

Mise en place d'un programme d'intervention précoce : quels défis ?

SOPHIE TAMBOUR, NICOLAS RATY, EMMANUEL WATRICE (BELGIQUE)
& FETEN FEKIH-ROMDHANE (TUNISIE)

04/11/2022

Introduction

Nous avons tous rencontré des difficultés d'implémentation et de fonctionnement liés

- Aux limitations de nos propres systèmes de santé nationaux
- Aux spécificités culturelles de nos pays

Notre présentation conjointe s'inspire de deux méta-analyses récentes qui démontrent que ces écueils sont plus diversifiés encore et illustre diverses pistes de solutions et d'adaptation

Early intervention in psychosis: From clinical intervention to health system implementation

Claudio Csillag¹ | Merete Nordentoft² | Masafumi Mizuno³ | David McDaid⁴ | Celso Arango⁵ | Jo Smith⁶ | Antonio Lora⁷ | Swapna Verma⁸ | Teresa Di Fiandra⁹ | Peter B. Jones¹⁰

Early Intervention in Psychosis services: A systematic review and narrative synthesis of the barriers and facilitators to implementation

N. O'Connell^{1*} , K. O'Connor^{2,3}, D. McGrath¹ , L. Vagge¹ , D. Mockler^{3,4} , R. Jennings² and C. D. Darker¹ 

TABLE 2 Facilitators and barriers to the implementation of EIP services

| Facilitators | Barriers |
|--|---|
| <p>Research evidence</p> <ul style="list-style-type: none"> EIP experts promote evidence of clinical and economic benefit Maintain a high level of fidelity | <p>Research evidence</p> <ul style="list-style-type: none"> Avoid thinking only at a clinical level; consider an approach involving the mental healthcare system as a whole |
| <p>Political</p> <ul style="list-style-type: none"> Adoption by health authorities of EIP services according to guidelines/clinical evidence | <p>Political</p> <ul style="list-style-type: none"> Lack of political interest Lack or recognition of specific needs of patients with early psychosis |
| <p>Communication and stakeholders</p> <ul style="list-style-type: none"> Service users and family members should be closely involved from the very beginning Family associations can contribute with funding and initiatives Champions can raise awareness about early psychosis Individual narratives of users and families that benefit from EIP programmes can have a great impact | <p>Communication and stakeholders</p> <ul style="list-style-type: none"> Lack of effective communication with relatives, other health professionals and other professionals, such as school teachers Lack of effective communication with politicians and administrators |
| <p>Economic, structural and administrative</p> <ul style="list-style-type: none"> Embedding EIP services with publicly funded healthcare systems Payment mechanisms to promote development of EIP capacity Changing structures of health services, so contact is perceived as less stigmatizing Central coordination in countries with regional variability in healthcare Partnerships with professionals in administration, fundraising or marketing | <p>Economic, structural and administrative</p> <ul style="list-style-type: none"> Constraints in public finances, insufficient funding Obstacles in healthcare system structure (eg, emphasis on institutionalization) Poor coordination between mental health specialists and primary care Poor access to services Facilities poorly adapted to the needs of young people |

Centre Tunisien d'Intervention Précoce en Psychose

Notre Programme

- Jeunes âgés de 16-35 ans
- UHR & PEP
- **Évaluation en trois temps (T0, T6mois, T12mois):**
 - Clinique (CAARMS, PANSS, SOFAS)
 - Cognitive (Batterie de tests)
 - Psychologique (ex., Dépression, sommeil, qualité de vie)
- **Prise en charge intensive & individualisée (12-24 mois):**
 - Psychoéducation
 - TCC (individuelle/de groupe) ± Médicaments (Recommandations)
 - Remédiation cognitive
 - Thérapies familiales

Manque d'intérêt politique et de financement



Santé mentale:

32. La santé mentale est gérée par la Stratégie de Promotion de la Santé Mentale (SNAPSAM) et par de nombreux programmes et structures relevant du ministère de la santé et d'autres départements partenaires (ex : programme de santé des adolescents, programme d'action social re, le Centre d'assistance psychologique de l'ONFP, etc.). Les objectifs de ces programmes sont conformes aux recommandations internationales. Toutefois, **la plupart des protagonistes s'accordent sur leur relatif échec.**

34. **Les moyens humains et financiers** mis à la disposition de la promotion de la santé mentale et du bien-être **ne répondent pas aux besoins de concrétisation et de réalisation des activités escomptées.**

35. **Les programmes prévoient peu d'actions spécifiques aux A&J et n'incluent pas une stratégie de communication pour améliorer l'éducation du grand public** et aboutir à une réelle implication de la cité et des familles dans la promotion de leur santé mentale.

Manque d'intérêt politique et de financement



La notion de bien-être ou mal-être n'est pas reconnue comme un droit aux jeunes par la société. La santé mentale ne fait pas partie du référentiel des parents tunisiens qui ne reconnaissent à leurs enfants que le droit de manger, s'habiller et faire des études, surtout pas penser par eux-mêmes. Il résulte de cette incompréhension une gamme de comportements «antisociaux» réactionnels comme la prise de risque (accidents), l'addiction et l'obsession de quitter le pays à n'importe quel prix (hargua).

Focus groupe A&J

Pauvre accès aux services de santé mentale

Répartition géographique des psychiatres

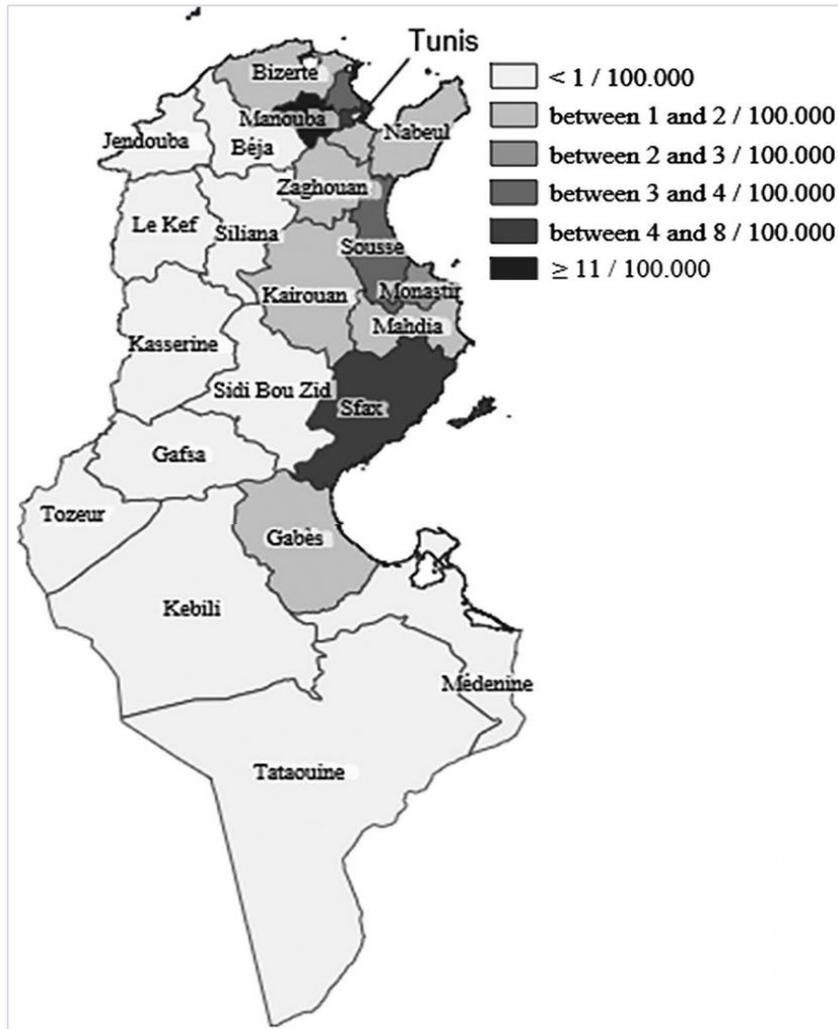


Table 2. Number of human resources for mental health care in the public and private sectors.

| | Adult Psychiatrists | Child Psychiatrists | Psychologists | Speech therapists | Occupational therapists | Social workers |
|---|---------------------|---------------------|---------------|-------------------|-------------------------|----------------|
| Mental health hospital | 39 | 4 | 21 | 3 | 7 | 3 |
| Psychiatric departments (in- and outpatient) within public general hospitals | 46 | 17 | 12 | 4 | 5 | 12 |
| Outpatient services within public general hospitals | 18 | 2 | 80 | 81 | 14 | 12 |
| Other public services (managed by the Ministry of Health) | 0 | 6 | 44 | 34 | 2 | 32**** |
| Other public services (managed by other ministries than those of health) | 0 | 0 | 359* | 77** | 11** | 2269** |
| Private sector | 174 | 16 | 33 | 220 | 62 | 0 |
| Total number of human resources for mental health (Ratio/100,000 inhabitants) | 277 (2.42) | 45 (0.39) | 549 (1.66) | 419 (2.98) | 101 (0.78) | 2328 (0.23) |

|| Highlighting successes and challenges of the mental health system in Tunisia. Charfi et al., Journal of Mental Health (2021)

Pauvre accès aux services de santé mentale

- Les patients ont consulté en premier lieu:
 - Des guérisseurs traditionnels ou religieux: 34%
 - Un psychiatre: 21%
 - Un médecin de première ligne: 19%
 - L'hôpital: 18%
- L'agressivité était associée à des délais plus courts de recours aux soins

|| Pathways to mental health care for patients with severe mental illness in Tunisia. Khiari et al., PanAfr Med J (2019).

- Patients âgés de 17-68 ans, dont 11,42% sont d'origine rurale; suivis à l'hôpital Razi : Délai moyen entre le début des symptômes et la consultation de **8,51 ans** pour la population rurale contre **2 ans** pour la population urbaine

|| Rural-urban differences in accessing mental health care in Tunisia. Bergaoui et al., European Psychiatry (2022).

Mauvaise coordination entre les services de santé mentale et les services de première ligne

- Etude qualitative; facteurs contextuels qui pourraient interagir avec les résultats (outcome) d'un programme de formation en santé mentale
 - Les soins de santé mentale dans les établissements sont **stigmatisés**
 - Il y a un **manque de formation** et de **continuité dans les formations** en santé mentale
 - Le passage par la psychiatrie n'est pas obligatoire dans le cursus du MG
 - Il y a des **taux de turnover élevés** chez les MG
 - **Manque de temps et d'espace** alloués aux MG pour fournir des soins de santé mentale
 - Les **collaborations** avec l'hôpital psychiatrique sont **difficiles**

Mauvaise coordination entre les services de santé mentale et les services de première ligne

- Les facteurs contextuels interagissent avec le programme de formation mis en œuvre pour influencer ses résultats attendus.
 - Les MG estiment que **la santé physique est plus valorisée** que la santé mentale
 - Les MG **préfèrent ne pas traiter** certains types de maladies mentales
 - Les MG **ne s'intéressent pas** à la santé mentale
 - Les jeunes ne demandent pas de soins parce qu'ils ont peur des **problèmes judiciaires** (cannabis)
 - **Les patients ne savent pas** qu'ils peuvent aborder des problèmes de santé mentale avec leurs MG
 - Les patients ne savent pas que les services de santé mentale en première ligne sont **confidentiels**.

Actions

- **Projet Pilote de Prévention Précoce des Psychoses (5P) :**
 - Cible = Médecins généralistes/de Famille (de la santé publique) de la région de l'Ariana
 - Une série de formations, Mise à disposition d'un guide d'aide au dépistage et l'orientation des jeunes à risque, Suivi régulier
- **Masterclass** sur le dépistage précoce à la Faculté de Médecine de Tunis à l'attention des internes en Médecine de famille

Journée
Dépistage précoce des psychoses
Hotel Sheraton - 17 Juin

Programme de la journée
Hotel Sheraton - 17 Juin

- 8h30 : Accueil des participants
- 9h00 - 9h15 : Mot de bienvenue et introduction "Pr. Mejda Cheour"
- 9h15 - 10h : Les schizophrénies "Dr. Wissal Cherif"
- 10h - 10h45 : Le premier épisode psychotique "Dr. Sana Ellini"
- 10h45 - 11h15 : Discussion
- 11h15 - 12h : Pause café
- 12h - 12h45 : L'état à risque de psychose : comment dépister et prévenir "Dr. Feten Fekih-Romdhane"
- 12h45 - 13h30 : Discussion
- 13h30 : Clôture et perspectives

Masterclass

Dépistage précoce des psychoses

Programme

- 24 Septembre 2022 : Concept de staging dans la psychose.
- 30 Septembre 2022 : Détection précoce des psychoses : moyens de dépistage et d'évaluation
- 01 Octobre 2022 : Annonce diagnostique, Orientation, Prise en charge

Public cible

Résidents en médecine de famille
Résidents en psychiatrie
Résidents en pédopsychiatrie

Inscription
Google forms
<https://docs.google.com/forms/d/1H4QJ3752u...>
t1H4QJ3752u...&entry=point

QR code

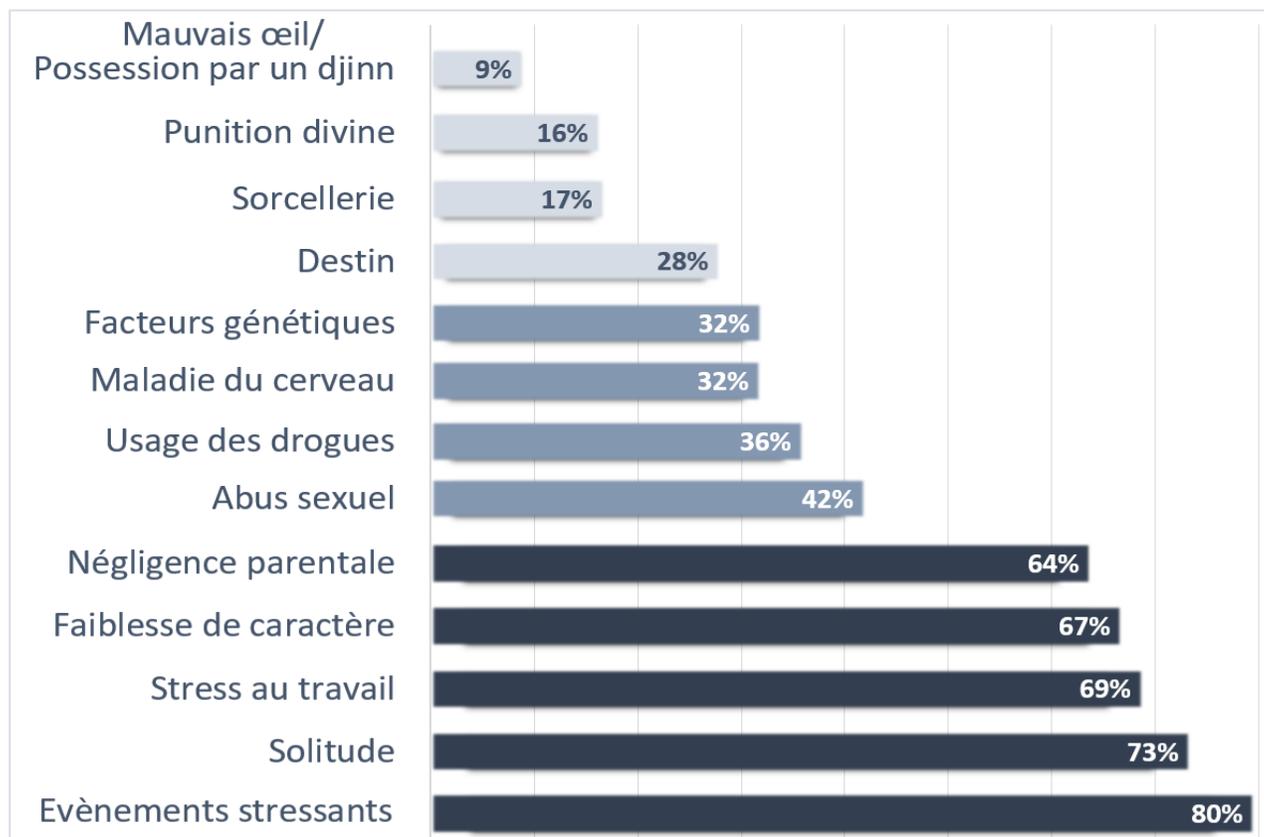
Coordinatrice:
Pr Mejda Cheour Ellouze
Nombre de participants: 35
Date limite d'inscription: 18 Septembre

Manque de communication avec les autres professionnels, tel que les enseignants

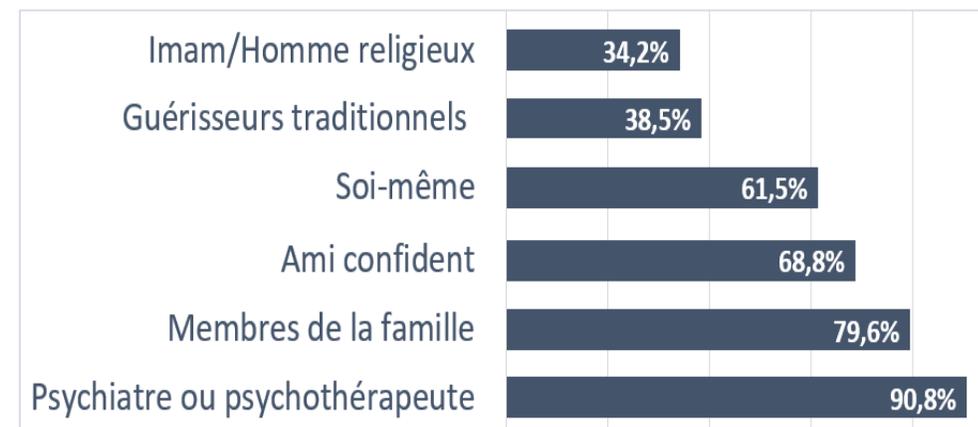
| Enquête basée sur des vignettes cliniques

| 304 professeurs de l'enseignement secondaire

Facteurs considérés comme « certainement/probablement une cause » de la maladie décrite dans la vignette



Orientation vers des sources de soutien et d'aide professionnelle



La femme était perçue comme:

- › Plus susceptible de **dépendre des autres**
- › **Incapable** de prendre ses propres décisions
- › Moins susceptible d'être orientée vers le **médecin de famille** ou **l'hôpital psychiatrique**

Actions

- Des **actions de terrain en milieu scolaire**:
 - Sensibiliser les jeunes aux problèmes de santé mentale, aux facteurs de risque (Cannabis ++)
- **Stratégie nationale de promotion de la santé mentale: Projet « Prévention et Promotion » en Santé Mentale** – Pr Majda Cheour:
 - Sensibilisation des étudiants
 - Coordination et collaboration avec les enseignants, administrateurs, psychologues et médecins scolaires
 - Projets de recherche

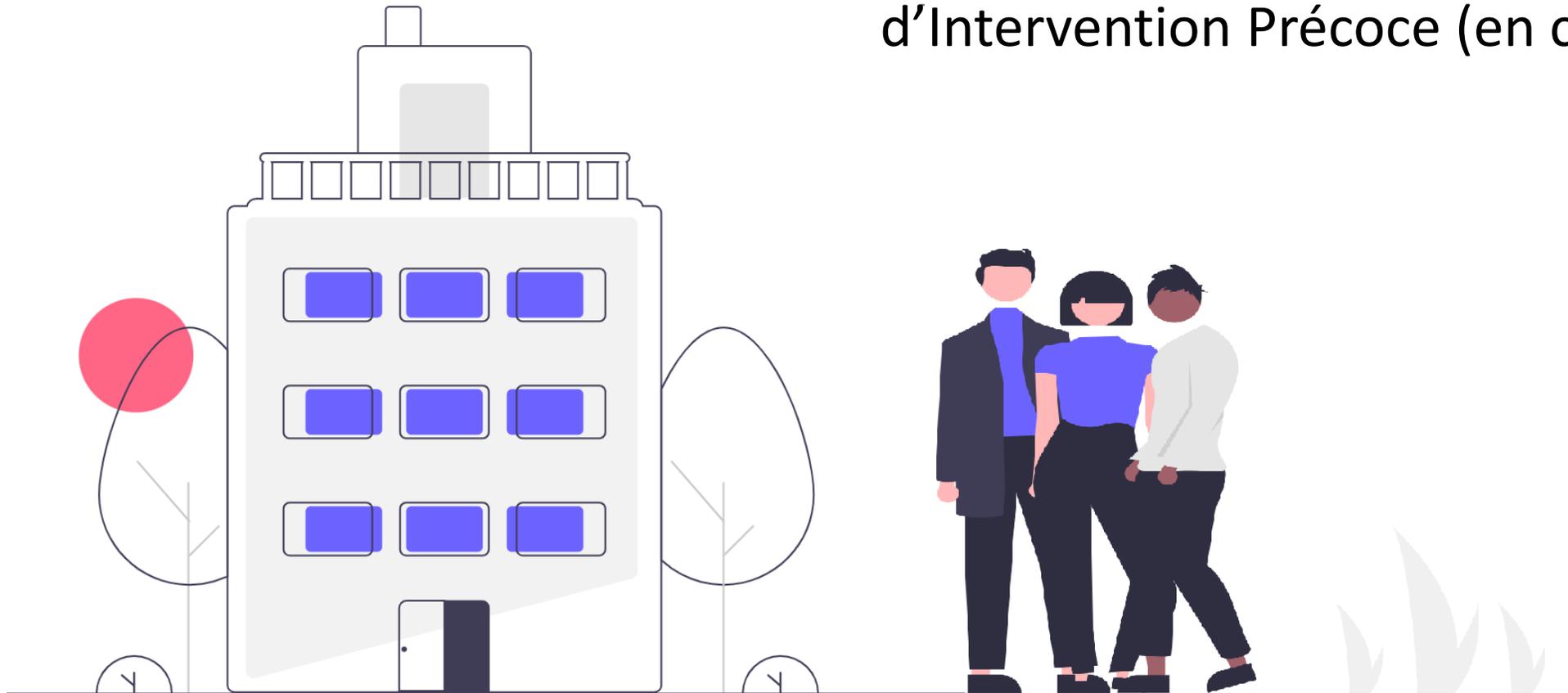


Services mal adaptés aux besoins des jeunes

- Hôpital psychiatrique
 - **Stigmatisation ++**
 - Service d'hospitalisation qui accueille des patients nouveaux comme des patients chroniques; avec des tableaux cliniques généralement sévères
 - Nombre limité du personnel soignant
- Efforts considérables pour engager et retenir les patients

Actions

- Construction d'un Centre d'Intervention Précoce (en cours)



Autres difficultés au quotidien

- **Absence de structures intermédiaires, pas de case-managers**
 - Relai sur les familles (Mais beaucoup de jeunes consultent sans leurs familles)
 - Efforts supplémentaires de l'équipe
- **Manque d'instruments de mesures** adaptés et validés dans la contexte Tunisien
 - CAARMS validée en langue Arabe depuis 2014
 - Absence d'outils de dépistage de première ligne
 - Travaux de validation en cours
- **Difficulté d'allier clinique et recherche**
 - Projet de recherche sur la cohorte des patients inclus dans notre programme (en cours)

ECOTONE

*Programme spécifique
de soins et d'accompagnement
du jeune adulte traversant un premier
épisode psychotique*



ISOSL
Intercommunale de Soins
Spécialisés de Liège

**Implémentation d'un
programme
d'intervention précoce :
Quels défis ?**

Comme nos collègues tunisiens, nous avons des difficultés

- De financement
 - C'est un programme sur « fond propre »
 - Manque de ressources adaptées (CM) pour l'accueil des demandes
 - Saturation du case load et refus de suivis
- D'accessibilité aux soins
 - DUP longue, sans doute plus lié à la stigmatisation qu'à l'accessibilité des services de santé en eux-mêmes

Early intervention in psychosis: From clinical intervention to health system implementation

Claudio Csillag¹ | Merete Nordentoft² | Masafumi Mizuno³ | David McDaid⁴ | Celso Arango⁵ | Jo Smith⁶ | Antonio Lora⁷ | Swapna Verma⁸ | Teresa Di Fiandra⁹ | Peter B. Jones¹⁰

Early Intervention in Psychosis services: A systematic review and narrative synthesis of the barriers and facilitators to implementation

N. O'Connell^{1*} , K. O'Connor^{2,3}, D. McGrath¹ , L. Vagge¹ , D. Mockler^{3,4} , R. Jennings² and C. D. Darker¹ 

TABLE 2 Facilitators and barriers to the implementation of EIP services

| Facilitators | Barriers |
|--|--|
| <p>Research evidence</p> <ul style="list-style-type: none"> EIP experts promote evidence of clinical and economic benefit Maintain a high level of fidelity | <p>Research evidence</p> <ul style="list-style-type: none"> Avoid thinking only at a clinical level; consider an approach involving the mental healthcare system as a whole |
| <p>Political</p> <ul style="list-style-type: none"> Adoption by health authorities of EIP services according to guidelines/clinical evidence | <p>Political</p> <ul style="list-style-type: none"> Lack of political interest Lack or recognition of specific needs of patients with early psychosis |
| <p>Communication and stakeholders</p> <ul style="list-style-type: none"> Service users and family members should be closely involved from the very beginning Family associations can contribute with funding and initiatives Champions can raise awareness about early psychosis Individual narratives of users and families that benefit from EIP programmes can have a great impact | <p>Communication and stakeholders</p> <ul style="list-style-type: none"> Lack of effective communication with relatives, other health professionals and other professionals, such as school teachers Lack of effective communication with politicians and administrators |
| <p>Economic, structural and administrative</p> <ul style="list-style-type: none"> Embedding EIP services with publicly funded healthcare systems Payment mechanisms to promote development of EIP capacity Changing structures of health services, so contact is perceived as less stigmatizing Central coordination in countries with regional variability in healthcare Partnerships with professionals in administration, fundraising or marketing | <p>Economic, structural and administrative</p> <ul style="list-style-type: none"> Constraints in public finances. insufficient funding Obstacles in healthcare system structure (eg, emphasis on institutionalization) Poor coordination between mental health specialists and primary care Poor access to services Facilities poorly adapted to the needs of young people |



Les obstacles liés au système de santé

- Difficultés de collaborer à l'intérieur même du monde de la santé mentale
 - Approche adiagnostique et transdiagnostique
 - Ex: besoin d'un étiquetage diagnostique (hébergement, allocation,...)
 - Proactivité et attitude % chronification
 - Ex: autre équipe mobile
 - Articulation entre la pédo-psychiatrie et la psychiatrie adulte
 - Ex: difficulté de trouver du relais chez l'adulte pour des très jeunes
 - **Une transformation de la culture du soin est nécessaire mais rencontre une résistance**

- En effet, le parcours classique d'un PEP en dehors d'un programme d'IP ressemble souvent
 - Durée longue avant contact avec les soins
 - 1er contact via les urgences
 - Hospitalisation
 - Communication paternaliste et directive
 - Contact avec patients chronicisés et soins centrés sur symptômes et comportement
 - NLP à doses élevées
 - Orientation vers des activités occupationnelles -> Prise en soins classique, équivalente à celle de patients « chroniques »

- La littérature et l'expérience de terrain montrent que la rencontre violente avec l'univers psychiatrique et un étiquetage diagnostique vont perturber la trajectoire de vie pour 100% de ces jeunes PEP
- Suite à un programme d'intervention précoce tel qu'Ecotone, les jeunes ont un parcours de soins moins violent et présente
 - Moins d'altération du fonctionnement
 - Plus d'autonomie
 - Manifeste plus d'empowerment et de sentiment d'auto efficacité
 - Moins d'auto stigmatisation

Les obstacles de communication avec les familles et d'autres professionnels, issus du domaine de la santé ou non

- Difficultés d'établir des connexions avec des réseaux « non psychiatriques »
 - Lié à la *peur* et, à nouveau, à la *stigmatisation* et à la *méconnaissance* de la problématique (Ex: école)
 - Le besoin d'avoir un « *réfèrent médical* » pour le suivi et une *garantie* (Ex: structure d'insertion pro)

Pistes

% à ces 2 barrières:

- Formation dédiée à la santé mentale sur l'IP
- Campagne de sensibilisation générale (Ecoles ..) Psychose et IP

Early intervention in psychosis: From clinical intervention to health system implementation

Claudio Csillag¹ | Merete Nordentoft² | Masafumi Mizuno³ | David McDaid⁴ | Celso Arango⁵ | Jo Smith⁶ | Antonio Lora⁷ | Swapna Verma⁸ | Teresa Di Fiandra⁹ | Peter B. Jones¹⁰

Early Intervention in Psychosis services: A systematic review and narrative synthesis of the barriers and facilitators to implementation

N. O’Connell^{1*} , K. O’Connor^{2,3}, D. McGrath¹ , L. Vagge¹ , D. Mockler^{3,4} , R. Jennings² and C. D. Darker¹ 

TABLE 2 Facilitators and barriers to the implementation of EIP services

| Facilitators | Barriers |
|---|--|
| Research evidence <ul style="list-style-type: none"> • EIP experts promote evidence of clinical and economic benefit • Maintain a high level of fidelity | Research evidence <ul style="list-style-type: none"> • Avoid thinking only at a clinical level; consider an approach involving the mental healthcare system as a whole |
| Political <ul style="list-style-type: none"> • Adoption by health authorities of EIP services according to guidelines/clinical evidence | Political <ul style="list-style-type: none"> • Lack of political interest • Lack or recognition of specific needs of patients with early psychosis |
| Communication and stakeholders <ul style="list-style-type: none"> • Service users and family members should be closely involved from the very beginning • Family associations can contribute with funding and initiatives • Champions can raise awareness about early psychosis • Individual narratives of users and families that benefit from EIP programmes can have a great impact | Communication and stakeholders <ul style="list-style-type: none"> • Lack of effective communication with relatives, other health professionals and other professionals, such as school teachers • Lack of effective communication with politicians and administrators |
| Economic, structural and administrative <ul style="list-style-type: none"> • Embedding EIP services with publicly funded healthcare systems • Payment mechanisms to promote development of EIP capacity • Changing structures of health services, so contact is perceived as less stigmatizing • Central coordination in countries with regional variability in healthcare • Partnerships with professionals in administration, fundraising or marketing | Economic, structural and administrative <ul style="list-style-type: none"> • Constraints in public finances, insufficient funding • Obstacles in healthcare system structure (eg, emphasis on institutionalization) • Poor coordination between mental health specialists and primary care • Poor access to services • Facilities poorly adapted to the needs of young people |



Obstacles liés à l'absence de structures de soins adaptées aux besoins spécifiques des jeunes

- Chez les jeunes, la situation est compliquée par les facteurs suivants :
 - Abus de substances
 - Un manque de connaissance de ce que sont les services de soin en général
 - La stigmatisation de la maladie mentale
 - La crainte de l'hospitalisation
 - Le recours au déni comme mécanisme de défense
 - Le sentiment d'invulnérabilité et leur difficulté à accepter qu'ils puissent aller mal et avoir besoin d'aide et /ou d'un traitement
 - Souvent sous contrainte

Obstacles liés à l'absence de structures de soins adaptées aux besoins spécifiques des jeunes

- Pas d'espace dédié à la population en âge de transition
- Pistes: implémenter une intervention communautarisée des soins
 - Maison de jeunes, maisons de quartier, écoles
 - La pair aidance

Early intervention in psychosis: From clinical intervention to health system implementation

Claudio Csillag¹ | Merete Nordentoft² | Masafumi Mizuno³ | David McDaid⁴ | Celso Arango⁵ | Jo Smith⁶ | Antonio Lora⁷ | Swapna Verma⁸ | Teresa Di Fiandra⁹ | Peter B. Jones¹⁰

Early Intervention in Psychosis services: A systematic review and narrative synthesis of the barriers and facilitators to implementation

N. O'Connell^{1*} , K. O'Connor^{2,3}, D. McGrath¹ , L. Vagge¹ , D. Mockler^{3,4} , R. Jennings² and C. D. Darker¹ 

TABLE 2 Facilitators and barriers to the implementation of EIP services

| Facilitators | Barriers |
|--|---|
| <p>Research evidence</p> <ul style="list-style-type: none"> EIP experts promote evidence of clinical and economic benefit Maintain a high level of fidelity | <p>Research evidence</p> <ul style="list-style-type: none"> Avoid thinking only at a clinical level; consider an approach involving the mental healthcare system as a whole |
| <p>Political</p> <ul style="list-style-type: none"> Adoption by health authorities of EIP services according to guidelines/clinical evidence | <p>Political</p> <ul style="list-style-type: none"> Lack of political interest Lack or recognition of specific needs of patients with early psychosis |
| <p>Communication and stakeholders</p> <ul style="list-style-type: none"> Service users and family members should be closely involved from the very beginning Family associations can contribute with funding and initiatives Champions can raise awareness about early psychosis Individual narratives of users and families that benefit from EIP programmes can have a great impact | <p>Communication and stakeholders</p> <ul style="list-style-type: none"> Lack of effective communication with relatives, other health professionals and other professionals, such as school teachers Lack of effective communication with politicians and administrators |
| <p>Economic, structural and administrative</p> <ul style="list-style-type: none"> Embedding EIP services with publicly funded healthcare systems Payment mechanisms to promote development of EIP capacity Changing structures of health services, so contact is perceived as less stigmatizing Central coordination in countries with regional variability in healthcare Partnerships with professionals in administration, fundraising or marketing | <p>Economic, structural and administrative</p> <ul style="list-style-type: none"> Constraints in public finances, insufficient funding Obstacles in healthcare system structure (eg, emphasis on institutionalization) Poor coordination between mental health specialists and primary care Poor access to services Facilities poorly adapted to the needs of young people |



Obstacles liés au manque de reconnaissance ou de compétences liées aux besoins spécifiques des PEP

- Difficultés à inhiber nos réflexes, de penser à l'inverse de nos habitudes, de chercher d'autres partenaires
 - Même avec un esprit formé à l'intervention précoce
 - « *To think outside the box* »
- Manque d'outils spécifiques
 - Psycho-éducation: longue, stigmatisante, peu dynamique, non orientée vers le rétablissement, imposition d'un modèle médical non intégré visant une rééducation

Pistes

- Sensibilisation de l'équipe
 - Ex: le dialogue de crise d'Henri Grivois
- Utilisation, adaptation et création de matériel spécifique
 - Le matériel utilisé est le plus souvent imagé, coloré, interactif et aussi souvent numérisé que possible (vidéo, ppt, projet application en collaboration avec Haute Ecole, ePPv2.0)
 - Brochures à destination des jeunes et des proches
 - Issus de la TCC et de l'ACT

Pistes

- Le groupe ambulatoire: basé sur le modèle du « peer support »
 - Mutuel
 - Partage de l'expérience mais aussi des stratégies utilisées et qui ont fonctionné
 - Centré sur le rétablissement, les ressources, la résilience, les compétences
 - Inséré dans la communauté
 - Progressif : « au bon endroit, au bon moment »
 - Notion d'« open-space »
 - Activités mensuelles

Pistes

- L'animateur est un facilitateur
 - L'importance est accordée au libre-échange, à l'exploration des modèles explicatifs
- L'animateur est un accompagnant lors de l'épisode de crise
 - Les interventions psychoéducatives et psychothérapeutiques prévoient l'accompagnement de la personne dans l'exploration de son vécu et la compréhension de l'épisode de crise, plutôt qu'à une démarche de « correction »

Ajoutons...

- La difficulté de clôturer nos suivis
 - De la part du case manager
 - De la part du jeune

Nous mettons en lien cette difficulté avec la manière dont le case management est proposé: l'investissement d'une relation diadique durant une période cruciale pour le jeune

- La difficulté de trouver une structure relai dans le réseau

« Il faut soutenir la personne dans son parcours de vie, pas seulement dans son parcours de soin » Frank Bellivier

Merci pour votre attention

SOPHIE TAMBOUR, NICOLAS RATY, EMMANUEL WATRICE (BELGIQUE)
& FETEN FEKIH-ROMDHANE (TUNISIE)