

# COMSMEA

Comité pour la nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents

Recommandations du groupe de travail continuité de soins

## **Le réflexe de continuité : un outil pour identifier les points d'amélioration dans la continuité des soins proposée**

Approuvé par la réunion plénière du COMSMEA dd. 28 juin 2023

Le réflexe de continuité : un outil pour identifier les points d'amélioration dans la continuité des soins proposée.

*Comité pour la nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents (COMSMEA).*



**« J'ai eu près de 80 accompagnateurs mais seulement deux en qui j'avais confiance. »**

**« Recevoir un petit message d'anciens accompagnateurs pour demander comment les choses se passent dans votre nouveau lieu de vie, ça fait plaisir. »**

**Rapport du groupe de travail Continuité des soins**

Kathleen Coppens (présidente), Filip Morisse (coprésident), Veerle Umans, Boris Rosenfeld, Sylvie Anzalone, Didier De Vleeshouwer, Eric Schoentjens, Sanneke Wilson, Ludmilla Moons, Francois Dupont, Rik Thys, Marc De Mesmaeker.

## **Table des matières**

<b>Introduction .....</b>	<b>2</b>
1. Le réflexe de continuité : Un outil pour identifier les points d'amélioration dans la continuité des soins proposée .....	3
1.1. Conceptualisation de la continuité des soins .....	3
1.2. Domaine 1 : Participation .....	8
1.3. Domaine 2 : Accessibilité .....	10
1.4. Domaine 3 : Collaboration .....	13
1.5. Domaine 4 : Réglementation et régionalité - un frein à la continuité des soins .....	15
1.6. Synthèse sur le réflexe de continuité en quelques mots-clés .....	18
2. Illustrations de pratiques .....	20
2.1 Pratique en Flandre : Transmission des soins Fioretti .....	20
2.2 Pratique bruxelloise : EPIK d'AREA+, groupe EPSYLON .....	24
2.3 Pratique wallonne : Le projet K-Ban des Réseaux Archipel et 107 BW .....	29
3. Proposition concrète pour une plus grande continuité des soins : Accompagnement des soins et transmission des soins .....	33
4. Conclusions et recommandations .....	36
<b>Bibliographie .....</b>	<b>38</b>

# *Comité pour la nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents (COMSMEA).*

## Rapport du groupe de travail Continuité des soins

### **Introduction**

Ce rapport rend compte des travaux du groupe de travail Continuité des soins<sup>1</sup>. Dans le présent rapport, le Groupe de travail vise à fournir, d'une part, un modèle conceptuel (avec l'outil qui l'accompagne : le réflexe de continuité) pour tester et optimiser la continuité des soins dans la pratique (1) et, d'autre part, une proposition concrète de guide des soins/transmission des soins pour renforcer la continuité des soins, notamment **dans les groupes cibles complexes et comorbides** (2). Les deux propositions vont de pair sur le **continuum allant de la prévention aux soins résidentiels intersectoriels**. La proposition relative à l'orientation et à la transmission des soins n'est décrite que de manière conceptuelle car, grâce à l'intensification des services k-, K- et FOR-K, les conditions financières sont désormais réunies pour sa mise en œuvre (avril 2021). Cette intensification devrait toutefois également faire l'objet d'une évaluation sur le plan du contenu systématique et être cofaçonnée au sein des réseaux SMEA. Cet avis ne se présente pas sous la forme plus traditionnelle de conclusions et de recommandations. **La continuité des soins est à ce point complexe et multicouche qu'elle ne peut être réduite à quelques tâches à accomplir. Elle est, pour ainsi dire, partout :**

- **au niveau micro** dans la relation entre l'enfant/l'adolescent (et son contexte) et le(s) intervenant(s)
- **au niveau méso** concernant le contenu et l'organisation de la prise en charge autour de l'enfant/adolescent (trajets de soins, collaboration entre les services et les établissements, transfert d'informations,...).
- **au niveau macro** (réseaux, régions, politique et autorités).

Ainsi, **trois domaines ont été identifiés dans lesquels (entre autres) la continuité des soins peut être réalisée : la participation, l'accessibilité et la collaboration**. D'autres domaines qui reviennent régulièrement sont, par exemple, la régionalité et la réglementation. Étant donné que ceux-ci sont fortement influencés par les politiques locales, nous ajoutons un 4<sup>e</sup> domaine général que chaque partenaire peut remplir en fonction de son fonctionnement. En outre, **la littérature décrit 4 formes de continuité : la continuité relationnelle, la continuité organisationnelle, la continuité informationnelle et la continuité perçue** (Freeman, 2007). Devancer l'avis et dire que pour les enfants/adolescents, la participation et la continuité perçue sont les points les plus importants, ne devrait étonner personne.

Le groupe de travail ne souhaite donc pas formuler de recommandations normatives, mais invite chaque partenaire et partie prenante à s'engager à tester son offre à l'aide d'un outil, à savoir le réflexe de continuité. Puisque cela se joue (aussi) au niveau du réseau, nous osons

---

<sup>1</sup> **Membre du Groupe de travail Continuité des soins** : Kathleen Coppens (présidente), Filip Morisse (coprésident), Veerle Umans, Boris Rosenfeld, Sylvie Anzalone, Didier De Vleeshouwer, Eric Schoentjens, Sanneke Wilson, Ludmilla Moons, François Dupont, Rik Thys, Marc De Mesmaeker.

suggérer de **le piloter à partir des réseaux régionaux de santé mentale pour enfants et adolescents.**

Si le réflexe de continuité doit être utilisé de manière plus systématique dans le contexte de l'évaluation et de l'amélioration de la qualité (Chantier 6), l'outil devra être encore optimisé, notamment à l'aide d'**un manuel et de questions clés.** Même s'il est appelé à demeurer un outil qualitatif, il n'en est pas moins préférable de le rendre plus scientifique et méthodiquement opérationnel.

## 1. Le réflexe de continuité : Un outil pour identifier les points d'amélioration dans la continuité des soins proposée

	<b>Continuité relationnelle</b>	<b>Continuité organisationnelle</b>	<b>Continuité informationnelle</b>	<b>Continuité expérientielle</b>
<b>Définition</b>	<i>'personal continuity'</i> <b>une relation thérapeutique stable</b> entre un client et un ou plusieurs prestataires de soins	<b>la coordination de la cohérence des soins ; l'accent mis des soins flexibles et continus</b> à l'intérieur et au-delà des limites des différentes unités de soins, qui sont complémentaires et séquentiels dans le temps ; <b>le nombre de partenaires est aussi réduit que possible ; ils sont flexibles, réactifs, contextuels et accessibles</b>	<b>l'utilisation/le partage des informations sur le passé et les conditions de vie personnelles du client</b> (y compris les valeurs et le contexte) (afin que le patient n'ait pas à répéter son histoire partout) <b>pour adapter les soins actuels aux besoins de l'individu</b>	« <b>quand le patient et sa famille considèrent-ils que leurs soins sont coordonnés et fluides</b> » ; si le patient <b>reçoit de l'aide quand il en a besoin</b> , s'il rencontre les mêmes personnes.
<b>Participation</b>				
<b>Accessibilité</b>				
<b>Collaboration</b>				
<b>Autres, par exemple, réglementation, régionalité</b>				

### 1.1. Conceptualisation de la continuité des soins

Tant la recherche scientifique que la pratique clinique admettent que la continuité des soins au sens large constitue un facteur déterminant de la qualité des soins. En outre, les enfants et les adolescents eux-mêmes, ainsi que le contexte dans lequel ils évoluent, semblent accorder une très grande importance à la **perception subjective des soins et de leurs résultats.** En particulier, l'appropriation et la prise en compte de leur contribution tout au long de leur trajet constituent des éléments essentiels pour les adolescents. Il est crucial de pouvoir

maintenir et établir des relations avec les personnes importantes aux yeux de l'adolescent. Les adolescents ne veulent pas seulement être des « adolescents pris en charge », ils veulent être considérés dans une perspective plus large (Naert et al. 2017). Dans le même ordre d'idées, les adolescents semblent penser que l'offre de structures de prise en charge se concentre trop sur le comportement, « l'extérieur », qui, selon eux, n'est qu'un fragment superficiel du problème. En outre, c'est précisément une pédagogie dans laquelle le conflit est possible qui s'avère faire la différence, où les soignants restent sur place et prennent l'engagement de ne pas abandonner, même dans des circonstances et des moments difficiles.

Certaines de ces questions nous guident également pour y travailler au niveau des travailleurs sociaux individuels, des équipes de travailleurs sociaux et au niveau organisationnel.

Les adolescents et les parents ont-ils l'impression de répéter encore et encore leur histoire ? Certains comportements et symptômes constituent-ils un facteur de risque de fractures dans le trajet de soins ? **Qui réunit les différents aspects des soins** (par exemple, les soins, l'éducation, les relations, les loisirs, le médecin généraliste,...) ? Y a-t-il un **fil conducteur** ? Sait-on clairement qui s'occupe de quelles questions dans le cadre du trajet de soins partagés ? Les prestataires de soins s'intéressent-ils souvent au travail des autres ? Un casemanager doit-il toujours être formellement désigné ?

La continuité des soins ne se suffit pas à elle-même. Elle est liée à la participation/contexte des adolescents, à l'accessibilité des soins et à la collaboration entre les différents partenaires.

Ainsi, la continuité peut également être considérée comme le résultat d'une interaction entre le client et l'intervenant. Ici, les enfants et les adolescents ne sont plus des bénéficiaires passifs des soins, mais **des partenaires actifs** qui veulent avoir le contrôle sur leur propre trajet de soins (Heaton et al., 2012). **Le degré de contrôle sur son propre trajet augmenterait également le sentiment de continuité, indépendamment de la durée de la relation thérapeutique** (Tobon, Reid, & Goffin, 2014). De nombreux adolescents témoignent ainsi qu'ils ont été aidés pendant des années sans que jamais, selon eux, leurs besoins réels n'aient été abordés. En d'autres termes, de nombreux programmes thérapeutiques sont menés à bien sans qu'il ne soit suffisamment vérifié de manière continue ou systématique s'ils touchent vraiment au cœur du problème. **Les adolescents développent également diverses formes de stratégies à ce sujet, notamment la frustration et la colère envers les prestataires de soins ou les systèmes de soins (fight), si possible la fuite face à n'importe quelle forme de soins (flight) ou le fait de simplement se soumettre aux soins (freeze)** (Naert, Roets, Roose, & Vanderplasschen, 2020). Il est important de considérer ces stratégies pour ce qu'elles sont, à savoir le symptôme d'une connexion défailante avec les adolescents et d'une compréhension de leur point de vue et donc d'un échec systémique, plutôt que de projeter ces stratégies sur l'adolescent lui-même et de les voir cumulées aux problèmes déjà présents chez les adolescents (Naert et al., 2020). Il semble donc y avoir un besoin d'outils permettant cette évaluation continue dans le cadre d'un dialogue. En période de pénurie, il est d'autant plus important que le soutien soit vécu comme utile, et répondant aux besoins perçus subjectivement.

**Depuis un certain temps, le cloisonnement et la fragmentation sont cités comme des goulots d'étranglement fondamentaux dans la prise en charge des adolescents.** De ce fait, les adolescents ont difficilement accès aux soins ou ils ne reçoivent pas les soins dont ils ont

besoin en raison du manque de coordination entre les différents systèmes de soins (Naert, Gesquiere, & Van Havere, 2014).

Les différentes notes de politique font très régulièrement référence au thème de la continuité des soins. Le Guide vers une nouvelle politique de santé pour enfants et adolescents (2015) préconise, par exemple, le « fonctionnement intégré des services de santé mentale pour enfants et adolescents ». Nous lisons également, plus loin, dans ce même Guide :

« Toutes les formes de soins doivent être harmonisées afin de permettre une complémentarité et une continuité des soins (entre les secteurs). »

« La complémentarité et la continuité sont au centre du travail d'élaboration des programmes ».

« [...] ces compétences et cette expertise sont échangées et mises en commun afin de promouvoir la continuité et le professionnalisme. »

« Réaliser une collaboration et une harmonisation intersectorielle au niveau micro (patient) et méso (réseau) pour que chaque enfant ou adolescent reçoive des soins en santé mentale à la mesure de ses besoins en termes d'accessibilité, d'implication, d'approche positive, d'expertise, de qualité et de continuité. »

« Renforcer les systèmes d'informations relatives aux soins, d'enregistrement et de communication et la recherche dans le domaine de la santé mentale. »

Dans le récent protocole d'accord de la commission de conventions transversale SSM pour le renforcement de l'offre de soins psychologiques dans le contexte de la pandémie COVID-19 (2020), on retrouve également des éléments qui plaident pour la continuité des soins : perspective de santé publique, soins accessibles et intégrés, SSM durables, généraliste vs spécialiste, collaboration locorégionale, méthode de travail multimodale, d'organisation graduelle des soins (stepped care) et correspondant aux besoins (matched care).

En outre, une note d'inspiration « Vroeg & nabij » a été élaborée par le ministre flamand de la Santé. Le thème de la continuité des soins est un fil conducteur des thèmes abordés dans cette note.

La continuité des soins semble donc vraiment être un élément clé, tant pour l'organisation des soins que pour leur contenu, pour tous les enfants et les adolescents confrontés à des problèmes de santé mentale. **Il semble que ce soit encore plus, mais pas seulement, un problème pour les enfants et les adolescents en proie à des problèmes complexes et comorbides et, surtout pour les jeunes dans la tranche d'âge charnière de 16-23 ans. À cet âge de transition, la continuité des soins est à la fois le problème (du passage de la minorité à la majorité) et la solution (en levant par exemple les trajets intersectoriels au-delà de 18 voire 21 ans).**

Le Groupe de travail s'est penché sur les expériences pratiques et les évolutions politiques, notamment en entrant en dialogue avec les adolescents eux-mêmes de vzw Cachet lors d'une soirée de discussion, mais aussi par le biais d'entretiens avec des experts (Dr Jan Naert, Université de Gand et M. Roel Reubens, vzw Cachet).

La littérature et les recherches scientifiques ont également été consultées. Cela montre que la continuité des soins est un concept complexe aux multiples dimensions (Naert et al., 2017). Au niveau international, l'accent est également mis sur la continuité de la prise en charge des adolescents, en tant qu'objectif d'interventions spécifiques telles que le casemanagement, la coordination des soins, le développement de réseaux de prise en charge ou la concertation sur des cas spécifiques. **La continuité des soins est, en outre, influencée par divers facteurs tels que les caractéristiques du client et du trajet de soins, la structure et l'administration du service, les caractéristiques et le comportement du professionnel, la famille du client et les personnes de confiance, le contexte plus large du client, ainsi que la satisfaction et les jugements du client lui-même** (Parker, Corden, & Heaton, 2011). Le tour d'horizon effectué auprès des experts et des adolescents eux-mêmes montre que les adolescents ne sont pas friands d'une interprétation linéaire, binaire et formelle (« référence ») du concept de continuité des soins.

Une définition encore fréquemment utilisée de la continuité des soins est la suivante :

*« Continuity of care may be understood as a process involving the orderly, uninterrupted movements of patients among the diverse elements of the service delivery system. » (Bachrach, 1981).*

En Flandre aussi, une thèse de doctorat a été consacrée à la continuité des soins (Naert, 2017). On y distingue différentes dimensions et aspects de la continuité :

- Continuité relationnelle
- Continuité organisationnelle
- Continuité informationnelle
- Continuité expérientielle ou continuité perçue (Freeman et al., 2007)

Weaver (2017) ajoute : les aspects contextuels, flexibles/changeants/réactifs et longitudinaux de la continuité des soins.

Les 4 dimensions susmentionnées de la continuité des soins ont également été retenues pour le réflexe de continuité.

**Continuité relationnelle**, aussi appelée « personal continuity », concerne une relation thérapeutique stable entre un client et un ou plusieurs prestataires de soins.

**La continuité organisationnelle** est axée sur la flexibilité et la continuité des soins à l'intérieur et au-delà des limites des unités de soins. **La continuité de la prise en charge se fait dans le cadre d'un trajet de soins individuel sur mesure et au mieux par le plus petit nombre possible de partenaires (qui sont complémentaires et peuvent se succéder dans le temps).** Les différentes parties qui entourent le patient sont impliquées et réunies à toutes les étapes du trajet pour atteindre des objectifs égaux et un alignement mutuel de leurs actions avec celles des autres.

**La continuité informationnelle** fait référence à la disponibilité d'informations pertinentes (utilisation/partage de la période actuelle et des périodes précédentes, provenant de différents domaines de la vie, pour adapter les soins actuels aux besoins de l'individu. La

continuité informationnelle favorise la continuité organisationnelle et vise à éviter que les patients aient, sans cesse et partout, à répéter leur histoire.

**Continuité expérientielle** : lorsque le patient et sa famille ressentent les soins comme coordonnés et fluides ; cela nécessite trois autres formes de continuité. Si le patient reçoit de l'aide quand il en a besoin, s'il rencontre les mêmes personnes. Le rapport de Cachet sur la continuité (vzw Cachet, voir <https://cachetvzw.be/nl/publicaties/advies-jongeren-over-continuïteit>) a tenté d'élargir la notion de « continuité perçue ». La continuité perçue ne concerne pas (uniquement) la continuité perçue au niveau des *soins*. Il s'agit de l'expérience de la continuité au-delà et avant les soins et de l'impact que les soins peuvent avoir sur elle, dans un sens positif ou négatif. La « continuité de *l'environnement de vie* » pourrait servir d'impulsion à la conceptualisation de cette interprétation large. Des exemples incluent la continuité entre les « soins » et ce qui n'appartient pas aux soins (enseignement, police, ...). Une demande de prise en charge est souvent formulée (implicitement) en dehors des services de soins (à un enseignant ou au parent d'un ami, par exemple) et les situations dans lesquelles les services de soins interviennent (si les soins sont accessibles...) sont souvent identifiées, en premier lieu, par d'autres instances.

Les adolescents font également l'expérience d'une continuité de vie dans de nombreux domaines autres que les soins : le quartier, les liens avec les animaux domestiques, les activités de loisirs, le contexte matériel et relationnel, etc.

L'attention portée à la perception de la continuité des soins est qu'une fibre de la perception de la continuité de l'environnement de vie.

Ainsi, la recherche de Naert (2019) continue de montrer que même si la continuité organisationnelle, informationnelle et relationnelle est en place », cela ne signifie pas pour autant qu'il y a une continuité expérientielle au niveau de l'adolescent. Il est donc important de privilégier aussi et surtout le point de vue des adolescents eux-mêmes (et de leur entourage).

Le réflexe de continuité se veut un outil de réflexion pour tous les acteurs impliqués dans la prise en charge de la santé mentale au sens large des enfants et des adolescents, dans le respect de leur grande diversité. Le réflexe est composé d'une structure de trame comportant, d'une part les différentes dimensions de la continuité et d'autre part les domaines de la participation, de l'accessibilité et de la collaboration. Nous avons également ajouté un domaine supplémentaire « ouvert » comprenant la régionalité et la réglementation, qui peut être précisé librement en fonction du contexte spécifique. À l'intersection de ces dimensions et domaines, les parties prenantes sont invitées à réfléchir à leur aspect des soins de santé mentale à partir de questions telles que : Quels sont les facteurs actifs dans le fonctionnement concret en matière de continuité des soins ? Nous espérons que cet outil pratique et accessible pourra aider à établir et renforcer le dialogue autour de la continuité des soins. Il serait bon que toutes les (nouvelles) initiatives en matière de soins de santé mentale pour les enfants et adolescents utilisent cet exercice comme un défi et un outil, avec les enfants, les adolescents et leur contexte. Nous sommes conscients que ce rapport et ce réflexe de continuité sont largement limités aux soins (professionnels). En outre, la recherche sur la continuité des soins est principalement déterminée par la pensée institutionnelle (White, 1992). La continuité des

soins, c'est, bien sûr, plus que cela ; il y a un long avant et un long après, le trajet ordinaire de la vie. Les soins doivent être une source continue et durable de ressources et non pas une phase définie dans le temps. Nous tenons cependant, ici, à nous concentrer sur ces processus de soins où la continuité des soins peut être améliorée. À un moment ou à un autre, nous nous verrons néanmoins contraints d'arriver à une « redéfinition des soins », ainsi que de la position et du rôle des soins et de l'aide. **Nous n'entendons, par là, des soins, non plus sous une forme clinique, mais des soins au sein d'un trajet de rétablissement beaucoup plus large** (par exemple, les amitiés, les parcours scolaires, les loisirs, etc.) La continuité devient alors plutôt une suite cohérente ininterrompue (vzw Cachet, voir <https://cachetvzw.be/nl/publicaties/advies-jongeren-over-continuïteit>).

Une autre remarque critique que nous pouvons faire est que la continuité est trop souvent comprise en termes de délimitation et de référence, sur fond de types, modules, formes de soins, secteurs, spécialités, intensités, escalades, stepped care, etc. N'organisons-nous pas ainsi l'exclusion et la discontinuité, le décrochage des adolescents ? De cette façon, le réflexe de continuité peut-il aussi s'avérer un stimulus pour les travailleurs sociaux pour leur donner vraiment envie de s'engager dans les difficultés des autres, en investissant non seulement dans l'expertise (cognitive), mais aussi dans l'expertise relationnelle et humaine ? Le fait de s'accrocher, aussi dans le temps, et d'ajuster en permanence avec flexibilité l'adéquation présente (« ce qui marche » ; « là où ça colle ») constitue un argument en faveur de l'utilisation d'un large éventail d'options avant de référer l'intéressé.

À cet égard, la continuité n'est pas un principe qui s'ajoute à l'aide existante et qui vient s'y superposer. C'est un principe qui met au défi l'existant de se réformer en profondeur.

## **1.2. Domaine 1 : Participation**

*« Il faut écouter les enfants et ce à n'importe quel âge. L'adulte est tellement persuadé de connaître la vérité, qu'il en oublie d'écouter les principaux intéressés : les enfants ! » (What do you think, Unicef, 2022)*

Le rapport du Conseil supérieur de la santé « Participation des enfants et adolescents dans le domaine des soins de santé mentale » (CSS n° 9458 juillet 2019) souligne dans son introduction que les enfants et les jeunes âgés de 0 à 18 ans en tant que membres à part entière de la communauté humaine ont droit à des soins spéciaux, à la protection et à une assistance mais aussi le droit de participer. Ce droit est consacré par des traités, des textes juridiques et des décrets également d'application en Belgique.

Le Guide (vers une nouvelle politique de santé pour enfants et adolescents, [https://www.psy0-18.be/images/Guide\\_0-18/GIDS-KJ\\_definitief\\_20150330.pdf](https://www.psy0-18.be/images/Guide_0-18/GIDS-KJ_definitief_20150330.pdf)) inclut aussi explicitement la participation comme objectif opérationnel. Ici, la participation est, en tout cas, considérée comme un droit et, par conséquent, comme un objectif en soi.

Dans le présent rapport, nous souhaitons toutefois souligner avant tout que la participation des enfants et des adolescents aux soins de santé mentale ne doit pas être considérée comme une fin en soi, mais principalement comme un moyen d'améliorer, et finalement de garantir,

la continuité des soins à tous les niveaux. Cette continuité participative implique aussi des « choix » ou des « options de soutien multiples » pour les adolescents. Dans des situations complexes, les adolescents éprouvent souvent le sentiment de ne plus avoir le choix. Cela peut nuire considérablement à l'expérience de la continuité.

Le rapport Adocare (<https://www.adocare.eu/wp-content/uploads/2016/04/2015-ADOCARE-report.pdf>), qui a sollicité de manière participative l'avis des adolescents européens sur leurs opinions et leurs avis concernant l'organisation des services de santé mentale, formule des recommandations dans les domaines où les méthodologies participatives peuvent contribuer à une meilleure prestation de soins.

Depuis 2021, les réseaux SMEA se concentrent sur la promotion de la participation des enfants, des adolescents et leur contexte en sollicitant des coachs de participation. Cette fonction peut inclure un rôle de facilitateur dans la poursuite de la mise en œuvre du réflexe de continuité.

	<b>Continuité relationnelle</b>	<b>Continuité organisationnelle</b>	<b>Continuité informationnelle</b>	<b>Continuité expérientielle</b>
<b>Participation</b>	<p>D'après la théorie de l'autodétermination, on peut affirmer que le lien relationnel et le sentiment de participation et de compétence contribuent à renforcer la motivation de l'adolescent à participer activement au trajet de soins.</p> <p>Problématisez chaque référence : évaluez si la meilleure adéquation possible en termes d'expertise l'emporte sur l'adéquation présente en termes de connexion personnelle.</p> <p>L'accent est moins mis sur l'« extérieur » : problème, comportement, mais plutôt sur les sentiments, les souhaits et les compétences.</p> <p>Participation avec le soutien des pairs au niveau des proches : confiance, accessibilité, connexion personnelle</p>	<p>La participation en tant que moyen d'améliorer l'offre. Création de conseils de patients, des groupes de résonance. Les adolescents recommandent l'élaboration d'une charte incluant les aspects de confidentialité, d'accessibilité, d'offre thérapeutique, de droits de l'enfant et d'éthique. Cela permettrait une meilleure connexion et une connexion transversale entre les différents niveaux de soins.</p> <p>Meilleure évaluation et indication avec l'adolescent plutôt que concernant l'adolescent.</p> <p>Chaque organisation dispose-t-elle d'une charte sur la continuité des soins, élaborée avec les adolescents eux-mêmes ?</p>	<p>L'enfant ou l'adolescent est propriétaire de ses informations biographiques et cliniques. On doit être informé des éléments de son dossier qui sont partagés. Quels sont les éléments qui contribuent à formuler certaines décisions dans leur trajet de soins.</p> <p>Dans le dialogue avec les adolescents, leurs besoins dans ce domaine s'avèrent très subjectifs et différents. Il est donc conseillé d'élaborer une sorte de politique de base en matière de confidentialité et de partage des informations (par exemple, toujours recueillir leur consentement éclairé) et, pour le reste, de toujours enregistrer cela individuellement et <i>à la tête du client</i>. Il est donc important que la participation en</p>	<p>Aide/soins en cas de besoin (adéquation unique en termes de connexion, lien déjà établi et pas de recommencement).</p> <p>Faire face consciemment à la position d'inégalité que les diagnostics impliquent ; cela reste un moment de discontinuité pour de nombreux adolescents. Un moment vécu comme une « chose en soi », comme ce qu'on est « est » à partir de ce moment, comme quelque chose de binaire qui installe une altérité presque insurmontable (distinction, classement, isolement, classification, exclusion,...). Vous devenez alors une version problématique de vous-même. Les adolescents vivent ça comme si on leur disait quelque chose de contraire à la notion d'aide et c'est interprété</p>

	<p>(expertise idiosyncrasique).</p> <p>Les adolescents qui ont eux-mêmes été pleinement impliqués dans leur trajet conservent davantage les compétences et les connaissances acquises par la suite.</p>		<p>termes de continuité de l'information soit toujours adaptée : dans un langage compréhensible, y compris non verbal...</p> <p>Dossier central (fil conducteur) qui suit ?</p> <p>Attention particulière aux médias sociaux.</p>	<p>en fonction du diagnostic ou du problème. Il vaut mieux viser à réaménager sa vie avec sa vulnérabilité (rétablissement personnel et social)</p> <p>Continuité chez les accompagnateurs, indépendamment des structures et des formes de soins existantes</p>
--	---	--	---	---

Paroles d'adolescents :

« Ça aide si vous, en tant qu'adolescent, vous pouvez participer à la préparation de la transition. »

« Après avoir été admis dans un service K, il y a eu la transition vers l'éducation à l'autonomie ; heureusement, quelqu'un en qui j'avais confiance était présent à l'entretien de premier contact. »

« À 8 ans, j'ai été placé dans une commune dont je n'avais jamais entendu parler. »

### 1.3. Domaine 2 : Accessibilité

« Il faudrait regrouper plus les jeunes, faire des groupes de paroles entre jeunes, pas forcément à l'hôpital mais partout dans la ville. Les groupes de paroles devraient avoir lieu dans chaque ville, dans chaque pays. Et pouvoir parler avec nos parents des soucis qu'on a, des choses qu'on aimerait avoir dans notre famille Sur la façon dont nous aimerions que les choses soient dans notre famille. Pouvoir parler avec ses parents, son père, sa mère » (What do you think, Unicef, 2022)

Au sens strict, l'accès aux soins peut être défini comme la capacité de la population à avoir accès à et à obtenir des soins de santé adéquats lorsqu'un besoin de soins se fait sentir. Plus largement, elle peut être définie comme l'ensemble du processus allant de l'initiative à la prestation de soins et est donc centrée sur l'individu et sur l'offre disponible. L'accès aux soins est en tout cas l'un des éléments de base et un co-déterminant du fonctionnement efficace des systèmes de santé.

L'accessibilité est donc comprise comme l'interface entre les utilisateurs potentiels, avec leurs propres caractéristiques, et les ressources de soins de santé existantes.

Ici, d'une part, une distinction pourrait être faite entre les facteurs d'offre, y compris le lieu, la distance, la disponibilité, le coût et l'adéquation des services, les ressources, les structures, les institutions, les procédures et les règlements par lesquels les services de santé sont fournis. D'autre part, il existe des facteurs de demande tels que la connaissance et la gravité de la maladie, les compétences et les attitudes en matière de soins personnels, la perception de la maladie et les facteurs épidémiologiques, sociaux et culturels propres à la population.

Ainsi, l'accès aux soins dépendrait du degré d'adaptabilité entre les caractéristiques de la population et celles du système de santé.

Levesque (2013) et d'autres formulent **cinq dimensions de l'accessibilité** qui sont :

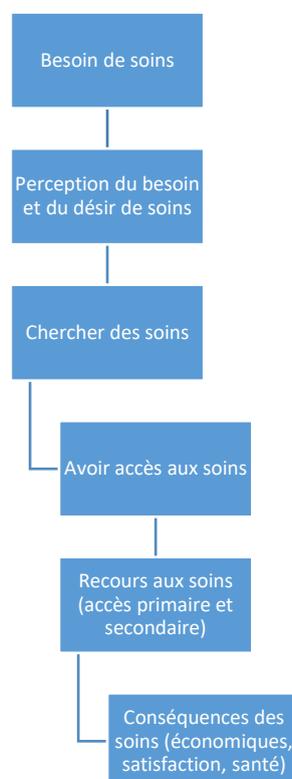
- 1) **Approchabilité** (transparence, inreach/outreach, information, détection)
- 2) **Acceptabilité** (valeurs professionnelles, normes, cultures, genre)
- 3) **Disponibilité et accueil** (localisation géographique, accessibilité géographique, équipement, heures d'ouverture, accessibilité téléphonique/accessibilité en ligne, mécanismes de rendez-vous)
- 4) **Abordabilité** (coûts directs, coûts indirects, coûts alternatifs, modalités de remboursement, interventions)
- 5) **Aptitude** (compétences techniques et interpersonnelles, adéquation, coordination et continuité)

et **cinq compétences correspondantes des populations qui interagissent avec les dimensions de l'accessibilité** pour assurer un accès effectif aux soins de santé :

- 1) **Capacité d'observation** (informations sur la santé et convictions, confiance et attentes)
- 2) **Capacité de recherche** (valeurs sociales et culturelles, genre, autonomie)
- 3) **Accessibilité** (résidence, transport, mobilité, temps de déplacement, soutien social)
- 4) **Capacité à payer** (revenus, actifs, capital social, assurance)
- 5) **Capacité à participer/impliquer** (responsabilisation, information, adhésion et soutien du soignant)

Il convient de rappeler que la prévention implique d'agir en amont.

Le processus de soins proposé (où les soins sont définis comme des soins généraux cf. soins préventifs, soins curatifs, soins d'entretien) est le suivant :



Source : Levesque et al. (2013)

	<b>Continuité relationnelle</b>	<b>Continuité organisationnelle</b>	<b>Continuité informationnelle</b>	<b>Continuité expérientielle</b>
<b>Accessibilité</b>	<p>Accès à bas seuil</p> <p>Possibilité d'une structure de soins intermédiaire avec un <b>accès à une aide appropriée</b></p> <p>Soins partagés et plan de soins partagé</p> <p>Large mobilisation en matière de dispensation de soins (prévention, aspect curatif, suivi)</p> <p>Formes d'<b>aide socialement acceptées</b></p> <p>Casemanagement</p> <p>Continuité entre les soins et le « non-soin » : accueil (extrascolaire), enseignement, police, ...</p>	<p><b>Soins de santé mentale plus intégrés dans l'aide intégrale</b> à la jeunesse. Également, plus de coordination avec les soins généraux (somatiques) cf. soins intermédiaires somatiques-psychiatriques et vice versa ; liaison (urgences, pédiatrie, etc.)</p> <p>Faire partie d'un <b>réseau plus vaste, améliorer les réseaux existants et établir des partenariats clairs.</b></p> <p>Renforcer et soutenir les soins/figures éducatives déjà présents.</p> <p>Contrôle centralisé dans une zone de fonctionnement plus large</p> <p>Offre d'aide clairement définie mais flexible, concertation du réseau en ligne et aide mixte</p> <p>Offre sociale générale abordable, remboursable ou gratuite</p> <p><b>Accessibilité aisée via diverses modalités (téléphone, en ligne et/ou en face-à-face) et également en dehors du bureau/des heures d'école</b></p> <p>Des équipes de contact/des points de contact généraux qui coordonnent diverses opérations ; en outre, cela conduit à <b>une connaissance de plus en plus large des opérations de chacun, avec à nouveau une plus grande accessibilité des services, car les services deviennent plus accessibles et l'aide peut ainsi être fournie de la bonne manière, aux bonnes personnes et par les bons services.</b></p>	<p>Partage des informations sur les clients</p> <p><b>Concertation en réseau rapide et fluide</b> (avec ou sans présence du client et de son contexte)</p> <p>S'engager à formuler des plans de soins partagés adaptés, en optimisant l'accessibilité aux autres services, avec une augmentation de la continuité des soins.</p> <p>Élaboration d'un plan de soins partagé ou plutôt d'un <b>parcours de vie</b> dans le but de partager un maximum d'informations déjà obtenues (neutres !) aussi rapidement et efficacement que possible avec en régie les adolescents et leur contexte. Ouvrir les dossiers des clients, en d'autres termes, accessibilité totale au dossier par le client et son propre contexte.</p>	<p>Orienté sur le lieu de vie ; dans son propre environnement de vie, très diversifié.</p> <p><b>Diminuer le fossé entre « intérieur et extérieur »".</b></p> <p><b>Miser sur les propres ressources des adolescents et leur contexte plus large</b> (déjà présent dans leur propre environnement de vie)</p>

		<p>Formation des formateurs - partage d'expertise</p> <p>Refinancement de la « collectivisation » du secteur des soins</p> <p>Investir dans des <b>équipes (mobiles)</b> diversifiées et venant de nombreux horizons (prévention, aspect curatif contacts d'entretien) où les <b>adolescents et leur contexte peuvent être aidés dans ou à partir de leur propre environnement de vie</b> améliorera considérablement l'accessibilité aux soins.</p> <p>Concertation interdisciplinaire pour favoriser l'accès.</p> <p>Dans les soins de SM, il faut éviter les arrêts ou les retards dans d'autres domaines et notamment l'enseignement, le fait d'habiter de manière autonome, l'emploi.</p>		
<p><u>Paroles d'adolescents :</u></p> <p><i>« J'ai eu près de 80 accompagnateurs, mais seulement deux en qui j'avais confiance. »</i></p> <p><i>« Je ne pouvais pas nouer d'amitiés car je devais souvent changer de groupe de vie. »</i></p> <p><i>« C'est si dur d'apprendre à connaître et à faire confiance à de nouvelles personnes. »</i></p>				

#### **1.4. Domaine 3 : Collaboration**

La collaboration en tant que domaine de la continuité des soins se situe à 3 niveaux, qui interfèrent les uns avec les autres :

1. **Le (système) client** - est le plus proche de la continuité relationnelle et de la continuité expérientielle.
2. **Entre l'organisation** - principalement sous la continuité organisationnelle
3. **Réseau/politique** - sous la continuité organisationnelle

Une collaboration transdisciplinaire et intersectorielle est idéalement nécessaire autour de problématiques très complexes, et comorbides, que personne ne peut supporter seul : il est nécessaire, surtout là, de sortir des sentiers battus.

La collaboration peut être formalisée entre les modules, les services et les établissements, mais elle ne s'avère efficace qu'au niveau de la **confiance** et des individus.

La collaboration au niveau du client se concentre sur des objectifs communs, évidents dans le cadre de la concertation avec le client lui-même. Ce faisant, la coordination, la

complémentarité et donc la continuité des soins doivent être recherchées entre les programmes et les partenaires.

Il est intéressant d'envisager de mettre en place, dans le cadre de cette collaboration, **une personne qui puisse défendre les intérêts du jeune, de préférence avec l'adolescent (fonction de plaidoyer) (voir également dans Vroeg en Nabij : concept van de trajectondersteuner).**

La collaboration intersectorielle et transversale peut répondre aux tendances croissantes à l'exclusion par la spécialisation. Les soins partagés, le casemanagement et la coordination des soins sont des méthodologies utiles à cet égard. Le point de départ est le suivant : « Nous ne savons pas où cela nous mènera, mais nous allons le faire ensemble ».

Puisque la participation semble être la clé de tout en matière de continuité des soins, toute forme de collaboration formelle ou informelle devrait refléter la place du client lui-même dans cette collaboration.

La collaboration entre les partenaires, les services et les secteurs offre des possibilités spécifiques en termes d'échange d'expertise, de formation, d'intervision et d'apprentissage par échange.

	<b>Continuité relationnelle</b>	<b>Continuité organisationnelle</b>	<b>Continuité informationnelle</b>	<b>Continuité expérientielle</b>
<b>Collaboration</b>	<p>Idéalement nécessaire dans le cas très complexes, comme la <b>prévention de l'exclusion et les phénomènes d'allers-retours.</b></p> <p>Par ailleurs : droit à la discontinuité.</p> <p>La collaboration entre les services et leur multiplicité ne sont pas toujours au bénéfice de la transparence. Concertation en réseau avec le client et un régisseur de soins, le casemanager est important (idéalement du domaine mobile-ambulatoire)</p> <p>Des formes de soins innovantes telles que BOR (Bed-Op-Recept - « Lit sur prescription »)</p>	<p><b>Travailler sur les besoins</b> plutôt que sur des étiquettes et des diagnostics.</p> <p>Image, objectifs de traitement, soins, coproductions, cocréations et cofinancement partagés : sortir des sentiers battus et poursuivre le « bon transfert ».</p> <p>Dans les soins SM, il faut éviter les arrêts ou les retards dans d'autres domaines et notamment l'enseignement, le fait d'habiter de manière autonome l'emploi, ...</p>	<p>Collaboration transdisciplinaire et intersectorielle.</p> <p><b>Échange d'expertise, formation, intervision</b> et apprentissage par l'échange.</p>	<p>N'interdisez pas toute proximité et tout contact entre cohabitants, mais au contraire, dispensez des conseils adaptés à la valeur ajoutée et aux éventuels risques liés à ces contacts.</p> <p>Fonction de plaidoyer</p> <p>Attention particulière pour l'âge de transition</p>

Paroles d'adolescents :

*« [...] il faudrait plus d'aide à la maison. Tous les parents élèvent leurs enfants à leur façon. On ne devrait pas leur dire comment faire. Mais on devrait les soutenir. »*

*« Depuis la naissance, toujours des transitions abruptes par exemple, le placement du jour au lendemain dans une famille d'accueil, le transfert d'un groupe de vie à un autre, ... jamais de maintien du contact avec la situation précédente. »*

*« L'accompagnement juge trop rapidement sur la base de ce qui se trouve dans le dossier. »*

### **1.5. Domaine 4 : Réglementation et régionalité - un frein à la continuité des soins**

Dans la littérature, la régionalité et la réglementation sont souvent mentionnées comme des domaines importants qui ont un impact sur la continuité des soins. Étant donné que ces domaines sont (fortement) influencés par les politiques locales, nous parlons plutôt d'un 4e domaine général que chaque partenaire peut remplir en fonction de son fonctionnement et de sa réalité. Nous nous concentrons ici sur la régionalité et la réglementation, mais d'autres domaines sont donc aussi certainement possibles.

**La régionalité** est un concept multicouche. Chaque organisation a délimité sa région pour obtenir des flux d'entrée clairs vers son offre. Certaines régions se chevauchent et les organisations sont invitées à prendre de bonnes dispositions en matière de collaboration. Cependant, la délimitation de la région est parfois en contradiction avec la continuité des soins. Les différentes autorités établissent les grandes lignes pour que les organisations travaillent différemment ensemble. Il suffit de penser à l'expansion des réseaux SMEA et des réseaux de santé mentale pour adultes par la CIM, les réseaux hospitaliers pilotés par les autorités fédérales. Ces partenariats doivent être conformes à la réglementation en vigueur - **modifiée ou non**.

L'organisation des soins nécessite une distinction entre les soins proposés de manière centralisée ou décentralisée. Les soins spécialisés sont mieux organisés à grande échelle ; toutes les régions ne peuvent pas disposer de soins résidentiels spécialisés. Cependant, il est aussi préférable d'intégrer localement au mieux les soins généralistes.

La régionalité a ses limites et certains **goulets d'étranglement** fréquemment signalés qui doivent être pris en compte sont, entre autres :

- La liberté de choix du patient/client, la connexion entre la 1<sup>re</sup>/2<sup>e</sup> ligne, etc.
- Les besoins d'attachement et d'appartenance des enfants/adolescents
- Problèmes de continuité dus aux « frontières » des provinces, aux zones de recrutement, etc. Une bonne pratique pourrait consister à organiser et à offrir des soins sur le lieu de résidence ou sur le lieu de scolarisation de l'adolescent.
- Différences dans l'offre et les besoins entre les zones/régions rurales et urbaines
- L'indisponibilité de soins spécialisés dans certaines régions.
- La frontière linguistique (familles néerlandophones vivant en Wallonie et vice-versa)

D'autres goulots d'étranglement concrets concernant l'écart entre les mineurs et les adultes sont l'utilisation du PVB (persoonsvolgend budget - budget qui suit la personne) (VAPH - Vlaams Agentschap voor personen met een handicap) avec des prestataires non agréés et l'absence de dossiers numériques partagés.

Le fractionnement de l'offre de soins et de son organisation ne doit pas constituer une raison pour créer des failles dans la continuité des trajets de soins. Les casemanagers et les coordinateurs de soins peuvent jouer un rôle de liaison dans ce domaine, tout comme les psychologues de première ligne. Il serait préférable d'avoir un fonctionnement intégré afin que le coordinateur de soins soit présent pour chaque personne ayant besoin de soins, y compris ceux ayant besoin de soins de santé mentale. En outre, il est d'autant plus important que chaque prestataire d'aide ou de soins assure la régie du trajet avec la famille et partage la responsabilité avec tous les acteurs impliqués.

Une idée pourrait être de mettre en commun les ressources de différents secteurs (par exemple, l'aide à la jeunesse, les SSM, la VAPH, ...) et de les déployer et les gérer de manière dynamique. La condition préalable est donc une évaluation et une offre de soutien flexibles, axées sur les besoins et pas seulement sur le diagnostic. Ici, il ne s'agit pas de référer à tout prix, mais bien de fonctionner simultanément en tant que partenaires, alternativement plus au premier plan et en arrière-plan.

De telles coproductions créatives exigent toutefois d'avoir la capacité de sortir du cadre (des règles) (de dépasser les et les structures classiques). Une réglementation modérée constitue donc une condition préalable à l'innovation, à la responsabilisation et à l'autonomie. Une autre question importante qui se pose alors est celle de savoir quand il s'agit d'une collaboration intersectorielle et quand il s'agit d'un double financement.

Peut-on prévoir dans le règlement un système graduel où les besoins de base sont les premiers couverts ? Si le système remplit ces conditions, on pourra ensuite le développer. Aujourd'hui, de nombreux adolescents ne bénéficient pas des soins de base (vivre, manger, dormir et établir un lien avec une personne de confiance/un avoué), ce qui signifie qu'il n'y a pas toujours une « base » suffisante pour organiser une aide de suivi et travailler sur des besoins plus spécifiques.

	<b>Continuité relationnelle</b>	<b>Continuité organisationnelle</b>	<b>Continuité informationnelle</b>	<b>Continuité expérientielle</b>
<b>Autre, par exemple Réglementation, régionalité</b>	<p>Régionalité :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Un coordinateur des soins intégrés qui veillera au bon déroulement de la transition entre les différentes situations de soins. <b>Le coordinateur de soins est le lien entre les soins à domicile et l'hôpital, le service de santé mentale, le centre de soins résidentiels (y compris les soins de jour et le court séjour), ainsi qu'avec le milieu de vie et le réseau naturel de l'adolescent.</b></li> <li>- Le modèle de soins wrap-around (prise en charge intégrée) (régie aux mains de la famille) → mis en place au niveau régional et local devrait continuer à tenir suffisamment compte des soins intégrés/intersectoriels en visant la mise en place d'un modèle de soins wrap-around.</li> </ul>	<p>Régionalité :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Concept de soins radicalement intégrés, tiré du cadre de réflexion du mouvement « The New Mental Health Care » (Delespaul, van Os, et al).</li> <li>- Organiser des points de contact de SSM au niveau de la zone de première ligne, qui recherchent la réponse la plus appropriée à la demande d'aide et d'orientation. (également accessible aux citoyens).</li> <li>- Concertation multidisciplinaire pour soutenir l'indication et l'orientation (maillon entre la 1re et la 2e ligne)</li> <li>- <b>Besoin de soutien et d'avis pour les travailleurs de la première ligne et les équipes.</b></li> <li>- <b>Chaque région doit avoir vue sur de l'offre dans d'autres régions et mettre en place des dispositifs de collaboration plus opérationnels.</b></li> </ul>	<p>Régionalité :</p> <p>Cœuvrer à l'échange optimal de données médicales et de soins de santé (dans le cadre d'e-health, par exemple).</p>	

Paroles d'adolescents :

*« Difficile d'intégrer des amis dans le groupe de vie et le temps libre est trop court pour rejoindre les amis de l'ancien lieu d'hébergement. »*

## 1.6. Synthèse sur le réflexe de continuité en quelques mots-clés

	<b>Continuité relationnelle</b>	<b>Continuité organisationnelle</b>	<b>Continuité informationnelle</b>	<b>Continuité expérientielle</b>
<b>Définition</b>	'personal continuity' une <b>relation thérapeutique stable</b> entre un client et un ou plusieurs prestataires de soins de santé	la <b>coordination de la cohérence des soins</b> ; l' <b>accent mis des soins flexibles et continus à l'intérieur et au-delà des limites des différentes unités de soins, qui sont complémentaires et séquentiels dans le temps</b> ; le <b>nombre de partenaires est aussi réduit que possible ; ils sont flexibles, réactifs, contextuels et accessibles</b>	L' <b>utilisation/le partage des informations sur le passé et les conditions de vie personnelles du client (y compris les valeurs et le contexte) (afin que le patient n'ait pas à répéter son histoire partout) pour adapter les soins actuels aux besoins de l'individu</b>	« lorsque le patient et sa famille vivent les soins comme des <b>soins coordonnés et fluides</b> » ; lorsque le patient reçoit de l'aide lorsqu'il en a besoin et qu'il rencontre les mêmes personnes.
<b>Participation</b>	Participation à la transition - continuité dans la transition  <b>Les liens relationnels et le sentiment de participation et de compétence,</b>	La participation en tant que moyen d'améliorer l'offre.  <b>Conseil des patients, groupe de résonance</b>  <b>Charte</b> couvrant la confidentialité, l'accessibilité, l'offre thérapeutique, les droits de l'enfant et les aspects éthiques.  Adocare  Rendre l'organisation des soins de santé lisible  Liens transversaux entre les niveaux de soins  Des soins de santé mentale plus intégrés dans l'aide intégrale à la jeunesse.	L'enfant ou l'adolescent est propriétaire de ses informations biographiques et cliniques.  La <b>recherche d'un consensus</b> , c'est-à-dire le partage des informations et ce qui conduit à certaines décisions pendant le trajet de soins.	<b>Informé en langage compréhensible ou de manière non verbale</b>  <b>Charte</b>
<p>« Ça aide si vous, en tant qu'adolescent, vous pouvez participer à la préparation de la transition. »</p> <p>« Après l'admission au service K, transition vers l'éducation à l'autonomie ; heureusement, à l'entretien de premier contact, il y avait quelqu'un en qui j'avais confiance avec moi. »</p> <p>« À 8 ans, j'ai été placé dans une commune dont je n'avais jamais entendu parler. »</p>				
<b>Accessibilité</b>	Soins partagés <b>Accès à bas seuil</b> <b>Casemanagement</b>	<b>Élargir l'accessibilité des soins de santé mentale en dehors des heures de bureau/école et des modalités (en ligne, etc.)</b> Améliorer les réseaux existants Équipes de prise en charge générale <b>Alignement des soins</b> (somatiques) généraux Train de trainer <b>Offre d'aide flexible</b> Refinancement de la « collectivisation » du secteur des soins  Dans les soins de SM, il faut <b>éviter les arrêts ou les retards</b> dans d'autres domaines et	Partage des informations sur les clients  Concertation en réseau rapide et fluide (avec ou sans présence du client et de son contexte)  S'engager à formuler des <b>plans de soins partagés adaptés, en optimisant l'accessibilité aux autres services, avec une augmentation de la continuité des soins</b>	Orienté <b>sur le lieu de vie ; dans son propre environnement de vie, très diversifié.</b>  <b>Diminuer le fossé entre « intérieur et extérieur ».</b>  <b>Miser sur les propres ressources des adolescents et leur contexte plus large</b> (déjà présent dans leur propre environnement de vie)

		notamment l'enseignement, le fait d'habiter de manière autonome l'emploi		
<p align="center"> <i>« J'ai eu près de 80 accompagnateurs, mais seulement deux en qui j'avais confiance. »</i>  <i>« Je ne pouvais pas nouer d'amitiés car je devais souvent changer de groupe de vie. »</i>  <i>« C'est si dur d'apprendre à connaître et à faire confiance à de nouvelles personnes. »</i> </p>				
<b>Collaboration</b>	<p>Dispenser des soins et proposer du soutien également dans les domaines pratiques et sociaux.</p> <p>Accompagnement du trajet, <b>régisseur de soins ou casemanagement</b></p> <p>Des formes de soins innovantes telles que BOR (Bed-Op-Recept - « Lit sur prescription »)</p> <p>Droit à la discontinuité</p>	<p>Image partagée et objectifs thérapeutiques.</p> <p><b>Travailler sur les besoins plutôt que sur des étiquettes et des diagnostics</b></p> <p>Coproductions, cocréations, cofinancement</p>	<p>Collaboration transdisciplinaire et intersectorielle.</p> <p><b>Échange d'expertise, formation, intervision et apprentissage par l'échange.</b></p>	<p>N'interdisez pas toute proximité et tout contact entre cohabitants, mais au contraire, dispensez des <b>conseils adaptés à la valeur ajoutée et aux éventuels risques liés à ces contacts.</b></p> <p>Fonction de plaidoyer</p> <p>Attention particulière pour <b>l'âge de transition</b></p>
<p align="center"> <i>« [...] il faudrait plus d'aide à la maison. Tous les parents élèvent leurs enfants à leur façon. On ne devrait pas leur dire comment faire. Mais on devrait les soutenir. »</i>  <i>« Depuis la naissance, toujours des transitions abruptes par exemple, le placement du jour au lendemain dans une famille d'accueil, le transfert d'un groupe de vie à un autre, ... jamais de maintien du contact avec la situation précédente. »</i>  <i>« L'accompagnement juge trop rapidement sur la base de ce qui se trouve dans le dossier. »</i> </p>				
<b>Autre, par exemple Régionalité Réglementation</b>	<p><u>Régionalité :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Coordinateur de soins intégrés</li> <li>- Modèle wrap-around (régie aux mains de la famille)</li> </ul>	<p><u>Régionalité :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Soins intégrés</li> <li>- Points de contact de SSM dédiés à la santé mentale au niveau de la zone de première ligne</li> <li>- Concertation multidisciplinaire pour soutenir l'indication et l'accompagnement (maillon entre la 1<sup>re</sup> et la 2<sup>e</sup> ligne)</li> </ul>	<p><u>Régionalité :</u></p> <p>Œuvrer à l'échange optimal de données médicales et de soins de santé.</p>	
<p align="center"><i>« Difficile d'intégrer des amis dans le groupe de vie et le temps libre est trop court pour rejoindre les amis de l'ancien lieu d'hébergement. »</i></p>				

## **2. Illustrations de pratiques**

### **2.1 Pratique en Flandre : Transmission des soins Fioretti**

#### **- Nom et localisation du projet au sein d'un réseau/secteur plus large (Quoi ?)**

La transmission des soins de Fioretti se situe dans le cadre de l'intensification de Fioretti, un service K résidentiel situé à Gand qui accueille des enfants et adolescents présentant un handicap mental et des problématiques psychiatriques supplémentaires.

#### **- Origine du projet : pourquoi a-t-il été mis sur pied ?**

La transmission des soins succède à l'orientation des soins qui était en place à titre expérimental (fonds flamands) depuis 2006.

Au centre psychiatrique Fioretti la collaboration avec les internats et les centres multifonctionnels pour personnes handicapées. Qui plus est, on en trouve dans toute la Flandre. Pour offrir de meilleures chances d'admission et, surtout, de retour dans l'établissement, le responsable des transmissions des soins facilite cette double transition.

#### **- Groupe cible (Pour qui ?)**

Le centre psychiatrique Fioretti se concentre sur les enfants et les adolescents (6-15 ans) souffrant de problèmes psychiatriques et de handicaps mentaux (légers).

Souvent, il s'agit également d'enfants et d'adolescents présentant des problèmes très complexes et un développement émotionnel très faible.

#### **- Objectifs (Pourquoi ?)**

Dans de nombreux cas, les enfants et adolescents de ce groupe cible présentent un traitement des stimuli et un comportement d'externalisation gravement perturbés, qui se caractérisent par la persistance des problèmes, un apprentissage lent et des transferts difficiles.

Une admission temporaire au centre psychiatrique Fioretti nécessite donc une bonne préparation et certainement une planification minutieuse du retour. Nous pensons ici au développement d'un langage commun et à l'évaluation correcte des opportunités et des difficultés des deux contextes.

#### **- Partenaires de collaboration (Avec qui ?)**

Le centre psychiatrique Fioretti travaille avec des écoles, des établissements et des internats. Nous assurons également la coordination avec les services d'aide à domicile, les centres de soutien d'Aide sociale à la Jeunesse et le tribunal de la jeunesse. Nous faisons également appel aux réseaux provinciaux enfants/adolescents dans le secteur de la santé mentale.

- **Moyens/encadrement (comment et d'où ?)**

Les moyens consacrés à la transmission des soins proviennent de l'intensification des soins, soit 2 fois 0,5 ETP d'accompagnateur des soins pour chaque groupe de vie. Ces accompagnateurs des soins combinent cette mission avec 0,5 ETP d'accompagnement contextuel.

	<b>Continuité relationnelle</b>	<b>Continuité organisationnelle</b>	<b>Continuité informationnelle</b>	<b>Continuité expérientielle</b>
<b>Participation</b>	<p>Le collaborateur chargé de la transmission des soins et le client ont établi leur lien pendant, à la fois les contacts planifiés et non planifiés et même pendant les moments de crise. Le fait de constamment vérifier si le client veut/peut, ne veut pas/ne peut pas faire certaines choses garantit la continuité.</p> <p>Il faut prévoir suffisamment de temps pour les moments de contact spontanés, non planifiés, « entre la poire et le fromage ».</p>	<p>Responsabilité partagée et coproduction avec un engagement clair de toutes les parties.</p> <p>À la sortie et au cours du suivi initial, le travailleur chargé de la transmission des soins s'efforce de faire part aux personnes de l'entourage immédiat de sa disponibilité pour les « moments charnières » ultérieurs de la vie de l'enfant.</p>	<p>Transfert à partir de la relation intervenant – adolescent et des expériences d'apprentissage y afférentes vers l'environnement d'origine ou le nouveau contexte en partant de l'expérience partagée. La transmission des soins s'effectue dans le milieu de vie et le contexte de l'adolescent, et non dans une salle de réunion.</p>	<p>Les changements dans l'environnement d'un enfant s'accompagnent souvent d'un changement dans ses besoins de soins. Le fait de ne pas traiter ce point de manière adéquate donne régulièrement lieu à des situations problématiques.</p> <p>Prévention de l'aliénation</p>
<b>Accessibilité</b>	<p>La transmission des soins implique, entre autres, de proposer une proximité en cas de besoin/une disponibilité et de responsabiliser le client et le contexte.</p> <p>Au centre psychiatrique Fioretti, le collaborateur chargé de la transmission des soins est disponible à bas seuil pour le client et pour le contexte. Cela signifie qu'il est présent dans le groupe de vie à différents moments. On pense aux repas, aux ateliers, au groupe de musique, ... Dans le contexte, il peut s'agir d'observer en classe, de suivre une soirée dans le groupe de vie, d'assister à un conseil de classe, d'accompagner l'enfant à un événement important à la maison.</p>	<p>L'ouverture fondamentale du centre psychiatrique Fioretti dans les deux sens, à la fois pour laisser entrer les référents/partenaires, pour les impliquer activement dans l'accueil résidentiel, parfois aussi de manière efficace l'avant-faire et le faire ensemble, et pour franchir les portes de la pédopsychiatrie vers les référents/partenaires et les traiter comme des partenaires égaux.</p>	<p>Le modèle « Ambit » (Anna Freud Centre) peut apporter une plus-value en termes de méthodologie dans le processus de transmission des soins. Le soutien de l'intervenant référent du jeune (keyworker) et l'aspect de « réflexion collective » sont essentiels dans la transmission des soins.</p>	<p>La traduction minutieuse des besoins de l'enfant/de l'adolescent dans l'accompagnement quotidien par les éducateurs, les enseignants et les parents permet de créer un environnement adapté aux forces et aux vulnérabilités de l'enfant. Il a été démontré que l'efficacité est maximale lorsque ces données de soins primaires et secondaires sont mises en commun avant même l'admission de l'enfant.</p>

<p><b>Collaboration</b></p>	<p>La transmission des soins se caractérise par une attitude mobile, volontariste et assertive.</p> <p>Relation claire entre le nombre de contacts de transmission des soins et la complexité des déficiences mentales et intellectuelles de l'enfant. Plus les problèmes psychiatriques se manifestent de manière complexe, plus il faut investir dans la phase de transition vers le milieu de vie initial ou le nouveau milieu de vie.</p>	<p>Transition transparente entre le centre psychiatrique Fioretti et les soins de suivi en établissant les choix à l'avance et en traçant le cadre très clairement.</p> <p>Développer un modèle flamand transversal pour la coordination des soins au sein du groupe cible des mineurs à double diagnostic ; rechercher ensemble des connexions durables entre les partenaires et les programmes.</p>	<p>Distinguer qui a exactement besoin de quelle information et comment celle-ci peut ensuite parvenir à toutes les personnes concernées.</p>	<p>Éviter les fractures ou les fractures imminentes au niveau familial, scolaire, socio-relational.</p>
<p><b>Autres, par exemple, réglementation, régionalité, ...</b></p>		<p><b>Réglementation :</b> listes d'attente au sein de CARE, VAPH, attribution de statuts (moyens prior, pour les troubles comportementaux et émotionnels+, IPH (Intersectoraal prioritaire toe te wijzen hulpvragen - demandes d'aide à attribuer par priorité), la caractérisation au sein du BO, interventions et collocations par le tribunal de la jeunesse. Tout ceci affecte la continuité du traitement d'un enfant ou d'un adolescent.</p> <p>Fossé entre toutes les agences axées sur la jeunesse (aide intégrale, enseignement, juridique,...)</p>		<p><b>Régionalité :</b> la distance ne devrait pas faire de différence ni constituer un obstacle ; elle peut en revanche faire gagner beaucoup de temps en matière de transport. La découverte des réunions en ligne permet de gagner beaucoup de temps dans ce cadre.</p> <p>Les week-ends le transport prend beaucoup de temps aux parents ou à l'établissement. La collaboration avec les écoles est moins évidente. Pratiquer ses loisirs dans le contexte domestique est difficile.</p>

## **2.2 Pratique bruxelloise : EPIK d'AREA+, groupe EPSYLON**

### **- Nom et localisation du projet au sein d'un réseau/secteur plus large (Quoi ?)**

Le projet EPIK est un projet de la Maison d'adolescents AREA+ (groupe hospitalier EPSYLON), située au 294 chaussée de Saint-Job à 1180 Bruxelles, réalisé grâce aux moyens de la nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents. Le projet correspond à l'implémentation de l'Intensification des service K/k et des unités FOR K par l'augmentation des effectifs.

La maison d'ados AREA+ est un hôpital psychiatrique, proposant des soins pour des adolescents entre 12 et 20 ans. AREA+ est une structure composée à la fois d'un hôpital résidentiel pour adolescents (soins à temps complet dans une Unité de Bilan et Traitement volontaire et dans une Unité de Traitement Intensif médico-légale), d'un hôpital de jour, d'un internat thérapeutique (hospitalisation temps partiel de nuit) et d'une unité de consultations médico-psychologiques ambulatoires. AREA+ articule ces différents dispositifs de traitement pour adapter la prise en charge, au fil de l'évolution de chaque jeune, à tout type de problèmes psychiques : détresse et anxiété, dépression, rupture familiale, décrochage scolaire, mises en danger, manifestations psychotiques...

### **- Origine du projet : pourquoi a-t-il été mis sur pied ?**

Préalablement à la pandémie de COVID-19, un nombre croissant d'enfants, d'adolescents et de jeunes adultes présentant des problèmes psychiques graves et complexes avaient déjà recours à l'ensemble de l'offre de soins en santé mentale.

À partir de la pandémie, de plus en plus de jeunes ont éprouvé des symptômes psychologiques tels que l'anxiété, des sentiments dépressifs, le manque de contacts sociaux et un sentiment croissant d'insécurité, en raison de la situation sociale causée par la pandémie et les mesures de confinement visant à empêcher la propagation du coronavirus. Dès lors, on constate une augmentation du nombre d'enfants et d'adolescents présentant des problèmes psychologiques, plus graves, plus complexes et plus multiples, nécessitant des soins en service psychiatrique hospitalier.

L'augmentation exponentielle des demandes auprès des acteurs des soins en santé mentale et l'intention d'utiliser les ressources disponibles de manière aussi efficace et efficiente que possible, nécessitent à très court terme une intensification et la création de capacités de soins (semi-) résidentiels supplémentaires pouvant être utilisées de manière flexible.

C'est pourquoi des ressources supplémentaires sont désormais mobilisées dans le cadre de l'intensification des soins en santé mentale (semi-)résidentiels et pour une organisations plus efficace et plus souple des flux d'entrée, de transit et de sortie des capacités d'accueil. Ceci afin d'augmenter le nombre d'admissions d'enfants, d'adolescents et de jeunes adultes souffrant de problèmes psychiques graves, complexes et multiples, qui ne peuvent être aidés par des soins mobiles ou ambulatoires.

- **Groupe cible (Pour qui ?)**

L'équipe EPIK accompagne des jeunes âgés entre 12 et 21 ans. La famille et réseau du jeune sont également pris en considération dans le suivi du bénéficiaire. Les troubles et difficultés rencontrés chez les enfants et adolescents sont des problèmes « multifactoriels » psychiques graves, multiples et complexes dont le traitement nécessite une prise en charge hospitalière.

- **Objectifs (Pourquoi ?)**

Le travail se fait selon deux axes.

1) En amont d'une hospitalisation :

EPIK se consacre à un travail de prévention, d'accompagnement et de suivi du jeune, en collaboration avec sa famille et son réseau, dans son lieu de vie et en dehors de celui-ci. Les rencontres avec le/la jeune et avec sa famille ont pour objectif de préparer l'hospitalisation et elles peuvent se soutenir de certaines activités médiatisées, quand la parole est encore difficile à investir.

2) En aval d'une hospitalisation :

Lorsque le traitement hospitalier d'un bénéficiaire arrive à son terme, l'équipe EPIK peut être sollicitée par les psychiatres hospitaliers d'AREA+ pour renforcer les acquis de l'hospitalisation et accompagner le/la jeune dans la suite du traitement.

Les prises en charges de l'équipe EPIK se font toujours en binôme. Les rencontres avec les jeunes et leur famille se font sur rendez-vous, de manière régulière, à domicile ou en dehors. Certaines activités collectives (sportives, artistiques...) organisées par l'équipe EPIK en collaboration directe à AREA+, avec les autres équipes soignantes, peuvent aussi être proposées aux jeunes.

- **Partenaires de collaboration (Avec qui ?)**

L'équipe EPIK est uniquement activée par les unités de soins d'AREA+. Une fois activé, le travail se fait « sur mesure ». Chaque situation est différente et nous travaillons avec le réseau du jeune, de facto en lien avec les familles, les écoles, les SRG, les SSM, les spécialistes qui gravitent autour du jeune, le service d'aide à la jeunesse, le tribunal de la jeunesse etc...

- **Moyens/encadrement (comment et d'où ?)**

Après prise de rendez-vous, nous nous déplaçons afin de rencontrer le bénéficiaire, la famille et le réseau. Les rencontres peuvent se faire dans un parc, chez le jeune, au SAJ/SPJ... La rencontre est primordiale, nous nous adaptons donc au cadre du bénéficiaire et l'équipe fait preuve de flexibilité.

L'Équipe EPIK (7,4 ETP) est composée de 2 psychologues - 1 infirmière - 1 assistante sociale -3 éducateurs - 2 assistants - psychologues - 1 coordinateur. Chaque intervenant a son GSM professionnel afin d'être rapidement joignable.

EPIK est activable dès la demande du psychiatre d'AREA+, à partir de l'indication et jusqu'à l'entrée du jeune à l'hôpital. Et en aval pour une période de 6 semaines renouvelables. L'intensité des rendez-vous peut fluctuer entre un et trois moments de rencontre sur la semaine (en fonction de la situation).

- Rôle linguistique : FR – NL
- Aspects financiers : Gratuité
- Territoire/région : Belgique

Comme dit précédemment, en dehors du suivi intensif en semaine, EPIK se donne les moyens de rencontrer le jeune différemment autour d'activités collectives (sportives, artistiques...) organisées sur le site d'AREA+.

Actuellement les activités proposées sont :

- Le théâtre (mardi de 15h30-17h)
- L'Ultimate frisbee (mardi de 17h-18h30)
- Le Studio d'enregistrement (mercredi de 13h 15h)
- Le Badminton (jeudi de 17h-18h30)

A travers de l'une des activités sportives que nous proposons (Ultimate Frisbee), nous mélangeons des jeunes qui arrivent de différentes provenances (santé mentale, suivi EPIK, club sportif, jeune du quartier ...).

La force de cette rencontre est d'avoir des jeunes « hors circuit de la santé mentale » qui tirent indirectement les bénéficiaires les plus fragiles vers d'autres horizons.

En septembre Les activités sont revues et modifié en début d'année scolaire.

#### « Le p'tit + » : Le Groupe Parents

Nous remarquons depuis la création de l'équipe EPIK, un désir de la part des parents d'être davantage entendus par les professionnels de la santé mentale. Alors que les parents sont, dans l'ensemble, reconnaissants du travail fourni par les équipes auprès de leur adolescent et de la prise en charge dont il bénéficie, nombreux sont ceux qui pointent un manque dans le soutien apporté à la famille avant, pendant et après l'hospitalisation. Ils souhaitent un lieu d'adresse pour pouvoir déposer la détresse dans laquelle ils se trouvent lorsque leur enfant nécessite une hospitalisation en psychiatrie ou lorsque leur enfant revient vivre à domicile après une hospitalisation de plusieurs semaines.

L'équipe EPIK étant par essence à la transition entre l'intérieur et l'extérieur de l'hôpital, soutient une démarche d'articulation du jeune et de sa famille dans ces moments de transition, elle propose donc un accompagnement des parents sous la forme d'un groupe de parole adressé à ceux-ci. Ce groupe A lieu +/- toutes les 5 semaines.

	<b>Continuité relationnelle</b>	<b>Continuité organisationnelle</b>	<b>Continuité informationnelle</b>	<b>Continuité expérientielle</b>
<b>Participation</b>	<p>Lien créé au travers la continuité des rencontres. → Temporalité</p> <p>Confiance accordée de part et d'autre (bénéficiaire-professionnel)</p> <p>Importance du travail en binôme.</p> <p>Prise en compte du réseau du jeune + accès à celui-ci.</p> <p>Moment de rencontre privilégié → découvert des compétences du bénéficiaire + mise en valeur (gain de confiance en soi).</p> <p>Activation du réseau, de la famille...</p> <p>Mise en avant plan (objectivation du degré d'autonomie.</p>	<p>Certaines « activités médiatisés » aident à la rencontre.</p> <p>Mise en place d'un « Groupe Parents » qui ont un sentiment de perdre le fil dans la trajectoire du soin de leur enfants.</p> <p>Mise en place de moment privilégié de rencontre (ritualisée) avec les jeunes.</p> <p>Adaptation et développement d'outil (Sociogramme-Egonet) avec le bénéficiaire afin d'évaluer rapidement les besoins nécessaires.</p>	<p>Importance de la transmission d'informations pour l'activation de la prise en charge → clinique → familiale → scolaire → réseau → ...</p> <p>Besoin de l'accord du jeune pour travailler avec son réseau.</p> <p>Adaptation d'outil informatisé pour le dossier médical.</p> <p>Importance de la centralisation des informations.</p>	<p>Importance du réseau et des acquis déjà existants (bonne expérience) pour une continuation des soins.</p> <p>Nuance et explication des propos utilisés avec le bénéficiaire afin de garder une expérience positive.</p> <p>Prise de conscience des fragilités et pouvoir y faire face afin d'éviter les rechutes.</p>
<b>Accessibilité</b>	<p>Importance des premiers rendez-vous.</p> <p>Laisser place à la rencontre. Le professionnel doit accepter le jeu de la rencontre et partager aussi qui il est.</p> <p>Facilité du lieu (proximité)</p> <p>Choix du lieu par le bénéficiaire.</p> <p>Adaptation du rendez-vous en fonction des événements.</p> <p>Accompagnement lors de démarches administratifs complexes.</p>	<p>Ponts créés entre l'AAJ et la santé mentale. (renforcement du réseau et des liens de confiances)</p> <p>Adaptation des démarches et possibilité d'aller voir ailleurs ce qui se passe...</p> <p>Accompagnement sur internet des possibilités.</p> <p>Ouverture du champ des possibles.</p> <p>Importance d'une continuation des processus lancés (rigueur)</p> <p>Utilisations des technologies moderne pour la communication.</p>	<p>Partage des informations (! Secret professionnel !)</p> <p>Information partagée en binôme → facilité de faire suivre les infos si absence...)</p> <p>Importance de moment de bilan avec le jeune et de la transmission afin de faire suivre les soins.</p> <p>Création de dossier partagés entre différents services pour une meilleure communication et une fluidité des informations.</p>	<p>Importance du déplacement des professionnels afin de rencontrer la réalité du lieu de vie, scolaire etc. du bénéficiaire.</p> <p>Utilisation des ressources existantes dans le milieu de vie du bénéficiaire.</p> <p>Moment de rencontre équilibré entre le « chez soi » du jeune et l'extérieur.</p> <p>Souligner les expériences positive et les réussites du trajet thérapeutique avec l'importance de ce que le bénéficiaire à apporté.</p>

		<p>Moment de rencontre avec le réseau afin de partager et de se former au savoir-faire des autres professionnels.</p> <p>Diversité des professionnels engagés afin de toucher un plus grand public.</p>		
<b>Collaboration</b>	<p>Importance et connaissance du lien créé (transférentiel) dans la relation pour une bonne continuation des soins.</p> <p>Travail avec la famille.</p> <p>Possibilité de remettre en question certaines certitudes et de pouvoir travailler dessus.</p> <p>Lien de confiance créé (bénéficiaire, famille, réseau élargie...) Créativité : oser du nouveau.</p>	<p>Participation et accompagnement dans des démarches concrètes amenant des résultats.</p> <p>Prise d'initiative afin d'avancer dans le processus de soins.</p> <p>Activation du réseau, savoir sur quelle « bonne corde » tirer pour aller de l'avant.</p>	<p>Rapprocher les frontières entre l'AAJ et la santé mentale.</p> <p>S'intéresser et découvrir le métier de l'autre (meilleur compréhension)</p> <p>Possibilité d'aller voir la réalité professionnelle des collègues d'autres secteurs.</p>	<p>Présence de professionnel lors de moment clé (incompréhension clinique des comportements du bénéficiaires) lors de concertation.</p> <p>Fonction de « rassurer » l'extérieur.</p> <p>Pouvoir expliquer les fragilités que vit le bénéficiaire (aider à comprendre ne veut pas dire tout accepter...)</p> <p>Aider à ce que chacun puisse tenir son rôle (les écoles, l'AAJ, docteur...)</p>
<b>Autres, par exemple, réglementation, régionalité, ...</b>	<p>Importance d'une ÉQUIPE cohérente (confiance optimal...)</p> <p>Bonne connaissance du moment « T » du bénéficiaire afin de s'assurer de la suite cohérente du projet de soin.</p> <p>Importance du lien et de la communication afin d'être tous sur la même longueur d'onde.</p>	<p>Importance de la bonne connaissance du réseau afin d'optimiser la continuité organisationnelle des soins.</p> <p>Connaissance de ce qui se passe dans les autres régions (agrandissement du réseau du professionnel)</p> <p>Être au courant des nouveautés (psy de première ligne...)</p> <p>Se tenir au courant de la réalité des autres secteurs.</p> <p>Curiosité (ouvrir les frontières, qu'est ce qui se passe chez nos voisins)</p>	<p>Être attentif (s'assurer) aux suivis des données et informations concernant le bénéficiaire.</p> <p>Importance que tous les spécialistes (SPJ – SAJ-école- SSM – hôpital) communiquent entre eux.</p>	<p>Tirer une expérience des réussites et des ratés des suivis afin d'optimiser les prise en charges.</p>

### **2.3 Pratique wallonne : Le projet K-Ban des Réseaux Archipel et 107 BW**

#### **- Nom et localisation du projet au sein d'un réseau/secteur plus large (Quoi ?)**

Le projet K-Ban au sein du Réseau Archipel et du Réseau 107 BW.

#### **- Origine du projet : pourquoi a-t-il été mis sur pied ?**

Le projet a été mis en place dans le cadre des chantiers et dans le cadre du Chantier 5.

#### **- Groupe cible (Pour qui ?)**

Les jeunes en âge de transition de 16-23 ans, en vulnérabilités psychiques et/ou psychiatriques, sur la province du Brabant wallon.

#### **- Objectifs (Pourquoi ?)**

Répondre aux besoins particuliers des jeunes de 16 à 23 ans en vulnérabilités psychiques de manière continue, globale et intégrée en :

1. Améliorant les accompagnements et les soins.
2. Permettant une meilleure transition de l'adolescence vers le jeune adulte.
3. Répondant à des besoins manquants dans les réseaux E/A et adultes.

#### **- Partenaires de collaboration (Avec qui ?)**

En partant de situations cliniques des jeunes en âge de transition et en vulnérabilité psychique, des partenaires des réseaux E/A et Adultes ont élaboré en commun un ensemble de projets intégrés pouvant répondre aux besoins identifiés dans la spécificité des jeunes en âge de transition :

- **Création d'une équipe mobile spécialisée en âges de la transition** intégrée dans les équipes mobiles E/A et adultes, ayant pour mission : le soutien et le support aux acteurs de l'intersectoriel de 1<sup>ère</sup> ligne ou acteurs spécialisés en lien avec les jeunes en âge de transition (SRJ= service résidentiel jeunesse /SRG = service résidentiel généraux /SRU =service résidentiel urgence/ médecins généralistes/ maisons médicales/ hôpitaux /AMO/etc.).
- **Création d'antennes d'accueil et d'écoute bas seuil, adaptation des projets « Solidarité » face à la demande grandissante de jeunes présentant des problèmes de santé mentale voire psychiatriques.** A l'image des OVERKOP en Flandre, les jeunes peuvent venir se poser, déposer leurs difficultés, se mettre en mouvement, réaliser des projets, participer à des activités sur l'ensemble de la province et faire appel à une aide thérapeutique sans étiquette. Il existe 3 projets Solidarité accessibles sur l'ensemble de la province (ouest, centre, est) pour des jeunes jusqu'à 25 ans (voir sur <https://www.solidarcite.be/nos-antennes/> ).

- **Renforcement de lieux ouverts jour et nuit et adaptés à des jeunes à la croisée des chemins** « En terre 1 connue » (soins spécialisés en santé mentale/AVIQ/AAJ) pour des jeunes jusqu'à 23 ans (voir sur <https://amarrage.be/focus-projet-en-terre-1-con nue/>).
  - **Renforcement de l'accompagnement de jeunes en souffrance psychique vers des mises en autonomie** par l'intermédiaire du Traversier (suivi psycho-social, mise en réseau, recherche de logement, etc) pour des jeunes jusqu'à 20 ans (voir sur <http://www.asblletraversier.be/accueil.html> ).
  - **Création de 4 lits « âge de la transition »** par la transformation dans le centre hospitalier du Domaine de Braine L'Alleud de 4 lits hospitaliers psychiatriques adultes pour des jeunes de 16 à 23 ans.
  - Répondre à ces différents besoins contribue à une prise en charge globale, intégrée et continue des jeunes en vulnérabilité psychique de 16 à 23 ans. Ces besoins sont en lien avec les recommandations du COMSEA (Disposer d'installations de première ligne facilement accessibles, garantissant l'intimité et ayant une politique active pour réduire la stigmatisation des personnes qui visitent le service ; veiller à ce que ces services spécialisés (transition) soient disponibles dans toutes les régions ; accroître les services non résidentiels, tels que les équipes mobiles spécialisées destinées aux jeunes, les structures d'accueil de jour et les soins ambulatoires spécialisés ; un logement adéquat est une condition nécessaire à la santé mentale d'une personne).
  - **Coordination continue entre la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et la psychiatrie de l'adulte** : Le projet s'inscrivant dans un projet des réseaux, il semble important de répondre à cette recommandation du COMSMEA en assurant sa coordination par un chargé de projet qui fera lien entre tous les acteurs de la transition.
- **Moyens/encadrement (comment et d'où ?)**

Les moyens utilisés sont ceux du Chantier 5 financé par la nouvelle politique, il s'agit des 10,91 ETP répartis entre les secteurs du projet K-BAN.

**Création d'une équipe mobile spécialisée en âges de la transition** : 3,1 ETP = 1 ETP Psychologue ; 1 ETP AS ; 1 ETP éducateur ; 0,1 Pédopsychiatre. L'ensemble des ETP est à répartir à charge égale entre les équipes mobiles adulte (Constellation) et les équipes enfant/ado (Archipel).

**Mise en place d'antennes d'accueil et d'écoute bas seuil** : 3 ETP éducateurs répartis dans les équipes de Solidarité sur l'ensemble de la province et porté par les AMO.

**Renforcement du projet pour des lieux ouverts et adaptés à des jeunes à la croisée des chemins** : 1 ETP collaborateur psychosocial pour le projet « En terre 1 connue ».

**Renforcement pour l'accompagnements des jeunes vers des mises en autonomie** : 1 ETP collaborateur psychosocial pour Le Traversier.

**Création de 4 lits « âge de la transition » en résidentiel** : 1,5 ETP au profil à définir en fonction des besoins nécessaires à la prise en charge spécifique de l'« Age de transition » et dédié au Domaine de Braine L'Alleud.

**Coordination continue entre la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et la psychiatrie de l'adulte : 1 ETP psycho-médicosocial chargé de projet avec les Réseaux E/A et adulte.**

Les 0,3 ETP résiduels seront utilisé pour des frais de fonctionnement. Notamment pour **l'élaboration d'un outil de détection et d'intervention précoce par les pairs de problèmes psychiques** pour les 16-23 ans avec l'asbl Univers Santé et le CLPS.

	<b>Continuité relationnelle</b>	<b>Continuité organisationnelle</b>	<b>Continuité informationnelle</b>	<b>Continuité expérientielle</b>
<b>Participation</b>	<p>Les jeunes au parcours compliqués et en âge de transition sont trop souvent des jeunes ayant souffert de difficultés relationnelles en connexion avec des troubles de l'attachement. La continuité du soin doit dès lors impérativement prendre en compte un axe transférentiel qui puisse s'établir dans la durée et la stabilité et ce quel que soit les tentatives de mise en échec par le jeune des dispositifs pédagogiques ou thérapeutiques mis en place. Dès lors, une constellation transférentielle est mise en œuvre dans le projet afin que le jeune puisse compter sur les travailleurs d'une équipe stable reprenant un intervenant de chaque dispositif du projet avec un référent qui le suivra dans l'ensemble de son parcours.</p>	<p>Dans l'ADN du projet K-BAN il y a une mise en réseau coordonnée et suivie par des rencontres régulières entre tous les partenaires et le suivi en temps réel assuré par la chargée de projet. La collaboration se fait de manière horizontale et ce, quel que soit le domaine de compétence ou d'expertise du partenaire. Le jeune est mis au centre de l'ensemble des dispositifs thérapeutiques et pédagogiques des différents partenaires qui sont là pour œuvrer ensemble à l'élaboration d'une trajectoire émancipatoire pour le jeune. K-BAN représente pour le jeune un maillage sécurisant incluant des dispositifs variés mais où il peut se sentir soutenu et encadré sans avoir le sentiment d'une quelconque rupture institutionnelle délétère.</p>	<p>La continuité informationnelle va de paire avec la continuité organisationnelle. Le maillage institutionnel des partenaires garanti à la fois un partage des informations tout en garantissant au jeune qu'il reste l'acteur et l'auteur de son histoire car c'est lui qui est mis en position d'expert de son vécu. Dès son entrée dans le dispositif K-BAN, le jeune est invité à construire le dispositif qui sera le plus à même de répondre à ses difficultés et ses souffrances. Le chargé de projets en participation a mis en place une démarche inscrivant le jeune dès son entrée dans une perspective de co-construction du dispositif le plus à même de répondre à ses difficultés et souffrances. Il en restera ainsi tout au long de son parcours dans une perspective d'optimisation de son parcours mais aussi de l'amélioration continue de l'ensemble des services des partenaires et de l'organisation de la coordination du projet.</p>	<p>Le dispositif met en première place les savoirs expérientiels du jeune en âge de transition. L'ensemble du dispositif K-BAN a pour ambition de construire autour des jeunes, individuellement et collectivement, un espace capacitant d'expression et d'action dans la durée et la collaboration. Les jeunes en souffrance et en détresse psychologique sont en général confrontés à une latitude décisionnelle très pauvre. Le projet se donne pour mission de donner ou de rendre au jeunes un sentiment d'agentivité et de lui offrir la capacité de porter un regard réflexif sur sa trajectoire passée pour ouvrir, individuellement et collectivement, le champ des possibles. L'axe individuel et collectif se combinent dans les partages expérientiels dans une perspective de prévention. Nous sommes convaincus que le jeune est le meilleur agent à la fois de détection et aussi de prévention pour inscrire le projet dans un cercle vertueux de qualité et d'efficience dans son accompagnement.</p>

<b>Accessibilité</b>	L'accessibilité est à bas seuil. Quelle que soit la problématique, les partenaires se mobiliseront collectivement et s'engagent à prendre en charge individuellement une situation pour laquelle leur expertise particulière est privilégiée.	La chargée de projet du dispositif K-BAN assure l'accessibilité de l'ensemble des partenaires pour les nouvelles prises en charge. Elle assure en même temps une fluidité organisationnelle dans la collaboration des partenaires.	Dans le respect des règles et législations et de manière transparente avec les bénéficiaires, l'information est partagée et, dès lors, accessible à l'ensemble des partenaires qui ont, collégialement, contribué à coconstruire un trajet avec le jeune.	Les jeunes sont au centre du dispositif et seront dès lors les premiers à activer par eux-mêmes les capacités respectives des partenaires quel que soit le lieu géographique sur la province.
<b>Collaboration</b>	La collaboration entre les partenaires issus de différents secteurs se veut horizontale et se centre sur le seul bénéfice du jeune en mettant ce jeune et son expertise du vécu au centre du dispositif.	Outre le bas seuil, l'ensemble des partenaires et les spécificités de chacun permettent d'offrir une réponse rapide à toute heure et en tout temps.	La collaboration est horizontale et participative quel que soit le dispositif dans lequel le jeune est pris en charge et quelle que soit la spécialité ou la discipline du partenaire intersectoriel. Les échanges et plateformes de participation sont activées au minimum sur une base mensuelle.	Les réunions mensuelles des intervenants provenant de chaque partenaire K-BAN sont autant d'opportunité de confronter le fruit des expériences, la parole des jeunes et les bénéfices émancipatoires obtenus. Ils permettent d'inscrire le dispositif dans une perspective d'amélioration continue.
<b>Autres, par exemple, réglementation, régionalité, ...</b>				

### **3. Proposition concrète pour une plus grande continuité des soins : Accompagnement des soins et transmission des soins<sup>2</sup>**

La prise en charge des enfants/adolescents ayant des besoins très complexes en matière de santé mentale (qui sont souvent déjà pris en charge dans d'autres secteurs tels que les soins aux handicapés (résidentiels) et l'aide à la jeunesse) nécessite des constellations créatives, intersectorielles et responsabilisantes entre les organisations. Avec seulement un système d'orientation et de référence, un moment d'admission et un transfert technique de l'expertise nécessaire, nous atteignons rarement la continuité des soins souhaitée. Après tout, la complexité des questions complique le transfert de l'apprentissage acquis au contexte original ou nouveau. La transmission des soins peut renforcer la continuité des soins et accroître l'efficacité des admissions résidentielles dans les services K, spécialisés ou non (admissions plus courtes, moins de listes d'attente, meilleure réintégration, moins de réadmissions,...).

Définir et délimiter le groupe cible n'est pas chose aisée. Nous ne plaidons pas en faveur d'une surenchère quantitative des diagnostics DSM. Il s'agit d'enfants/d'adolescents qui ont une charge de soins accrue, où la complexité réside, entre autres, dans la transmission et/ou la mise en œuvre de facteurs efficaces. Dans ce cas, il faut faire preuve d'une certaine fermeté et d'une certaine assurance qui doivent être utilisées en complément pour obtenir les mêmes résultats.

Il s'agit toujours d'une pluralité de facteurs aggravants qui se conjuguent ou se renforcent mutuellement. La complexité réside également dans les facteurs environnementaux. Cette complexité persiste tout au long et au-delà de la prise en charge et, par conséquent, requiert des réponses particulières dans le cadre de trajets partagés durables. La vie de ces enfants et adolescents est souvent parsemée de fractures ou de cassures imminentes sur le plan familial, scolaire, dans leurs relations sociales et dans le cadre d'un séjour au sein d'établissements. Beaucoup d'efforts sont dès lors déployés pour prévenir toute aliénation supplémentaire ou pour rétablir les relations dans les ruptures qui se sont déjà produites. Nous recherchons les conditions sous lesquelles il est possible de relancer le développement perturbé. La transversalité requiert une grande proximité et une grande disponibilité de la transmission des soins du personnel dans les murs du service K. Par définition, les chances d'une transmission « bienveillante » vers l'environnement d'origine ne se présentent pas lors de rendez-vous planifiés. Elles se manifestent (parfois littéralement) dans le flux particulier de la vie quotidienne ou parfois en situation de crise. Les contacts entre le collaborateur de transmission des soins et les acteurs de soins issus du contexte d'origine reposent sur une action concertée et un partage des responsabilités. Ces contacts permettent de répondre aux préoccupations des acteurs de l'environnement de l'enfant concernant son retour ou son nouveau lieu de vie. Pour les enfants et les adolescents qui ont des besoins de soins aussi complexes, l'expérience nous montre que sans un soutien supplémentaire sous la forme d'une

---

<sup>2</sup> Cette proposition, dont un résumé a été inclus ici, a été rendue financièrement possible grâce à l'intensification des services K depuis avril 2021.

présence active, ce retour est souvent difficile à réaliser et retarde par conséquent le case flow. En collaborant étroitement avec les personnes clés de et dans l'entourage de l'enfant avant, pendant et après son admission, on augmente considérablement les chances d'une possible réintégration. On augmente aussi les chances de développer un langage commun, une compréhension mutuelle et une estimation correcte des possibilités et des difficultés des deux contextes.

Pendant l'admission et la période des premiers soins de suivi, la disponibilité du collaborateur de transmission des soins est mise en lumière en vue des futures « étapes charnières » dans la vie d'un enfant/adolescent. Ainsi, il doit toujours être possible de consulter le collaborateur de transmission des soins, même quelques années après l'admission d'un enfant, fût-ce brièvement et rarement, afin de recueillir les expériences positives vécues pendant la période de traitement. Il s'agit d'une continuité des soins vraie et flexible.

Point de départ : nous considérons le modèle de cette transmission de soins « supplémentaires » comme un modèle circulaire dans lequel un certain nombre d'acteurs varient en intensité (ils passent au premier plan ou à l'arrière-plan), mais restent toujours et souvent simultanément impliqués dans la coproduction, à savoir

- les référents professionnels
- les collaborateurs de transmission des soins (pré-cure/inreach/soins de suivi)
- les professionnels résidentiels
- l'enfant/l'adolescent lui-même
- le réseau étendu autour des adolescents (famille, aide à la jeunesse, enseignement/PMS, autres acteurs des réseaux SMEA (par ex. CSM, Care, Crise, etc.) pour développer des trajets de soins plus durables et plus efficaces entre les différentes formes de soins, partenaires et secteurs, et éviter ainsi les ruptures dans les trajets de soins (transversalité).

Ce mouvement circulaire est régi par un certain nombre de principes :

- l'ouverture fondamentale et bidirectionnelle des services K, avec un double objectif : d'une part, accueillir les référents/partenaires, les impliquer activement dans l'admission psychiatrique résidentielle, dans certains cas précéder leur action et collaborer avec eux de façon efficace et, d'autre part, s'extraire du contexte de l'établissement pédopsychiatrique pour aller à la rencontre des référents/partenaires et les traiter sur un pied d'égalité comme des partenaires à part entière, dans le but ultime de s'enrichir et se renforcer mutuellement
- l'intersectoralité : dès le départ, l'objectif est d'élaborer conjointement un diagnostic, en s'appuyant sur des points d'investissement concrets (par ex. espaces, objets, activités, personnes, mécanismes d'échange) issus de la vie quotidienne de l'enfant ou de l'adolescent, qui peuvent être transférés dans leur logique et leur dynamique.
- la subsidiarité : stepped/matched care ; admissions résidentielles les plus courtes que possible mais aussi longues que nécessaire

- l'expertise est, d'une part, concentrée à proximité des services K concernés et, d'autre part, partagée et diffusée autant que possible entre les partenaires de soins (impertise)
- continuité des soins : en pré-cure, on travaille surtout sur les éléments qui permettent d'agir pendant l'admission ; tout comme certaines choses sont nécessaires pendant la prise en charge pour assurer une transition avec le service suivant.
- responsabilité partagée et coproduction mais avec un engagement clair et une régie des soins. Assurer une proximité/disponibilité et responsabiliser (empowering) le client et son entourage sont des compétences clés des collaborateurs de transmission des soins
- flexibilité à moduler selon l'évolution de la demande d'aide/besoins en soins
- alternance des partenaires davantage à l'arrière-plan/premier-plan (fading-out / transition plutôt qu'arrêt et/ou simple passage de relais)
- alignement complémentaire et structurel avec Care/double diagnostic et dans le cadre du monitoring et pilotage des réseaux provinciaux SMEA.

Dans le prolongement de ce dernier point, le groupe de travail sur la continuité des soins souhaite plaider pour que cette intensification des services K, outre un suivi quantitatif par les autorités, soit évaluée qualitativement et substantiellement sous l'impulsion des réseaux. En Flandre orientale (RADAR), une collaboration de deux ans avec l'unité d'enseignement et de recherche Orthopédagogie de l'université de Gand a déjà été convenue à cette fin.

#### 4. Conclusions et recommandations

- La continuité des soins est un élément essentiel de la qualité des soins sur lequel chaque prestataire de soins devrait donc réfléchir périodiquement, tant au niveau de la relation directe avec l'enfant/l'adolescent, qu'au niveau du réseau de soins autour de l'enfant/de l'adolescent et encore au niveau des réseaux SM et de la politique intersectorielle.
- Le réflexe de continuité est un outil pour identifier les points d'amélioration dans la continuité des soins proposée. La continuité des soins se décompose en continuité relationnelle, continuité organisationnelle, organisation informationnelle et continuité expérientielle. La continuité expérientielle est la plus importante et peut être décrite comme une « cohérence ininterrompue » : lorsque le patient et sa famille vivent les soins comme des soins coordonnés et fluides, lorsque le patient reçoit de l'aide lorsqu'il en a besoin, lorsqu'il ne doit pas répéter son histoire partout, lorsqu'il rencontre les mêmes personnes. Par-dessus tout, il s'agit aussi principalement de « connaître » à travers l'adolescent et le contexte lui-même et de le faire de manière circulaire et continue. Des mesures statiques et ponctuelles ne permettent pas de saisir cette continuité expérientielle.
- La continuité des soins *n'est pas* une question avant tout de référence, mais plutôt de maintien, y compris dans le temps et cela selon des modalités souples. Il s'agit de valoriser l'adéquation présente (« ce qui marche » ; « là où ça colle »)
- Pour éviter les fractures, il est recommandé qu'une personne en qui les adolescents ont confiance prépare la transition vers quelque chose de nouveau/un nouvel endroit, accompagne et continue à assurer le suivi aussi longtemps que nécessaire. En outre, des contacts dosés avec les établissements et les prestataires de soins précédents sont des facteurs efficaces de la continuité des soins.
- L'approche transdiagnostique et la coopération intersectorielle sont des exigences standard pour la continuité des soins.
- Les coproductions créatives pour la continuité des soins nécessitent de sortir des sentiers battus (de dépasser les lignes et les structures classiques)
- La réflexion sur la continuité des soins à l'aide du réflexe de continuité et la conversion de celle-ci en actions d'amélioration est mieux conduite et soutenue par les réseaux SMEA et sous supervision scientifique. La participation de l'enfant/adolescent et de son réseau (« ownership their own pathway ») constitue la meilleure garantie de la continuité des soins. Toute évaluation de la continuité des soins implique donc simultanément une évaluation de la participation des enfants/adolescents.

Une mesure importante de la participation réelle est ce qui se passe en période de conflit. Cela menace souvent de voir apparaître des ruptures de la continuité, alors qu'il semble tout aussi nécessaire de prendre les enfants et les adolescents au sérieux et de les contenir dans ces moments-là.

- Pour s'engager en faveur de soins de santé mentale plus accessibles, il faut :
  - Accroître l'accessibilité pratique de l'offre de soins afin que les enfants et les adolescents, ainsi que leurs contextes, puissent plus facilement y accéder. En outre, une offre en ligne/ combinée plus élaborée et mieux adaptée à leur mode de vie.
  - S'engager à des soins plus volontaristes afin que le groupe cible le plus vulnérable ait également accès aux soins.
  - Établir un plan de soins ou un parcours de vie partagés.  
Recours accru au casemanagement
  
- La régionalité est un concept multicouche. Chaque organisation a délimité sa région pour obtenir des flux d'entrée clairs vers son offre. Certaines régions se chevauchent et les organisations sont invitées à prendre de bonnes dispositions en matière de collaboration. Nous soulignons l'importance des partenariats intersectoriels locaux qui visent à mettre en place des soins intégrés. Il existe déjà de nombreux facteurs efficaces qui œuvrent à la connexion des soins spécialisés (plutôt au niveau suprarégional) et des soins généralistes au niveau local. Le fractionnement de l'offre de soins et de son organisation ne doit pas être une raison de créer des lignes de fracture dans la continuité des trajets de soins. Que vous travailliez avec un partenaire local ou d'une autre région ne doit faire aucune différence. Nous espérons que l'application du réflexe de continuité finira par devenir un réflexe.

## **Bibliographie**

Agentschap Opgroeien. Afdeling Continuïteit en toegang West-Vaanderen. *Doe de relatietest!*

Bachrach, L.L. (1981). Continuity of care for chronic mental patients: A conceptual analysis. *American Journal of Psychiatry*, 138, 1449-1456.

Cachet vzw. Jongeren over continuïteit in geestelijke gezondheidszorg.. <https://cachetvzw.be/nl/publicaties/advies-jongeren-over-continuïteit>

Coppens, E., De Cuyper, K. & Van Audenhove, C.. *De Vlaamse Kindreflex*. Vlaams Expertisecentrum Kindermishandeling vzw.

Freeman, G., Woloshynowych, M., Baker, R., Boulton, M., Guthrie, B., Car, J., Tarrant, C. (2007). Continuity of care 2006: What Have We Learned Since 2000 and What are 19 Policy Imperatives Now? London: National Coordinating Centre for Service Delivery and Organisation.

Gids naar een nieuw geestelijk gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren (2015). <https://www.psy0-18.be/>

Heaton, J., Corden, A., & Parker, G. (2012). 'Continuity of care': a critical interpretive synthesis of how the concept was elaborated by a national research programme. <https://www.healthybelgium.be/en/health-system-performance-assessment/accessibility-of-care/financial-accessibility>

Levesque, J., Harris, M.F. & Russell, G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *Int J Equity Health* 12, 18 (2013) doi:10.1186/1475-9276-12-18

Naert, J., Gesquiere, M., & Van Havere, T. (2014). Naar een Integrale Jeugdhulp in Vlaanderen. In C. Claes, S. Vandeveldde & W. Vanderplasschen (Eds.), *Orthopedagogiek: een situering van praktijk, onderzoek en beleid* (pp. 1-32). Leuven: Acco

Naert, J., Stevens, C., Roose, R., Vanderplasschen, W. (2017a) Continuïteit in het hulpverleningstraject: Interpretatief onderzoek naar de beleving van jongeren in de jeugdhulp. *Orthopedagogiek: Onderzoek en Praktijk*, Jaargang 56, nr. 3/4, pp. 55-70.

Naert, J., Roose, R., Rapp, R. C. and Vanderplasschen, W. (2017b) 'Continuity of care in youth services: A systematic review', *Children and Youth Services Review*, 75, pp. 116–26.

Naert, J. (2019). A life world perspective on continuity of care in youth services. A dissertation submitted to Ghent University in partial fulfilment of the requirements for the degree of Doctor of Educational Sciences.

Naert, J., Roets, G., Roose, R., & Vanderplasschen, W. (2020). Fight, freeze or flee: Exploring youngsters' strategies in dealing with youth care interventions. *Qualitative Social Work*, 19((5–6)), 1147–1164. doi:10.1177/1473325019882078

Parker, G., Corden, A., & Heaton, J. (2011). Experiences of and influences on continuity of care for service users and carers: synthesis of evidence from a research programme. *Health Soc Care Community, 19(6)*, 576-601. doi: 10.1111/j.1365-2524.2011.01001.x

Reubens Roel, interview en mailverkeer.

Tobon, J. I., Reid, G. J., & Goffin, R. D. (2014). Continuity of Care in Children's Mental Health: development of a measure. *Adm Policy Ment Health, 41(5)*, 668-686. doi: 10.1007/s10488-013-0518-0

Unicef, What do you think rapport van kinderen en jongeren met mentale gezondheidsproblemen in België, 2022

Weaver, N., et al. (2017)? Concepts, models and measurement of continuity of care in mentale health services? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 24 (6)*, 431-450.

White, D. (1992). (DE) Constructing Continuity of Care: The Deinstitutionalization of Support Services for People with Mental Health Problems. *Canadian journal of community mental health, Vol? 11 No. 1*, 85-99.