

4. Les retranscriptions des entretiens – Annexe n°4

Réseau 1

R1P

1 *Est-ce que vous pouvez vous présenter en quelques mots, par rapport à votre fonction ici dans*
2 *le réseau ?*

3 Je suis pédopsychiatre, je suis dans l'équipe de la tribu mobile depuis 2 ans je pense maintenant,
4 je travaille à 4/10 temps et mon collègue, qui est aussi pédopsychiatre, lui est à 6/10 dans
5 l'équipe mobile. Cela a été réfléchi comme ça car je suis arrivée 1 an après lui, dans la mesure
6 où au départ l'équipe devait assurer à la fois les situations de crise et de longue durée. Et donc
7 on faisait les deux et puis il y a un an l'équipe a été scindée en deux, une équipe qui s'occupe
8 de la crise et une autre équipe qui s'appelle selon les termes fédéraux, assertive. Terme qui ne
9 veut absolument rien dire mais qui accompagne les jeunes sur une plus longue durée.

10 *Est-ce que vous avez vu votre fonction évoluer, par rapport à l'équipe mobile ?*

11 Non, c'est mon collègue qui étant donné son temps de travail plus important, est devenu le
12 pédopsychiatre de réseau. Ma fonction a évolué dans le sens qu'au début c'était un peu lui qui
13 était le responsable de l'équipe et moi je faisais des suivis plus à domicile. Et depuis qu'on est
14 chacun responsable d'une équipe forcément, le côté responsabilité, le côté comité de direction,
15 ça ça a quand même changé pas mal mon travail de terrain parce que je n'ai plus vraiment de
16 suivi en première ligne. Donc j'interviens à la demande de mes collègues quand il y a une
17 situation compliquée, des rendez-vous difficiles avec un SAJ, SPJ et j'interviens comme
18 troisième personne pour des suivis.

19 *Vous n'allez pas à tous les domiciles ?*

20 Non ce ne serait pas possible.

21 *Ma première question est un peu générale. Je me demande qui sont les bénéficiaires qui ont ce*
22 *besoin de transition des soins. Et Quand je parle de la transitions des soins je veux dire la*
23 *transitions des soins pédopsychiatriques vers les soins psychiatriques adultes.*

24 Déjà ce qui est sûr c'est que depuis la création des équipes mobiles, ces équipes sont allées
25 « chercher » des situations qui jusqu'alors finalement restaient un peu comme ça, vivotaient

26 dans leur coin, c'est-à-dire que comme les gens essayaient de solliciter les jeunes ou leurs
27 familles à aller consulter et que ces jeunes ou ces familles n'y arrivaient finalement pas, rien ne
28 se passait.

29 Donc nous notre objectif était d'aller suivre les jeunes et les familles à domicile pour éviter les
30 situations de crises qui amèneraient à des hospitalisations. Mais ça, même si ce n'est pas très
31 politiquement correct de le dire, je ne pense pas que cet objectif soit atteint. Dans le sens où on
32 voit plutôt des situations qui ne sont jamais arrivées jusqu'à des soins et qui y arrivent parce
33 que nous on va vers eux donc on a des situations très très lourdes en termes de
34 psychopathologies familiales. On n'a pas fait vraiment de statistiques mais je pense qu'on a 90
35 pourcent de pathologies parentales. Des situations catastrophique, avec des diagnostics qui
36 n'ont pas nécessairement été posés, des gens qui sont extrêmement méfiants à l'égard de
37 l'extérieur, qui veulent tout régler en famille, pour qui l'enfant est à garder près de soi et surtout
38 à ne pas, même éventuellement scolariser, surtout pas d'extérieur, et surtout restons à la maison
39 tous ensemble et on règle les choses ensemble à la maison.
40

41 Les jeunes qu'on rencontre sont évidemment très abimés par tout ça avec des problématiques
42 multiples, des problématiques de décrochage scolaire, ça c'est très fréquent, d'abandons de
43 scolarité pour une part, qui ne vont plus à l'école depuis 1 an, 2ans, 3 ans. D'addictions à
44 différentes choses mais les jeux vidéo c'est une très très grande part. Parce qu'ils restent chez
45 eux, il n'y a pas vraiment d'extérieur donc ils vont sur les jeux ou sur les réseaux sociaux. Mais
46 pour les réseaux sociaux, il faut quand même avoir un minimum d'amis, donc ils n'y vont pas
47 vraiment parce qu'ils n'ont plus vraiment d'amis... Alors le problème c'est que les garçons
48 jouent à des jeux vidéo de plus en plus violents mais ils peuvent jouer avec des copains virtuels
49 qu'ils ne connaissent pas mais qui jouent aussi. Les filles je dirais qu'elles font ça aussi ou alors
50 elles se créent tout un petit réseau de copines, de copains voir de petits copains qui sont aussi
51 virtuels avec des mises en danger plus au niveau d'une sexualité problématique. Se dénuder,
52 etc. alors ça c'est pour l'addiction au virtuel, maintenant on a quand même pas mal de
53 consommateurs, parce qu'il y a des angoisses énormes donc on va consommer du cannabis, de
54 l'alcool. Je dirais qu'il y a beaucoup ça mais ce sont très souvent des situations où il n'y a pas
55 que les jeunes qui sont en difficultés, les parents ont également des grandes problématiques.

56 *Quand vous parlez de pathologies parentales, qu'est-ce que ça veut dire concrètement ?*
57 Alors c'est toujours compliqué, on voit des familles avec un fonctionnement psychotique, c'est-

58 à-dire, je ne suis pas séparée de mon enfant, mon enfant pense comme moi, j'interprète le monde
59 où je le vis comme étant très menaçant à mon égard et donc je fais la même chose pour mon
60 enfant, je ne fais confiance à personne, je vis dans un monde isolé et qui n'est pas tout à fait
61 réel pour beaucoup de parents. Mais voilà ce sont des gens qui, pour certains travaillent, mais
62 ce n'est pas très fréquent, la plupart ils ne travaillent pas. À la limite personne, comme c'est à
63 très bas bruit et que ça ne dérange pas grand monde, personne ne se préoccupe d'eux. Ils ne
64 vont pas être hospitalisés ou être suivis en psychiatrie. Ils vont comme ça se débrouiller, un peu
65 avec le CPAS ou la mutuelle parfois, pour autant qu'il y ait une maladie déclarée. Ou alors des
66 situations de séparations ou divorces parentaux avec un des parents qui se replie complètement
67 sur son enfant, ça c'est vraiment très très fréquent

68 *Et ces ménages seraient plutôt issus d'un milieu socioéconomique faible ?*

69 Oui oui éducatif certainement et socioéconomique aussi. Je ne dis pas qu'on ne rencontre pas
70 ce genre de difficultés dans les milieux plus favorisés mais je dirais que la problématique amène
71 à un moment donné un décrochage. Et parce qu'au travail, ça ne marche pas, alors on va dire
72 qu'ils sont harcelés ou en burn-out mais on va se rendre compte que c'est eux qui ne tiennent
73 pas le coup dans le relationnel avec les collègues et du coup il y a une perte de revenus et voilà.

74 *Donc si on pouvait décrire leur environnement social, il est finalement aussi très pauvre ?*

75 Oui oui extrêmement pauvre.

76 *Il n'y a pas de loisirs ?*

77 Non très peu, d'ailleurs c'est une des choses qu'on essaye de faire, c'est d'ouvrir vers
78 l'extérieur. Pas pour tous parce que ce n'est pas toujours la même chose mais pour une grosse
79 partie des jeunes c'est vraiment ça.

80 *Et quand vous disiez « on arrive et ils n'ont pas eu accès aux soins, ou ne sont pas allés vers
81 les soins donc nous arrivons quand rien n'a été mis en place ». Donc qu'en est-il de leur
82 trajectoire de soins ? Pour ces jeunes de 16 à 23 ans.*

83 Alors au début c'était vraiment la tranche d'âge qu'on avait le plus et en fait c'était là où tous
84 les professionnels était épuisés, que ce soit les PMS, SAJ, SPJ, les pédopsychiatres quand il y
85 en avait, les médecins traitant et tout ça. Ils se disaient on a tout essayé donc on va appeler
86 l'équipe mobile voilà et pour beaucoup on n'a pas pris ces situations parce qu'on se disait
87 qu'est-ce qu'on va faire de plus. Il y a déjà eu tout un réseau... Nous, on n'est pas là pour offrir

88 vraiment...on ne fait pas de la thérapie à domicile, on est là pour mettre en place des ressources
89 extérieures etc. Et on voyait aussi qu'on était complètement engorgé avec des situations de
90 jeunes qui n'avaient..., qui étaient quasi à la rue et on essayait de faire tenir un domicile mais
91 ça ne te tenait pas car ils ne payaient pas, ils ne nettoyaient pas, ils consommaient de la drogue
92 etc. Donc ça je dirais qu'on était à la frontière entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie adulte
93 avec des jeunes qui avaient peut-être déjà été en crise dans un hôpital ou quelque chose comme
94 ça. Ça c'était vraiment le début quand je suis arrivée et on s'est dit si on continue à ne faire que
95 ça, on ne va pas remplir notre mission, d'arriver un peu avant pour éviter qu'on en arrive là
96 quand les situations sont désespérées et donc on a plus de plus jeunes. Bon je sais que ça ne
97 répond pas à votre question mais du coup on a des jeunes qui ont été suivis ou hospitalisés. Il y
98 a eu des tentatives, des PMS, des médecins traitant, essayer d'orienter vers les psychologues ou
99 les pédopsychiatres mais ça n'a pas fonctionné... Enfin ils ont été une fois, deux fois et puis ils
100 ont lâché. Et puis on se rend compte quand même que pour beaucoup de situations il faudrait
101 au minimum un internat pour le jeune car les familles sont vraiment trop en panne ou en
102 difficultés.

103 *Et en quoi ce groupe des 16-23 se distingue des autres bénéficiaires ?*

104 C'est terrible à dire parce que par rapport à des équipes adultes, ils seraient peut-être désespérés
105 de m'entendre mais pour moi on est déjà très très loin dans la difficulté, pour moi ce sont déjà
106 des jeunes qui sont tellement abimés qu'ils ont perdu quasiment toutes leurs ressources et tous
107 leurs repères. Il n'y a déjà quasi plus de ressources familiales, au niveau scolaire pour la plupart
108 ils ont lâché. Au niveau des amis, du réseau il n'y a plus grand-chose ou alors se sont des amis
109 de galère. Au niveau d'activités ou d'investissements extrascolaires il n'y a quasiment rien donc
110 c'est vrai que c'est déjà... Même s'ils sont encore jeunes, pour nous à l'échelle pédo ce sont les
111 vieux mais ils ont déjà décroché de tout quasiment.

112 *Donc ce serait un des facteurs de risque et de vulnérabilité, l'environnement social qui ne*
113 *permet pas au jeune d'avoir des ressources autour de lui ?*

114 Moi je pense que le problème est plus global, le problème c'est qu'il n'y a pas une vision
115 commune entre les soins de santé mentale et l'aide à la jeunesse. Il faudrait dans un monde
116 idéal, qu'il y ait un seul ministre pour les deux, maintenant à mon avis ça mélange des
117 compétences fédérales et des compétences régionales, ça je ne suis pas trop au fait avec le truc
118 mais si au moins il y avait quelqu'un qui pouvait penser les choses en commun, parce que pour
119 le moment l'aide à la jeunesse, comme ils veulent des restrictions budget, ils disent qu'il faut à

120 tout prix maintenir le jeune en famille et du côté de la santé mentale, nous on voit que si on veut
121 à tout prix maintenir ou remettre des jeunes qui ont été placés en famille et bien à l'adolescence,
122 vieille adolescence vers 18-20 ans ce sont des jeunes qui sont tout à fait perdus, parce que les
123 familles ne s'améliorent pas. Et au contraire il faudrait essayer de trouver des aides extérieures,
124 des internats plus performants, des services extrascolaires, pas nécessairement des services de
125 soins mais tout un réseau de petites choses, des activités que ce soit sportives, que ce soit plus...
126 Même créer des lieux où ils vont jouer et ils le feront encadrer avec d'autres jeunes bien présents
127 et bien réels avec lesquels éventuellement ils peuvent encore décider d'aller faire du skateboard,
128 d'aller au cinéma, simplement proposer de faire quelque chose justement pour sortir de leur
129 isolement et de leur enfermement, cela faciliterait leur insertion dans la société aussi. Il faut les
130 prendre plus tôt et pour le moment on ne va absolument pas dans ce sens-là et c'est dramatique.
131 C'est vraiment dramatique, c'est vraiment le constat qu'on fait. Le nouveau décret de l'aide à
132 la jeunesse qui date de janvier, va encore un pas plus loin dans la catastrophe et donc on est
133 assez désespérés.

134 Mais c'est dramatique parce que si on dit l'aide à la jeunesse ne va plus s'occuper que de, je
135 ne sais même pas de quoi ils vont s'occuper, parce qu'ils disent qu'ils ne vont s'occuper que
136 des situations qui ne relèvent pas de la santé mentale. Mais en même temps c'est
137 multidimensionnel. Même la maltraitance, même le décrochage scolaire c'est quand même lié
138 à la famille et à la santé mentale de la famille et du jeune. Donc on ne peut pas saucissonner les
139 choses comme ça et nous on a absolument besoin de l'aide à la jeunesse pour dire aux familles
140 maintenant stop, ça suffit, parce que nous on est bien gentils mais on a aucune autorité sur les
141 gens. Quand on leur dit vous êtes obligés de remettre votre enfant à l'école, les gens peuvent
142 nous dire « ben j'y arrive pas » et ça s'arrête là. Donc si on n'a pas un soutien de quelqu'un à
143 l'extérieur qui fait autorité et bien on n'y arrive jamais donc oui là si je pouvais demander une
144 chose c'est qu'il y ait un travail un peu cohérent entre l'aide à la jeunesse et la santé mentale
145 plutôt que d'en arriver à dire ; eux c'est de leur côté et nous c'est de notre côté et on ne travaille
146 pas ensemble, c'est une aberration.

147 *Dans la nouvelle réforme des soins de santé, on parle beaucoup de réseaux et des circuits de*
148 *soins et justement de cette intersectorialité. L'aide à la jeunesse fait partie du réseau ?*

149 Ils sont sortis, en tout cas pas l'aide à la jeunesse résidentielle, pas ce qui concerne les lieux de
150 placements etc. ceux-là sont encore dans le réseau mais les services d'aide à la jeunesse et les
151 services de protection judiciaires se sont sortis soit disant. Enfin ils disent que c'est leur nouveau

152 décret qu'il leur impose ça. Je ne sais pas mais ici c'est particulièrement dramatique, Charleroi
153 pour une fois ils sont un peu plus raisonnables, sur Mons je pense que c'est un peu mieux aussi
154 mais ici c'est vraiment dramatique. Et donc plutôt que de faire réseau, eux font réseau tout seul
155 et c'est complètement à l'opposé de ce qu'on essaye de faire.

156 *Et à l'opposé des nouvelles réformes ?*

157 Complètement mais ce sont des ministres différents et des compétences différentes donc
158 voilà...

159 *Je reviens par rapport aux équipes mobiles. Comment le premier contact s'effectue entre les*
160 *bénéficiaires et les équipes mobiles ? Qu'est ce qui fait que l'on recourt aux équipes mobiles ?*

161 C'est toujours un intervenant, c'est jamais les familles, ni les jeunes qui prennent.

162 *Et si c'est le cas, un jeune en détresse qui fait une demande, vous prenez quand même l'appel*
163 *ou c'est trop compliqué ?*

164 Ce n'est jamais le cas mais au cas où ça arriverait...c'est déjà arrivé qu'un parent appelle et
165 alors on demande aux parents par exemple une référence d'un médecin généraliste, de l'école
166 ou du PMS ou quelqu'un du réseau qui pourrait rester dans la situation une fois qu'on ne sera
167 plus là. Et donc les intervenants appellent en expliquant la situation, en demandant si on peut
168 intervenir et donc nous on doit leur expliquer qu'on n'est pas là pour faire de la thérapie à
169 domicile mais pour mettre en place différentes choses qui vont permettre au jeune de s'apaiser
170 et sa famille aussi.

171 *J'ai une question plus générale, au sein des équipes mobiles, comment s'organise concrètement*
172 *la transition vers une prise en charge adulte ?*

173 Et bien on prie et on croise les doigts. On fait appel à l'équipe mobile adulte.

174 *Donc il y quand même des liens entre le 107 et les équipes mobiles pédopsychiatriques ?*

175 On se connaît un peu avec les équipes mobiles adultes. Je pense qu'on se fait confiance mais
176 que comme ils sont complètement débordés aussi on doit attendre qu'il y ait de la place chez
177 eux et eux ils ont une autre politique. Je ne sais pas comment c'est dans les autres provinces
178 mais chez nous il faut un diagnostic psychiatrique pour aller dans les équipes mobiles adultes
179 et donc tous nos jeunes n'ont pas de diagnostic. On peut toujours mettre un diagnostic DSM4,

180 c'est très facile à mettre parce que la phobie scolaire ça rentre déjà dans le DSM4 ou 5. Mais
181 voilà il faudrait un diagnostic psychiatrique.

182 *Donc c'est principalement ça ici pour la transition des soins, le 107 adulte ?*

183 Maintenant on a aussi des entrées plus ou moins en fonction des travailleurs qui ont des liens
184 privilèges vers l'un ou l'autre service, vers des hôpitaux psychiatriques adultes etc. qui
185 acceptent les jeunes à partir de 15 ans. Il y a le beau vallon et il y a Dave qui est l'autre hôpital
186 psychiatrique. Et donc là-bas ils ont des unités de prises en charge de jeunes adultes, vieux ados.

187 *Et à partir de quel moment vous pensez justement à cette transition ? Est-ce que c'est plus vers
188 l'âge de 16 ans ou même déjà avant ?*

189 Avant ce n'est quasiment jamais car c'est trop tôt et les équipes adultes nous diraient non, qu'il
190 est trop jeune. Je dirais qu'on y pense quand on se dit que ce jeune va avoir besoin de soins
191 pour une grande partie de sa vie ou pour toute sa vie. Ce n'est pas une question d'âge, c'est une
192 question de problématique. Des jeunes qui ont des problématiques dans tous les domaines que
193 ce soit social, économique, formation ou scolarité, addiction c'est certain qu'on doit le
194 raccrocher à un réseau adulte à un moment donné et donc ça c'est toujours assez compliqué
195 pour nous dans l'équipe. Ça fait très souvent crise entre les travailleurs, c'est qu'il y en a qui se
196 sentent très très engagés au niveau des jeunes et qui se disent on a le droit de travailler avec eux
197 jusqu'à leur 23 ans et donc on va rester dans le circuit le plus longtemps possible et puis il y a
198 en a d'autres qui se rendent compte qu'il va falloir aller vers des soins de très longues durées
199 voir de toute la vie et donc on va déjà essayer de passer la main.

200 *Et concernant cette transition des soins, quels sont les barrières et les facteurs facilitant la
201 transition vers des soins adultes ?*

202 Je dirais que pour toute transition ce n'est pas spécifique à cette tranche d'âge-là mais le fait de
203 se connaître entre services ça facilite les contacts interpersonnels et le fait de se connaître facilite
204 et ce qui est très compliqué c'est le manque de place.

205 *Donc c'est vraiment une défaillance structurelle ?*

206 Oui.

207 *Qu'en est-il par rapport aux défaillances au niveau organisationnel, relationnel, culturel des
208 systèmes de soin existants ?*

209 C'est sûr que chacun a un peu sa manière de voir la question des soins et qu'on doit composer
210 avec la manière de voir, c'est sûr que par exemple les réseaux adultes contrairement à nous,
211 vont tout de suite prendre en compte le fait qu'à un moment donné ou l'autre la personne est
212 responsable d'elle-même et donc aussi un peu libre de choisir si oui ou non elle veut ou pas
213 continuer la prise en charge et donc il y a plus de drop off, de départs, d'abandons, de suivis qui
214 s'arrêtent, alors que nous on est pas tous égaux dans l'équipe mais il y en a plus qui vont dire
215 c'est comme un enfant donc on va devoir continuer à l'accompagner même s'il ne veut pas,
216 même s'il rate 10 rendez-vous, même s'il rappelle pas, on va continuer à intervenir et à solliciter
217 le jeune, on ne peut pas le laisser tomber, on ne peut pas le lâcher donc ça c'est plus une
218 question, vous pouvez mettre ça sur le côté culture ou sur le côté idéologie ou je ne sais pas
219 comment il faut le mettre mais donc c'est vrai qu'on a des collègues qui s'arrachent les cheveux
220 en disant "mais enfin, les services adultes ne recontactent pas le jeune, et le jeune revient en
221 disant « ben non il n'y a plus de suivi ou ben non j'ai plus rien mais je suis quand même dans
222 la "dèch" et il faut m'aider ». Il y a le côté très proactif je pense ici de l'équipe, peut-être de par
223 son côté pédo.

224 *Donc pour éviter cette rupture ce serait d'être toujours au contact, de prendre des nouvelles,*
225 *comme vous disiez, le suivi finalement ?*

226 Oui oui mais bon, ça ce serait vraiment à discuter avec les adultes parce que en mettant les
227 jeunes dans une position comme ça, presque infantile de toujours attendre que toutes les choses
228 viennent de l'extérieur et d'être complètement perdu quand il y a rien qui vient. Est-ce que c'est
229 une bonne idée ? A un moment de la vie, certainement, mais bon. Le tout est de savoir à quel
230 moment, à quel âge, c'est compliqué.

231 *Oui c'est du cas par cas aussi ?*

232 Oui. Mais ici dans l'équipe vous avez de tout, y'en a qui diraient « bon il rappelle pas, il est pas
233 très demandeur, on a déjà essayé 10 fois tant pis pour lui » et il y en a d'autres qui vont jusqu'à
234 50 ans être derrière et on va les aider. Donc voilà.

235 *Et par rapport aux jeunes, est-ce qu'il existe une certaine résistance de leur part concernant*
236 *les soins ?*

237 Oui, pour la plupart. Je ne crois pas qu'il y a de la peur, je pense qu'il y a une grande
238 nonchalance et puis pour certains, ben quand même dans les problématiques qu'on a, on a
239 énormément de personnalités très très fragiles, des troubles de l'attachement majeurs etc. et

240 donc on vient vers eux mais si on vient pas de toute façon ils ont toujours été laissés tomber par
241 tout le monde, de toute façon c'est comme ça et donc voilà je pense que c'est lié plus à la
242 pathologie qu'à un côté où ils auraient des craintes ou stigmatisés et puis ils sont dans un
243 moment de vie aussi quand même où du moment où j'ai à manger et un toit ce soir, demain on
244 verra bien.

245 *Quand vous disiez, vous rencontrez souvent des troubles de l'attachement c'était ça finalement*
246 *le diagnostic qui revient souvent aussi de ces jeunes de 16-23 ans ?*

247 Oui il y a ça mais il n'y a pas que ça. Mais oui il y a ça aussi souvent.

248 *Qu'en est-il de la coopération intersectorielle par rapport à la transition des soins ?*

249 Il n'y a pas grand-chose qui est fait je trouve. Alors peut-être qu'au niveau des têtes pensantes,
250 du réseau, ils ont des contacts avec des réseaux adultes, je pense que le fédéral organise pas mal
251 de formations, de journées d'étude et de réflexions mais vraiment pour les coordinateurs de
252 réseau.

253 Et on a très très peu de retours, voire pas du tout et sur le terrain il n'y a pas grand-chose. Parce
254 que c'est vrai qu'il y a beaucoup de choses qui se font dans le réseau même entre partenaires
255 du même réseau, mais en inter-réseaux, avec le réseau adulte, il n'y a pas grand-chose qui se
256 fait.

257 *D'accord donc dans le réseau pédopsychiatrie il y a beaucoup de choses qui se font mais entre réseaux*
258 *enfant et adulte il n'y a pas grand-chose ?*

259 Non.

260 *Et qu'est-ce qui se fait dans le réseau pédopsychiatrie justement ?*

261 Il y a énormément de rencontres, il y a beaucoup de groupes de travail sur des thématiques
262 particulières, entre différents acteurs du réseau.

263 *SAJ, SPJ, ... ?*

264 Alors non, toujours, pas SAJ, SPJ mais tous les autres. Donc que ce soit l'AVIQU, que ce soit
265 l'école, les PMS, que ce soit l'hébergement de l'aide à la jeunesse, les équipes d'aide en milieu
266 ouvert, tout ça il y a vraiment beaucoup de temps et de moments de rencontres, de temps de
267 réflexion et je pense que ça facilite peut-être les transferts.

268 *De quelle manière en fait la mise en place de l'équipe mobile permettrait-elle d'améliorer la*
269 *transition de ces jeunes ?*

270 Entre l'infantile et l'adulte ? Je pense qu'on devrait faire la même chose que ce qui se passe au
271 niveau, entre nous je vais dire mais en inter-réseaux, c'est-à-dire des journées. Il y a eu quelques
272 journées d'étude je pense mais il faudrait plus un groupe de travail autour de la transition pour
273 conscientiser les professionnels. Pas tellement une journée où il y a des exposés magistraux
274 parce que là tout le monde écoute mais les gens ne se rencontrent pas, ils ne se parlent pas. A
275 la limite on ne sait pas qui est notre voisin. Donc plus un groupe de travail qui pense un petit
276 peu à l'articulation entre l'infanto-juvénile et l'adulte. Déjà rien qu'entre le réseau 107 et nous,
277 à quelques reprises on s'est dit « ah on va les rencontrer », une partie de l'équipe est allée je
278 pense, moi j'y étais pas mais il en faudrait plus.

279 *Donc des groupes de travail au sein des réseaux ?*

280 Oui, au sein d'une même province. Parce que nous on a quand même cette chance, c'est qu'on
281 a deux hôpitaux adultes qui sont quand même des grands hôpitaux psychiatriques adultes qui
282 développent plein de projets, qui pensent plein de choses oui et ce serait pas mal de pouvoir
283 penser l'articulation de l'un et de l'autre quoi.

284 *Oui et je reviens à la question mais, comment l'équipe mobile permet d'améliorer la transition*
285 *des soins ? C'est difficile à répondre ?*

286 Je dirais la mobilité, avant quand c'était des consultations en privé ou en services de santé
287 mentale, certes il y en a qui se déplacent jusqu'à l'hôpital, enfin ça reste plutôt exceptionnel
288 tandis que nous notre terrain de, oui c'est là où on travaille, oui c'est naturel pour nous d'aller
289 jusqu'à l'hôpital, de faire des entretiens avec éventuellement l'hôpital ou avec le réseau 107 ou
290 avec le réseau adulte quel qu'il soit, au CPAS par exemple, puisque c'est quand même très très
291 important pour les jeunes adultes la question de l'insertion sociale et du revenu donc le CPAS,
292 la mutuelle, les logements que ce soit les logements sociaux ou autre, donc la mobilité permet
293 justement de s'inscrire dans les lieux concrets et donc de rencontrer les gens sur le terrain qui
294 concerne le jeune.

295 *J'en reviens au rôle du case manager, comment il participe à cette transition des soins ? Est-*
296 *ce que c'est une mission pour lui ?*

297 Non, mais bon ici c'est un peu compliqué, parce qu'en fait la fonction du case manager a pas
298 du tout été réfléchi avec l'équipe mobile, ça a été réfléchi par le coordinateur de réseau un peu
299 tout seul dans son coin et cette dame a été engagée mais sans que nous on intervienne dans ce
300 serait quoi la mission, qu'est-ce qui va être compliqué, qu'est-ce qui va être facile, comment ça
301 va s'articuler, rien de tout ça n'a été pensé et on l'a déploré beaucoup, et elle aussi je pense,
302 c'est une dame qui est engagée, donc je pense que c'est très très compliqué pour elle de
303 travailler et c'est aussi très compliqué pour nous de travailler avec elle parce que comme on n'a
304 absolument pas participé, ni à son engagement, sa définition de fonction, de mission, etc., ben
305 finalement on travaille un peu chacun dans son coin, alors on essaie d'améliorer les choses
306 parce que je pense que surtout elle était très demandeuse et donc on était très fâché de la manière
307 dont ça s'était passé donc c'est pas à elle de payer ça, c'est vrai, mais en même temps on a
308 quand même payé les pots cassés inévitablement parce que à partir du moment où on était exclu
309 du processus, bah on n'a pas compris pourquoi d'un coup il fallait l'inclure. Donc ça je dirais,
310 c'est un problème organisationnel du réseau en interne. Ça a été très mal pensé, très mal amené,
311 ça a été vraiment catastrophique la manière dont ça s'est fait. Je pense pas que ce soit comme
312 ça dans tous les réseaux heureusement et ce n'était certainement pas l'objectif de cette mission
313 à la base, le case manager il devait être la courroie de transmission en fait. Alors je pense qu'elle
314 fait ce qu'elle peut, comme elle peut, mais c'est compliqué pour elle.

315 *Et donc par rapport au case-manager, c'est le case-manager du réseau, pas de l'équipe ?*

316 Ah non c'est bien du réseau. C'est d'ailleurs je pense, c'est principalement ce qu'elle fait, il y
317 a beaucoup de situations où on est à la limite pas au courant. Alors parfois la case-manager
318 nous dit « il faudrait un médecin », et c'est là qu'on s'est fâché, on s'est dit non on vient pas
319 tout d'un coup parce qu'il faut un garant, mettre toute la responsabilité sur le dos du médecin,
320 alors qu'il n'a participé à rien dans l'élaboration, dans la situation. Non, on ne veut pas être
321 garant d'un truc qui sort d'un chapeau là tout d'un coup juste pour décharger les autres en fait.

322 *Mais par rapport aux réunions de concertation, c'est le case-manager qui les organise ?*

323 Oui.

324 *Et parfois les médecins sont présents ?*

325 Oui, moi personnellement je n'ai jamais été. Donc c'est très rare.

326 *Et est-ce que ces réunions de concertation sont enrichissantes ? Intéressantes pour établir un*
327 *parcours de soins dans le long terme ?*

328 C'est l'objectif, mais vu que je n'y suis pas, il faudrait lui demander, je n'en sais rien
329 honnêtement. Mais je ne pense pas que mon collègue y est beaucoup plus souvent. On est très
330 peu, parce qu'on a fort résisté aussi, mais vu la manière dont ça a été amené en fait, on est très
331 peu concerné.

332 *D'accord. Et vous savez quand même les fonctions, les missions qu'elle a par rapport à sa*
333 *fonction de case-manager ?*

334 Je pense qu'elle a pour mission d'organiser les choses, de voir un petit peu qui il y a à solliciter
335 dans le réseau, voilà et le cas échéant de trouver des ressources notamment en termes financiers
336 aussi parfois mais au-delà de ça je ne sais pas.

337 *Vous avez déjà beaucoup répondu à cette question mais est-ce que ce serait un facteur*
338 *facilitant, le fait de mettre en place des réunions de concertation pour la transition ?*

339 Évidemment, avoir quelqu'un qui peut se charger, parce que c'est extrêmement fastidieux et
340 pénible d'organiser ces réunions.

341 *Parce que c'est plein d'acteurs différents... dans multiples secteurs...*

342 Voilà oui, et donc d'avoir quelqu'un... Alors, c'est pas très valorisant hein parce que finalement
343 celui qui fait ça il a un peu un rôle d'organisateur, secrétaire, je ne sais pas comment il faut dire.
344 C'est surtout celui qui prend son téléphone, qui passe les coups de fil, qui réunit les gens et tout
345 ça mais oui bien sûr on n'a pas le temps de faire ça.

346 *Et comment ces jeunes peuvent se sentir impliqués dans cette réunion de concertation ?*

347 Je pense que l'idée c'est d'abord de leur en parler, de leur demander au fond qu'est-ce qui pose
348 le plus problème pour eux, quelles sont les solutions qui les ont déjà aidé, qu'est ce qui ne les a
349 pas aidé, donc c'est de les impliquer avant, dans ce qui voudrait qu'il soit discuté, maintenant
350 moi je ne suis pas du tout une militante de "les usagers doivent être présents à tout ce qui les
351 concerne". Je pense que c'est une folie et dangereux, maintenant parfois ça s'indique et parfois
352 c'est nécessaire que les professionnels se parlent entre eux en dehors de la présence des usagers
353 ou des familles. On ne peut pas se parler de la même manière entre professionnels quand les
354 gens sont là, ce n'est pas possible et parfois c'est nécessaire de pouvoir se dire, "là ça va pas",

355 ou “oui le papa est défaillant” ou “le jeune on a beau aller le chercher il vient jamais”, enfin ça
356 peut se dire devant le jeune mais pas tout. Il y a des choses qu’on ne peut pas dire ou pas de la
357 même manière.

358 *Merci beaucoup, j’ai fait un peu le tour de mes questions, je ne sais pas si vous pensez à quelque*
359 *chose concernant ces jeunes de 16-23 ans qui ont un besoin de transition ?*

360 Je trouve que c’est intéressant parce que vos questions amènent à la réflexion parce que oui, ce
361 serait intéressant que le case-manager par exemple prenne une place plus importante dans la
362 transition ou dans l’organisation de groupes de travail, justement autour de l’articulation entre
363 l’adolescent et l’âge adulte et comment on peut penser les choses. Pour le moment ça ne se fait
364 pas mais oui c’est vraiment intéressant. Alors je ne sais pas si c’est le case-manager en tant que
365 tel mais il faut bien une personne qui porte, ça ne peut pas être chacun qui est responsable parce
366 que sinon chacun se dit que c’est le voisin qui va le faire et ça n’avance pas. Donc avoir une
367 personne qui porte ça comme projet autour de la question de transition, ce serait intéressant et
368 avoir plus de moments où on peut se rencontrer, aussi avec les hautes sphères et puis alors avoir
369 du retour de la tête qui rencontre leurs équivalents au niveau du fédéral au SPF Santé.

370 *Au niveau de la Wallonie ?*

371 Ah ça je ne sais pas, je ne sais pas comment ça se passe dans les autres provinces. Je pense que
372 ce n’est pas toujours simple l’articulation entre les coordinateurs de réseau et les gens de
373 l’équipe mobile. Alors nous ici on a beaucoup sollicité en disant, ce n’est pas possible, vous
374 êtes nos représentants mais vous ne savez pas ce qu’on fait, vous ne savez pas ce qui nous
375 préoccupe, vous ne savez pas nos difficultés, vous pensez tout seul dans votre coin. D’où est-
376 ce que vous parlez finalement ? Ce ne sont pas des cliniciens non plus et donc voilà on essaie
377 d’instaurer des moments de rencontre mais c’est nous qui sommes demandeurs alors voilà.

378 *Parce qu’il existe des journées où il y a des rencontres métiers. Par exemple le coordinateur*
379 *vient passer une journée pour essayer d’avoir cette réalité de terrain et inversement.*

380 Il est venu participer une fois... Par la force des choses j’ai envie de dire, les circonstances ont
381 fait que le coordinateur de réseau est venu participer à un petit morceau de la réunion et où il a
382 dit “ah oui il y a des choses que j’ai comprises”, ben oui forcément, c’est pas la même chose.
383 Je pense qu’il faudrait effectivement plus souvent organiser ça.

384

R1C

385 *Pouvez-vous présenter en quelques mots ? Votre parcours ?*

386 Moi c'est L.G, j'ai 40 ans, au départ j'ai travaillé dans un hôpital psychiatrique adulte et j'ai
387 fait 10 ans là-bas. Ensuite j'ai fait 6 ans en équipe mobile pour le projet 107, qui est un projet
388 ambulatoire adulte et j'ai eu accès au poste de case manager ici, ça fait 1 an. Je suis éducatrice
389 spécialisée, j'ai commencé sur le site de l'hôpital en tant qu'éducatrice A2, je me suis spécialisée
390 et c'est comme ça que j'ai eu accès à l'équipe mobile pendant 6 ans.

391 *Vous êtes en place dans cette fonction de case manager depuis 6 ans ?*

392 Non, cela fait un an au mois d'avril que je suis au poste de case manager et auparavant je
393 travaillais dans l'équipe ambulatoire adulte. Pendant 6 ans.

394 *Par rapport au bénéficiaire des équipes mobiles, quels sont ceux-ci qui nécessitent une*
395 *organisation dans leur transition de soins ? Quel est leur « profil type » ?*

396 Principalement l'âge, généralement le fait d'être entre 16 et 23 ans, c'est généralement un âge
397 où l'on fait appel au dispositif, ce sont les situations que l'on retrouve principalement avec des
398 jeunes. C'est bien ça que vous posez comme question ?

399 *Oui, quand vous dites le dispositif, c'est le dispositif de case-manager ?*

400 Oui c'est bien cela.

401 *Donc c'est généralement les 16 - 23 ans qui vous contactent ?*

402 Alors ce n'est pas eux qui nous contactent, ce sont les professionnels. Donc, moi généralement,
403 je ne suis pas en première ligne. Je n'ai pas directement accès aux jeunes dans la prise en charge,
404 j'ai des contacts lors de l'organisation mais je n'ai pas de contact au quotidien. Généralement,
405 ce sont les professionnels qui me contactent car il y a 5 critères pour faire appel au dispositif
406 case management et ce sont des repaires pour le professionnel pour se dire « là je suis dans une
407 situation critique », c'est un des critères avant de pouvoir faire appel au dispositif. Ces critères
408 sont - qui n'ont rien avoir avec la tranche d'âge mais bien par rapport au dispositif- par
409 exemple : un jeune qui a une vulnérabilité psychique avérée -de par son parcours on remarque
410 qu'il y a une fragilité-, la situation est complexe, l'équipe est épuisée parce qu'elle a déjà essayé
411 de mettre des choses en place mais cela n'a pas fonctionné, les objectifs de départ n'atteignent
412 pas les objectifs escomptés, et le dernier critère c'est le fait de se retrouver dans une impasse.

413 C'est vrai que généralement cela touche souvent cette tranche d'âge car ils ne sont plus acceptés
414 nulle part et ils ont déjà un parcours avec plusieurs institutions. Ils sont à un étape charnière ou
415 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
416 les accueillir et c'est donc souvent dans ces situations que l'on peut les accueillir.

417 *Quelles sont les démarches à partir de là, en se disant personne ne peut accueillir cette*
418 *personne qui a 16 ans, quelles sont les démarches étamées pour trouver une solution ?*

419 Moi ce que je fais quand je me retrouve en règle générale dans ce type de situation, j'envoie un
420 document qui s'appelle fast préparatoire à l'initiateur de la concertation, donc à la personne du
421 réseau qui demande, qui me contacte, il m'explique en gros la situation suite à ce qui est dit je
422 repère s'il y a les 5 critères ou tout du moins l'un des 5 critères. Sur base de cela, je lui envoie
423 le document qui consiste en un carnet d'adresse. C'est moi qui vais organiser, qui vais contacter
424 toutes les personnes que l'initiateur va indiquer sur le carnet d'adresse qui correspond au réseau
425 du jeune et tout le monde est réuni pour la réunion de concertation. Donc le réseau au sens large
426 et donc cela peut être des intervenant qui ont fait un passage, un long passage dans la vie du
427 jeune et qui ont une bonne connaissance de la situation et qui ne sont plus dans la situation,
428 comme un ancien SRJ où le jeune serait resté 6 ans et depuis peu il a quitté l'institution, pour
429 laquelle cela n'a pas été mais pour pouvoir construire le projet du jeune sur du long terme on
430 se dit qu'eux ils connaissent bien le jeune on va les inviter par exemple. Donc, des personnes
431 qui ont fait un passage, les acteurs présents dans la situation, donc le SRJ actuel, ou le SPJ ou
432 le SAJ, la famille s'il y en a encore, l'éducateur de référence, le pédopsychiatre, ça peut être le
433 médecin traitant, cela peut être l'entraîneur de foot qui a une bonne alliance avec le jeune, c'est
434 vraiment le réseau au sens large et ce n'est pas uniquement la santé. Toute personne qui a
435 connaissance du jeune ou un bon lien avec le jeune est invité et c'est l'initiateur qui va faire ce
436 travail avec mon aide, de recensement des personnes importantes et les personnes qui pourraient
437 prendre une place future. Si au téléphone, dans un premier temps lors de la discussion,
438 l'initiateur dit « je voudrais que ce jeune puisse intégrer une structure SAJ mais beaucoup plus
439 cadrant que celle qu'il a eu jusqu'à présent pour telles ou telles raisons mais on en a déjà fait
440 beaucoup par contre on a pas appelé celle-là ou celle-là », on va les appeler pour leur demander
441 si ils veulent bien participer pour avoir une vision complète de la situation pas juste un
442 document. Souvent les délégués PSJ vont donner un document et ils viennent autour de la table.
443 Et grâce aux réunions de concertation, ils vont avoir une vue d'ensemble sur tous les acteurs
444 présents et vont pouvoir relater afin de donner des informations sur le jeune tel qu'il a été, tel

445 qu'il est aujourd'hui et ce qu'on envisage pour lui. L'acteur décide si il peut prendre une place
446 ou non ou réoriente. Donc c'est comme ça que je fonctionne ici.

447 *Je reviens sur le profil type des jeunes, en fait c'est vraiment essayer de savoir si de manière*
448 *générale, pour les personnes de 16 à 23 ans qui viennent dans les soins pédopsy, quelles sont*
449 *leurs caractéristiques, le profil type ?*

450 Il y a un peu de tout. Par exemple, j'ai une situation avec un jeune qui vient d'une famille
451 traditionnelle je vais dire, mais ce jeune a été adopté et donc il vient d'un milieu plus précaire
452 mais qu'il a à peine connu, est-ce cela ça joue, je ne pense pas que le milieu joue. Mais en tout
453 cas les conditions depuis sa naissance, son contexte de vie amène sa fragilité et qui sont souvent
454 des jeunes porteurs d'un double diagnostic, qui ont une fragilité psychique, un déficit
455 intellectuel et qui ont aussi parfois un contexte psycho-social difficile, mais je ne souhaite pas
456 en faire une généralité de dire que ce n'est que ce profil, on rencontre également d'autre type
457 de profil. Même si le plus fréquent ce sont ces doubles diagnostics que l'on rencontre, avec une
458 déficience intellectuelle, un milieu social pas toujours favorisé et des relations familiales
459 vraiment très complexes. Des collaborations familiales pas toujours simples quand il y en a
460 encore.

461 *Au niveau scolaire ?*

462 Ce sont souvent des jeunes déscolarisés, qui sont dans le spécialisé. Type 2 ou type 3 le plus
463 souvent.

464 *Ma question est plus globale, en quoi ce croupe 16-23 peut se distinguer des autres*
465 *bénéficiaires ?*

466 Ils sont dans une tranche charnière car ils sortent de l'enfance – adolescence pour intégrer le
467 monde adulte et donc c'est la fin de la prise en charge de tout ce qui est réseau infantile (ici
468 pour le réseau kirikou) et c'est l'entrée dans le réseau adulte. Souvent c'est compliqué car tout
469 est à construire dans le réseau adulte et en même temps c'est compliqué car on estime que le
470 jeune n'est pas encore prêt à intégrer le réseau adulte alors que c'est quelque chose qui se
471 prépare sur du long terme. Pour un jeune de 16 ans on sait que dans 2 ans il va bientôt intégrer
472 le réseau adulte s'il est plus ou moins stabilisé mais parfois les collaborations sont difficiles car
473 on dit qu'il est trop jeune, construire le réseau adulte trop tôt et on arrive à 18 ans où tout est à
474 construire et l'on est dans l'urgence car les acteurs du réseau infantile disent qu'ils vont clôturer
475 leur prise en charge.

476 *Est-ce que cela serait une barrière à la continuité des soins ?*

477 Cela complique fortement la prise en charge parce que d'un côté c'est difficile d'être dans
478 l'anticipation, c'est vraiment ça la complexité de cette tranche d'âge.

479 *Quels sont leurs besoins spécifiques ?*

480 Ils sont à mi-chemin entre les 2, ils ne sont pas encore adultes et ils ont donc encore besoin d'un
481 soutien, d'un réseau infantile au sens large et en même temps il y a toutes des questions des
482 adultes qui arrivent comme la mise en autonomie et là il faut qu'un réseau adulte soit mis en
483 place, des structures qui les préparent à cela et souvent cela se complique car les objectifs ne
484 sont pas les mêmes et ils ne rentrent pas dans une case type. Par exemple, l'enfant ne peut
485 rentrer dans une institution car ils ne prennent pas des cas de déficience intellectuelle... Oui
486 mais bon il y a différents stades de déficience intellectuelle et dans certains cas la prise en
487 charge ne va pas être impacté par cette déficience. Ce sont des situations comme ça où les
488 critères d'acceptation d'un jeune qui est dans cette tranche d'âge sont plus complexe.

489 *On parlait tout à l'heure qu'ils vont d'institution en institution et je voulais donc connaître la*
490 *trajectoire de soin un peu type, ce serait plutôt donc qu'ils ont déjà un parcours de soins assez*
491 *compliqué ou assez conséquent dans le sens où ils ont déjà fait plusieurs institutions ?*

492 Dans les situations que je rencontre, ce sont généralement des jeunes que l'on appelle les
493 incasables (je n'aime pas trop le terme) et donc ils ont déjà un parcours institutionnel et de vie
494 chargée. Ils ont déjà eu plusieurs milieux de vie que ce soit le lieu hospitalier, des SRJ, certains
495 l'IPPJ, ce sont régulièrement des parcours chaotiques.

496 Généralement quand on fait appel au dispositif c'est vraiment que l'on est face à cette
497 problématique de l'incasable, personne ne veut le prendre et le but c'est de rassembler tous le
498 intervenants passé, présent et futur et dire que là il faut faire quelque chose. Il faut bricoler,
499 innover c'est moins péjoratif. Innover des solutions qui ne sont pas dans le parcours traditionnel.
500 Mais tant que les professionnels ne se rejoignent pas autour de la table, tout le monde reste dans
501 son cadre de travail, cela fige la situation et rien ne se passe.

502 *Pour améliorer la situation, il faut donc plus de collaboration ?*

503 Oui cela coince au niveau de la collaboration car chacun reste campé dans son cadre de travail,
504 ses critères d'admission et ne veut rien lâcher et donc souvent on travaille avec l'AVIQ. On
505 travaille avec la cellule des cas prioritaires de l'AVIQ qui va essayer de dégager des fonds
506 spéciaux pour avoir des places en urgence en se disant c'est une situation d'urgence. Ce qui est

507 compliqué car ce dispositif case management, son idée est de pouvoir prendre un moment pour
508 se poser et construire une trajectoire de soin et de vie pour le jeune sur le long terme.
509 Généralement quand on fait appel à moi, la situation est en crise et il faut que je gère la crise et
510 l'urgence. Souvent les partenaires veulent avoir des résultats sur le moment mais sans anticiper
511 le futur et c'est ça qui est compliqué et c'est vraiment au niveau du réseau qu'il y a un travail
512 de long haleine à faire et se dire que l'on va gérer la situation compliquée maintenant mais il
513 faut plutôt voir le projet sur du long terme pour ne pas arriver dans la situation où le jeune se
514 trouve dans cette tranche d'âge et que rien n'a été construit et qu'il n'y pas eu de la collaboration
515 avec les responsables du réseau adulte et que l'on arrive de nouveau dans la crise et l'urgence
516 et rien n'est fait dans la paisibilité et tout ça perturbe le jeune.

517 *Par rapport aux bénéficiaires, quelle serait la spécificité en termes de diagnostic ?*

518 La spécificité ce serait les doubles diagnostics, ceux qui entrent dans la catégorie incasable, les
519 troubles du comportement... Quand on va dans des structures qui accueillent des jeunes qui ont
520 des déficits intellectuels et que l'on a un jeune qui a des déficits intellectuels et qu'il a des
521 troubles du comportement, il est refusé alors que ces troubles du comportement apparaissent
522 car il n'est pas stabilisé et qu'il vit des choses compliquées et que ces troubles du comportement
523 sont plus des symptômes d'une instabilité qui certes est la sur le fond mais qu'il y a moyen
524 d'apaiser fortement. Et donc si ces personnes ne lâchent pas un petit quelque chose, ces jeunes
525 ils sont ballotés d'une structure à une autre, renvoyés. Ils vivent à chaque fois des ruptures dans
526 la violence et des violences institutionnelles qu'ils ont eux-mêmes connu dans le milieu familial
527 et tout ça n'aide pas le jeune à se construire.

528 *Par rapport aux équipes mobiles, comment s'effectue le premier contact, qu'est-ce qui fait que*
529 *l'on a recourt aux équipes mobiles ?*

530 Généralement quand on m'appelle pour un jeune qui est au domicile, et pour qui la famille ne
531 gère plus, là le réseau peut faire appel aux équipes mobiles. Le case manager accompagne quant
532 à lui la mise en place du dispositif et doit avoir une méthodologie et une position tierce car
533 quand c'est parfois compliqué entre différents acteurs, le case manager peut avoir cette position
534 tierce mais rien n'est imposé et la responsabilité décisionnelle est laissée aux acteurs.

535 *Quand le jeune ou le professionnel fait-il recours aux équipes mobiles ?*

536 C'est plutôt dans le soutien, dans la gestion de la crise quand il y a un événement extérieur qui
537 fait que le comportement du jeune change et qui met à mal la structure, le milieu familial. La

538 c'est l'équipe de crise qui va intervenir, pour une période de 8 semaines, pour apaiser la crise
539 et en parallèle à ça il y a toute une structure qui peut se mettre en place et c'est l'équipe mobile
540 qui rentre en charge. Rencontrer le jeune dans son milieu de vie, dans l'institution, soutenir les
541 équipes autour du jeune mais ça, ce sont plutôt les missions des équipes mobiles.

542 Ce qu'il peut y avoir aussi ce sont des tuilages entre les équipes mobiles de crise et de soin
543 continu sur du long terme en se disant nous notre mission est terminée mais on estime qu'il y a
544 un travail de long haleine à continuer, il y a toujours un soutien à apporter, cela peut passer vers
545 l'équipe de soins continu avec des soins pendant 6 mois, qui peut être renouvelé une fois donc
546 au maximum pendant un an. Sinon généralement, l'équipe mobile peut souvent relayer vers
547 moi en disant que la cela ne fait pas partie de nos missions car là c'est plutôt la mission du case
548 manager ou moi. Lors de concertation je peux dire par exemple « dans cette situation-là est ce
549 que l'on ne pourrait pas introduire une équipe mobile qui pourrait venir soutenir le jeune ou la
550 jeune ou la famille car là c'est compliqué ? ». J'ai eu une situation d'une jeune qui a 16 ans et
551 qui reste confinée chez elle et quand elle est dans son cadre familial il n'y a pas de soucis mais
552 quand elle doit sortir à l'extérieur cela devient très compliqué. La famille fonctionne vraiment
553 de manière isolée et va être protectrice de cette jeune fille et va donc mettre à mal tout ce que
554 le professionnel veut au final mettre en place et cela fige la situation. D'une part il y a cette
555 jeune fille qui voudrait s'émanciper, arriver à aller vers l'extérieur, arriver à être en contact et
556 dépasser ses peurs et ses angoisses et cette famille qui dit oui on voudrait que notre enfant sorte
557 de tout cela mais en disant « non on ne veut pas d'une hospitalisation complète ». Le problème
558 c'est que nous on a besoin de mettre ça en place si l'on veut analyser la situation car on a besoin
559 de pouvoir la voir 24 h sur 24, 7jours sur 7, les parents refusent finalement ce qui complexifie
560 la situation et du coup les professionnelles cherchent une solution alternative et est ce qu'elle
561 peut venir plusieurs fois par semaine à l'hôpital et c'est de nouveau mis à mal car diverses
562 personnes (le frère ou le a sœur..) car le papa ou la maman est malade ou, « ou »... toutes des
563 excuses qui font que la routine du travail ne sait pas se faire. Le travail ici consiste donc à se
564 demander si une équipe mobile pourrait ne pas venir au domicile mais cette solution a
565 finalement été mise en échec. Au final la jeune qui voudrait évoluer se retrouve dans une
566 impasse car la famille même si elle souhaite aider va mettre des barrières. Ça c'est une situation
567 complexe car les professionnels sont épuisés, ils cherchent à innover et ils se retrouvent bloqués
568 dans une impasse.

569 *J'avais une question plus générale, donc au sein des équipes mobiles, comment s'organise la*
570 *transition vers la prise en charge adulte ?*

571 Moi je ne travaille pas directement avec les équipes mobiles mais dans le cadre du dispositif
572 case management, c'est plus un travail de l'équipe mobile quand, par rapport à une situation
573 présente elle veut faire le relais vers les services adultes.

574 *Ce sont des situations où il y a un relai vers le réseau adulte ?*

575 Oui, en fait c'est pas directement le réseau adulte mais ce sont des services qui sont dans des
576 infrastructures adultes, ce sont des services qui sont dans les tranches d'âge 16-23 ans, puisque
577 il y a quand même des services qui commencent à s'ouvrir parce qu'on se rend compte que la
578 tranche d'âge charnière est compliquée et de là c'est plus le relais vers ce type de service qui
579 après pourront, eux, faire relais avec le réseau adulte puisqu'ils ont un pied dans l'infrastructure.
580 Ça c'est ce que je vois dans certaines situations que j'ai. Ici je pense à 2-3 situations où c'est
581 vraiment ça qui est mis en place mais c'est souvent vers de grosses infrastructures comme le
582 Beau Vallon ou Saint Martin Dave, et bien là ils ont deux services à Dave, une tranche d'âge
583 16-23 ans et une 18-25 et du coup ça permet de faire les transitions mais il y a toujours cette
584 question du double diagnostic qui coince aussi mais en théorie c'est l'idée.

585 *D'après vous, quels sont les barrières et les facteurs facilitant la transition des soins de ces*
586 *jeunes ?*

587 Oui, donc il y a l'âge, la pathologie, le double diagnostic. Enfin quand je dis l'âge c'est la
588 transition entre 2 réseaux, enfants et adultes. Ça c'est vraiment les barrières où les
589 collaborations ne sont pas clairement établies parce qu'il ne faut pas oublier que ce sont quand
590 même deux jeunes projets. Le réseau adulte est déjà plus installé, il va vers ses 7-8 ans
591 maintenant mais ça reste jeune. Et le réseau pédopsychiatrie est encore plus jeune. Et du coup les
592 collaborations et le mode de fonctionnement par rapport à Lille par exemple. À Lille au niveau
593 de la mobilité, du travail ambulatoire, c'est déjà beaucoup plus inscrit et du coup les
594 collaborations sont beaucoup plus faciles. Ici c'est quelque chose qui est en train de se mettre
595 en place et cela ça complexifie vraiment la situation parce qu'il faut que les mentalités changent
596 au niveau des professionnels. Je pense que c'est plus que ça. Pas que des professionnels, il y a
597 aussi les hautes sphères qui ne sont pas directement sur le terrain et qui ne voient pas tout, qui
598 ne pensent pas tout, qui n'entendent pas tout non plus et donc voilà je pense que c'est vraiment
599 l'idée, c'est un travail sur du long terme. Je pense que les choses vont changer progressivement,
600 il n'y a que l'expérience et le renvoi des expériences qui va faire qu'à un moment donné les
601 critères vont changer. On va à nouveau se retrouver dans un entonnoir où on donne accès à tout
602 mais au final les critères de chacun fait que ça ressert les possibilités de transition.

603 *Donc y a-t-il des défaillances structurelles, organisationnelles ?*

604 Oui, les cultures propres de chaque institution, de chaque milieu parce que sur deux institutions
605 ils ont des critères généraux mais ils ont des prises en charge beaucoup plus spécifiques pour
606 l'un et donc on sait par rapport à un jeune, comme je vous le disais, que tel SRJ a une structure
607 beaucoup plus cadrante que l'autre et donc on ira plus vers tel ou tel SRJ. En tout cas ce qui
608 ressort aujourd'hui dans les prises en charge, c'est qu'il n'y a pas une infrastructure ou une
609 structure qui peut prendre un jeune dans une prise en charge globale. Il y a un besoin de
610 collaboration avec d'autres structures parce qu'un SRJ ne va pas offrir des soins au niveau de
611 la pédopsychiatrie, c'est pas complet, et donc il faut que les gens composent ensemble.

612 *Et donc c'est de la coopération intersectorielle ?*

613 Oui c'est beaucoup d'intersectoriel. C'est vraiment ça qui prédomine.

614 *Et comment on peut améliorer justement la continuité des soins vers les structures adultes et*
615 *éviter justement la sortie des soins ?*

616 J'ai un collègue qui travaille sur tout ce qui est intersectoriel, qui fait beaucoup d'animations,
617 beaucoup de conférences, qui fait en sorte que les gens se rencontrent pour connaître le milieu
618 de chacun. C'est vraiment une question de sensibilisation du réseau, pour que le réseau à un
619 moment donné... Parce qu'il y a tellement d'offres aussi que je pense que le réseau adulte n'a
620 pas connaissance de toutes les offres du réseau enfant et vice-versa. Et donc c'est ça aussi qui
621 fait qu'à un certain moment les réseaux se sentent coincés aussi.

622 *Ce serait alors ça, cette rencontre entre le réseau enfant et le réseau adulte alors ?*

623 Oui, je pense que c'est vraiment toute la question de la sensibilisation et du passage des
624 informations de dire voilà, et ça se fait régulièrement, qu'est-ce qu'un double diagnostic ?
625 Comment est-ce que le réseau enfant définit un double diagnostic ? “ Oui on remarque que le
626 réseau adulte il le définit différemment”, mais alors comment le réseau adulte et le réseau enfant
627 peuvent-ils parler un langage plus ou moins commun ou en tout cas se retrouver déjà dans du
628 vocabulaire, dans des critères, dans des collaborations générales et avoir une connaissance de
629 ce que l'un et l'autre réseau peut apporter à l'autre.

630 *Et justement par rapport aux bénéficiaires, est-ce qu'il peut exister une résistance de ces*
631 *usagers, par rapport à leur prise en charge ?*

632 Oui souvent ils réfutent le fait qu'ils aient une problématique. Ils évitent, ils nient, il ne faut pas
633 oublier que ce sont des jeunes qui sont aussi dans l'adolescence et donc qui se construisent, qui
634 sont en recherche d'eux-mêmes, qu'au niveau du repère parental souvent c'est compliqué et
635 qu'ils sont un peu en rébellion par rapport à tout ça. Déjà un adolescent j'ai envie de dire
636 classique est en rébellion par rapport à sa famille ou autre mais il faut se dire qu'un jeune qui
637 est déjà vulnérable psychologiquement, qui a eu un contexte et une histoire de vie, qui a fait des tas
638 d'institutions et qui s'est fait rejeter et bien à un moment donné quand on vient et qu'on propose
639 des choses il a juste envie de nous envoyer paître et de dire "laissez-moi tranquille, j'ai juste
640 envie qu'on me foute la paix et vivre ma vie, oui mais non vous ne m'apportez rien puisque de
641 toute façon quand je prends vous me rejetez". Je fais référence en tout cas à une situation où je
642 vois un jeune qui d'un côté a envie de choses et de l'autre côté voilà, je ne vais pas dire qu'il
643 ne va pas les prendre mais ne va pas voir tout ce que le réseau va essayer de mettre en place
644 pour lui, ce jeune va se sentir rejeté continuellement et abandonné et dire "comme vous ne faites
645 rien pour moi, eh bien moi je ne vois pas pourquoi je ferais quelque chose et vous écouter, ça
646 ne vaut quand même pas la peine". Voilà il y a vraiment aussi toutes ces questions et puis il y
647 a la structure psychique aussi et le déficit intellectuel qui parfois fait qu'il n'a pas les capacités
648 de comprendre...

649 *De quelle manière la prise en charge, la mise en place plutôt d'équipes mobiles permettrait-*
650 *elle d'améliorer justement la transition des soins ?*

651 Les équipes mobiles ont des relais comme ils feraient un relais avec un autre acteur du réseau
652 enfant. Je crois que c'est surtout prendre des contacts, rencontrer un psychiatre et voir si ça
653 correspond avec le jeune, voilà je pense que ça doit se passer comme ça, comme ça pourrait se
654 passer dans le dispositif case management.

655 *Oui justement, je me pose la même question pour le dispositif case management ?*

656 Dans le dispositif, c'est comme ça qu'on fait, enfin c'est comme ça que je fais. Je vais inviter
657 un acteur futur avec tous les autres acteurs qui sont présents ou qui l'ont été et je vais pouvoir
658 renvoyer l'importance à un moment donné d'avoir un psychiatre qui soit fil rouge dans la
659 trajectoire de soins de vie du jeune et que le pédopsychiatre qui est là veuille bien continuer à
660 rester durant la transition mais qu'il faut qu'il aille vers une structure adulte parce qu'il arrive
661 hors de son cadre, de ses compétences et voir avec le psychiatre qui est là si il peut prendre le
662 relais, s'il entend la demande, s'il y voit du sens, s'il est prêt à travailler en collaboration avec
663 le pédopsychiatre qui passe le relais, enfin voilà c'est un exemple.

664 *Et donc en tant que case-manager, une des missions ce serait justement d'assurer cette*
665 *continuité des soins avec le fil rouge alors ?*

666 Oui, c'est vraiment ma mission. C'est de m'assurer qu'il y a une trajectoire de soins, de vie qui
667 soit mise en place sur du long terme pour ces jeunes, de permettre d'anticiper et ça peut être par
668 exemple une situation où un jeune arrive dans le dispositif case management, c'est une
669 projection parce que cela n'est concrètement pas encore arrivé parce que le dispositif case
670 management est jeune mais concrètement l'idée ce serait un jeune qui arrive à 11 ans, 11-12
671 ans c'est aussi un âge compliqué parce que c'est la sortie de l'enfance, l'entrée dans
672 l'adolescence donc c'est aussi compliqué, et d'accompagner ce jeune, lui trouver une structure
673 qui l'acceptera jusqu'à peut-être ses 18 ans, peut-être 15-16 ans il faut voir et qu'avec les
674 partenaires des réseaux je puisse déjà dire "attention, il faut qu'on prévoit déjà des choses parce
675 que quand il aura 15-16 ans, il ne pourra plus rester dans cette structure donc il ne faudra pas
676 attendre que ses 15 ans et demi pour commencer à chercher quelque chose. Il faut que ça se
677 passe tout doucement, il faut préparer le jeune, il faut que l'équipe soit préparée, c'est tout un
678 travail de longue haleine. Aussi l'idée de mettre un réseau constant, s'assurer des collaborations
679 avec le réseau adulte sur du long terme, que les partenaires s'engagent sur du long terme et donc
680 ça peut aussi être plus simple de travailler. On se met bien d'accord autour de la table, c'est
681 quelque chose qui est nommé, c'est pas quelque chose qui est dit comme ça et puis après on se
682 rétracte "oui j'ai dit ça mais..", non, le fait que ce soit nommé devant tous les autres partenaires
683 ça engage et donc ça solidifie les collaborations et donc voilà et c'est progressivement..., c'est
684 de permettre cette continuité en invitant des nouveaux acteurs, en permettant à d'autres acteurs
685 de se retirer mais que les choses soient nommées et que ça ne se fasse pas comme ça et de se
686 dire ben, "oui lui apparemment ils ont fermé le dossier, ils ne sont plus dans la situation", "ah
687 bon ben ok", voilà souvent c'est un manque de communication et de circulation de
688 l'information. Et c'est ça souvent qui met à mal la trajectoire du jeune et qui font que souvent
689 on se retrouve dans des situations d'urgence, de crise ou il faut trouver une solution à tout prix
690 et qui perturbe aussi le jeune et qui a une incidence sur son état émotionnel aussi, pas que mais
691 aussi.

692 *Et par rapport à votre profession, éducatrice spécialisée, ma question c'était de se demander*
693 *en tant que case manager, est ce que la vision que j'ai par rapport à ma profession antérieure,*
694 *est ce que ça peut influencer la façon de mettre en place le dispositif de case management ?*

695 Ce qui se passe c'est que je dois vraiment avoir cette position de tiers, vraiment me dire « je ne
696 peux pas influencer, je peux proposer des pistes d'action. Mais je ne porte rien, et donc je suis

697 ici à titre d'observation et ce que j'observe je peux le renvoyer au réseau. Mais je ne dois prendre
698 position puisque j'ai cette casquette justement de tiers. Mais moi en tant qu'éducatrice, je sais
699 ce que c'est de travailler en première ligne, je sais ce que c'est que de travailler en ambulatoire,
700 en institution puisque j'ai travaillé dix ans en institution et puis 6 ans en ambulatoire. Donc je
701 me rends compte des difficultés réelles que peuvent rencontrer les professionnels. Mais là je
702 suis en deuxième ligne et donc je ne peux pas... je dois vraiment faire en sorte de garder cette
703 neutralité. Parce que c'est ça qui met en confiance les professionnels, c'est ça qui fait qu'ils
704 sont dans un cadre sécurisé où il y a quelqu'un qui garantit ce cadre. Même si j'avoue qu'à
705 certains moments je me dis « oui mais non ce n'est pas comme ça que ça devrait aller, il me
706 semble qu'il faudrait plus faire ça que ça » mais ça je laisse... ce n'est pas mon job. Et c'est
707 sans doute pour ça qu'ils n'ont pas engagés de psychologue mais plutôt une éducatrice.

708 *En quoi les réunions de concertations sont-elles bénéfiques ?*

709 Ça permet de faire circuler l'information, ça permet aussi la collaboration, ça permet à chacun
710 de pouvoir venir déposer les difficultés qu'il rencontre. Chaque acteur rencontre des difficultés
711 avec les jeunes, parce que chaque jeune ne se comporte pas de la même façon avec tel acteur
712 ou avec un autre. Ces réunions permettent que les gens puissent prendre le temps de se poser et
713 de se rendre compte de la réalité de chacun, de pouvoir peut-être avoir un peu d'empathie, de
714 se dire « ah ok, il n'y a pas que moi qui vit quelque chose de difficile, lui aussi rencontre ça ».
715 La première rencontre souvent, c'est l'idée de la rencontre entre professionnels, l'idée de
716 pouvoir déposer son bagage et que chacun se dise « oui ok ». Et puis à un moment donné moi,
717 ma mission c'est de ramener sur le jeune et le besoin du jeune.

718 Et le réseau autour du jeune ça veut dire ok « voilà vous avez déposé tout ce qui était compliqué
719 pour vous, j'entends bien mais comment est-ce qu'on fait maintenant pour ce jeune ? Et donc
720 ça je trouve que c'est vraiment bénéfique dans le dispositif, c'est de se dire, les gens prennent
721 le temps de s'arrêter pour réfléchir sur une situation, de se rencontrer et pouvoir parler du jeunes
722 certes mais aussi pouvoir parler d'eux dans leur position. Et c'est comme ça que souvent les
723 partenaires du réseau lâchent un truc et disent « oui vous vous dites que vous pouvez faire ça
724 mais est-ce que vous ne pouvez pas faire ça deux semaines ou trois semaines de plus » c'est
725 peut-être moi qui vais dire ça parce que j'ai une position extérieure et que je vois et là parfois ils
726 répondent « bah oui je pourrais le faire ». Ils ont aussi besoin d'être rassuré. Le dispositif de
727 case management permet aux acteurs d'être rassurés parce que souvent les acteurs se sentent
728 seuls dans les situations complexes. Ils ont l'impression qu'il n'y a qu'eux qui portent et qu'ils
729 sont seuls dans la situation et puis quand ils se retrouvent à 10 ou 15 autour de la table, ils se

730 rendent compte qu'ils ne sont pas seuls alors que c'est dans ces moments-là qu'ils sont prêts à
731 lâchés. Et ça je pense que c'est vraiment un apport au dispositif. Parce que généralement quand
732 les concertations se font, c'est en dehors du dispositif. Parce que les professionnels font des
733 concertations mais ils font ça à 2-3 acteurs, donc ça va être par exemple le SPJ, avec l'institution
734 qui pose problème et peut-être la famille, mais il y a peut-être plein d'autres acteurs à inviter
735 mais qu'ils n'invitent pas et qui ont plein de choses à dire. Et c'est aussi cette question d'être
736 mis sur le même pied d'égalité, c'est-à-dire que le médecin ne sera pas le sacerdoce, tout le
737 monde à quelque chose à dire d'intéressant par rapport à la connaissance qu'il a du jeune. Du
738 coup ça permet à tout le monde,... ça permet que les responsabilités soient réparties et du coup
739 cela allègent la situation. Mais ça, ça ne peut se faire que dans la rencontre, parce que quand
740 c'est par téléphone ou quand c'est juste deux trois personnes ça ne fonctionne pas. Alors ça à
741 l'air un peu miraculeux quand on le dit comme ça parce qu'au final je ne fais pas grand-chose

742 *Mais ça apaise....*

743 Mais c'est ce qui fait la différence.

744 *Donc en fait cette réunion de concertation ce serait comme un facteur facilitant, déterminant*
745 *de la réussite de la continuité des soins ?*

746 Oui, je pense que c'est quelque chose qui est au final rassurant pour le jeune de savoir que les
747 partenaires du réseau sont là pour lui et avec lui.

748 *D'ailleurs comment le jeune est impliqué dans les réunions de concertation ?*

749 Il est souhaité que le jeune participe à la concertation, mais j'avoue que l'expérience me montre
750 que la première concertation, je trouve que cela n'est pas super que le jeune soit présent car
751 c'est la première rencontre de tous les professionnels entre eux et même si cela s'est fait un peu
752 en amont au téléphone avec moi, les parties ne se sont pas vues pour se les dire (les problèmes)
753 et généralement il n'y a aucune trajectoire de soins claires, chacun a sa petite idée pour le jeune
754 mais rien n'est clair dans leur tête et chacun imagine quelque chose pour le jeune. Et donc
755 l'idée c'est que quand ils se rencontrent, on puisse réussir à construire quelque chose de
756 commun, une trajectoire commune pour le jeune d'où l'importance que la famille soit présente
757 et donc la première rencontre souvent je préfère moi personnellement que le jeune ne soit pas
758 là mais si le réseau veut qu'il soit là à la première rencontre, je ne m'y oppose pas. Mais je vais
759 vous dire moi dans les situations que je rencontre, le jeune ne veut pas venir à cette rencontre
760 encore plus dans cette tranche d'âge 16-23 ans car c'est dur, devant 10 personnes ils ont le

761 sentiment d'être au tribunal, d'être jugé, ça aussi c'est compliqué c'est bien préparer cette
762 concertation pour ne pas que le jeune ait la sensation que cela soit un règlement de comptes,
763 c'est difficile pour le jeune. L'idée c'est qu'à un moment donné le jeune puisse être là avec des
764 acteurs apaisés sur le chemin à prendre, sur la ligne conductrice à suivre, c'est de transmettre
765 ça au jeune et à un moment donné les concertations servent à ce que le jeune s'implique et ça
766 souvent la tranche d'âge en question c'est ça l'objectif, c'est d'arriver à ce que le jeune
767 s'implique, qu'il devienne acteur de sa propre autonomie. En tout cas pour un moment donné,
768 aller vers la psychologie adulte et qu'ils se rendent compte que cela ne s'arrête pas lorsqu'ils
769 ont 18 ans et c'est d'ailleurs pour ça que cela va jusque 23 ans. En résumé, je pense que c'est
770 tout un travail de collaboration des professionnels, de circulation d'informations qui vont
771 permettre d'apaiser le jeune, de l'impliquer au-delà de tout le reste évidemment parce que le
772 jeune reste le jeune, cela ne veut pas dire qu'il ne fera plus de bêtises mais qu'ils aient quelque
773 chose de sécurisant autour de lui qui permettent de le porter au début pour l'accompagner ensuite
774 et puis pour le laisser aller. En tout cas c'est comme ça que je vois les choses.

775 *Ok merci, vous avez peut-être quelque chose à rajouter ?*

776 Sur le fonctionnement du dispositif, peut-être dire, qu'il y a quand même pas mal de balises
777 administratives qui font que ça rassure aussi les professionnels et ces balises les maintiennent
778 impliquer. L'idéal à long terme c'est qu'il n'y ait plus d'intervenants qui accompagnent le
779 dispositif et que cela devienne quelque chose qui soit acquis et un mode de fonctionnement qui
780 soit intégré par les acteurs des différents réseaux, l'idée finale ce serait celle-là.

Réseau 2

R2P

781 *Pouvez-vous vous présenter en quelques mots, quelle est votre fonction ?*

782 Donc je suis Dr X, je suis à la hauteur de 7/10 dans l'équipe réseau. Par ailleurs, je suis chef de
783 service de pédopsychiatrie à l'hôpital général du XXX et j'ai dans mon parcours aussi fait cette
784 année en psychiatrie adulte et aujourd'hui je travaille aussi un jour par semaine dans une
785 structure AVIQ et handicap où il y a effectivement aussi des jeunes qui sont des services de
786 transition, qu'on appelle les SLS pour des jeunes qui ont plus de 18 ans.

787 *Donc c'est un service spécifique à la transition des soins ?*

788 Dans le cadre de l'AVIQ uniquement, pas dans le cadre de la santé mentale. Il y a aussi des
789 services résidentiels pour adultes et il y a des services résidentiels de transition qui s'appellent
790 aujourd'hui les SLS.

791 *Donc vous êtes pédopsychiatre pour le réseau mais vous êtes attaché aux équipes mobiles ?*

792 Oui, on est attaché au réseau et plus particulièrement aux équipes mobiles. Et donc en gros ma
793 fonction dans la province X avec trois antennes, j'ai une fois par semaine une consultation ici
794 où des jeunes viennent me voir, qui sont pris en charge par l'équipe mobile et s'il faut vraiment
795 je vais jusque leur domicile mais c'est plus rare.

796 *Et justement, par rapport à ces bénéficiaires, vous savez m'expliquer le profil type des jeunes
797 qui ont besoin d'une organisation de transition ?*

798 Heu, je verrai deux grosses catégories, il y en a peut-être d'autres. Il y a ceux qui ont un retard
799 mental pour lequel ils vont dépendre généralement de l'AVIQ handicap et là il y a des structures
800 résidentielles qui vont aussi en âge adulte les SRA. Et du côté des jeunes, il y a au-delà des
801 handicaps physiques, il y a des handicaps intellectuels et des handicap dit psychiques, ce qu'on
802 appelle les caractériels ou les psychotiques. Donc ceux-là ont des hébergements avant 18 ans
803 ou 21 ans parce qu'ils peuvent aller jusque 21 ans s'ils ont une scolarité mais plus après. Donc
804 ça veut dire que ceux-là partent alors vers la psychiatrie s'ils ont des ennuis.

805 Et donc, il y a ces jeunes qui sont dits inadaptés, qui sont intellectuellement compétents mais
806 qui sont dans un besoin de proximité, c'est en gros les jeunes qui ont un trouble d'attachement
807 et qui deviendront chez les adultes un profil borderline. Et donc, ce sont ceux-là qui ne sont pas
808 prêts à aller vers l'autonomie et même qui ne souhaitent pas être autonomes même s'ils le
809 revendiquent, parce qu'ils ont besoin d'une présence autour d'eux.

810 *Donc en termes de diagnostic, ce sont les troubles de l'attachement que vous rencontrez le plus
811 souvent ?*

812 C'est bien ça mais tout dépend de ce qu'on appelle un trouble mental. Normalement, la
813 psychiatrie s'intéresse à la psychose, aux délires, des choses comme ça. Pour revenir sur le plus
814 général, en psychiatrie on organise des SSM en ambulatoire pour promouvoir la santé mentale.
815 Quand on est dans du résidentiel, généralement on a des choses plus lourdes, alors il y a
816 différents types de résidentiels avec le court et le long terme. Donc le cœur du métier de la
817 psychiatrie, c'est la psychose, donc la rupture avec la réalité. Si vous allez un peu plus large,

818 vous avez tout ce qui est trouble de la personnalité, notamment les troubles de l'attachement.
819 Donc par exemple un jeune qui a été plus ou moins abandonné et ballotté, qui crève d'envie
820 qu'on s'intéresse à lui mais qui a une seule peur c'est qu'on s'intéresse à lui et qu'on le laisse
821 retomber, donc c'est un truc très désarçonnant puisque ce sont des jeunes qui demandent qu'on
822 s'occupe d'eux et puis quand on s'occupe d'eux, ils nous crachent à la figure. Mais ils ne sont
823 intellectuellement pas handicapés, donc ce profil-là c'est un profil qu'on va retrouver
824 généralement en institution AVIQ et dans les équipes mobiles. Donc c'est ce profil qu'on a en
825 psychiatrie finalement plus que la psychose. Et puis on a encore plus large, des traumatismes
826 ponctuels et puis des maltraitance, des choses comme ça, ou des phobies.

827 En équipe mobile, pour ce qui est de la crise, ça va être plutôt des troubles de l'attachement qui
828 font des passages à l'acte, tandis que pour ce qui est de la longue durée, c'est plutôt des phobies,
829 voire des psychoses, des paranos, il y a plein d'autres situations. Alors c'est peut-être la phobie
830 du jeune ou de ses parents. Et se rajoute à ça, la grande catégorie des jeunes pseudo phobiques,
831 qui n'ont pas envie d'aller à l'école parce que c'est emmerdant.

832 *Donc des jeunes souvent déscolarisés ?*

833 Oui, et il existe des équipes mobiles aussi dans le champ de l'école, aussi dans le champ de
834 l'aide à jeunesse, les SAIE qui ont changé de nom depuis janvier, et puis il y a aussi des équipes
835 mobiles qui sont attachés à l'AVIQ handicap. Donc chacun a son système d'équipe mobile. Et
836 théoriquement, les services de santé mentale classiques ambulatoires qui dépendent de la
837 région, contrairement à nous qui dépendons du fédéral, ont potentiellement aussi la possibilité
838 d'aller au domicile. Donc finalement, la question ce serait quelle est la spécificité de nos équipes
839 mobiles par rapport aux autres ?

840 Et donc ce sont ceux qui sont plus attachés à des problèmes de psychose, de phobie au sens fort,
841 de troubles de l'attachement avec des tentatives de suicide. Dans l'ancienne logique de la
842 psychiatrie, vous aviez le diagnostic fort de psychose, de dépression de troubles anxieux et puis
843 à côté les troubles de la personnalité qui est plutôt un style de fonctionnement habituel et donc
844 avec des décompensations aiguës et éventuellement qui se greffent sur le trouble de la
845 personnalité. Aujourd'hui, dans la nouvelle classification, on mélange un peu les deux,
846 l'ancienne était plus claire.

847 *Et qu'en est-il de leur environnement social et du niveau socioéconomique ?*

848 C'est plus généralement quand même des milieux défavorisés, ce qui ne veut pas dire que la
849 pathologie n'existe pas dans toutes les tranches sociales. Ce qui veut dire c'est que ces gens
850 sont plus isolés et à moins savoir utiliser les ressources.

851 *Et au niveau de l'environnement familial ?*

852 C'est ou bien des environnements familiaux bizarres, toxiques mais sinon on va dire que c'est
853 soit des familles très repliées sur elles-mêmes style parano ou phobiques soit des familles très
854 éclatées où justement l'histoire se répète de génération en génération. Mais sinon, le niveau
855 éducatif est plutôt faible.

856 *Vous prenez en charge plus de filles ou plus de garçons dans cette tranche d'âge ?*

857 Je crois que je prends en charge plus de garçons que de filles puisque, en gros, parce que ça on
858 l'a pas encore abordé. Qu'est ce qui fait qu'on va chercher le pédopsychiatre ? C'est soit parce
859 qu'on a un problème de diagnostic, psychose phobie, ou alors c'est qu'on va chercher un
860 médicament ou alors éventuellement une entrée en hospitalisation. Et donc on va être plus vite
861 dans une demande d'hospitalisation, en tout cas en urgence chez des jeunes qui font des
862 passages à l'acte plutôt hétéro-agressif, notez que la fille fait des passages à l'acte plutôt auto-
863 agressif. Mais en tout cas par rapport à l'équipe mobile on me sollicite pour des médicaments
864 contre l'impulsivité, parce que je vous ai parlé des psychoses, des phobies et éventuellement
865 des dépressions, des troubles de la personnalité et du handicap je vous ai parlé des jeunes qui
866 n'avaient pas envie d'aller à l'école mais derrière tout ça, les jeunes qui posent problème à tout
867 le monde c'est le trouble du comportement, et ça nom de dieu c'est quand même de la
868 compétence de l'autre. Quand on est dans l'Aide à la Jeunesse, on va dire ben c'est la psychiatrie
869 vous voyez bien, et la psychiatrie va dire ben vous voyez bien qu'il n'est pas fou, c'est un
870 problème de personnalité et l'AVIQ handicap va dire ah ben pas du tout vous voyez que c'est
871 un truc aigu, vous voyez bien que c'est pour la médecine. Et c'est ceux-là qu'on se rejette, on
872 a des difficultés de trouver un place pour eux, ce sont des incasables. On ne peut pas dire ce
873 mot mais c'est quand même un mot que j'aime beaucoup parce que ça dit exactement ce que ça
874 veut dire, plutôt que de dire donc des jeunes jardins pour tous. Le phénomène jardin pour tous,
875 ce n'est pas dans mon jardin donc c'est dans le jardin de personne et donc il y a un espace entre
876 les jardins, occupés par les jeunes, mais qui n'est le territoire de personne. Chacun va sortir de
877 son propre territoire pour qu'il n'y ait pas une zone non couverte, c'est ça le concept de jardin
878 pour tous. Et donc, la place pour ces personnes c'est pour finir complexe. Et alors avec ces
879 troubles de comportements se rajoutent une débilité mentale ou un trouble de l'attachement

880 notamment. Mais le trouble du comportement est un problème social et pas médical. Il n'est
881 médical que si son placement est médical.

882 *Selon vous, par rapport à ces jeunes, est-ce qu'il existe des facteurs de vulnérabilités les*
883 *concernant ? quelles sont les spécificités de ces jeunes qui sont en transition par rapport à leurs*
884 *soins ?*

885 Je pense, que dans ma vision des choses, c'est que nous reprenons dans chaque génération des
886 questions qui ont été ouvertes par la précédente qui ont été plus ou moins mal résolues et que
887 je vais reprendre à ma propre sauce en fonction de ce que j'ai vécu, et du fait que je croise deux
888 cultures celle de mon père et ma mère sans parler des autres parents, belle-mère, beau-père.
889 Donc vous avez des facteurs sociaux qu'on a dit tout à l'heure mais je dirais qu'il y a surtout
890 des facteurs socio-psychologiques, donc en fonction de l'ambiance, du fonctionnement de ma
891 culture familiale, je vais avoir des choses qui sont plus en dénotation de ce que la société attend.
892 Vous avez des enfants complètement coincés parce qu'ils veulent que travailler pour l'école
893 parce que c'est très important, ceux-là on les verra pas en psychiatrie ou on les verra en
894 consultation parce que maman et papa les auront amenés, parce qu'ils n'osent pas s'affirmer ou
895 parce qu'ils ont très peurs, notamment avec tout ce qui est harcèlement scolaire. Et puis dans
896 ceux qui vont poser problème, c'est dans les familles où les passages à l'acte sont habituels,
897 font partie de la culture ou des familles qui sont repliées sur elles-mêmes parce que c'est
898 quelque chose qui se passe de génération en génération, de l'oreille du druide. Donc je dirais
899 que ce sont surtout des facteurs de risque de cultures familiales. Alors c'est vrai que par
900 ricochet, quelqu'un qui est fort replié sur lui, va moins vite travailler, donc du coup moins de
901 revenu, qui s'affaiblit. Quelqu'un qui est dans le passage à l'acte, il ne va pas savoir garder son
902 emploi ou aura plus difficile d'en trouver un. Donc c'est un problème sociétal en général,
903 évidemment vous avez des choses ascenseur sociale, des gens qui montent ou qui descendent
904 dans l'ascenseur donc tout ça n'est pas hermétiquement fermé mais effectivement on débute
905 notre vie plus ou moins d'un côté de la barrière mais tout ça peut bouger.

906 Alors vous aviez une deuxième question à laquelle je n'ai pas répondu...

907 *Oui, les besoins spécifiques des jeunes...*

908 Hum, de l'amour, de la présence exclusive et le fait qu'on m'autorise à tout casser si je n'ai pas
909 l'amour et la présence exclusive, ça c'est le besoin fondamental de ces jeunes, qui n'est pas
910 possible de rencontrer. Et donc on va alors proposer des séjours en institutions avec des

911 éducateurs plus ou moins aguerris qui vont essayer de donner un certain nombre de présence
912 sans se laisser bouffer, sans trop faire peur au jeune, d'être trop proche ou trop loin, acceptant
913 un certain nombre de passage à l'acte mais en mettant une certaine limite. Voilà ce dont on a
914 besoin. En gros c'est quand même à un moment donné, de responsabiliser le jeune par rapport
915 à ses actes.

916 *Et par rapport à leur parcours de soins ?*

917 Oui, je discutais avec un médecin généraliste qui travaille avec moi dans le fameux SRJ et il
918 disait qu'il était très énervé car il fait des expertises et les avocats disent « vous voyez ce jeune,
919 il n'a vraiment pas de chance, il a vécu en institution » alors que ce que nous on travaille
920 notamment dans ces institutions pour jeunes et on se disait tous les deux, « mais enfin, ce jeune
921 a eu la chance de pouvoir fréquenter une institution et ne pas rester avec sa famille, sinon il
922 aurait été bien pire ». Et donc le parcours c'est que ce sont des jeunes qui ont généralement un
923 long parcours, notamment institutionnel ou de prises en charge à différents endroits, SAJ, SPJ
924 mais l'embêtant jusqu'ici c'est que le SAJ et SPJ ont pour ordre de faire au plus vite, ce qui est
925 un parti pris qu'on peut comprendre si on veut faire des économies mais ça n'aide pas toujours
926 à créer le fameux fil rouge, d'avoir une personne de référence pour que le jeune puisse avoir
927 une certaine résilience par rapport à cette personne. Et alors ce qui est intéressant, c'est qu'on
928 n'ait pas peur, dans certaines situations, d'institutionnaliser le jeune mais de ne pas couper avec
929 sa famille parce que ça permet de stabiliser mieux le jeune que s'il restait avec sa famille, pour
930 le cas lambda, tout en idolâtrant pas sa famille d'origine en disant c'est quand même dégeulasse,
931 j'avais une famille formidable et cette foutue société m'en a privée. Si on continue à fréquenter
932 ses propres parents, on s'aperçoit à un certain moment, de leurs limites et on peut avoir de la
933 sympathie pour eux et du coup adhérer aux alternatives, notamment résidentielles qu'on peut
934 proposer.

935 *Je reviens sur les équipes mobiles, comment le premier contact s'effectue avec les jeunes de*
936 *cette tranche d'âge et à quel niveau de leur parcours de soins ?*

937 Alors, il y a deux questions, pourquoi et comment est-ce qu'on devrait contacter l'équipe mobile
938 et comment on le fait. L'équipe mobile est généralement sollicitée par un professionnel mais
939 on pourrait imaginer qu'elle le soit aussi directement par le particulier. Mais le problème des
940 équipes mobiles c'est qu'elles viennent boucher des trous et pas remplacer tout ce qui manque.
941 Je m'explique, le motif de l'équipe mobile c'était aller chercher les gens qui ne sont pas dans
942 les circuits de soins pour les y rabattre, c'est-à-dire des gens qui sont callés chez eux parce

943 qu'ils sont isolés, phobiques, paranos, dépressifs ou leur famille ou parce que leur famille est
944 dépassée parce que le jeune casse tout et qu'ils ne savent pas l'amener aux urgences. Donc les
945 équipes mobiles vont sur place pour aller chercher les jeunes parce que les familles ne savent
946 pas se déplacer vers la consultation ou les urgences. Ce que les gens espèrent des équipes
947 mobiles c'est qu'enfin ils fassent tout ce qu'eux ne savent pas faire, faute de moyen. Depuis 30
948 ans, on retire des moyens à la santé mentale, à ce qui était l'AVIQ, on essaye de faire le plus
949 court en aide à la jeunesse et la volonté flamande, évidemment, étant de réduire tout ce qui est
950 en Wallonie, c'est ça le but de la régionalisation et de l'augmenter en Flandre et donc
951 effectivement ça ne peut que majorer le fait d'être en déficit.

952 Donc il y a des situations comme les incasables pour lesquels on n'a pas vraiment de solution
953 et puis il y a plein d'autres situations où on a des solutions, moyennant 2 à 3 ans de liste
954 d'attente. Et donc, heureusement on a les équipes mobiles, donc « écoutez en attendant qu'on
955 ait une place, on va demander aux équipes mobiles de venir » mais non ce n'est pas le but. On
956 n'est pas là pour boucher les trous des autres parce qu'ils sont sous financés.

957 Alors le contact chez nous se fait à travers la coordination de soins, des gens de deux mi-temps
958 qui vont analyser la demande et voir si elle correspond à quelque chose de l'ordre de l'équipe
959 mobile ou si ça doit être réorienté ailleurs parce que ça n'est pas toujours de notre ressort. Alors
960 aussi, on va en réunion pour discuter de situations où il y a une hésitation et seulement après
961 les équipes mobiles désignées, de crise ou de longue durée, double diagnostic et selon l'antenne,
962 petite enfance, médicolégale qui ont aussi leurs propres sous équipes. Après, c'est une question
963 de redistribuer les choses. Et puis aussi, ce qui est un autre gros problème, ce sont les envoyeurs,
964 les familles ou les professionnels, se rendent compte que c'est limité dans le temps, comme
965 n'importe quelle autre prise en charge. Donc comme partout, en psychiatrie on a le choix entre
966 être mauvais ou être mauvais, soit parce que je n'ai pas de place ou soit je suis mauvais parce
967 que j'en ai fait et que du coup je ne poursuis pas avec ceux avec qui j'avais débuté. Mais il y a
968 plein d'endroits où c'est comme ça.

969 *De manière plus générale, par rapport aux équipes mobiles, comment s'organise la transition*
970 *vers une prise en charge adulte ?*

971 Alors, moi j'ai demandé, et on est tous d'accord, qu'on remette bien la frontière à 18 ans parce
972 que nous sommes compétents jusque 23 ans. Mais donc c'est mettre la frontière sur 18 sur « à
973 priori », qui va traiter la première demande. Si l'équipe adulte s'aperçoit que c'est un jeune qui
974 est toujours à l'école, il nous refile la demande et inversement on peut aussi imaginer, mais

975 c'est plus rare, qu'un jeune qui serait déjà très autonome puisse être pris plus tôt par des équipes
976 mobiles adultes. Mais la difficulté des équipes mobiles adultes, c'est que nous n'avons pas le
977 même territoire et donc par exemple ici il y a trois territoires pour adultes et un seul enfant et il
978 y a d'autres subtilités, les choses ne sont pas identiques sur le fait qu'on fait de la coordination,
979 de la prise en charge directement.

980 *Ok, ce sont différents modes de fonctionnements. Donc vers quel âge se ferait le transfert ?*

981 Donc en fonction du personnel qui soit se trouve sur le même site que l'équipe adulte. Donc ça
982 permet de faire des compréhensions en sachant que la prise en charge pour les adultes est à nos
983 yeux plus limitée que la nôtre dans le sens où la prise en charge adulte, c'est de s'occuper de
984 l'adulte et éventuellement sa famille si elle est à côté. Pour nous c'est de nous occuper de la
985 famille, qui par ricochet, va avoir un impact sur le jeune et donc il y a certaines situations qu'on
986 va peut-être avoir du mal à passer la main, qu'on va peut-être garder, pensant que le travail avec
987 la famille reste nécessaire. Alors pas tellement le travail de la famille sur le fait de surveiller la
988 médication, d'amener le jeune etc. mais le côté j'ai envie de l'étrangler, je ne peux pas, il
989 m'emmerde à la maison, ça la psychiatrie adulte va défendre son patient, point. Tandis que nous
990 on va défendre quelque chose de plus systémique, comprendre comment est-ce qu'on va
991 travailler les choses en global pour que les choses soient davantage apaisées.

992 *Au niveau des démarches qui sont réalisées pour organiser cette transition, elles sont effectuées*
993 *par l'ensemble de l'équipe ou une personne a cette mission ?*

994 Ben ou bien c'est à l'entrée des 18 et donc c'est mieux que ce soit l'équipe adulte ou bien c'est
995 une prise en charge dans laquelle on se trouve déjà et là ce sont les personnes qui sont
996 impliquées qui vont contacter les services adultes.

997 *Selon vous, quels sont les barrières et les facteurs facilitant la transition des soins de ces jeunes*
998 *adolescents et jeunes adultes ?*

999 Ben le fait que les équipes se connaissent d'une part, le fait qu'il y ait des structures
1000 d'hébergement, notamment celles de l'Aide à la Jeunesse, où les équipes mobiles peuvent
1001 s'appuyer dessus en cas de difficulté. Donc les régions où on n'a pas derrière une hospitalisation
1002 possible, les régions où on communique peu entre les services adultes et enfants, sont des
1003 régions où les choses seront moins simples.

1004 *Et comment améliorer la continuité des soins vers les structures adultes ?*

1005 Alors, il y a une chose que j'ai tout à fait omise, c'est la toxicomanie, il faudra qu'on y revienne.
1006 Et l'autre point fondamental c'est la relation parents psychiatriques, enfant-bébé. Comment
1007 vous m'avez dit ?

1008 *Améliorer la continuité des soins ?*

1009 Donc c'est un peu près ce que je viens de dire, c'est que les équipes mobiles se connaissent,
1010 connaissent aussi leurs différences...

1011 *Et existe-t-il une résistance de la part des usagers ?*

1012 Au niveau des équipes mobiles, on parle plus de santé mentale donc je ne pense pas car on parle
1013 moins du mot psychiatrie. C'est-à-dire que vous avez toute la question de l'adolescent qui va
1014 prétendre savoir se débrouiller seul, savoir se passer de ses médicaments et donc de dire j'ai
1015 besoin d'une structure derrière donc vous me prenez pour un handicapé, ça peut être un frein
1016 aux soins mais tout dépend, comme toujours, de savoir qui souffre, si c'est dans l'entourage ou
1017 le jeune.

1018 *Vous vouliez me parler de quoi tout à l'heure ?*

1019 De la toxicomanie, parce que la toxicomanie c'est quelque chose qui se développe vers l'âge
1020 de cette transition, autour de 18 ans. Donc avant 15-16 ans, bien entendu qu'il y a de la
1021 toxicomanie mais c'est une toxicomanie qui se greffe sur une autre problématique qui fait que
1022 quand je me sens mal je vais consommer. Après ça, ça commence à avoir sa vie propre, j'ai
1023 envie de mon produit parce que j'aime bien, j'en ai besoin etc. Sans que la cause sous-jacente
1024 ne doive encore être présente ou en tout cas déterminante. Donc la politique de la
1025 pédopsychiatrie, c'est de ne pas s'occuper de la toxicomanie, c'est de s'occuper des problèmes
1026 sous-jacents, parce que ça n'arrange rien de s'occuper de la toxicomanie tant que cela reste un
1027 symptôme ponctuel et du coup il n'y a pas de structure en Wallonie pour la toxicomanie en
1028 pédopsychiatrie et donc c'est la psychiatrie adulte qui va éventuellement accepter de prendre
1029 un peu plus tôt le jeune vers 17 ans ou 18 pour boucher le trou mais s'ils deviennent trop strictes,
1030 on va avoir un problème.

1031 Il y a un truc dont on n'a pas parlé non plus, c'est la mise en danger pour les jeunes filles, la
1032 quête d'amour et une confusion entre amour et sexualité et donc pour les garçons aussi mais
1033 enfin moins dangereux. Et donc ça aussi ça fait partie d'un paquet de relativement incasables.
1034 Enfin ce sont toujours les mêmes profils avec le trouble de l'attachement mais enfin c'est une

1035 petite spécificité qui peut parfois compliquer les choses. Et puis il y a les abuseurs qui peuvent
1036 aussi être des jeunes qui sont indésirables en institution qu'on peut amener davantage vers leur
1037 famille.

1038 Le gros problème étant le trou immense entre la psychiatrie adulte et la pédopsychiatrie sur
1039 l'intérêt de l'enfant. Il y a d'abord la psychiatrie qui ne s'intéresse pas vraiment aux enfants
1040 mais quand elle s'y intéresse en tant que l'enfant de leur patient. Et nous n'avons pas du tout la
1041 même idée de la relation parent-enfant. Pour nous, cette relation c'est comment est-ce qu'on va
1042 faire pour que l'enfant s'épanouisse, la question de l'adulte c'est « est-ce que l'adulte est
1043 suffisamment brave que pour mériter d'avoir un enfant ». Ce n'est pas du tout la même chose,
1044 ce n'est pas parce que j'ai un adulte qui a plein de volonté que nécessairement il est adéquat
1045 pour s'occuper d'un enfant et par ailleurs il y a un facteur qui dépend de lui-même enfant aussi,
1046 avec un enfant très doué qu'on peut maintenir dans une famille de parents un peu insuffisants
1047 et pas l'inverse avec une famille plus douée et où l'enfant a des limites et on va pas pouvoir les
1048 y maintenir. C'est la grosse bagarre entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie adulte. Chacun
1049 étant indigné de la position de l'autre. Et donc je dirais qu'il peut y avoir un impact indirect par
1050 rapport à votre question, mais bien évidemment il faut qu'on s'entende bien en général pour
1051 qu'on puisse s'entendre aussi dans les transitions.

1052 *J'allais justement vous parlez de la collaboration entre services, réseaux et la collaboration*
1053 *intersectorielle...*

1054 Ben on va dire que dans les milieux où on a déjà la pédopsychiatrie et la psychiatrie adulte, on
1055 a déjà l'habitude de se parler. Mais dans des lieux qui n'ont que la psychiatrie adulte, c'est plus
1056 difficile d'entrevoir nos points de vue. Et alors il y a un autre immense problème, c'est que la
1057 psychiatrie adulte croit que la pédopsychiatrie existe. C'est faux, il n'y a pas de différence donc
1058 quand il ou elle est diplômé(e) psychiatrie adulte, elle ou il s'occupe de la psychiatrie de 0 à
1059 100 ans. Donc quand il y a une salle de garde, qui doit être de garde pour toutes les spécialités,
1060 il y a aussi un psychiatre, et bien c'est ce psychiatre ne le sait pas mais il est compétent pour les
1061 enfants de 5, 10 ans et heureusement pour lui il y a des pédiatres qui eux pensent qui sont
1062 responsables de tout, y compris la santé mentale et donc ça se passe pas trop mal quand le jeune
1063 est dépressif, tentatives de suicide etc. mais quand on arrive à des troubles de comportements,
1064 les pédiatres sont moins à l'aise, les neuropédiatres un peu moins mais bon et là tout d'un coup
1065 on pense à la pédopsychiatrie. Et le plus gros problème c'est pour la tranche 15-18 ans où il n'y
1066 a plus de pédiatre et où la médecine interne, qui est le relai après 15-16 ans, disent ben écoutez

1067 c'est la psychiatrie qui dit « rien à voir avec nous, nous c'est à partir de 18 ans » ah non,
1068 historiquement c'était 15 ans et donc entre 15 et 18, la psychiatrie adulte bazarde tout vers les
1069 urgences sous prétexte que derrière on a aussi de l'hospitalisation mais il n'y a pas de raison
1070 que ce soit nos psychiatres adultes qui s'en occupent et pas les leurs.

1071 C'est l'emmerdement quotidien ! Parce que chacun dit « mais non je suis dans mon droit ». Ce
1072 qui est terrible entre aide à la jeunesse, école, santé mentale, AVIQ, police etc. c'est que l'autre
1073 est parfaitement convaincu de très bien connaître ce que l'autre fait et d'être indigné quand il
1074 ne fait pas son job alors qu'il ne le connaît pas vraiment. Mais non ce n'est pas ça mon job, et
1075 donc ça se passe aussi entre enfants et adultes, ça se passe aussi entre ambulatoire, équipe
1076 mobile, hospitalier. Mais enfin mais qu'est-ce que vous foutez nom de dieu, c'est incroyable
1077 ça, ben oui je fais ma mission. C'est quand même extraordinaire, tous ces policiers qui sont
1078 devenus assistants sociaux qui viennent un peu aider les pauvres jeunes et dire s'il vous plait
1079 venez aider ce jeune, et de l'autre côté quand il y a un problème interne à la famille, quand un
1080 parent doit porter plainte contre son enfant, la police dit écoutez moi je ne prends pas ce style
1081 de plainte, c'est interne à votre famille.

1082 Et puis tous les parents battus, il y a votre collègue que j'ai connu à l'UCL qui dit le burnout
1083 parentale, le burnout parental c'est quand même pas très compliqué, c'est qu'à un moment, on
1084 n'ose plus se faire obéir parce qu'on a été traumatisé durant l'enfance ou parce que la société
1085 vous l'interdit comme l'histoire avec la fessée. Alors, bien entendu que si on reprend les choses
1086 très lentement on peut faire un exercice d'autorité sans devoir donner une fessée mais ça c'est
1087 quand on a fait le parcours parfait, du parent qui a été suffisamment autoritaire, suffisamment
1088 présent etc. mais moi j'ai des familles où ce n'est pas comme ça, et on fait quoi ? Alors pour
1089 finir, on envoie tout chez le médecin pour qu'il donne des médicaments mais quand même ce
1090 n'est pas bien de consommer trop de médicaments parce que ce n'est pas bon pour la santé.

1091 *Oui, finalement comme vous disiez tout à l'heure c'est un problème sociétal ?*

1092 Mais tout est un problème de société. La psychose dont je vous parlais tantôt, en disant c'est la
1093 maladie mentale, si vous allez en Afrique c'est de la sorcellerie ou des choses comme ça. Donc
1094 c'est encore une lecture sociale des choses. Donc nous sommes dans une culture qui va
1095 découper, qui va comprendre les choses d'une manière ou d'une autre mais ça pourquoi pas, on
1096 appartient à sa culture. Ce qui ne va pas c'est quand on coince les gens en disant la culture dit
1097 que c'est vous qui êtes responsables mais vous ne pouvez pas. Ou l'inverse, vous n'êtes pas
1098 responsables mais vous devez. En gros, vous avez une différence totale après les années 50.

1099 Jusque-là on a eu faim, on avait peur de mourir, c'était une chance d'être vivant. Et on honorait
1100 son médecin qu'il nous maintienne en vie. Maintenant on exige qu'on vive très vieux, qu'on
1101 n'ait pas de problème et sinon on fait un procès, on a la même chose avec les institutrices.

1102 Et l'autre gros problème, c'est la contraception. Avant, vous aviez un enfant, Dieu l'avait choisi,
1103 il fallait bien faire avec. Maintenant c'est moi qui choisis quand j'en fais un, parfois j'attends
1104 beaucoup mais enfin bon, mais du coup je me sens responsable de faire le bonheur de mon
1105 enfant et donc qu'il ne s'embête pas. Et donc les enfants disent je m'embête, il faudrait peut-
1106 être penser à m'occuper, et si tu n'as pas d'idées, j'ai la solution, j'ai un écran. Mais en vérité,
1107 si l'enfant s'embête, c'est son problème, qu'ils se démerde, ça fait des gens plus responsables
1108 et des gens plus inventifs.

1109 *Et je reviens un peu sur les jeunes qui sont justement pris en charge par différents secteurs. Le*
1110 *fait qu'ils soient dans différents secteurs, cela peut représenter une barrière... ?*

1111 Non c'est l'inverse, à partir du moment où on n'a pas assez de moyens, il faut bien que tout le
1112 monde participe, soit en parallèle soit en relai. Ça c'est la seule solution pour s'en sortir. C'est
1113 pour ça que je m'énervais tout à l'heure sur le fait que je crois que l'autre a telle ou telle
1114 compétence, parce que du coup je lui refile la patate, que lui n'accepte pas. Par contre, si on
1115 connaît ce que chacun a comme mission, si on voit qu'il y a des trous et qu'on se rencontre
1116 qu'on est tous ensemble pour les combler, là ça devient intéressant.

1117 *Donc il faut que les missions soient claires et bien définies ?*

1118 Oui et que l'on puisse collaborer. Mais le problème c'est que tout le monde va dire qu'il faut
1119 collaborer mais si c'est de dire je collabore en t'envoyant la patate chaude, je sais bien que tu
1120 es là. C'est là où ça ne marche pas et donc il faut travailler en réseau mais en réseau où chacun
1121 connaît les compétences de l'autre et non compétences par rapport aux zones non couvertes. Et
1122 donc là on vient effectivement en disant je suis dans une institution de l'aide à la jeunesse ou
1123 de l'AVIQ mais je vais quelques jours en hôpital pour voir ce qu'il s'y passe, pour souffler.
1124 C'est pour ça qu'il y a des agents de suivi pour les cas complexes, que chez nous on a les case-
1125 managers, c'est justement pour essayer de maintenir quelque chose de l'ordre du réseau plus
1126 large que la santé mentale.

1127 *Oui, et de quelle manière la mise en place des équipes mobiles permet-elle (ou pas) d'améliorer*
1128 *la transition des soins de ce groupe d'âge ?*

1129 Ben, il s'avère que c'est la première fois où on dit que chacun commence plus tôt ou finit plus
1130 tard, c'est spécifié, avant on ne se spécifiait rien parce qu'il n'y avait pas de frontière, mais
1131 maintenant les gens ont pu mettre un peu des frontières là où ils le voulaient. Donc ça, c'est
1132 déjà bien en soi.

1133 *Au niveau de l'âge des bénéficiaires, je n'ai pas bien compris ?*

1134 Oui, c'est ça. C'est qu'on se dise nous c'est 16-23 ans. Et puis, pour finir, quand il s'agit de
1135 jeunes qui sont autonomes ne posent pas d'immenses problèmes. S'ils ont un problème de santé
1136 mentale, ils iront en ambulatoire. Donc ici ceux qui posent problème c'est ceux qui ont un retard
1137 mental et ceux qui sont aussi violents, les doubles diagnostics ou ceux qui sont immatures. Et
1138 donc c'est quand même des populations qui n'ont pas assez de boussole que pour aller sur les
1139 circuits de soins eux-mêmes, c'est pour ceux-là qu'il faut effectivement voir comment on les
1140 oriente.

1141 En fait, je me permets de reprendre le terme de tout à l'heure, on a parlé des incasables, est-ce
1142 que finalement l'équipe mobile serait là pour combler les trous, quand les structures se disent
1143 tiens dans ce cas-là c'est complexe, on va contacter l'équipe mobile ?

1144 Ah mais c'est certainement ce que les gens se disent. En fait ils sont prêts à contacter n'importe
1145 qui et comme ça vient de sortir il y a 2-3 ans, ils se disent ah enfin la solution qu'on avait tant
1146 besoin. Oui, donc qu'on soit le bouche trou de n'importe quoi, oui mais dans ce cas-ci parfois
1147 avec une certaine pertinence, je dirais parce que nous nous on se définit comme ça. Mais en
1148 pratique ce n'est pas tout à fait comme ça que le fédéral l'avait imaginé. Quand on est dans la
1149 longue durée, on pense plutôt à phobie etc., donc des gens qui ne posent pas beaucoup de
1150 problèmes puisqu'ils sont chez eux enfermés. Et la crise on pense entre autre aux tentatives de
1151 suicide. Mais ce que moi j'appelle les crises chroniques, qui ne sont pas labellisées comme
1152 telles dans les projets du fédéral, c'est quand même ceux-là que je vous ai décrits. C'est-à-dire
1153 ceux qui sont suffisamment instables que pour que ça crise, on colmate, ça crise, on colmate,
1154 on passe aux urgences, on colmate.

1155 *Et on parlait du case-manager tout à l'heure, quel est son rôle dans la transition des soins ?*

1156 Ben là vous devriez parler à la personne adéquate. Mais je pense qu'il est relativement essentiel,
1157 enfin j'espère que Mme X a dit la même chose, mais c'est de ne pas stigmatiser le jeune en
1158 relativisant ce qu'il est et de maintenir le souvenir des choses, d'être dans une certaine
1159 continuité et au-delà de ça, effectivement de chercher avec les agents de l'AVIQ et autre, des

1160 points de chutes. Donc comme c'est la transition qui pose problème c'est celle de la population
1161 en question, sinon il n'y a pas de problème. Vont poser problème, soit des psychotiques, bon
1162 ok, ils sont plus ou moins relayés, soit des double diagnostics, soit des borderline immatures.
1163 Les autres dépressions, phobiques, abus sexuels on les met dehors au-dessus de 18 ans,
1164 toxicomanes aussi, donc ceux qui vont préoccuper ceux sont dont on pense qu'ils ont une
1165 souffrance et pour lequel on a eu une certaine sympathie.

1166 *Et quelles sont les missions du case-manager par rapport à la transition des soins ?*

1167 Pour moi, leurs missions c'est de trouver les points de chutes, les relais.

1168 *C'est une mission pour eux d'assurer la continuité des soins ?*

1169 Ah alors, assurer la continuité des soins oui mais dans le sens médical du terme. Parce que ça
1170 c'est les médecins qui doivent assurer la continuité des soins mais au sens de la continuité du
1171 suivi, oui. Enfin, traditionnellement quand on dit la continuité des soins dans le sens médical,
1172 assurer la survie, soins au sens somatique. En fait il y a une ambiguïté qu'on a en français et
1173 pas en anglais avec le cure et le care, prendre soins et soigner.

1174 *Par rapport au case-manager et aux réunions de concertation qui sont organisées, pour vous
1175 elles sont bénéfiques concernant la transition ?*

1176 Non parce que c'est foireux (rires)... Non mais j'espère qu'elles sont bénéfiques !! Alors, dans
1177 des circonstances toxicomanes où on n'a pas de solution j'y ai déjà participé.

1178 *Et est-ce que ces réunions de concertation représentent un facteur facilitant dans l'organisation
1179 de la transition ?*

1180 Mais j'espère (rires), ça me semble primordial.

1181 *Et comment les jeunes sont impliqués dans ces concertations ?*

1182 Hum, je ne sais pas trop, parce que je n'y suis pas toujours mais je pense que ça va être différent
1183 s'il y a un retard mental ou pas. Moi je pense qu'ils sont impliqués de la même façon que quand
1184 on les prend en charge en équipe mobile, on essaye de s'adapter à leur style.

1185 *D'accord, merci beaucoup. Je ne sais pas si vous avez quelque chose à rajouter ?*

1186 Oui, je pense qu'il est intéressant que les majorités politiques soient les mêmes au nord et au
1187 sud du pays. Parce que comme vous avez 5 ministres de la santé au total, rien ne peut vraiment

1188 se prendre sans une certaine cohérence. Et donc ici on a eu en Flandre un tandem entre fédéral
1189 et région autour des équipes mobiles, autour du réseau. En Wallonie, elle a suivi du bout des
1190 lèvres parce qu'ils ne voulaient pas se montrer d'accord avec le fédéral. Alors ça a mis beaucoup
1191 de temps pour mettre en place les choses. Et aussi, il y aurait quand même intérêt à refusionner
1192 les choses dans le domaine de la santé ou faire l'inverse, c'est-à-dire que la prévention soit au
1193 niveau fédéral et que les soins soient au niveau régional mais là tout le monde fait un peu de
1194 tout, ça ne fonctionne pas.

R2C

1195 *Est-ce que vous pouvez vous présenter en quelques mots ? Votre fonction ici au sein du réseau ?*

1196 Oui au niveau du réseau, j'ai un mi-temps que je partage avec mon collègue en tant que case
1197 manager. Donc c'est une fonction nouvelle qu'on a commencé à penser au moment où les
1198 équipes mobiles se mettaient en place. Il y avait un budget prévu pour cette fonction là et je
1199 pense que du côté de la Wallonie, on était la première province, en tout cas à la concrétiser au
1200 niveau de Liège. Et par la suite, ça s'est étendu. Et donc maintenant il y a quand même des case
1201 managers dans chaque province de Wallonie.

1202 *Oui, qui sont soit attachés aux équipes mobiles soit qui s'articulent dans le réseau même ?*

1203 Oui on a vraiment voulu que ça soit une fonction à part mais qui a quand même des liens avec
1204 l'équipe mobile. D'autant plus que mon collègue a un mi-temps dans l'équipe mobile et un mi-
1205 temps case manager donc là il fallait vraiment différencier le travail et la fonction d'une équipe
1206 mobile par rapport au case management et inversement. Et donc, on est allé un peu lire dans la
1207 littérature.

1208 Moi j'ai un autre mi-temps effectivement où je réceptionne. Donc j'ai un quart temps sur deux
1209 services, deux en pédo-psy, et donc je réceptionne les demandes d'hospitalisation, je vais à la
1210 rencontre des jeunes là où ils sont, je fais les relais vers les salles et quand il y a besoin d'un
1211 mandat dans le cadre d'un 36-4, je participe aux comparutions aussi et à l'entrée du jeune. Je
1212 suis juste au rayon d'équipe où je suis de loin ce qu'il se passe, ou je peux rappeler parfois
1213 pourquoi le jeune était là parce que ça se perd parfois dans la dynamique de prise en charge.
1214 Donc ça c'est mon autre mi-temps mais du coup effectivement avec mon mi-temps à côté de la
1215 fonction de case manager, il y a beaucoup de ponts quand même avec des situations qui
1216 transitent par les équipes mobiles, qui transitent par les hospitalisations. Donc ça peut faciliter,

1217 en tout cas je pense, et les collaborations aussi si les professionnels ont un autre mi-temps dans
1218 un autre secteur.

1219 *Et vous travaillez en tant que case-manager depuis combien de temps ?*

1220 On a pensé le projet sur papier et ça s'est validé par le SPF au moment où j'étais écartée donc
1221 ça fait 3 ans et demi – 4 ans qu'on y travaillait de façon théorique et puis mon collègue a
1222 commencé sans moi il y a environ 3 ans – 3 ans et demi. Et donc ce qui distingue le travail de
1223 case manager d'un travail d'équipe mobile c'est que l'équipe mobile va amener un soin
1224 thérapeutique directement dans la situation thérapeutique soit en faisant un suivi psy soit un
1225 suivi famille au domicile, en tout cas-là où le jeune se trouve, jeune qui est difficile à avoir dans
1226 une consultation classique ambulatoire, là où il doit se présenter lui-même. Et nous par contre,
1227 on a pris le pas parce qu'on est tous les deux psychologues et assez sensibilisés aux situations
1228 pédopsychiatriques, on a pris le pli de rencontrer chaque jeune et familles avant une prise en
1229 charge. Donc il y a quand même ce contact, en tout cas prise de contact, et se présenter et définir
1230 notre travail. Mais alors par la suite, on ne va pas faire un travail d'équipe mobile en allant voir
1231 le jeune chaque semaine mais par contre de suivre, c'est de faire fil rouge dans tout ce qui se
1232 construit autour du jeune. Alors ça peut être... c'est souvent, enfin c'est toujours des situations
1233 complexes donc à cheval sur plusieurs secteurs.

1234 *C'est justement ma question suivante, qui sont les bénéficiaires qui nécessitent une*
1235 *organisation de leur transition des soins et donc un suivi ?*

1236 C'est faire fil rouge, on peut donc poser la question du focus 16-23, notre fonction peut aller
1237 jusqu'au 23 ans du jeune, on clôture généralement pas les dossiers donc à un certain moment
1238 ils sont à vif et c'est plus intensif au niveau du travail à fournir, des rencontres à programmer,
1239 des présences sur un lieu ou l'autre et puis généralement c'est un peu des situations qui
1240 cycliquement sont en crise et puis qui s'apaisent entretemps donc là on a une cinquantaine de
1241 situations en cours, et il y a une file d'une bonne quinzaine de situations en décompensation,
1242 c'est un peu la tape pour le moment. On verra dans quelques années car si on ne clôture pas, on
1243 risque à un moment donné de saturer et donc voilà, on se montre assez créatifs. Donc on ne fait
1244 pas un plan de soin avec nécessairement des choses à mettre en place et dont on ne serait garant,
1245 on est plutôt d'en ramener la mémoire de choses qui ont été faites, qui ont fonctionné.
1246 Maintenant on laisse la place à ceux qui sont dans la situation de donner la direction qui serait
1247 à donner mais on n'oublie pas de signaler que telle ou telle chose avait apaisé à l'époque ou que

1248 tel nouvel élément est dans la situation et n'y était pas et on pourrait peut-être faire un pont avec
1249 ça.

1250 *Il y a un suivi dans la continuité...*

1251 Oui voilà, dans la continuité, on n'a pas encore eu énormément de relais 23-24 mais par contre
1252 on a déjà créé des ponts avec différentes équipes adultes.

1253 *Mobile ? Ou pas spécialement ?*

1254 Mobile adulte au niveau réseau, c'est une autre pratique, donc on s'est rendu compte que les
1255 ponts équipes mobiles enfants-ados avec équipes mobiles adulte, c'est difficile. Ils n'ont pas
1256 la même population, pas le même fonctionnement donc le pont là est plus compliqué. Par contre
1257 les équipes double diagnostic adulte fonctionnent de façon fort semblable au pôle de diagnostic
1258 de l'équipe mobile donc là on peut plus facilement faire des ponts dès 16 ans. Donc on peut
1259 tisser déjà des liens sur les dernières années de prise en charge pour avoir un relai et alors nous,
1260 au niveau case management, on a fait le lien avec une case manager, bien que c'est une fonction
1261 encore un peu différente parce qu'elle est attachée à un hôpital. Donc au niveau de la citadelle
1262 à Liège, des urgences, il y a une dame qui centralise des situations qui a répétition reviennent
1263 aux urgences, sont réhospitalisées et alors elle fait un suivi, plus de soutien de ce qui se met en
1264 place pour ces situations là et ça ressemble un petit peu à ce qu'on fait, bien que nous on bouge
1265 beaucoup et que elle reste au niveau des urgences et alors au niveau de l'équipe mobile, double
1266 diagnostique adulte, parallèlement à cette équipe mobile s'est mis en place une fonction un petit
1267 peu qui ressemble à du case-management au fait parce que son fonctionnement est un peu
1268 identique à nous et c'est madame X du service interface. Et elle, elle peut faire le suivi à partir
1269 de 16 ans d'une situation complexe. Et donc là, il y a des situations où parfois on rentre en
1270 commun ou alors très vite, on sensibilise car on se rend compte que ça va être du long cours.

1271 *D'accord, et par rapport aux situations que vous décriviez tout à l'heure, est-ce qu'il y a un*
1272 *profil type de ces jeunes adolescents et jeunes adultes ?*

1273 Oui nous en tout cas c'est des demandes pour ados parce que s'ils ont déjà 18 ans alors on va
1274 les réorienter vers interface par exemple parce que là, on ne va pas démarrer quelque chose à
1275 18 ans.

1276 *Ça peut être un jeune de 14 ans ?*

1277 Maintenant oui, même des petits parfois de 10 ans, ça arrive aussi. Généralement les situations
1278 qui sont intersectorielles donc où il y a un minimum aide à la jeunesse, AVIQ, ou santé mentale
1279 AVIQ, ou les trois aides à la jeunesse s'en tenant à l'AVIQ.

1280 *SPJ parfois ?*

1281 SPJ, ou même SAJ, alors souvent au moment où on nous appelle, toutes les situations sauf peut-
1282 être une ou l'autre qui ont été anticipées mais où on arrivait au même résultat c'est à un moment
1283 d'impasse ou une structure dit : au vu des passages à l'acte , de la difficulté à gérer la situation
1284 alors soit ils arrêtent net, ils amènent le jeune au SPJ et là commence un carrousel institutionnel
1285 qui est super compliqué pour ces jeunes qui ont majoritairement tous des troubles de
1286 l'attachement et donc voilà ils sont dans une insécurité, ils sont parachutés un jour dans une
1287 institution en dépannage, reviennent au SPJ , repartent, et donc là souvent on nous interpelle
1288 pour soutenir un peu ce qu'ils pensent parce que souvent c'est ce qui vient qui est pris et au
1289 fond on oublie alors de se poser. Vu que nous on n'est pas responsable de trouver un lieu dans
1290 l'urgence, on sollicite en parallèle du SPJ qui a ce rôle de fil rouge finalement mais alors nous
1291 on peut se distinguer de cette pression et alors on se rend compte aussi que certaines institutions
1292 conditionnent l'entrée d'un jeune à ce qu'il y ait case management dans la situation. Donc ça
1293 c'est arrivé plusieurs fois, comme ça, ils ont un interlocuteur qu'ils connaissent vers lequel ils
1294 peuvent se retourner quand ça se complique, penser une suite. Donc on s'ajoute finalement et
1295 notre objectif premier c'est vraiment que l'ensemble, souvent il y a beaucoup d'intervenants,
1296 alors c'est des intervenants qui se succèdent et ce qui est une vision partagée de la situation, en
1297 tout cas un tableau dans lequel chacun peut se retrouver dans la lecture, pour éviter que ça ne
1298 parte dans tous les sens.

1299 *Est-ce qu'il y a parfois par exemple un profil type socio-économique, socio-démographique de*
1300 *ces jeunes ?*

1301 Non maintenant quand même beaucoup de situations où ils sont quand même dans une certaine
1302 précarité ou alors même avec des parents qui ne sont pas là, qui sont toxicomanes, sdf,
1303 maintenant on a pas fait de statistiques non plus mais on peut avoir des situations où il y a une
1304 famille qui est présente mais par exemple le couple est dans d'autres difficultés, ne les met pas
1305 spécialement en avant, on se rend compte de fragilités dépressives et autres et du coup ils ne se
1306 mobilisent pas à la hauteur de ce qui serait attendu pour l'enfant et donc ça se suit pas et donc
1307 il faut à un moment donné les soutenir dans leur demande aussi. Mais souvent c'est quand
1308 même des situations très compliquées au niveau de l'histoire des parents, au niveau de l'histoire

1309 de l'enfant avec des multiples traumatismes, avec des consommations, des abandons, déjà dans
1310 les générations au-dessus.

1311 *C'est plutôt des difficultés multidimensionnelles ?*

1312 Oui et beaucoup de traumatismes quand même aussi.

1313 *Liés à l'enfance ?*

1314 Oui mais nous on est interpellés pour l'enfant, le jeune, l'ado qui, déjà parfois, à 10 ans a un
1315 parcours hallucinant de traumatismes, d'abandons, un nombre impressionnant d'institutions qui
1316 ont déjà renvoyés et où quand on nous appelle, on se dit, il a déjà tout grillé. Alors que non,
1317 parce que souvent on se rend compte qu'il y a toujours moyen de remettre des choses en place
1318 et il y a des situations qui heureusement évoluent très favorablement. Il y a une jeune fille, on
1319 ne la voyait nulle part ailleurs qu'en psychiatrie suite à un traumatisme sexuel de la part de son
1320 père sur elle où elle a vécu le fait qu'on la retire de la famille comme vraiment une exclusion
1321 complète. La maman ne pouvait pas envisager les révélations de la jeune fille comme vraies
1322 sinon elle aurait dû quitter son mari duquel elle était complètement dépendante et sous emprise.
1323 Et donc c'est une jeune fille qui a été extrêmement mal avec des comportements psychiatriques
1324 et même une lourde médication à un moment donné, des contentions physiques et on ne savait
1325 pas, hormis réorienter vers un service hospitalier sur du long cours sauf que les places sont très
1326 chères et donc elle est partie dans des dépannages avec des comportements qui étaient très
1327 inquiétants pour chaque institution qui l'a accueillie sur du court terme où elle était aux urgences
1328 non-stop jusqu'à ce qu'une institution d'aide à la jeunesse classique la prenne en charge et se
1329 prenne au défi de tenir dans la durée et elle y est depuis deux ans, elle est scolarisée à temps
1330 plein, elle fait attention à elle. Elle a des moments où elle va moins bien mais ça s'exprime plus
1331 sur un mode adolescente que psychiatrique donc elle a plus fait des grosses hospitalisations
1332 et autres. Et là on se dit wouah. Maintenant c'est une situation où on ne ferme pas le dossier,
1333 on est rappelé régulièrement soit pour une mise au point, soit parce qu'il y a un rebondissement
1334 familial car l'affaire n'est toujours pas jugée au niveau du papa donc ça impacte toujours autant
1335 la jeune fille qui a des petits moments où ça flanche mais plus dans des comportements aussi
1336 alarmants.

1337 *D'accord. Et par rapport à ce que j'ai pu lire, est-ce que vous prenez en charge plus de filles*
1338 *que de garçons ?*

1339 Ça c'est une bonne question. Je suis en train de réfléchir. Moi j'ai l'impression en tout cas qu'au
1340 niveau case-management, on a plus de garçons que de filles. Équipe mobile, ça je ne sais
1341 absolument pas, d'autant plus que l'équipe mobile est énorme donc le nombre de situations est
1342 énorme aussi mais ça peut-être que la coordination de soins a plus une vue d'ensemble. Bien
1343 que je ne sois pas sûre qu'il y ait déjà des statistiques qui aient été faites.

1344 *Pour revenir sur les jeunes adultes et vieux adolescents, en quoi ce groupe des 16-23 ans*
1345 *pourrait se distinguer des autres bénéficiaires ? Est-ce qu'il existe des facteurs de risque ou de*
1346 *vulnérabilité et est-ce qu'ils ont des besoins spécifiques ?*

1347 Non je pense que c'est plus la question de la transition vers les questions d'autonomie parce
1348 que à 18 ans, tout ce qui est déjà SPJ il y a plus donc finalement leur personne de référence sur
1349 plusieurs années, son rôle s'arrête le jour de l'anniversaire et si le jeune veut encore avoir de
1350 l'aide au niveau aide à la jeunesse, il doit alors faire une demande au SAJ et ça sera administratif
1351 donc physiquement il y a plus quelqu'un qui va aller toquer à une porte ou l'autre donc ça fait
1352 déjà beaucoup. Je pense que c'est ce qui fait beaucoup dans cette question de 18-23 enfin 16-
1353 23 mais je pense que c'est 16 car c'est le début de l'âge des prises en charges possibles dans les
1354 services d'adultes. Donc le passage vers l'âge adulte c'est les responsabilités, toutes les mises
1355 en autonomie par défaut parce qu'il n'y a pas de famille, parce qu'il y a plus de structure. Les
1356 questions de responsabilité aussi au niveau de la loi, ça change. On a eu une série de situations
1357 où les jeunes avec des déficits intellectuels ne mesuraient pas que le passage à l'acte qu'ils
1358 commettraient 3 jours avant 18 ans n'aurait pas les mêmes conséquences que 3 jours après 18
1359 ans et il y en a plusieurs qui se sont retrouvés en prison puis en défense sociale pour les mêmes
1360 faits qui se sont passés 3 mois avant et où ils ont eu un sermon du juge et ou on a dit : le profil,
1361 ça va être compliqué en IPPJ donc on ne l'y met pas et voilà. Donc là je pense qu'il y a
1362 effectivement des choses en termes de jonction tout comme les ponts qu'on a pu créer avec le
1363 service interface ou la case manager de la citadelle, qu'il y a des ponts à faire, des relais à faire
1364 et d'accompagner parce que si on donne juste un nom, on s'est rendu compte aussi quand on
1365 était sur certaines situations qu'il y a des familles présentes mais dans leurs propres difficultés
1366 qui vont toquer à toutes les portes, et dès qu'on leur tend une aide ou qu'on leur propose quelque
1367 chose de concret, ils vont toquer à une autre et donc il y a des situations comme ça ou on s'est
1368 dit on va y aller en duo et comme ça dès qu'elle appelle un ou l'autre, on s'accorde et on ne
1369 perd pas la famille en chemin parce qu'elle évite. Et malgré ça, il y en a qui sont allés toquer
1370 ailleurs, qui ont déménagé.

1371 *Comment décrire leur réseau social ? Leur environnement familial et scolaire ?*

1372 Scolaire, pour la majorité, ils sont quand même déscolarisés, ça c'est quand même une grosse
1373 majorité. Parce qu'il y a quand même des situations où on demande au case management s'il y
1374 a des gros troubles du comportement qui font que à un moment donné ça devient impossible
1375 quoi. Et donc les ruptures sont souvent liées à des passages à l'acte violents sur des intervenants,
1376 sur d'autres jeunes. Au niveau de la scolarité, l'apaisement qu'on essaye de trouver c'est
1377 vachement plus loin qu'une question de scolarité, ils sont en décrochage souvent depuis
1378 longtemps. Sinon l'environnement familial, c'est souvent plutôt chaotique ou alors quand il y
1379 a des familles présentes, il y a des limites intellectuelles importantes et donc il y a quand même
1380 toujours quelque chose qui ne suit pas. On fait avec les ressources de chacun et si une famille
1381 est précarisée ou en difficulté parce qu'il y a des limites intellectuelles et autres, l'idée c'est de
1382 les soutenir et il faut absolument les inclure quand même.

1383 *Oui. De manière générale le réseau social est plus ou moins faible ?*

1384 Oui tout à fait. Avec parfois des parents déchus, des familles d'accueil qui ont pris en charge à
1385 un moment donné et qui ne sont plus là, un jeune qui dépend d'une institution mais l'institution
1386 a déjà mis une date limite et au final en termes de personne de référence ou ressource, il y a
1387 quand même plus grand monde dans la situation pour les aider ce qui explique aussi.

1388 *Qu'en est-il de leur trajectoire de soins ?*

1389 Maintenant, il y a déjà eu beaucoup de placements ou alors des placements qui étaient
1390 compliqués. Parce qu'il y a des choses compliquées et je pense que c'est un peu typique aux
1391 gros troubles de l'attachement où il y a un test du lien qui se fait et que en grandissant les jeunes
1392 prennent de la puissance et c'est dans ce sens-là qu'on a effectivement plus de garçons mais où
1393 la force physique se décuple au fil des années et c'est là que ça devient très compliqué
1394 d'envisager. Là parfois, faut qu'on aille chercher des structures du côté de Mons pour un jeune
1395 de Liège parce qu'il n'y a pas à Liège ce qu'il faut.

1396 *Et justement, comment s'effectue le premier contact entre le jeune et l'équipe mobile ?*

1397 *Comment on en arrive là ?*

1398 L'équipe mobile au fait, il y a un numéro qui centralise toutes les demandes que ce soit équipe
1399 mobile ou case management. La coordination de soins et donc elles prennent note de toutes les
1400 situations pour lesquelles il y a des demandes et en fonction de ce qui est expliqué, vont déjà

1401 un peu questionner de est-ce que il y a déjà des choses qui ont été mises en place parce que s'il
1402 y a jamais eu de suivi ambulatoire, on va peut-être privilégier de tenter ça d'abord et donc elles
1403 listent une série de choses et donc si il y a une question de mobilité : le jeune passera des
1404 consultations et ça a du sens de travailler là et que les comportements voilà apparaissent etc.,
1405 alors il y a une indication équipe mobile. Crise de longue durée alors là aussi la question va
1406 être, est ce que c'est pour une intervention ponctuelle sur quelques semaines et qu'on voit que
1407 ça pourra faire levier et la crise alors amènera à autre chose ou est-ce qu'on est dans quelque
1408 chose où on sent que ça va être sur du long terme : des crises à répétition et qu'il faut rester
1409 dedans et là il y a une possibilité que ça soit équipe mobile longue durée. Et alors en fonction
1410 des situations, soit c'est très clair au niveau de la coordination de soin au moment de la réception
1411 pour l'équipe mobile et elle renvoie directement à l'antenne qui se trouve géographiquement
1412 dans la zone où se trouve le jeune et là c'est l'antenne qui reprend contact avec le demandeur
1413 pour fixer une première rencontre de prise de contact et que le demandeur puisse devant le jeune
1414 expliquer pourquoi il a fait appel et que l'équipe puisse se présenter et puis ça démarre.

1415 *Quelles seraient les premières démarches à réaliser pour organiser le transfert de ces jeunes ?*

1416 Ça découle de concertations généralement. Donc c'est vraiment en fonction de ce qui se joue
1417 sur le moment. Parfois ça peut être les limites d'une institution qui dit : moi je peux tenir mais
1418 pas seul. Il faut des partenaires plus hospitaliers ou autres ou alors on va mettre en avant le
1419 besoin de rouvrir une période plus en terme de stage et là ça peut être quelque chose de
1420 complètement différent mais ça découle de moment où on s'arrête sur la situation, où on se met
1421 autour de la table, où les intervenants qui sont dans le quotidien peuvent relayer, tiens le jeune
1422 parle beaucoup de ça ou en a vraiment très marre de ça ou le montre d'une façon ou d'une autre
1423 et que l'hypothèse c'est .. Et donc de là on réfléchit à ce qui a déjà été fait, ce qu'on connaît
1424 dans d'autres situations, ce qui existe et c'est au départ de concertations avec le SPJ, ou bien
1425 l'institution où se trouve le jeune, avec ceux qui sont concernés à ce moment-là par la situation,
1426 on liste ce qui est faisable ou pas et pour savoir qui fait quoi par la suite. Et alors nous au niveau
1427 case management, on propose d'être présent aux différentes rencontres qui ont lieu que ça soit
1428 pour une préadmission en hôpital ou dans une institution spécifique ou à ... et donc là il doit y
1429 avoir des ponts, des relais à faire et on doit accompagner, on soutient finalement les rencontres
1430 et on peut aussi refaire lien entre les personnes parce que parfois quand un parent explique, bah
1431 ils font parfois un lien direct ou ils zappent tout une partie du sens que ça a de se diriger vers
1432 eux pour la demande et donc ça peut être aidant pour la compréhension de la demande quoi.

1433 *D'accord. Et selon vous, quels sont les barrières et les facteurs facilitant la transition de ces*
1434 *jeunes 16-23 ans pour aller vers des soins psy adulte ?*

1435 À un moment donné dans les concertations qui ont lieu, on va se dire que par rapport à la
1436 population des plus jeunes, par rapport aux besoins. À 17 ans et demi par exemple, là il faudrait
1437 penser maintenant à une suite parce que on se rend compte qu'à 18, les choses ne vont pas être
1438 magiquement réglés.

1439 *Et ça c'est qui qui y pense ?*

1440 Un peu tout le monde je pense, oui. Maintenant nous on doit l'avoir en tête parce que aussi la
1441 nouvelle politique a inclus ça dans les missions autant dans l'équipe mobile que les case
1442 managers, que la coordination de soins, que les réseaux doivent avoir cette attention
1443 particulière. Maintenant quand le jeune a 16 ans, on va devoir se dire petit à petit : mais oui, il
1444 ne retournera pas en famille donc il va falloir à un moment donné penser et donc les choses
1445 vont se travailler d'abord avec un service d'aide à la jeunesse de toute façon si on va vers une
1446 mise en autonomie, oui. Mais ça va être limité dans la durée donc faut savoir qui va être garant
1447 après d'une suite et si on peut tuiler et ne pas le lâcher et recommencer x mois après, ce n'est
1448 pas plus mal parce que ça permet de tenir.

1449 *Et les facteurs facilitant la transition, ça serait alors plutôt la coordination ?*

1450 Et la concertation je pense surtout.

1451 *Les réunions de concertations alors, c'est bien ça ?*

1452 Oui et la suite qu'on y donne parce que on peut se concerter et puis si tout le monde reste là
1453 donc je pense qu'il faut à chaque fois être au clair sur qui va faire quelles démarches et qu'à un
1454 moment donné, on puisse refaire le point sur où en est la situation, est ce que chacun a fait les
1455 démarches qu'il a dit qu'il entreprendrait. Pas pour juger si ça n'a pas été fait mais alors peut-
1456 être de le faire et si c'est trop compliqué pour l'institution qui avait dit qu'il le ferait, on peut
1457 prendre le relai ou quelqu'un d'autre. Mais je pense que tous ces temps d'arrêt permettent de
1458 ponctuer les prises en charge, de proposer des choses différentes, d'être créatif et d'aller faire
1459 les relais au moment où il le faut.

1460 *Ok. Donc comment améliorer la continuité des soins vers les structures pour adultes et donc*
1461 *éviter la sortie des soins ? Comment est-ce qu'on pourrait améliorer cette continuité ?*

1462 La nouvelle politique privilégie quand même les soins à l'extérieur de l'hôpital, donc je pense
1463 que c'est au travers des équipes mobiles et de notre rôle de case management qu'on va garder
1464 le lien et le fil mais que ça ne va peut-être pas se passer en lieu de soins. Mais par contre si on
1465 sent que la situation est vraiment sur le fil à un moment donné, c'est aussi peut-être d'anticiper
1466 et de retourner vers les ressources où le jeune peut se poser, aller faire un time out par exemple
1467 pour revenir dans son milieu de vie plus apaisé et donc ça évite les ruptures.

1468 *D'ailleurs existe-t-il une résistance de la part des usagers par rapport aux soins ?*

1469 Oui ça arrive, et ça peut être une des raisons pour laquelle on demande à une équipe mobile
1470 d'intervenir, parfois même sous contraintes, sous mandat.

1471 *Et on sait un peu la raison ?*

1472 Le mot peut faire peur dans la perception, dans la vision qu'on a de la psychiatrie. Au niveau
1473 mobile, je ne suis pas sûre, il y a aussi des équipes mobiles aide à la jeunesse que je ne suis pas
1474 spécialement sûre de ce qui est véhiculé. Au niveau hospitalisation, oui. Ça clairement, ça fait
1475 partie sur mon autre mi-temps d'un travail. Un exemple qui m'a toujours un peu flashé : c'était
1476 un jeune qui était très jeune, il devait avoir 13 ans, que je vais voir en institution pour une
1477 demande de prise en charge, c'était une demande de bilan parce que voilà il était arrivé petit
1478 mais il avait quand même pas mal de carences et il se questionnait vraiment sur son
1479 fonctionnement et comment il se développait. Et donc on parle de bilan pédo-psy en hospitalier
1480 et donc je vais à sa rencontre des situations, pour une prise de contact et tout effrayé à la fin de
1481 la rencontre il me dit : « vous savez me dire comment ça va se passer ? » alors j'explique que
1482 c'est un service qui accueille de tel âge à tel âge, qu'il y a certaines activités, qu'il y a des heures
1483 de coucher, de lever, des repas qu'on prend tous en commun et c'est à ce moment-là qu'il y a
1484 toute une série d'activités et je lui cite un petit peu et alors il me regarde avec des yeux supers
1485 grands et alors il me dit : « et on va pas m'attacher à une machine ? » parce que lui il avait
1486 entendu bilan et il croyait qu'on allait lui mettre des fils et le raccorder à une machine...

1487 Bah là effectivement que c'est un peu compliqué, vu sous cet angle, les rendez-vous qui
1488 précèdent les hospitalisations, c'est tout le travail, le travail de l'approche et ce travail peut aussi
1489 être fait par des équipes mobiles et il y a des liens privilégiés entre les hospitalisations et les
1490 jeunes qui sont déjà suivis en équipes mobiles. Généralement on raccourcit la préadmission
1491 habituelle qui se fait au cactus en 3 rencontres, on la raccourcit en deux car on estime que
1492 l'équipe mobile a déjà fait cette première part de boulot, de déstigmatiser.

1493 *Selon vous, est-ce qu'il existe des défaillances structurelles, organisationnelles ou*
1494 *relationnelles des systèmes existants ?*

1495 En ayant pas mal participé à des réunions « jardins pour tous », ce qui revient systématiquement
1496 dans la bouche des intervenants c'est qu'il faudrait une institution pour incasables. Maintenant
1497 dans la réalité des faits, je pense que s'il y avait une institution de ce type-là, les jeunes qui sont
1498 dit ou étiquetés incasables, pour moi, c'est toujours à un moment alors que X mois après,
1499 comme la jeune fille, que je vous disais, ils ne sont plus là-dedans du tout. Et donc on est dans
1500 une temporalité qui fait qu'à un moment donné c'est compliqué mais si on doit concentrer dans
1501 une prise en charge, une institution, toutes ces situations dont personne ne veut, ça va juste être
1502 compliqué parce que on va mettre toutes les problématiques qui flambent au même endroit avec
1503 une équipe qui va complètement exploser parce que on voit déjà que les services pédo psy où
1504 il y en a un qui va mal et l'autre un peu mieux, c'est déjà super éprouvant de travailler en
1505 première ligne mais là, je pense que c'est un peu se tromper. Donc oui, on pourrait dire qu'il
1506 manque de places, que ce n'est pas normal que des jeunes soient sans lieu de vie mais je ne suis
1507 pas sûre qu'en en créant plus, ce sera mieux. Maintenant parfois c'est vrai que c'est dommage
1508 de devoir aller complètement de l'autre côté de la Belgique pour trouver quelque chose qu'on
1509 n'a absolument pas sur la province mais ça c'est pareil pour toutes les provinces où on va
1510 trouver quelque chose dans une autre province qu'on n'a pas.

1511 *Et qu'en est-il de la coopération intersectorielle ? La coordination de réseau de soins ?*

1512 Je pense que ça se tisse donc c'est en cours et qu'il y aura des choses à améliorer. Donc là il y
1513 a des immersions qui peuvent être faites. Donc ici on a un système qui privilégie de faire des
1514 immersions donc on peut aller un jour n'importe où. Encore dernièrement, une collègue me
1515 disait qu'elle avait fait une immersion au SPJ et donc elle a suivi le directeur toute la journée
1516 dans la réalité de son travail. Il y a eu lors d'ouvertures des services, des immersions dans
1517 différentes unités pédo psy pour se rendre compte des réalités et même des publics qui ne sont
1518 pas accueillis ici où il y a des enfants autistes etc. pour se rendre compte que les autistes sont
1519 différents, ce qui est proposé aussi. Et là il y a une grosse ouverture et ça tissent des ponts parce
1520 que voilà il y a un intérêt réciproque des structures qui se rencontrent, on a quand même pas
1521 mal de collaborations puisque c'est avec les magistrats, les SPJ et ça depuis plusieurs années
1522 donc là aussi, on a appris à se connaître, on s'est déjà pris la tête pour des situations où on
1523 n'était pas d'accord et puis on a pu en reparler après coup. Donc je pense que tout ça, ça aide à
1524 instaurer quelque chose de plus fluide dans les partenariats mais vraiment que tout, tout soit

1525 complètement... ce n'est pas facile. Je pense qu'il y a toujours du travail, il y a différentes
1526 commissions qui sont organisées avec la nouvelle politique qui démarre. A nouveau, autour de
1527 la table, ce sont des personnes différentes qu'on apprend à connaître.

1528 *On disait tout à l'heure que les jeunes dépendent de divers services. Est-ce que ça peut être un*
1529 *frein à la continuité des soins ? Dans la prise en charge ?*

1530 Souvent là aussi, on nous sollicite au niveau case management car les gens ne se parlent pas et
1531 donc effectivement, ça peut mettre le jeune dans des situations où il est pris entre les
1532 intervenants alors que les ajouts d'intervenants c'est parce que c'est une situation où il manque
1533 quelque chose.

1534 *Et là vous organisez des réunions de concertation où tout le monde vient ?*

1535 Oui donc là on peut provoquer des réunions de concertation où on invite tout le monde et si des
1536 personnes ne sont pas là, on peut prendre le rôle de laisser une trace de ce qui s'est discuté pour
1537 réinclure la personne qui n'était pas là et la réinviter quand même parce que parfois c'est une
1538 question d'agenda et pas de volonté. Parfois il y a des choses qui se jouent dans les absences,
1539 présences, échanges. Et on peut avoir aussi un rôle de tiers, on a été interpellé mais là je pense
1540 plus particulièrement à une situation où la déléguée était complètement en désaccord avec
1541 l'institution qui accueillait le jeune et inversement et donc là nous notre rôle était vraiment de
1542 traduire les positions de chacun et de trouver quelque chose d'un peu plus commun.

1543 *Et donc de quelle manière la mise en place des équipes mobiles permettrait-elle d'améliorer la*
1544 *transition des soins de ce groupe 16-23 ?*

1545 Ils peuvent améliorer la transition par leur présence et leur accompagnement vers les structures
1546 vers lesquelles il faut aller. Et parfois aussi l'équipe mobile a accès à des choses qu'on ne va
1547 pas voir. En consultation par exemple, que ça soit de compétences du jeune, ou en consultation
1548 vu la description et vu l'échange pauvre, on n'imaginerait pas que le jeune est complètement
1549 autonome au niveau du bus par exemple. Eux ont accès à une réalité de terrain aussi qui est
1550 intéressante pour savoir ce qui doit se passer et vers où aller et pas figer la situation parce qu'il
1551 y a un handicap mental important alors qu'il a quand même des compétences qui sont là parce
1552 qu'on le voit sur le terrain.

1553 *Comment le case manager participe à la transition ? On y a un peu répondu mais quels sont*
1554 *vos missions qui se rapportent à la transition des soins ?*

1555 Nous on reste sur le même mode pour un enfant de 10 ans que pour un enfant de 17, c'est-à-
1556 dire qu'on reste dans une investigation de la situation, de ce qui a fonctionné, pas fonctionné,
1557 qui est en place, pourquoi une famille d'accueil s'est retirée, essayer de recontextualiser et puis
1558 une fois qu'on a bien la réalité de la situation, on reprend le pourquoi on nous interpelle, ce
1559 qu'on nous demande finalement et puis là va commencer à mettre en place une réflexion autour
1560 de la situation où on va découvrir aussi de plus en plus et donc j'aurais envie de dire pas plus
1561 entre 16 et 23 que de 10, l'attention va être la même sauf que peut-être que le partenaire qu'on
1562 va solliciter à un moment donné du décours de la prise en charge va plus être un service adulte
1563 que un service pour enfant.

1564 *Donc la question de la transition des soins se pose à tout âge ? Ce n'est pas seulement de 16 à*
1565 *23 ans ?*

1566 Oui voilà. Sauf que peut-être que les réalités de prise en charge pour les adultes, ce qui est offert
1567 n'est pas tout à fait la même chose que les services pédopsychiatrie, il y a quand même un cadre qui va
1568 être fort différent. Dans les services pédo psy on va avoir des règlements où la question de la
1569 liberté totale n'y est pas du tout et il faudrait préparer le jeune à ça. Il y a parfois des statuts de
1570 couleur ou quand on est de la couleur rouge on ne peut pas sortir, on n'a pas le droit de faire le
1571 tour du parc alors que pour adultes, ça va être différent avec beaucoup plus d'autonomie, l'accès
1572 au téléphone plus facile. Donc à l'intérieur ce qui est offert va être autre chose mais le fait
1573 d'accompagner vers, de se montrer disponible pour une consultation va être la même chose.

1574 *On y a déjà répondu mais je pose quand même la question : est-ce que c'est une mission pour*
1575 *la case manager d'assurer la continuité des soins ?*

1576 Oui je pense que c'est une des missions premières, c'est qu'il y ait cette continuité qui est
1577 difficile à avoir.

1578 *Et on parlait des réunions de concertation tout à l'heure : en quoi elles sont bénéfiques en fait ?*

1579 Comme je disais tout à l'heure, ça permet la lecture commune de la situation. Parfois c'est de
1580 reconnaître l'évolution parce que quand on retrace dans une concertation d'où le jeune vient,
1581 ça peut aussi remotiver l'équipe qui prend en charge de se dire nous on a accompagné l'équipe
1582 au bout de ce chemin là et je pense que c'est important aussi de renvoyer à un moment donné à
1583 chacun la plus-value de son intervention et le sens. Il y a la question du qui fait quoi sinon on
1584 pourrait souvent attendre qu'un délégué fasse les démarches qu'il n'est même pas au courant
1585 qu'il doit faire et qui se dit, mais le SPJ est là mais il ne fait rien et donc le fait de se remettre

1586 autour de la table et de reconcerner tout le monde et de savoir qui fait quoi comment, je pense
1587 que ça donne du concret.

1588 *Et par rapport à ces réunions, comment les jeunes sont-ils impliqués ?*

1589 C'est au cas par cas. Idéalement s'il sait y être impliqué, oui mais dans certaines situations, s'il
1590 y a des grosses limites intellectuelles ou au niveau case management on a aussi pas mal de
1591 situations avec des jeunes autistes et se dire que pendant 1h30 il va entendre des intervenants
1592 parler de la situation, soit il ne va rien comprendre, soit ça va devenir complètement oppressant
1593 donc là on mesure un peu l'intérêt. Sinon ce qu'on fait encore bien souvent c'est une partie
1594 concertation entre intervenants puis on invite le jeune dans une seconde partie où on résume à
1595 hauteur de ce qu'il peut comprendre et entendre, ce qui s'est dit et de voir ce qu'il en pense, de
1596 dire que telle ou telle personne vont faire telle démarche, ce qu'il en pense aussi, et ce que lui
1597 veut prendre part à l'une ou l'autre démarche et le réimpliquer alors dans tout ce qu'il pense.

1598 *Dernière question justement par rapport à ces réunions de concertation, est ce que ça serait un*
1599 *facteur déterminant de réussite pour les transitions de soins ?*

1600 Je pense que c'est très aidant en tout cas. Maintenant déterminant, on n'a pas trop peu de recul
1601 pour savoir ça. En tout cas facilitant et on se rend compte qu'il y a beaucoup plus de portes qui
1602 s'ouvrent quand même quand les gens sont présents même si ce n'est pas en termes d'accueil
1603 et d'hébergement mais en termes d'interlocuteurs et de ne pas être seul dans la situation
1604 complexe.

1605 *D'avoir une compréhension dans les soins et les situations holistiques...*

1606 Oui et d'ailleurs il y a des situations où ça s'est vraiment apaisé et où on est invité une fois ou
1607 deux sur l'année pour une réunion de synthèse entre guillemets pour des bonnes nouvelles ou
1608 on n'a pas besoin de nous et en même temps on garde inclus et ils savent que si ça se
1609 recomplique, on peut s'y intéresser.

1610 *Merci beaucoup.*

1611

Réseau 3

R3P

1612 *La première question c'est de vous présenter en quelques mots par rapport à votre fonction...*

1613 Je suis pédopsychiatre au sein de l'équipe mobile assertive. Donc, ici il y a deux équipes
1614 mobiles de crise et de longue durée et je travaille dans celle de la longue durée. Donc en fait, il
1615 y a eu la nouvelle politique, c'est vraiment important parce que c'est fort différent des équipes
1616 mobiles adultes et donc au niveau de la transversalité et justement de la période que vous
1617 couvrez, c'est important parce que les équipes mobiles adultes peuvent aussi commencer les
1618 prises en charge des jeunes à partir de 16 ans et nous on va jusque 23 ans, donc on les a un petit
1619 peu rencontrés pour voir comment on pouvait s'organiser. Et donc la nouvelle politique en soins
1620 de santé mentale pour les adolescents a commencé en 2015 et l'idée de cette nouvelle politique
1621 c'est vraiment des gros budgets qui sont venus pour mettre en place ces nouvelles politiques et
1622 donc ce n'est pas une politique qui dépend de l'hospitalier, c'est la différence avec le projet
1623 107. Et donc, dans ce qui a été décidé, c'est que pour chaque province, il puisse avoir des
1624 équipes mobiles dans le réseau et donc il y a eu la constitution des équipes mobiles ici et c'est
1625 une équipe pluridisciplinaire avec un autre pédopsychiatre, au niveau de la longue durée on est
1626 avec des psychologues, infirmiers, un assistant social, un éducateur et voilà.

1627 *Est-ce que votre fonction a évolué au sein de ce réseau ?*

1628 Alors on est directement arrivées en tant que pédopsychiatres. Ce qu'on nous demande c'est
1629 effectivement d'être dans tout le versant clinique d'une part et d'une autre part, de pouvoir être
1630 le pédopsychiatre de réseau et de pouvoir être dans différents lieux, comme les comités de
1631 réseau, de participer avec les agents de liaison intersectoriels, le case-manager, de prendre du
1632 temps dans tous les cas, tous ensemble.

1633 *Ok. Par rapport aux bénéficiaires des équipes mobiles, quel est le profil type que vous*
1634 *rencontrez le plus souvent ?*

1635 Alors je ne sais pas s'il y a un profil type, après ce qui a un petit peu de particulier ici dans les
1636 équipes mobiles de notre réseau, quand le réseau s'est mis en place, il y a eu un petit peu, enfin
1637 voir ce que le réseau identifiait comme besoins plus spécifiques et que la demande des équipes
1638 mobiles travaillent sans exclusion de certains critères, de certaines personnes, enfin de certaines
1639 difficultés. Enfin voilà, qu'il y ait vraiment un travail sans exclusion mais qu'il y ait des critères

1640 quand même pour pouvoir être pris en charge par les équipes mobiles. Pour essayer que les
1641 équipes ne soient pas saturées de demandes. Et c'est quoi les critères importants, c'est qu'il y
1642 ait un critère de mobilité nécessaire, tant physique que psychique, si la personne peut aller porter
1643 la demande elle-même, ça n'a peut-être pas la même fonction qu'une équipe mobile puisse
1644 intervenir, donc une mobilité qui soit nécessaire et qu'il y ait une fragilité un peu de la demande,
1645 vous voyez. Ça c'est vraiment les deux critères importants. Et au niveau du réseau, on a
1646 demandé qu'on ait un regard aussi assez attentif aux jeunes judiciarisés avec un problème de
1647 santé mentale, aux jeunes qui présentent un double diagnostic, donc un retard mental et trouble
1648 du comportement, enfin maladie avec des difficultés d'ordre psychique. Autour des parentalités
1649 fragilisées, et je pense que j'oublie encore quelque chose. Mais dans tous les cas, les jeunes
1650 aussi qui ont des problèmes d'assuétude. Et donc les jeunes qui sont dans la transition, ici on a
1651 beaucoup de demandes dans l'équipe mobile de longue durée, on a énormément de demande
1652 de décrochage social plutôt que scolaire, donc un décrochage vraiment majeur et des jeunes qui
1653 ont un passif plus judiciarisé. Donc c'est vraiment souvent beaucoup de demandes qui nous
1654 arrivent pour cet âge-là. Donc vraiment un isolement social, avec soit des conduites plutôt
1655 internalisées avec un repli sur soi, soit plutôt quelque chose d'externalisé plus d'agressivité, de
1656 violence ou des relations familiales assez tordues.

1657 *Donc des histoires familiales assez compliquées, et qu'en est-il de l'environnement social et*
1658 *socioéconomique ?*

1659 Dans tous les cas, des jeunes qui se coupent de la société, que se sentent isolés. Qui n'ont pas
1660 forcément de ressources à disposition. Et des parents, soit dans un milieu en difficulté de liens
1661 et en difficulté relationnel ou bien où il y a des milieux où il y a certains liens mais on ne
1662 parvient pas à utiliser ces ressources. Mais on a quasi exclusivement des milieux défavorisés,
1663 on a aussi des milieux qui ne sont pas si défavorisés que ça du tout.

1664 *Et au niveau scolaire ?*

1665 Il y a un décrochage, quasi à chaque fois.

1666 *En quoi ce groupe des 16-23 se distingue des autres bénéficiaires ?*

1667 Ben je pense que ce qui les distingue, c'est que l'on commence, dans tous les cas, à toucher la
1668 grande adolescence et le lieu du jeune adulte et donc de voir comment est-ce qu'on positionne
1669 l'individu. Quand il est plus jeune, on positionne aussi l'individu mais on est tout de suite dans
1670 un contexte familial. Mais quand la transition se met tout doucement en place et que la demande

1671 du jeune autour de l'autonomie se fait, c'est comment on tient compte autant l'individu que tout
1672 milieu qui l'entoure. J'ai l'impression qu'une des difficultés dans cette tranche d'âge-là et la
1673 transition, c'est quelle place on laisse à chacun dans la société. Et une fois qu'on a la majorité,
1674 on a plus les mêmes obligations d'être en lien avec la famille, en psychiatrie adulte on est plus
1675 centré directement sur l'individu plutôt que sur la famille. Alors que nous, en pédopsychiatrie
1676 on travaille beaucoup avec la famille.

1677 *Existe-t-il justement des facteurs de risque concernant ce groupe d'âge ?*

1678 Pour moi la vulnérabilité c'est aussi toutes les assuétudes, je pense qu'il y a aussi forcément
1679 toutes les ressources psychiques etc. de faire face, il y a aussi le milieu très fort, l'accès aussi,
1680 que ce soit l'accès aux études, aux soins. Oui je pense que le facteur de vulnérabilité, c'est
1681 l'accès, dû aux problèmes financiers entre autres.

1682 *Il y a des raisons que ces jeunes n'aient pas d'accès aux soins ?*

1683 Ben je pense que c'est petit peu le serpent qui se mord la queue, mais dans tous les cas c'est
1684 voir les ressources de la personne, les ressources psychiques, les richesses psychiques de
1685 l'environnement et de la parentalité autour d'eux, des parents fragiles autour d'eux. Ce sont des
1686 facteurs de vulnérabilité mais ce n'est pas pour ça qu'il faut en faire une généralité.

1687 *En termes de diagnostic de cette tranche d'âge, qu'est-ce que vous rencontrez le plus ?*

1688 Je ne dirais pas qu'il y a une spécificité mais ça fait 3 ans et demi que les équipes mobiles de la
1689 nouvelle politique ont commencé. Non je ne parlerai de spécificité dans tous les cas.

1690 *Concernant le parcours de soins de ces jeunes, comment on pourrait le décrire ?*

1691 Nous généralement, comme c'est la spécificité de l'équipe mobile de soins assertifs, c'est
1692 généralement des patients qui ont effectivement eu une multitude de prises en charge souvent
1693 dans différents secteurs.

1694 *Donc pas uniquement dans la santé ?*

1695 Voilà, alors pas uniquement dans la santé, ça c'est, généralement il y a toujours un lien avec la
1696 santé mentale mais ce que je voulais dire c'est que, par exemple à la mise en place des réseaux
1697 des gens on est pas toujours obligé d'être dans le réseau psy. Pour que le réseau soit mis en
1698 place, ça peut être un réseau extérieur à ça mais généralement il y a eu une porte d'entrée autour
1699 d'une souffrance psychique.

1700 *Et comment s'effectue le premier contact avec l'équipe mobile ?*

1701 Nous, on nous a demandé, par rapport aux fameux templates de la conception des équipes
1702 mobiles, à notre niveau ce qui nous a été demandé, on nous a demandé qu'on soit un service de
1703 seconde ligne, c'est-à-dire que nous puissions intervenir quand les services de premières lignes
1704 consultables par les bénéficiaires, n'ont pas pu ou ne peuvent pas se faire. Et donc nous on est
1705 contacté par tout intervenant du réseau, donc que ça soit des PMS, un SSM, un médecin
1706 généraliste, les TMS de l'ONE, une AMO, une institutrice, voilà.

1707 *Et par rapport au parcours de soins du jeune, l'appel des équipes mobiles se situe où ?*

1708 Nous justement, c'est le grand questionnement. Pour le moment, on n'est pas dans la
1709 prévention, du tout. C'est surtout en termes de seconde ligne, qu'on est activables normalement,
1710 mais bon on a quand même eu des parents qui nous ont appelé directement et on a quand même
1711 essayé de travailler avec eux. Et de voir qui pourrait être la personne de référence pour un petit
1712 peu réfléchir avec eux autour de la situation mais votre question c'était ?

1713 *Qu'est ce qui fait que l'on recourt aux équipes mobiles ?*

1714 Oui, c'est ça, on n'est pas dans la prévention puisque c'est généralement quand il y a le
1715 décrochage et que le PMS a été activé mais que les parents ne demandent pas parce qu'il y a
1716 toujours cette fragilité de la demande et le peu de mobilisation des enfants ou de la famille.
1717 Donc on n'est malheureusement pas dans la prévention.

1718 Donc pour la mobilité c'est vraiment un des critères, pour que nous intervenions, il faut
1719 vraiment entre guillemets une fragilité de la demande et le fait qu'il n'y ait pas de mobilité. Si
1720 les personnes savent aller déposer la demande chez les thérapeutes, ils iront en ambulatoires ou
1721 en hospitalier mais quelque part elle n'a pas besoin d'être soutenue. Nous c'est vraiment pour
1722 essayer que les gens redeviennent acteurs, des prises en charge qu'ils vont mettre en place pour
1723 eux, et que ça ne soit pas nécessairement non plus des prises en charge psy, ça peut être de toute
1724 sorte, ça peut être, la mise en place d'une activité extrascolaire, d'une aide à la maison. On aide
1725 à ça, on n'est pas qu'un réseau psy, on est appelé par rapport à un souci et on peut se rendre
1726 compte que c'est une famille qui aurait besoin d'avoir une aide-ménagère par exemple, ça fait
1727 partie aussi de notre mission même s'il n'y avait pas vraiment à mettre un travail à mettre en
1728 place à la base.

1729 *D'accord. J'ai une autre question plus générale, comment s'organise de manière concrète la*
1730 *transition des soins des jeunes de la tranche d'âge 16-23 ?*

1731 Nous notre travail, notre mission première est de mettre en place un réseau et donc si on est
1732 avec un jeune adulte ou un grand adolescent qui doit aller vers le réseau adulte et donc on va
1733 s'adresser au réseau adulte. Après l'âge du transfert vers la psychiatrie adulte, ça dépend de
1734 plein de choses, parce qu'on prend en charge jusqu'à 23 ans. Et donc on se voit, on se rencontre
1735 avec les équipes mobiles adultes pour voir comment on travaille ensemble et on se rend compte
1736 que, quand eux ont des demandes entre 16 et 23 ans avec un réseau plus pédo, des jeunes qui
1737 sont vraiment encore aux études, qui ont un besoin de lien, donc ceux-là ils vont plus vers nous.
1738 Que si on est déjà avec des jeunes qui sont avec une autonomie, qui sont sortis d'un cursus
1739 scolaire, qui sont dans le monde du travail, là généralement c'est plus vers l'équipe mobile
1740 adulte qu'ils vont et donc il y a une certaine collaboration en fonction des besoins des jeunes.

1741 *Ok et par rapport à la transition des soins, quels seraient les barrières et les facteurs facilitant,*
1742 *selon vous ?*

1743 Je crois que le facteur facilitant c'est que les deux mondes, tant pédo qu'adulte, arrivent à se
1744 parler, à communiquer et d'avoir des visions qui peuvent se rassembler de temps en temps et
1745 qu'on ne reste pas chacun fermé. Donc je crois que ça devrait être facilitateur et de temps en
1746 temps ça peut être un frein parce que ce sont deux mondes qui ne se connaissent pas super bien.

1747 *Et comment connecter ces deux mondes qui ne se connaissent pas toujours super bien ?*

1748 Ben en tout cas, c'est ce qu'on essaye de faire, c'est de se rencontrer.

1749 *Il y a-t-il des défaillances structurelles ou organisationnelles, culturelles des systèmes de soins*
1750 *qui existent déjà ?*

1751 Mais vous êtes toujours pour la question de la transition. Mais effectivement, je pense qu'on
1752 est en manque criant du fait qu'il y ait les relais ou hospitaliers, qu'il y ait des relais qui peuvent
1753 être mis en place parce que justement il n'y a pas de place. Et donc c'est extrêmement difficile,
1754 il n'y a pas de place tant sur des prises en charge hospitalières ou sur des prises en charge
1755 ambulatoires thérapeutiques. Il y a de listes d'attentes partout, donc oui ça. Et le fait qu'il y ait,
1756 enfin que tout soit un petit peu catégorisé, entre guillemets. Avec des critères de temps en temps
1757 très restreints des institutions. Ce qui est normal mais du coup il y a des gaps qui ne sont pas
1758 couverts.

1759 *Et comment justement recouvrir ces gaps ? Est-ce que les équipes mobiles sont là pour ça ?*

1760 Alors, pour les équipes mobiles, elles seraient directement tout à fait saturées, comme les autres
1761 structures. Et ce qu'il nous est demandé, de voir quel était l'envie des politiques et sur le terrain
1762 puisque le but de l'équipe mobile c'est de pouvoir travailler avec les gens dans leur lieu de vie,
1763 de pouvoir avoir un réseau autour d'eux et pouvoir les rendre acteurs de leur prise en charge et
1764 qu'ils puissent à un moment donné, faire des choses. Ce sont des grandes valeurs avec
1765 l'empowerment notamment et des choses comme ça qui sont développées. Et donc c'est essayer
1766 que les gens puissent aller consulter parce qu'il y a effectivement un besoin mais en portant
1767 cette demande-là, que si on est équipe thérapeutique à domicile, on sort des missions qui nous
1768 ont été demandées. Donc l'idée c'est qu'on puisse faire du thérapeutique, enfin qu'on fasse du
1769 thérapeutique quand il y a un besoin thérapeutique pour pouvoir mettre en place la transition et
1770 leur laisser de l'autonomie par rapport à leurs soins.

1771 *Par rapport aux barrières qui peuvent exister, il y a parfois une résistance de la part de ces*
1772 *usagers ?*

1773 Le critère financier, c'est souvent une résistance importante. L'autre résistance c'est que le
1774 monde psy fait toujours, en tout cas par moment, un peu peur et le fait d'essayer de nous, de
1775 lever la résistance sur le fait que nous on essaye que les gens redeviennent acteurs et qu'on ne
1776 décide pas pour eux.

1777 *Et qu'en est-il de la coopération intersectorielle ?*

1778 Alors, on essaye beaucoup d'y travailler, pour essayer de continuer d'essayer de décroisonner
1779 le monde de la santé mentale, de l'AVIQ, et donc du handicap, de l'aide à la jeunesse, SAJ, SPJ
1780 etc. ça c'est vraiment la question handicap. Donc en tous les cas, le réseau il essaye d'être
1781 intersectoriel et les équipes aussi essayent d'être intersectorielles pour justement essayer de...
1782 voilà, de pouvoir avancer. Donc oui je pense qu'il y a des résistances mais dans tous les cas il
1783 y a une non connaissance entre les secteurs, de part et d'autre de ce que chacun peut faire ou
1784 quelles sont les limites de chacun, et donc le fait de ne pas bien se connaître et du coup ça
1785 représente une résistance aussi.

1786 *De quelle manière, selon vous, la mise en place de l'équipe mobile permettrait-elle d'améliorer*
1787 *(ou non) la transition ?*

1788 Je pense que c'est d'aller à la rencontre en tous les cas. D'aller à la rencontre et de permettre
1789 de faire les liens avec les différentes équipes et que sur base des situations qu'on peut avoir en
1790 commun, on peut lever certaines freins et travailler au fait de mieux se connaître, d'avancer, de
1791 réfléchir ensemble et toujours de mettre vraiment les usagers avec nous. Ce n'est pas les
1792 professionnels qui réfléchissent pour les gens, que ça soit plutôt les gens qui réfléchissent avec
1793 nous, là, pour eux quoi. Se mettre dans des positions suffisamment humbles aussi.

1794 *Quand vous dites mieux se connaître, c'est ...*

1795 De manière intersectorielle mais aussi entre les professionnels, effectivement savoir qui
1796 s'occupe de quoi, qui fait quoi, c'est quoi les spécificités, c'est quoi les missions. Que s'il y a
1797 une difficulté dans une situation, qu'on puisse en discuter ensemble plutôt que de se dire ils
1798 auraient dû faire ça ou ça, ce sont des compétences, qu'on arrive justement à discuter ensemble.

1799 *Donc j'en reviens aux rôles du case-manager, en fait quel est son rôle concernant la transition*
1800 *des soins ?*

1801 Son rôle c'est effectivement de pouvoir organiser des concertations, écouter les différents
1802 intervenants mettre les choses en commun, mettre tout le monde autour de la table. Et d'avoir
1803 un peu ce regard un peu méta, de tiers pour ne pas être plongé avec nous dans la situation
1804 clinique, être dans la neutralité ou bien plutôt la neutralité autour de la prise en charge mais en
1805 tous les cas qu'il y ait la possibilité d'être ce tiers et donc de ne pas être impliqué comme chacun
1806 des intervenants qui ont le nez dans le guidon, et donc d'avoir cette possibilité d'être un peu à
1807 l'extérieur de ça et du coup de pouvoir aider à faire de la transmission.

1808 Mais le case-manager il vient de commencer donc du coup, voilà mais effectivement,
1809 concernant la transition des soins, ça pourrait être un facilitateur pour connecter le monde pédo
1810 et le monde psy adulte.

1811 *Donc le case-manager pourrait avoir une mission de rassembler tous les professionnels, que*
1812 *ce soit dans le monde de la santé ou pas, dans l'aide à la jeunesse etc. ?*

1813 Oui, tout à fait.

1814 *Et est-ce que ce serait une mission pour lui d'assurer la continuité des soins ?*

1815 Non, ça je ne pense pas dans le sens où pour moi le case-manager...

1816 *Quand je dis continuité des soins, s'assurer de la trajectoire de soins des jeunes ?*

1817 Oui, la réflexion des soins, je dirais peut-être plus ça parce que pour moi la continuité des soins
1818 c'est quand on est au niveau clinique, au niveau médical et pas que, mais quand on est
1819 cliniquement impliqué dans la situation. Et ici le case-manager est censé être justement un peu
1820 à l'extérieur et ne pas être impliqué cliniquement systématiquement dans les situations. Donc
1821 ce serait ça que je voudrais nuancer. Donc plutôt que le case manager mette en place un fil
1822 rouge.

1823 *D'accord, et en quoi les réunions de concertation, organisées par les case-managers, peuvent-*
1824 *elles être bénéfiques à la transition des soins de ces jeunes ?*

1825 Parce que je pense que ça permettrait d'envisager la transition des soins et d'y réfléchir à la
1826 transition des soins. Ça permet d'être autour d'une table et de se poser et d'y réfléchir.

1827 *Et vous participez à ces concertations ?*

1828 Si on est impliqué dans la situation, oui, alors on est invité.

1829 *Et les jeunes sont aussi impliqués ? Si oui, comment ?*

1830 Oui, oui. Les jeunes sont là en tant qu'acteurs, c'est ce qu'on essaye de faire tant qu'on a la
1831 possibilité de le faire.

1832 *Ce serait plutôt un facteur facilitant la transition, ces réunions de concertations ?*

1833 Je pense et aussi, les services communautaires, comme ECOSA qui sont des service qui
1834 organisent toutes des concertations et ça c'est autour de, enfin vraiment quand il y a eu une
1835 prise en charge médicale autour d'un patient, ils organisent toute une concertation avec tous les
1836 autres intervenants aussi, mais il faut d'abord qu'il y ait une prise en charge en psychiatrie.
1837 C'est pas mal je trouve.

1838 *C'est une structure tout à fait indépendante ?*

1839 Oui, tout à fait. Et je voulais rajouter quelque chose, je ne sais pas si vous connaissez le service
1840 comme « l'entre temps », c'est vraiment un secteur, avec une équipe mobile aussi, qui est là
1841 depuis longtemps qui eux travaillent avec les adolescentes et leur spécificité c'est vraiment la
1842 prise en charge avec des adolescents qui sont au moins sur les trois secteurs, santé mentale aide
1843 à la jeunesse et AVIQ et ils accompagnent les jeunes. Mais eux ils sont avant la réforme, il y a
1844 eu la réforme du réseau mais ce service serait un outil, un partenaire quand même du réseau.

1845 *D'accord, merci beaucoup je vais me renseigner et merci pour cet entretien.*

1846 Avec plaisir, merci à vous.

<u>R3C</u>

1847 *Pouvez-vous vous présenter en quelques mots ?*

1848 Donc moi je suis assistant social, j'ai été aussi médiateur familial, j'ai fait la formation
1849 systémique, d'intervenant systémique en santé mentale. Je suis aussi quelqu'un qui se
1850 positionne souvent en position méta, aussi par ma formation de sociologue.

1851 *Et vous travaillez ici depuis combien de temps ?*

1852 Donc moi j'ai été engagé ici en octobre en tant que case-manager. Ce qui est attendu, ils
1853 recrutait toutes des personnes qui sont détachées du réseau. C'est-à-dire que lorsque moi par
1854 exemple je travaille dans un service socioéducatif, donc je suis dans la composante de l'Aide à
1855 la Jeunesse et voilà c'est vrai que quand j'ai eu connaissance du recrutement, ça m'intéressait.
1856 J'ai postulé et il attendait donc une personne de référence pour reprendre les situations de crise
1857 à la demande d'un ou plusieurs intervenants du réseau. Donc voilà, j'ai été la personne qui
1858 apparemment convenait. Et ce qui m'a été demandé, c'est de se dire bon ok voilà le Brabant
1859 Wallon avait pris du retard par rapport aux autres réseaux.

1860
1861 Donc l'idée était de mettre en place un dispositif assez rapidement, de prendre connaissance nu
1862 peu de la littérature, de voir un peu qu'est ce qui a déjà derrière tout ça, de rencontrer tous les
1863 case-managers qui sont déjà en fonction, de voir comment ils ont répondu aux attentes du réseau
1864 puisqu'il y a en fait quelque chose d'un peu abstrait, au niveau de la nouvelle politique et après
1865 il y a cette possibilité pour tous les réseaux de construire quelque chose qui répond beaucoup
1866 plus aux attentes du terrain. Donc j'ai fait tout ce tour, c'était très intéressant.

1867
1868 Mais après il fallait quelque chose qui corresponde au cahier de charge, il y avait aussi des
1869 acteurs ici dans le réseau qui n'avaient pas le temps, il y avait vraiment un problème au niveau
1870 de la disponibilité, et quelque part le réseau existe depuis 4-5 ans, il a investi mais après c'est
1871 toujours compliqué car c'est du temps qu'ils prennent sur leur temps de travail pour le réseau,
1872 alors bien sûr il y a une finalité de pouvoir mieux s'y retrouver. Donc sachant que je devais
1873 mettre en place ce dispositif de case-management, et bien ça suit son cours mais en tout cas
1874 pour moi ça a été un peu difficile en termes de temps, j'ai essayé de rassembler tous les

1875 intervenants pour les rencontrer et discuter ensemble de mon travail mais il y a très peu de
1876 disponibilité dans le réseau ici, donc moi ce que j'ai fait c'est que j'ai produit quelque chose en
1877 me référant aux concepts d'outre atlantique, la littérature anglophone et j'ai écrit un document
1878 pour reprendre toutes mes fonctions. Mais sinon, je rencontre très régulièrement les case-
1879 managers des autres réseaux, on se voit aux réunions SPF, où on peut être soutenu au niveau
1880 méthodologique et de pouvoir quelque part uniformiser ou bien plutôt de se donner des balises
1881 communes parce qu'il n'y a rien du tout...

1882

1883 *Vous planifiez aussi des réunions entre vous ?*

1884 Oui voilà, on essaye de tous se réunir les case-managers, pour des situations plus... Encore la
1885 semaine passée on s'est vu pour parler des situations. On discute sur quand y a une demande,
1886 comment on fait ? Savoir quand on dit ok cette situation c'est pour moi et cette situation ce
1887 n'est pas pour moi. C'est vrai que même si on a tous des critères, on se rend compte que sur le
1888 terrain ce n'est pas aussi évident que ça. De se dire non ça, ça rentre pas dans mes compétences,
1889 c'est pas toujours aussi clair que ça. Donc, voilà où moi j'en suis

1890

1891 *D'accord, et par rapport à cette fonction de case-manager, vous avez vu une évolution de*
1892 *fonction depuis octobre ?*

1893 Effectivement, j'ai pris mes marques et puis, j'ai été associé à différents groupes de travail,
1894 notamment avec les agents de liaison. Après dans ma fonction on est surtout super mobiles,
1895 puisque les concertations se font là, auprès des enfants, auprès des familles dans leur milieu qui
1896 leur est familier, ou bien alors dans les institutions. Donc, du coup pour moi être intégré dans
1897 le réseau, même si le réseau existe depuis un petit temps, comme je disais il faut, ça demande
1898 du temps pour les partenaires. Là il y a eu un nouveau comité de réseau, donc avec de nouveaux
1899 acteurs. C'est tout un art de mobiliser tous ces professionnels même si tout à chacun peut y
1900 avoir un intérêt puisque quelque part, c'est prendre du temps pendant les réunions, il y a plein
1901 de projets qui se mettent en place mais ça prend du temps et de l'énergie. Et à côté de ça le
1902 travail doit être fait dans les institutions, il y a toujours du travail qui est là et une pression.
1903 Donc nous, on se dit oui on va perdre du temps oui mais c'est du temps que l'on perd pour en
1904 gagner. Parce qu'effectivement à partir du moment où on va réellement travailler en réseau, on
1905 va être beaucoup plus efficaces, on va aller plus loin et plus vite. Mais pour ça il faut pouvoir
1906 s'accorder un peu de temps au début. Et même s'il y a toujours eu des réseaux en soi, mais il y
1907 a avoir chacun son réseau et puis le fonctionnement en réseau. Donc voilà dans ce réseau ici de
1908 santé mentale, il y a une part de l'aide à la jeunesse, il y a toute une série d'autres champs qui

1909 concerne les enfants et c'est faire travailler tout le monde ensemble. Parce que là pour l'instant,
1910 on travaille avec d'autres institutions, on connaît les intervenants mais on ne connaît pas tout le
1911 monde. Il faut toujours tout recommencer, fin en tout cas c'est savoir quand on communique,
1912 qu'est-ce qu'on communique ? Donc même si ça peut paraître une évidence, dans tous les
1913 champs on est formé à travailler en réseau mais heu, au de-là des formations et ce qui peut se
1914 faire sur le terrain, fonctionner tous dans cette optique là c'est pas toujours évident et même si
1915 on le dit, il y a quand même des habitudes qui sont toujours là, il y a des institutions qui
1916 fonctionnent avec leurs habitudes et routines et ce n'est pas aussi facile qu'il n'en paraît. Et
1917 c'est tout l'enjeu ici en tout cas des coordinateurs mais c'est vrai aussi dans tous les autres
1918 réseaux. Bon après, par rapport à ma fonction de case-manager, bon je n'ai pas dû me battre
1919 mais par rapport aux équipes mobiles, quand j'ai dit que moi j'allais rencontrer le jeune et sa
1920 famille, on m'a dit ben non là tu rentres dans la clinique, là c'est notre travail, si tu rentres, dans
1921 la clinique, tu vas avoir difficile, tu vas être pris dans le truc. Mais moi je dis non, voilà, moi
1922 j'ai une formation d'intervenant systémique, je conçois le dispositif au niveau systémique et
1923 donc pour moi, enfin je peux entendre qu'il y a des situations où eux-mêmes sont mis à mal
1924 avec des jeunes qui sont dans des états psychiques excessivement complexes, où ils ne veulent
1925 rien entendre et que la famille n'est pas forcément collaborant, donc on peut parfois être dans
1926 des situations un peu extrêmes. Et eux se disent ben oui si tu demandes l'avis du jeune tu ne
1927 l'auras pas et donc ça ne sert à rien de le rencontrer et de demander l'avis du jeune. Moi c'est
1928 un peu compliqué de me dire ben non... c'est mettre à mal une équipe professionnelle qui me
1929 dit, tu ne participes pas, tu ne donnes pas ton accord, en tout cas nous les professionnels de la
1930 santé on va se rencontrer pour sortir de cet impasse parce qu'effectivement on ne peut pas rester
1931 comme ça.

1932 Et donc moi j'ai adapté le dispositif. Donc quand les professionnels me disent non c'est peut-
1933 être contreproductif de rencontrer le jeune. Je dis ok je ne le rencontrerai pas mais en tout cas
1934 il faut quand même en discuter avec les professionnels.

1935 *C'est un peu une négociation en quelque sorte ?*

1936 Ouais, et pour finir oui c'est vrai que en tout cas moi je me retrouve pas mal là-dedans. Fin où
1937 d'emblée je me dis ce n'est pas forcément la situation du jeune qui est compliquée mais plutôt
1938 le contexte avec les professionnels et les structures etc. qui ont leurs habitudes et leurs routines
1939 et ce n'est pas facile de changer tout ça.

1940 *Par rapport à toutes ces situations que vous m'avez données, est-ce que vous pourriez me dire*
1941 *qui sont les bénéficiaires de l'équipe mobile qui nécessitent une transition concernant leurs*
1942 *soins ?*

1943 C'est assez large, d'abord on nous contacte soit par un professionnel soit par le patient lui-
1944 même. Pour l'instant, enfin par rapport à moi, le dispositif de case-manager n'était pas encore
1945 approuvé mais je voulais prendre une situation plus ou moins précise... Enfin l'équipe est
1946 souvent confrontée à des situations où, ici par exemple avec le SPF, il y a une évaluation qui
1947 est en train de se faire dans le dispositif, situation pour laquelle j'avais été sollicité surtout pour
1948 un travail intellectuel, parce que je suis sociologue... et donc la situation en question, je trouve
1949 qu'elle est assez illustrative des situations dans laquelle la plupart des jeunes adolescents se
1950 retrouvent souvent. Et donc elle a été choisie pour l'évaluation du SPF parce qu'effectivement
1951 c'est une situation où il n'y a pas de solution préétablie. C'est un jeune qui était en structure
1952 résidentielle, ses parents étaient déçus,...

1953 *Quel âge avait-il ?*

1954 De mémoire il avait plus ou moins 16-17 ans, mais en tout cas il a passé un long moment en
1955 institution à, on lui a fait passer un bilan pour aller dans l'institution. Mais en fait pendant ce
1956 bilan les gens de l'institution se sont dit mais en fait il met trop à mal l'équipe et donc on ne le
1957 veut plus. Et donc ce jeune s'est retrouvé sans solution, enfin alors qu'il était accueilli là-bas
1958 depuis excessivement longtemps, avec une situation qui n'était pas claire, où les professionnels
1959 ont trouvé une solution mais le SPJ n'a pas suivi. Mais aujourd'hui il n'y a toujours pas de
1960 solution, ils ne savent toujours pas, je ne sais pas entre temps où ils en sont mais l'équipe mobile
1961 a été mobilisée pour travailler avec lui. Alors c'est clair que le jeune met à mal l'équipe et que
1962 certaines choses de son parcours font qu'il met à mal les professionnels mais à côté de ça
1963 voilà... en tant que professionnels c'est aussi à nous de pouvoir prendre conscience de ça, je ne
1964 veux pas dire de le neutraliser mais en tout cas de devoir trouver des solutions. Mais alors
1965 parfois il y a toute une série de dysfonctionnements, de difficultés d'ajustement qui font qu'à
1966 un moment donné il n'y a pas forcément de solutions et donc l'équipe mobile se retrouvent
1967 souvent devant des situations où des jeunes ne trouvent pas leur place. Alors soit il n'y a pas
1968 encore eu de services mandatés, donc pas de réseau, ça ça arrive, il n'y a rien qui a été mis en
1969 place. Donc ils arrivent un peu dans une nouvelle situation. Ou soit les professionnels sont mis
1970 à mal.

1971 Je pense à une autre situation où on a été mandaté, l'équipe mobile aussi. Où c'était des jeunes
1972 qui fuyaient en permanence, où il y a une suspicion d'un spectre autistique. Ou en fait il y a
1973 des jeunes « borderline », avec pas mal de diagnostics. Il y a pas mal de situations, de crise ça
1974 porte bien son nom, hum, où il n'y a pas forcément de solution toute faite en institution, avec
1975 les réalités où il y a des placements avec des listes d'attente. La situation va continuer à se
1976 détériorer, les parents parfois n'en peuvent plus. Il y a déjà eu une mise à mal depuis pas mal

1977 de temps, donc tout le monde est fatigué. Donc ça c'est une réalité dans laquelle ils sont
1978 fréquemment. Et donc moi je suis censé intervenir par rapport à nos équipes mobiles quand eux
1979 n'en sortent plus, quand il n'y a plus de... Après ça restera toujours, on n'a pas de baguette
1980 magique. Eux ils sont déjà censés mettre en place des concertations

1981
1982 *De manière générale, quel est le profil type que vous rencontrez le plus concernant les jeunes*
1983 *qui ont un besoin de transition de soins ?*

1984 Il y a pas mal de jeunes qui sont judiciairisés, qui sont en crise, qui hum, où il y a la
1985 consommation, le cannabis, où il y a des décrochages scolaires. En tout cas des jeunes qui
1986 présentent, qui sont multifactoriels au niveau des difficultés. Il y a aussi beaucoup de jeunes où
1987 il n'y a plus de dialogue avec les parents, en tout cas pas mal de complexité. C'est quand même
1988 souvent des jeunes qui ont des parcours scolaires, des difficultés multifactorielles c'est : parents
1989 séparés, conflit parental, conflit familial, difficulté psychique chez les parents, dépression,
1990 alcoolisme, assuétude. On a vraiment, enfin quel que soit le milieu mais en tout cas on rencontre
1991 quand même souvent les mêmes facteurs, parfois la consommation aussi et donc des projets
1992 scolaires où les jeunes ne savent pas trop ce qu'ils vont faire, ils ne sont pas très investis dans
1993 leur scolarité, ils n'ont pas de projet en tant que tel et donc c'est une difficulté de se repérer et
1994 de se mettre en action. En tout cas je trouve que c'est plutôt multidimensionnel.

1995 Enfin je trouve qu'on est un peu dans cette aire où les difficultés ne sont pas des difficultés
1996 univoques, parce que celles-là elles sont prises en charge par la première ligne mais en tout cas
1997 c'est rare qu'un jeune qui a une difficulté vienne à nous. Je trouve qu'on a plutôt des jeunes où
1998 les choses n'ont pas été gérées ou en tout cas les choses se sont un peu abimées ou alors ils sont
1999 passés entre les mailles du filet ou en tout cas il y a pas mal de facteurs qui ont contribué au fait
2000 que le jeune se trouve à un moment donné avec plusieurs difficultés et les adultes qui ne sont
2001 pas en mesure de soutenir ou en tout cas de mettre des limites. Donc on est quand même, de
2002 manière générale, souvent dans ces profils-là

2003 *Je voulais aussi vous poser la question, en quoi ce groupe 16-23 se distingue des autres*
2004 *bénéficiaires ?*

2005 Ben c'est vrai que les 16-23 c'est aussi une intention toute particulière pour cette tranche pivot
2006 dans le domaine politique. Enfin autre entre avec l'aide à la jeunesse, il y avait toute une série
2007 de dispositifs qui étaient mis en place pour les adolescents mais enfin jusque 18 ans et puis il y
2008 avait plus rien. Or, avec l'évolution de la société, on se rend compte, enfin c'est une évidence,

2009 il y a tout ce phénomène de l'adolescence, en tout cas un bon nombre de jeunes adultes ne sont
2010 pas vraiment encore adultes et ne sont pas encore à même de pouvoir s'assumer, avec la
2011 tendance à ce que les études soient un peu plus longues ou en tout cas parfois les parcours
2012 scolaires sont un peu chaotiques. En tout cas, il y a plein de paramètres qui font que ce n'est
2013 pas évident et donc il y a toute cette tranche qui n'était pas couverte, hum, et donc c'est une
2014 volonté du politique d'être plus attentif et de mettre les moyens sur cette tranche-là.

2015 *Est-ce que vous savez m'en dire plus concernant leur expérience de soins, leur trajectoire de*
2016 *soins ?*

2017 Oui comme je disais, ils sont passés par les mailles du filet, il y a parfois un peu d'errance où
2018 les parents se sont dit on va y arriver et puis après c'est l'effet boule de neige et un cercle
2019 vicieux.

2020 *Et donc qu'est-ce qui fait qu'ils recourent au réseau, au sein de l'équipe mobile ?*

2021 Les situations sont déjà bien abimées et hum parfois les professionnels eux-mêmes ne savent
2022 plus comment le gérer parce qu'effectivement ils dépassent leur champ d'intervention mais
2023 c'est aussi pour ça que le réseau a été mis en place, le fait que ce soit intersectoriel. Alors à côté
2024 de ça, qu'est ce qui fait qu'à un moment donné il n'y a pas eu un signalement ou que la situation
2025 n'a pas été prise en charge, il y a des situations qui sont suivies par le SAJ et le SPJ et au niveau
2026 des équipes mobiles mais c'est vrai que je pense qu'il y en a aussi, mais alors là c'est aussi le
2027 rôle de l'équipe mobile d'activer un signal d'alerte mais c'est vrai qu'il y a quand même pas
2028 mal de situations où c'est assez étonnant qu'il n'y a pas de SAJ ou qu'il n'y a pas de SPJ. Mais
2029 moi je remarque qu'il y a parfois des situations qui sont déjà bien abimées et où il n'y a pas eu
2030 forcément de prise en charge, où il n'y a pas beaucoup de professionnels, d'ailleurs c'est un
2031 peu une attente qui est exprimée avec la nouvelle politique, il y a ce qu'on appelle les « lits
2032 répit », enfin ici on la rebaptisé lit répit mais en fait ce sont les lits de crise que eux appellent
2033 lit répit où les jeunes confrontés à une crise peuvent aller dans les structures hospitalières. Mais
2034 ici dans le réseau, il y a les lits de crise ou lits de répit comme la nommé ici le domaine parce
2035 qu'effectivement souvent il n'y a rien qui est travaillé en fait. Enfin ce n'est pas, ce sont des lits
2036 qui sont dans le réseau et c'est pour permettre effectivement qu'un jeune puisse se poser
2037 lorsqu'en famille ce n'est plus possible et donc il n'y a pas de travail thérapeutique. Il peut
2038 participer aux activités, mais il ne va pas y avoir de travail sur le fond.

2039 Et donc au sein de l'équipe mobile le constat c'est qu'il y a de plus en plus de jeunes qui arrivent
2040 et il n'y a pas de réseau et donc c'est très symptomatique du fait qu'on se dise il n'y a pas de
2041 réseau, il n'y a rien du tout et donc il n'y a pas de soutien et le jeune est en crise et où la situation
2042 est déjà critique et en fait il n'y a aucun professionnel et donc eux, voilà il y a une attente du
2043 case-management pour mettre en place un réseau autour de ces jeunes. Il y a un groupe de
2044 travail au sein du réseau qui travaille, enfin ce n'est pas évident parce que ce sont des structures
2045 psychiatriques pour les jeunes qui mettent à disposition pour le réseau. Ce sont des lits qui
2046 prennent sur leurs lits à eux pour le réseau. Donc c'est un peu compliqué et je suis associé à
2047 tout ce travail-là. Ce que je veux dire c'est qu'il y a une attente de ces structures par rapport à
2048 ces jeunes qu'ils prennent en charge environ 15 jours et où il n'y a rien du tout et puis après
2049 non plus. Et donc ça veut dire que quand ils sortent, il n'y a toujours pas de réseau et donc le
2050 risque que le jeune revienne à la case départ est important. Mais voilà le case manager a peut-
2051 être un rôle à jouer là-dedans, dans la transition, mais pas dans la mise en place d'un réseau
2052 parce que là dans cette situation il n'y a rien du tout et le case management c'est plutôt
2053 remobiliser que de mobiliser. Après, j'entends qu'effectivement ils sont en difficulté et que ça
2054 veut dire qu'il y a des jeunes qui se retrouvent sans rien du tout.

2055 Après la méconnaissance prend plus de place qu'elle en avait auparavant, où les savoirs se
2056 faisaient d'une génération à l'autre (société). À partir du moment où les séparations, les
2057 divorces, les difficultés familiales, la complexité par rapport au travail, enfin toute cette mise à
2058 mal par rapport à l'évolution de la famille fait qu'effectivement, il y a des transitions qui ne se
2059 font plus et pas mal de jeunes des nouvelles générations n'ont pas forcément de soutien, ne sont
2060 pas accompagnés par leurs parents et ils sont laissés à eux-mêmes ou ils quittent les parents
2061 mais ils ne savent pas vers qui se tourner. Donc effectivement, il y a quelque chose qui ne
2062 s'ajuste pas.

2063 *Comment le 1^{er} contact s'effectue avec l'équipe mobile ?*

2064 Oui, il y a une permanence téléphonique où les professionnels ou les bénéficiaires peuvent
2065 appeler. Je vais dire les personnes doivent habiter la région. Le service est gratuit et sans
2066 mandat. Mais vu le champ d'action et toutes les caractéristiques, ils travaillent en équipe mais
2067 tous peuvent travailler sur la situation. Ça veut dire que, mais comme ils travaillent sur du court
2068 terme, la famille et le patient peuvent voir des personnes différentes à chaque fois. Donc ils ont
2069 une farde de liaison, c'est très particulier. Moi qui travaille dans l'Aide à la Jeunesse, c'est
2070 toujours les mêmes intervenants du début à la fin. Mais ici ça tourne parce qu'effectivement

2071 c'est le seul moyen pour pouvoir couvrir toutes les situations du *** et pouvoir être disponible
2072 pour tous les rendez-vous, enfin ça demande un fonctionnement très particulier.

2073 *Concrètement, comment se passe l'organisation de la transition de soins au niveau de votre*
2074 *réseau ?*

2075 C'est le maillage, c'est la mise en place de nouveaux acteurs ou en tout cas ; c'est de pouvoir
2076 réunir les professionnels autour d'un jeune ou d'une famille pour qu'il puisse être soutenu. En
2077 tout cas c'est l'essence même du case management, c'est vraiment éviter la rupture au niveau
2078 de la trajectoire de soins et que si le jeune et son entourage n'est pas en mesure, quand il y a
2079 beaucoup d'acteurs d'autant qu'il est vulnérabilisé, de mettre en place ce qui est bon pour lui.
2080 Donc le case-manager ou le dispositif de case management va effectivement s'assurer que ce
2081 qui est mis en place est dans l'intérêt du jeune mais aussi avec l'idée qu'il reste aux commandes,
2082 que ce ne soit pas les professionnels qui décident ce qui est bon pour ce jeune. Il faut que le
2083 jeune soit partie prenante et qu'ensuite on puisse avancer dans son autonomisation, que la
2084 personne puisse elle-même reprendre tout ça en mains. Donc la transition au niveau plus
2085 pratique, c'est clair que ce qui est mis en place au niveau des équipes mobiles et du dispositif
2086 c'est quand même heu, éviter la rupture. Mais quelque part, si on place du point de vue du
2087 décideur politique, c'est vrai que la sécurité sociale est mise à mal, enfin on est en train de
2088 rationaliser, donc il y a lieu pour le politique d'assurer un minimum avec peut-être moins de
2089 moyens mais avec des situations qui sont peut-être un peu plus complexes. D'où la mise en
2090 place de dispositifs qui pouvoir d'essayer d'optimiser. Alors c'est vrai qu'on doit faire plus
2091 avec moins de moyens mais c'est vrai que ce n'est pas logique.

2092 Mais après ça paraît logique, ça tombe sous le sens aujourd'hui de se réunir autour d'une table
2093 pour discuter d'une situation mais on se rend bien compte que sur le terrain, travailler en réseau
2094 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
2095 mettre des choses en place avec des partenaires, s'il n'y a pas de dispositif qui le promeut, ça
2096 ne se fait pas hein. Donc même si on est dans une optique d'optimisation par rapport à la crise,
2097 pour moi ça tombe sous le sens. Comme quoi on voit dans le passé les pathologies étaient plus
2098 facilement identifiables, la société a mis en place toute une série de soins spécialisés où pour
2099 telle pathologie on allait vers tel spécialiste. Les choses étaient beaucoup plus élémentaires. Et
2100 peut-être qu'aujourd'hui avec la société, on est plus du tout là-dedans, c'est inconcevable. Peut-
2101 être que la société était moins complexe mais aujourd'hui quand il y a des difficultés, c'est rare
2102 qu'elles s'expriment dans un champ. S'il y a des difficultés familiales, il peut y avoir des

2103 répercussions au niveau familial, scolaire, sur la santé. Et donc si les adultes sont pris dans leurs
2104 difficultés et ne sont pas assez attentifs à leur rôle de parent de mettre en place ce qui est
2105 nécessaire, on a des situations qui commencent à se chroniciser mais en tout cas les choses
2106 s'expriment dans différents champs. Et puis dans les situations, quand on voit qu'à l'école ça
2107 ne se passe vraiment pas bien, c'est déjà des signaux rouges, signaux d'alerte parce que ça veut
2108 dire que le jeune n'a même pas un espace où il peut se sentir bien si ça ne se passe déjà pas bien
2109 dans la famille. Donc aujourd'hui on doit penser les choses de manière multidimensionnelle et
2110 pour cela il faut pouvoir travailler main dans la main avec tous les secteurs. Et pour moi on est
2111 dans cet enjeu là aujourd'hui.

2112 *Et donc selon vous, quels sont les barrières et les facteurs facilitant la transition des soins de*
2113 *ces jeunes ?*

2114 Pour moi c'est effectivement les méconnaissances. Je pense que de plus en plus de personnes
2115 se forment dans différentes disciplines, dans divers secteurs et donc les professionnels ont
2116 plusieurs cordes à leur arc. Ils multiplient leur champ de vision, ça ouvre à l'interdisciplinarité
2117 mais malgré tout si on prend les psychologues, les médecins, les assistants sociaux, je pense
2118 que les cadres de formations les amènent en tout cas à raisonner dans des églises ou des
2119 chapelles, enfin avec des habitudes et je pense que les personnes doivent évoluer. Et je pense
2120 que beaucoup de personnes sont dans des perceptions de corporation, d'institution. Si on prend
2121 une situation où le jeune va dans une institution mais que ça ne se passe pas bien dans
2122 l'institution, le jeune a été retiré de sa famille parce qu'ils n'étaient de bons parents entre
2123 guillemets, ben l'institution ne fait pas mieux. Donc quelque part l'institution, sa raison d'être
2124 c'est de pouvoir protéger les enfants, de répondre à leurs besoins et quand ça se passe pas bien
2125 ça veut dire l'institution n'a pas su s'adapter. Mais donc parfois l'institution porte un message
2126 avec des valeurs auxquels les travailleurs adhèrent et c'est parfois difficile de se remettre en
2127 question, d'être critique par rapport au travail qu'on effectue parce qu'on est justement dans
2128 ces valeurs de l'institution où il faut continuer à avancer dans tous les autres dossiers. Et donc
2129 il y a plein d'enjeux qui font que c'est difficile de se mettre tous autour d'une table pour pouvoir
2130 discuter d'une situation, de se dire ben oui là on a foiré, le jeune est mis à mal, voilà. Et donc
2131 je pense qu'il y a tout ce travail plus « intra » mais après il y a la connaissance des uns des
2132 autres, il y a l'opération qui a vu le jour dans différents endroits, « vis mon job » où il y a des
2133 échanges et qui permet de passer une journée avec une personne d'une autre profession et qui
2134 vise à connaître l'autre, savoir quels sont les enjeux, se mettre à la place de tels ou tels
2135 professionnels pour se rendre compte des difficultés auxquelles ils font face. Et donc c'est aussi

2136 de pouvoir multiplier les points de vue et de pouvoir se dire en tant que professionnels on fait
2137 du mieux qu'on peut mais parfois on peut merder.

2138 *Donc les facteurs facilitant, ce serait cette remise en question ?*

2139 Oui, dire que même si on est professionnel, on n'a pas solution à tout. Puis c'est aussi pouvoir
2140 communiquer, apprendre à connaître les autres. Et c'est tout le travail de réseau ici,
2141 effectivement, de se rendre compte que même si les gens se connaissent, et encore on ne se
2142 connaît pas toujours aussi bien que ce qu'on pense, et donc c'est apprendre à se connaître, faire
2143 partie d'un tout.

2144 En fait les deux réseaux enfant et adulte n'offrent pas les mêmes soins. Pour faciliter cette
2145 transition, il ne faudrait pas rajouter des structures mais plutôt assouplir les processus et les
2146 articuler.

2147 Et puis il y a aussi la remise en question, l'intersectorialité c'est la co-construction, enfin que
2148 les choses se co-construisent, pour moi c'est un maître mot. C'est que c'est plus le professionnel
2149 qui dit ce qui est bon pour le jeune mais le jeune qui s'implique et aussi les professionnels
2150 autour d'une concertation et de voir avec le patient quelle solution est la meilleure donc ça
2151 requière une certaine flexibilité, il n'y a pas de solution toute faite, il y a des solutions à
2152 construire. Bon de plus en plus, on est vraiment dans du multifactorielle ce qui demande plus
2153 qu'une solution simple.

2154 *Selon vous, il y aurait des défaillances structurelles ou organisationnelles des systèmes de soins*
2155 *existants selon vous ?*

2156 Oui il y a des dysfonctionnements, ça c'est évident mais voilà les plaintes qui viennent du
2157 terrain c'est de se dire qu'il manque de moyens, ça revient tout le temps, il manque de moyens,
2158 les équipes pas assez fournies, pas assez de formations. C'est un discours qui revient assez
2159 fréquemment par rapport à la prévention aussi au niveau du réseau. Mais voilà ça ne sert à rien
2160 de se plaindre, c'est vrai qu'on a quasiment tous connu cette période où on était dans une société
2161 avec plus de moyens, où on était en pleine croissance, tout était beau. Mais là aujourd'hui on
2162 est plus là-dedans, il faut en quelque sorte faire son deuil. Mais bon voilà, on voit qu'il y a
2163 moins de sécurité sociale, si on prend l'exemple d'une personne qui ne parvient pas à s'insérer
2164 socialement dans la société, donc des difficultés sociales et moins de chance d'avoir un emploi
2165 et c'est un cercle vicieux. Comment faire pour les remobiliser ? Mais voilà ce qui est proche
2166 d'un réseau, enfin en tout cas sociologiquement parlant, il n'y a plus un seul chemin à emprunter

2167 comme dans le temps pour aller d'un point A à un point B, il y a en fait une multitude et cette
2168 multitude ben on va essayer d'emprunter le chemin le plus adapté et c'est un peu ce mode de
2169 fonctionnement qu'on est appelé à fonctionner. Quand dans une situation, il y a une difficulté
2170 et un service, oui ok mais excepté qu'aujourd'hui il y a lieu de combiner et les choses ne sont
2171 pas causales ou dans une temporalité figée, les choses sont mouvantes et elles sont à construire
2172 et je pense que c'est ça que le professionnel doit faire ou apprendre, c'est d'acquérir cette
2173 souplesse. C'est se dire que les solutions on va les construire ensemble mais elles vont être
2174 remise en question pour pouvoir correspondre à la réalité du jeune qui évolue au fil du temps.
2175 Donc il faudrait plus de flexibilité dans la façon dont on travaille.

2176 *Concernant l'offre de soins, que connaissent les jeunes par rapport à ça ?*

2177 Alors ça c'est aussi tout l'enjeu ici du réseau, c'est de pouvoir, comme vous l'avez constaté, le
2178 site internet a été conçu pour la visibilité parce que la santé mentale reste quelque chose qui fait
2179 peur. D'ailleurs nous on commence à parler plutôt de bien-être parce que la santé mentale c'est
2180 se dire je suis malade, je suis un fou

2181 *Il y a encore une mauvaise perception... ?*

2182 Énormément ! Elle est très présente, autant on a pu assister à la consommation, les thérapeutes
2183 ce n'est pas ce qu'il manque, autant effectivement de manière générale dans l'opinion publique
2184 ça reste quand même quelque chose qui est perçu négativement. C'est je ne vais pas bien mais
2185 en fait je ne suis pas malade. Ou on minimise les difficultés. Et donc ici au sein du réseau, dans
2186 les activités qui sont mises en place, les sensibilisations, on va plutôt parler de bien-être parce
2187 que tout le monde peut y adhérer. Mais souvent les jeunes et les parents ne connaissent pas
2188 grand-chose et ils se disent non moi je n'ai pas besoin d'aller chez le thérapeute. Il y a la perte
2189 de contrôle, le sentiment qu'ils vont devoir tout dire, des choses qu'ils n'ont pas envie de dire,
2190 la peur d'être jugé. On ne sait pas travailler l'éducatif tant que le thérapeutique n'est pas activé.

2191 *Il y a en fait une certaine résistance au niveau des soins de la part de ces usagers ?*

2192 Oui, il y a énormément de familles rétives et pourtant ils vont se plaindre en permanence de
2193 leurs difficultés mais ils ne parviennent pas à faire le pas de se dire qu'effectivement ils doivent
2194 rencontrer des thérapeutes. Donc ça c'est vraiment une difficulté mais il faut une volonté de la
2195 part des familles ou du jeune mais voilà c'est un travail où on les renvoie à eux-mêmes. Mais
2196 beaucoup ont du mal à se dire il faut que j'aille chez le thérapeute mais bon ça coûte cher, ça
2197 prend du temps, c'est parler de choses qu'on n'a pas envie. Mais après, on remarque qu'il y a

2198 énormément de cas « borderline » où les situations sont plus des spectres, multifactoriels alors
2199 que les prises en charge sont souvent ciblées vers des critères donc du coup c'est pas toujours
2200 en adéquation ou ça va mettre à mal la prise en charge, mettre à mal les professionnels. Donc
2201 on constate qu'il y a quand même cette réalité où il y a une complexité dans le diagnostic et que
2202 les professionnels sont désemparés ou en tout cas ils sont confrontés à des problématiques qui
2203 dépassent leur champ d'intervention. Il y a aussi le travail avec les professionnels d'autres
2204 structures, de construire des choses pour le réseau qui n'existait pas. Mais il y a de plus en plus
2205 de situations qui débordent en fait.

2206 Mais bon en fait quelque part c'est le reflet de notre société, le fait que les jeunes soient avec
2207 des problèmes multidimensionnelles. Ce qui m'interpelle aussi beaucoup, c'est la gestion des
2208 émotions en tant que professionnels. Pas mal de professionnels sont touchés par des situations
2209 où il n'y a pas toujours des solutions et ces situations les mobilisent énormément et parfois les
2210 professionnels ont du mal à mettre des limites, mais parfois les dispositifs n'ont pas toujours
2211 une triangulation, un tiers pour pouvoir rediscuter de ces situations. Et donc être confronté aux
2212 souffrances des jeunes en permanence c'est pas toujours facile. Et puis il y a aussi le besoin
2213 d'être toujours en formation continue pour les professionnels, on a toujours l'impression de ne
2214 pas être assez outillé, ça dit en quelque sorte la réalité à laquelle on est confronté. Et voilà en
2215 fait je pense que ce qui est compliqué aujourd'hui dans notre société, c'est la contenance qu'il
2216 n'y a plus. Parce que les normes sociales sont en train, enfin s'effritent et tout ce qui était
2217 contenant avant comme les églises ou autres institutions, aujourd'hui ça l'est de moins en
2218 moins. Et je pense que cette absence de la contenance ou cette diminution fait que il y a de
2219 nouveaux symptômes qui apparaissent, de nouveau mal-être où les gens ne sont plus entendus,
2220 pas reconnus, où le mal se fait entendre différemment. Mais voilà c'est mon hypothèse par
2221 rapport à la santé mentale, il y avait avant des cas bien spécifiques, des maladies détectées bien
2222 claires mais il y a de plus en plus de situations borderline, des symptômes de ci et de là et je
2223 crois qu'on est dans ce temps-là et on est vraiment en difficulté. Et je pense que l'équipe mobile
2224 a toute sa raison d'être par rapport à ces situations qui trouvent pas toujours de place. Où les
2225 personnes n'ont pas rencontré la première ligne, ou bien que cette première ligne ne satisfait
2226 pas et la deuxième non plus. Je pense qu'il y a une nécessité d'intervenir dans ces situations qui
2227 ne trouvent pas de place ou bien il n'y a personne qui a activé quelque chose pour que ça rentre
2228 quelque part. donc il y a des situations qui se sont un peu aggravées.

2229 *De quelle manière la mise en place de votre EM permettrait-elle d'améliorer la transition des*
2230 *soins de ce groupe 16-23 ?*

2231 En tout cas elles fluidifient, elles permettent l'ajustement. Elles contribuent à mettre en place
2232 un réseau autour d'un jeune là où il n'y en a pas et s'il n'y en a pas c'est en tout cas de le
2233 remobiliser. Donc il y a quand même à relancer les choses, faire que ça se mobilise. Je pense
2234 que le rôle de l'équipe mobile c'est vraiment de redynamiser les choses. De mettre en lien, de
2235 dynamiser, en fait de faire ce que devrait faire l'entourage du jeune en tout cas. Et alors là on
2236 est dans du case-management, c'est de voir les besoins, mettre en place des solutions pour les
2237 jeunes qui traversent des situations complexes et c'est pas le faire à la place mais plutôt
2238 redynamiser, amener le jeune à se mobiliser et être de nouveau acteur aussi. Donc transition,
2239 c'est remobilisation.

2240 *Vous parliez du case-manager, comment il peut participer à cette transition ?*

2241 C'est surtout quand les équipes mobiles ou que les professionnels se trouvent dans une impasse.
2242 La raison d'être c'est l'intersectorialité, donc ça veut dire qu'on est face à des problèmes
2243 complexes, où parfois les professionnels sont mis à mal, hum, c'est aussi essayer de remobiliser/
2244 c'est se dire voilà, chacun essaye de son côté et on va se mettre ensemble pour construire et on
2245 va un peu sortir des logiques institutionnelles. Parce qu'en fait chacun a son cadre et les
2246 solutions qui ne peuvent pas émerger des cadres parce que le cadre ne le permet pas. Dans le
2247 dispositif du case management, il y a quand même l'idée de pouvoir négocier les choses qui ne
2248 sont pas négociables au départ. Donc c'est trouver des solutions mais qui vont demander aux
2249 professionnels ou aux institutions de faire du hors cadre, d'accepter l'exception à la règle pour
2250 justement que ça tienne, enfin le temps de, de trouver une solution. Donc c'est amener les uns
2251 et les autres à aller au-delà avec le jeune et la famille. Ce n'est pas le professionnel qui décide
2252 pour le jeune ou son entourage, c'est tous ensemble. Donc on est aussi dans la transition
2253 puisqu'on doit inventer quelque chose qui n'existe pas et donc on a ici des solutions hors cadres
2254 qui sont en quelque sorte des transitions pour parvenir à une solution de long terme. Puisqu'au
2255 final le jeune, l'optique c'est qu'il puisse reprendre les choses en mains.

2256 *Donc l'enjeu c'est qu'ils puissent sortir de cette impasse ou bien d'être suivis sur le long*
2257 *terme ?*

2258 Oui, tout à fait.

2259 *Concernant le case-manager, quelles sont les missions à accomplir dans le cadre de ce*
2260 *dispositif ?*

2261 Alors, dans le cahier des charges, le case-manager doit être garant des patients, il organise une
2262 concertation entre les différents intervenants pour trouver des moyens afin que le trajet de
2263 l'enfant dans le réseau soit efficace. Le case-manager joue aussi un rôle de médiation dans les
2264 situations qui posent problèmes en termes de communication entre les intervenants. Il aide le
2265 réseau à prendre une position méta par rapport à des situations de crise avec le projet de
2266 remobiliser le case management naturel de l'environnement du jeune tout en restant disponible
2267 en cas de nouvelle impasse. Hum, il apporte aussi un soutien aux intervenants pour trouver des
2268 possibilités de relais après un passage de crise. Ensuite le case-manager doit analyser, à
2269 posteriori, les causes et en fait un feedback régulier au réseau. Donc c'était vraiment ce qui était
2270 attendu au départ.

2271 Alors, ici dans le réseau il y a pas mal d'institutions de la santé mentale et donc il y a eu un
2272 choix que ce ne soit pas un psychologue par exemple, moi je suis assistant social comme je le
2273 disais tantôt. Mais sinon moi par rapport aux équipes mobiles je ne participe pas vraiment à
2274 leurs réunions d'équipe, je suis vraiment en dehors mais dans d'autres dispositifs de case-
2275 manager fait parfois partie de l'équipe mobile même. Donc il y a vraiment des structurations
2276 différentes, mais donc moi je suis vraiment en dehors des équipes mobiles, je ne suis pas articulé
2277 aux équipes mobiles. Après on s'est posé la question, mais ce serait peut-être une perte de temps
2278 d'aller aux réunions d'équipe où les nouvelles situations sont présentées. Bon effectivement, si
2279 je suis mobilisé et qu'à un moment donné je participe aux réunions, je me dis tiens est-ce que
2280 c'est utile puisque de toute façon la situation va être déployée donc moi je ne suis pas du tout
2281 associé. Je suis vraiment un peu satellite et aussi comme un dernier recours.

2282 *Est-ce une mission pour le case manager d'assurer la continuité des soins ?*

2283 En fait les personnes qui seront sollicitées par le dispositif case-management, elles le sont grâce
2284 à la concertation de tous les professionnels. Moi quand il y a une demande de concertation, je
2285 peux demander à chacun s'ils pensent à d'autres professionnels qui ont été sollicités ou pas
2286 encore mais qui peuvent être intéressants. C'est parfois même un professeur de gym, c'est
2287 vraiment pas uniquement le secteur de la santé, hors du champ de la santé mais des
2288 professionnels qui connaissent ou non le jeune mais qui peuvent faire avancer les choses. Mais
2289 après adulte, c'est compliqué parce que c'est le réseau adulte.

2290 *Une dernière question, en quoi les réunions de concertation sont-elles bénéfiques (ou pas) ?*

2291 Parce qu'effectivement, ce qui est intéressant c'est que le jeune est remis au centre et qu'il
2292 puisse se rendre compte qu'en fait on est tous là pour lui et qu'il n'est pas déposséder de sa
2293 trajectoire. On est tous là pour trouver des solutions, enfin pour les réunions où les jeunes sont
2294 présents lors de la concertation, enfin moi c'est ce que je plaide. Et on est vraiment dans un
2295 processus de co-construction, c'est quelque part être là, remettre le jeune face à lui-même. Et
2296 dire au jeune qu'on est tous là autour de lui pour l'aider mais qu'on ne peut pas le faire à sa
2297 place et ça lui demander de s'impliquer. Mais ce n'est pas toujours facile, se responsabiliser, ça
2298 ne tombe pas du ciel. Et parfois il y a des adolescents qui sont des grands enfants donc se
2299 responsabilise ce n'est pas facile, ça demande de la maturité, il y a des choses qui doivent
2300 s'enclencher. Mais donc pour moi c'est ça la concertation, c'est que le jeune va pouvoir
2301 cheminer et devenir adulte. Mais de manière générale c'est le travail d'une collectivité sur de
2302 l'individuel et je pense que les deux s'articulent mais l'un n'existe pas sans l'autre. Et je pense
2303 qu'à l'heure actuelle on dans les nouveaux ajustements par rapport au passé, c'est que la
2304 manière dont les individus étaient en cadrés et dans cette société en mutation aujourd'hui, où
2305 les valeurs de l'époque ne sont pas toujours là et les valeurs de l'ancien temps qui sont parfois
2306 encore présentes, ben on se retrouve dans une transition, un entre deux. Mais voilà c'est
2307 vraiment l'articulation entre l'individu et la collectivité mais on est face à une insécurité et donc
2308 la société a un pouvoir aussi de permettre aux individus de pouvoir s'émanciper et qu'ils
2309 trouvent à leur tour leur place. Et donc c'est tout un ajustement.

2310

Réseau 4

R4P

2311 *Pouvez-vous vous présenter en quelques mots ?*

2312 Je suis pédopsychiatre et médecin responsable du Rhéseau, réseau hennuyer pour
2313 l'épanouissement et la santé mentale des enfants et adolescents usagers.

2314 Dans ce cadre-là, je suis un peu la garante au niveau clinique de la bonne orientation des
2315 décisions qui se prennent dans le réseau par les différents acteurs au niveau des stratégies
2316 politiques, etc. car le Rhéseau doit mettre en place les nouvelles politiques en santé mentale
2317 infantile et juvénile qui a été impulsé par les ministres, par les politiques, par le fédéral. L'idée
2318 est que par province, les réseaux s'organisent pour mettre en place ces transitions et
2319 implémenter cela en fonction des besoins spécifiques du territoire. Et donc, moi je suis la
2320 garante clinique de cela et dans ce cadre-là, je travaille également comme superviseuse de
2321 certaines équipes, notamment de l'équipe mobile de soins de longue durée et notamment, de
2322 l'équipe de case managers, l'équipe qui fait du soutien au processus de concertation.

2323 A côté de mon job au Rhéseau, je travaille également comme pédopsychiatre et thérapeute de
2324 famille. Je suis psychothérapeute familiale. J'ai aussi une consultation à côté comme
2325 pédopsychiatre et thérapeute familiale et dans le cadre des équipes mobiles, je supervise les
2326 équipes et je suis la référente médicale des situations cliniques qui sont prises en charge, en tout
2327 cas d'une partie, et je supervise l'orientation clinique en staff d'équipe.

2328 Il y a plusieurs niveaux : mon travail se répartit à un niveau plus réflexion stratégique et
2329 politique avec les acteurs du secteur professionnel en lien avec la santé mentale au sens large
2330 et puis après, il y a aussi un travail plus clinique au niveau de supervision d'équipes – réfléchir
2331 aux situations cliniques dans lesquelles les équipes mobiles sont impliquées et décider des
2332 orientations cliniques, et ensuite si c'est nécessaire, pour certaines situations, à la demande de
2333 l'équipe, le médecin va parfois en situation. Par exemple, lundi matin je suis allée voir un jeune
2334 qui était fort inquiétant pour faire une évaluation médicale, une évaluation diagnostique et
2335 éventuellement, une réflexion par rapport à une médication.

2336 Dans ce cadre-là, je suis amenée à aller vraiment au chevet du patient mais sinon, la majorité
2337 de mon boulot, c'est plutôt le stade de la réflexion clinique et de supervision d'équipe.

2338 *Par rapport aux bénéficiaires de l'équipe mobile, quel est le profil type des usagers qui ont ce*
2339 *besoin de transitions de soins, entre 16 et 23 ans ?*

2340 Les motifs de la nouvelle politique, c'est que chaque bénéficiaire, chaque jeune, enfant,
2341 adolescent, a droit à des soins à la hauteur de ses besoins, quel que soit son âge, son lieu de
2342 résidence, sa problématique. Auparavant, il y avait toute une série de services différents qui
2343 offraient des prises en charge, des soins, mais on avait un gros souci car certains jeunes, du fait
2344 de leur localisation, n'avaient pas accès à certains soins, certains jeunes du fait de leur âge ou
2345 de leur problématique n'avaient pas non plus accès à certains soins.

2346 Il y avait un cloisonnement des services qui avaient des critères très restreints de prise en charge.
2347 Nous, dans notre service, on ne prend en charge que des jeunes qui sont domiciliés dans cette
2348 région, qui ont entre tel âge et tel âge et qui n'ont que ce problème-là. Il y a donc toute une série
2349 de jeunes, les « incasables », pour lesquels les services se renvoient la balle, en disant : non,
2350 non, ce n'est pas de la psychiatrie, c'est du handicap. Non, non, ce n'est pas du handicap, c'est
2351 de l'aide à la jeunesse. Non, non, ce n'est pas de l'aide à la jeunesse, c'est de la psychiatrie.

2352 L'idée de la nouvelle politique, c'est vraiment d'éviter qu'il y ait un transfert des cas difficiles
2353 comme cela et que chaque jeune, et qu'il y ait des soins un peu plus à la carte et que les différents
2354 secteurs travaillent ensemble, collaborent pour faire une prise en charge globale, non cloisonnée
2355 et intégrée qui respecte finalement le mieux la réalité car chaque jeune a ses particularités et a
2356 besoin que les différents secteurs se parlent et collaborent.

2357 Voilà quelque chose d'intéressant par rapport aux constats qui étaient faits avant sur le terrain.
2358 C'est cela qui a été impulsé par la nouvelle politique. Et sur le réseau du Hainaut, la
2359 particularité, c'est qu'on a un public très précaire, avec beaucoup de soucis au niveau social, et
2360 donc des problèmes d'accessibilité aux soins à cause d'une précarité sociale – on ne sait pas
2361 payer le médecin, on ne sait pas payer parfois le transport. Les soins psy, c'est très compliqué.
2362 A part en centre de guidance, payer un psychologue, c'est impayable pour la majorité de notre
2363 population ici.

2364 Les différents secteurs observent aussi qu'on a une modification du profil avec des jeunes qui
2365 ont de plus en plus tôt de grosses problématiques psychiatriques. On a le sentiment, l'impression
2366 que la précarisation a amené à une psychiatrisation. Une grande précarité sociale chez les
2367 parents a amené à des problématiques d'addictions, d'assuétudes. Des parents qui sont en survie
2368 ne savent pas forcément s'investir de manière adéquate dans la relation à leurs enfants. Ils ne

2369 savent pas toujours bien stimuler leurs enfants, ne savent pas créer pour eux une base de sécurité
2370 suffisante. Là où on avait à la base un problème de précarité sociale, on a vraiment eu un
2371 glissement vers une psychiatrisation. On a des enfants qui très tôt n'ont pas été pris en charge
2372 correctement par des parents, ont été pris dans des familles dysfonctionnelles, avec des
2373 problèmes d'assuétudes, etc. On a donc tout un public qui a grandi, qui représente les futurs
2374 parents et qui a vraiment une problématique psychiatrique.

2375 On a aussi des enfants qui ont de retards mentaux, qui ne sont pas dus à la base à des problèmes
2376 neurologiques, mais qui sont liés à la précarité et au manque de stimulations.

2377 Je pense que c'est une spécificité du Hainaut qui fait que pour le public ici, il y a un gros souci
2378 d'accessibilité aux soins, que ce soit au niveau financier ou aussi de méconnaissance – des
2379 familles qui sont prises dans tous leur soucis ou qui sont fort seules, fort isolées – qui n'ont pas
2380 spécialement connaissance de c'est quoi le soins le plus adéquat et où il faut aller pour avoir
2381 accès. Parfois aussi, certaines procédures sont très complexes : il faut remplir des papiers,
2382 sonner à telle porte, se faire accompagner... Parfois cela rend aussi complexe l'accessibilité
2383 aux soins. Enfin, il y a aussi le problème de l'accessibilité psychique aux soins. Quand on a une
2384 famille qui est elle-même dysfonctionnelle, qui est dans la psychopathologie, au sens que
2385 psychologiquement cela ne va pas, c'est difficile de se préoccuper des besoins de ses enfants. C'est
2386 difficile, quand on est soi-même en survie dans sa propre problématique psychique ou
2387 psychiatrique, de sortir. On a aussi toute une série de familles qui sont plutôt paranoïques par rapport
2388 aux soins.

2389 Les choses se psychiatrisent, on a des familles qui vivent de plus en plus isolées, renfermées et
2390 de plus en plus inquiètes par rapport au regard que les professionnels ont sur eux. La crainte
2391 que les professionnels viennent se rendre compte de la situation, la crainte de la stigmatisation
2392 et la grosse crainte qu'on leur retire leurs enfants. Il y a aussi cette problématique-là qui fait que
2393 les enfants de ce public n'ont pas toujours accès aux soins et c'est précisément pour ce public
2394 pour lequel il y a un problème d'accessibilité aux soins que les équipes mobiles ont été créées.

2395 Ce que l'on proposait auparavant comme services – des consultations, hospitalisations, centres
2396 de jour, etc. – il y a tout un public qui n'arrive jamais jusqu'à eux, alors que c'est un public qui
2397 nécessite des soins en santé mentale. Les équipes mobiles ont pour objectif d'offrir des soins qui
2398 s'adaptent... De ne pas demander à un public déjà fragilisé de s'adapter à des services mis en
2399 place qui fonctionnent de façon un peu trop rigide, mais de vraiment adapter les soins en
2400 fonction de chaque situation en allant au plus près du jeune avec en plus, l'idée – qui fait partie

2401 de la philosophie de la nouvelle politique – qui est que l'équipe mobile va aller au plus près du
2402 jeune pour essayer de remobiliser les ressources du jeune, de sa famille, de l'entourage propre.
2403 Elle va évaluer aussi ce qui fait soin car il n'y a pas que le thérapeute qui fait soin. Un entraîneur
2404 de foot, un chouette éducateur à l'école peut parfois faire soin, un centre PMS, quelqu'un à la
2405 crèche, une assistante sociale du CPAS de la maman. L'idée de l'équipe mobile est d'aller au
2406 plus proche du patient pour vraiment comprendre et mobiliser les ressources de proximité pour
2407 essayer qu'il y ait de nouveau une mobilisation du jeune et de la famille possible, une
2408 autonomie... L'idée est de faire émerger des ressources qui vont leur permettre d'être à nouveau
2409 acteurs de leur vie, d'être à nouveau autonomes, et d'être à nouveau mobiles pour des soins,
2410 C'est un peu cela l'idée, l'objectif... Mais en pratique, ce n'est pas toujours facile...

2411 *Par rapport à l'environnements scolaire, qu'en est-il ?*

2412 Il y a beaucoup de choses à dire sur l'école en tant que pédopsychiatre...

2413 *Comment décrire l'environnement scolaire de ces jeunes en besoin de transition, toujours la*
2414 *tranche 16-23 ans ?*

2415 Le constat au niveau des services de soins de santé mentale concernant cette tranche, c'est que
2416 les soins étaient assez cloisonnés et il y a aussi tout une série de secteurs qui ne peuvent pas
2417 prendre en charge des enfants à partir d'un certain âge. Par exemple, l'aide à la jeunesse prend
2418 en charge les jeunes jusqu'à 18 ans et après, hop, plus rien, c'est ... Si un jeune était par exemple
2419 dans un internat spécialisé, placé quelque part, il était accompagné par une équipe, tout s'arrête
2420 car il a 18 ans et c'est vrai que la collaboration, la connaissance, avec un service adulte n'était
2421 pas toujours fort adéquate.

2422 L'idée avec la nouvelle politique, c'est aussi d'aider à décroisonner les choses et à favoriser les
2423 collaborations. Tout le réseau s'adresse au public 0-23 ans et les équipes mobiles s'adressent
2424 aussi au public 0-23 ans, avec pour la tranche 16-23 des collaborations avec les équipes mobiles
2425 adultes, les équipes des projets 107.

2426 C'est plus ou moins la chose – avec quelques spécificités. Il y a donc une collaboration pour le
2427 public 16-23 en fonction de la problématique. Les équipes mobiles, quand il y a une demande
2428 chez nous ou chez un service adultes pour un jeune entre 16 et 23 ans, en fonction de la situation
2429 et de ce qui doit être travaillé, on va plutôt les prendre en charge chez nous en pédo-psy ou les
2430 envoyer vers les adultes. Par exemple, si des jeunes sont vraiment dans des problématiques
2431 adolescentes, avec des questionnements et enjeux en lien avec l'adolescence ou l'enfance à

2432 travailler avec la famille, c'est plutôt nous qui allons y aller. Si par contre, on a des jeunes qui
2433 ont 16 ans, mais qui sont déjà très matures et sont un peu sortis de cette problématique
2434 adolescente, et qui sont vraiment dans des projets de vie d'adultes, d'autonomie, alors on les
2435 oriente plus vers les services adultes, en fonction de leurs besoins.

2436 Concernant l'environnement scolaire, et cette tranche d'âge-là,... Pour les jeunes entre 16 et 23
2437 ans qui ne vont pas bien psychiquement, on a un gros souci de décrochage scolaire...16-23, c'est
2438 aussi un âge où on a toutes les entrées en psychose, les premières décompensations
2439 schizophréniques, certaines entrées en bipolarité (même si cela c'est souvent un peu plus tard).

2440 Au niveau des diagnostics, la tranche 16-23, c'est aussi l'âge d'entrée dans des maladies
2441 chroniques psychiatriques. Les premiers symptômes sont souvent un arrêt au niveau cognitif,
2442 avec des jeunes qui ne sont plus du tout capables de suivre, ni de se concentrer, qui ont leur
2443 machine à penser qui s'arrête et qui décrochent à l'école. A cet âge-là, la problématique du
2444 décrochage scolaire est quand même importante, que ce soit pour les jeunes qui ont des
2445 problèmes psychiatriques ou pour les jeunes qui ont des problèmes de comportement de
2446 délinquance, d'assuétudes, etc. C'est aussi la tranche d'âge qui peut-être la plus touchée.

2447 L'école est donc vraiment un acteur important dans la question du raccrochage scolaire. Face
2448 au décrochage d'un jeune, l'école est souvent la première ligne qui va s'inquiéter. Un jeune qui
2449 décroche est un jeune en souffrance. Donc l'école doit essayer d'alerter assez vite pour éviter
2450 qu'une problématique chronique s'installe et qui se cristallise. Quand les choses s'installent
2451 depuis plusieurs mois, c'est plus difficile d'agir directement. L'acteur de l'école est donc un
2452 acteur important pour donner peut-être le premier signal d'alerte qui pourra alerter, appeler à la
2453 rescousse les bons professionnels.

2454 Or, c'est vrai que dans le fonctionnement actuel, les écoles sont aussi débordées et ont aussi de
2455 grosses classes à gérer avec plein de problématiques... L'école est actuellement un secteur qui
2456 ne va pas bien, avec des professeurs qui ne vont pas bien, qui ne sont pas valorisés, pas outillés
2457 correctement par rapport aux jobs et objectifs demandés. Ce n'est donc pas facile de leur
2458 demander en plus de s'inquiéter et de faire du 'à la carte' et de soutenir un jeune en particulier
2459 quand il y a un seul prof à la limite du burn-out avec de grosses classes et plein de jeunes en
2460 difficultés, c'est compliqué. C'est clair que c'est un maillon qui ne fonctionne pas bien pour le
2461 moment.

2462 Je pense aussi que le fonctionnement de l'école est à réformer, qu'il n'est plus adapté aux jeunes
2463 actuellement, à la société qu'on a actuellement. L'école fait office de dinosaure qui nécessiterait
2464 d'être réformée vraiment en profondeur, aussi dans les valeurs. La raison d'être de l'école,
2465 est-ce de faire des enfants modèles qui vont bien écouter, qui ne vont plus avoir leur liberté de
2466 penser, qui vont bien rentrer dans les cases, et bien écouter ce que leur patron va leur demander
2467 de faire... Je ne sais pas si c'est cela qui sera encore adapté à la société de demain... En tant
2468 que pédopsychiatre, je pars plutôt que du principe que la raison d'être de l'école est plutôt de
2469 permettre un plein épanouissement d'un jeune, qu'il se connaisse lui-même, qu'il sache quelles
2470 sont ses forces et ses faiblesses et qu'il sache faire des choix plus tard. Qu'il ait des compétences
2471 d'adaptabilité, de coopérativité plus que de compétitivité. De coopération, je pense que c'est
2472 l'avenir... et aussi des compétences au niveau de la créativité de l'adaptabilité, ce que l'école
2473 ne permet pas du tout... L'école pour l'instant casse un peu tout cela... Je pense que les 16-23
2474 et les jeunes qui sortent de l'école et se confrontent au domaine professionnel sont aussi mis à
2475 mal car ils se rendent compte qu'ils n'ont pas du tout été formés pour la réalité qui les attend à
2476 la sortie de l'école. C'est plutôt après 23 ans, mais on a de plus en plus de burn-out chez des
2477 jeunes qui ont leur première expérience professionnelle, et qui tombent en burn-out après
2478 quelques années. On parle là peut-être d'une classe sociale différente... On a des jeunes qui
2479 sont beaucoup plus vite en burn-out avec des expériences très précoces au niveau professionnel.
2480 On se rend compte que la pression est trop forte et qu'ils ne sont pas du tout prêts à affronter la
2481 réalité car l'école ne les a pas du tout aidés.

2482 *On a parlé de l'isolement familial, mais qu'en est-il de l'isolement du jeune ?*

2483 On est dans une société où l'environnement, le réseau social s'est appauvri. Avant, on avait de
2484 grandes familles très solidaires, avec des fonctionnements un peu claniques, et beaucoup plus
2485 d'entraide dans les lieux de vie, l'entourage, le voisinage, etc. On a, dans la société, un repli sur
2486 soi, avec beaucoup moins d'entraide entre voisins. Les familles aussi se sont modifiées : des
2487 grosses familles claniques d'aparavant, on est aujourd'hui quasi à des familles nucléaires avec
2488 beaucoup de pression sur le couple car le couple doit tout tenir. On fait moins appel à la famille
2489 plus éloignée, il y a beaucoup plus de ruptures de contact avec la famille plus éloignée. Ça s'est
2490 vachement appauvri.

2491 On n'est plus dans le même modèle familial : aujourd'hui, c'est davantage le modèle de la
2492 famille nucléaire : les parents + les enfants avec éventuellement quelques ressources en plus,
2493 mais c'est souvent une toute petite bulle nucléaire. Et si il y en a quelques-uns qui

2494 dysfonctionnent là-dedans, c'est compliqué, on est fort seuls... Alors, le problème des réseaux
2495 sociaux n'a pas spécialement amélioré les choses : on peut aussi en parler durant des heures...
2496 Le réseau social porte mal son nom car c'est avant tout un réseau de liens superficiels qui a
2497 tendance à prendre le pas sur le réseau... Cela a conduit à déconnecter des relations existantes
2498 mais quand il y a des soucis, rien ne vaut du réseau et du soutien réels. Les réseaux sociaux ont
2499 achevé encore un peu plus d'isoler les jeunes et les familles, et achevé les relations et les réseaux
2500 des ressources. Et donc l'enjeu des équipes mobiles, c'est aussi d'aller recréer un réseau de
2501 ressources et de soins autour des jeunes car c'est cela qui fera qu'un jeune se sentira plus en
2502 confiance, sera plus résilient pour affronter les aventures et mésaventures de la vie, c'est
2503 important d'avoir un réseau derrière lui.

2504 *Quels sont les parcours de soins que vous rencontrez le plus pour ces jeunes 16-23 ?*

2505 On a des parcours de soins très différents. Ce sont des jeunes qui ont parcours de soins lourd
2506 ou bien des jeunes qui n'ont pas de réseau autour d'eux. On fait aussi le constat que les jeunes
2507 pour qui on est appelé de manière urgente ou critique, ce sont des jeunes qui ont des problèmes
2508 de comportement. Grosse crises on ne sait plus les gérer, l'institution ne sait plus les gérer et
2509 veut s'en séparer... On se rend compte que ce sont des jeunes souvent qui présentent un
2510 diagnostic de troubles de l'attachement et qui ont des parcours qui ne sont faits que de ruptures
2511 de liens. Ce sont des jeunes qui ont eu des troubles de l'attachement précoces car leur famille
2512 n'a pas su créer des relations assez sécurisantes, un lien d'attachement avec une personne
2513 ressource, un caregiver, un parent maternant qui répondait suffisamment adéquatement aux
2514 besoins. On a donc là des troubles de l'attachement qui ont été créés mais on a aussi souvent
2515 des problèmes de maltraitance et de négligence, d'où l'intervention de l'aide à la jeunesse pour
2516 mettre en place un placement. Donc on a des jeunes qui ont été placés très tôt dans une structure
2517 mais qui n'ont pas spécialement eu des soins. On a juste placé, ça a été la seule mesure et il n'y
2518 a pas eu de soins, alors que c'étaient des jeunes qui avaient sans doute été fort abîmés, et des
2519 familles fort abîmées par ce qui s'était fait avant et par le placement car le placement, c'est
2520 aussi un traumatisme. Donc, on a ces jeunes qui n'ont pas reçu de soins, qui sont dans une
2521 structure, qui forcément présentent des troubles de l'attachement et qui sont toujours dans le
2522 test du lien, dans la mise à mal du lien et qui très vite, mettent l'équipe à mal et se font virer de
2523 la structure.

2524 Ce sont des jeunes qui ont des parcours horribles où il y avait déjà un problème à la base de
2525 maltraitance, de négligence, de non réponse à leurs besoins, de non création de liens corrects.

2526 Ils ont des troubles de l'attachement et finalement, on se rend compte que certains sont passés
2527 par une dizaine de structures différentes avec chaque fois, une problématique.

2528 Souvent les structures n'appellent pas à l'aide assez vite, seulement quand elles veulent se
2529 débarrasser du jeune et donc, ce sont des ruptures très traumatiques, aussi pour les équipes. On
2530 a des jeunes qui sont passées par dix structures avec dix traumatismes, qui ont suivi alors qu'il y avait
2531 déjà un diagnostic de troubles de l'attachement. Une fois qu'ils deviennent un peu plus
2532 costauds, vers 15, 16 ans, cela devient de plus en plus difficile à gérer : ils arrivent à peine dans
2533 la structure qu'ils ont déjà en train de foutre le souk pour tester le lien. Cela fait dix ans qu'on
2534 me dit que je suis un monstre, est-ce que je suis bien un monstre, est-ce qu'ils vont m'aimer si
2535 je suis ce monstre ? Ils foutent le souk et se font mettre à la porte de plus en plus vite de plus
2536 en plus violemment pour finalement qu'à un moment donné, plus personne n'en veut. La seule
2537 solution, c'est de les remettre dans la famille, une famille qui n'a plus eu de contacts, qui est
2538 toujours traumatisée par le placement, qui n'a pas eu de soins, une jeune à qui on a dit pendant
2539 dix que sa famille était toxique, c'est pour cela que tu ne vas pas chez eux.... Il y a quelque
2540 chose de très problématique dans la symbolique de négligence et maltraitance institutionnelle.
2541 Finalement, on fait pire que bien. Ça c'est le constat. Après, l'idée n'est pas de juger car toutes
2542 les équipes et secteurs font du mieux qu'ils peuvent. Quand il y a un placement, il y a toujours
2543 un traumatisme, un deuil à faire et donc, la nécessité de mettre en place des soins auprès du
2544 jeune et de la famille pour veiller à ce qu'on n'en arrive pas à des problématiques comme celles-
2545 là.

2546 Les jeunes placés en institution ont souvent des troubles de l'attachement. Or les subventions
2547 des institutions ont souvent été diminuées et celles qui avaient peut-être auparavant des
2548 psychologues, etc. se retrouvent maintenant avec un effectif réduit d'éducateurs. C'est
2549 évidemment difficile de leur dire : attention, chaque jeune ici a des troubles de l'attachement et
2550 a besoin d'un investissement approprié et à la carte. Je crois aussi que les choix des politiques
2551 ont eu des conséquences désastreuses sur ce secteur-là. Parmi les jeunes de la tranche 16-23, il
2552 y a donc beaucoup de jeunes qui ont eu des parcours de placements, de ruptures de liens et de
2553 traumatismes à répétition et qui sont maintenant tellement abîmés que c'est compliqué de leur
2554 faire croire qu'un monde meilleur est possible, qu'un attachement positif est possible.

2555 Tout le paradoxe, c'est que ces jeunes 16-23 ont été souvent ballotés de façon très passive. On
2556 demande rarement l'avis du jeune quand on le place. Un jeune qui est placé, qui n'est plus sous
2557 la responsabilité de ses parents, on demande rarement son avis et celui de ses parents concernant

2558 ses besoins, ses projets d'avenir, etc. Il est ballotté durant des années de manière passive de
2559 structure en structure. Et à 18 ans, on lui dit : maintenant tu es autonome, tu as 18 ans, alors
2560 qu'on n'a jamais ou rarement travaillé l'autonomie. C'est une prise en charge très paradoxale
2561 qui fait qu'on ne les prépare pas et puis, tout d'un coup, on les lâche et cela peut faire office
2562 d'énième traumatisme où ils se sentent abandonnés, lâchés dans la nature avec plus aucune
2563 structure qui accepte de les prendre en charge.

2564 *Le recours aux équipes mobiles, est-ce plus dans un cadre de prévention ou c'est parce qu'on*
2565 *ne sait plus quoi faire, ou parce qu'il y a un problème de mobilité, d'accessibilité ?*

2566 L'idée des équipes mobiles, ce sont des équipes de soins, même si ce n'est pas toujours faire de
2567 la psychothérapie à domicile, car on a des équipes de crise et des équipes de longue durée. Les
2568 équipes de crise vont avoir pour mission de profiter d'un moment de crise chez un jeune, en
2569 famille ou institution, pour essayer de faire émerger quelque chose de différent. Quand il y a
2570 une crise, il y a moyen de remobiliser quelque chose dans la famille, chez le jeune, dans
2571 l'institution pour faire autre chose, réajuster, trouver un meilleur équilibre qui fonctionne un
2572 peu mieux. Donc c'est du soin très ponctuel pour essayer de remobiliser le jeune, la famille,
2573 l'institution, les remettre dans un processus grâce à la crise. Les équipes mobiles de longue
2574 durée vont plutôt faire une analyse plus détaillée des besoins du jeune et de la famille et des
2575 professionnels demandeurs et va évaluer s'il y a une problématique d'accessibilité aux soins
2576 mais qu'il y a un besoin réel de prise en charge thérapeutique de la famille. L'équipe mobile va
2577 alors aller faire du soin à la maison, va en tout cas faire une amorce de mobilisation,
2578 d'autonomisation de la famille et du jeune pour qu'ils puissent ensuite se mobiliser vers du soin
2579 à l'extérieur. Ce sont des prises en charge différentes.

2580 Par rapport aux 16-23, les équipes mobiles sont de toute façon appelées et indiquées lorsqu'il y
2581 a un problème d'accessibilité spécifique et on a des appels car on a, soit un problème
2582 d'accessibilité, et des intervenants professionnels qui ne savent plus, qui se sentent perdus, soit
2583 parce qu'on a des professionnels qui ont déjà l'impression d'avoir tenté beaucoup de choses
2584 sans succès. On arrive parfois en fin de parcours avec des parcours de jeunes très complexes et
2585 puis parfois, on a des jeunes pour lesquels aucun soin n'a été tenté, qui ont eu des parcours en
2586 institution, en aide à la jeunesse, pour lesquels on n'a jamais pensé à faire du soin, puis les
2587 choses s'aggravent, on pensait que c'était juste un problème de comportement, d'éducation, et
2588 puis on se rend compte que les choses commencent à s'aggraver et finalement, on se dit qu'il
2589 faudrait peut-être une rencontre avec des soignants. Après, nous, notre souhait est que le secteur

2590 puisse nous appeler le plus tôt possible car le soin en bout de course chez des jeunes déjà très
2591 abimés, c'est très difficile. Nous, on souhaite être appelés le plus tôt possible pour remobiliser
2592 la famille et pour éviter de se retrouver avec des jeunes de 16-23 aussi abimés. On aurait envie
2593 de faire un peu plus de prévention mais dans la réalité, on est plutôt appelés en bout de parcours.

2594 *Au sein des équipes mobiles, comment s'organise la transition vers une prise en charge vers*
2595 *les équipes adultes ?*

2596 A la fin de notre prise en charge, ce n'est pas toujours indiqué qu'il y ait de nouveau une équipe
2597 mobile et dans ce cas, on essaie de collaborer, d'assurer la transition correctement. Les services
2598 qui sont sous pression par rapport à la majorité, ça nous permet de nous rappeler et de réfléchir
2599 à la transition, ça nous laisse le temps d'orienter vers un psychiatre adulte, vers un
2600 psychothérapeute, vers des institutions adéquates, soit vers des projets de vie adultes, des
2601 hébergements, des institutions qui permettent de travailler l'autonomie ou alors même des
2602 hébergements adaptés à des jeunes qui ont des problématiques de retards ou de handicap...
2603 Comme nous, on peut travailler jusque 23 ans, on peut prendre le temps de soigner cette
2604 transition. C'est plus facile d'avoir un service qui peut se permettre de faire du travail à la carte
2605 et de prendre le temps de soigner les transitions...

2606 *Selon vous, quels sont les barrières et les facteurs facilitant la transition des soins ?*

2607 Une grosse barrière, c'est la rigidité des différents services dans les différents secteurs. En lien
2608 aussi avec le fait que les services sont saturés, débordés, et donc c'est difficile qu'un service
2609 accepte qu'un de ses agents de terrain puisse prendre le temps pour un jeune d'assurer la
2610 transition, d'assurer que ce jeune soit accompagné pour des démarches téléphoniques,
2611 administratives, sur le terrain, qu'il y ait plusieurs contacts... Il faudrait assouplir cela et c'est
2612 cela aussi qui est réfléchi et travaillé dans le réseau et dans les différents groupes porteurs. Tous
2613 les services sont demandeurs de cela.

2614 On part du constat qu'il y avait un cloisonnement un peu rigide, avec chacun qui fonctionne de
2615 son côté, et dès que le jeune n'est plus dans le service, on n'en parle plus, il n'a qu'à se
2616 démerder, ou le service suivant n'a qu'à se démerder.

2617 L'idée ici pour éviter cette barrière, c'est d'assouplir les choses, de faire en sorte qu'il y ait
2618 beaucoup plus d'aller et retours entre acteurs de terrain de services différents et que chaque
2619 service, de chaque secteur puisse se permettre d'accompagner et de soigner les transitions, de

2620 soutenir les jeunes dans ces transitions. Cela nécessitera un assouplissement au niveau des
2621 directions : on laisse un travailleur prendre plusieurs heures pour assurer, soigner la transition.

2622 Une autre barrière, c'est aussi la méconnaissance de professionnels entre eux : on ne se connaît
2623 pas, on ne sait pas trop comment ça fonctionne, c'est donc difficile de dire comment faire pour
2624 arriver à tel endroit... Donc la méconnaissance, le problème d'information.

2625 Si on facilite les collaborations, les informations et les rencontres d'homme à homme parfois,
2626 c'est souvent dit dans les réunions plus stratégiques, les acteurs de terrain disent qu'ils veulent
2627 se voir de personne à personne car lorsqu'on sait mettre un visage, les collaborations, les coups
2628 de téléphone sont plus faciles. Donc des espaces, des plates-formes, des grandes rencontres où
2629 les acteurs peuvent se rencontrer, se voir et savoir à qui on a affaire quand on envoie tel patient
2630 à tel endroit. Cela facilite aussi, cela crée des ponts. Il faut aussi faciliter les procédures
2631 administratives qui sont parfois très complexes, cela demande beaucoup de temps, il faut aussi
2632 travailler à les faciliter... Une idée émise par différentes personnes dans le secteur, c'était par
2633 exemple que les services qui ont les procédures un peu complexes soient ceux qui
2634 accompagnent et soutiennent les démarches pour remplir ces procédures. Exemple parmi
2635 d'autres : les procédures pour avoir accès à un statut de handicap et l'ouverture de lits et à
2636 certains services spéciaux, l'AVIQ demande de remplir toute une série de papiers par
2637 différentes personnes, c'est souvent très lourd et très compliqué, les différents secteurs n'ont
2638 pas toujours le temps et le souhait et ne savent pas toujours comment remplir ces papiers et cela
2639 met encore plus de temps.

2640 Les personnes de permanence qui sont responsables, les agents de terrain de l'AVIQ ne
2641 pourraient-ils pas s'assurer de l'accompagnement correct des bénéficiaires pour remplir
2642 correctement les papiers ? Cela faciliterait les démarches et peut-être même se rendraient-ils
2643 compte ainsi que ces démarches sont trop lourdes et allègeraient peut-être les procédures.

2644 Les procédures administratives sont donc une barrière, une autre grande barrière qu'on aimerait
2645 bien remonter vers les politiques, c'est la saturation des services, le manque de places que ce
2646 soit dans les services de consultation ou d'hébergement. Il y a vraiment un souci structurel :
2647 dans le Hainaut, on n'a pas assez de places par rapport aux besoins, les services sont saturés et
2648 face à un jeune qui a des besoins particuliers, on va essayer de lui trouver quand même une
2649 place même si ce n'est pas tout à fait adapté, car c'est toujours mieux que rien. Il se retrouve
2650 dans une structure qui n'est pas adaptée ce qui met la structure à mal. Il y a un cercle vicieux et
2651 forcément des réactions en cascades et au final, ceux qui en pâtissent sont les jeunes et les agents

2652 de terrain et si eux vont mal, forcément les jeunes vont mal aussi. Structurellement, si on
2653 augmentait le nombre de places dans les structures, cela permettrait que les jeunes aient
2654 vraiment les soins adéquats et auraient accès à de meilleurs soins car les institutions qui
2655 travaillent avec des jeunes qui sont vraiment là où ils doivent être et qui ont un peu plus de
2656 personnel donneraient certainement de meilleurs soins plus tôt, et on aurait comme cela moins
2657 de jeunes abîmés en bout de course.

2658 *Comment améliorer la collaboration/coopération intersectorielle ?*

2659 C'est tout l'enjeu des réseaux et de la nouvelle politique. C'est très compliqué. Dans des
2660 fonctionnements très cloisonnés où les secteurs ne se connaissent pas, où ils sont tous en mode
2661 survie, la collaboration n'est pas facile. On avait des positions qui se rigidifiaient de plus en
2662 plus avec l'impression que l'autre secteur voulait nous instrumentaliser pour nous refourguer
2663 un jeune avec une situation hyper complexe et on n'en a pas envie, on est déjà fort saturés, etc.
2664 La première chose, c'est de faire rencontrer les gens car les rencontres d'homme à homme
2665 permettent de réhumaniser les choses, de sortir des logiques plus administratives et plus rigides.
2666 Si on réhumanise les choses par des rencontres, on se rend compte qu'on est tous des êtres
2667 humains et que tous les secteurs ont la même raison d'être et partagent l'envie de travailler au
2668 bénéfice et pour l'épanouissement des jeunes et là des ponts peuvent se recréer plus que des
2669 fossés. On se rend compte alors quand on est tous ensemble que quand on coopère ça fonctionne
2670 beaucoup mieux que quand on travaille avec des murs chacun de son côté.

2671 La coopération entre différents secteurs nécessite d'abord qu'on réhumanise les choses par des
2672 rencontres d'humain à humain. Mais pour avoir des possibilités de rencontre, il faut des
2673 assouplissements : il faut accepter que les agents de terrain prennent du temps pour cela – du
2674 temps où on est moins rentable. Finalement, sortir des enjeux administratifs et de rentabilité.
2675 Sortir tout le secteur de l'aide à la jeunesse, du soin et des services aux personnes, les sortir
2676 d'une logique bêtement financière. C'est comme pour les hôpitaux : permettre que les hôpitaux
2677 ne soient plus dirigés par des gens qui ont des compétences financières et qui voient le personnel
2678 et les patients en termes de chiffres. Cela n'a pas de sens dans le secteur de la santé et du soin,
2679 de l'aide à la personne, de l'épanouissement du jeune. Tant qu'on est dans ces logiques-là, ce
2680 sont des choix politiques qui doivent être faits. Tant qu'on reste dans une politique court
2681 termiste et qu'on reste dans l'idée que la population ira mieux en fonction des chiffres et d'un
2682 PIB, on est à côté de la plaque.

2683 *Comment améliorer la continuité des soins vers les structures pour adultes et ainsi éviter la*
2684 *rupture des soins ?*

2685 Améliorer la continuité des soins ne sera pas possible tant que les services seront saturés, tant
2686 qu'on n'a pas plus de places. Pour avoir une réelle continuité des soins, il faut juste augmenter
2687 le nombre de places, ce qui ne va pas augmenter la demande, c'est de nouveau un paradigme
2688 qui ne correspond pas à la réalité humaine et à la réalité du terrain en matière de santé. On a
2689 vraiment dans le Hainaut des besoins auxquels on ne sait pas structurellement répondre car on
2690 n'a pas assez de places adaptées pour répondre aux besoins de ces gens.

2691 *Comment la mise en place de l'équipe mobile permet d'améliorer (ou pas d'ailleurs) cette*
2692 *transition des soins pour les jeunes de la tranche 16-23 ans ?*

2693 Le gros avantage de l'équipe mobile, c'est une structure non pas rigide, mais bien la plus souple
2694 possible, flexible, qui peut prendre le temps d'accompagner le jeune le temps qu'il lui faut et
2695 qui offre un service à la carte, adapté aux besoins du jeune, pour assurer la transition et soigner
2696 les relais. C'est la question de la souplesse et du temps offert. Les équipes mobiles ne sont pas
2697 (pas encore heureusement) tenues à des objectifs de rentabilité économique. Et donc on peut se
2698 permettre de faire du soin de qualité et d'assurer une transition la plus adéquate possible en
2699 allant à la rencontre des professionnels. Une spécificité des équipes mobiles pédo-psy, c'est
2700 différent des 107 adultes, c'est la volonté de la nouvelle politique, les réseaux ont mis au travail
2701 les différents secteurs et ont demandé aux différents secteurs de détacher du personnel pour
2702 faire partie des équipes mobiles. Ce sont donc des équipes mobiles de soins de santé construites
2703 au départ d'envois des différents secteurs. Dans les équipes mobiles, lors du staff clinique, on
2704 a autour de la table des gens qui viennent de plein de secteur différents. Cela facilite aussi
2705 l'intersectorialité, cela permet que l'on soit plus ouvert, plus tolérant, que l'on comprenne un
2706 peu mieux la réalité des différents secteurs, cela permet que l'on ait un réseau autour de nous.
2707 L'équipe mobile, c'est déjà un peu un réseau de personnes qui se mettent autour de la table pour
2708 discuter et prendre en charge différentes situations. Cela facilite aussi les orientations car on a
2709 plusieurs portes d'entrée vers les différents secteurs. C'est une spécificité aussi du réseau
2710 enfants ado et de la nouvelle politique qui fait que la transition est plus soignée.

2711 *Quel est le rôle du case manager concernant la transition des soins ?*

2712 La nouvelle politique n'avait pas détaillé ce qu'ils souhaitaient, ils ont demandé qu'il y ait une
2713 réflexion et que les réseaux mettent en place un nouveau service qui n'existe pas encore qui

2714 permettrait de prendre les cas hyper complexes, les cas dont personne ne veut, les cas très
2715 compliqués qui nécessitent que les différents services collaborent. Les réseaux ont des projets
2716 qui diffèrent, contrairement aux équipes mobiles qui ont des fonctionnements plus semblables.
2717 La finalité, c'est la même, prendre en charge les situations hyper complexes et pouvoir mettre
2718 autour de la tables des acteurs qui collaborent.

2719 Nous dans le Hainaut, on a prévu que les case managers soient un support au processus de
2720 concertation – de nouveau pour les jeunes entre 16 et 23 ans qui résident sur le Hainaut et pour
2721 lesquels on a des problématiques très complexes qui nécessitent l'intervention de professionnels
2722 de différents secteurs et pour lesquels il y a des soucis au niveau de la collaboration, où il y a
2723 quelque chose qui coince.

2724 On a besoin d'un soutien tiers qui va venir aider. Les case managers vont être beaucoup moins
2725 sur le terrain, ne vont pas être dans le soin au patient, ils vont presque plus prendre soin du
2726 réseau professionnel, même si c'est parfois difficile pour les professionnels d'entendre cela.

2727 Autour d'une situation clinique qui pose problème, les case managers sont appelés par un
2728 professionnel et vont essayer de comprendre ce qui fait que là, parfois en lien avec la
2729 problématique de la famille, qui a un impact, qu'on rejoue quelque chose en miroir. Parfois les
2730 professionnels sont très doués pour rejouer quelque chose en miroir qui appartient à la famille
2731 de dysfonctionnel, dans le clivage, au niveau psychiatrique ce sont souvent des familles qui
2732 fonctionnent dans le clivage où on a les bons et les mauvais, ceux à qui on ne peut parler, ceux
2733 qui sont incompetents.

2734 Souvent on a le risque qu'au niveau professionnel, on rejoue la même chose et qu'il y ait des
2735 professionnels qui soient taxés d'incompétents, les bons et les mauvais, et si on n'a pas un tiers
2736 qui vient questionner ce qui se joue là dans la famille, dans le système professionnel, un tiers
2737 qui essaie de remettre tout le monde autour de la table pour que l'on se rappelle qu'on est tous
2738 là pour la même chose, pour aller dans le même sens pour le patient.

2739 C'est un peu l'enjeu des case managers. Avec l'idée que la nouvelle politique demande toujours
2740 d'aller rechercher et remobiliser les ressources du jeune et de la famille. Le modèle qui a été
2741 pensé est celui de la clinique de la concertation (sur Bruxelles et en France) : l'idée est que le
2742 case manager va rencontrer toutes les personnes impliquées dans la situation : le jeune et sa
2743 famille au même titre que les professionnels. Ils ont autant leur mot à dire que les
2744 professionnels. L'idée est d'aller rencontrer toutes les personnes, puis d'essayer de comprendre

2745 dans quels enjeux chacun est mis : quelles sont les demandes officielles et quelles sont aussi les
2746 demandes officieuses car parfois une équipe demande : on veut que nous aidiez à comprendre
2747 ce qu'il faut pour ce jeune mais en réalité, ce qui n'est pas demandé officiellement , c'est :
2748 trouvez nous une place ailleurs pour ce jeune parce qu'on n'en veut plus, on n'en peut plus,
2749 l'équipe va trop mal, ce qui n'est pas la même demande évidemment.

2750 Donc les case managers essaient de comprendre, décoder l'ensemble des demandes de chacun,
2751 quels sont les enjeux cachés, tiens il y a des soucis de collaboration entre untel et untel mais
2752 c'est peut-être en référence à une ancienne problématique, etc. Ensuite, ils essaient de décoder
2753 tout cela et ensuite, d'organiser de grandes concertations où tout le monde est autour de la table,
2754 les jeunes et les familles aussi puisqu'ils ont eu aussi le droit de comprendre ce qui se joue entre
2755 professionnels et qui a un impact sur leur prise en charge. Lors de ces concertations, une fois
2756 que ces enjeux sont compris, l'idée est de construire de nouvelles choses, de faire de l'artisanat
2757 dans des situations complexes : il n'y a pas une bonne solution, alors il faut faire de l'artisanat
2758 en collaborant tous ensemble, chacun autour de la table peut mettre une pièce du puzzle : nous,
2759 on accepte de prendre le jeune pour cela, seulement si quelqu'un d'autre veut bien être là pour
2760 les week-ends. Ok nous on accepte d'être là pour le week-end, nous on accepte d'être là pour
2761 le time-out si le jeune ne va pas bien dans votre structure, on sera là... C'est comme cela que
2762 le puzzle peut se construire et qu'on peut créer de nouvelles solutions, de nouvelles pistes pour
2763 les jeunes dans les situations hyper complexes.

2764 *Le case-manager a aussi pour mission d'assurer la trajectoire des soins sur le long terme ?*

2765 Les équipes mobiles ont des durées de prise en charge réglementées – quelques semaines pour
2766 la crise, quelques mois (jusque 18) pour la longue durée, cela reste donc ponctué. Pour le case
2767 manager, nous, dans notre modèle, nous avons décidé de ne pas mettre de contraintes, c'est-à-
2768 dire qu'il peut très bien travailler sur une situation de 0 à 23 ans si c'est nécessaire. L'idée est
2769 que le case manager intervient et est interpellé pour les situations complexes qui suscitent des
2770 problèmes de collaboration et une fois qu'il y a eu cette concertation et que l'on a pu faire
2771 émerger quelque chose de neuf qui permet d'apaiser les choses et trouver le projet idéal pour le
2772 jeune, on reste ouverts dans le Hainaut lorsqu'il s'agit souvent de situations hyper complexes,
2773 même si la situation peut un peu dormir, car les choses roulent, la collaboration s'est remis en
2774 route, etc. Mais la farde est toujours là, dès qu'on a besoin, on peut resolliciter le case manager
2775 pour de nouveau permettre de remettre tout le monde autour de la table si les choses n'arrivent
2776 pas à se faire sans nous.

2777 *Les réunions de concertation sont plutôt bénéfiques pour rassembler tout le monde ?*

2778 ... oui pour permettre que les gens soient là humainement, pour que ce ne soit pas que
2779 protocoles ou des rapports, si quelqu'un a fait une évaluation qu'il soit là pour transmettre cela,
2780 pour humaniser les prises en charges...

2781 *Le jeune est-il présent ou non lors de ces évaluations ? Comment est-il impliqué ?*

2782 L'idée est qu'il soit présent, oui, si c'est possible, au maximum. Un jeune qui a de gros retards
2783 mentaux ou des problèmes de comportement, on estime que cela reste l'acteur principal qui est
2784 le plus à même de nous indiquer ce dont il a besoin. Le jeune sera là dans les concertations, les
2785 familles un maximum. Mais il faut aussi faire avec des familles très dysfonctionnelles, on a
2786 parfois des familles qui sont emprisonnées ou déchues de leurs droits. On essaie quand même
2787 de les impliquer un maximum, en fonction de la situation. L'idée est quand même que ce sont
2788 des partenaires à part entière, ils sont des acteurs dans la réflexion autour des projets mis en
2789 place pour le jeune, qui vont avoir des impacts pour les familles. Ils ont autant leur mot à dire
2790 que des professionnels. On ne voit pas pourquoi les professionnels auraient plus leur mot à dire
2791 alors qu'ils connaissent moins le jeune et la famille.

2792 A côté des professionnels, on essaie aussi d'impliquer par exemple le coach de foot, il n'y a pas
2793 que celui qui est thérapeute qui peut faire soin, parfois dans des situations hyper complexes, un
2794 jeune nous dit que celui qui lui a fait le plus soin, c'est une institutrice ou le voisin, ou ça
2795 pourrait être aussi le facteur. Ces personnes sont des personnes ressources importantes qui vont
2796 rester dans les situations, elles peuvent donc avoir des conseils très intéressants autour des
2797 concertations. C'est aussi une vision particulière qui n'est pas toujours partagée par les autres
2798 professionnels, mais le job des case managers est de recentrer sur l'utilisateur et d'essayer de faire
2799 évoluer le paradigme dans lequel les autres institutions sont, d'essayer d'assouplir les lignes en
2800 exigeant qu'ils soient autour de la table, qu'ils se déplacent. On pousse à ce qu'il y ait un
2801 assouplissement des choses...

2802 *Les réunions de concertation sont donc un facteur facilitant de la transition des soins ?*

2803 Oui, je le pense. La transition pour les 16-23 est un gros enjeu. Des groupes de travail vont se
2804 mettre en place pour discuter de cela au sein du Hainaut. C'est un des gros défis : faire mieux
2805 pour cette tranche-là. Car c'est aussi une question de prévention. Nous pédo-psy, on a parfois
2806 l'impression d'être un peu en bout de course avec des jeunes très abimés. Or s'assurer de faire

2807 un maximum pour ces jeunes qui vont bientôt devenir parents, c'est de la prévention. Travailler
2808 avec les 16-23 est aussi important que travailler avec les 0-3.

2809 Agir là, c'est agir avec de futurs parents, ce qu'ils vont donner à leurs enfants va dépendre de
2810 ce qu'on aura réussi à leur donner jusque-là.

2811 *Merci beaucoup.*

R4C

2812 *Pour commencer, est-ce que vous pouvez vous présenter en quelques mots ?*

2813 Je suis case-manager pour le réseau, donc je suis assistante en psychologie clinique de
2814 formation. Je fais une formation en systémique pour le moment, je suis en première année et en
2815 A4. J'ai travaillé dans plusieurs secteurs, j'ai commencé par travailler dans l'aide à la jeunesse
2816 dans un centre d'observation, puis dans un home d'enfants placés par le juge, ce qu'on appelle
2817 maintenant SRG, et puis de là je suis partie travailler dans un SRJ pendant 11 ans et là j'avais
2818 un boulot éducatif et aussi d'intervenant de famille. Ensuite, du SRJ je suis partie dans la santé
2819 mentale dans une unité de double diagnostic mobile pour enfants et ados. Cette unité a fermé
2820 suite à la nouvelle politique de santé mentale enfants et ados et toutes les équipes mobiles de la
2821 province fermaient pour en créer une. Donc là je me suis vue proposer le poste de chef d'équipe
2822 des soins de longue durée, donc j'étais chef d'équipe des soins longue durée pendant 1 an et
2823 demi et la clinique me manquait. Les patients me manquaient et en fait j'avais accès aux patients
2824 à travers mes collègues et ça me manquait.

2825 Donc je suis devenue case-manager parce que ça me semblait être un compromis et d'autant
2826 que quand la nouvelle politique est sortie, enfin nous a été présentée par les politiciens. Ce poste
2827 de case-manager est apparu dans ce qu'ils ont appelé le Template et donc dans le projet et à
2828 l'époque, en 2016, ça m'avait déjà intéressée. Mais ils en disaient très peu mais donc du coup
2829 moi j'avais déjà imaginé ce que c'était être case-manager. Et quand ici il a été question de créer
2830 le poste, c'était assez claire d'emblée pour la finalité, enfin que la finalité était connue mais la
2831 façon dont on allait procéder était un petit peu, enfin elle allait être créée quoi. Et donc je me
2832 suis dit que j'allais au moins pouvoir proposer, projeter l'image que je me suis faite du case-
2833 manager et donc de créer le poste de case-manager et avec ma collègue B. donc on a fait ça

2834 *Donc vous êtes deux case-managers ?*

2835 Oui, on a été engagées en janvier 2018. Et on a travaillé 6 mois sur la rédaction du projet, alors
2836 pour faire ç on a rencontré plein de gens qui faisaient presque pareil, hum, avec des adultes par
2837 exemple, des enfants, ou des gens qui ont eu une fonction qui ressemblaient à celle qu'on
2838 imaginait. Et donc on a rencontré plein de gens et fait des immersions aussi, pour se rendre
2839 compte de ce que les gens avaient besoin. Alors toutes les deux on avait déjà un CV qui faisait
2840 qu'on connaissait plein de gens mais là on a encore un peu plus étoffé notre carnet d'adresses.
2841 Et ça c'est vrai que ce travail qu'on a fait pendant 6 mois facilite grandement notre travail, on
2842 a des portes d'entrées. Enfin je veux dire, on n'invente pas des places, on n'invente pas des
2843 nouvelles places mais bon on fait la bise à des directeurs de SPJ, fin voilà on a une facilité, je
2844 veux dire je fais la bise à une dizaine de pédo-psys enfin je veux dire je ne faisais pas ça il y a
2845 deux ans. En tout cas, ça facilite le travail mais c'est parfois un peu dommage qu'on doive
2846 passer par là pour que ça marche mais voilà, c'est au profit des patients, pas dans mon intérêt
2847 personnel, enfin je m'en fous moi. Mais en tout cas, on a un fameux carnet d'adresse, la même
2848 expérience professionnelle fait aussi qu'on peut s'appuyer sur le réseau l'une de l'autre, c'est
2849 ce qui fait qu'on a un sacré réseau.

2850 *Et elle travaille dans quoi votre collègue ?*

2851 Donc ma collègue est psychologue, elle a fini sa formation systémique, elle thérapeute pour les
2852 familles et elle a une expérience dans un service spécialisé dans l'autisme.

2853 *Vous travaillez au sein du réseau pédopsy mais êtes-vous liés aux équipes mobiles ?*

2854 Alors, c'est un dispositif différent, on est case-manager pour l'ensemble du réseau.

2855 *Est-ce que vous pouvez m'expliquer qui sont les bénéficiaires, quel est le profil type que vous*
2856 *rencontrez le plus souvent concernant les jeunes qui sont en phase de transition ?*

2857 Alors ce sont des jeunes qui en général, ont un parcours assez chaotique, qui ont fait plusieurs
2858 services résidentiels et les gens sont parfois assez fatigués des prises en charge avec ces jeunes
2859 parce qu'ils ont un peu épuisés le réseau. Et hum, ce sont des jeunes qui n'ont pas, parce que
2860 leur parcours a été morcelé, pu s'inscrire par exemple dans une préparation à l'autonomie qu'un
2861 SRJ aurait pu leur proposer, notamment parce qu'ils se sont faits renvoyés. Donc s'inscrire dans
2862 un projet d'autonomie dans un SRJ dans lequel on n'a pas vécu plus jeune, c'est très compliqué
2863 parce que les places sont très très chères. Et donc ce sont des jeunes qui ont eu un parcours
2864 morcelé et qui n'ont pas bénéficié pas de ça, de ce projet d'autonomie. Et donc du coup, ils se
2865 retrouvent un peu sans rien, et les intervenants sont un peu flippés à l'approche de la majorité

2866 et, fin moi je trouve que le profil ce sont des jeunes qui ont un parcours institutionnel assez
2867 dense et qui ont fait vraiment beaucoup d'institutions et qui du coup, n'étaient pas inscrits dans
2868 un projet à long terme au moment d'un potentiel projet d'autonomie dans un SRJ par exemple.
2869 S'ils avaient eu un SRJ toute leur vie, ils auraient pu peut-être bénéficier d'un projet mais on
2870 n'est pas là-dedans, souvent quand c'est morcelé, souvent c'est très compliqué et alors là la
2871 transition est compliquée aussi. Et c'est très difficile de les accrocher.

2872 *Et c'est justement là que le rôle de case-manager intervient ?*

2873 Alors, ce sont des enfants et des jeunes très abîmés, ce qui fait que donc, ils ont peut-être besoin
2874 d'un accompagnement AVIQ parce qu'il y a des problèmes de retard, de handicap, et en plus
2875 de ça, il y a un besoin de santé mentale parce qu'ils sont vraiment abîmés. Et donc nous en tant
2876 que case-manager, on travaille en réseau, en intersectorialité et donc ça fait qu'on peut essayer
2877 de goupiller une solution sur mesure pour le jeune, mais voilà c'est très difficile, par exemple
2878 un SRJ ne voudra pas d'un jeune parce qu'il y a de la santé mentale, double diagnostic. Et donc
2879 nous on est là pour tisser un peu et rassurer le service en disant « vous allez être là mais vous
2880 n'allez pas être seuls et vous n'allez pas être les seuls, on va rajouter quelque chose, des time-
2881 out à l'hôpital si besoin, on va essayer de goupiller. Enfin nous on propose de la concertation
2882 pour créer un projet sur mesure mais notre particularité, et ça devrait être la base de la base mais
2883 ça ne se pratique pas souvent, c'est de mettre le jeune au centre du projet et ça devrait être la
2884 base mais vraiment souvent les intervenants se perdent, ils imaginent ce qui pourrait être le
2885 mieux pour le jeune mais ça ne vient pas du jeune et donc ça foire. Donc nous on tient beaucoup
2886 à ça et comme on n'est pas mandaté, on sait le faire. Donc si un jeune identifie par exemple ses
2887 parents comme personnes ressources alors que les intervenants sociaux nous disent non c'est
2888 mort avec les parents, ils ne sont pas fiables, n'allez pas par-là, ben nous on peut le faire parce
2889 qu'on se base sur le réseau que le jeune nous indique, et pas le réseau que les intervenants nous
2890 dictent quoi. Parce que parfois, des personnes ressources sont improbables, ça peut être un
2891 voisin, un éducateur quand l'enfant avait 3 ans. Donc nous on se base là-dessus, on s'appuie
2892 sur le lien que les jeunes ont ressenti avec certains intervenants et qui les identifie comme une
2893 ressource.

2894 *Et par rapport à l'environnement social, de manière générale, comment le décrire ?*

2895 Alors c'est très défavorisé. Souvent, ce sont des familles précaires. Enfin je veux dire c'est
2896 l'essentiel de nos suivis pour ces jeunes. C'est la précarité, c'est l'absence de vie sociale, c'est
2897 le retard mental, non vraiment c'est la misère quoi, vraiment.

2898 *L'isolement social ?*

2899 Je ne dirais pas l'isolement mais je dirais plutôt parfois une proximité malsaine, enfin par
2900 exemple de liens familiaux. Enfin nous l'essentiel de nos situations c'est aussi les incestes.
2901 Donc, il y a parfois du réseau mais il est hyper malsain. Donc je ne dirais pas qu'il y a de
2902 l'isolement parce que je trouve que parfois les gens ont des ressources mais ce n'est pas adéquat.
2903 Ils sont parfois aussi isolés de la société.

2904 *Et concernant l'environnement de ces jeunes ?*

2905 Ben là aussi, ce sont des jeunes pour qui on a vraiment du mal à trouver une place, c'est souvent
2906 par défaut qu'ils sont là où ils sont. C'est pas un choix, une orientation en se disant « ah ça c'est
2907 vraiment la bonne école et la bonne option pour ce jeune », non souvent c'est parce que le reste
2908 n'a pas marché et donc c'est la dernière solution. Donc, en tout cas c'est ce sentiment que j'ai.

2909 *En quoi ce groupe de 16-23 peut se distinguer des autres bénéficiaires ?*

2910 Moi je trouve que le fait que les services sociaux s'arrêtent à 18 ans, ça fait que c'est facteur de
2911 risque. Parce que donc, les SAJ SPJ ont un réseau enfant et ado et donc propose des choses
2912 enfant et ado et donc, je ne sais pas, il y a un fossé entre les intervenants enfant ado et les
2913 intervenants adultes. Il y a quelque chose qui se fait difficilement, alors je trouve que c'est bien
2914 que des équipes mobiles 0-23 ans existent et que notre service puisse agir parce que ça rassure
2915 les intervenants mais on n'est quand même pas, enfin c'est déjà difficile d'avoir un réseau
2916 efficace pour les enfants et les ados, enfin on est en train de le construire ce réseau jeunes adultes
2917 mais pour moi c'est une difficulté. Mais pour moi il y a un fossé pour les intervenants mais
2918 aussi un fossé pour les jeunes. Il y a quelque qui n'est pas fluide et alors aussi pour les adultes,
2919 il faut s'y prendre des plombs à l'avance parce que les places sont chères et cette anticipation
2920 a rarement lieu en fait.

2921 *Comment se fait-il qu'on soit comme ça dans l'urgence et qu'on ne prévoit pas ?*

2922 Parce que, je pense qu'il y a plusieurs facteurs. Le premier c'est le fait que ben si une situation
2923 roule, fin voilà on ne va pas spécialement aller se dire « ah il faut penser à l'avenir pour cet
2924 enfant » et si une situation ne roule pas, les gens sont pris dans l'évènementiel et donc c'est
2925 hyper difficile de se projeter. Et donc ça c'est tout notre travail, c'est de se dire « bon ok, il faut
2926 trouver un toit pour vendredi pour ce garçon mais il faut parler de l'avenir, il faut arrêter de
2927 travailler dans l'urgence » et donc avec ma collègue on fait ce travail, se dire ok trouvons une

2928 solution d'urgence mais demain on s'arrête pour trouver quelque chose de pérenne pour les
2929 années à venir et qu'on arrête de travailler dans l'urgence.

2930 Et donc je pense que ce qui facilite ça, c'est un deuxième facteur, c'est la surcharge des dossiers
2931 de l'aide à la jeunesse, parfois j'ai l'impression qu'ils créent l'urgence parce que sinon ils
2932 pourraient ne pas s'occuper de dossiers, parce qu'ils en ont trop, ils ne sont que là-dedans, dans
2933 l'urgence. Fin voilà, et ça j'ai pu remarquer quand même quand je questionne, que dans le
2934 Hainaut, c'est la densité d'enfants pris en charge par un délégué est quand même plus
2935 importante que dans d'autres régions, que quand je vais à Bruxelles, à Namur et pourtant on a
2936 trois arrondissements judiciaires, mais non c'est juste énorme. Donc voilà, parfois on se
2937 dit putain mais qu'est-ce qu'ils foutent au SPJ, SAJ mais en fait en réalité... Il faudrait plus de
2938 moyens, de ressources. Mais je pense que s'il y avait plus de concertation... Enfin c'est
2939 vraiment l'essence même de notre travail, s'il y avait plus de concertation entre le réseau enfant
2940 et le réseau adulte, la transition serait plus simple, enfin voilà pour le moment c'est scindé.
2941 Enfin voilà, c'est notre quotidien, on fait en sorte mais ça prend du temps et il y a de la résistance
2942 parce que ce n'est pas l'habitude quoi.

2943 *Je reviens par rapport aux bénéficiaires qui sont en phase de transition, comment on peut*
2944 *décrire leur parcours de soins ?*

2945 Alors, là aussi morcelé. J'en discutais encore tout à l'heure avec ma collègue, donc souvent ils
2946 profitent, enfin je veux dire ils ont des soins dans les SSM où les assistants se forment et puis
2947 c'est un autre qui remplace et en fait il manque de continuité quoi. Enfin, là-dedans, je pense
2948 qu'on est toujours dans le même problème, c'est un manque de moyen donc le pédopsychiatre
2949 en charge délègue un petit peu son travail sur les assistants et fait il y a peu de continuité et
2950 donc si on doit parfois faire le CV médical d'un jeune, parfois c'est impressionnant. Parfois, il
2951 y a des médecins référents qui restent quand il y a un trouble neuro par exemple, là il y a plus
2952 de constance, quand c'est un trouble génétique alors là je sens qu'il y a une continuité parce
2953 qu'il y a un spécialiste de référence qui reste là toute l'enfance et l'adolescence et donc la
2954 transition se fait vers un autre professionnel mais avant il y en a pas eu dix quoi. Mais sinon je
2955 pense qu'il y en a beaucoup.

2956 *Donc c'est pas spécialement le fait que le jeune aille dans plusieurs institutions mais le fait*
2957 *qu'il y ait plusieurs intervenants et qu'il y ait un roulement de professionnels ?*

2958 Oui, et alors je pense aussi que la communication entre institutions n'est pas toujours optimale
2959 et donc au niveau médical, il y a des pertes d'infos qui se font d'une institution à l'autre. Enfin
2960 j'ai pu constater que parfois c'est arrivé et c'est dommage pour des enfants qui n'ont pas et qui
2961 ne voient pas leurs parents et donc du coup ben on perd quoi.

2962 *En fait, comment s'effectue le premier contact avec vous, le dispositif de case-management ?*

2963 Alors, dans un premier temps le professionnel vient nous rencontrer et nous explique la situation
2964 et donc là nous on a besoin qu'il y ait de l'intersectorialité, qu'il y ait plusieurs secteurs dans la
2965 situation, ce qui fait que ça complique la prise en charge pour l'intervenant qui se présente à
2966 nous. Donc on tient beaucoup à ça, qu'il y ait aussi une rupture dans le trajet de soins, qu'il y
2967 ait quelque chose qui coince là pour le moment, ça c'est un des facteurs de nos prises en charge.
2968 On en rediscute en réunion pour voir si on est vraiment bien dans notre cadre de travail et
2969 ensuite on désigne une des deux case-managers et il y a la pédopsychiatrie qui réfléchit à ce choix. La
2970 répartition se fait en fonction de la charge de travail qu'on a à ce moment-là mais aussi par
2971 rapport au profil du jeune, si on se sent à l'aise par rapport à ça, s'il n'y a pas de résonnance ou
2972 des choses comme ça. Et ensuite, on va rencontrer le jeune avec l'intervenant qui est venu.
2973 Donc on rencontre le jeune là où il est, en institution, là il vit, là où il est à ce moment, pas
2974 forcément l'endroit principal mais là où il habite à ce moment-là.

2975 *J'ai une question plus générale, comment s'effectue de manière concrète l'organisation de la*
2976 *transition des soins des jeunes ?*

2977 Ben donc, il faut identifier les services qui correspondent, je veux dire, à la demande donc par
2978 exemple si un jeune est en SRJ et en service résidentiel, de voir quel service pourrait
2979 correspondre. Pareil pour le psychiatre, s'il doit prendre le relai. Donc c'est identifier tous les
2980 correspondants en fait des intervenants actuels, d'identifier les besoins s'il y a besoin encore
2981 par la suite et alors de pouvoir les mettre autour de la table, dans le cadre des case-managers.
2982 Fin je pense qu'il y a que dans ce cas-ci qu'on fait ça hein, fin moi dans mon travail antérieur,
2983 je n'ai jamais travaillé avec le réseau adulte, à part en tant que case-manager.

2984 *Avant la question de la transition des soins ne se posait pas vraiment ?*

2985 Non, on ne la faisait pas quoi. La transition des soins était ignorée, mais je trouve qu'elle n'est
2986 quand même pas, enfin je veux dire ici on est encore au début de ce travail, de cette jonction
2987 ado-adulte. Fin voilà, je trouve qu'on est au début, il y a tout à construire mais je pense que les
2988 gens sont pris par le temps, enfin voilà ils n'ont pas le loisir entre guillemets de pouvoir se

2989 mettre autour de la table et de réfléchir à cette transition, ça se fait plutôt autour de situations
2990 particulières, précises où les gens sont inquiets, il va avoir 18 ans, qu'est-ce qu'on va faire...
2991 Et je trouve que ce serait vraiment intéressant qu'on puisse prendre un peu de recul par rapport
2992 à tout ça et ne plus agir autour d'un jeune mais d'avoir une vision plus globale pour travailler
2993 cette transition de manière plus globale.

2994 Alors que moi je suis plutôt, c'est le contraire, enfin par exemple moi je déteste tout ce qui est
2995 réunion où les gens se réunissent pour voir comment ils vont hypothétiquement travailler
2996 ensemble, je trouve que ça ne m'a jamais parlé, je préfère rencontrer des gens autour de
2997 situations, créer un réseau et puis peut-être faire appel à ce réseau à un autre moment pour un
2998 autre jeune mais je trouve que dans ce cas-ci, dans le cadre de la transition, ça manque vraiment,
2999 les rencontres. Je pense que les gens sont en demande mais n'ont pas matériellement la
3000 possibilité et la disponibilité parce que les réunions prennent du temps et ils sont pris dans leurs
3001 obligations mais je pense que j'ai un avis différent que dans ma pratique, au quotidien. Donc
3002 c'est vraiment intéressant de prendre du recul par rapport à ça, et pour cette transition-là je
3003 pense que c'est inévitable que les gens se mettent autour de la table et de voir comment on peut
3004 faire, que ce soit continu. Donc pas seulement des réunions sur des situations particulières mais
3005 des rencontres de manière générale sur la transition des soins, pour aller plus loin et faire
3006 réfléchir.

3007 *On en a déjà parlé mais selon vous, quels seraient les barrières et les facteurs qui peuvent*
3008 *faciliter la transition des soins ?*

3009 Mais je trouve que, ce qu'on essaye de faire, à savoir de se créer un réseau, ça facilite les choses
3010 donc en fait c'est la connaissance du travail de l'autre, qui est la clé. Parce que sinon le monde
3011 adulte est un monde, pour les intervenants enfant-ado, c'est un monde inconnu et puis on ne s'y
3012 intéresse pas parce que c'est déjà énorme les intervenants qu'on devrait connaître au niveau du
3013 réseau enfant et ado. Donc voilà, je pense que c'est faire des liens, ménager les relations
3014 professionnelles, créer du lien avec les professionnels adultes, s'intégrer et faire des immersions
3015 comme on a pu faire pendant les 6 mois de travail sur le dispositif de case-management. Voilà,
3016 je pense que l'immersion c'est ce qui fera que les gens connaissent et comprennent le travail de
3017 l'autre.

3018 *Donc comment améliorer la coopération intersectorielle ? Ce serait justement grâce à ces*
3019 *immersions ?*

3020 Oui mais ce n'est pas seulement à l'intérieur des secteurs quoi. Parce que par exemple, un SRJ
3021 il ne sait pas très bien où un jeune adulte va aller, donc même dans tous les secteurs, il y a une
3022 scission pour le moment entre les enfants et les adultes.

3023 *Et comment améliorer cette collaboration entre différents secteurs ?*

3024 Ben, je dirais dégager du temps à cette réflexion.

3025 *Les jeunes dépendent parfois de plusieurs services, est-ce que ça peut représenter un frein à la*
3026 *continuité de la prise en charge ou pas ?*

3027 Oui, comme je disais il faut vraiment identifier pour chaque secteur qui pourrait prendre le relai
3028 quoi. Dans nos situations, c'est vraiment chaque fois des prises en charge sur mesure, les jeunes
3029 n'ont pas besoin d'un seul service mais de plusieurs qui font partie de plusieurs secteurs
3030 différents.

3031 *Et il y a-t-il des défaillances plus structurelles ou organisationnelles dans les systèmes de*
3032 *soins ?*

3033 Alors, le manque de place en SSM par exemple pour les soins, on a un superviseur qui travaille
3034 dans le Brabant Wallon et nous dit que le temps d'attente c'est 15 jours et ici on est à 6 mois
3035 quoi, fin allo quoi... Donc il y a pour moi une scission entre les provinces qui ne favorise pas
3036 la continuité des soins, que ce soit pour les hospitalisations, fin je veux dire il y a des endroits
3037 où il y a beaucoup plus d'SRJ et des endroits où il y a beaucoup plus d'hôpitaux et ils gardent
3038 un petit peu la limite du territoire comme facteur d'admission et pour moi c'est pas acceptable
3039 quoi.

3040 *Et aucune collaboration n'est possible entre les différentes provinces ?*

3041 Si c'est possible mais ça beug toujours par rapport à des transports qui ne sont pas pris en
3042 charge et personne ne sait qui peut prendre en charge. Et ça c'est politique, parce que c'est la
3043 région pour un truc et le fédéral pour l'autre donc c'est le fait que les institutions soient réparties
3044 soit sur le fédéral soit sur le régional ou le communautaire pour certaines choses et donc pour
3045 moi c'est un frein aux soins et donc à la transition des soins.

3046 *Et existe-t-il une résistance de la part des usagers par rapport à leur soins ?*

3047 Disons que la santé mentale résonne comme de la psychiatrie pour les jeunes adultes et
3048 adolescents, alors que la santé mentale pour nous ce n'est pas que ça, pas que de la psychiatrie,

3049 pas qu'une hospitalisation, c'est du soin de manière générale. Donc ça c'est vrai que dans
3050 l'imaginaire des gens, la santé mentale c'est la psychiatrie et c'est les hautes doses de
3051 médicament donc pour moi c'est la méconnaissance de ce que c'est la santé mentale qui fait
3052 qu'il y a une résistance. Donc il faudrait plus de visibilité mais en même temps comme ces
3053 services ne peuvent pas répondre faute de place, ils ne vont pas non plus faire en sorte d'être
3054 visible, ils ne peuvent pas non plus créer une demande à laquelle ils ne peuvent pas répondre.
3055 Donc pour moi le problème, c'est le manque de places.

3056 *De quelle manière la mise en place de l'équipe mobile permet-elle d'améliorer l'organisation*
3057 *de la transition des soins ?*

3058 C'est, en fait la composition de l'équipe mobile est très riche, c'est des gens qui viennent de
3059 plein de secteurs différents avec des bagages différents et donc il y a même des gens qui
3060 viennent du réseau adulte et donc on peut profiter de son réseau, il y a même au départ,
3061 quand on a engagé les gens, on leur demandait d'être à mi-temps dans l'équipe mobile et à mi-
3062 temps ailleurs justement pour favoriser ce réseau ce qui est une aberration parce que
3063 généralement on a son réseau et on le garde mais c'était pour favoriser ça, le fait que la réflexion
3064 était plus importante parce qu'on avait, enfin ça voilà, ça volait haut.

3065 Donc je pense que les équipes mobiles peuvent assurer cette transition si on veille bien à ce que
3066 des gens du réseau adulte soient présents dans les équipes mobiles pédopsychiatriques, même
3067 si parfois ça ne va pas être facile pour la personne. Fin je pense qu'il y a des gens qui ont un
3068 réseau adulte qui ont toute leur place dans les équipes mobiles enfants pour favoriser cela.

3069 *Concernant maintenant le case-manager, quel est son rôle concernant la transition des soins ?*
3070 *Est-ce que vous avez des missions qui s'y rapportent ?*

3071 Ben favoriser la communication entre les services, essentiellement c'est ça. En fait, souvent on
3072 dit avec ma collègue, notre fonds de commerce c'est le dysfonctionnement des autres et je
3073 trouve ça parfois un peu lourd mais le fait de mettre les gens autour de la table et de proposer,
3074 de parler d'un patient, fait que voilà on peut avancer. Nous on assure cette transition en
3075 provoquant la communication qui pourrait exister mais alors chacun de son côté et alors ce n'est
3076 pas porteur quoi... Je pense à un jeune où il y a un changement de lieu de vie, un changement
3077 de psychiatre par exemple, il passe d'une IPPJ à un SRJ, on parle de la bonne tranche d'âge,
3078 heu ben je pense que les deux psychiatres ne se seraient jamais parlés si on les avait pas invités
3079 tous les deux, je pense vraiment qu'ils ne se seraient jamais parlés.

3080 Et donc souvent ce sont des problèmes de communication et dans les soins, et c'est un peu
3081 moche ce que je vais dire mais bon c'est quand même ce que je pense donc je vais le dire, l'égo
3082 des médecins n'aide pas, fin je veux dire un médecin ça a une position autoritaire qui, souvent
3083 dans une équipe de soins tranche et décide, et donc on imagine par exemple tel diagnostic et tel
3084 traitement pour un jeune, ben très très souvent ce traitement est remis en cause par le psychiatre
3085 suivant quoi... Il a y a quelque chose vraiment de l'égo vraiment mal placé, et au détriment du
3086 patient. Et parfois moi j'ai connu des jeunes qui allaient en time-out, et chaque fois qu'il y
3087 allaient on changeait leur médication hein, donc chaque fois qu'ils allaient d'une porte à l'autre,
3088 on changeait... Enfin c'est quand même grave quoi !

3089 Et donc là on est là-dedans et donc nous le fait qu'on ait un côté un peu naïf comme ça, on
3090 questionne qui fait quoi, quel traitement on donne aux jeunes, et donc ça aide, on questionne
3091 sur le traitement actuel et est-ce qu'il sera modifié étant donné que son lieu de vie change et
3092 donc les attentes des professionnels par rapport à lui sont différentes. Et donc vous voyez on
3093 questionne, donc ce côté un peu naïf, enfin pas si naïf que ça mais... En tout cas ce
3094 questionnement fait que pour moi ça favorise le lien sans avoir de jugement mais je trouve ça
3095 tellement dommage qu'il faille passer par nous quoi, que ça ne se fasse pas naturellement quoi.
3096 Mais voilà mon ressenti c'est que c'est souvent lié à ce côté autoritaire et individuel du médecin.
3097 Ils ne veulent pas perdre du terrain, ils ne perdront pas la face, se mettre d'accord entre médecins
3098 ça semble compliqué, en tout cas c'est ce que j'observe.

3099 *Et par rapport au case-manager, c'est une mission pour vous d'assurer la continuité des soins ?*

3100 C'est carrément notre job.

3101 *En fait, la transition est une principale mission à accomplir pour le case-manager ou bien elle*
3102 *fait partie des missions comme les autres ?*

3103 Non ce n'est pas la principale, c'est une de nos missions, on doit prendre soins de cette tranche
3104 d'âge-là, mais on a imaginé avec ma collègue que les petits étaient aussi importants et que si
3105 on ne faisait pas de la prévention avec les petits on les retrouvait plus loin donc voilà. Mais en
3106 tout cas, on a quand même une bonne partie de nos suivis qui font partie de cette tranche là
3107 parce qu'ils posent vraiment problème aux professionnels pour enfants et ado.

3108 *Cette tranche d'âge représente environ ...*

3109 Je dirais en proportion 40% de nos prises en charge sont des jeunes de cette tranche d'âge.

3110 *Et parmi cette tranche d'âge, vous prenez en charge plus de filles ou plus de garçons, de*
3111 *manière générale ?*

3112 Pour le moment on a beaucoup de cas complexes avec des garçons ou jeunes hommes pour qui
3113 on ne trouve pas encore de solution pour leur prise en charge future.

3114 *Donc en quoi les réunions de concertation sont-elles bénéfiques face à la transition des soins ?*
3115 *Si elles le sont...*

3116 Il y a une répartition du travail, donc qui fait quoi, et puis il y a un côté rassurant auprès des
3117 intervenants parce que parfois cette transition est gorgée d'anxiété mais pas que du jeune. En
3118 fait les intervenants sont très anxieux parce qu'ils se disent merde elle arrive à 18 ans, qu'est-
3119 ce qu'elle va devenir cette gamine, et en fait c'est contagieux cette anxiété, et ça n'aide pas le
3120 jeune parce qu'il est déjà anxieux lui-même. Et les concertations permettent de diminuer
3121 l'anxiété de la situation parce qu'il y a des choses qui se dégagent, les intervenants voient les
3122 intervenants suivants, ils se disent ça va il y a une continuité je sens que c'est déjà entre de
3123 bonnes mains, fin voilà. Moi je pense que ça baisse l'anxiété des travailleurs et des jeunes.

3124 *Ça permet d'apaiser un peu la situation ?*

3125 Oui.

3126 *Et comment les jeunes usagers sont impliqués dans ces concertations ?*

3127 Alors, c'est eux qui les préparent avec nous. Donc quand on les rencontre, ils identifient avec
3128 nous leur réseau, qui est important à la réalisation du projet. On va rencontrer toutes ces
3129 personnes et puis après on les mets tous autour de la table. Donc ce processus est assez long,
3130 parfois on est appelé dans l'urgence, le vendredi le jeune n'a plus de maison, ben nous on n'est
3131 pas là-dedans, donc on veut bien être quand on nous dit que le vendredi il n'y a plus de maison
3132 mais nous on imagine des projets à plus long terme. Mais donc le jeune, il a le rôle principal.
3133 Et donc souvent ça change la donne parce que les personnes qui sont autour de la table ne sont
3134 pas les mêmes que celles choisies par les intervenants professionnels et ben surtout c'est lui qui
3135 va décider de son projet, qui est acteur et qui est une ressource au niveau de son réseau et donc
3136 pour nous, c'est un facteur favorisant pour que le projet tienne à long terme.

3137 *Il adhère plus ?*

3138 Oui, voilà.

3139 *Selon vous, cette réunion de concertation, elle représente un facteur facilitant de la transition*
3140 *des soins ou non ?*

3141 Carrément, je trouve que ça devrait, fin il est question qu'on forme, à la clinique de concertation,
3142 d'autres personnes, donc nous on a imaginé un dispositif mais on s'est inspiré d'une clinique
3143 de concertation et il est question que cette clinique forme d'autres personnes du réseau, quand
3144 je dis réseau c'est le plateau réseau mais aussi les personnes qui sont intéressées plus largement.
3145 Je pense qu'on va vers ça, pour moi c'est l'avenir ce dispositif.

3146 *Donc la finalité en fait ce serait l'implémentation du dispositif de case-management, et puis*
3147 *que les professionnels fassent ce travail-là sans ce dispositif, c'est un peu ça ?*

3148 Alors en Luxembourg, on a rencontré d'autres case-managers qui se disaient notre but c'est
3149 qu'on ait plus besoin de nous, style dans deux ans... ah ouais on n'avait pas vu ça comme ça
3150 mais en fait souvent j'ai quand même l'impression qu'on est loin de ça. Ce n'est pas la même
3151 réalité de province en province, on est au début, on est loin de ça ici. Il y a vraiment des fossés
3152 entre les secteurs, ce n'est pas la même temporalité, ce n'est pas les mêmes réalités de terrain.
3153 Fin il y a plein de chose qui font qu'entre secteurs ça ne communique pas, entre les services ça
3154 ne communique pas.

3155 Enfin je pense à une situation où un SRJ ne voulait absolument plus travailler avec un hôpital
3156 qui était le plus proche en plus parce qu'il avait refusé l'hospitalisation d'une jeune fille qui
3157 avait fugué et elle s'est fait écrasée par un camion et elle est morte, fin donc du coup c'est
3158 bloqué, c'est fini on ne veut plus entendre parler de ce service. Mais bon, nous, enfin le fait de
3159 pouvoir mettre les gens autour de la table ça fait que c'est finalement possible. Fin voilà, c'est
3160 un travail, c'est sûr, je parle du travailleur social il fait son travail mais bon je veux dire on est
3161 tous humain et donc c'est vrai que parfois les gens restent bloqués sur des choses qui les ont
3162 touchés et alors du coup ben ça communique plus, ça ne veut plus travailler ensemble, c'est
3163 « on voit son nom dans le dossier, on se dit oh non pas elle », donc des choses comme ça pour
3164 moi font que on a encore des beaux jours devant nous, en tant que case-manager. Mais voilà,
3165 de fait, à terme, ce serait quand même mieux qu'on n'existe plus. Mais bon on fera d'autres
3166 choses, ce n'est pas ça mais...

3167 *Oui, merci beaucoup, on a fait un peu le tour. Je ne sais pas si vous voulez rajouter quelque*
3168 *chose...*

3169 Moi je suis quand même assez nuancée sur la création de cette nouvelle politique même si j'y
3170 travaille par rapport à la façon dont ça s'est créé, enfin je veux dire il y avait des tas de services
3171 qui fonctionnaient très bien et un politique a décidé que ces services allaient fermer pour en
3172 créer un autre, pour notamment faciliter l'accessibilité aux soins, ben moi je trouve que à ce
3173 niveau-là, on n'a rien amélioré, fin voilà on a créé une équipe ici sur la province qui est super
3174 étalée démographiquement, pour moi c'est débile. Pour moi, quand on parle de l'avenir c'est la
3175 concertation mais pour moi l'avenir c'est la proximité et il y a des zones où il n'y a rien et ce
3176 n'est pas prévu qu'il y ait quelque chose parce que justement on a inventé des équipes mobiles.
3177 Mais donc quand ils ont créé la politique, ils ont recensé la densité de population, ils ont fait
3178 des calculs et donc voilà je trouve moi qu'au niveau accessibilité des soins, l'équipe mobile n'a
3179 rien arrangé, c'est mon point de vue.

3180 Mais bon il faudrait plus de services de proximité, j'y tiens beaucoup parce que la réalité d'une
3181 ville n'est pas la même que dans une autre ville qui se trouve dans la même province. Et pour
3182 moi on n'a pas, cette politique n'a pas vraiment répondu à ce critère-là mais j'en fais partie,
3183 mais voilà je trouve qu'on a gagné certaines choses parce que je vous dis le niveau de réflexion
3184 des équipes est important, ce sont des équipes très riches, des professionnels très professionnels,
3185 ça vole haut mais on a pour moi perdu quelque chose de l'ordre de la proximité.