicaux ainsi qu'une supervision 24h/24 des personnes présentant des troubles mentaux. Étant donné la nature de certains troubles mentaux, une hospitalisation pendant les phases aiguës est parfois nécessaire (WHO, 2009).

Pour une minorité d'individus ayant des troubles mentaux, des **services psychiatriques spécialisés** sont nécessaires. Il y a notamment les centres d'hébergement où les usagers ont un besoin de soins continus en raison de leurs troubles mentaux et/ou de leurs déficiences intellectuelles. Un autre type de service spécialisé qui entre dans cette catégorie est la psychiatrie médico-légale. L'attention du lecteur se portera sur le fait que ces établissements de longue durée et spécialisés ne doivent pas être assimilés aux hôpitaux psychiatriques qui ont, auparavant, dominé les soins de santé mentale mais qui ont eu des résultats cliniques médiocres et des programmes de réadaptation inadéquats (WHO, 2009). Ces services sont également coûteux et représentent une part disproportionnée des dépenses en santé mentale.

L'OMS recommande la fermeture de ces hôpitaux psychiatriques et leur remplacement par des services intégrés dans les hôpitaux généraux, des services de santé mentale communautaires et des services intégrés aux soins de santé primaires (WHO, 2009). Déjà à la fin du XVIIIème

siècle, l'hôpital représentait un lieu à reformer mais il faudra cependant attendre la fin XXème siècle pour la mise en place de dispositifs dans et en dehors du milieu hospitalier visant la désinstitutionalisation (Demailly et al., 2014).

La Belgique fait partie des pays qui suivent les recommandations de l'OMS. En effet, de nombreux indicateurs ont également alerté les politiques comme le **nombre de lits psychiatriques par habitant** qui s'élevait à 158 lits pour 100 000 habitants en 2008, un taux élevé parmi les pays occidentaux (WHO-Europe, 2008). Il y a aussi les **délais d'attente** pour une structure ambulatoire de santé mentale, où, en 2013, 37% des bénéficiaires ont attendu un mois ou plus pour obtenir un premier contact avec un tel centre (KCE, 2016). De plus, le **nombre de jours en hospitalisation psychiatrique** a augmenté de 2000 à 2012, passant de 304 à 336 pour 1 000 habitants (KCE, 2016). Les résultats de ces indicateurs restent alarmants et le fruit des réformes passées n'est pas encore assez visible.

La Belgique met donc en place une restructuration de l'offre en santé mentale par le biais de nombreuses réformes et programmes marqués par une **volonté de désinstitutionalisation**. Dans un principe de continuité, notre pays poursuit son innovation en matière de santé mentale en insistant sur l'importance de la réintégration des patients psychiatriques au sein de la société et en évoluant d'un système basé sur les hôpitaux psychiatriques vers une offre de services au sein de la communauté des patients (KCE, 2016).

## 2. Les réformes belges

De nombreuses réformes dans le secteur des soins de santé mentale ont été instituées en Belgique. Nous évoquons, dans cette partie, les plus récentes en y pointant leurs buts principaux et les moyens mis en place pour y parvenir.

Le plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020 a pour objectif de fournir des services de santé et des services sociaux dans les **milieux communautaires** (SPF, 2016), et vise ainsi à développer davantage le niveau des services de santé mentale communautaires.

En avril 2010, le lancement de la nouvelle réforme des soins de santé mentale est marqué par la signature du « Guide vers des meilleurs soins en santé mentale par la réalisation de circuits et de réseaux de soins ». Dans un premier temps, cette réforme est centrée sur le **public cible** des **adultes** à partir de 16 ans. La finalité annoncée de la réforme est « le maintien des personnes au sein de leur environnement et de leur tissu social d'origine par la mise en place de parcours

thérapeutiques individualisés » (SPF, 2010). Cette réforme se fait dans le but de renforcer les soins communautaires et d'améliorer l'intégration des soins (Nicaise et al., 2014).

Il existe plusieurs objectifs clés dans cette politique pour adultes. La **désinstitutionalisation** tente de limiter les traitements résidentiels dans les institutions de soins et de favoriser la mise en place de dispositifs ambulatoires intensifs et spécialisés comme alternatives à l'hospitalisation. La **décatégorisation** correspond à la collaboration intersectorielle ; la collaboration entre les soins, les services de santé mentale, la justice et le secteur des personnes handicapées. L'**inclusion**, quant à elle, est décrite comme la réadaptation, la réinsertion et la réhabilitation au sein de cette collaboration intersectorielle avec l'ensemble des professionnels qui interviennent tant dans le secteur de la santé qu'en dehors. Ensuite, l'**intensification** repose sur des programmes de soins intenses et des durées réduites en hospitalisation qui permet de limiter la mise à l'écart du patient de son environnement. Enfin, la **consolidation** veut tendre vers une structuration de l'offre de soins globale et en réseau grâce à la régularisation des projets pilotes que ce soit au niveau fédéral, régional ou communautaire (SPF, 2016).

Afin d'atteindre ces objectifs, les individus présentant des troubles de la santé mentale sont au centre du processus de soins, ce qui peut apporter une plus-value à la prise en charge. En effet, un des éléments essentiels de la réforme est la **participation des bénéficiaires** et leur entourage dans les prises de décision (empowerment). Le vocabulaire évolue : le mot « usager » est préféré au mot « patient » et ce, pour une vision positive de l'individu qui est perçu comme actif, acteur de son organisation des soins et impliqué dans son processus de rétablissement (SPF, 2016).

Au sein du manuel des pratiques innovantes de 2016, une partie est également consacrée aux **soins de première ligne**. Afin de favoriser la réintégration complète dans la société des usagers, le secteur de la santé mais aussi les secteurs externes à la santé collaborent avec les professionnels de première ligne. L'enjeu repose sur l'élaboration de réseaux de services et de professionnels qui proviennent tant du secteur de la santé que d'autres secteurs. Le programme de la réforme belge veut implémenter une coopération et une collaboration entre les différents acteurs d'un territoire délimité et ce, de manière efficace et à long terme (SPF, 2016).

L'OMS encourage la multisectorialité et la combinaison optimale des structures de soins en santé mentale. Selon le « Balanced Care Model », les chercheurs scientifiques préconisent un équilibre entre les soins résidentiels et les soins intégrés dans la communauté (Thornicroft & Tansella, 2013). Ainsi, en Belgique, c'est en 2008 que « l'article 107 » sur la loi des hôpitaux a permis le transfert d'une partie du budget hospitalier vers des soins ambulatoires. Le SPF a

sélectionné des hôpitaux qui ont gelé un certain nombre de lits afin d'utiliser ce financement pour la création et le fonctionnement de deux types d'**équipes mobiles** (SPF, 2008). Les **équipes mobiles de crise** (EM2A) assurent un suivi au domicile qui s'adressent prioritairement aux usagers ayant des pathologies psychiatriques graves et ces équipes tentent d'éviter l'hospitalisation dans la mesure du possible. Les **équipes mobiles assertives** ou chroniques (EM2B), quant à elles, s'adressent aux personnes ayant une pathologie chronique ou complexe et leur suivi peut s'étendre sur plusieurs mois. Ces projets veulent éviter la discontinuité des soins concernant le public cible qui est parfois difficile à atteindre (SPF, 2016).

Les projets d'équipes mobiles « adultes » s'insèrent dans le réseau de santé mentale et collaborent également avec d'autres professionnels hors du secteur de la santé. Mais ce grand nombre d'acteurs peut entraîner **un risque de fragmentation** et peut causer un manque de coordination (SPF, 2016). C'est à partir de ces nouvelles réformes que la fonction de case-management est apparue en Belgique, fonction détaillée à la page *infra*.

Afin de poursuivre le développement de l'offre en soins de santé mentale, un nouveau programme est élaboré en 2012 ; la **réalisation de réseaux et de circuits de soins en santé mentale pour enfants et adolescents**, de 0 à 18 ans (SPF, 2015). Les principales raisons de cette nouvelle politique est la non-intégration des soins de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent. L'offre s'avère également être insuffisante face aux besoins de ces jeunes et ne tient pas suffisamment compte du contexte social des enfants et des adolescents (SPF, 2015).

La nouvelle politique s'adresse prioritairement au groupe cible de **0 à 18 ans** présentant un trouble psychique ou psychiatrique et leur entourage. Elle met en avant l'importance de la collaboration et de l'articulation entre tous les acteurs et partenaires, qu'ils soient du secteur de la santé mentale et en dehors ou qu'ils soient du secteur de la santé mentale s'adressant aux usagers adultes. Il y a donc là une volonté d'organiser une trajectoire de soins pour l'enfant ou l'adolescent sur le long terme. Nous pouvons d'ailleurs lire que « La politique concerne les enfants et les adolescents et veillera à harmoniser la transition vers les soins pour adultes, notamment en lien avec les projets 107 là où ils existent » (SPF, 2015, p4). Le programme veut également tenir compte de la spécificité des stades de développement en fonction de l'âge du jeune individu pour que les soins soient adaptés à ses besoins (SPF, 2015).

Toujours dans la continuité de la politique de santé mentale pour adultes, la réforme pour enfants et adolescents distingue cinq fonctions. En premier lieu, il y a la **détection précoce**, le **screening** et l'**orientation** qui font référence à l'analyse des premières manifestations des

troubles psychiques et l'orientation vers une offre de soins adaptée. Nous retrouvons le **diagnostic** qui s'appuie sur le modèle bio-médico-social. Ensuite, le **traitement** qui vise l'amélioration ou le maintien du niveau de fonctionnement et le rétablissement le plus optimal possible (SPF, 2015). Il y a aussi l'**inclusion dans tous les domaines de la vie** car le développement et l'épanouissement personnel facilitent l'inclusion dans la société. Et enfin, l'**échange et la valorisation de l'expertise** qui représente une fonction transversale pour l'ensemble des partenaires du réseau. Les compétences professionnelles et l'expertise sont mises en commun pour promouvoir la continuité des soins (SPF, 2015).

La nouvelle politique pour enfants et adolescents reprend quatre **objectifs stratégiques** et nous nous intéressons principalement au deuxième objectif qui est de « Renforcer l'offre de soins en santé mentale et de l'action sociale pour une prise en compte globale, intégrée et adaptée aux besoins des enfants et des adolescents au plus près de la communauté » (SPF, 2015, p7).

Dans le « Guide vers une nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents », il est intéressant de constater des propositions qui reviennent régulièrement telles que : « Il convient également d'être attentif à la tranche d'âge charnière de 18 à 23 ans » (SPF, 2015, p3) ou encore « Une offre adaptée est développée pour les jeunes adultes dans la **tranche d'âge charnière allant de 16 à 23 ans** » (SPF, 2015, p8). Il n'existe pas de définition claire du public cible puisque le programme semble s'adresser prioritairement au groupe cible de 0 à 18 ans mais il porte également son attention envers les individus âgés de 16 à 23 ans ou encore de 18 à 23 ans.

Nous reprenons à présent les actions qui portent une attention particulière à notre public cible des 16-23 ans. Il y a d'une part, la mise en place d'une coordination de soins et d'un dispositif de case-management visant l'harmonisation intersectorielle et d'une autre part, l'implémentation d'une offre de soins en santé mentale au plus près de la communauté des jeunes par la mise en place de dispositifs mobiles et adaptés à leurs besoins.

## 3. Les équipes mobiles pédopsychiatriques

Il nous a semblé judicieux de s'attarder au nouveau dispositif mobile dans le cadre de la réforme en santé mentale. En effet, la **santé communautaire** repose sur le principe de proximité avec les usagers qui permet de connaitre leurs besoins à une échelle locale et plus particulièrement pour les personnes avec une certaine forme de vulnérabilité (Desgroseilliers et al., 2016) tels que les adolescents.

C’est à travers la nouvelle politique de santé mentale que deux types d’équipes mobiles sont mis en place et financés par le SPF. Il s’agit d’abord du dispositif mobile de diagnostic et de traitement intensif visant les adolescents dans une situation de crise, nous les appelons aussi les **équipes mobiles de crise**. Le second type d’équipe mobile est davantage lié à la thématique de ce mémoire puisqu’il s’agit du dispositif mobile de traitement assertif correspondant aux **équipes mobiles de longue durée**. Ce dispositif vise les groupes de personnes vulnérables ou des jeunes présentant des troubles psychiques qui sont difficiles à atteindre et qui nécessitent une aide assertive (SPF, 2015).

Au départ, la création de ces équipes mobiles de longue durée s’est inspirée du modèle « **Assertive Community Treatment** » (ACT) qui fut développé aux États-Unis. Quand cela est nécessaire, les équipes pluridisciplinaires se déplacent au domicile de l’usager ayant une problématique psychiatrique chronique afin de le prendre en charge. Les professionnels effectuent un travail de première ligne en vue d’agir sur les déterminants de la santé et spécifiquement sur les **déterminants sociaux** (Desgroseilliers et al., 2016).

Une des raisons de la création du dispositif d’équipes mobiles se réfère aux principes de mobilité, de proximité et de disponibilité envers les usagers. La dimension de **disponibilité** est de plus en plus importante pour les bénéficiaires car elle représente une norme organisationnelle contemporaine où les individus souhaitent une réponse à leur demande de façon urgente. La disponibilité est liée tant à la réactivité de l’institution qu’à la **mobilité** des professionnels de santé (Demailly et al., 2014). Au sein des équipes mobiles pédopsychiatriques, les soignants sont mobiles afin de proposer une intervention dans les plus brefs délais sur un territoire délimité. C’est pour cela que l’offre de soins extrahospitaliers serait la plus adaptée car le critère de mobilité-disponibilité des équipes permet une intervention au plus près de la population (Demailly et al., 2014)

Le travail des équipes mobiles multidisciplinaires qui est réalisé avec les jeunes vise la **réinsertion sociale**, la **continuité des soins** et vise à **éviter un maximum la rupture de contact** avec les usagers et les services de soins (Nicaise et al., 2014). Selon plusieurs études, le modèle ACT permettrait de diminuer la rupture des soins de l’usager et favoriserait le maintien de l’usager dans le système de soins, au sein de son réseau (Irving et al., 2006). Le dispositif mobile mis en place faciliterait donc la transition des soins puisqu’il permet à l’usager, soit de rester en contact avec les services de soins au sein du travail en réseau ou soit de le réintégrer dans la société.

## 4. Le travail en réseau

Le fondement organisationnel du programme de la nouvelle politique de santé mentale est axé sur le **travail en réseau** afin de permettre la coordination des soins, la continuité des soins tout en évitant les chevauchements entre les différentes structures de soins (SPF, 2015). Il existe une multitude de définitions concernant le terme de réseau, nous reprenons ici la définition de l'article 11 de la loi coordonnée sur les hôpitaux, qui correspond à « Un ensemble de prestataires de soins, dispensateurs, institutions et services qui […] offrent conjointement un ou plusieurs circuits de soins dans le cadre d'un accord de collaboration juridique intra- et extra-muros et ce, à l'intention d'un groupe cible de patients à définir par eux et dans un secteur à motiver par eux » (SPF, 2015, p10). Et selon une autre théorie, le réseau est considéré comme « Un mode de coordination particulière d'agents où la variété et l'hétérogénéité des acteurs s'accompagnent d'un accroissement des interactions et entraine la multiplication des négociations de tous ordres et la nécessité de compromis » (Bontemps, 2009, p23).

Comme nous le disions *supra*, avec la nouvelle réforme de santé mentale, l'offre de soins est davantage fragmentée. Le patient se retrouve face à un multitude d'acteurs et de services et il n'est pas toujours capable de centraliser les informations ni de gérer son parcours de soins lui-même. C'est pour cela que le travail en réseau est essentiel mais qu'il ne se suffit pas. Effectivement, les dispositifs de coordination et de collaboration existaient déjà dans certaines structures de santé pour orienter l'usager dans sa trajectoire de soins.

C'est seulement à partir de la nouvelle politique pour enfants et adolescents que le dispositif de case-management est apparu dans le système belge de soins de santé mentale.

## 5. Le dispositif de case-management

Dans le guide de la nouvelle politique de santé mentale pour les jeunes, une des actions à mettre en place est la suivante : « **Organiser une coordination des soins et un casemanagement** (wraparound approach) autour des enfants et adolescents présentant une problématique sévère, complexe et multiple et des jeunes avec une problématique psychiatrique qui sont sous le coup d'une décision de justice, nécessitant un travail en réseau intersectoriel, […] en tenant compte des initiatives existantes. Une attention particulière est accordée aux jeunes adultes de la tranche d'âge charnière allant de 16 à 23 ans » (SPF, 2015, p8).

L'approche wraparound, développée outre-Atlantique dans le contexte d'après-guerre en 1945, vise à offrir un plan d'intervention de soins coordonnés, continus et adaptés aux besoins de

l'individu et de son réseau social naturel (SPF, 2014). Selon le Case Management Society of America, il s'agit d'un **processus collaboratif** de planification, d'évaluation, de facilitation et de coordination des soins permettant de répondre aux besoins du patient et de sa famille grâce à la communication et aux ressources disponibles (CMSA, 2016).

Autour de ces différentes fonctions, s'articulent cinq modèles de case-management (Petitqueux-Glaser et al., 2010) :

- **Le case-management de liaison**

Il y a d'abord le case-management de liaison qui consiste à mettre en contact l'usager avec le service envisagé et adapté à ses besoins. Ce type de case-management ne permet pas une réelle intégration clinique entre les structures et peut générer un nombre de « perdus de vue ».

- **Le case-management clinique**

Ce case-management clinique qui accumule les fonctions de coordination et de liaison. Le modèle est efficace lorsque l'usager présente des troubles importants et qu'il existe des difficultés de compliance. Ce modèle est peu intégré au sein de l'environnement des usagers.

- **Le case-management de réadaptation**

Ensuite, le case-management de réadaptation organise l'intervention clinique en fonction des objectifs de réadaptation et soutient les habiletés nécessaires à l'usager pour développer les ressources. L'usager participe activement aux démarches avec le case-manager.

- **Le case-management fondé sur les forces personnelles**

Ce modèle est intégré dans l'environnement naturel de l'usager qui est envisagé comme lieu de ressource. Le case-manager accompagne l'usager et se déplace jusqu'à lui.

- **Le suivi intensif en équipe**

Enfin, le suivi intensif en équipe (ACT) s'adresse aux usagers réguliers des services de psychiatrie entrainant des ré-hospitalisations. Les besoins de l'usager sont complexes sur le long terme et les réponses se font au cas par cas et sont interdépendantes des autres services. Compte tenu de la complexité des situations, l'équipe est multidisciplinaire et va au plus proche de l'environnement de l'usager pour assurer les mécanismes de liaison et de coordination des interventions (Petitqueux-Glaser et al., 2010).

Bruns met également en avant des éléments essentiels de l'approche wraparound, il souligne l'importance de la **participation** du jeune et de sa famille dans toutes les étapes du processus et le principe de collaboration entre les acteurs pour développer un plan de soins individualisé (Bruns et al., 2004). Pour favoriser cette collaboration, des **réunions de concertation** sont organisées avec le case-manager, le jeune présentant une problématique psychiatrique, son entourage, les professionnels de la santé et les acteurs en dehors du domaine de la santé qui représentent des personnes ressources. Des études indiquent l'importance de ces réunions mais également l'importance de développer l'autonomisation du jeune et de son entourage pour leur permettre de nouer des liens avec des supports naturels (Schreier et al., 2019).

En effet, une partie du travail du case-manager consiste à identifier les besoins et les souhaits des bénéficiaires. Le case-manager doit connaitre toutes les **ressources** de l'usager et prendre des initiatives dans son intérêt suscitant son adhésion et son implication (SPF, 2014). Un des objectifs du case-management est la discussion et la négociation qui a pour but d'aider le jeune usager à cheminer et à se réapproprier sa trajectoire de soins (Schreier et al., 2019).

Dans la nouvelle réforme pour enfants et adolescents, il n'existe pas de définition spécifique concernant les fonctions et le rôle des case-managers remplis par différentes professions (SPF, 2014). **Le dispositif de case-management est en développement continu** sur base des expériences professionnelles (Schreier et al., 2019). Néanmoins, les fonctions de la réforme font partie d'un travail de réseau coordonné et élaboré autour de chaque usager (SPF, 2016).

C'est d'ailleurs à partir de ce travail en réseau que le dispositif de case-management en pédopsychiatrie est créé. Il vise à coordonner les interventions compte tenu de la fragmentation des services et des besoins complexes des usagers. Ce besoin de coordination peut se produire au sein d'une institution ou durant les transitions dans le parcours de soins de l'individu. Dès lors, il semblerait que le case-manager puisse avoir un rôle à jouer dans la transition des soins des bénéficiaires. Une des **fonctions du case-manager** est décrite comme le fait de se concentrer sur les **transitions de soins**, y compris le transfert du patient vers le prochain établissement ou fournisseur de soins tout en assurant une transition efficace, sûre, rapide et complète (CMSA, 2016). Le Service Public Fédéral indique également que le case-manager doit garantir la continuité des soins et la transition entre les niveaux de soins pour éviter l'interruption des soins de santé (SPF, 2014).

À travers ce mémoire, nous tenterons de comprendre l'implication du case-manager concernant la transition des soins en santé mentale pour les usagers de 16 à 23 ans en Belgique.

## IV. La question de recherche & les hypothèses

Comme énoncé dans la partie théorique, la période d'adolescence est marquée par une, voire plusieurs transitions pour certains jeunes. Afin de mettre en place la nouvelle politique de santé mentale, le Guide vers une nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents écrit qu'« ***une attention particulière est accordée aux jeunes adultes de la tranche d'âge charnière allant de 16 à 23 ans*** » (SPF, 2015, p8).

Un des objectifs généraux de cette nouvelle politique vise la **coopération intersectorielle** pour que chaque jeune reçoive des soins de santé adaptés à ses besoins en termes d'accessibilité, d'implication, d'approche positive, d'expertise, de qualité et de continuité (SPF, 2015). Un autre objectif est **l'implémentation d'une offre de soins en santé mentale pour enfants et adolescents au plus près de la communauté par la mise en place de dispositifs**.

Dès lors, notre question de recherche s'intitule comme suit :

| En Belgique francophone, comment s'organise la transition des soins de santé mentale pour les personnes âgées de 16 à 23 ans ? |
|---|

En lien avec « l'attention particulière accordée aux jeunes adultes de la tranche d'âge charnière allant de **16 à 23 ans** », nous décidons de nous centrer sur l'organisation de la **transition des soins** des jeunes. C'est à partir des nouveaux dispositifs mis en place au sein de la réforme que nous effectuons notre recherche. Nous nous penchons sur le rôle que peuvent remplir les professionnels de santé des **équipes mobiles** pédopsychiatriques et les **case-managers** sur l'organisation de la transition des soins des usagers.

Nous formulons trois sous-questions de recherche à partir desquelles les hypothèses sont déclinées.

### 4.1 Première question : Qui sont les bénéficiaires qui nécessiteront la mise en place d'une transition vers des soins psychiatriques adultes ?

Nous souhaitons identifier **le profil type** des « adolescents en transition vers l'âge adulte » (ATAA) pour qui une transition des soins est nécessaire. Nous voulons déterminer **les caractéristiques** de ce sous-groupe de population, leurs spécificités en termes d'expériences de soins, leur profil socioéconomique ainsi que les facteurs de risque ou de vulnérabilités les concernant, s'il en existe. Nous émettons l'hypothèse que certaines caractéristiques de ces

jeunes vont influencer le bon déroulement de la transition. Comme nous le rappelons ci-dessous, certaines ont été mise en évidence dans notre partie théorique (genre, niveau socioéconomique,…), nous souhaitons examiner si nous pouvons identifier d'autres caractéristiques des ATAA qui mettent en péril le bon déroulement de la transition des soins vers les structures adultes.

Notre revue de la littérature a mis en avant les facteurs de risques du public cible. Les femmes âgées de 15 à 24 ans possèderaient plus de difficultés psychologiques que les hommes de cette tranche d'âge. Le statut socioéconomique semble influencer l'état de santé mentale des jeunes. Lorsque les bénéficiaires viennent d'un ménage issu d'un niveau éducatif important, la santé perçue est plus élevée. Plus le réseau social est développé, moins les jeunes auraient des difficultés psychologiques. Aussi, lorsque le jeune se sent bien au sein de son environnement scolaire, sa santé mentale semble meilleure. L'environnement familial et la communication sont également des éléments à prendre en considération.

### 4.2 Deuxième question : Au sein des réseaux pédopsychiatriques, comment les professionnels organisent-ils la transition des soins vers des structures psychiatriques adultes ?

À partir de cette question, nous voulons comprendre quelles **démarches concrètes** sont réalisées par les professionnels pour préparer et organiser la transition des soins. Plus précisément, nous souhaitons identifier **les barrières et les facteurs de succès concernant cette transition** selon les professionnels de santé de chaque réseau pédopsychiatrique.

La nouvelle politique met avant la **coopération intersectorielle**, la **coordination de réseau** et la mise en place des **équipes mobiles pédopsychiatriques**. Nous émettons l'hypothèse que ces actions facilitent le transfert des soins des jeunes âgés de 16 à 23 ans vers des structures psychiatriques adultes. Dans notre revue de la littérature, nous avons également mis en évidence certains facteurs de risque de ce public cible qui peuvent représenter des barrières face au déroulement de la transition. Il s'agit notamment du manque de connaissance des jeunes et de leur entourage concernant l'organisation des soins de santé mentale, de la stigmatisation des usagers, des inégalités sociales ainsi que du dropout qui est présent avec un taux significatif d'abandons de soins de santé.

4.3 Troisième question : Le case-manager joue-t-il un rôle spécifique dans la transition des soins des jeunes de 16 à 23 ans ?

Par cette question, nous voulons **savoir si le case-manager intègre dans ses missions la question de transition des soins** vers des structures adultes pour les jeunes de 16 à 23 ans. Si cette place peut être exploitée par le case-manager, nous allons identifier les missions et les fonctions du case-manager par rapport cette transition.

Lors de notre revue de littérature, nous avons mis en avant l'innovation de cette fonction qui peut être remplie par un médecin, un psychologue ou encore par un professionnel paramédical. Notre guide d'entretien permettra de clarifier la fonction du case-manager et de voir si elle constitue un facteur facilitant la transition ou non. Nous émettons l'hypothèse que la présence du case-manager est un élément facilitateur de la transition vers des soins adultes.

Pour résumer, voici les objectifs de la recherche :

- Identifier le profil type des usagers en transition et leurs besoins ;
- Comprendre comment est organisée la transition des soins au niveau des équipes mobiles et au niveau du dispositif de case-management ;
- Connaître les barrières et les facteurs facilitant cette transition ;
- Comprendre comment les dispositifs de la nouvelle réforme des soins de santé mentale, pour enfants et adolescents, contribuent au bon déroulement de la transition des soins des jeunes âgés entre 16 et 23 ans.

Finalités de la recherche :

Sensibiliser les professionnels de santé et les institutions à la problématique de la transition des soins de santé mentale des services pédopsychiatriques vers les services psychiatriques adultes. Cela, afin d'améliorer la continuité de la prise en charge, la qualité des soins et ainsi promouvoir la santé mentale et le bien-être des adolescents en transition vers l'âge adulte.

# PARTIE EMPIRIQUE

La suite de ce travail consiste à comprendre comment s'organise la transition des soins des personnes âgées de 16 à 23 ans vers des services psychiatriques adultes. Pour ce faire, nous exposons la méthodologie et l'approche exploratoire choisies. Nous détaillons également l'échantillonnage ainsi que la méthode de récolte des données.

## I. La méthodologie

### 1. Le choix de la méthode

En partant de nos hypothèses de travail, une **approche qualitative** nous semble la plus appropriée. Celle-ci comprend une récolte d'informations qualitatives après identification des parties prenantes.

L'approche que nous avons retenue est en lien avec notre thématique. La question de transition des soins des jeunes de 16 à 23 ans n'étant pas énormément étudiée, l'approche qualitative nous permet de développer des explications liées à un concept peu illustré. De plus, la mise en place des équipes mobiles pédopsychiatriques et du dispositif de case-management est récente en Belgique. Nous explorons leur fonctionnement et tentons de comprendre comment s'articulent les structures du réseau pour organiser la transition des soins vers des services adultes.

Utiliser une approche quantitative en plus de celle qualitative aurait clairement apporté le manque de données sur la transition des soins, connaître le taux de réussite ou d'échec notamment. Mais il n'a pas été possible pour nous d'avoir accès à ces données car les réseaux ne possèdent pas encore d'outil informatique consolidant ces informations. Une demande avait été effectuée auprès des différentes équipes mobiles mais elle a été refusée par manque d'outil informatique et compte tenu de la complexité des dossiers de certains jeunes.

La recherche qualitative permet d'aider le chercheur à comprendre les processus qui se mettent en place. Le chercheur lui-même représente l'outil principal de la recherche. Et les données récoltées proviennent de la **subjectivité** des personnes interrogées sur leurs expériences. En effet, la personne interrogée représente le dépositaire de l'expérience ou encore l'acteur social compétent (Ramos, 2015).

Au sein de la méthode qualitative, nous menons une **enquête par entretien** afin de recueillir notre matériau concernant l'objet de la recherche. L'entretien permet de produire des données

sur base du vécu des personnes et de leurs expériences personnelles. Il tente également de se saisir du sens que donnent les personnes sur leurs pratiques et de cerner le rapport que l'individu noue aux faits « plus que les faits eux-mêmes » (Kivits et al., 2016). L'objet de la recherche qui correspond à l'organisation de la transition des soins, est investiguée par l'analyse du sens que les acteurs peuvent donner à leurs pratiques professionnelles mais également « […] aux événements auxquels ils sont confrontés, leurs repères normatifs, leurs interprétations conflictuelles, l'analyse d'un problème à travers les différents points de vue, les enjeux, les systèmes de relations, le fonctionnement d'une organisation » (Kivits et al., 2016, p88).

Ces entretiens nous servent à investiguer des faits qui relèvent des phénomènes culturels et collectifs ainsi que des pratiques sociales issues d'expériences individuelles et de pratiques professionnelles (Kivits et al., 2016). L'analyse de ces entretiens nous permettra de traduire les conduites et les expériences individuelles en enjeux collectifs et de donner aux enjeux collectifs une dimension individuelle (Ramos, 2015).

L'analyse de ces informations révélera également une part de subjectivité du chercheur. L'expérience des professionnels de santé est mise en évidence par cette méthode qui apporte une **vision holistique de la situation** et qui prend en compte le vécu des personnes interrogées. Les informations reçues comprennent des données verbales permettant une démarche inductive et interprétative qui prend en considération les sentiments, les émotions et l'expérience des sujets sollicités (Aujoulat, 2018). Ces informations sont riches et nombreuses et le sens profond doit donc faire l'objet d'un traitement particulier par le chercheur.

La recherche qualitative correspond aussi à une approche naturaliste qui met en avant l'importance du contexte. Nos **résultats** sont, dès lors, **contextualisés** et ne peuvent être généralisés à une population. Ceux-ci concernent l'échantillon dont les informations sont issues mais, par le principe de transférabilité, les résultats peuvent être reproductibles à un échantillon qui aurait des caractéristiques similaires (Aujoulat, 2018).

## 2. L'échantillonnage

Au sein de ce mémoire, nous n'étudions pas une population mais un sujet en particulier. En effet, la recherche porte sur les caractéristiques d'un phénomène ce qui ne permet pas de déterminer et d'anticiper un nombre de participants (Kivits et al., 2016). « L'échantillonnage ne porte plus sur une population composée d'individus. Le chercheur part de ses questions et échantillonne donc le phénomène à l'étude » (Lejeune, 2014, p29). L'échantillon n'est donc

**pas représentatif de la population**. Néanmoins, les répondants choisis ont tous quelque chose à dire sur le sujet étudié. Notre échantillon est donc **limité en** taille, il s'arrête lorsque les nouveaux entretiens n'apportent plus d'éléments nouveaux, c'est la saturation empirique où l'information collectée devient redondante (Kivits et al., 2016).

L'échantillon est choisi en fonction de l'hypothèse principale de notre recherche qui repose sur l'idée que la mise en place des équipes mobiles et du dispositif de case-management facilitent la transition des soins, nous détaillons notre démarche.

- Procédure

Nous avons contacté les différentes structures d'équipes mobiles et de case-management au sein des réseaux mis en place en Fédération Wallonie-Bruxelles. Nous les comptons au nombre de six. **Quatre structures ont répondu à l'appel** : Namur, Liège, Brabant-Wallon et Hainaut. Nous avons effectué le premier contact avec les coordinateurs des projets par mail. Ensuite, nous avons rencontré les différents coordinateurs afin qu'ils nous expliquent le fonctionnement de leurs équipes avec les partenaires du réseau en pédopsychiatrie. Par après, nous avons contacté le case-manager et le pédopsychiatre respectifs à chaque réseau par appel téléphonique afin de fixer un rendez-vous pour réaliser l'entretien.

Le choix des parties prenantes n'a pas été chose aisée. Interroger l'ensemble de l'équipe mobile aurait permis de récolter plus d'informations pour obtenir un certain recul face à la problématique de la transition des soins de ces jeunes. Nous avons toutefois choisi de se concentrer sur certaines parties prenantes. En effet, pour chaque réseau, il nous a semblé cohérent de questionner le case-manager, nouvelle fonction au sein de l'offre de soins, ainsi que le médecin s'occupant notamment des jeunes âgés de 16 ans à 23 ans, travaillant au sein des équipes mobiles.

Notre **échantillon est sélectif** puisqu'il comprend uniquement le case-manager de chaque réseau et le pédopsychiatre de chaque équipe mobile. Nous les avons choisis en fonction des objectifs de la recherche et de l'hypothèse de départ.

En résumé, la taille de l'échantillon s'élève à 8 professionnels de la santé, répartis selon 4 réseaux, que nous interrogeons à partir du guide d'entretien élaboré.

## 3. L’outil de collecte de données

L’outil choisi est le guide d’entretien réalisé à partir de la recherche littéraire et des rencontres avec les coordinateurs des réseaux. C’est un **entretien semi-directif** où le chercheur définit un cadre au sein duquel il existe une **liberté de parole relative** (Aujoulat, 2018). Notre enquête par entretien se construit dans le but précis de faire parler l’interlocuteur pour constituer un matériau en se reposant sur la construction d’un objet de recherche (Kivits et al., 2016).

Cette méthode permet au chercheur d’osciller en permanence entre les questions prédéfinies par le guide d’entretien et les relances en lien avec les dires du participant. Ces relances permettent de clarifier et de reformuler certaines réponses. Il existe donc un fil conducteur à suivre, le chercheur ne doit pas perdre du vue l'objet de sa recherche mais il doit exister une certaine forme de **flexibilité** permettant au répondant de générer de nouvelles hypothèses sans qu’il soit influencé par le chercheur.

Les questions du guide d’entretien sont claires et succinctes, laissant énormément de liberté au répondant. Cela amènera la personne à aborder les différents objets de la recherche, même si ceux-ci ne sont pas donnés dans l’ordre prévu initialement par le chercheur.

Le guide d’entretien est repris en Annexe n°1 du présent mémoire ainsi que sa justification en Annexe n°2. Si nous faisons face à d’éventuels problèmes de compréhension des questions ou si de nouvelles hypothèses sont évoquées par le répondant, nous annexerons toutes les modifications effectuées au guide d’entretien.

En guise d’introduction du guide d’entretien, nous précisons aux interlocuteurs que nous récoltons les **données** de manière **confidentielles** qui seront utilisées uniquement dans le cadre de notre recherche au sein de la faculté de Santé Publique. Le **fil conducteur** du guide d’entretien se construit en trois parties. Nous nous demandons d’abord qui sont les bénéficiaires de la transition des soins, ensuite nous nous intéressons aux facteurs clés pour assurer la transition et la continuité des soins au sein du réseau et enfin, nous nous concentrons sur la place du case-manager concernant cette transition. Afin de suivre ce fil conducteur, cinq questions générales composent le guide d’entretien, complétées par des sous-questions correspondant aux relances. Nous évaluons la durée de l’entretien à 60 minutes environ par répondant.

En Annexe n°3 nous présentons le contexte de chaque entretien qui pourrait influencer l’entretien et les réponses du sujet.

## 4. La méthode d'analyse

L'analyse des données est réalisée par **théorisation ancrée**. C'est une démarche de conceptualisation où l'analyse des données empiriques proviennent des enquêtes et prend en considération l'expérience et l'action des individus plutôt que la forme du discours des répondants (Delefosse & Carral, 2017). Par théorisation, nous entendons « théorie » qui correspond à un ensemble de catégories interdépendantes expliquant un phénomène donné, ce qui permet de mieux comprendre une problématique. « Ancrée » signifie qu'à partir du matériau empirique, la théorisation débute et c'est là que les concepts émergents se vérifient et que la théorie émergente se valide (Delefosse & Carral, 2017).

Dans le cadre de ce travail, nous privilégions donc la **démarche inductive** qui consiste à faire émerger les thèmes du matériau correspondant à l'entretien. À la suite des retranscriptions, une **analyse verticale** est nécessaire pour se réimprégner des entretiens. Il s'agit d'une première et deuxième lecture flottante (Kivits et al., 2016). Ensuite, une troisième lecture est fondamentale, elle correspond à **l'analyse horizontale** où le chercheur tente de saisir le sens profond des propos tenus par le répondant. C'est l'étape du codage où on extrait les mots et les expressions, qui sont révélateurs, en unités d'analyse (Lejeune, 2014).

La première étape correspond au découpage du matériau en unités d'analyse de sens en lien avec un thème précis. La méthode entreprise pour analyser les données récoltées est donc **l'analyse thématique**. Les unités d'analyse doivent être en rapport avec l'objectif poursuivi et le contenu que nous traitons pour qu'elles soient pertinentes. La création d'une catégorie ou d'unité d'analyse doit répondre à de fortes exigences, Delefosse et Carral la définie comme « Une tentative honnête et rigoureuse de nommer un phénomène perceptible dans des données empiriques de recherche en prenant solidement appui sur ces données, compte tenu du projet d'enquête en cours et de la sensibilité théorique et expérientielle de l'analyste » (2017, p66).

Pour arriver à la formulation de concepts et de catégories, l'analyse de codage s'effectue en trois phases. Il y a tout d'abord le **codage ouvert** ou initial permettant une lecture approfondie des données pour chacun des paragraphes des entretiens (Corbière & Larivière, 2014). Les différents concepts émergent de ce codage qui sont ensuite regroupés en plusieurs catégories. Ensuite, le **codage axial** ou intermédiaire tente d'établir des relations causales ou contextuelles entre les catégories et leurs sous-catégories pour mieux comprendre le phénomène étudié. Et enfin, le **codage sélectif** ou avancé vise la théorisation où les catégories sont intégrées. Une

catégorie émergente est centrale et elle regroupe les autres catégories afin de former un tout explicatif (Corbière & Larivière, 2014).

Dans **l'analyse interprétative**, nous visons la théorisation, la conceptualisation et donc l'interprétation. La subjectivité du chercheur est mise en avant et n'est pas considérée comme un biais mais plutôt comme une ressource si la subjectivité reste cohérente avec la recherche. À ce stade de l'analyse, nous comparons nos unités d'analyse avec les connaissances issues de la littérature et nous produisons de nouvelles hypothèses (Aujoulat, 2018).

Comme nous l'avons déjà indiqué, l'analyse qualitative relève de la subjectivité des répondants mais également de celle du chercheur. Cela demande alors un certain recul sur la situation. La **réflexivité personnelle** consiste à identifier nos valeurs, nos intérêts et nos attitudes susceptibles d'influencer le regard que nous portons sur le sujet. Lorsque nous avons identifié ces éléments, la subjectivité du chercher va enrichir l'entretien et ne représentera pas nécessairement un biais mais plutôt une limite qu'il convient d'identifier. En ce qui concerne la **réflexivité épistémologique**, le chercheur a conscience que les choix qu'il entreprend peut influencer les résultats, il est primordial de porter un regard critique sur l'impact des différents choix méthodologiques comme sur la formulation des hypothèses ou sur l'échantillonnage.

Cette approche qualitative utilisée dans le cadre de ce travail vise à identifier les différents éléments associés à la mise en place de la transition des soins des jeunes usagers vers des services psychiatriques adultes. Elle permettra de construire une théorie autour du phénomène de la transition des soins et d'adresser aux professionnels de la santé mentale des propositions d'interventions favorables au bon déroulement de cette transition.

Afin de mettre en avant les éléments autour de la transition des soins, une grille d'analyse a été créée pour faire émerger les concepts, les catégories et les rubriques. Cette grille est effectuée au fur et à mesure de l'analyse des retranscriptions.

## II. Les réseaux pédopsychiatriques francophones belges

Afin de contextualiser nos résultats, nous détaillons sous forme de tableau les réseaux pédopsychiatriques au sein desquels nous avons interrogé les pédopsychiatres des équipes mobiles et les case-managers (Archipel, 2019).

| | | |
|---|---|---|
| **Réseau 1** | | |
| **Équipe mobile** | Composition de l'équipe : | Pluridisciplinaire |
| | Prise en charge : | Mobilité vers le lieu de vie des usagers |
| | Objectifs : | Apporter une réponse clinique adaptée aux besoins des usagers |
| | | Remobiliser le réseau autour de l'usager |
| **Case-manager** | Date opérationnelle : | Le dispositif est mis en place depuis septembre 2018 |
| | Formation : | Une éducatrice spécialisée |
| | Équivalent temps-plein : | Un mi-temps |
| | Contact : | Par un professionnel |
| | Objectifs : | Organiser des concertations pour des situations dans l'impasse |
| | | Les concertations s'effectuent sans l'usager et sans la famille |
| | | Renforcer l'efficacité du réseau de l'usager |
| **Réseau 2** | | |
| **Équipe mobile** | Composition de l'équipe : | Pluridisciplinaire |
| | Prise en charge : | Mobilité vers le lieu de vie des usagers |
| | Objectifs : | Apporter des soins thérapeutiques adaptés aux usagers |
| **Case-manager** | Date opérationnelle : | Le dispositif est mis en place depuis début 2018 |
| | Formation : | Un psychologue et une assistante sociale |
| | Équivalent temps-plein : | Les deux personnes assurent un mi-temps |
| | Contact : | Par la coordination de l'équipe mobile (articulation avec l'équipe mobile) |
| | Public cible : | Des situations complexes nécessitant une connaissance des ressources de l'usager |
| | Objectifs : | Organiser les réunions de concertation pour recentrer les professionnels sur le rôle de chacun et susciter la responsabilité partagée des parties prenantes |
| **Réseau 3** | | |
| **Équipe mobile** | Composition de l'équipe : | Pluridisciplinaire |
| | Prise en charge : | Offrir des soins sur le lieu de vie des usagers |
| | | S'adresse aux usagers et leur entourage |
| **Case-manager** | Date opérationnelle : | Le dispositif est mis en place depuis octobre 2018 |
| | Formation : | Une assistante sociale |
| | Équivalent temps-plein : | Un mi-temps |
| | Contact : | Par les professionnels et les usagers |
| | Public cible : | Les usagers se trouvant dans une impasse, ayant un risque de rupture au niveau de leur trajectoire de soins et nécessitant un accompagnement multisectoriel |
| | Objectifs : | Organiser les concertations visant à co-construire de nouvelles solutions afin de répondre aux besoins spécifiques du jeune |
| **Réseau 4** | | |
| **Équipe mobile** | Composition de l'équipe : | Pluridisciplinaire |
| | Prise en charge : | Offrir des soins sur une durée maximale de 6 mois |
| | Objectifs : | Développer une collaboration intensive en réseaux |
| **Case-manager** | Date opérationnelle : | Le dispositif est mis en place depuis juin 2018 |
| | Formation : | Une psychologue et une assistante en psychologie |
| | Équivalent temps-plein : | Les deux personnes assurent un mi-temps |
| | Contact : | Par les professionnels |
| | Public cible : | Les usagers ayant un besoin d'accompagnement intersectoriel |
| | Objectifs : | Organiser les concertations afin d'élaborer un plan de soins individualisé, qui se construit autour de la trajectoire de soins du jeune |

# RÉSULTATS

Nous obtenons des résultats à partir de notre matériau et nous les exposons dans cette partie du travail. Nous visons à identifier les éléments se rapportant à l'organisation de la transition des soins en santé mentale qui concernent les jeunes bénéficiaires âgés de 16 à 23 ans.

De l'analyse des données empiriques, sont **ressorties plusieurs rubriques liées à la transition des soins**. Elles s'intitulent comme suit :

- Les usagers ;
- Les démarches concrètes ;
- Les barrières liées à l'organisation de la transition des soins ;
- Les facteurs facilitant la transition des soins ;
- Le rôle de l'équipe mobile ;
- Le rôle du case-management.

Afin de présenter les résultats et de rester le plus proche possible de notre matériau, nous utilisons des extraits d'entretiens qui illustrent notre analyse avec les mots des répondants. Et de façon à respecter l'anonymat des participants, nous utilisons le codage suivant :

- R1P = Pédopsychiatre du réseau n°1 ;
- R1C = Case-manager du réseau n°1 ;
- R2P = Pédopsychiatre du réseau n°2 ;
- Et ainsi de suite.

Nous numérotons également l'ensemble de ces verbatims, l'un à la suite de l'autre.

## I. La rubrique 1 : Les usagers de 16 à 23 ans

Pour répondre à notre première question de recherche, nous analysons les caractéristiques du profil type des usagers qui ont besoin que les professionnels les accompagnent dans leur transition des soins. Celles-ci se répartissent en fonction du diagnostic, du parcours de soins, de la fragilité psychique, de l'environnement familial, scolaire, socioéconomique, social et sociétal du jeune.

- **Le diagnostic**

Les professionnels font face à des jeunes avec une grande fragilité psychique, en période de transition des soins, qui possèdent plusieurs difficultés. Elles sont multidimensionnelles et multifactorielles. Les professionnels les nomment aussi « borderline » ou encore « incasables ».

Nous voyons que les pathologies les plus fréquentes durant la transition ne concernent pas les psychoses ou la schizophrénie. Il s'agit plutôt de troubles de la personnalité avec des **troubles de l'attachement** et du comportement. Les professionnels rapportent également le fait d'avoir des adolescents présentant un double diagnostic avec une déficience intellectuelle et des problèmes de santé mentale.

R1P(1) : *« On a énormément de personnalités très très fragiles, des troubles de l'attachement majeurs » ;*
R1C(2) : *« La spécificité ce serait les doubles diagnostics, ceux qui entrent dans la catégorie incasable, les troubles du comportement » ;*
R2P(3) : *« C'est en gros les jeunes qui ont un trouble d'attachement et qui deviendront chez les adultes un profil borderline » ;*
R3C(4) : *« En fait il y a des jeunes « boderline », avec pas mal de diagnostics » ;*
R2P(5) : *« Donc il y a des situations comme les incasables pour lesquels on n'a pas vraiment de solution ».*

- **Le parcours de soins**

Il semblerait que les professionnels se retrouvent soit devant des jeunes ayant un passif lourd en termes de soins, de suivis, de placements et de structures, ou soit devant des jeunes n'ayant eu jamais accès aux soins et pour qui aucun réseau n'est créé autour d'eux.

R3C(6) : *« Mais moi je remarque qu'il y a parfois des situations qui sont déjà bien abimées et où il n'y a pas eu forcément de prise en charge » ;*

R4P(7) : *« Ce sont des jeunes qui ont un parcours de soins lourd ou bien des jeunes qui n'ont pas de réseau autour d'eux » ;*

R4C(8) : *« Alors ce sont des jeunes qui en général, ont un parcours assez chaotique, qui ont fait plusieurs services résidentiels et les gens sont parfois assez fatigués des prises en charge avec ces jeunes parce qu'ils ont un peu épuisés le réseau ».*

- **La fragilité psychique**

Nous nous apercevons que les jeunes, ayant des difficultés multidimensionnelles avec notamment des troubles de l'attachement, sont « ballotés » de structures en structures car les équipes professionnelles sont mises à mal. Et cela n'est pas sans conséquence non plus pour la santé mentale de ces jeunes usagers.

R2C(9) : *« Là commence un carrousel institutionnel qui est super compliqué pour ces jeunes qui ont majoritairement tous des troubles de l'attachement et donc voilà ils sont dans une insécurité, ils sont parachutés un jour dans une institution en dépannage, reviennent au SPJ, repartent » ;*

R4P(10) : *« Ce sont des jeunes qui ont des parcours horribles où il y avait déjà un problème à la base de maltraitance, de négligence, de non réponse à leurs besoins, de non création de liens corrects. Ils ont des troubles de l'attachement et finalement, on se rend compte que certains sont passés par une dizaine de structures différentes avec chaque fois, une problématique ».*

- **L'environnement familial**

Les familles des jeunes fonctionnement de manière isolée par rapport à la société. On remarque qu'il y a une certaine **parentalité fragilisée** où les parents ont eux-mêmes des difficultés psychiques. Les relations familiales sont généralement compliquées.

R1P(11) : *« On a des situations très lourdes en termes de psychopathologies familiales. On n'a pas fait vraiment de statistiques mais je pense qu'on a 90 pourcent de pathologies parentales. Des situations catastrophique, des gens qui sont extrêmement méfiants à l'égard de l'extérieur, qui veulent tout régler en famille » ;*

R1C(12) : *« La famille fonctionne de manière isolée et va être protectrice et va donc mettre à mal tout ce que le professionnel veut au final mettre en place et cela fige la situation […] » ;*

R2P(13) : *« C'est ou bien des environnements familiaux bizarres, toxiques mais sinon on va dire que c'est soit des familles très repliées sur elles-mêmes style parano ou phobiques soit des familles très éclatées où justement l'histoire se répète de génération en génération » ;*

R3C(14) : *« Des difficultés multifactorielles c'est : parents séparés, conflit parental, conflit familial, difficulté psychique chez les parents, dépression, alcoolisme, assuétude ».*

- **L'environnement scolaire**

Tous les professionnels nous rapportent que les jeunes qu'ils doivent orienter pour leur transition des soins, sont des jeunes qui sont tous en **décrochage scolaire**, qui ne trouvent pas leur place au sein de l'enseignement.

R2C(15) : *« Pour la majorité, ils sont déscolarisés, c'est quand même une grosse majorité » ;*

R3P(16) : *« Il y a un décrochage, quasi à chaque fois » ;*

R4P(17) : *« Pour les jeunes entre 16 et 23 ans qui ne vont pas bien psychiquement, on a un gros souci de décrochage scolaire ».*

- **L'environnement socioéconomique**

Il existe une certaine précarité et les jeunes se situent au sein de **milieux défavorisés**. Ce qui ne veut pas nécessairement dire que dans un milieu aisé, il n'y ait pas de problématique psychique de besoin de transition de soins.

R2P(18) : *« C'est plus généralement quand même des milieux défavorisés, ce qui ne veut pas dire que la pathologie n'existe pas dans toutes les tranches sociales. Ce qui veut dire c'est que ces gens sont plus isolés et à moins savoir utiliser les ressources » ;*

R4C(19) : *« Alors c'est très défavorisé. Souvent, ce sont des familles précaires. Enfin je veux dire c'est l'essentiel de nos suivis pour ces jeunes. C'est la précarité, c'est l'absence de vie sociale, c'est le retard mental, non vraiment c'est la misère quoi, vraiment » ;*

R4P(20) : *« On a aussi des enfants qui ont de retards mentaux, qui ne sont pas dus à la base à des problèmes neurologiques, mais qui sont liés à la précarité et au manque de stimulations ».*

- **L'environnement social et sociétal**

Comme nous l'avons déjà indiqué, les familles semblent isolées et le jeune se trouve face à un réseau social assez pauvre dans lequel les ressources disponibles ne sont pas utilisables car elles sont trop fragilisées. Ce qui peut notamment entrainer des difficultés psychiques au niveau du jeune. Les professionnels font également le lien avec le fonctionnement de la société dans laquelle nous vivons, où il existe de plus en plus un repli sur soi.

R1P(21) : *« Au niveau des amis, du réseau il n'y a plus grand-chose ou alors se sont des amis de galère » ;*

R3P(22) : *« Ce sont des jeunes qui se coupent de la société, que se sentent isolés. […] J'ai l'impression qu'une des difficultés dans cette tranche d'âge-là et la transition, c'est quelle place on laisse à chacun dans la société » ;*

R3C(23) : *« Mais bon en fait quelque part c'est le reflet de notre société, le fait que les jeunes soient avec des problèmes multidimensionnels » ;*

R4P(24) : *« On a le sentiment, l'impression que la précarisation a amené à une psychiatrisation. Une grande précarité sociale chez les parents a amené à des problématiques d'addictions, d'assuétudes » ;*

R4P(25) : *« On est dans une société où l'environnement, le réseau social s'est appauvri […]. On a, dans la société, un repli sur soi, avec beaucoup moins d'entraide entre voisins ».*

Enfin, nous avions mis en évidence dans notre partie théorique que les **jeunes filles** de la tranche d'âge 16-23 ans présentent plus de difficultés psychologiques que les **jeunes hommes**. Ces extraits d'entretien montrent qu'au sein des réseaux pédopsychiatriques en Belgique francophone, plus de garçons sont pris en charge pour leur transition des soins.

R2P(26) : *« Je crois que je prends en charge plus de garçons que de filles » ;*

R2C(27) : *« Moi j'ai l'impression en tout cas qu'au niveau case-management, on a plus de garçons que de filles « ;*

R4C(28) : *« Pour le moment on a beaucoup de cas complexes avec des garçons ou jeunes hommes pour qui on ne trouve pas encore de solution pour leur prise en charge future ».*

## II. La rubrique 2 : Les démarches concrètes lors de l'organisation de la transition des soins

Notre deuxième question de recherche visait à comprendre comment les professionnels organisent de manière concrète, la transition de soins vers des services psychiatriques adultes. Nous identifions les démarches entreprises par les professionnels pour l'organiser.

Durant la transition des soins, les professionnels accordent de l'importance à la fragilité psychique des jeunes, ils essaient d'identifier leurs besoins pour savoir où les orienter. Les professionnels tentent d'adapter l'orientation de la transition en fonction de l'usager.

- **La transition adaptée à l'usager**

La transition des soins s'effectue généralement entre 16 et 23 ans, la principale difficulté reste de savoir à quel moment effectuer cette transition, en fonction de l'âge certes, mais aussi en fonction des difficultés, de la problématique et de la situation du jeune concerné. L'organisation de la transition des soins se fait donc au cas par cas. Avant d'entamer les démarches administratives pour orienter un jeune vers un service de soins de santé mentale adulte, les professionnels se réunissent pour réfléchir à la situation du jeune et ainsi avoir une vision holistique de la problématique.

R1P(29) : *« Ce n'est pas une question d'âge, c'est une question de problématique. Des jeunes qui ont des problématiques dans tous les domaines que ce soit social, économique, formation ou scolarité, addiction c'est certain qu'on doit le raccrocher à un réseau adulte à un moment donné. […] Le tout est de savoir à quel moment, à quel âge, c'est compliqué ».*

R2C(30) : *« On reste dans une investigation de la situation, de ce qui a fonctionné, pas fonctionné, qui est en place, pourquoi une famille d'accueil s'est retirée, essayer de recontextualiser et puis une fois qu'on a bien la réalité de la situation, on reprend le pourquoi on nous interpelle, ce qu'on nous demande finalement et puis là va commencer à mettre en place une réflexion autour de la situation » ;*

R3P(31) : *« Quand la transition se met tout doucement en place et la demande du jeune autour de l'autonomie se fait, c'est se dire comment on tient compte autant de l'individu que tout milieu qui l'entoure ».*

- **L'évaluation de l'autonomie**

Adapter la transition des soins aux jeunes, c'est aussi prendre en compte leur niveau d'autonomie. Les professionnels se demandent si le jeune a besoin de beaucoup de soutien ou si, au contraire, il va vers plus d'**autonomie** et plus de responsabilités.

R1C(32) : *« Ils ne sont pas encore adultes et ils ont donc encore besoin d'un soutien, d'un réseau infantile au sens large et en même temps il y a toutes des questions des adultes qui arrivent comme la mise en autonomie et là il faut qu'un réseau adulte qui soit mis en place, des structures qui les préparent à cela » ;*

R2C(33) *: « Non je pense que c'est plus la question de la transition vers les questions d'autonomie parce que à 18 ans, […] le passage vers l'âge adulte c'est les responsabilités, toutes les mises en autonomie par défaut parce qu'il n'y a pas de famille, parce qu'il y a plus de structure. Les questions de responsabilité aussi au niveau de la loi, ça change » ;*

R2P(34) : *« Si l'équipe adulte s'aperçoit que c'est un jeune qui est toujours à l'école, il nous refile la demande et inversement on peut aussi imaginer, mais c'est plus rare, qu'un jeune qui serait déjà très autonome puisse être pris plus tôt par des équipes mobiles adultes ».*

- **Les concertations**

Il y a une réelle **réflexion** de la part des professionnels afin de mettre en place un réseau psychiatrique adulte autour de l'usager. L'organisation de la transition découle souvent d'une **concertation** entre professionnels de différents secteurs.

R2C(35) : *« Cela découle de concertations généralement. Donc c'est vraiment en fonction de ce qui se joue sur le moment. Parfois ça peut être les limites d'une institution qui dit : moi je peux tenir mais pas seul » ;*

R2P(36) : *« De là on réfléchit à ce qui a déjà été fait, ce qu'on connait dans d'autres situations, ce qui existe et c'est au départ de concertations avec le SPJ, ou bien l'institution où se trouve le jeune, avec ceux qui sont concernés à ce moment-là par la situation, on liste ce qui est faisable ou pas et pour savoir qui fait quoi par la suite » ;*

R3C(37) : *« C'est le maillage, c'est la mise en place de nouveaux acteurs ou en tout cas ; c'est de pouvoir réunir les professionnels autour d'un jeune ou d'une famille pour qu'il puisse être soutenu. […] c'est vraiment éviter la rupture au niveau de la trajectoire de soins ».*

- **L'anticipation des démarches**

Pour assurer une transition, il faut **accompagner** les jeunes dans leurs démarches, que la transition soit préparée de manière anticipée, ce qui facilite aussi le développement des collaborations avec les réseaux adultes.

R2C(38) *: « Quand le jeune a 16 ans, on va devoir se dire petit à petit qu' il ne retournera pas en famille donc il va falloir à un moment donné penser et donc les choses vont se travailler d'abord avec un service d'aide à la jeunesse si on va vers une mise en autonomie […] c'est aussi peut-être d'anticiper et de retourner vers les ressources où le jeune peut se poser » ;*

R3P(39) : *« Notre mission première est de mettre en place un réseau et donc si on est avec un jeune adulte ou un grand adolescent qui doit aller vers le réseau adulte et donc on va s'adresser au réseau adulte […] Et donc on se voit, on se rencontre avec les équipes mobiles adultes pour voir comment on travaille ensemble ».*

## III. La rubrique 3 : Les barrières liées à la transition des soins

À la suite de notre deuxième question de recherche, nous souhaitons connaître les barrières que rencontrent les professionnels lors de l'organisation de la transition des soins. Lors des entretiens, ils nous ont fait part de plusieurs difficultés. Nous les détaillons par catégorie ; nous parlons des usagers, des dimensions structurelles et organisationnelles, du cloisonnement des secteurs et également du fossé existant entre le réseau de santé mentale adulte et de celui des enfants et adolescents. Enfin, les professionnels ont mis en avant une barrière liée à la résistance aux changements.

- **Au niveau des usagers**

Comme nous l'avons déjà exprimé, certains jeunes ont une **fragilité psychique** qui est notamment liée à leur **lourd parcours de soins**. Les changements d'institutions ou de structures représentent des ruptures et les jeunes ne parviennent plus à trouver leur place. Cela constitue une barrière car la conséquence est qu'ils ne parviennent plus à s'investir dans leurs soins et leurs projets à long terme.

R1P(40) : *« On vient vers eux mais si on ne vient pas, de toute façon, ils ont toujours été laissés tomber par tout le monde, […]et puis ils sont dans un moment de vie aussi quand même où du moment où j'ai à manger et un toit ce soir, demain on verra bien » ;*

R1C(41) *: « […] Un jeune qui est déjà vulnérable psychiquement, qui a fait des tas d'institutions et qui s'est fait rejeter, à un moment donné quand on vient et qu'on propose des choses il a juste envie de nous envoyer paître et de dire laissez-moi tranquille » ;*

R1C(42) : *« Ils vivent à chaque fois des ruptures dans la violence et tout ça ils ne font que subir des ruptures et des violences institutionnelles qu'ils ont eux-mêmes connu dans le milieu familial et tout ça n'aide pas le jeune à se construire. » ;*

R2C(43) : *« [...] Au final, en termes de personne de référence ou ressource, il y a quand même plus grand monde dans la situation pour les accompagner » ;*

R4P(44) : *« Il y a quelque chose de très problématique dans la symbolique de négligence et maltraitance institutionnelle. Finalement, on fait pire que bien ».*

Une barrière à la transition des soins relève aussi du **critère financier** et donc à l'**accessibilité** des soins de santé mentale, qui semblent trop chers pour une partie de la population.

R3P(45) : *« […] l'accès aux études, aux soins. Oui je pense que le facteur de vulnérabilité, c'est l'accès, dû aux problèmes financiers entres autres […] Le critère financier, c'est souvent une résistance importante » ;*

R3C(46) : *« Il faut une volonté de la part des familles ou du jeune mais voilà c'est un travail où on les renvoie à eux-mêmes. Mais beaucoup ont du mal à se dire il faut que j'aille chez le thérapeute mais bon ça coute cher, ça prend du temps, c'est parler de choses qu'on n'a pas envie » ;*

R4P(47) : *« Il y a un gros souci d'accessibilité aux soins, que ce soit au niveau financier ou aussi de méconnaissance, des familles qui sont prises dans tous leurs soucis ou qui sont fort seules, fort isolées ».*

Au niveau de l'accessibilité des soins de santé mentale, il peut encore exister une certaine **méfiance envers la psychiatrie**, les jeunes et leurs familles sont méfiants à l'égard des professionnels et préfèrent résoudre leurs problèmes en famille.

R3C(48) *: « La santé mentale reste quelque chose qui fait peur. […] Mais souvent les jeunes et les parents ne connaissent pas grand-chose et ils se disent non moi je n'ai pas besoin d'aller chez le thérapeute. Il y a la perte de contrôle, le sentiment qu'ils vont devoir tout dire, des choses qu'ils n'ont pas envie de dire, la peur d'être jugés » ;*

R4P(49) : *« On a toute une série de familles qui sont plutôt paranos par rapport aux soins » ;*

R4C(50) : *« Disons que la santé mentale résonne comme de la psychiatrie pour les jeunes adultes et adolescents […] Donc pour moi c'est la méconnaissance de ce que c'est la santé mentale qui fait qu'il y a une résistance ».*

- **La dimension structurelle**

À ce niveau, ce qui revient souvent c'est le **manque de moyens et de places** dans les services de santé mentale, de manière générale.

R1P(51) : *« […] et ce qui est très compliqué, c'est le manque de places » ;*

R2C(52) : *« Donc oui, on pourrait dire qu'il manque de places, que ce n'est pas normal que des jeunes soient sans lieu de vie mais je ne suis pas sûre qu'en en créant plus, ce sera mieux » ;*

R3P(53) : *« C'est extrêmement difficile, il n'y a pas de place tant sur des prises en charge hospitalières qu'ambulatoires thérapeutiques, il y a des listes d'attentes partout » ;*

R3C(54) : *« Les plaintes qui viennent du terrain c'est de se dire qu'il manque de moyens, ça revient tout le temps, les équipes pas assez fournies, n'ont pas assez de formations ».*

Il y a aussi des défaillances structurelles dues aux **critères restreints des institutions**, cela empêche la transition vers certaines structures. Il est alors difficile de trouver une institution adaptée aux besoins des jeunes, qui ont par exemple un double diagnostic.

R1C(55) : *« Il y a toujours cette question du double diagnostic qui coince aussi […] on va à nouveau se retrouver dans un entonnoir où on donne accès à tout mais au final les critères de chacun fait que ça ressert les possibilités de transition » ;*

R3P(56) : *« Tout est un petit peu catégorisé, avec des critères de temps en temps très restreints des institutions. Ce qui est normal mais du coup il y a des gaps qui ne sont pas couverts ».*

Au niveau des structures, il y a aussi les **valeurs de l'institution** qui sont mises en avant, où ce n'est parfois pas si simple de pouvoir prendre le temps de se concerter sur une situation car il existe une certaine pression pour continuer son travail avec les autres usagers.

R3C(57) : *« C'est parfois difficile de se remettre en question, d'être critique par rapport au travail qu'on effectue parce qu'on est justement dans ces valeurs de l'institution où il faut*

*continuer à avancer dans tous les autres dossiers. Et donc il y a plein d'enjeux qui font que c'est difficile de se mettre tous autour d'une table pour pouvoir discuter d'une situation » ;*

R4P(58) : *« Les services sont saturés, débordés, et donc c'est difficile qu'un service accepte qu'un de ses agents de terrain puisse prendre le temps pour un jeune d'assurer la transition, d'assurer que ce jeune soit accompagné pour des démarches ».*

- **La dimension organisationnelle**

Concernant la transition des soins des jeunes, les professionnels **agissent souvent dans l'urgence** alors qu'ils rapportent que la préparation sur le long terme est essentielle pour que la transition s'effectue dans de bonnes conditions.

R1C(59) : *« Il faut que je gère la crise et l'urgence. Souvent les partenaires veulent avoir des résultats sur le moment mais sans anticiper le futur et c'est ça qui est compliqué […] Il faut plutôt voir le projet sur du long terme pour ne pas arriver dans la situation où le jeune se trouve dans cette tranche d'âge et que rien n'a été construit et qu'il n'y pas eu de la collaboration avec les responsables du réseau adulte et que l'on arrive de nouveau dans la crise et l'urgence et rien n'est fait dans la paisibilité et tout ça perturbe le jeune » ;*

R4C(60) : *« Si une situation ne roule pas, les gens sont pris dans l'évènementiel et donc c'est hyper difficile de se projeter, il faut arrêter de travailler dans l'urgence ».*

Au niveau de l'organisation de cette transition, il doit également y avoir une **préparation** pour le jeune mais dans la réalité cela est plus compliqué. En effet, les jeunes adolescents allant dans plusieurs structures n'ont pas de projet à long terme avec des objectifs pour aller vers l'autonomie. Ils sont donc passifs pendant leurs soins pédopsychiatriques.

R4P(61) : *« Tout le paradoxe, c'est que ces jeunes 16-23 ont été souvent ballotés de façon très passive. On demande rarement l'avis du jeune quand on le place. […] Et à 18 ans, on lui dit : maintenant tu es autonome, tu as 18 ans, alors qu'on n'a jamais ou rarement travaillé l'autonomie. C'est une prise en charge très paradoxale qui fait qu'on ne les prépare pas et puis, tout d'un coup, on les lâche et cela peut faire office d'énième traumatisme où ils se sentent abandonnés, lâchés dans la nature avec plus aucune structure qui accepte de les prendre » ;*

R4C(62) : *« Ce sont des jeunes qui ont eu un parcours morcelé et qui n'ont pas bénéficié pas de ça, de ce projet d'autonomie. Et donc du coup, ils se retrouvent un peu sans rien, et les intervenants sont un peu flippés à l'approche de la majorité ».*

- **Le cloisonnement des secteurs**

Il ressort énormément que les secteurs **ne se rencontrent pas et ne connaissent pas** le travail de l'autre, ce qui représente une barrière au bon déroulement de la transition car il n'y a pas de bonne communication. Les professionnels de différents secteurs ne peuvent pas aller vers une coopération si un **but commun n'est pas défini** et si le **manque de communication** persiste.

R1P(63) : *« Moi je pense que le problème est plus global, le problème c'est qu'il n'y a pas une vision commune entre les soins de santé mentale et l'aide à la jeunesse » ;*

R1C(64) *: « C'est un manque de communication et de circulation de l'information. Et c'est ça souvent qui met à mal la trajectoire du jeune et qui fait que souvent on se retrouve dans des situations d'urgence, de crise où il faut trouver une solution à tout prix » ;*

R3C(65) : *« On se rend bien compte que sur le terrain, travailler en réseau c'est très compliqué dans le sens où ça ne va pas de soi, ça ne se fait pas. Il y a des réseaux mais mettre des choses en place avec des partenaires, s'il n'y a pas de dispositif qui le promeut, ça ne se fait pas » ;*

R4C(66) : *« Dans tous les secteurs, il y a une scission pour le moment entre les enfants et les adultes […] Il y a un fossé entre les intervenants enfants ados et les intervenants adultes. Mais pour moi il y a un fossé pour les intervenants mais aussi pour les jeunes ».*

Un mot qui ressort des données empiriques est le terme « **incasable** », un jeune pour qui aucune structure ne semble adaptée ou ne semble bien vouloir l'accueillir. Ces cas complexes se transmettent de secteur en secteur (Aide à la Jeunesse, AVIQ et Santé Mentale), sans jamais trouver une place qui correspond aux difficultés multidimensionnelles des jeunes.

R2P(67) : *« Quand on est dans l'Aide à la Jeunesse, on va dire c'est la psychiatrie vous voyez bien, et la psychiatrie va dire vous voyez bien qu'il n'est pas fou, c'est un problème de personnalité et l'AVIQ handicap va dire ah pas du tout, vous voyez bien que c'est pour la médecine. Et c'est ceux-là qu'on se rejette, on a des difficultés à leur trouver une place, ce sont des incasables. On ne peut pas dire ce mot mais c'est un mot que j'aime beaucoup parce que ça dit exactement ce que ça veut dire, plutôt que de dire des jeunes « jardin pour tous » » ;*

R4P(68) : *« Il y avait un cloisonnement des services qui avaient des critères très restreints de prise en charge. […] Il y a donc toute une série de jeunes, les « incasables », pour lesquels les services se renvoient la balle, en disant : non, non, ce n'est pas de la psychiatrie, c'est du handicap. Non, non, ce n'est pas du handicap, c'est de l'aide à la jeunesse. Non, non, ce n'est pas de l'aide à la jeunesse, c'est de la psychiatrie ».*

Un autre point qui nous semble important à mettre en avant est le **manque de connaissance** et le **manque de rencontres** entre les secteurs, ce qui peut engendrer des conflits relationnels qui impactent sur la transition des jeunes.

R2P(69) : *« C'est l'emmerdement quotidien ! Parce que chacun dit « mais non je suis dans mon droit ». Ce qui est terrible entre Aide à la Jeunesse, école, santé mentale, AVIQ, police etc. c'est que l'autre est parfaitement convaincu de très bien connaitre ce que l'autre fait et d'être indigné quand il ne fait pas son job alors qu'il ne le connait pas vraiment » ;*

R3P(70) : *« Il y a une non connaissance entre les secteurs, ce que chacun peut faire ou quelles sont les limites de chacun, et le fait de ne pas bien se connaitre ça représente une résistance » ;*

R4P(71) : *« Une autre barrière, c'est la méconnaissance de professionnels entre eux : on ne se connait pas, on ne sait pas trop comment ça fonctionne, c'est donc difficile de dire comment faire pour arriver à tel endroit… Donc la méconnaissance, le problème d'informations ».*

- **La scission entre le réseau de santé mentale adulte et enfant**

Selon les professionnels, le réseau de santé mentale adulte possède des **fonctionnements différents** que le réseau de santé mentale pour enfants et adolescents. Par conséquent, il est difficile de travailler en inter-réseau. Effectivement, le réseau pédopsychiatrique inclut la dimension familiale dans la prise en charge de l'usager tandis qu'au sein du réseau adulte, cette dimension est prise en compte au second plan.

R1P(72) : *« Chacun a un peu sa manière de voir la question des soins et qu'on doit composer avec la manière de voir, c'est sûr que par exemple les réseaux adultes contrairement à nous, vont tout de suite prendre en compte le fait qu'à un moment donné, la personne est responsable d'elle-même et donc aussi un peu libre de choisir si oui ou non elle veut ou pas continuer la prise en charge et donc il y a plus de drop off, de départs, d'abandons » ;*

R2P(73) : *« Le gros problème étant le trou immense entre la psychiatrie adulte et la pédopsychiatrie sur l'intérêt de l'enfant. […] C'est la grosse bagarre entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie adulte. Chacun étant indigné de la position de l'autre » ;*

R2C(74) : *« Ce qui est offert pour les adultes est différent pour les services pédopsy, il y a un cadre qui est fort différent. Dans les services pédopsy on va avoir des règlements où la question de la liberté totale n'y est pas du tout et il faudrait préparer le jeune à ça » ;*

R3P(75) : *« En psychiatrie adulte on est plus centré directement sur l'individu plutôt que sur la famille Alors que nous, en pédopsychiatrie on travaille beaucoup avec la famille ».*

Il existe aussi une difficulté de collaboration entre les équipes mobiles pédopsychiatriques et les **équipes mobiles adultes** car il y a une différence organisationnelle, ils s'adressent à un autre public, ont différents diagnostics, ils ne travaillent pas toujours sur le même territoire que les équipes mobiles pédopsychiatriques et ils ont des prises en charge différentes.

R1P(76) : *« Ils ont une autre politique, chez nous il faut un diagnostic psychiatrique pour aller dans les équipes mobiles adultes et donc tous nos jeunes n'ont pas de diagnostic » ;*

R2P(77) : *« La difficulté avec les équipes mobiles adultes, c'est que nous n'avons pas le même territoire […] La prise en charge pour les adultes est à nos yeux plus limitée que la nôtre car ils s'occupent de l'adulte et éventuellement sa famille si elle est à côté. Pour nous c'est s'occuper de la famille, qui par ricochet, va avoir un impact sur le jeune » ;*

R2C(78) : *« On s'est rendu compte que les ponts équipes mobiles enfants-ados avec équipes mobiles adulte, c'est difficile. Ils n'ont pas la même population, pas le même fonctionnement donc le pont là est plus compliqué ».*

- **La résistance aux changements**

Au niveau des professionnels, il s'avère compliqué de changer les habitudes de travail et **les mentalités** sur le fait d'accorder plus de temps pour organiser la transition des soins, afin de mieux accompagner le jeune.

R3C(79) : *« D'emblée je me dis c'est pas forcément la situation du jeune qui est compliquée mais plutôt le contexte avec les professionnels et les structures qui ont leurs habitudes et leur routine et c'est pas facile de changer tout ça ».*

Dans deux des réseaux pédopsychiatriques, ce qui ressort des données empiriques c'est qu'il existe aussi une résistance aux changements concernant le **nouveau dispositif de case-manager**. La résistance peut aussi être liée à la mauvaise implémentation.

R1P(80) : *« C'est aussi très compliqué pour nous de travailler avec elle parce que comme on n'a absolument pas participé, ni à son engagement, sa définition de fonction, de mission, finalement on travaille un peu chacun dans son coin » ;*

R1P(81) : *« Il y a beaucoup de situations où on n'est à la limite pas au courant. Alors parfois la case-manager nous dit "Ah, il faudrait un médecin" […] Non, on ne veut pas être garant d'un truc qui sort d'un chapeau là tout d'un coup juste pour décharger les autres ».*

Pour finir concernant les barrières, c'est qu'il y a une certaine **forme d'ignorance concernant la question de la transition des soins** de la part des professionnels.

R4C(82) : *« La transition des soins était ignorée, on est encore au début de ce travail, de cette jonction ado-adulte. Tout est à construire mais je pense que les gens sont pris par le temps » ;*

R1P(83) : *« Je trouve que c'est intéressant parce que vos questions amènent à la réflexion parce que oui, ce serait intéressant que le case-manager par exemple prenne une place plus importante dans la transition ou dans l'organisation de groupes de travail, justement autour de l'articulation entre l'adolescent et l'âge adulte et comment on peut penser les choses ».*

## IV. La rubrique 4 : Les facteurs facilitant la transition des soins

Les facteurs facilitant, que nous voulons identifier, sont inévitablement liées aux barrières de la transition des soins. Il ressort des données empiriques l'importance de favoriser la participation de l'usager, l'intersectorialité, l'interdisciplinarité, les rencontres au travers des réunions de concertation ou encore des stages d'immersion, de développer la collaboration entre le réseau adulte et enfant et la collaboration avec les équipes mobiles adultes. Enfin, il s'agit de conscientiser davantage les professionnels à l'enjeu de la transition des soins.

- **Au niveau des usagers**

La transition se déroule plus facilement lorsque le jeune et son entourage **s'impliquent dans le projet de soins**, et d'autant plus quand le jeune est pris en charge tôt. Aussi, le fait que les

jeunes s'insèrent dans la société via des activités proposées par les équipes mobiles qui sont au plus proche du lieu de vie facilite le transfert vers des services adultes.

R1P(84) : *« Proposer de faire quelque chose justement pour sortir de leur isolement et de leur enfermement, cela faciliterait leur insertion dans la société aussi. Il faut les prendre plus tôt et pour le moment on ne va absolument pas dans ce sens-là et c'est dramatique » ;*

R1C(85) : *« Souvent la tranche d'âge en question c'est ça l'objectif, c'est d'arriver à ce que le jeune s'implique, qu'il devienne acteur de sa propre autonomie » ;*

R3C(86) : *« On est vraiment dans un processus de co-construction. Et dire au jeune qu'on est tous là pour l'aider, qu'on ne peut pas le faire à sa place et ça lui demande de s'impliquer » ;*

R4C(87) *: « C'est lui décide de son projet, qui est acteur et une ressource au niveau de son réseau et donc pour nous, c'est un facteur favorisant pour que le projet tienne à long terme ».*

- **L'intersectorialité**

Les **rencontres entre professionnels de plusieurs secteurs** permettent de créer des ponts entre eux. Ils peuvent alors s'apercevoir qu'ils sont tous là dans le même but : la continuité du trajet de soins pour le bien-être du jeune adolescent ou du jeune adulte. Et selon eux, il faut multiplier les champs de vision car les difficultés et les pathologies sont multidimensionnelles.

R1P(88) *: « Que ce soit l'AVIQ, l'école, les PMS, l'hébergement de l'aide à la jeunesse, les équipes d'aide en milieu ouvert, il y a vraiment beaucoup de temps et de moments de rencontres, de temps de réflexion et je pense que ça facilite peut-être les transferts » ;*

R1C(89) : *« Il faut que les gens composent ensemble. […] C'est vraiment une question de sensibilisation du réseau, parce qu'il y a tellement d'offres que je pense que le réseau adulte n'a pas connaissance de toutes les offres du réseau enfant et vice-versa » ;*

R3C(90) *: « On doit penser les choses de manière multidimensionnelle et pour cela il faut pouvoir travailler main dans la main avec tous les secteurs […] L'intersectorialité c'est la co-construction, enfin que les choses se coconstruisent, pour moi c'est un maître mot » ;*

R4P(91) : *« Que les différents secteurs travaillent ensemble, collaborent pour faire une prise en charge globale, non cloisonnée et intégrée qui respecte le mieux la réalité car chaque jeune a ses particularités et a besoin que les différents secteurs se parlent et collaborent […] La*

*coopération entre différents secteurs nécessite d'abord qu'on réhumanise les choses par des rencontres d'humain à humain ».*

**Les stages d'immersion**[2] permettent également de favoriser les liens entre les secteurs et les réseaux par le fait que les professionnels découvrent sur le terrain la réalité des autres structures et institutions.

R2C(92) : *« On a un système qui privilégie de faire des immersions donc on peut aller un jour n'importe où. […] ça tisse des ponts parce qu'il y a un intérêt réciproque des structures qui se rencontrent, on a quand même pas mal de collaborations » ;*

R3C(93) : *« Il y a l'opération qui a vu le jour dans différents endroits, « vis mon job » où il y a des échanges, cela permet de passer une journée avec une personne d'une autre profession et qui vise à connaitre l'autre, savoir quels sont les enjeux, se mettre à la place de tels ou tels professionnels pour se rendre compte des difficultés auxquelles ils font face. Et donc c'est aussi de pouvoir multiplier les points de vue […] Puis c'est aussi pouvoir communiquer, apprendre à connaitre les autres » ;*

R4C(94) : *« Je pense que l'immersion c'est ce qui fera que les gens connaissent et comprennent le travail de l'autre ».*

- **L'interdisciplinarité**

Nos données empiriques montrent également que pour les professionnels qui travaillent simultanément au sein d'une équipe mobile et dans un autre secteur adulte à mi-temps, les transferts s'effectuent plus facilement pour les jeunes de ces équipes.

R2C(95) : *« Ça peut faciliter, en tout cas je pense, et les collaborations aussi si les professionnels ont un autre mi-temps dans un autre secteur » ;*

R4P(96) : *« Dans les équipes mobiles, lors du staff clinique, on a autour de la table des gens qui viennent de plein de secteurs différents. Cela facilite aussi l'intersectorialité, cela permet que l'on soit plus ouvert, plus tolérant, que l'on comprenne un peu mieux la réalité des différents secteurs, cela permet que l'on ait un réseau autour de nous » ;*

[2] Le programme de Consultation et de Liaison Intersectorielle (CLI) s'est associé à Ecett Networks pour proposer des stages d'immersion afin de faciliter la connaissance mutuelle, la complémentarité et l'articulation entre les professionnels, les structures et les secteurs.

R4C(97) : *« Les équipes mobiles peuvent assurer cette transition si on veille bien à ce que des gens du réseau adulte soient présents dans les équipes mobiles pédopsychiatriques ».*

- **Les réunions de concertation**

Ces concertations permettent aux professionnels d'avoir une **vue d'ensemble sur les situations** complexes et ainsi pouvoir avancer ensemble, cela **rassure les professionnels** de se sentir soutenus et de ne pas être seuls face à une situation difficile d'un jeune.

R1C(98) : *« Grâce aux réunions de concertation, ils vont avoir une vue d'ensemble sur tous les acteurs présents et vont pouvoir donner des informations sur le jeune afin d'envisager une solution, de voir si quelqu'un peut le prendre en charge ou si on le réoriente » ;*

R2C(99) : *« Ça permet la lecture commune de la situation […] Donc le fait de se remettre autour de la table et de reconcerner tout le monde et de savoir qui fait quoi comment, je pense que ça donne du concret » ;*

R2C(100) : *« On se rend compte qu'il y a beaucoup plus de portes qui s'ouvrent quand les gens sont présents même si ce n'est pas en termes d'accueil et d'hébergement mais en termes d'interlocuteurs et de ne pas être seul dans la situation complexe » ;*

R4C(101) : *« […] S'il y avait plus de concertation entre le réseau enfant et adulte, la transition serait plus simple, […] Et les concertations permettent de diminuer l'anxiété de la situation parce qu'il y a des choses qui se dégagent, les intervenants voient les intervenants suivants, ils se disent ça va il y a une continuité ».*

Lors de ces réunions, les professionnels prennent **conscience de l'enjeu de la transition** des soins sur le terrain et prennent le temps d'y réfléchir.

R1C(102) : *« Ça permet de faire circuler l'information, ça permet aussi la collaboration […] Ces réunions permettent que les gens puissent prendre le temps de se poser et de se rendre compte de la réalité de chacun, de pouvoir peut-être avoir un peu d'empathie, de se dire ah ok, il n'y a pas que moi qui vit quelque chose de difficile, lui aussi rencontre ça » ;*

R2C(103) : *« Mais je pense que tous ces temps d'arrêt permettent de ponctuer les prises en charge, de proposer des choses différentes, d'être créatif et d'aller faire les relais au moment où il le faut » ;*

R3P(104) : *« Parce que je pense que ça permettrait d'envisager la transition des soins et d'y réfléchir à la transition des soins. Ça permet d'être autour d'un table et de se poser et d'y réfléchir ».*

- **La collaboration entre les réseaux adulte et enfant**

La **connaissance** facilite les contacts entre ces deux réseaux. En effet, les professionnels des équipes mobiles connaissent des professionnels du réseau adulte, ce qui permet de se rencontrer plus facilement pour discuter d'une situation.

R1P(105) : *« Maintenant on a aussi des entrées plus ou moins en fonction des travailleurs qui ont des liens privilégies vers l'un ou l'autre service, vers des hôpitaux psychiatriques adultes etc. […] Le fait de se connaître entre services ça facilite les contacts interpersonnels » ;*

R1C(106) : *« Aussi l'idée de mettre un réseau constant, s'assurer des collaborations avec le réseau adulte sur du long terme, que les partenaires s'engagent sur du long terme et donc ça peut aussi être plus simple de travailler » ;*

R3P(107) : *« Je crois que le facteur facilitant c'est que les deux mondes, tant pédo qu'adulte, arrivent à se parler, à communiquer et d'avoir des visions qui peuvent se rassembler de temps en temps et qu'on ne reste pas chacun fermé ».*

- **La dimension organisationnelle**

Par ailleurs, pour développer la coopération entre les réseaux enfant et adulte, ceux-ci doivent adopter une organisation plus **flexible** dans laquelle les directions acceptent que les professionnels prennent du temps afin d'assurer la transition des soins. La **préparation** de la transition des soins et la flexibilité des critères d'admissions représentent également des facteurs qui facilitent le bon déroulement de la transition.

R3C(108) : *« Les deux réseaux enfant et adulte n'offrent pas les mêmes soins. Pour faciliter cette transition, il ne faudrait pas rajouter des structures mais plutôt assouplir les processus et les articuler […] Donc il faudrait plus de flexibilité dans la façon dont on travaille » ;*

R4P(109) : *« L'idée pour éviter cette barrière, c'est d'assouplir les choses, de faire en sorte qu'il y ait beaucoup plus d'aller et retour entre acteurs de terrain et que chaque secteur puisse se permettre d'accompagner et de soigner les transitions, de soutenir les jeunes dans ces*

*transitions. Cela nécessitera un assouplissement au niveau des directions : on laisse un travailleur prendre plusieurs heures pour assurer, soigner la transition ».*

R2C(110) : *« À 17 ans et demi par exemple, là il faudrait penser maintenant à une suite parce que on se rend compte qu'à 18, les choses ne vont pas être magiquement réglées ».*

- **La collaboration avec les équipes mobiles adultes**

Nous avons pu constater que pour certains réseaux, cette collaboration avec les équipes mobiles adultes n'était pas toujours fructueuse. Mais pour certains réseaux, les professionnels mettent en avant cette collaboration avec les équipes 107 de manière positive.

R2C(111) : *« On n'a pas encore eu énormément de relais 23-24 mais par contre on a déjà créé des ponts avec différentes équipes adultes » ;*

R3P(112) : *« Si on est déjà avec des jeunes qui sont avec une autonomie, qui sont sortis d'un cursus scolaire, qui sont dans le monde du travail, là généralement c'est plus vers l'équipe mobile adulte qu'ils vont, et donc il y a une certaine collaboration en fonction des besoins des jeunes ».*

- **La conscientisation**

La mise en place de **groupes de travail** permettrait de faire changer les mentalités des professionnels.

R1P(113) : *« Il faudrait plus un groupe de travail autour de la transition pour conscientiser les professionnels. Pas tellement une journée où il y a des exposés magistraux parce que là tout le monde écoute mais les gens ne se rencontrent pas, ils ne se parlent pas. A la limite on ne sait pas qui est notre voisin. Donc plus un groupe de travail qui pense un petit peu à l'articulation entre l'infanto-juvénile et l'adulte » ;*

R4P(114) : *« La transition pour les 16-23 est un gros enjeu. Des groupes de travail vont se mettre en place pour discuter de cela. C'est un des gros défis : faire mieux pour cette tranche-là. Car c'est aussi une question de prévention. Nous pédopsy, on a parfois l'impression d'être un peu en bout de course avec des jeunes très abimés. Or s'assurer de faire un maximum pour ces jeunes qui vont bientôt devenir parents, c'est de la prévention »*

R4C(115) : *« C'est vraiment intéressant de prendre du recul par rapport à ça, et pour cette transition-là je pense que c'est inévitable que les gens se mettent autour de la table et de voir comment on peut faire, que ce soit continu. Donc pas seulement des réunions sur des situations particulières mais des rencontres de manière générale sur la transition des soins, pour aller plus loin et faire réfléchir ».*

Il est également important de **conscientiser les plus hautes sphères aux réalités de terrain**. Les professionnels sont demandeurs à ce que les coordinateur de réseau participent à leurs réunions de concertation. Les professionnels aimeraient également avoir des retours lorsque les coordinateurs assistent aux groupe de travail avec le SPF Santé.

R1P(116) : *« Avoir une personne qui porte ça comme projet autour de la question de transition, ce serait intéressant et avoir plus de moments où on peut se rencontrer avec les hautes sphères et puis avoir du retour de la tête qui rencontre leurs équivalents au SPF santé » ;*

R1C(117) : *« Il faut que les mentalités changent au niveau des professionnels. Je pense que c'est plus que ça. Pas que des professionnels, il y a aussi les hautes sphères qui ne sont pas directement sur le terrain ».*

## V. La rubrique 5 : Le rôle de l'équipe mobile sur la transition des soins

Dans cette rubrique, nous détaillons le rôle de l'équipe mobile uniquement par rapport au rôle qu'elle joue sur l'organisation de la transition des soins.

- **La prise en charge des jeunes en phase de transition**

Le fait d'accompagner et d'offrir des soins au sein du lieu de vie de l'usager permet de se rendre compte des difficultés que peuvent éprouver les jeunes. Les équipes peuvent alors cibler leur prise en charge vers le développement de certaines habiletés et aménager les soutiens nécessaires pour aider le jeune à devenir autonome. L'implication du jeune est tout aussi importante pour l'amener vers une transition des soins dans un milieu adulte.

R2C(118) : *« Ils peuvent améliorer la transition par leur présence et leur accompagnement vers les structures vers lesquelles il faut aller » ;*

R3P(119) : *« L'idée c'est qu'on puisse faire du thérapeutique, enfin qu'on fasse du thérapeutique quand il y a un besoin thérapeutique pour pouvoir mettre en place la transition et leur laisser de l'autonomie par rapport à leurs soins » ;*

R4P(120) : *« L'idée est de faire émerger des ressources qui vont leur permettre d'être à nouveau acteurs de leur vie, d'être à nouveau autonomes, et d'être à nouveau mobiles pour des soins, C'est un peu cela l'idée, l'objectif… Mais en pratique, ce n'est pas toujours facile… ».*

- **Les démarches de coordination pour aller vers une transition des soins**

Au sein d'un seul réseau pédopsychiatrique, il existe une coordination vers les équipes mobiles adultes concernant la transition des soins.

R1P(121) : *« On se connait un peu avec les équipes mobiles adultes. Je pense qu'on se fait confiance mais que comme ils sont complétement débordés aussi on doit attendre qu'il y ait de la place chez eux et eux ils ont une autre politique » ;*

R1C(122) : *« Les équipes mobiles ont des relais comme ils feraient un relais avec un autre acteur du réseau enfant. Je crois que c'est surtout prendre des contacts, rencontrer un psychiatre et voir si ça correspond avec le jeune ».*

Les professionnels prennent aussi contact avec d'autres structures et institutions. Ils nous rapportent que le fait de connaître des professionnels dans la santé mentale adulte, améliore cette transition et le fait que les professionnels de l'équipe travaillent à mi-temps dans un réseau adulte, améliore aussi la transition.

R1P(123) : *« Maintenant on a aussi des entrées plus ou moins en fonction des travailleurs qui ont des liens privilégies vers l'un ou l'autre service, vers des hôpitaux adultes » ;*

R4C(124) : *« Donc je pense que les équipes mobiles peuvent assurer cette transition si on veille bien à ce que des gens du réseau adulte soient présents dans les équipes mobiles pédopsychiatriques, même si parfois ça va pas être facile pour la personne. Fin je pense qu'il y a des gens qui ont un réseau adulte qui ont toute leur place dans les équipes mobiles enfants pour favoriser cela ».*

Les démarches qu'entreprennent les professionnels des équipes mobiles pour aller vers la transition des soins des jeunes concernés, se résultent dans la **construction d'un réseau** autour

du jeune, qui lui permet d'avancer, d'être accompagné et de ne pas se sentir seul. Il donc mobiliser un réseau ou si le réseau existe, le remobiliser.

R3C(125) : *« Elles contribuent à mettre en place un réseau autour d'un jeune là où il n'y en a pas et s'il n'y a en pas c'est en tout cas de le remobiliser […] Transition, c'est remobilisation » ;*

R4P(126) : *« Et donc l'enjeu des équipes mobiles, c'est aussi d'aller recréer un réseau de ressources et de soins autour des jeunes car c'est cela qui fera qu'un jeune se sentira plus en confiance, sera plus résilient pour affronter les aventures et mésaventures de la vie, c'est important d'avoir un réseau derrière lui ».*

- **Au niveau organisationnel : Les soins de proximité et flexibles**

Il ressort des données empiriques, que les équipes sont proches de l'usager et donc de perçoivent les besoins spécifiques, s'il a besoin d'un service à l'emploi, un service au logement, un service de traitement. Pour certains professionnels, c'est également la mobilité et la proximité qui permettent d'améliorer la transition des soins.

R1P(127) : *« La mobilité permet de s'inscrire dans les lieux concrets et donc de rencontrer les gens sur le terrain qui concernent le jeune » ;*

R3P(128) : *« Le but de l'équipe mobile c'est de pouvoir travailler avec les gens dans leur lieu de vie, de pouvoir avoir un réseau autour d'eux et pouvoir les rendre acteurs de leur prise en charge et qu'ils puissent à un moment donné, faire des choses. Ce sont des grandes valeurs avec l'empowerment notamment et des choses comme ça qui sont développés » ;*

R4P(129) : *« Le gros avantage de l'équipe mobile, c'est une structure non pas rigide, mais bien la plus souple possible, flexible, qui peut prendre le temps d'accompagner le jeune le temps qu'il lui faut et qui offre un service à la carte, adapté aux besoins du jeune, pour assurer la transition et soigner les relais. C'est la question de la souplesse et du temps offert. Les équipes mobiles ne sont pas (encore heureusement) tenues à des objectifs de rentabilité économique. Et donc on peut se permettre de faire du soin de qualité et d'assurer une transition la plus adéquate possible en allant à la rencontre des professionnels » ;*

R4C(130) : *« Il faudrait plus de services de proximité, j'y tiens beaucoup parce que la réalité d'une ville n'est pas la même que dans une autre ville qui se trouve dans la même province. Et pour moi cette politique n'a pas vraiment répondu à ce critère-là ».*

- **Les équipes mobiles comme « bouche-trou », en fin de parcours du jeune**

Les professionnels des équipes mobiles agissent lorsque le réseau autour du jeune est soit déjà épuisé parce qu'il y a eu plusieurs institutions et structures de soins, ou soit lorsqu'il est inexistant car le jeune et sa famille sont isolés et n'ont pas eu accès à des soins.

R2P(131) : *« Les professionnels sont prêts à contacter n'importe qui et comme ça vient de sortir il y a 2-3 ans, ils se disent enfin la solution qu'on avait tant besoin. Oui, donc qu'on soit le bouche trou de n'importe quoi, oui mais dans ce cas-ci parfois avec une certaine pertinence. Mais en pratique c'est pas tout à fait comme ça que le fédéral l'avait imaginé. » ;*

R3C(132) : *« À un moment donné il n'y a pas forcément de solutions et donc l'équipe mobile se retrouve souvent devant des situations où des jeunes ne trouvent pas leur place.*

R4P(133) : *« On arrive parfois en fin de parcours avec des parcours de jeunes très complexes et puis parfois, on a des jeunes pour lesquels aucun soin n'a été tenté, qui ont eu des parcours en institution, en aide à la jeunesse, pour lesquels on n'a jamais pensé à faire du soin ».*

Ils rapportent qu'une mission de ce projet était aussi d'agir dans la **prévention** pour accompagner le jeune le plus tôt possible et le diriger vers un objectif global à long terme mais qu'en réalité, cette mission n'est pas remplie.

R3P(134) : *« On nous a demandé d'être un service de seconde ligne, c'est-à-dire que nous puissions intervenir quand les services de premières lignes consultables par les bénéficiaires, n'ont pas pu ou ne peuvent pas se faire […] donc on n'est malheureusement pas dans la prévention » ;*

R4P(135) : *« Après, nous, notre souhait est que le secteur puisse nous appeler le plus tôt possible car le soin en bout de course chez des jeunes déjà très abimés, c'est très difficile. Nous, on souhaite être appelés le plus tôt possible pour remobiliser la famille et pour éviter de se retrouver avec des jeunes de 16-23 ans aussi abimés. On aurait envie de faire un peu plus de prévention mais dans la réalité, on est plutôt appelés en bout de parcours ».*

## VI. La rubrique 6 : Le rôle du case-manager sur la transition des soins

Enfin, notre dernière question de recherche se penchait sur le rôle que peut jouer le case-manager dans la transition des soins. Nous avons vu que le case-management représente un nouveau dispositif. Et l'approche de la nouvelle réforme étant de type « bottom-up », les fonctions de case-manager n'y sont pas détaillées. Pour implémenter ce dispositif, les professionnels ont dû penser aux missions qu'ils devaient accomplir et ce, afin de répondre aux besoins des jeunes en difficultés. De nos données empiriques, plusieurs sous-catégories sont ressorties, toujours en lien avec le thème de la transition des soins : le public cible du case-management, les missions, l'implémentation et les réunions de concertation.

- **À qui s'adresse le service de case-management ?**

Ce service s'adresse à des situations qui sont complexes, où il n'y a pas d'issue trouvée par les professionnels et qui sont mis à mal par la situation. Les case-managers nous disent avoir beaucoup de situations où les jeunes sont justement dans cette phase de transition des soins.

R1C(136) : *« Le fait d'être entre 16 et 23 ans, c'est généralement un âge où l'on fait appel au dispositif. […] Généralement quand on fait appel au dispositif c'est vraiment que l'on est face à cette problématique de l'incasable, personne ne veut le prendre et le but c'est de rassembler tous le intervenants passé présent et futur et dire que là il faut faire quelque chose et là il faut bricoler, innover c'est moins péjoratif » ;*

R3C(137) : *« C'est surtout quand les équipes mobiles ou que les professionnels se trouvent dans une impasse. La raison d'être c'est l'intersectorialité, donc ça veut dire qu'on est face à des problèmes complexes, où parfois les professionnels sont mis à mal, c'est aussi essayer de remobiliser, chacun essaye de son côté et on va se mettre ensemble pour construire et on va un peu sortir des logiques institutionnelles » ;*

R4P(138) : *« L'idée est que le case manager intervient et est interpellé pour les situations complexes qui suscitent des problèmes de collaboration. […] Les cas hyper complexes, les cas dont personne ne veut, les cas très compliqués qui nécessitent que les différents services collaborent. Les réseaux ont des projets qui diffèrent, contrairement aux équipes mobiles qui ont des fonctionnements plus semblables. La finalité, c'est la même, prendre en charge les situations hyper complexes » ;*

Les critères pour faire appel au dispositif sont multiples et sont différents d'un réseau à l'autre.

R1C(139) : *« Ces critères sont par exemple : un jeune qui a une vulnérabilité psychique avérée -de par son parcours on remarque qu'il y a une fragilité-, la situation est complexe, l'équipe est épuisée parce qu'elle a déjà essayé de mettre des choses en place mais cela n'a pas fonctionné, les objectifs de départ n'atteignent pas les objectifs escomptés, et le dernier critère c'est le fait de se retrouver dans une impasse. C'est vrai que généralement cela touche souvent cette tranche d'âge car ils ne sont plus acceptés nulle part et ils ont déjà un parcours avec plusieurs institutions. Ils sont à un étape charnière ou l'on se dit qu'ils ont 16 ans et dans 2 ans ils sont majeurs et donc cela ne vaut plus la peine de les accueillir et c'est donc souvent dans ces situations que l'on peut les accueillir » ;*

R4C(140) : *« On a besoin qu'il y ait de l'intersectorialité, qu'il y ait plusieurs secteurs dans la situation, ce qui fait que ça complique la prise en charge pour l'intervenant qui se présente à nous. Donc on tient beaucoup à ça, qu'il y ait aussi une rupture dans le trajet de soins, qu'il y ait quelque chose qui coince, ça c'est un des facteurs de nos prises en charge. On en rediscute en réunion pour voir si on est vraiment bien dans notre cadre de travail et ensuite on désigne une des deux case-managers ».*

- **Leurs missions en lien avec la transition des soins**

Pour certains, leur mission est d'assurer la trajectoire de soins. Pour d'autres, c'est de mobiliser et remobiliser le réseau autour de l'usager.

R1C(141) : *« Ce dispositif case management, son idée est de pouvoir prendre un moment pour se poser et construire une trajectoire de soins et de vie pour le jeune sur le long terme. Généralement quand on fait appel à moi, la situation est en crise et il faut que je gère la crise et l'urgence […] mais il faut plutôt voir le projet sur du long terme » ;*

R2P(142) : *« Pour moi, leurs missions c'est de trouver les points de chutes, les relais. » ;*

R2C(143) : *« C'est de faire fil rouge dans tout ce qui se construit autour du jeune […] il doit y avoir des ponts, des relais à faire et on doit accompagner, on soutient finalement les rencontres et on peut aussi refaire lien entre les personnes » ;*

R3C(144) : *« Mais voilà le case manager a peut être un rôle à jouer là-dedans, dans la transition, mais pas dans la mise en place d'un réseau parce que là dans cette situation il n'y a rien du tout et le case management c'est plutôt remobiliser que de mobiliser. » ;*

R4P(145) : *« Donc les case managers essaient de comprendre, décoder l'ensemble des demandes de chacun, quels sont les enjeux cachés, tiens il y a des soucis de collaboration entre untel et untel mais c'est peut-être en référence à une ancienne problématique, etc. Ensuite, ils essaient de décoder tout cela et ensuite, d'organiser de grandes concertations où tout le monde est autour de la table […] l'idée est de construire de nouvelles choses, de faire de l'artisanat dans des situations complexes*

R4C(146) : *« Favoriser la communication entre les services, essentiellement c'est ça […] Nous on assure cette transition en provoquant la communication qui pourrait exister mais alors chacun de son côté et alors c'est pas porteur ».*

- **L'implémentation du dispositif**

Pour chaque réseau, il y a eu une **phase de réflexion** quant à son implémentation. En effet, tous les case-manager ont souhaité effectuer une recherche littéraire et rencontrer les autres case-managers pour discuter de leurs fonctions, compte tenu de la nouveauté du dispositif.

R2C(147) : *« On a pensé le projet sur papier et ça s'est validé par le SPF au moment où j'étais écartée donc ça fait 3 ans et demi – 4 ans qu'on y travaillait de façon théorique » ;*

R3C(148) : *« J'ai écrit un document pour reprendre toutes mes fonctions. Mais sinon, je rencontre très régulièrement les case-managers des autres réseaux, on se voit aux réunions SPF, où on peut être soutenu au niveau méthodologique et de pouvoir quelque part uniformiser ou bien plutôt de se donner des balises communes parce qu'il n'y a rien du tout » ;*

R4P(149) : *« La nouvelle politique n'avait pas détaillé ce qu'ils souhaitaient, ils ont demandé qu'il y ait une réflexion et que les réseaux mettent en place un service qui n'existe pas encore » ;*

R4C(150) : *« Quand il a été question de créer le poste, c'était assez claire d'emblée pour la finalité, mais la façon dont on allait procéder allait être créée […] Et donc on a rencontré plein de gens et fait des immersions pour se rendre compte de ce que les gens avaient besoin. C'est vrai que ce travail qu'on a fait pendant 6 mois facilite notre travail, on a des portes d'entrées ».*

Tous ont voulu également rencontrer les professionnels de leur réseau, mais cela n'a pas été facile pour certains. Le fait de ne pas avoir pu rencontrer les médecins, les infirmiers, les psychologues pour discuter du rôle de chacun a impacté sur la mise en place du dispositif de case-manager. Certains case-managers ont parfois une fonction très administrative car les professionnels ne souhaitent pas qu'ils interviennent directement auprès du jeune, d'autres sont

un peu isolés par les professionnels et ces case-managers ne peuvent alors pas agir de manière complémentaire pour solutionner des situations complexes puisque les professionnels ne font pas appel au nouveau dispositif et préfèrent régler leurs problèmes eux-mêmes. Ce qui fait que les professionnels ne semblent pas avoir pris connaissance des missions des case-managers. Il s'agit donc parfois de **confusion dans les rôles** parce qu'ils n'ont pas été clarifiés.

R1P(151) : *« Je pense qu'elle a pour mission d'organiser les choses, de voir un petit peu qui il y a à solliciter dans le réseau, voilà et le cas échéant de trouver des ressources notamment en termes financiers aussi parfois mais au-delà de ça je sais pas » ;*

R3C(152) : *« Ça a été un peu difficile en termes de temps, j'ai essayé de rassembler tous les intervenants pour les rencontrer et discuter ensemble de mon travail mais il y a très peu de disponibilité dans le réseau ici ».*

Dans certaines provinces, les case-managers sont attachés aux équipes mobiles pédopsychiatriques pour d'autres, le dispositif de case-manager représente un service parmi d'autres au sein du réseau.

R2C(153) : *« On a vraiment voulu que ça soit une fonction à part mais qui a quand même des liens avec l'équipe mobile. D'autant plus que mon collègue a un mi-temps dans l'équipe mobile et un mi-temps case manager » ;*

R3C(154) *: « Mais sinon moi par rapport aux équipes mobiles je ne participe pas vraiment à leurs réunions d'équipe, je suis vraiment en dehors mais dans d'autres dispositifs de case-manager fait parfois partie de l'équipe mobile même. Donc il y a vraiment des structurations différentes, mais donc moi je suis vraiment en dehors des équipes mobiles, je ne suis pas articulé aux équipes mobiles […] . Je suis vraiment un peu satellite et aussi comme un dernier recours ».*

- **Les réunions de concertation**

Les case-managers organisent les réunions de concertation. Les données empiriques rapportent leurs **démarches**.

R1C(155) : *« C'est moi qui vais organiser, qui vais contacter toutes les personnes que l'initiateur va indiquer sur le carnet d'adresse qui correspond au réseau du jeune et tout le monde est réuni pour la réunion de concertation […] c'est vraiment le réseau au sens large et ce n'est pas uniquement la santé. Toute personne qui a connaissance du jeune ou un bon lien*

*avec le jeune est invité et donc c'est l'initiateur qui va faire ce travail avec mon aide, de recensement des personnes importantes et les personnes qui pourraient prendre une place future » ;*

R3C(156) : *« Après dans ma fonction on est surtout super mobiles, puisque les concertations se font là, auprès des enfants, auprès des familles dans leur milieu qui leur est familier, ou bien alors dans les institutions. » ;*

R4C(157) *: « En tant que case-manager, on travaille en réseau, en intersectorialité et donc on peut essayer de goupiller une solution sur mesure pour le jeune. […] Enfin on propose de la concertation pour créer un projet sur mesure mais notre particularité, et ça devrait être la base mais ça ne se pratique pas souvent, c'est de mettre le jeune au centre du projet ».*

Pour certains professionnels, les **jeunes** doivent être **impliqués** et présents à ces réunions et pour d'autres, la présence de ces jeunes n'est pas toujours nécessaire.

R1P(158) : *« Les impliquer avant, dans ce qu'ils voudraient qu'on discute. […] Maintenant parfois ça s'indique que le jeune soit là et parfois c'est nécessaire que les professionnels se parlent entre eux en dehors de la présence des usagers ou des familles » ;*

R1C(159) : *« L'idée c'est qu'à un moment donné le jeune puisse être là avec des acteurs apaisés sur le chemin à prendre, sur la ligne conductrice à suivre, c'est de transmettre ça au jeune et les concertations servent à ce que le jeune s'implique et ça souvent la tranche d'âge en question c'est ça l'objectif, c'est d'arriver à ce que le jeune s'implique » ;*

R3P(160) : *« Les jeunes sont là en tant qu'acteurs, c'est ce qu'on essaye de faire tant qu'on a la possibilité de le faire. » ;*

R4C(161) : *« Alors, c'est les jeunes qui préparent les réunions avec nous. Donc quand on les rencontre, ils identifient avec nous leur réseau, qui est important à la réalisation du projet. […] Mais donc le jeune, il a le rôle principal, c'est lui qui va décider de son projet, qui est acteur et qui est une ressource au niveau de son réseau et donc pour nous, c'est un facteur favorisant pour que le projet tienne à long terme ».*

Les pédopsychiatres, tout comme les case-managers, indiquent que le case-manager se trouve dans une **position de tiers** ou encore une position « Meta » lors des réunions de concertation. Cette position permet une prise de recul, une écoute sans jugement vis-à-vis des professionnels et permet également d'établir un lien de confiance avec les professionnels des différents

secteurs, tous les professionnels sont pris en considération et ont leur mot à dire sur la situation d'un jeune.

R1C(162) : *« Je dois vraiment avoir cette position de tiers, vraiment me dire « je ne peux pas influencer, je peux proposer des pistes d'action. […] je dois vraiment faire en sorte de garder cette neutralité. Parce que c'est ça qui met en confiance les professionnels » ;*

R2C(163) : *« Et on peut avoir aussi un rôle de tiers, notre rôle est de traduire les positions de chacun et de trouver quelque chose d'un peu plus commun. » ;*

R3P(164) : *« Avoir un peu ce regard un peu méta, de tiers pour ne pas être plongé avec nous dans la situation clinique […] d'avoir cette possibilité d'être un peu à l'extérieur de ça et du coup de pouvoir aider à faire de la transmission. » ;*

R3C(165) : *« Le case-manager joue aussi un rôle de médiation dans les situations qui posent problèmes en termes de communication entre les intervenants. Il aide le réseau à prendre une position méta par rapport à des situations de crise » ;*

R4P(166) *: « On a besoin d'un soutien tiers qui va venir aider. Les case managers vont être beaucoup moins sur le terrain, ne vont pas être dans le soin au patient, ils vont presque plus prendre soin du réseau professionnel. » ;*

# VII. Résumé des résultats

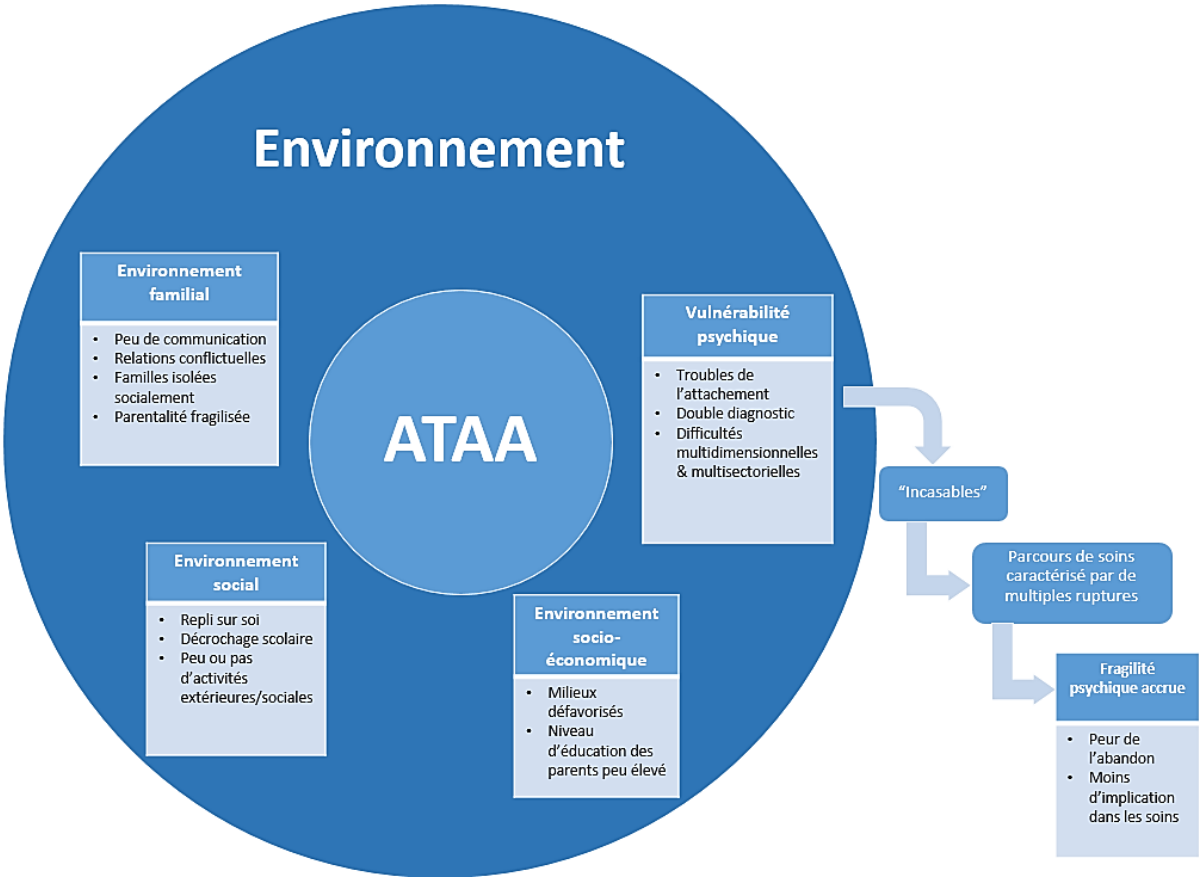


*Figure 7 : Récapitulatif des résultats sur l'environnement des ATAA*

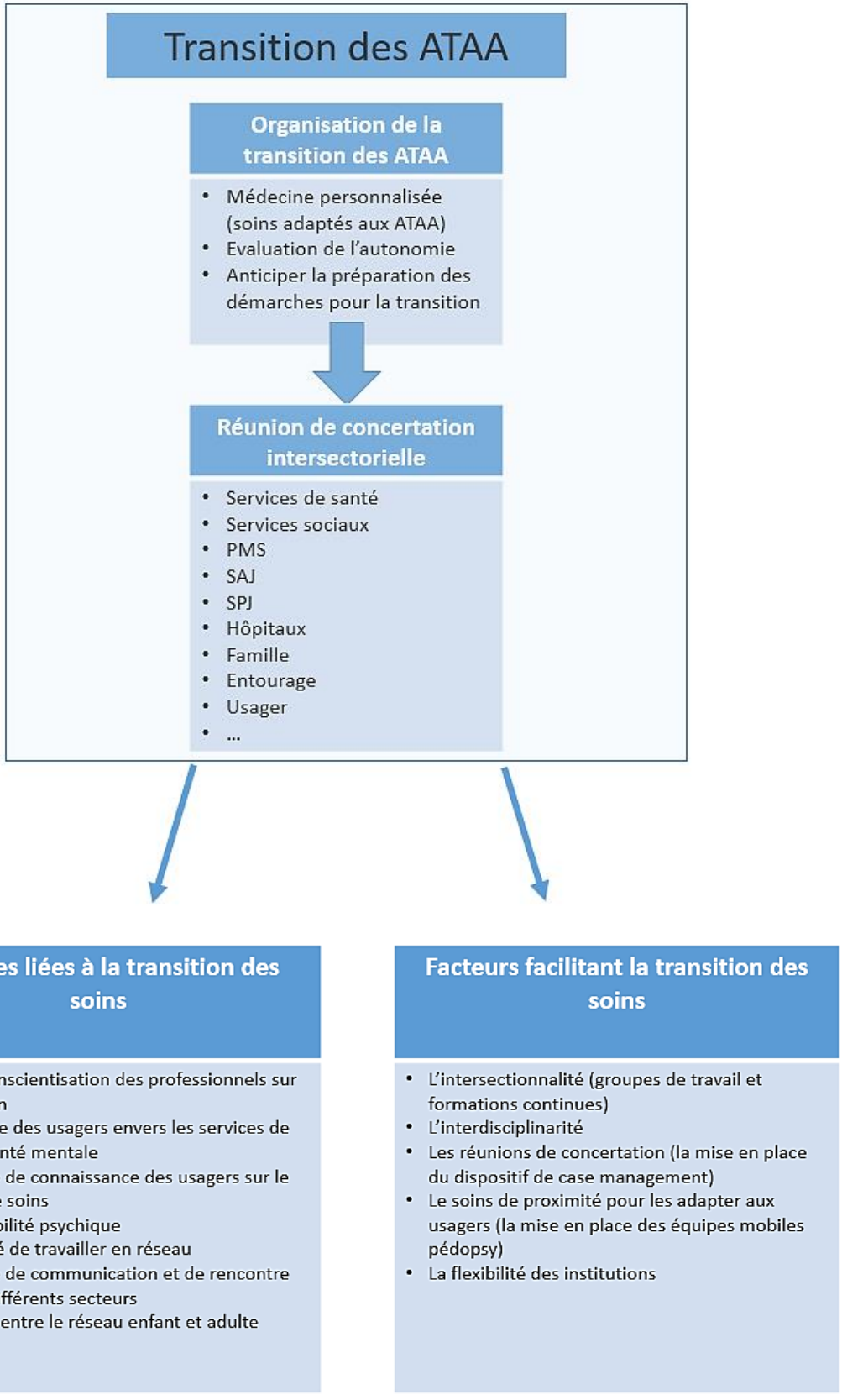


*Figure 8 : Récapitulatif des résultats sur les démarches des professionnels pour organiser la transition des soins des ATAA*

# DISCUSSION & CONCLUSION

Cette dernière partie du mémoire porte tout d'abord sur l'interprétation des résultats de notre recherche qualitative afin de trouver des éléments de réponses à notre question de recherche qui est de comprendre comment s'organise la transition des soins de santé mentale pour les personnes âgées de 16 à 23 ans en Belgique francophone. Nous présentons notre discussion en fonction des six rubriques ressorties du matériau. Ensuite, nous synthétisons les éléments à prendre en considération pour mettre en place de manière adéquate une transition des soins autour du jeune usager et ce, afin de sensibiliser les professionnels et les institutions à cette thématique.

Nous évoquons les difficultés et les limites que nous avons rencontrées lors de notre recherche pour ensuite vous faire part de nos pistes de réflexion et enfin, nous clôturons ce mémoire.

## I. L'interprétation des résultats

### 1. Les usagers de 16 à 23 ans

Notre première question de recherche visait à identifier **le profil type** des jeunes pour qui l'organisation d'une transition des soins est nécessaire. Pour commencer, notre revue de la littérature avait mis en avant que les femmes âgées de 15 à 24 ans possédaient plus de difficultés psychologiques que les hommes de cette tranche d'âge. Or, les professionnels de santé rencontrés nous expliquent qu'ils prennent en charge plus de garçons que de filles de la tranche d'âge des 16-23 ans [R2P(26), R2C(27), R4C(28)].

Nos résultats ont également déterminé les caractéristiques de ce sous-groupe que nous détaillons en plusieurs points.

- **Les jeunes présentant des difficultés multidimensionnelles et multisectorielles**

Nos résultats montrent qu'il existe un profil type des jeunes usagers ayant un besoin concernant l'organisation de leur transition des soins. Le public concerné possède des difficultés multiples et complexes qui se situent dans le secteur médical mais également au sein d'autres secteurs.

Les professionnels nous ont rapporté les pathologies les plus fréquentes concernant les usagers de 16 à 23 ans qui correspondent aux troubles de l'attachement et au double diagnostic (déficience intellectuelle et problèmes de santé mentale) [R1P(1), R1C(2), R2P(3), R3C(4)].

La vulnérabilité et la fragilité du public cible sont les conséquences de ces **difficultés multisectorielles**. Nous avons identifié ces différentes difficultés auxquelles sont confrontés ces usagers de la façon suivante :

- L'isolement social

Les résultats exposent que ces jeunes bénéficiaires se sentent isolés et ne parviennent pas à trouver leur place au sein de la société [R3P(22)]. La littérature nous indique en effet le lien établi entre **l'isolement social** et la **diminution du bien-être psychologique** (Kawachi & Berkman, 2001). Les jeunes ayant un réseau social faible possèdent une perception insuffisante de leur qualité de vie et de leur état de santé mentale (HBSC, 2014).

Du fait de cet isolement social, ces jeunes n'ont pas le **soutien émotionnel** dont ils auraient besoin durant leur transition des soins [R4P(25)]. Ces personnes peuvent vivre plus difficilement les situations complexes qui se présentent à elles parce qu'il n'y a pas la possibilité de faire partager les expériences vécues à d'autres personnes. Alors que le partage social des émotions au sein d'une communauté permettrait de donner du sens aux expériences difficiles afin de les affronter.

Nous reprenons le modèle « The Increased Heterogeneity Model » développé par Schulenberg et Maggs car il permet de comprendre que les jeunes, possédant des difficultés comme l'absence de soutien émotionnel, risquent d'avoir encore plus de difficultés face aux transitions développementales (2002). Ces personnes risquent également de prendre leur distance avec les personnes qui fonctionnent de manière optimale et qui s'adaptent mieux aux transitions.

Selon le **principe d'homophilie**, les individus entretiennent des relations structurées selon leur catégorie sociale. Les comportements de santé des usagers sont influencés par les personnes qui les entourent. Et si ces jeunes prennent leurs distances avec les personnes qui ont un fonctionnement optimal, ils restent davantage en contact avec les personnes qui présentent les mêmes difficultés qu'eux [R1P(21), R4P(25)]. Les adolescents appartenant à la même classe sociale interagissent ensemble et peuvent se nuire entre eux concernant les décisions sur leur santé (Lorant, 2018).

- L'environnement familial

Les résultats démontrent que les familles sont relativement isolées des communautés. Il existe aussi des **relations conflictuelles** entre le jeune et sa famille [R1C(12), R2P(13)]. Les parents

présentent aussi, dans la plupart du temps, une certaine forme de fragilité psychique voire une pathologie parentale [R1P(11)].

Cet environnement défavorable et ces relations non sécurisantes peuvent affecter le bien-être mental des jeunes. L'OMS affirme que les conflits familiaux ont des effets dommageables sur le développement des compétences cognitives et émotionnelles et contribuent au développement des comportements défavorables à la santé (WHO, 2018).

- Le décrochage scolaire

Selon les professionnels que nous avons rencontrés, les jeunes ayant un besoin d'organisation de leur transition des soins sont en décrochage scolaire [R2C(15), R3P(16), R4P(17)]. Ainsi, ce décrochage influence le niveau d'éducation futur des jeunes, qui est lui-même associé aux difficultés psychologiques et à la santé perçue de la population (HBSC, 2014).

- Le statut socioéconomique faible

Notre public cible se situe généralement au sein de **milieux défavorisés** où il existe une certaine forme de précarité sociale [R2P(18), R4C(19), R4P(20)]. Il est ressorti de notre revue de la littérature que les personnes issues des milieux sociaux les moins favorisés sont plus fragilisées face à l'adversité de l'existence (Gisel et al., 2014).

- **Les « incasables »**

Le concept des personnes « incasables » ne faisait pas partie de nos hypothèses de départ. Pourtant, ce terme est revenu plusieurs fois lors de nos entretiens et ce n'est visiblement pas anodin puisqu'au sein de la littérature, nous pouvons également le retrouver.

Les personnes interrogées nous ont fait part des situations complexes vécues par les usagers de 16 à 23 ans. En effet, les jeunes « incasables » sont confrontés à de multiples ruptures et exclusions puisqu'ils sont « trimballés » d'une institution à une autre, et face à des jeunes qui possèdent la plupart du temps des troubles de l'attachement, la situation ne s'améliore pas avec ces ruptures de soins (AVIQ, 2017). Ce sont donc **principalement ces jeunes « incasables »**, avec des difficultés multidimensionnelles, **qui requièrent une attention particulière à propos de leur transition de soins** [R2P(68), R4P(69)].

D'une part, nous retrouvons des jeunes où aucun réseau ne s'est construit autour d'eux, où il n'y a pas, ou très peu de personnes ressources et ces jeunes-là ne cherchent pas à aller vers les

soins. C'est seulement lorsque la situation est trop abîmée qu'ils entament cette démarche de soins, notamment auprès des équipes mobiles pédopsychiatriques par le biais d'un professionnel. Et d'une autre part, nous retrouvons des jeunes avec un lourd passé institutionnel, qui sont déjà passés par une dizaine d'institutions et de services [R2C(9), R4P(10)].

Ces jeunes, qui présentent une certaine forme de vulnérabilité, sont donc étiquetés d'« incasables » car ils possèdent des difficultés multidimensionnelles et multifactorielles (double diagnostic, isolement social, décrochage scolaire…). Le public cible présentant ces diverses difficultés, ne remplit pas les **critères d'admission** établis par les services de soins de santé mentale car ceux-ci sont de plus en plus **restreints** [R1C(56), R3P(57)]. Cela a pour conséquence une perpétuelle réorientation des jeunes au sein du système de santé et cela réduit leur chance de trouver une place adaptée à leurs besoins de soins (Walker et al., 2019).

## 2. Les démarches concrètes lors de l'organisation de la transition des soins

Notre deuxième question de recherche visait à identifier les démarches concrètes réalisées par les professionnels de santé sur l'organisation et la mise en place de la transition des jeunes usagers. Actuellement, voici les démarches effectuées par les professionnels :

- **Des soins personnalisés**

Il ressort de notre matériau la nécessité d'organiser une transition des soins **au cas par cas**. Celle-ci doit être adaptée au jeune, à sa situation et à ses spécificités [R1P(29), R2C(30), R3P(31)]. Il existe donc une volonté de la part des professionnels de s'orienter vers une **prise en charge personnalisée**. En effet, la nouvelle réforme de santé mentale a mis des moyens afin que la prise en charge pédopsychiatrique puisse davantage se baser sur les critères individuels ainsi que sur les facteurs environnementaux et sociaux des usagers (Aubry & Gasser, 2016).

- **Des évaluations**

Selon les professionnels, la plus grande difficulté est de savoir **quand effectuer la transition des soins**. Pour ce faire, ils évaluent l'**autonomisation** et la **responsabilisation** des jeunes [R1C(32), R2C(33), R2P(34)]. À titre d'exemple, un usager de 20 ans ayant toujours un besoin fort en soutien émotionnel et en accompagnement restera dans les services pédopsychiatriques plus longtemps, tandis qu'un jeune de 18 ans ayant des perspectives d'avenir tant au niveau professionnel que personnel, sera transféré vers des services psychiatriques adultes plus tôt. Ces évaluations permettent également d'**anticiper la transition des soins** et de préparer le jeune

progressivement à de nouveaux objectifs en vue d'intégrer un service psychiatrique adulte [R2C(38), R3P(39)].

- **Des concertations**

Afin d'adapter la transition des soins aux personnes, les professionnels de différents secteurs se rencontrent pour discuter des situations vécues par l'usager et par l'équipe professionnelle. La **finalité** de ces réunions repose sur la **mise en place d'un réseau** autour du jeune pour lui permettre de développer un projet de soins à long terme et ainsi d'éviter toute rupture au niveau de sa trajectoire de soins [R2C(35), R2P(36), R3C(37)]. Dans la mesure du possible, les jeunes s'impliquent et s'investissent dans ces rencontres. En effet, les professionnels tentent de développer leur motivation car, sans cette **implication**, la réussite de la transition des soins est compromise.

## 3. Les barrières liées à la transition des soins

En lien avec la deuxième question de recherche sur les démarches concernant l'organisation de la transition des soins, nous avons soulevé plusieurs barrières au bon déroulement de celle-ci.

- **Le manque de conscientisation des professionnels de santé**

Nous avons exposé, lors de la partie théorique de ce mémoire, la nouvelle réforme en pédopsychiatrie. Le **Service Public Fédéral**, qui a rédigé le « Guide vers une nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents », **attire particulièrement l'attention des professionnels** sur la nécessité de développer et d'adapter l'offre de soins aux jeunes adultes de la tranche d'âge charnière allant de 16 à 23 ans (SPF, 2015).

Le niveau fédéral est donc conscient qu'il existe un réel besoin d'adaptation pour les adolescents en transition vers l'âge adulte (ATAA) concernant leurs soins. Néanmoins, il semble exister un décalage entre l'injonction politique et le travail des acteurs de terrain [R1P(83), R4C(82)]. Voici les hypothèses que nous pouvons émettre concernant ce décalage :

- Le manque de conscientisation des professionnels.
- Le manque de formations sur la transition des soins.
- Le manque de ressources :
    - L'anticipation des démarches concernant l'organisation de la transition des soins est-elle possible en termes de temps pour les professionnels ?
    - Existe-t-il un conflit entre l'intérêt de l'institution et l'intérêt de l'usager ?

- Les réalités du terrain :
    - L'organisation de la transition des soins représente-t-elle une priorité d'action pour les acteurs de terrain ?
    - Existe-t-il une incompréhension mutuelle des pratiques des professionnels provenant de différents secteurs ?
    - Les difficultés multisectorielles du public cible complexifient-elles la prise en charge des professionnels ?

Ces hypothèses sont approfondies ci-dessous.

- **Le manque d'anticipation concernant l'organisation de la transition**

Il n'existe **pas de procédure détaillée afin d'anticiper et de préparer la transition** avec les jeunes usagers. Nos résultats montrent que les professionnels organisent la transition des jeunes trop tardivement. Le risque est d'**agir dans l'urgence** et de ne pas accompagner de manière progressive les jeunes usagers vers des structures psychiatriques adultes [R1C(59), R4C(60)], ce qui augmente le risque d'abandon et de rupture au niveau de leur trajectoire de soins.

Nos résultats montrent également que le fait d'agir dans l'urgence est notamment lié aux **valeurs des institutions** [R3C(57), R4P(58)]. Effectivement, les professionnels doivent assurer le suivi de l'ensemble des usagers, mais la direction ne leur permet pas de consacrer du temps pour suivre une seule situation complexe qui demande un accompagnement intensif pour orienter le jeune. Il y a donc là un conflit entre l'intérêt du patient et l'intérêt des institutions. Ainsi, les décisions organisationnelles sont davantage influencées par les besoins de la population dans son ensemble plutôt que par les besoins et les préférences des individus (Smith et al., 2019).

- **La difficulté de travailler en réseau**

Le fondement organisationnel de la nouvelle politique repose sur l'importance de la **coopération intersectorielle** qui est développée par le travail en réseau (SPF, 2015). En réalité, les acteurs de terrain rapportent qu'il existe toujours un **cloisonnement des secteurs** de la Santé, du Handicap et du Social [R1P(63), R1C(64), R3C(65), R4C(66)].

Le **manque de communication** et le **manque de rencontres** entre ces secteurs ne permettent pas aux professionnels de déterminer un but commun en vue de travailler ensemble et de trouver des solutions pour les ATAA [R3P(70), R4P(71)]. De plus, le **manque de connaissance** entre

les secteurs peut parfois engendrer des conflits relationnels. En effet, il existe un risque d'incompréhension mutuelle des pratiques de chacun des professionnels possédant une vision différente sur la prise en charge de ces jeunes. [R2P(69)].

Néanmoins, les réseaux pédopsychiatriques ont été créés lors de la nouvelle politique de santé en 2015, ceux-ci sont **toujours en construction** et se développent au fur et à mesure du temps. Il s'agit d'un collectif de travail qui intègre une pluralité de professions où changer les pratiques et les visions de chacun prend relativement du temps (Ferré et al., 2018).

- **La scission entre le réseau de santé mentale enfant et adulte**

Nos résultats ont montré que les prises en charge pédopsychiatriques sont différentes de celles en psychiatrie adulte. Les professionnels évoquent des visions différentes, la prise en charge pédopsychiatrique se concentre autant sur l'usager que sur l'entourage, tandis que la prise en charge psychiatrique adulte se concentre principalement sur l'usager lui-même. L'implication de la famille est essentielle en pédopsychiatrie, à contrario, la famille se situe au second plan en psychiatrie adulte [R1P(72), R2P(73), R2C(74), R3P(75)]. Ces différences entrainent une forme d'incompréhension et une **scission entre le réseau de santé mentale enfant et adulte**.

- **Les barrières liées aux usagers**

Notre revue de la littérature avait mis en avant que le manque de connaissance de la part des usagers sur les soins, la faible accessibilité des soins ainsi que la stigmatisation des usagers représentaient des éléments qui influencent la transition des soins.

  - Le manque de connaissance

Le **manque de connaissance des usagers** concernant les services de santé mentale influence le recours aux soins car le système de santé est perçu comme complexe par les usagers eux-mêmes et leurs proches (Walker et al., 2019). Et il existe toujours une certaine **méfiance** vis-à-vis du secteur de la santé mentale, les personnes ont parfois peur de s'adresser à ces services car la discrimination y est toujours présente (WHO, 2005) [R3C(48), R4P(49), R4C(50)].

  - L'accessibilité des soins

La faible accessibilité des soins de santé mentale peut également expliquer le fait que les jeunes, ayant des difficultés multidimensionnelles, recourent moins aux soins de santé que les adultes. De plus, notre public cible se trouvant en situation de grande précarité est isolé et a un plus

**faible accès aux soins de proximité** [R3C(46), R4P(47)]. Ce public est dit « exclu » des soins car il ne remplit pas toujours tous les critères d'admission des institutions (Walker et al., 2019).

- La vulnérabilité psychique des usagers

Lors de notre première question de recherche, nous avons identifié que notre public cible présentait une certaine forme de vulnérabilité psychologique. Ce sont ces usagers vulnérables qui requièrent une organisation au niveau de leur transition des soins. Mais c'est également **parce qu'ils sont vulnérables que la transition s'effectue plus difficilement**.

En effet, ces jeunes usagers sont confrontés à de multiples ruptures de soins lorsqu'ils changent d'institutions. Ces jeunes présentant des troubles de l'attachement, sont affectés par ces changements de structures, ils développent alors une certaine **méfiance** envers le monde des adultes et le monde des soins [R1C(41), R4P(44)]. De plus, ces changements d'institutions ne permettent souvent pas d'établir un suivi et des objectifs à long terme, comme l'autonomisation de l'usager en vue d'aller vers des services adultes.

## 4. Les facteurs facilitant la transition des soins

Toujours en lien avec notre deuxième question de recherche sur les démarches à effectuer pour organiser la transition des soins, nous avons soulevé les éléments qui la facilitent. Nous avions émis l'hypothèse que la coopération intersectorielle, la coordination de réseau et de soins améliorent le déroulement de cette transition.

- **L'intersectorialité**

Comme nous l'évoquions *supra*, un des axes prioritaires de la nouvelle politique correspond au développement de la **coopération intersectorielle** via le travail en réseau. L'objectif de la stratégie de gouvernance est de « coordonner des actions de partenaires autonomes, mais, néanmoins, interdépendants pour atteindre un but commun. Lorsqu'un objectif ne peut être atteint individuellement, la gouvernance permet de l'atteindre, par la mutualisation des ressources » (SPF, 2016, p30).

Compte tenu des résultats, nous pouvons considérer que cette coopération représente un élément facilitateur pour la transition des soins. En effet, les personnes interrogées expliquent que les rencontres avec les professionnels venant d'autres secteurs créent des ponts afin d'améliorer la continuité du trajet de soins des usagers. Ces rencontres permettent également

de confronter les réalités de terrain de chaque secteur pour ensuite définir un but commun qui est celui du maintien de la santé mentale des ATAA [R1P(88), R1C(89), R3C(90), R4P(91)].

Les professionnels sont très demandeurs de continuer à développer ce travail en réseau, via notamment des stages d'immersion dans d'autres services visant à comprendre leur fonctionnement [R2C(92), R3C(93), R4C(94)]. C'est au sein de la nouvelle réforme que le **programme de consultation et de liaison intersectorielle** est mis en place. Les acteurs de santé et de l'action sociale investissent dans des formations, dans l'intervision et dans la supervision réciproque (SPF, 2015). Ce programme organise aussi des échanges de personnel, des stages internationaux ainsi que des workshops visant l'expertise des professionnels et le décloisonnement des secteurs.

Il existe également « **Les jardins pour tous** » qui ont pour but de placer les jeunes, avec des besoins multiples, au centre de leur prise en charge permettant une co-construction du traitement et permettant de trouver de nouvelles solutions face à des situations complexes (AVIQ, 2017). Ces « jardins pour » tous concernent les jeunes âgés de 0 à 18 ans présentant des problèmes psychiques et leur entourage.

- **La collaboration entre les réseaux enfant et adulte**

Nos résultats montrent que lorsque les **professionnels** des réseaux psychiatriques enfant et adulte **se connaissent**, cela facilite la discussion et la mise en place du transfert d'un usager d'un réseau à l'autre [R1P(105), R1C(106), R3P(107)]. De plus, la collaboration entre le réseau pédopsychiatrique et **les équipes mobiles adultes du projet 107** améliore les transferts entre ces deux réseaux [R2C(111), R3P(112)]. Veiller à harmoniser la transition vers les soins adultes grâce aux équipes des projets 107 représente d'ailleurs un autre objectif de la nouvelle politique de santé mentale (SPF, 2015).

- **La conscientisation**

Selon les professionnels, la mise en place de **groupes de travail** permettrait de conscientiser l'ensemble des acteurs de terrain concernant les ATAA [R1P(113), R4P(114), R4C(115)]. Effectivement, la **formation continue** représente un lieu pour échanger sur les fonctionnements de chacun. Ces formations accompagnent les remises en question sur l'identité professionnelle et sur les pratiques pour améliorer le travail en réseau. C'est grâce à la confrontation des pratiques et grâce à la réflexion collective que des valeurs et des buts communs concernant la prise en charge des usagers sont coconstruites en réseau (Ferré et al., 2018).

## 5. Le rôle de l'équipe mobile sur la transition des soins

Nous avions émis l'hypothèse que ce dispositif mobile, mis en place au sein de la nouvelle réforme de santé, pourrait faciliter la transition des soins des ATAA. Nos résultats ont montré que, pour la plupart des cas, les équipes mobiles interviennent pour organiser la transition des soins des jeunes se trouvant en situation de désinsertion sociale. Concernant l'organisation de la transition des soins, les équipes mobiles sont donc principalement mobilisées pour les « incasables » en situation de « détresse sociale » [R2P(131), R3C(132), R4P(133)].

- **La proximité et la disponibilité**

Nos résultats montrent que les professionnels des équipes mobiles sont **flexibles** et peuvent prendre le temps d'accompagner les jeunes au sein de leur lieu de vie. Selon les professionnels, les dimensions de proximité et de disponibilité faciliteraient la mise en place d'une transition des soins [R1P(127), R3P(128), R4P(129), R4C(130)]. En effet, les professionnels peuvent agir directement sur les déterminants de santé ainsi que sur **l'environnement social** afin d'identifier les forces et les faiblesses de l'usager (Desgroseilliers et al., 2016).

- **Le modèle « Assertive Community Treatment » (ACT)**

Les missions accomplies par les équipes mobiles pédopsychiatriques assertives sont en lien avec celles du modèle ACT, qui correspondent au case-management individuel avec un mode de suivi intensif ACT. Ainsi, les professionnels ont pour objectif de **mettre en place ou de remobiliser un réseau autour du jeune**. Ce réseau permet aux usagers d'avoir des personnes ressources, tels qu'un parent ou un ami, qui les accompagnent dans les démarches de soins [R3C(125), R4P(126)]. Ce travail de réseau autour du jeune, développé par les équipes pluridisciplinaires, permet de diminuer au maximum la rupture de contact entre l'usager et les services de soins (Nicaise et al., 2014).

## 6. Le rôle du case-manager sur la transition des soins

Notre dernière question de recherche se penchait sur la place qu'occupe le case-manager (nouveau dispositif mis en place à partir de la nouvelle réforme de santé mentale) concernant la transition des soins des ATAA. Nous avions émis l'hypothèse que le dispositif de case-management correspond à un élément facilitateur de cette transition. Étant donné nos résultats, nous considérons qu'il représente effectivement un facteur facilitant pour plusieurs raisons :

- **Les missions du case-manager**

Dans le cadre de la nouvelle réforme de santé mentale pour enfants et adolescents, il n'existe pas de définition de fonction concernant le case-manager (SPF, 2014). Les fonctions de celui-ci émanent d'une approche bottom-up, dans laquelle les acteurs de terrain élaborent un travail continu concernant la définition de leurs missions [R2C(147), R3C(148)].

Nos résultats montrent que les case-managers des quatre réseaux possèdent la **mission d'assurer la trajectoire des soins** des jeunes usagers, âgés de maximum 23 ans. Pour ce faire, ils **mobilisent ou remobilisent** le **réseau** autour du jeune, comme les équipes mobiles pédopsychiatriques peuvent parfois le faire [R1C(141), R3C(145), R2C(143)].

Les case-managers visent à **coordonner les soins** lorsque les jeunes usagers ont des **besoins multisectoriels**. Ils s'assurent du transfert d'un usager vers une autre structure en veillant à la bonne communication entre les différents services et secteurs [R2P(142), R2C(143), R4C(148)].

- **Les réunions de concertation**

Ce sont les case-managers qui organisent ces réunions. Elles permettent de mettre autour de la table l'ensemble des acteurs concernés par une situation complexe qui reste dans l'impasse afin de coconstruire des solutions. C'est un **travail intersectoriel** puisque les personnes qui se réunissent viennent de différents secteurs [R4C(157)]. Lors de ces réunions, le case-manager se trouve dans une **position de tiers**. Cette prise de recul face à des situations difficiles permet d'établir une relation de confiance avec les professionnels et de traduire les positions de chacun pour trouver une solution qui convient à tous [R1C(162), R2C(163), R3P(164), R3C(165)].

Les case-managers placent les usagers au centre de cette concertation, ces jeunes sont impliqués dans le processus afin d'identifier leur réseau et leurs personnes ressources. Pour qu'un projet de soins aboutisse, il est nécessaire que l'**usager** devienne **acteur de ses soins** tout en ayant un accompagnement individuel pour l'aider à atteindre cet objectif d'autonomisation [R1P(158), R1C(159), R3P(160), R4C(161)].

- **L'implémentation du dispositif**

Lorsqu'il existe une bonne implémentation du dispositif de case-management, celui-ci représente un facteur facilitant la transition des soins entre les services enfant et adulte. Cependant, au sein de certains réseaux pédopsychiatriques, les **fonctions du case-manager**

sont mal ou **très peu connues**, ce qui engendre une **confusion dans les rôles** de chacun. C'est pour cela que certains case-managers possèdent une fonction plutôt administrative car les professionnels ne souhaitent pas qu'ils interviennent auprès des usagers. Il y a aussi une **« résistance au changement »** car certains professionnels préfèrent encore régler les situations complexes eux-mêmes [R1P(151), R3C(152)].

## 7. Les recommandations

Afin de sensibiliser les professionnels et les institutions, nous reprenons les divers éléments à prendre en considération pour que la transition des soins de santé mentale pour les jeunes usagers s'effectue le mieux possible. Ces recommandations s'appuient sur nos résultats.

(1) Au niveau des formations

- **Favoriser l'échange d'expertise des professionnels de terrain dans les différents secteurs** en encourageant les **stages d'immersion** qui favorisent l'intersectorialité et ce, afin d'améliorer la continuité de la prise en charge des usagers [R2C(92), R3C(93)].
- **Mettre en place des formations continues** sur la transition des soins [R1P(113), R4P(114), R4C(115)]. Selon Ado Care, une des actions recommandées pour améliorer l'organisation de la transition est la formation des professionnels (Coppens et al., 2015).

(2) Au niveau des institutions

- Favoriser la **flexibilité** des critères d'inclusion au sein des institutions pour permettre aux personnes ayant des difficultés multidimensionnelles de trouver des soins adaptés [R1C(56), R3P(57)].

(3) Au niveau des professionnels

- **Évaluer l'autonomisation** des adolescents et jeunes adultes de manière continue [R1C(32), R2C(33), R2P(34)].
- **Anticiper la préparation de la transition** vers des services adultes [R2C(38)].
- Encourager la **communication** et la **collaboration** entre le réseau pédopsychiatrique et le réseau psychiatrique adulte [R1P(105), R1C(106), R3P(107)].

(4) Au niveau du case-management

- Favoriser les **réunions de concertation intersectorielles** [R4C(157)].
- **Utiliser de manière adéquate le dispositif de case-management** pour développer des prises en charge les plus adaptées possibles aux besoins et spécificités des ATAA [R3C(148), R4P(149)]. En effet, le case-manager est un véritable atout pour organiser la transition des soins car il permet d'appliquer les recommandations décrites ci-dessus.

## II. Les limites et les difficultés rencontrées

Ce mémoire se concentrait sur la mise en place d'une transition des soins des adolescents et jeunes adultes afin de les transférer vers des soins psychiatriques adultes. Pour ce faire, nous avons interrogé les professionnels de la santé mentale pour mettre en avant les divers éléments nécessaires au bon déroulement de cette transition. Il n'y a donc pas eu de **triangulation des sources** puisque nous n'avons pas interrogé les usagers (Kivits et al., 2016). En effet, trianguler les données des usagers avec celles des professionnels aurait permis d'obtenir le ressenti des personnes qui utilisent les différents services de soins de santé mentale, ainsi que de comprendre les besoins tant des usagers que des professionnels.

Notre étude a également été limitée en termes de **temps** car il a fallu mobiliser et remobiliser certains réseaux pédopsychiatriques francophones belges pour obtenir une réponse de leur part. De ce fait, le temps disponible pour collecter et analyser les données fut réduit. Alors, bien que cette recherche visait à comprendre un phénomène et non une population, et qu'il y eut une bonne saturation des données théoriques, notre échantillon de huit participants pourrait constituer une limite. De plus, l'échantillon n'étant pas représentatif d'une population, nos résultats ne sont pas généralisables. Les résultats sont contextualisés à notre étude et pourraient néanmoins être transférables à un autre échantillon, pour autant qu'il ait des caractéristiques similaires au notre.

Dans le cadre de ce mémoire, il pourrait également exister un **biais au niveau du public cible** qui fait appel aux équipes mobiles et aux case-managers. En effet, les professionnels sont appelés pour des situations complexes où l'usager se situe dans un milieu précarisé et isolé socialement. Ces difficultés multidimensionnelles complexifient dès lors l'organisation de leur transition des soins.

En ce qui concerne la **réflexivité épistémologique**, le chercheur se doit d'adopter une attitude la plus neutre possible durant la réalisation du guide d'entretien et la passation des entretiens semi-directifs. Toutefois, les questions de relance lors des entretiens ont pu influencer les réponses des parties prenantes compte tenu de l'attitude, de l'intonation ou encore du flux de parole. Quant à l'analyse des données, différents concepts en sont ressortis et nous avons tenté de rester au plus proche des mots prononcés par les parties prenantes mais il n'a pas toujours été possible de le faire. Par conséquent, nommer une rubrique ou sous-rubrique de façon plus éloignée du matériau a pu orienter nos résultats dans une certaine direction.

## III. Les pistes de réflexion

À travers ce mémoire, nous avons utilisé le terme de « adolescents en transition vers l'âge adulte » (ATAA), inspiré de la littérature anglophone qui utilise le terme « adolescents in transition to young adulthood » (ATYA). Mais il serait nécessaire d'encourager la réalisation d'études concernant ces jeunes usagers afin de mieux comprendre leurs spécificités, leurs besoins et leurs difficultés.

Concernant l'analyse du matériau, les unités d'analyse non saturées peuvent ouvrir vers d'autres pistes non explorées dans le cadre de ce mémoire. Ces unités non saturées permettent d'ailleurs d'émettre des hypothèses pour des études ultérieures. Nous pensons notamment aux caractéristiques des jeunes usagers des soins de santé mentale, s'il existe réellement des facteurs de risques généralisables concernant les troubles mentaux comme la précarité, la parentalité fragilisée ou encore le décrochage scolaire. Il serait également intéressant de comprendre le rôle du politique dans la prévention de la santé mentale ainsi que d'identifier la place que peuvent occuper ces jeunes usagers au sein d'une société où ils ne parviennent pas à se construire actuellement. Il serait d'ailleurs dangereux de ne pas tenir compte de la place qu'ils occupent car ces jeunes font partie intégrante de la société et construisent le monde de demain. De plus, la transition des soins vers des services psychiatriques adultes représenterait un indicateur de qualité important pour évaluer les soins, des études pourraient s'attarder sur des mesures spécifiques quantitatives à ce sujet.

Pour des recherches futures, il serait judicieux que l'échantillon soit plus grand afin d'augmenter l'hétérogénéité et la saturation des données. Ainsi, comme nous l'avons mentionné précédemment, la triangulation des données serait intéressante pour comprendre les points de vue et les perceptions de chaque partie prenante, c'est-à-dire de trianguler les données des professionnels avec celles des usagers.

# IV. Conclusion

En conclusion de ce mémoire, la nouvelle réforme de santé mentale pour enfants et adolescents met l'accent sur la transition et l'adaptation de l'offre des soins concernant les jeunes de la tranche d'âge charnière allant de 16 à 23 ans. Afin d'adapter cette offre, la nouvelle politique a développé des réseaux et des circuits de soins ainsi que des nouveaux dispositifs tels que les équipes mobiles pédopsychiatriques et le case-management.

En ce qui concerne notre première question de recherche sur le profil type du public cible, les ATAA présentent des difficultés multisectorielles complexifiant leurs prises en charge. Ensuite, nous avons vu que les démarches réalisées par les professionnels pour organiser la transition des soins se basent sur des soins personnalisés et adaptés aux spécificités de ces usagers.

Nos résultats ont également montré qu'il existait toujours un décalage entre l'injonction politique et le travail des acteurs de terrain. En effet, les difficultés multidimensionnelles des ATAA, le manque de ressources de ces usagers, le manque de flexibilité des institutions sur leurs critères d'admission, le manque d'intersectorialité et le manque de conscientisation font qu'il est complexe de placer la transition des soins comme une priorité de santé pour les professionnels.

Les pistes d'amélioration pour organiser la transition des soins des ATAA sont le développement des réseaux et circuits de soins ainsi que le développement de la coopération intersectorielle et de la collaboration entre les réseaux enfant et adulte. Enfin, une remise en question est nécessaire pour « apprendre à désapprendre et à réapprendre » (Le Boterf, 2004, p12) et également pour que les nouveaux dispositifs comme le case-management soit utilisé de façon la plus optimale possible. Par ailleurs, le dispositif de case-management permet de mettre en place les réunions de concertation afin de développer un réseau autour de l'usager. Enfin, le dispositif d'équipe mobile pédopsychiatrique permet, quant à lui, d'apporter une flexibilité au niveau des soins des ATAA.

Nous invitons nos lecteurs à interpréter avec prudence les résultats de ce mémoire compte tenu du manque d'études sur la transition des soins de santé mentale en Belgique. Étant donné l'innovation des dispositifs tels que les équipes mobiles pédopsychiatriques et le case-management, il serait d'ailleurs judicieux de poursuivre de plus amples recherches sur le sujet dans les années à venir.

# BIBLIOGRAPHIE


ARCHIPEL. (2019). *Réseau Archipel BW, Programme 4 : Programme soins de crise : Axe case management, projet pilote dispositif case management archipel*. Disponible à l'adresse : http://www.archipelbw.be/content/uploads/2019/04/Projet-pilote-dispositif-case-management-archipel-BW.pdf, consulté le 11 mars 2019.

AUBRY J.M., GASSER J. (2016). Vers une médecine de précision en psychiatrie ? *Revue Médicale Suisse,* 12(531), 1547.

AUJOULAT I. (2018). *Introduction aux méthodes qualitatives*. Université Catholique de Louvain : Bruxelles.

AVIQ. (2017). *Wallonie, Famille santé handicap. C'est l'AVIQ*, magazine trimestriel n°3. Disponible à l'adresse : https://www.aviq.be/handicap/pdf/documentation/publications/CestlAViQ/003.pdf, consulté le 20 juin 2019.

BONTEMPS C. (2009). *« Passager » du réseau ?* Namur : Institut Wallon pour la Santé Mentale.

BRUNS E., WALKER J., ADAMS J., MILES P., OSHER T., RAST J. (2004). *Ten principles of the wraparound process*. The National Wraparound Initiative, Research and Training Center on Family Support and Children's Mental Health : Portland State University.

CMSA – CASE MANAGEMENT SOCIETY OF AMERICA. (2016). *Standards of Practice for Case Management, Revised 2016*. Arkansas : CMSA. Disponible à l'adresse : https://www.miccsi.org/wp-content/uploads/2017/03/CMSA-Standards-2016.pdf, consulté le 15 mai 2019.

CORBIÈRE M., LARIVIÈRE N. (2014). *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes : dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé*. Québec : Presses de l'Université du Québec.

COPELAND W., SHANAHAN L., DAVIS M., BURNS B., ANGOLD A., COSTELLO E. (2015). Untreated Psychiatric Cases increase during the Transition to Adulthood. *Psychiatric services*, 66(4), 397.

COPPENS E., VERMET I., KNAEPS J., DE CLERCK M., DE SCHRIJVER I., MATOT J.P. et al. (2015). *Les soins psychiatriques pour adolescents en Europe : situation actuelle, recommandations et lignes directrices par le réseau ADOCARE*. Disponible à l'adresse : http://www.adocare.eu/wp-content/uploads/2015/12/ADOCARE-FR-2015.pdf, consulté le 27 novembre 2018.

DEBOUTTE D., SMET M., WALRAVEN V., JANSSENS A., OBYN C., LEYS M. (2010). *L'urgence psychiatrique pour enfants et adolescents*. Health Services Research (HSR). Bruxelles : Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE). KCE Reports 135B. D/2010/10.273/50

DELEFOSSE M., CARRAL M. (2017). *Les méthodes qualitatives en psychologie et sciences humaines de la santé*. Malakoff : Dunod.

DELTOMBE H. (2010). *Les enjeux de l'adolescence*. Paris : Editions Michèle.

DEMAILLY L., DEMBINSKI O., DECHAMP LE ROUX C. (2014). *Les équipes mobiles en psychiatrie et le travail de disponibilité*. Montrouge : John Libbey eurotext.

DESGROSEILLIERS V., VONARX N., GUICHARD A. (2016). *La santé communautaire en 4 actes : repères, acteurs, démarches et défis*. Québec : Presses universitaires de Laval.

DUVERGER P., GUEDJ-BOURDIAU M.J. (2013). *Crise et urgence à l'adolescence*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.

DUVERGER P. (2017). *Les troubles psychiques et comportementaux de l'adolescent*. Paris : Lavoisier.

EU COMPASS. (2017). *EU Compass for action on mental health and wellbeing. Annual activity reports of member states and stakeholders.* Funded by the European Union in the frame of the 3rd EU Health Programme (2014–2020). Disponible à l'adresse : https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/2017_msactivities_en.pdf, consulté le 20 janvier 2019.

FERRÉ M.F., ALMUDEVER B., TAUBER M., JOURET B., DIENE G. (2018). Travailler dans un réseau de santé : effets sur la santé psychique au travail. *Pratiques Psychologiques*, 24(2), 195–212. Doi : 10.1016/j.prps.2017.05.004

HBSC - Health Behaviour in School-Aged Children. (2014). *Comportements, bien-être et santé des élèves. Enquête HBSC 2014 en 5e-6e primaire et dans le secondaire en fédération Wallonie-Bruxelles*. Disponible à l'adresse : http://sipes.ulb.ac.be/docs/HBSC-Enquete-2014.pdf, consulté le 20 avril 2019.

IRVING C., ADAMS C., Rice K. (2006). Crisis intervention for people with severe mental illnesses. *Cochrane Database of Systematic Rev*, 18(4). Disponible à l'adresse : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22592673, consulté le 3 mai 2019.

KAWACHI I., BERKMAN L.F. (2001). Social ties and mental health. *Journal of Urban health*, 78(3), 458-467.

KCE. (2016). Health Services Research (HSR). *Rapport 259B : La performance du système de santé Belge - Rapport 2015*. Health Services Research (HSR). Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé. KCE Reports 259B. D/2015/10.273/02

KIVITS J., BALARD F., FOURNIER C., WINANCE M. (2016). *Les recherches qualitatives en santé*. Malakoff : Armand Colin.

LE BOTERF G. (2004). Travailler en réseau, partager et capitaliser les pratiques professionnelles. Paris : Éditions d'Organisation.

LEJEUNE C. (2014*). Manuel d'analyse qualitative. Analyser sans compter ni classer*. Louvain-la-Neuve : De Boeck.

LORANT V. (2018). *Sociologie de la santé*. Bruxelles : Université Catholique de Louvain.

NICAISE P., DUBOIS V., LORANT V. (2014). Mental health care delivery system reform in Belgium : The challenge of achieving deinstitutionalisation whilst addressing fragmentation of care at the same time. *Health Policy*, 115(2-3), 120-127.

NICAISE P., SOTO V.E., DUBOIS V., LORANT V. (2015). Users' and health professionals' values in relation to a psychiatric intervention : the case of psychiatric advance directives. *Adm Policy Ment Health*, 42(4), 384-393.

NICE, NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. (2009). *Social and emotional wellbeing in secondary education*. Disponible à l'adresse : https://www.nice.org.uk/guidance/ph20/resources/social-and-emotional-wellbeing-in-secondary-education-1996230289093, consulté le 10 mars 2019.

OECD. (2014). *Making Mental Health Count. The Social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care*. Paris : OECD. Disponible à l'adresse : https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/making-mental-health-count_9789264208445-en, consulté le 12 février 2019.

OMS (ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE). (2016). *Normes mondiales pour la qualité des services de santé destinés aux adolescents. Volume 1 : Normes et critères*. Disponible à l'adresse : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252726/9789242549331-vol1-fre.pdf?sequence=1, consulté le 10 mars 2019.

PERSONNE M. (2011). *Protéger et construire l'identité de la personne. Psychologie et psychomotricité des accompagnements*. Toulouse : Editions Erès.

PETITQUEUX-GLASER C., ACEF S., MOTTAGHI M. (2010). Case management : quelles compétences professionnelles pour un accompagnement global et un suivi coordonné en santé mentale ? *Vie sociale*, 1(1), 109-128. Disponible à l'adresse : https://www.cairn.info/revue-vie-sociale-2010-1-page-109.htm, consulté le 5 avril 2019.

POLANCZYK G.V., SALUM G.A., SUGAYA L.S., CAYE A., ROHDE L.A. (2015). Annual Research Review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(3), 345-365.

RAMOS E. (2015). *L'entretien compréhensif en sociologie. Usages, pratiques et analyses*. Paris : Armand Colin.

SCHREIER A., HORWITZ M., MARSHALL T., BRACEY J., CUMMINS M., KAUFMAN J. (2019). Child and Family Team Meeting Characteristics and Outcomes in a Statewide System of Care. *American Journal of Community Psychology*, 0, 1-12. Doi : 10.1002/ajcp.12323, consulté le 4 mai 2019.

SCHULENBERG J.E., MAGGS J.L. (2002). A developmental perspective on alcohol use and heavy drinking during adolescence and the transition to young adulthood. *Journal of Studies on Alcohol, Supplement*, (14), 54–70. Doi :10.15288/jsas.2002.s14.54, consulté le 10 avril 2019.

SMITH P., NICAISE P., GIACCO D., BIRD V.J., BAUER M., RUGGERI M., WELBEL M., PFENNIG A., LASALVIA A., MOSKALEWICZ J., PRIEBE S., LORANT V. (2019). Predictors of personal continuity of care of patients with severe mental illness : A comparison

across five European countries. *European Pyschiatry*, (56), 69-74. Doi : 10.1016/j.eurpsy.2018.12.003.

SPF (SERVICE PUBLIC FEDERAL). (2016). *Manuel des pratiques innovantes*. Disponible à l'adresse : http://www.innopsy107.be/images/Pdf/Guide_FR.pdf, consulté le 3 mars 2019.

SPF. (2015). *Guide « Vers une nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents »*. Disponible à l'adresse : http://www.psy0-18.be/images/Guide_0-18/GUIDE-EA_definitif_20150330.pdf, consulté le 3 mars 2019.

SPF. (2014). *Plan conjoint en faveur des malades chroniques. Des soins intégrés pour une meilleure santé*. Disponible à l'adresse : https://www.integreo.be/sites/default/files/public/content/plan_fr.pdf, consulté le 20 avril 2019.

SPF. (2012). *Health, Food Chain Safety and Environment. "National Plan for a new mental health policy for children and adolescents 2015-2020".*

SPF. (2008). *Loi coordonnée sur les hôpitaux et autres établissements de soins*. Disponible à l'adresse :http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=2008071090&table_na, consulté le 15 avril 2019.

THORNICROFT G., TANSELLA M. (2013). The balanced care model for global mental health. *Psychological Medecine*, (43)4, 849-863.

WALKER C., NICAISE P., THUNUS S. (2019). *Parcours Bruxelles : Evaluation qualitative du système de la santé mentale et des parcours des usagers dans le cadre de la réforme Psy 107 en Région de Bruxelles-Capitale*. Observatoire de la Santé et du Social. Disponible à l'adresse : http://www.ccc-ggc.brussels/sites/default/files/documents/graphics/rapports-externes/parcours.bruxellesfr_def.pdf, consulté le 4 juin 2019.

WHO. (2018). *Adolescent mental health in the European Region*. Disponible à l'adresse : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/383891/adolescent-mh-fs-eng.pdf?ua=1, consulté le 1er avril 2019.

WHO. (2017). *Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!): guidance to support country implementation*. Geneva. Disponible à l'adresse :

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255415/9789241512343-eng.pdf?sequence=1, consulté le 2 mars 2019.

WHO. (2013). *Comprehensive Mental Health. Action Plan 2013-2020*. Geneva. Disponible à l'adresse : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89966/9789241506021_eng.pdf?sequence=1, consulté le 2 mars 2019.

WHO. (2009). *Improving health systems and services for mental health*. Geneva. Disponible à l'adresse suivante : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44219/9789241598774_eng.pdf;jsessionid=F60035C4C7156A64E06DC558B44CB463?sequence=1, consulté le 6 avril 2019.

WHO. (2005). *Guide des politiques et des services de santé mentale, Politiques et plans relatifs à la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent*. https://www.who.int/mental_health/policy/santementale_enfant_ado_final.pdf, consulté le 8 février 2019.

WITTCHEN H. U., JACOBI F., REHM J. et al. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacology*, 21,655-679.

# ANNEXES

## 1. Le guide d'entretien – Annexe n°1

*Bonjour, je me présente en quelques mots. Je m'appelle Andréa Monforti et je suis étudiante en 2ème MASTER en Sciences de la Santé Publique à l'UCL. Dans le cadre de mon mémoire, je souhaite obtenir votre point de vue et votre ressenti à propos de votre pratique professionnelle. Je m'intéresse à la période critique que peut représenter l'adolescence et qui comprend plusieurs transitions. Au sein de mon étude, je me concentre sur le rôle que les équipes mobiles jouent concernant la transition des soins de ces adolescents et jeunes adultes.*

*Acceptez-vous d'être enregistré pendant cet entretien ? Je précise que les données que je récolterai resteront confidentielles et seront utilisées uniquement dans le cadre de la recherche au sein de la Faculté de Santé Publique de l'UCL.*

(1) Pouvez-vous vous présenter en quelques mots ?

Quelle est votre fonction au sein de l'équipe mobile (EM) ?

a. Depuis combien de temps travaillez-vous au sein de l'EM ?
b. Avez-vous vu votre fonction évoluée au cours de cette période ?

(2) Qui sont les bénéficiaires de votre réseau nécessitant une organisation au niveau de leur transition des soins ?

**a. Quel est le profil type des jeunes chez qui vous organisez une transition ?**

i. Y a-t-il plus de filles que de garçons au sein de votre EM ?
ii. Existe-t-il un profil type socio-économique/démographique les concernant ?
iii. Ces bénéficiaires viennent-ils d'un ménage issu d'un niveau éducatif élevé ou plutôt faible ?
iv. Comment décrire leur réseau social, leur environnement familial et scolaire ?

**b. En quoi ce groupe 16-23 se distingue des autres bénéficiaires ?**

i. Existe-t-il des facteurs de risque ou de vulnérabilité les concernant ?
ii. Y a-t-il des besoins spécifiques propres aux 16-23 ?

**c. Quelle est leur expérience de soins ?**

i. Quelle est leur trajectoire de soins typique ?
ii. Y a-t-il une spécificité en termes de diagnostiques ?

**d. Comment le 1er contact s'effectue avec eux ?**

i. Qu'est ce qui fait que l'on recourt aux EM ?

(3) Au sein des équipes mobiles, comment s'organise la transition vers une prise en charge adulte ?

**a. Quand et comment doit se faire le transfert ?**

i. Vers quel âge se fait le transfert ?

ii. Quelles sont les premières démarches que vous réalisez pour organiser cette transition ?

(4) Selon vous, quels sont les barrières et les facteurs facilitant la transition des soins de ces jeunes ?

**a. Comment améliorer la continuité des soins vers les structures pour adultes et ainsi éviter la sortie des soins ?**

i. Existe-t-il une résistance au niveau des soins de la part de ces usagers ?

ii. Aussi, les jeunes peuvent-ils se sentir stigmatisés ?

**b. Y a-t-il des défaillances structurelles, organisationnelles, relationnelles ou culturelles des systèmes de soins existants selon vous ?**

**c. Qu'en est-il de la coopération intersectorielle, la coordination de réseau et la coordination de soins ?**

i. Comment améliorer la coopération intersectorielle ?

ii. Les jeunes dépendent de plusieurs services, est-ce que cela peut être un frein à continuité de la prise en charge ?

**d. De quelle manière la mise en place de votre EM permettrait-elle d'améliorer la transition des soins de ce groupe 16-23 ?**

(5) Quel est le rôle du case-manager concernant la transition des soins ?

**a. Comment le case-manager participe à cette transition ?**

i. Par qui est assurée la fonction de case-manager ? (Profession)

ii. Quelles sont les missions s'y rapportant ?

iii. Est-ce une mission pour eux/vous d'assurer la continuité des soins ?

**b. En quoi les réunions de concertation sont-elles bénéfiques ?**

i. Le case-manager facilite-t-il cette concertation ?

ii. Comment les jeunes sont-ils impliqués ?

iii. Et est-ce un facteur déterminant de réussite dans la transition des soins ?

## 2. La justification du guide d'entretien – Annexe n°2

| Questions | Justifications |
|---|---|
| (1) Pouvez-vous vous présenter en quelques mots ? | Afin d'instaurer un climat de confiance, une question d'introduction est appréciée. |
| (2) Qui sont les bénéficiaires de votre réseau nécessitant une organisation au niveau de leur transition des soins ?<br>- En quoi ce groupe 16-23 se distingue des autres bénéficiaires ?<br>- Quelle est leur expérience de soins ? | Connaître le profil type des patients qui sont amenés à coopérer avec l'équipe professionnelle.<br>Comprendre les spécificités du public cible, leurs facteurs de risque, leurs besoins en termes de transition de soins.<br>Comprendre la trajectoire de soins des jeunes et leur suivi. |
| (3) Concernant la transition des soins, comment celle-ci s'organise vers une prise en charge adulte ? | Détailler de manière concrète comment l'équipe mobile prend contact avec les structures psychiatriques adultes. |
| (4) Selon vous, quels sont les barrières et les facteurs facilitant la transition des soins de ces jeunes ? | Prendre connaissance des ressources et des menaces à prendre en compte par rapport à l'organisation de la transition des soins. |
| (5) Quel est le rôle du case-manager concernant la transition des soins ? | Être capable de clarifier les missions du case-manager, son rôle principal sur la transition des soins. |

## 3. Le contexte des entretiens – Annexe n°3

Partie prenante n°1 : R1P

Pédopsychiatre âgée de 46 ans. Entretien réalisé le 27/05/19 dans un endroit calme et isolé des autres professionnels. Durée de l'entretien : 51 minutes.

Partie prenant n°2 : R1C

Case-manager de 40 ans étant éducatrice spécialisée. Le 15/05/19, l'entretien a duré 56 minutes dans un grand espace de réunion où nous étions toutes les deux.

Partie prenant n°3 : R2P

Pédopsychiatre âgé de 55 ans. Interview réalisée le 14/05/19 dans son bureau de consultation. Durée de 67 minutes.

Partie prenant n°4 : R2C

Dame âgée de 38 ans, psychologue. Entretien dans un bureau calme, qui a duré 46 minutes le 14/05/19.

Partie prenant n°5 : R3P

Pédopsychiatre âgée de 35 ans. Rencontre le 15/05/19, dans un bureau qui résonnait fortement et l'intervenante avait un débit de parole très élevé. Durée de l'entretien : 31 minutes.

Partie prenant n°6 : R3C

Homme âgé de 47 ans, case-manager et psychologue. L'entretien se fait le 06/05/19 et dure 75 minutes dans son bureau privé.

Partie prenant n°7 : R4P

Pédopsychiatre âgée de 38 ans. Le 22/05/19, l'entretien est réalisé dans un bureau non privé mais personne n'est rentré durant la rencontre qui a duré 64 minutes.

Partie prenant n°8 : R4C

Case-manager et assistante en psychologie clinique, âgée de 41 ans. Le contexte de l'entretien est calme, dans son bureau privé. L'entretien est réalisé le 22/05/19 et dure 54 minutes.

## 4. Les retranscriptions des entretiens – Annexe n°4

Voir le fichier en annexe par voie électronique.

LOUVAIN-LA-NEUVE | **BRUXELLES** | MONS | TOURNAI | CHARLEROI | NAMUR
Clos Chapelle-aux-champs, 30 bte B1.30.02, 1200 W oluwe-Saint-Lambert, Belgique | **www.uclouvain.be/fsp**