

**SPF SANTE PUBLIQUE, SECURITE DE LA CHAINE
ALIMENTAIRE ET ENVIRONNEMENT**

Bruxelles, le 09/06/2011

**Direction générale de l'Organisation des
Etablissements de Soins**

**CONSEIL NATIONAL DES ETABLISSEMENTS
HOSPITALIERS**

Section « Programmation et Agrément »

Réf. : CNEH/D/PSY/329-3

**Avis relatif au développement
d'un programme de soins de santé mentale pour enfants et adolescents**

Projet d'avis au CNEH du groupe de travail permanent "psychiatrie" (*basé sur les propositions du groupe de travail ad hoc E&A*) relatif au développement d'un programme de soins de santé mentale pour enfants et adolescents

Table des matières

Résumé	2
Partie 1 : Introduction	3
<ul style="list-style-type: none">• <i>Contexte et cadre de la demande d'avis</i>• <i>Composition du groupe de travail ad hoc Enfants & Adolescents</i>• <i>Méthode de travail du groupe de travail ad hoc soins de santé mentale Enfants et Adolescents</i>• <i>Perspective politique sous-jacente au présent avis</i>• <i>Structure générale de l'avis</i>	
Partie 2 : Avis	7
<ul style="list-style-type: none">• <i>Prévalence des problèmes de santé mentale chez l'enfant et l'adolescent et offre de soins actuelle</i>• <i>Exercice d'inventaire de l'offre actuelle et principaux constats à tirer de cet inventaire</i>• <i>Principes fondamentaux et conditions préalables à des soins de qualité</i>• <i>Pas de soins de santé mentale de qualité pour les enfants et les adolescents sans collaborateurs compétents</i>• BESOINS PRIORITAIRES EN SOINS DE SANTE DE BASE POUR ENFANTS ET ADOLESCENTS 15<ul style="list-style-type: none">○ <i>Besoins prioritaires en soins de santé mentale de base pour l'ensemble du groupe d'âge cible</i>○ <i>Composantes particulières du programme de soins : besoins prioritaires pour le développement d'une aide d'urgence pour enfants et adolescents; trois fonctions de soins.</i>• SOUS-POPULATIONS PARTICULIÈRES et DOMAINES PARTAGÉS 33<ul style="list-style-type: none">○ <i>Soins pédiatriques</i>○ <i>Enfants et adolescents présentant un handicap mental ou lié à l'autisme et doublé d'une problématique psychiatrique</i>○ <i>Soins de santé mentale medico-légaux pour enfants et adolescents</i>○ <i>Soins en assuétudes et problématique psychiatrique juvénile</i>• <i>Autres formes de soins innovantes et bonnes pratiques qui peuvent inspirer</i>	
Partie 3 : annexes : DOCUMENT SÉPARÉ	
<ol style="list-style-type: none">1. <i>Liste des invités aux auditions</i>2. <i>Evolution offre et usage des soins le dernier décennium</i>3. <i>Aperçu financier des acteurs des soins de santé mentale pour enfants et adolescents</i>4. <i>Analyse des données</i><ol style="list-style-type: none">a. <i>Types de soins et leurs éléments : tour d'horizon général</i>b. <i>Programmation et réalisation K-k</i>c. <i>Structures du secteur ambulatoire en Belgique</i>d. <i>Projets fédéraux d'outreaching</i>e. <i>Projets fédéraux For-K</i>f. <i>Conventions INAMI enfants</i>g. <i>Conventions INAMI assuétudes</i>h. <i>COS/CAR/RCA (MCC)</i>5. <i>Documents d'évaluation de projets</i><ul style="list-style-type: none">~ <i>projets outreach</i>6. <i>Programme de soins de santé mentale pour enfants et adolescents : schémas et modèles</i>	

Résumé

Le présent avis est rendu en réponse à une demande des pédiatres relative à l'opportunité de développer des lits pédopsychiatriques (K), ainsi qu'à la demande de la ministre des Affaires sociales dans le cadre des discussions sur l'offre en Soins de santé mentale (SSM) pour enfants et jeunes lors de la Conférence interministérielle Santé publique. Les questions formulées à cette occasion étaient de « dresser un inventaire de l'offre actuelle en SSM infanto-juvéniles, d'identifier les besoins prioritaires et manquements de cette offre, et de contribuer à formuler en tenant compte de la mise en application des articles 11 et 107 de la loi sur les hôpitaux, une description fonctionnelle des missions qui devront figurer à l'avenir dans le programme global de soins de santé mentale pour le groupe cible des enfants et jeunes. » Afin de répondre à ces questions, des auditions ont eu lieu, réunissant des représentants des diverses composantes du secteur des soins de santé mentale infanto-juvéniles et des secteurs connexes de l'aide à la jeunesse et de la pédiatrie en Belgique. Les résultats de ces auditions ont été complétés par des réunions d'experts et par l'étude de notes conceptuelles et des statistiques pertinentes.

- L'avis décrit les besoins les plus prioritaires pour l'avenir, tant en ce qui concerne les activités clés des Soins de santé mentale infanto-juvéniles que celles qui touchent aux soins somatiques, à l'aide à la jeunesse, aux soins aux handicapés, aux soins aux toxicomanes et à la justice.
- L'avis décrit, à la fois d'un point de vue conceptuel et fonctionnel, les missions qui doivent être reprises dans une politique relative à un programme de soins de santé mentale pour enfants et jeunes.
- A l'instar de ce qui se fait pour le groupe cible des adultes, il est demandé aux autorités compétente de publier, sur la base du présent avis, un appel à projets en matière de réseaux et circuits de soins, tels que décrits à l'article 11 de la loi sur les hôpitaux, pour le groupe cible des enfants et jeunes. Dans le cadre de ces expérimentations relatives à un programme de soins enfants et jeunes dépassant le cadre institutionnel, les normes de financement et d'agrément actuels doivent être rencontrées de façon dynamique et fonctionnelle ; cela vaut notamment pour les normes d'agrément concernant la capacité minimale des services K (20 lits/places).
- La mise en oeuvre des besoins prioritaires formulés dans cet avis nécessite incontestablement, de la part de toutes les autorités concernées, des moyens additionnels et l'élaboration d'un plan budgétaire pluriannuel visant à garantir ces moyens. Toutes les autorités compétentes sont appelées à travailler à la réalisation de cet ambitieux « plan de santé mentale pour enfants et jeunes »
- Cet avis devra être pris en charge par une cellule de travail opérationnelle qui traduira le concept fonctionnel sous la forme d'un plan concret de mise en oeuvre.

Conclusions principales:

- La capacité d'aide globale est insuffisante. Des investissements supplémentaires doivent être réalisés en priorité dans le secteur des soins ambulatoires, intégrés dans le cadre du contexte de vie et la famille de l'enfant et du jeune.
- Un déséquilibre total est à constater dans la répartition de certaines formes d'aide, tant au niveau de l'implantation géographique que de la répartition des soins sur l'ensemble de la catégorie d'âge.
- Plus de 20% des jeunes de plus de 15 ans admis en psychiatrie le sont dans des services pour adultes.
- Les points de départ et les conditions essentielles pour des soins de qualité font l'objet d'un consensus important.
- Aux yeux de collaborateurs experts, une solution pour la profession de pédopsychiatre en pénurie(en termes de disponibilité et de rémunération financière adéquate des engagements spécifiques dans un programme de soins collectif, y compris pour le médecin hospitalier), suppose la nécessité de reconnaître le psychologue clinicien et l'orthopédagogue en tant que professionnels des soins de santé et une revalorisation explicite du travail de l'assistant social (flexible et mobile).

Besoins prioritaires en soins de santé mentale pour les 0-18 ans

1. Organisation de programmes de soins et réseaux dans une zone d'activité bien définie, où tous les intervenants des SSM sont collectivement responsables du développement d'un programme complet de soins de santé mentale infanto-juvéniles.
2. Développement et augmentation de la capacité des soins ambulatoires, généraux et spécialisés, en interaction avec les différentes autorités concernées.
3. Développement d'un ensemble cohérent de soins assertifs d'urgence et de crise.
4. Possibilité d'intégrer une phase de soins résidentiels dans le trajet de soins individuel du patient et de son entourage, en facilitant le lien avec les soins en phase pré- et post-admission, en collaboration avec les partenaires des SSM dans les différents types de soins, afin de faire appel à la capacité résidentielle de manière très ciblée, uniquement en cas de nécessité, et pas plus longtemps que nécessaire.
5. Des lits pédopsychiatriques supplémentaires d'hospitalisation complète (K) seront prévus si des lacunes manifestes subsistent après correction des problèmes d'admission; les patients concernés par ces lits doivent l'être au niveau du groupe cible d'âge et au niveau géographique. En premier lieu, il devra être possible de recourir, par voie de reconversion, à la capacité d'hospitalisation partielle programmée et encore non réalisée. Aux conditions susmentionnées, la programmation relative à l'hospitalisation complète (K) pourra, le cas échéant, être adaptée.
6. Croisement avec d'autres types de soins infanto-juvéniles : développement d'une compétence de base psychique dans le domaine de soins en tant que tel, offre mobile en matière de soins et de soutien spécialisés par le secteur des SSM infanto-juvéniles, réalisation d'un nombre limité de traitements intensifs spécifiques pour les problèmes de SSM graves en comorbidité ou avec d'autres problèmes graves (handicap, accoutumance, délinquance, admission forcée).
 - a. Pas de conversion de lits pédiatriques (E) en lits pédopsychiatriques (K) mais élargissement de l'offre de soins psychologiques au sein d'une équipe de liaison (externe) à part entière en pédiatrie et appelable pour les situations de soins spécialisées infanto-juvéniles.
 - b. Subventionnement de modules d'indications pour la Justice (notamment pour les indications d'admission forcée).
 - c. Pas d'admission d'enfants de moins de 16 ans dans les services psychiatriques pour adultes (ni en statut « forcé »).
 - d. Instauration d'un nombre limité de places en unités de traitement intensif (IBE) pour les jeunes handicapés mentaux, autistes et présentant un problème psychiatrique, en plus de la promotion de l'expertise et extension de l'offre au groupe cible des troubles comportementaux et émotionnels par le secteur des soins aux handicapés.
 - e. Acquisition d'une plus grande compétence en matière de détection et traitement des problèmes de dépendance, par le biais d'une promotion ciblée du savoir-faire par le secteur des soins en assuétudes pour d'autres intervenants des SSM, soins d'urgence (cf. supra) et nombre limité de places en UTI pour les jeunes dépendants atteints de troubles psychiatriques.
7. Mise sur pied d'un groupe de travail chargé de traduire en propositions opérationnelles le présent avis à partir de données fonctionnelles et conceptuelles.

Explication détaillée et les avis spécifiques dans le texte.

Partie 1 : Introduction

1.1. *Contexte et cadre de la demande d'avis*

Dans un courrier (du 17/01/2008) adressé au CNEH, le Dr J.-P. Baeyens a posé la question de savoir si une reconversion limitée de lits E en lits K pourrait être une réponse au fait que les services E sont de plus en plus confrontés à des enfants et adolescents atteints de problèmes de santé mentale. Il a été décidé de transmettre cette demande d'avis au groupe de travail permanent "psychiatrie" qui, à cet effet, a mis sur pied un groupe ad hoc. Des experts ont été appelés à participer à ce groupe ad hoc, chargé de préparer le présent avis et d'organiser une audition des responsables issus des divers services de pédiatrie.

Au cours de cette même période, une étude de l'offre de soins de santé mentale pour enfants et adolescents en Belgique a été réalisée dans le cadre de la Conférence interministérielle Santé publique, à la demande des ministres fédéraux et communautaires compétents et via un groupe de travail intercabinets soins de santé mentale créé par eux. En février 2009, la ministre des Affaires sociales a demandé au groupe de travail permanent "psychiatrie" du CNEH de compléter les données chiffrées (quantitatives) recueillies au sujet de l'offre de soins de santé mentale pour enfants et adolescents (soins de santé mentale enfants et adolescents) par des informations sur le contenu des soins de santé mentale offerts et sur les sous-populations spécifiques visées par ces soins. L'objectif était à la fois de formuler des propositions concernant les besoins prioritaires pour améliorer l'offre de soins de santé mentale E&A et de définir les besoins qui se manifestent dans les "domaines sensibles" : soins de santé mentale E&A vs soins somatiques (pédiatrie), aide à la jeunesse et soins aux handicapés et secteurs de la Justice et des soins en assuétudes.

En vue du lancement d'un appel à candidatures pour des projets en exécution des articles 11 et 107 de la loi sur les hôpitaux, la ministre a demandé une définition fonctionnelle des composantes de base d'une politique des soins de santé mentale pour enfants et adolescents.

Le groupe de travail "psychiatrie" du Conseil national des établissements hospitaliers partage le souci d'apporter, par un renouvellement des soins et une flexibilisation des soins, une réponse mieux adaptée au besoin de soins toujours plus complexe du groupe cible des enfants et adolescents confrontés à des problèmes de santé mentale. L'élaboration d'un programme de soins global et cohérent pour ce groupe cible doit à la fois éviter tout nouveau morcellement et fractionnement de l'offre de soins, exploiter de façon optimale les ressources humaines et financières limitées et, parmi les priorités, mettre en place une coordination économiquement justifiée et aussi fonctionnelle que possible. D'autres réponses seront nécessaires pour satisfaire les demandes de soins de demain. Le développement de méthodes innovantes et, en corollaire, la promotion de l'expertise des pédopsychiatres, psychologues cliniciens et infirmiers en psychiatrie doivent être le fondement de l'indispensable professionnalisation proactive des soins.

1.2. Composition du groupe de travail ad hoc Enfants & Adolescents

Pour l'élaboration du présent avis, les membres du groupe de travail permanent "psychiatrie" ont été rejoints par des experts externes permanents des SOINS DE SANTÉ MENTALEEA.

Membres du groupe de travail "psychiatrie" du CNEH :

Annik LAMPO - président, Jef Van Holsbeke - vice-président

Stefana BOSTYN; Joël BOYDENS; Mieke CRAEYMEERSCH; Jean-Claude FROGNEUX; Jozef PEUSKENS;

Experts externes :

Dominique CHARLIER; Marina DANCKAERTS; Denis HENRARD(début 2010); Jean-Paul MATOT; Ann MOENS (à partir de la deuxième partie de l'année 2009);

Pour chaque aspect de la demande d'avis, le choix a été fait d'organiser une audition à laquelle a été conviée une large délégation de représentants et de porte-parole issus de chacun de ces sous-domaines.

De lijst van genodigden op de hoorzittingen vindt u in bijlage

1.3. Méthode de travail du groupe de travail ad hoc soins de santé mentale Enfants et Adolescents

Pour la rédaction du présent avis, le groupe ad hoc a adopté la méthodologie suivante :

1. **Consultation de textes conceptuels et de rapports d'évaluation** rédigés au cours des 5 dernières années par des intervenants des soins de santé mentale, ainsi que des études pertinentes en la matière.
2. **Réalisation d'un inventaire de l'offre actuelle de soins de santé mentale**
3. **Conception d'un cadre destiné au contenu d'un programme de soins de santé mentale pour enfants et adolescents**, en se basant sur les modules de soins nécessaires à un groupe de population et en indiquant la mission et la cohérence fonctionnelle de toutes les composantes.
4. **Organisation de séances d'audition avec une délégation élargie d'acteurs** issus des secteurs des soins pédiatriques/ du handicap mental / de l'aide à la jeunesse et de l'aide médico-légale / des soins en assuétudes¹.

Les questions soumises au groupe de travail étaient les suivantes :

1. Quels sont les besoins fondamentaux prioritaires pour le groupe cible des enfants et adolescents en matière de soins de santé mentale ?
2. Capacité en lits et autres formes de soins
 - a. Faut-il davantage de lits K ? Dans l'affirmative, la reconversion de lits de pédiatrie (lits E) en lits de pédopsychiatrie offre-t-elle une solution ?
 - b. Une plus grande diversification est-elle nécessaire au niveau de l'offre de lits actuelle ?
 - c. D'autres formes de soins que les soins résidentiels et ambulatoires actuels sont-ils souhaitables ? Si oui, lesquels?
3. Quels sont les besoins pour des groupes cibles spécifiques présentant une problématique multiple ? Comment améliorer le développement de trajets de soins intersectoriels pour :

¹ Les auditions ont eu lieu aux dates suivantes : en 2009: 24/3, 23/10, 27/11. En 2010 : 01/04.

- a. Les enfants et les adolescents atteints d'un handicap mental et présentant des problèmes psychiatriques ?
 - b. Les soins de psychiatrie juvénile médico-légale
 - c. La toxicomanie et problèmes psychiatriques
4. Existe-t-il, en Belgique et/ou à l'étranger, des initiatives susceptibles de servir de modèles à la réalisation d'un circuit de soins global et intégré pour les jeunes ? Aux niveaux clinique et organisationnel, existe-t-il déjà des bonnes pratiques ayant prouvé leur efficacité ?
 5. Est-il possible d'élaborer une politique générale qui permet de disposer et de mobiliser dans une mesure suffisante l'expertise et les compétences nécessaires dans le milieu de vie du jeune (par exemple les conditions sont-elles remplies pour une mise à disposition suffisante de compétences en psychiatrie infanto-juvénile dans toutes les composantes des soins ?)
 6. Quelle est la tranche d'âge de l'offre actuelle ? Dans quelle mesure l'offre pour les différents groupes d'âge cible est-elle complète et suffisamment répartie ?

1.4. *Perspective politique sous-jacente au présent avis*

Après avoir examiné de façon approfondie les textes conceptuels et avoir auditionné des acteurs de soins, une série d'avis et de recommandations en matière de besoins prioritaires sont formulés ci-après. Ces propositions s'inscrivent explicitement dans le cadre du développement des circuits et réseaux de soins de santé mentale pour enfants et adolescents visés à l'article 11 de la loi sur les hôpitaux et y sont reliées.

Entre-temps, la conférence interministérielle du 26/4/10 a décidé, en vue de la réalisation de l'article 11 de la loi sur les hôpitaux, de mettre en oeuvre, dans une première phase et via des projets 107, le développement expérimental des circuits et réseaux de soins pour adultes, avec une possibilité d'associer également les adolescents (à partir de 16 ans) à l'élaboration des programmes de soins.

Lors de cette même conférence interministérielle, il a été décidé que, lors d'un prochain appel, des projets seraient également possibles pour le développement expérimental de programmes de soins globaux à destination du groupe cible des enfants et des adolescents. Cet appel à projets ne peut être lancé que s'il existe un cadre de référence et un programme précis reprenant les missions pour ce groupe d'âge cible.

C'est pourquoi, l'on a choisi dans le présent avis de formuler des recommandations et des avis en termes de missions qu'il faudra développer davantage et/ou intensifier (en termes de capacité ou de sous-population) et/ou mieux spécifier au niveau du contenu. L'objectif et les modalités thérapeutiques qui doivent être disponibles ont été définis.

Le présent avis apporte de manière conceptuelle des réponses aux interrogations formulées plus haut. En d'autres termes, cet avis identifie avant tout d'une manière globale et fonctionnelle les besoins prioritaires et les missions de soins à inscrire à l'avenir dans la politique des soins de santé mentale pour enfants et adolescents.

Lorsque des propositions concrètes sont formulées dans l'avis, elles visent à indiquer de quelle manière la vision proposée peut être réalisée. Il n'est donc pas possible sur la base de cet avis et des aspects partiels qui y sont formulés de chiffrer concrètement leur impact financier. Cependant, l'avis dans toutes ses éléments révèle que l'offre actuelle de soins de santé mentale pour enfants et adolescents est nettement insuffisante pour répondre à la demande de soins.

Le groupe de travail permanent "psychiatrie" du CNEH s'est servi des données chiffrées à sa disposition pour faire un certain nombre d'estimations de la prévalence, de la capacité de soins requise et du niveau de traitement actuel. Sur la base de ces données chiffrées, l'on peut estimer que probablement 60 à 70 % seulement de l'offre requise de soins de santé mentale E&A sont financés aujourd'hui et qu'il y a dans les soins de santé mentale de base surtout un besoin d'extension de l'offre de soins ambulatoires (à la fois les consultations et le traitement de jour), de l'aide d'urgence, de l'aide aux personnes en situation de crise, des 'assertive care' et des fonctions de liaison.

1.5. Structure générale de l'avis

- Nous ferons dans un premier temps un bref exposé de la **prévalence de la problématique de santé mentale chez l'enfant et l'adolescent**.
- Nous dresserons ensuite un **inventaire des formes de soins existantes** (voir annexes partie 2).
- Nous énoncerons dans une troisième partie des **principes fondamentaux et conditions préalables** au développement d'un programme de soins de santé mentale pour enfants et adolescents.
- Ensuite, nous esquisserons les lignes générales de la structure du programme de soins de santé mentale pour enfants et adolescents et formulerons des avis et recommandations en matière de **besoins prioritaires** dans les **composantes de base de ce programme de soins E&A**.
- Nous décrirons des missions spécifiques par lesquelles le programme de soins de santé mentale E&A rencontre ou rejoint d'autres formes spécifiques de soins pour enfants et adolescents de notre pays.
 - Les soins en **pédiatrie et aux urgences des hôpitaux généraux**
 - **L'aide (spéciale) à la jeunesse**
 - **Les soins aux handicapés**
 - **Les soins médico-légaux**
 - **Les soins en assuétudes**

Enfin, nous formulerons une série de recommandations générales et citerons quelques nouvelles formes de soins.

Partie 2 : Avis

Pour la clarté du propos, les avis sont indiqués en couleur pour chaque partie.

Préalablement on veut accentuer que les avis ci-dessous sont le résultat des débats pendant l'auditionnement d'acteurs sur le terrain et ne sont pas des conclusions d'une recherche scientifique. Tout de même les conclusions indiquent une direction globale, consolidé par toutes les parties impliquées dans le travail.

2.1. *Prévalence des problèmes de santé mentale chez l'enfant et l'adolescent et offre de soins actuelle* (avec des remerciements particuliers au Pr M. Danckaerts pour l'amorce d'un aperçu et à Evelien Vannoppen pour l'utilisation des données issues de sa thèse)

PRÉVALENCE : sans avoir l'ambition d'être exhaustifs, nous pouvons décrire la prévalence des problèmes de santé mentale chez l'enfant et l'adolescent de la façon suivante :

- Prévalence des troubles psychiatriques² : l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a publié ces dernières années plusieurs études dont les chiffres sont alarmants pour la prévalence des troubles psychiatriques et les incapacités qui y sont liées. D'après l'OMS (2004), près de 450 millions de personnes de par le monde connaissent un trouble mental et/ou de comportement. Quelque 25 % de la population développent 1 ou plusieurs de ces troubles dans leur existence (OMS, 2004).
- Troubles psychiatriques chez l'enfant et l'adolescent : on parle de trouble psychiatrique chez l'enfant et l'adolescent lorsqu'il est question de plaintes ou de signes qui (d'après Boer et Doreleijers - 2006, p. 117) :
 - (1) Ne surviennent pas normalement à cet âge
 - (2) Ne peuvent être corrigés (par une pédagogie orale ou par la persuasion)
 - (3) Perturbent gravement le fonctionnement général
 - (4) Font souffrir l'enfant lui-même et/ou son entourage
 - (5) Finalement font probablement stagner l'évolution
- Prévention et gravité : il ressort d'études épidémiologiques que la prévalence des troubles psychiatriques (troubles mentaux) de l'enfance et l'adolescence se situe au plan mondial autour de 20 % et que 4 à 6 % nécessitent une intervention clinique (OMS, 2005). D'autres recherches font état de chiffres de prévalence comparables³. Nulle part au monde, les services de santé ne répondent actuellement totalement aux constats.

² De E. Vannoppen avec les sources suivantes : WHO (2004). Prevention of mental disorders. Effective interventions and policy options. Geneva, World Health Organization. Retrieved March 4, 2007, from www.who.int WHO (2005). ATLAS. Child and adolescent mental health resources. Global concerns: implications for the future. Geneva, World Health Organization. Retrieved March 4, 2007, from www.who.int

³ Costello, E. J., & Angold, A. (1995). Developmental epidemiology. *Developmental Psychopathology*, 23-56.

Costello, E. J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G., & Angold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 60, 837-844.

POURQUOI INVESTIR (DAVANTAGE) DANS LES SOINS DE SANTÉ MENTALE POUR ENFANTS ET ADOLESCENTS ?

○ Pourquoi **traiter** des problèmes chez l'enfant ?

Les troubles psychiatriques de l'enfance et de l'adolescence entraînent des diminutions de capacités significatives. Ils ont une incidence plus marquée sur le fonctionnement quotidien et sa qualité que les maladies chroniques graves comme l'arthrite, le diabète et l'hypertension (Bijl. et al. 2003⁴). Chez **l'enfant**, les troubles psychiatriques ont selon Guevara, Mandell, Rostain, Zhao & Hadley, (2003), surtout des répercussions significatives sur

- ⇒ le comportement scolaire
- ⇒ l'acquisition de l'autonomie
- ⇒ l'apprentissage social (troubles relationnels)

Chez **l'adolescent**, il y a d'après l'OMS (2001a), Hymel, Rubin Rowden et Lemare (1990) et selon Guevara, Mandell, Rostain, Zhao & Hadley (2003), un risque accru

- ⇒ de criminalité et de violence
- ⇒ d'abus de substances
- ⇒ de dépression et de suicide
- ⇒ de problèmes d'internalisation
- ⇒ de troubles des processus de pensée

Par ailleurs, les problèmes psychiatriques génèrent aussi un coût économique et social spécifique (OMS, 2001a) et, enfin, ces enfants et adolescents sont souvent confrontés à la stigmatisation et à l'exclusion, principalement en raison d'idées fausses et par manque d'informations correctes (WHO, 2001b). Outre l'influence sur l'individu lui-même, une charge importante pèse aussi sur les autres membres de la famille (WHO, 2001a)⁵.

○ Pourquoi investir **davantage** ?

UN MOUVEMENT DE RATTRAPAGE PARAÎT ÉVIDENT :

- Étant donné que la prévalence de la problématique psychiatrique se situe dans le même ordre de grandeur que chez l'adulte
- Que près de 22 % de la population belge était mineure au 1/1/2008⁶
- On en déduit en guise de conclusion qu'en principe, une part de 22 % du budget global des soins de santé mentale devrait être consacrée aux < 18 ans.

⁴ De E. Vannoppen avec les sources suivantes :

Bijl, R.V., De Graaf, R., Hipiri, E., Kessler, R. C., Kohn, R., Offord, D. R., et al. (2003). The prevalence of treated and untreated mental disorders in five countries. *Health Affairs*, 22, 122-131.

⁵ de E. Vannoppen avec les sources suivantes :

Guevara, J. P., Mandell, D. S., Rostain, A. L., Zhao, H., & Hadley, T. R. (2003). National estimates of health services expenditures for children with behavioral disorders: an analysis of the medical expenditure panel survey. *Pediatrics* 112, 440-446.

WHO (2001a). *The world health report 2001 – mental health: new understanding, new hope. Chapter 1: a public health approach to mental health*. Retrieved July 12, 2007, from www.who.int

WHO (2001b). *The world health report 2001 – mental health: new understanding, new hope. Chapter 5: the way forward*. Retrieved July 12, 2007, from www.who.int

Hymel, S., Rubin, K. H., Rowden, L. & Lemare, L. (1990). Childrens peer relationships. Longitudinal prediction of internalizing and externalizing problems from middle to late childhood. *Child development*, 61, 2004-2021.

WHO (2003). *Caring for children and adolescents with mental disorders. Setting WHO directions*. Retrieved April 2, 2007, from www.who.int

⁶ Source : <http://statbel.fgov.be/fr/statistiques/chiffres/population/structure/index.jsp>

2.2. Exercice d'inventaire de l'offre actuelle et principaux constats à tirer de cet inventaire

Le groupe de travail à réalisé un début d'inventaire de l'offre des soins pour E&A. Pour obtenir une vue exhaustive de la situation, il est demandé aux autorités de tutelle de réaliser un relevé complet. Un document séparé avec les annexes du présent avis reprend un premier inventaire des formes de soins actuelles avec leur nombre, modalités et financement respectifs. Pour tout complément et pour des détails concernant ces chiffres, il est renvoyé aux autorités concernées.

- OFFRE ET USAGE DES SOINS DE SANTE MENTALE CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT
 - Prévalence : plus d'un cinquième des mineurs connaissent des problèmes psychiques ou psychiatriques. Ces problèmes sont graves chez 6 à 7 % au point de nécessiter des soins de santé mentale spécialisés.
 - Niveau de traitement : offre de soins de santé mentale spécialisés et extensions de la capacité et des services au cours de la décennie récente : cfr en annexe
 - L'analyse provisoire de la programmation et la réalisation de la capacité de lits disponible indiquent que probablement 60 à 70 % seulement de l'offre de traitement nécessaire (7 % de la population) est couverte et que globalement les carences se situent surtout dans l'offre ambulatoire, tant au niveau des consultations que du traitement de jour, dans l'aide d'urgence, l'offre en situation de crise, les 'assertive care' et les missions de liaison. Un tableau plus détaillé de l'offre existante est joint en annexe du présent avis.

- QUESTIONS ET CONSIDERATIONS : un certain nombre de questions et de considérations peuvent être formulées à propos de ces données chiffrées à plusieurs niveaux, tant pour ce qui est de la disponibilité (capacité absolue) que de l'accès aux soins/l'accessibilité des soins (notamment répartition équilibrée) :
 - la capacité de traitement en général;
 - l'équilibre de l'offre et la diversité suffisante des différentes formes de soins: ambulatoire, hospitalisation partielle (hospitalisation de jour ou de nuit), capacité d'accueil intensif ... et leurs caractéristiques spécifiques;
 - la répartition de l'offre en milieu rural tant au niveau méso (Régions et Communautés) que micro (provinces) de certaines formes de soins (entre autres INAMI, hospitalisation partielle, équipes ambulatoires EA à part entière,...);
 - l'offre par rapport aux différentes catégories d'âge (répartition inégale avec une sous-représentation des soins pour les jeunes enfants (0-6 ans) et une relative (!) sur-accentuation pour les jeunes (+ de 12 ans). Nous renvoyons au récent rapport du KCE sur l'urgence psychiatrique pour enfants et adolescents qui précise que 23 % des admissions en services K concernent des enfants âgés entre 6 et 12 ans, 8 % des + de 18 ans et (seulement !) 4 % des enfants de moins de 5 ans.
 - > ¼ des admissions psychiatriques de mineurs d'âge se font en services A et non en services K (selon des données du RPM, il s'agissait de 1768 admissions de mineurs dans un service A(a) pour un total de 6631 admissions en milieu (semi-)résidentiel en 2006).

- CONCLUSION : l'analyse des données quantitatives et qualitatives issues entre autres du RPM, du RCM, du dossier du patient informatisé et de l'INAMI devrait faire l'objet d'une étude plus poussée. Cette mission sort des limites du présent avis.

2.3. Principes fondamentaux et conditions préalables à des soins de qualité

Les principes généraux suivants sont unanimement jugés importants pour des soins de santé mentale efficaces chez l'enfant et l'adolescent :

1. Les soins de santé mentale en psychiatrie infanto-juvénile sont autant que possible **offerts dans le milieu de vie habituel** de l'intéressé, sauf si la gravité ou la nature du problème ponctuel ne le permet pas ou si, à un moment donné, la situation compromet la sécurité de l'enfant.
2. **Principe de subsidiarité : l'on préférera la forme de soins qui, tout en étant efficace, est la moins intrusive.** Le postulat est que, avant tout, chaque domaine comportant des soins aux E&A (médecine somatique, bien-être, aide à la petite enfance, aide spéciale à la jeunesse, soins aux handicapés, ...) exécute pleinement sa propre mission. Une des missions premières des soins de santé mentale E&A est la prévention et la prise en charge de troubles psychiatriques graves via un dépistage et une intervention (précoces) en temps voulu. Ces soins de santé mentale sont de préférence dispensés selon des modalités qui préservent autant que possible le rythme de vie normal et la participation de l'intéressé à la société. Là où les formes de soins ambulatoires et mobiles (intensives) se révèlent insuffisants, une hospitalisation peut s'avérer nécessaire. Ici aussi, l'objectif est toujours un retour rapide au domicile. De plus, une consultation et un soutien non liés au cas individuel peuvent être offerts aux (équipes d') intervenants de ces secteurs du bien-être pour les aspects des soins de santé mentale inhérents à leurs missions.

Certaines sous-populations spécifiques nécessitent des soins résidentiels de longue durée. Ceci implique une collaboration entre les Services de soins de santé mentale et d'autres formes de soins et d'habitation de substitution au milieu familial. Les soins de santé mentale EA sont prioritairement des soins de santé, et n'ont aucune vocation explicite en matière d'aide au logement, d'aide matérielle et d'encadrement éducatif des enfants. Chaque structure sanitaire doit dès lors viser prioritairement le traitement de la problématique de santé mentale de l'intéressé et de son entourage immédiat.

Bien entendu, lors d'un séjour résidentiel de longue durée, il faut garantir temporairement des soins globaux, ce qui implique une contribution certaine, entre autres, de l'enseignement. Lorsqu'un placement prolongé hors du domicile s'impose, on recourra, dans le cadre d'une collaboration active, aux modalités d'hébergement pour enfants et adolescents issus des secteurs de l'aide aux personnes handicapées, de l'aide à la jeunesse ou de l'aide à la petite enfance.

3. **Répartition équilibrée⁷ de l'offre de soins de base sur tout le pays**, en fonction de critères démographiques (mineurs d'âge). Chaque offre de soins de santé mentale pour E&A doit, en outre, constituer un élément du programme global de soins de santé mentale pour enfants et adolescents. Chaque réseau de soins de santé mentale pour enfants et adolescents doit définir et motiver⁸ la zone d'activité pour laquelle il offre ce programme de base. Cette forme d'organisation ne compromet nullement le libre choix du patient.

En outre, des contenus et modalités de soins "plus spécifiques", qui ne sont ni utiles ni nécessaires dans chaque zone d'activité et qu'il faut donc organiser à une échelle qui dépasse cette zone d'activité, doivent avoir un lien fonctionnel avec à ces programmes locaux de base.

4. Au niveau des principes d'action, le postulat est - compte tenu du stade de développement - **d'agir de façon ciblée sur les forces positives présentes et de les renforcer⁹**. L'objectif doit être le

⁷ Afin d'identifier les déséquilibres, les plates-formes de concertation peuvent évaluer où l'offre de soins reste gravement sous les seuils minimums. Des corrections peuvent alors être apportées sur cette base.

⁸ Cf. mission définie par l'article 107 de la loi sur les hôpitaux: "Le Roi peut prévoir des modalités spécifiques de financement afin de permettre, sur une base expérimentale et pour une durée limitée, un financement prospectif des circuits et des réseaux de soins, axé sur les programmes."

⁹ La littérature scientifique utilise les termes de "résilience" et "capacitation".

rétablissement ou l'intégration. Même là où aucune normalisation n'est possible, l'accent est mis sur le maintien des capacités et la prévention d'une aggravation de la problématique, **avec comme but ultime une participation aussi maximale que possible à la société.**

5. L'offre de soins pour E&A et leur famille doit être **engageante et accessible**, et répondre activement aux besoins, si nécessaire.
6. Le programme de soins de santé mentale pour E&A s'adresse à l'ensemble du groupe d'âge cible de 0 à 18 ans, au travers de contenus et formes de soins destinés à l'enfant et à l'adolescent. **Une attention particulière est accordée aux deux pôles de ce continuum**, à savoir les très jeunes enfants et les adolescents de 15 à 18 ans. Pour un prototype de description des sous-populations et des divers contenus et formes de soins à prévoir dans le programme de soins de base, nous renvoyons notamment à la "Voorstel tot Zorgcircuit in de Geestelijke Gezondheidszorg", éditée par la Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg (VVG-2000) en annexe¹⁰
7. Les soins aux moins de 18 ans impliquent une **approche multisystémique**, où le jeune et son contexte multiforme participent aux soins. Outre un plan diagnostique et thérapeutique individuel, le plan de soins doit inclure un diagnostic et un traitement au niveau familial (contextes éducatifs souvent multiples) et scolaire. Chez les adolescents, le cadre de vie générationnel doit aussi faire l'objet d'une attention particulière. Cette **perspective multidimensionnelle** des soins de santé mentale pour enfants et adolescents est l'un des principaux arguments en faveur d'un encadrement supérieur en quantité et en qualité¹¹ à celui des soins de santé mentale pour adultes.
8. **Les Services de soins de santé mentale doivent organiser des soins globaux dans la cohérence et la collaboration régionale tant dans le cadre des soins de santé mentale qu'entre ces services et les autres secteurs de l'aide à la jeunesse.** A cette fin, les soins de santé mentale pour enfants et adolescents collaborent en premier lieu à l'intérieur du secteur avec tous les partenaires du secteur des soins de santé mentale dans leur zone d'activité dans l'optique d'une responsabilité collective, quelles que soient leurs autorités de tutelle/de financement. Dans ce but, les soins de santé mentale pour enfants et adolescents ouvriront leur expertise aux domaines de soins voisins, et feront ainsi en sorte que leur compétence soit disponible dans des contextes de soins de base des divers secteurs de l'aide à la jeunesse (aide à la jeunesse, soins aux handicapés, soins à la mère et à l'enfant, encadrement des élèves, ...).
9. En tenant compte de la **recherche scientifique** et grâce à une **innovation ciblée en matière de soins**, les instituts de recherche directement liés aux formations de base en soins de santé mentale serviront de soutien et de catalyseur pour évoluer vers de nouvelles formes de soins et de collaboration. En outre, ceci offre l'avantage de communiquer les idées innovantes aux futurs prestataires de soins via la mission d'enseignement et d'orienter ainsi l'indispensable augmentation des compétences.
10. Accent sur l'exécution des soins, avec **réduction de la charge administrative** pour les prestataires
11. Au niveau des autorités, **l'investissement en ressources humaines et financières dans les soins de santé mentale pour E&A doit s'effectuer dans une proportion justifiable par rapport aux hommes et moyens engagés dans les soins aux adultes** et aux personnes âgées. Les moyens humains et financiers engagés actuellement pour le groupe d'âge cible des E&A ne sont manifestement pas proportionne à la charge de la problématique des enfants et des adolescents.
12. Même si toutes les conditions préalables et les critères de qualité dans les soins sont réunis, des **facteurs sociologiques et d'environnement** interviendront comme stimulant ou frein, par exemple les vulnérabilités individuelles et leur effet sur l'équilibre psychique, l'impact de la pauvreté, du

¹⁰ Voir annexes pour ce modèle de circuit de soins "Jeunes".

¹¹ "soins et traitement" et "surveillance et coaching" sont des exemples d'autres formes qualitatives de soins.

déracinement culturel, l'absence de tissu social stimulant...⁽¹²⁾ L'élimination des "inégalités" incombe à l'ensemble des autorités. La responsabilité du secteur se limite à une réalisation des soins aussi cohérente que possible compte tenu d'entraves spécifiques.

2.4. Pas de soins de santé mentale de qualité pour les enfants et les adolescents sans collaborateurs compétents

2.4.1. ESQUISSE DU PROBLÈME

Pédopsychiatres

La profession de **pédopsychiatre et de psychiatre pour jeunes** en tant que profession « critique » : le manque d'expertise en psychiatrie infanto-junéville est un problème connu. En outre, le nombre de candidats est en réelle diminution, ce qui précarise la situation. La formation en pédopsychiatrie a besoin d'un puissant incitant spécifique (au niveau du contenu et de l'organisation des soins mais surtout financier), et ce pour les raisons suivantes :

Par comparaison avec d'autres formations de spécialisation en médecine :

- la formation préalable spécifique dans le cursus de formation de médecin est très limitée, ce qui exige un investissement supplémentaire en formation théorique et pratique lors des années de spécialisation;
- le rapport coûts/bénéfices pour un assistant en formation génère des pertes pour le lieu de stage, et dépend donc en pratique de la solidarité d'autres spécialités, ce qui compromet l'équivalence de sa position au sein du corps médical;
- La réalité d'aujourd'hui est que la formation ne comprend toujours pas de volet de stage à part entière en centre ambulatoire (CSM), même si aujourd'hui ce n'est en principe plus impossible; en conséquence, le pédopsychiatre et le psychiatre pour jeunes débutant doit explorer seul ce domaine spécifique; il s'agit là d'un paradoxe saisissant par rapport au besoin criant de soins de santé mentale ambulatoires au sein de la société;
- la formation clinique est intensive, mais moins technique, de sorte que le rapport optimal formateur/assistant doit y être plus élevé que dans d'autres disciplines. En revanche, l'inverse est vrai, de sorte que les assistants en formation reçoivent trop peu de supervision et d'input;
- il s'agit d'une profession qui a des exigences élevées en termes de capacité de s'impliquer en tant que médecin. Les soins de santé mentale pour enfants et adolescents posent des exigences professionnelles complexes au pédopsychiatre. Le constat qui s'impose de plus en plus souvent est que cette spécialité n'est pas choisie en raison de l'important investissement en temps et en énergie humaine lié à cette profession.

La psychiatrie infanto-junéville est un domaine de recherche scientifique fort développé sur le plan international, mais encore sous-développé en Belgique. Par conséquent, dans certaines sous-disciplines spécifiques, l'expertise et la compétence font défaut pour assurer une formation de qualité. La

¹² - Enquête de R. Kerkhofs et T. van Regenmortel - 2004 : Versterkend werken in de geestelijke gezondheidszorg door nieuwe vormen van liaisons - Methodiekontwikkeling voor de bevordering van de toegankelijkheid van de GGZ voor personen die in armoede leven. Les enfants issus de milieux favorisés ont plus de chances d'ascension sociale et, par conséquent, aussi de davantage d'effets bénéfiques sur la santé.

recherche de ces nouvelles compétences adaptées aux soins de santé mentale de demain est un défi majeur pour les instituts de formation.

Si l'on veut développer le programme de soins de santé mentale pour enfants et adolescents dans un climat de collaboration harmonieux, le principe "**A travail égal, salaire égal**" et vice versa dans tous les secteurs des soins de santé mentale est une condition sine qua non.

Psychologues, assistants sociaux, infirmiers et éducateurs

Chacune de ces disciplines est indispensable dans un bon travail d'équipe et chaque collaborateur doit être utilisé pour ses compétences propres. Un relèvement et un renouvellement des compétences sont indispensables pour relever avec succès les défis de demain. Citons ici à titre d'exemple quelques éléments qui méritent une exploration plus poussée et des réponses adaptées :

Expertise en psychologie clinique

- La réalisation effective du statut de psychologue clinicien comme professionnel de santé est un élément important de la fonctionnalité de soins de santé mentale de qualité pour enfants et adolescents. Nous renvoyons à ce propos à un avis rendu précédemment par le CNEH (4 décembre 2008) relatif à l'exercice de nouvelles professions de soins de santé.¹³
- L'organisation d'un complément de stage en pratique clinique pour les psychologues, pour approfondir les compétences diagnostiques, mais aussi acquérir les compétences multiples (c.-à-d. touchant à plusieurs domaines du secteur des soins de santé mentale), ce qui est nécessaire face aux sous-groupes plus complexes. Outre les tâches psychothérapeutiques actuelles, des domaines nouveaux, souvent peu explorés et inexploités, s'ajoutent en effet à des sous-domaines de développement psychopathologique (cognitif, émotionnel et comportemental).

Expertise orthopédagogique

- Les orthopédagogues peuvent contribuer notablement aux soins de santé mentale pour E&A.
- Un champ d'activité captivant s'ouvre aux masters en orthopédagogie. La mise en oeuvre effective de cette expertise dans les soins de santé (mentale) doit continuer à être encouragée. La spécialisation des orthopédagogues doit être approfondie et leur contribution spécifique au domaine de la santé mentale doit être davantage explorée et élargie. Ils doivent occuper une place et remplir un rôle qui leur sont propres dans l'organisation même des soins.
- Pour les bacheliers éducateurs, il y a, au côté de l'infirmier en psychiatrie, un propre champ d'activité en matière de soins et éducation. De même, le fait de travailler fréquemment avec des groupes de résidents ouvre la porte à de nombreuses possibilités d'utiliser ces compétences. Les bacheliers éducateurs pourraient être mobilisés de manière plus explicite dans certaines composantes du secteur des soins de santé mentale. À cet égard, le fait de disposer d'un double bagage suffisant¹⁴ est de nouveau facteur critique de succès.

¹³Réf. CNEH/D/PSY/295-2

¹⁴ Double bagage : fournir une aide de qualité en matière de soins de santé mentale pour E&A nécessite une connaissance précise de la psychopathologie des enfants et des adolescents, une bonne connaissance des aspects liés au développement de l'enfant ainsi que des aptitudes dans l'utilisation de repères pédagogiques.

Expertise sociale¹⁵

- Revalorisation du rôle explicite et unique de la fonction sociale dans les soins de santé mentale pour enfants et adolescents. La fuite en avant vers les formations en psychothérapie a entraîné de facto depuis 20 ans un étiolement des compétences "clés" du travail social dans la pratique quotidienne des soins de santé mentale pour enfants et adolescents.
- On ne dira jamais assez combien il est nécessaire de pouvoir réagir avec souplesse dans des situations particulières auxquelles on est confronté via les soins de proximité et informels, même dispensés à domicile. La capacité à se libérer de cadres thérapeutiques méthodiques rigides et de mettre en oeuvre une expertise là où elle est nécessaire, en adéquation avec le vécu quotidien des intéressés, est d'une valeur inestimable pour les soins de santé mentale pour enfants et adolescents de demain.

Expertise infirmière

- Dans les pays voisins, les infirmiers en psychiatrie jouent un rôle essentiel dans l'aide. L'on attend des infirmiers en psychiatrie qu'ils disposent de larges compétences. Outre une très bonne connaissance des aspects bio-psycho-sociaux de l'aide psychiatrique, les praticiens de l'art infirmier en santé mentale pour enfants et adolescents doivent également disposer d'une expertise éducative. Les praticiens de l'art infirmier qui travaillent dans les soins de santé mentale pour enfants et adolescents doivent s'y connaître en matière d'approche tant psychiatrique que pédagogique.
- Ces attentes contrastent fortement avec l'importance limitée du volet aide psychiatrique dans la formation de base de l'infirmier. Durant sa formation, le praticien de l'art infirmier entre trop tard et trop peu en contact avec les différents champs des soins de santé mentale. C'est ce qui explique en partie pourquoi si peu d'infirmiers choisissent une formation continue en santé mentale.
- Les instituts de formation et les autorités doivent être mis au défi de se pencher sur la question et ils doivent établir un plan d'action pour pallier la pénurie de personnel infirmier en psychiatrie.
- Il est urgent de reconnaître le titre professionnel particulier pour les infirmiers en psychiatrie.

¹⁵ Nous renvoyons à cet égard à l'avis du 12 juillet 2001 relatif au travail social dans le secteur des soins de santé mentale, réf. CNEH/D/PSY/197-2, ainsi qu'à une étude récente du centre de recherche sociologique de la KULeuven (CESO – 2010 - Koen Hermans) sur la position et la fonction du travail social dans les CSM.

2.4.2. AVIS :

La réponse à ces déficits constatés est PLURIELLE et est une RESPONSABILITÉ DE TOUS LES ACTEURS.

Toutes les disciplines

Médecins

- Solution à la position 'déficitaire' du MACS dans le corps médical
- Intégration du volet structurel du stage dans les CSM (tant dans le cursus que le financement du CSM)
- Possibilités de supervision suffisantes par les formateurs
- Orientation suffisante vers la profession, ce qui permet de fournir des médecins qui dans la suite de leur pratique professionnelle continuent de choisir cette profession intense.

Disciplines non médicales

- Reconnaissance de la psychologie clinique en tant que profession des soins de santé, avec une opérationnalisation de tous les aspects qui y sont liés
- Stages spécialisés continus pour psychologues cliniciens en matière de compétences diagnostiques et multiples spécifiques (destinées à des sous-populations particulières)
- Élargissement et approfondissement du volet orthopédagogique des soins de santé mentale pour enfants et adolescents. Il faut concrétiser davantage la place spécifique et l'offre de la discipline dans les soins de santé mentale pour enfants et adolescents
- Revalorisation de la fonction sociale avec des missions propres tant vers l'enfant que son entourage, en promouvant la flexibilité des soins
- Approche en profondeur par le politique de la pénurie d'infirmiers sur le marché et reconnaissance du titre professionnel particulier d'infirmier en psychiatrie.

Toutes les parties doivent ici assumer leurs responsabilités :

- Les différentes autorités compétentes en santé publique : elles doivent prévoir un financement de base suffisant pour permettre à la structure de disposer du cadre de base pour le développement de prestations de soins de qualité (financement de base des missions globales des médecins (en chef) et des autres disciplines cliniques - cf. supra).
- L'INAMI : nomenclature adaptée et évaluation renouvelée des professions de la santé indispensables à des soins de santé mentale à part entière pour enfants et adolescents (entre autres aussi pour les psychologues cliniciens)

Enseignement : un volet pratique mieux adapté de la formation de base de toutes les disciplines nécessaires, avec la possibilité réaliste de concilier diverses tâches (entre autres intensité de travail avec marge suffisante pour combiner les missions de sa propre pratique et l'encadrement de stagiaires). Il s'agit de défis intéressants à la fois pour la mise au travail et la spécialisation de jeunes diplômés au chômage (par exemple excédent de jeunes diplômés disponibles en psychologie clinique) et pour les intervenants plus âgés, expérimentés en soins de santé mentale pour enfants et adolescents, d'envisager des fins de carrière importantes via des missions de tutorat ou des projets spécifiques.

2.5. BESOINS PRIORITAIRES EN SOINS DE SANTE DE BASE POUR ENFANTS ET ADOLESCENTS : DU GLOBAL AU SPECIFIQUE

Un certain nombre de besoins prioritaires émergent. Nous estimons qu'il y a là des missions et des défis pour tous les acteurs des soins et toutes les autorités. Le présent avis sort du domaine d'intervention directe de l'autorité fédérale. Des soins de santé mentale de qualité pour un enfant ou un adolescent ne s'arrêtent pas aux compétences d'une personne; des soins de qualité impliquent une conjonction et une adéquation des forces, non seulement sur le terrain, mais aussi aux plus hauts niveaux politiques.

Guide de lecture

L'avis relatif aux soins de santé mentale de base nécessaires aux enfants et aux adolescents est structuré de la façon suivante :

- Les soins de santé mentale globaux de base pour enfants et adolescents sont l'élément majeur et principal du programme de soins de santé mentale pour enfants et adolescents. Dans un premier temps, **nous préciserons les besoins prioritaires en soins de santé mentale de base** pour l'ensemble du groupe d'âge cible.
- Viendront ensuite un certain **nombre de composantes spécifiques de ces soins de santé mentale de base**, à mettre en œuvre dans certaines situations, mais qui concernent toujours **le groupe d'âge cible dans son ensemble**.
- **Enfin**, nous aborderons **certaines sous-populations et certains contextes spécifiques**.

Pour simplifier la lecture de ce chapitre, le schéma des SOINS DE BASE (cf. plus loin) sera systématiquement repris dans une partie. La partie traitement figurera en couleur dans le schéma.

2.5.1. Besoins prioritaires en soins de santé mentale de base pour l'ensemble du groupe d'âge cible (0-18 ans)

Généralités

Il faut inscrire dans chaque programme de soins de santé mentale pour enfants et adolescents les 4 missions de base suivantes pour tout le groupe d'âge cible : **la prévention et le dépistage précoce, l'importante fonction de consultation et de liaison externe vers d'autres domaines de soins, un vaste paquet de base incluant diverses formes et contenus de soins ambulatoires et résidentiels et, enfin, un nombre limité de modules de soins complémentaires pour certains sous-problèmes spécifiques.**¹⁶ Tout ceci est complété par des modules particuliers pour soins d'urgence, soins de crise et "assertive care/soins informels.

Comme cela a déjà été dit, l'offre de **soins de santé mentale** de base pour la population mineure d'âge, par comparaison avec les adultes, est insuffisamment développée. Le Conseil est d'avis qu'il faut **avant**

¹⁶ Au départ du principe de subsidiarité, les soins de santé mentale sont offerts surtout de manière polyvalente et à large spectre. Des modules partiels complémentaires pour des pathologies spécifiques ne seront disponibles que si la situation le requiert.

tout suivre l'évolution générale vers plus de formes de soins ambulatoires. Dans cette offre ambulatoire de base, la mise en oeuvre de compétences spécialisées pour l'enfant et l'adolescent doit augmenter. Tous les intervenants doivent avant tout s'investir dans des soins ambulatoires de base, aussi longtemps que possible, en ce compris l'offre de jour en hospitalisation partielle. Les mots clés sont : **global et ambulatoire autant que possible**. La réalisation d'une véritable offre de base¹⁷ en soins de santé mentale pour enfants et adolescents nécessite certainement des **investissements supplémentaires en moyens humains et financiers dans le développement de la santé mentale ambulatoire. Le nécessaire développement ultérieur de l'offre ambulatoire en soins de santé mentale pour enfants et adolescents n'est pas du tout possible par la reconversion des places de séjour résidentielles actuelles, des centres de jour ou de l'offre de réadaptation INAMI.**

Dans le cadre du développement de réseaux et circuits de soins de santé mentale pour enfants et adolescents et au sein d'un programme de soins global, il faut – par une plus grande collaboration et harmonisation des soins – mieux interconnecter et utiliser de façon plus ciblée les capacités de traitement actuelles résidentielles, ambulatoires et polycliniques.

Des composantes de soins spécialisés spécifiques resteront nécessaires en 'complément' à l'offre générale. Elles seront mises en oeuvre là et au moment où cela est nécessaire au niveau du cas individuel, et uniquement aussi longtemps que nécessaire. La planification du traitement reste aux mains de l'équipe des soins de base qui, avec les demandeurs de soins (parents, enfants, entourage ...), recherche une adéquation permanente entre leurs besoins concrets et des réponses aussi adaptées que possible.

Outre le développement des soins de base, comme cela a été indiqué plus haut, une deuxième priorité est d'investir des moyens humains et financiers supplémentaires dans le **développement des soins d'urgence, des soins de crise, des soins informels/des "assertive care"** pour répondre à des besoins (temporaires mais imprévisibles) que l'offre de soins classique ne peut pas toujours satisfaire dans une mesure suffisante. Au point 2.5.2 (p. 24) du présent avis, la nécessité de ces fonctions de soins est expliquée et les modalités de leur réalisation sont concrétisées.

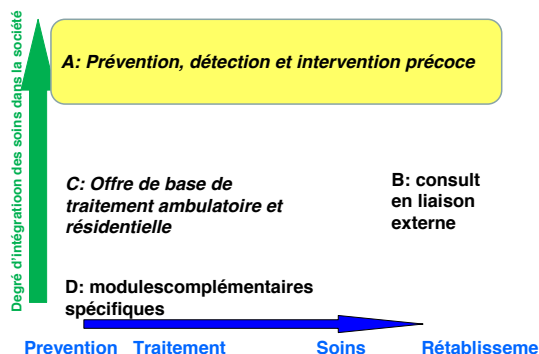
¹⁷ La notion d' 'offre de base' ne signifie pas absence d'un degré élevé d'expertise. Il s'agit toujours de soins de santé mentale 'spécialisés', axés sur des situations psychopathologiques. Il ne s'agit donc pas de la prise en charge générale de problèmes psychiques, émotionnels et/ou comportementaux, où chaque domaine de l'aide à la jeunesse doit assumer sa propre responsabilité sectorielle pour disposer de cette expertise interne au secteur.

Répartition fonctionnelle des soins de base SSME&A



a. Prévention, dépistage ponctuel et intervention précoce pour éviter des soins curatifs

Répartition fonctionnelle des soins de base SSM E&A



contraignants.

Tout enfant présentant des risques sérieux de maladie mentale et qui bénéficie en temps voulu de la prise en charge adéquate est moins sujet, plus tard, à des soins d'entretien de longue durée. Outre l'accent mis **directement** sur le **patient**, le renforcement et le soutien de l'aide de l'entourage dans des soins de santé mentale axés sur la communauté sont un important facteur de succès. Enfin, le soutien et la consultation non liés au cas individuel aux **intervenants de première ligne** dans les secteurs de la santé et du bien-être peuvent agir

préventivement et nécessiter moins de transfert vers les soins curatifs spécialisés de santé mentale pour enfants et adolescents. Même si la prévention et l'intervention précoce sont un point prioritaire pour tous les acteurs du secteur des soins de santé mentale, ils représentent néanmoins des domaines d'action par excellence pour les Régions et Communautés qui doivent mettre à disposition les moyens nécessaires à cet effet.

Dans le présent projet, nous aborderons quelques initiatives qui connaissent ces dernières années un vif succès et illustrent parfaitement comment au départ des soins dispensés à des adultes, il est possible de travailler préventivement pour les enfants concernés par des problèmes de santé mentale. Cet illustration peut encore être complété.

- Enfants de parents présentant des problèmes psychiques ou psychiatriques (**en Flandre 'KOPP'** "kinderen van ouders met psychische of psychiatrische problemen") Cette action, qui se propage entre-temps à la vitesse de l'éclair en Europe et aux Etats-Unis, entend se consacrer aux mineurs de

familles dont les membres connaissent un problème psychiatrique. Il a été démontré que l'attention (le dépistage et les soins lorsque le problème est constaté) prêté en temps voulu exerce une forte action préventive sur le risque de développer chez l'enfant d'un patient psychiatrique des problèmes de santé mentale (secondaires). L'objectif est, dans les unités de traitement pour adultes, de TOUJOURS consacrer l'attention nécessaire aux enfants dans leur milieu familial, d'évaluer leur ancrage social et d'offrir, si nécessaire, soins et assistance. De cette manière, les problèmes sont détectés chez l'enfant plus rapidement et à un stade où souvent un 'trouble' ne s'est pas encore développé. Il en résulte des soins appropriés et accessibles¹⁸. À ce moment, l'action repose encore sur le volontariat, sur la propre initiative de structures ou de sponsors externes. Un ancrage dans l'offre de soins classique est nécessaire.

- **Les initiatives Soins Mère et Enfant** : il y a actuellement en Belgique un nombre limité d'initiatives dont le point de départ est le trouble chez le parent adulte. En même temps, on prévient les problèmes chez l'enfant ou ils sont pris en charge précocement (in vivo). Par leur synergie avec le secteur de la petite enfance, ils sont un puissant élément de prévention des développements psychopathologiques chez le jeune enfant. On évite ainsi surtout les troubles de l'attachement, avec des conséquences notoires à l'âge adulte.¹⁹

Par ailleurs, le développement d'une offre de soins analogue est nécessaire dans le contexte des soins de santé mentale pour enfants et adolescents, avec (les problèmes signalés de) l'enfant comme point de départ, lequel est au moins aussi effectif dans l'approche de certains problèmes parent-enfant. Pour la mise en oeuvre de cette initiative, l'on se reportera aux formes de soins innovantes présentées à la fin du texte.

- **Projets dépistage et intervention précoces psychose initiale : il y a un mouvement international sur le dépistage précoce des jeunes psychotiques (early intervention)**. Le gouvernement flamand subventionne (perspective pluriannuelle) un certain nombre de projets pilotes de mise au point d'une offre de soins précoce à des jeunes psychotiques ou à haut risque. (vroegdetectie en – interventie initiële psychose - **VDIP**) Ce sont des projets à développer en réseau. Cette action se situe à l'articulation de ce qui a été présenté comme la 'charnière' entre l'adolescence et l'âge adulte, et requiert donc la collaboration des soins de santé mentale tant pour l'adolescent que pour l'adulte.

AVIS :

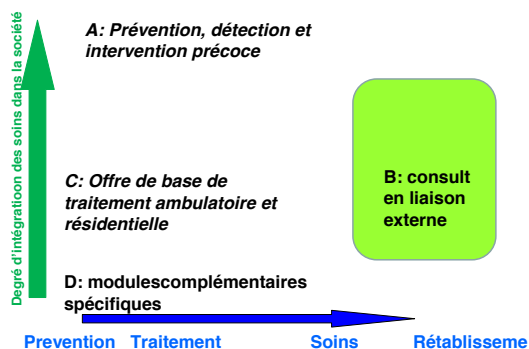
- **Ici aussi, le conseil demande aux autorités fédérées d'effectuer un relevé exhaustif des initiatives relatives à la prévention, le dépistage, et les interventions précoces.**
- **en matière de prévention, de dépistage et d'intervention précoce, des initiatives prometteuses doivent bénéficier d'un ancrage dans l'offre classique de soins de santé mentale pour enfants et adolescents. Tant la diffusion ultérieure de bonnes pratiques qu'un financement récurrent par les instances concernées sont nécessaires à cette fin.**

¹⁸ Plus d'infos sur www.koppvlaanderen.be

¹⁹ Notons par exemple en Wallonie les initiatives Fil à Fil (ISOSL), Le Gerseau (SSM Safran) et Claire Vallon. A Bruxelles on a Titeca, la Ramée-Fond'Roy et La Lice et en Flandre les unités pour mère et enfant à Zoersel et St. Denijs Westrem.

b. Consultation et liaison externe vers d'autres secteurs de l'aide à la jeunesse et vers les hôpitaux généraux comme mission de chaque structure de soins de base en santé mentale pour enfants et adolescents.

Répertition fonctionnelle des soins de base SSM E&A



Plusieurs secteurs de l'aide à la jeunesse ne demandent pas tellement à reprendre le patient, ni une prise en charge ambulatoire intégrale, mais bien la possibilité d'une concertation et d'un apport ciblé de certaines facettes des soins de santé mentale pour enfants et adolescents dans les structures de leur propre secteur. Il faut prioritairement continuer à développer les modalités de l'apport d'une expertise consultative au niveau du cas individuel et/ou de l'équipe. La VAPH (agence flamande des personnes handicapées), les secteurs de l'aide spéciale à la jeunesse, de la pédiatrie, des soins en assuétudes et de l'enseignement²⁰, notamment, sont demandeurs d'une expertise sur le terrain des soins de santé mentale pour

enfants et adolescents. Afin de permettre une mise en oeuvre ciblée et subsidiaire des moyens en temps voulu, le défi majeur reste d'offrir ces soins spécialisés de santé mentale là où il le faut, tôt assez et activement, dans les secteurs du bien-être et dans l'enseignement. Des études devront indiquer quelle offre peut réellement influencer la prévalence et le pronostic des problèmes et troubles comportementaux pédopsychiatriques et psycho-émotionnels graves, et quel en est le meilleur moment.

Une nomenclature adaptée ou un financement des missions des prestataires individuels doit garantir un recours flexible à l'expertise requise à un moment précis ou dans une situation précise. Si la demande de liaison et de consultation s'accroît, il faudra des moyens supplémentaires, ou ces secteurs connexes devront pouvoir faire appel à cette fonction de soutien et de consultation auprès des soins de santé mentale spécialisés.

AVIS

- **Par consultation ou liaison externe, nous entendons le soutien à d'autres domaines des soins de santé mentale vers les enfants et adolescents issus d'autres domaines de l'aide à la jeunesse et ceux qui les encadrent que doivent offrir tous les acteurs des soins de santé mentale pour enfants et adolescents dans des délais acceptables.**

L'évaluation des projets thérapeutiques pour mineurs d'âge (et d'abus de substances par des mineurs) dont la mission était précisément cette concertation de cas concrète autour du processus thérapeutique dans des dossiers complexes, devra déboucher sur le développement justifié d'une concertation intersectorielle et interdisciplinaire structurée, orientée sur les cas individuels dans ce type de dossiers. Il faut donc une suite appropriée à la phase d'expérimentation des projets thérapeutiques visant le public cible des mineurs d'âge, qui se termine bientôt.

²⁰ Une situation analogue se présente dans le secteur (d'accompagnement) de Kind en Gezin (l'ONE flamande). Les CKG pour très jeunes enfants (centres flamands d'aide à l'enfance et de soutien aux familles) sont eux aussi souvent confrontés – en raison notamment de leurs missions spécifiques en faveur des familles défavorisées – à des enfants présentant des problèmes psychiatriques "graves" non diagnostiqués... Ils ne sont pas équipés pour cela et devraient pouvoir faire appel en liaison, dans ces situations qui les préoccupent, aux SSM spécialisés.

- c. **Large offre de base en capacité de traitement résidentiel et ambulatoire**, axée principalement sur les soins généraux de santé mentale pour enfants et adolescents dans leur forme la moins lourde pour l'utilisateur.



➤ **Cohérence et continuité de l'offre.**

- **Il reste des lacunes dans les soins, la cohérence et les transitions entre les diverses formes et divers domaines de soins étant insuffisamment garanties.** Erreurs d'orientation, shopping, syndrome de 'la porte tournante', mais aussi par le défaut ou l'établissement tardif d'un diagnostic et d'un

traitement spécialisés pour les enfants et les adolescents présentant des troubles de santé mentale graves et de longue durée, entre autres, en sont l'expression. Un gain d'efficacité peut être obtenu par une meilleure collaboration, tant des acteurs des soins de santé mentale entre eux qu'avec les partenaires des secteurs connexes. Surtout dans le domaine des soins ambulatoires de base²¹, tous les acteurs (CSM, soins en policlinique, services de réhabilitation ambulatoire, intervenants indépendants et offre de jour/de nuit des services K) doivent unir leurs forces au maximum dans un programme global de soins de santé mentale pour enfants et adolescents.

- **La collaboration constructive au développement d'un réseau local de soins de santé mentale doit être une condition** pour prétendre à l'avenir, **en tant qu'institution, à un soutien financier complémentaire des autorités à des formes de soins (existantes et/ou nouvelles).** Ce **préalable** et le financement additionnel des soins de santé mentale pour enfants et adolescents favoriseront le développement progressif des circuits et réseaux de soins, ainsi que l'élaboration d'un **plan pluriannuel par étapes adapté aux besoins de refinancement** des soins de santé mentale pour enfants et adolescents.
- Le plus grand défi est d'élaborer un plan de réalisation (avec un calendrier et un budget) pour **combler le fossé** entre les nécessaires soins de santé mentale pour enfants et adolescents (au moins 7 % de tous les mineurs d'âge dans notre pays, qui présentent une problématique mentale grave, nécessitent des soins de santé mentale spécialisés) et leur **degré actuel de réalisation** (cf. point 2.2 concernant le degré de réalisation des soins nécessaires). Ainsi, les équipes EA ambulatoires dans les deux parties du pays sont encore loin de disposer de la capacité leur permettant de répondre à la demande dans un délai raisonnable. En Flandre, l'agrandissement d'échelle organisationnel (décret du 18 mai 1999) a surtout eu des effets stratégiques sur l'organisation du centre, mais il n'a entraîné aucune extension digne de ce nom de la capacité ambulatoire effective d'exécution des soins. Des chiffres montrent

²¹ Le terme "ambulatoire" vise ici toutes les modalités de soins qui n'exigent pas une prise en charge résidentielle complète, de sorte qu'il inclut toutes sortes d'initiatives de traitement de jour et d'hospitalisation partielle.

qu'aujourd'hui en Flandre, un peu moins de 15 000 enfants et adolescents bénéficient chaque année d'un traitement en CSM, avec un petit 200 ETP de prestataires de soins exécutants. Un rapide calcul révèle qu'aujourd'hui environ 1 % de la population mineure est donc desservi et qu'au niveau macro, il reste aussi un long chemin à parcourir.

- Le gouvernement fédéral, mais aussi les autorités régionales et communautaires devront inscrire le plein développement du programme de soins pour enfants et adolescents dans un plan pluriannuel et en diriger la réalisation via un budget pluriannuel.

➤ **Accroître, élargir et rendre les compétences mobilisables**

- Il est tout aussi nécessaire d'élargir et de renforcer les compétences de base que de pallier le manque de disponibilité. Dans les soins de santé mentale pour enfants et adolescents, cette pénurie est la plus criante principalement au niveau des disciplines médicales (pédopsychiatres) et infirmières (infirmiers en psychiatrie)²².
- Les modalités de l'apport (consultatif) des compétences en santé mentale pour enfants et adolescents doivent être développées et encouragées au niveau du cas individuel et de l'équipe dans les secteurs connexes aux soins. Une nomenclature adaptée doit être prévue à cette fin, à savoir une nomenclature pour les pédopsychiatres et/ou un financement global des missions de liaison externe pluridisciplinaires pour garantir une mise en oeuvre flexible de l'expertise en santé mentale juste à temps, là où il faut et uniquement le temps qu'il faut. Concrètement, il serait préférable de confier cette mission aux équipes de base pour ne pas créer de nouvelles structures ou équipes "isolées", mais en élargissant la capacité de base, chaque équipe de soins aura pour mission de mettre également ses compétences de manière mobile à la disposition de collègues de l'aide à la jeunesse en dehors du secteur des soins de santé mentale.
- Chaque **modalité de soins exige certaines compétences propres et présente aussi des caractéristiques spécifiques au niveau des soins prodigués**. Songeons par exemple à l'observation/concertation (diagnostique et consultative) en milieu scolaire ou d'accueil de l'enfance, à l'accompagnement concret en cas de décrochage scolaire ou aux exercices in vivo sur fond de phobies sociales, aux possibilités de soins intensifs et de contextes sécurisés des services d'admission, à la possibilité de mobiliser d'autres disciplines (médicales) en cas de travail diagnostique résidentiel complexe, à la connaissance de la carte sociale et des possibilités d'encadrement locales ...). On doit pouvoir **faire appel** à ces expertises spécifiques dans chaque trajet de soins individuel, si nécessaire.

²² Voir ci-dessus au point 2.4

➤ **Répartition en fonction de l'âge et attention aux extrêmes de la tranche d'âge.**

Comme indiqué dans les conditions préalables, une attention particulière doit être accordée aux deux extrémités de la tranche d'âge.

Pour **les très jeunes enfants**, l'offre est sous-développée, tant en termes de quantité que d'expertises spécifiques. Au sein même des soins de santé mentale pour enfants et adolescents, le travail intensif avec de jeunes enfants et leurs parents nécessite un personnel plus nombreux que pour d'autres groupes. Pour ce sous-groupe, tant une augmentation de capacité qu'un relèvement des compétences sont nécessaires. Une collaboration plus intense avec les structures de la petite enfance s'impose, en vue d'un dépistage et d'une prise en charge précoces de développements pathologiques graves ou de situations "iatrogènes".

Dans la tranche d'âge des **15-21 ans** (au niveau du cas individuel), une transition "en douceur" des soins à la jeunesse vers les soins aux adultes est nécessaire. En principe, les adolescents mineurs relèvent du programme de soins de santé mentale pour enfants et adolescents, et les jeunes adultes à partir de 18 ans du programme de soins pour adultes. **Selon le cas individuel et en fonction de la nature concrète du problème, il se peut qu'une autre approche soit indiquée dans le groupe de transition des 15-21 ans.**

Il faut prévoir des fonctions charnières dans les deux sens au sein de ce groupe d'âge de transition :

- Quel que soit le milieu où se trouve l'adolescent, il convient d'appliquer obligatoirement la compétence pédopsychiatrique aux moins de 18 ans et donc de la garantir également dans les formes de soins au départ des soins de santé mentale pour adultes.
- Inversement, l'expertise psychiatrique pour (jeunes) adultes doit toujours être mise en oeuvre pour un jeune de + de 18 ans, même si, pour des raisons particulières, l'intéressé se trouve encore dans les soins de santé mentale pour enfants et adolescents.

Sur le plan organisationnel - tant au niveau ambulatoire que (semi-)résidentiel -, les deux sous-groupes qui se précisent doivent faire l'objet de l'attention nécessaire. D'une part, il y a un vaste groupe qui, moyennant une intervention suffisamment rapide et adaptée, peut revenir dans un délai assez court à des formes de soins ambulatoires (de suivi) dans son milieu de vie propre. D'autre part, il y a le groupe où la pathologie initiale grave persiste jusqu'à l'âge adulte. Il s'agit en l'occurrence de problèmes sérieux (tableau clinique majeur) avec la perspective d'un traitement/accompagnement de longue durée.

➤ **Répartition géographique des diverses formes de soins : lits/places K et offre ambulatoire**

L'analyse de la répartition tant des lits K (+ k) que de la disponibilité des équipes EA ambulatoires sur le territoire belge révèle des inégalités. Les carences régionales de l'offre ne peuvent être résolues par une redistribution de la pénurie actuelle.

- Si nécessaire, l'offre (semi-)résidentielle de base doit être complétée via la reconversion budgétairement neutre de lits hospitaliers somatiques existants (C/D/E) ou de lits hospitaliers psychiatriques (A/T). Dans ces cas, la capacité de lits partiels de jour "k", programmée mais non encore complètement réalisée, devrait l'être prioritairement. Dans le cadre des projets pilotes 107 pour le groupe cible des enfants et adolescents, l'utilisation de ces places et lits devrait également être concrétisée de manière plus flexible. Cette forme d'aide ambulatoire devrait aussi être offerte aux enfants et adolescents qui ne devraient pas être obligés pour cela de se présenter à l'hôpital.
- Le Conseil préconise, pour la reconversion elle-même, de ne pas déroger aux règles d'équivalence existantes et de maintenir en outre pour sa réalisation la capacité minimale requise de 20 places résidentielles ou places de jour. Cette taille pédopsychiatrique minimale mobilisable reste nécessaire pour combattre le morcellement/la dilution de capacité et maintenir à des niveaux minimums de qualité l'expertise qui peut être mise en oeuvre en matière d'assistance.
- La nécessité de créer une équipe de liaison multidisciplinaire en soins de santé mentale pour enfants et adolescents pour soutenir les services psychiatriques hospitaliers fait l'objet d'une proposition concrète formulée au point 2.6.1 du présent avis.

Comme cela a déjà indiqué plus haut, les équipes EA ambulatoires dans les deux parties du pays ne disposent absolument pas de la capacité suffisante pour répondre à toutes les demandes de soins dans un délai raisonnable. En Flandre, chaque zone d'activité d'un CSM d'environ un demi-million d'habitants (ce qui représente quelque 100.000 mineurs d'âge) dispose aujourd'hui d'au moins une équipe EA, dirigée de façon structurée au niveau du centre par des responsables de la politique (de soins). Il existe donc ici déjà des points de référence clairs pour lancer le réseau en vue de la réalisation du programme régional de soins de santé mentale pour enfants et adolescents. Si la réalité de la desserte est relativement bien répartie en Flandre (pour ce qui est de sa présence minimale : partout, il y a au moins "quelque chose"), on est en revanche encore loin de la garantie qu'une capacité d'aide correcte soit présente dans chaque zone d'activité. Une croissance "différentielle" sera donc nécessaire pour atteindre les objectifs. En partie francophone du pays, on compte un plus grand nombre de 'services de santé mentale' (SSM), mais leur taille est beaucoup plus réduite. Tous les SSM ne disposent pas d'une équipe EA distincte. Des accords de collaboration doivent y être conclus dans des zones d'activité plus vastes et complétés de manière substantielle par des moyens additionnels de la Communauté pour pouvoir constituer des équipes ambulatoires de soins de santé mentale pour enfants et adolescents plus dignes de ce nom.

d. A un niveau spécifique : des modules de soins complémentaires.



Outre cette offre de missions "générales" en soins de santé mentale, il faut distinguer un certain nombre de formes et de contenus de **soins spécifiques (modules) pour certains aspects partiels/certaines sous-populations.** Ceux-ci ne doivent pas être présents de manière aussi étendue dans chaque structure de soins de santé mentale, pour autant qu'il existe une bonne chaîne de soins mutuels et une bonne

capacité de mise en oeuvre au niveau du réseau. Songeons notamment à certaines composantes des soins des autistes et psychotiques, à des aspects spécifiques du traitement des troubles graves du développement ou du comportement, à l'évaluation complémentaire dans certaines situations de soins telles que le TDAH, à la psychopathologie sexuelle, aux troubles de l'alimentation ou des sous-populations plus petites (par exemple jeunes enfants ou psychoneurologie), mais aussi à des méthodes thérapeutiques spécifiques (comme l'entraînement intensif à domicile), etc. Ces "niches" doivent être intégrées en tant que composantes mobilisables spécifiquement dans les programmes généraux de soins de santé mentale pour enfants et adolescents et ne doivent pas développer des trajectoires parallèles. Le raisonnement sous-jacent est : une globalité maximale fondée sur une expertise forte, une action concrète volontariste, et uniquement pour des composantes spécifiques là où il faut et aussi longtemps que nécessaire.

2.5.2. Composantes particulières du programme de soins : besoins prioritaires pour le développement d'une aide d'urgence pour enfants et adolescents; trois fonctions de soins : "assertive care"²³, soins de crise et soins d'urgence, dans le cadre du programme de soins de santé mentale pour enfants et adolescents.

Généralités

Tous les acteurs et textes consultés confirment que les enfants et adolescents qui ont des demandes de soins urgentes ont besoin de formes de soins mobiles, assertives et informelles, mais aussi de soins de crise accessibles et flexibles auxquels ils peuvent faire appel rapidement. Dans un nombre limité de cas exceptionnels, il est indispensable de mettre en place immédiatement des soins urgents, intensifs et ultracourts, accessibles 24h/24, avec des moyens destinés à stabiliser des situations de détresse constituant une menace pour la vie.

²³ Nous utilisons ici le terme anglais "assertive care" parce que celui-ci a entre-temps un sens univoque dans toutes les régions linguistiques. Dans le cadre de l'aide à la jeunesse, on parle de 'soins informels, de proximité' ou de 'soins d'intervention active'.

Une interaction importante relie les **trois chaînons**, détaillés ci-dessous, de ce trajet de soins de l'aide d'urgence : "assertive care", soins de crise et soins d'urgence. Il est nécessaire de définir précisément le sens et le contenu de ces trois maillons de la chaîne de soins d'urgence. Pour ce faire, nous renvoyons à l'étude commandée par le KCE, qui conclut entre autres à la nécessité d'un bon enregistrement et d'une organisation efficace des soins psychiatriques urgents, ce qui ne se conçoit pas sans une définition précise.

Si les "assertive care" décrits ci-dessous avaient la possibilité de se développer pleinement, les situations de dérapage seraient moins fréquentes dans les modules de soins de crise et d'urgence au sens strict. Néanmoins, tant une offre spécialisée et flexible de soins de crise que des soins d'urgence limités en quantité et dans le temps, mais bien définis, restent des composantes indispensables d'un programme global de soins de santé mentale pour enfants et adolescents dans une zone d'activité.

Les "assertive care" mobiles, les soins de crise et les soins d'urgence sont des fonctions de soins spécifiques en soi. Leur mise en oeuvre exige des accords sur le contenu, la durée des soins et la rapidité d'intervention autres que ceux pour les soins de base. Dans la pratique, ces trois fonctions de soins s'avéreront nécessaires sous plusieurs formes et modalités. La mission des "assertive care" et des soins de crise peut être assurée par plusieurs structures et services de soins de santé mentale; les soins d'urgence, quant à eux, seront de préférence combinés aux soins somatiques. Partant de la réalité de chaque zone d'activité (milieu urbain versus milieu rural, par exemple), la réalisation de ces trois fonctions de soins se déclinera sous une forme adaptée. L'on se reportera ici aussi au rapport du KCE qui relève des différences et lacunes régionales surprenantes et pose la question de savoir si elles sont à mettre en rapport avec des facteurs liés au besoin ou à l'offre. De même, pour la réalisation de ces fonctions de soins, les ressources humaines et matérielles provenant de diverses structures pourront être mises en commun au sein d'une même équipe qui peut fonctionner sur plusieurs sites.

2.5.2.1. Définitions de travail²⁴

"Assertive care"

Dans cette forme mobile de soins informels/assertifs, la caractéristique dominante n'est pas tant la rapidité de réaction que la mobilité, la flexibilité et le type de trajet de l'intervention. D'autres critères d'exécution des soins sont 'la permanence, l'implication et la persévérance' ainsi que 'la promptitude, la disponibilité et l'intensité'. En principe, il s'agit de patients déjà connus dans un réseau régional de soins de santé mentale pour enfants et adolescents.

Mission : il s'agit de soins psychiatriques flexibles dans le milieu de vie de l'intéressé et visant un sous-groupe difficile et son entourage. Cette forme de soins doit à la fois fournir un matériel diagnostique supplémentaire (principalement sur le cadre de vie) et pouvoir être mise en oeuvre pour traiter. L'objectif de cette forme de soins informels mobiles doit être rigoureusement défini : outre le traitement, elle a pour objectif de contribuer à prévenir des problèmes ou à les contenir. Les **"assertive care" doivent intervenir là où l'offre ambulatoire courante se révèle insuffisante et ils ne peuvent être un substitut "coûteux" au traitement ambulatoire classique**²⁵.

²⁴ Les termes "assertive care" (appelés aussi parfois "soins de proximité"), "soins de crise" et "soins d'urgence" sont tout le temps employés indistinctement comme formes d'aide d'urgence, de sorte que la notion devient floue. Il s'agit de différentes fonctions de soins qui répondent à une demande différente avec un objectif différent. D'où l'importance de définitions claires au départ.

²⁵ Le fait que les soins de proximité actuels soient pour le moment parfois entièrement gratuits pour l'utilisateur (et l'institution) et souvent mobilisables plus rapidement qu'un traitement classique ouvre grand la porte à un "usage

Groupe cible : les interventions ciblent une population psychiatrique infanto-juvénile connue, à haut risque, difficilement accessible autrement, pour laquelle il a été scientifiquement établi qu'une aide informelle active est cruciale et/ou pour laquelle l'intervention évite l'hospitalisation ou la réduit.

Contenu des soins : il s'agit principalement d'interventions actives dans les propres milieux de vie de trois groupes spécifiques : les cas individuels devenus chroniques ou qui ont dérapé, les groupes cibles difficilement accessibles et les cas préoccupants de personnes "évitant" aux soins.

Place dans le programme de soins et exécutants : les "assertive care" s'inscrivent dans la collaboration entre l'aide résidentielle et ambulatoire, avec une responsabilisation des deux et la mise en œuvre de leur expertise spécifique (partielle) dans une offre commune pour des patients connus²⁶. L'intervention a lieu en principe au départ de/via une équipe pluridisciplinaire, où le psychiatre peut aussi intervenir sur place à des moments bien indiqués.

"Soins de crise"

Par soins de crise, il faut entendre les soins axés sur une situation qui nécessite une aide urgente (en l'espace de quelques jours) parce que le jeune et/ou le contexte risque autrement de décompenser.

Mission : développer une fonction de crise accessible dans toutes les formes de l'offre de soins actuelle : soins de crise ambulatoires, soins de crise résidentiels, hospitalisations stabilisatrices, et ce, selon des modalités adaptées. Pour ce faire, tous les acteurs des soins de santé mentale doivent développer une collaboration fonctionnelle.

"Soins d'urgence"

Les soins d'urgence sont des soins axés sur la réponse à une situation de détresse aiguë qui requiert une aide immédiate (endéans quelques heures). Eu égard à la nature de l'urgence, un lien avec les soins somatiques est indispensable.

Mission : il s'agit de contextes problématiques aigus concernant un groupe limité de jeunes, allant de l'alcoolisation massive²⁷ pendant le week-end, de l'abus de drogues et des troubles agressifs (extrêmes)

impropre". Comme dans d'autres domaines des soins de santé mentale, une contribution ou rétribution minimale du patient est jugée nécessaire. La décision d'une prise en charge d'orientation doit être liée à la problématique posée dans tous ses aspects, et non à des mobiles externes. La prise de décisions claires d'utiliser ce module de soins dans un cas concret relève de la responsabilité de l'association régionale des SSM, dans les limites définies par le programme de soins.

²⁶ Distinction avec la liaison externe : outre les "assertive care" au sens strict, d'autres formes d'intervention active doivent être mises en œuvre : soutien/consultation de généralistes et d'autres instances référentes, orientation spécifique de clients potentiels difficilement accessibles aux soins classiques, via des méthodes de conciliation, ... Comme cela a été souligné à maintes fois, la mise en œuvre et à disposition de l'expertise interne en soins de santé mentale est une mission de chaque forme de soins. Toutes les formes de soins de santé mentale pour enfants et adolescents doivent développer la possibilité d'offrir leur expertise – sur demande – dans un contexte mobile ou de proximité, tant au niveau des soins directs que dans une relation de soutien aux intermédiaires. L'outreaching n'est pas une caractéristique exclusive des "assertive care", mais une "modalité" vers laquelle chaque forme de soins et chaque équipe de soins doivent évoluer.

²⁷ Au cours des années récentes, l'équipe est de plus en plus utilisée pour référer à un comportement face à l'alcool où une grande quantité de boissons alcoolisées est ingérée dans un seul débit de boissons. Cette forme

du comportement dans le cadre d'une problématique psychiatrique, jusqu'aux décompensations psychiatriques graves, aux traumatismes aigus graves chez l'enfant et aux situations d'insécurité aiguë. Tant les pédiatres, les généralistes et les urgentistes que les intervenants des soins de santé mentale et les structures de crise au sein de l'aide à la jeunesse témoignent de la nécessité d'un filtrage approprié pour éviter de recourir à ces soins d'urgence dans des problématiques qui ne relèvent pas des soins de santé mentale pour enfants et adolescents. Une prise en charge de qualité en urgence implique à la fois une intervention ambulatoire, mobile si nécessaire, en faveur du patient, et une possibilité d'hospitalisation immédiate 24 h/24.

En résumé

MODULE DE SOINS	Quoi ?	Groupe cible	Délai de réaction et d'intervention	Qui ?
Assertive care	Soins pro-actifs	Clientèle connue du réseau des soins de santé mentale	En fonction du patient et de la situation, parfois court et intensif, mais aussi de longue durée	Équipes constituées d'intervenants en soins ambulatoires et résidentiels
Soins de crise	Intervention stabilisatrice en cas de dérapage imminent	À la fois clients connus et sur demande d'autres domaines de soins pour leur clientèle	Délai de réaction : quelques jours Durée d'intervention : quelques semaines	Tous les soins de santé mentale E&A doivent développer cette modalité, en concertation avec leurs collègues du réseau
Soins d'urgence	Intervention en situation de détresse aiguë	Petit groupe de jeunes à problèmes et situations de crise suraiguë	Délai de réaction : quelques heures Durée d'intervention : quelques jours	Module spécifique, souvent lié à des soins somatiques dans une zone de travail plus vaste

Pour que la distinction soit bien nette, nous indiquons ci-dessous ce qu'il faut entendre par consultation ou liaison externe				
Liaison externe	Soutien à d'autres domaines de soins de santé mentale - consultation et orientation - soins en déplacement	Enfants et adolescents issus d'autres domaines de l'aide à la jeunesse et ceux qui les encadrent	Délais "ordinaires" acceptables	Tous les soins de santé mentale EA doivent pouvoir offrir cette modalité

En définissant de la sorte les soins d'urgence, les soins de crise et les 'assertive care', le groupe de travail permanent "psychiatrie" prend de toute évidence un autre point de départ que la classification utilisée dans le rapport du KCE²⁸

d'alcoolisation massive est un phénomène qui concerne surtout les jeunes, mais pas exclusivement et dont le but est souvent d'être ivre (IAS 2007 Binge Drinking - Nature, prevalence and causes. St Ives: IAS.)

²⁸ Dans son étude, le KCE estime que la distinction entre soins d'urgence et intervention de crise chez l'enfant et l'adolescent est moins nette et considère à la fois l'aide urgente et l'intervention de crise dans le champ d'application des soins d'urgence (pour le rapport voir www.kce.fgov.be). Le présent avis souligne le caractère distinct des deux modules de soins et l'importance de cette différenciation, notamment la distinction dans les partenaires responsabilisés de chacun des modules.

2.5.2.2. Vers une réponse intégrée aux situations préoccupantes et urgentes : "assertive care", soins de crise et soins d'urgence

Après une brève description des projets pilotes et initiatives de renouvellement des soins actuels, nous formulerons des propositions de consolidation, de continuation et/ou d'extension. En outre, un certain nombre d'éléments conditionnant le travail d'équipe des acteurs des Soins de Santé Mentale seront exposés.

Description et évaluation des initiatives actuelles

Le Gouvernement fédéral et les Communautés et Régions ont pris ces dernières années une série "d'initiatives de renouvellement des soins" louables en matière "d'aide psychiatrique d'urgence" pour enfants et adolescents.

- a) Au niveau fédéral, les projets pilotes "**projets outreach pour enfants et adolescents**" ont été lancés en 2001. Ces projets (11 à l'origine et 13 aujourd'hui) ont reçu, à la lumière des fonctions de soins exposées ci-dessus, une double mission. Leur mission actuellement comprend à la fois des éléments de ce que le présent avis appelle les "assertive care" et des éléments de "soins de crise". En outre, certains projets apportent aussi un support particulier aux soins d'urgence pour enfants et adolescents atteints de troubles psychiques qui se présentent aux services d'urgences des hôpitaux généraux.
- Il s'agit toujours d'une initiative de collaboration dont un service K et un CSM sont actuellement les partenaires obligés. En tenant compte de leur propre contexte local, les projets ont pu apporter une forme et un contenu spécifiques²⁹ aux objectifs formulés globalement. Le SPF Santé publique a rédigé un rapport de synthèse qui décrit les résultats de 12 projets. Les projets eux-mêmes ont élaboré un document de consensus dans lequel ils formulent leurs principales conclusions et recommandations pour l'avenir (voir annexe partie trois). De ces documents, il faut retenir ceci :
- Le fonctionnement à l'heure actuelle : tous les acteurs sont convaincus de la plus-value importante des modules de soins en développement dans le sens des "assertive care". ***L'offre de cette version mobile d'exécution des soins doit encore s'étendre à l'avenir, tant en nombre d'initiatives qu'en importance des effectifs, mais avec des missions plus précises.*** Il reste à examiner si la diffusion (et la portée) des initiatives actuelles sont suffisantes pour offrir une réponse aux défis posés par le développement des "assertive care" dans les programmes de soins de demain. Pour ce qui est de la mission de crise actuelle que les projets assument tantôt ici tantôt là, tous les prestataires de soins traditionnels doivent être responsabilisés dans le cadre du programme de soins.
 - Dans les projets pilotes actuels, les équipes sont trop petites pour offrir une réactivité et une continuité suffisantes à la mission qui leur est assignée et qui comporte de multiples facettes et exigences. La rotation du personnel y est donc élevée. Il faut évaluer et améliorer l'intégration de ces intervenants et le soutien qui leur est apporté. Il faut améliorer l'accrochage aux formes de soins que les équipes EA des CSM doivent mobiliser et étendre.

²⁹ Certains projets remplissent une mission de réintégration après un traitement hospitalier, mais celle-ci sort de du présent propos. Dans d'autres projets, de timides initiatives ont déjà été entreprises dans le sens des "assertive care", mais en tant que module isolé et non encore intégré dans un programme de soins d'un réseau.

- b) Une deuxième initiative importante de renouvellement des soins prise par l'autorité fédérale concerne les "EPSI"³⁰ : des projets pilotes axés initialement sur les jeunes qui se présentent aux urgences d'hôpitaux généraux avec une demande de soins urgente liée à un problème d'addiction. Aujourd'hui, dans les faits, ils ne s'adressent plus (exclusivement) à cette population spécifique. Ces "**projets EPSI**" (+/- un par province) ont été reliés aux services des urgences de 13 hôpitaux généraux. La mission de ces projets est assez proche de celle des "soins d'urgence" cités dans le présent avis, mais actuellement, on assume aussi parfois une partie des soins de crise généraux, faute de disposer de soins de crise propres aux soins de santé mentale pour enfants et adolescents. Ces projets pilotes seront évalués en profondeur dans le cadre de la demande d'avis de la ministre des Affaires sociales des 1^{er} et 9 février 2010 au CNEH concernant les divers projets pilotes de soins en assuétudes.
- c) Une troisième initiative importante de renouvellement des soins a été prise par l'autorité fédérale en 2008 dans le cadre du développement du trajet de soins médico-légal pour enfants et adolescents. Lors de l'attribution et du financement des lits "**FOR-K**", un financement a été prévu dans les conventions B4 pour à la fois une **mission de proximité et pour des soins de crise**. Dans chaque zone d'activité, un certain nombre de lits de crise ont explicitement été prévus. Le SPF Santé publique suit et évalue l'exécution de ces projets pilotes.
- d) Les Régions et Communautés (notamment la Communauté flamande) ont également lancé des initiatives propres dans le cadre du développement du maillon ambulatoire du trajet de soins médico-légal pour enfants et adolescents, qui concernent 2 "**projets outreach**"³¹ par des structures résidentielles, centrés sur l'apport de soins de santé mentale à des jeunes hébergés dans des structures dépendant de l'aide (spéciale) à la jeunesse. Ces initiatives sont essentiellement axées sur des consultations dispensées aux **institutions communautaires**, l'orientation de clients difficiles vers les soins de santé mentale E&A et l'offre mobile des modules de soins. La majeure partie du contenu de ce travail pourrait donc être rangée sous le dénominateur "liaison externe", même si elles sont également sollicitées en situations de crise. La plupart du temps, il ne s'agit pas d'assertive care, ni de soins d'urgence.
- e) **L'initiative de la Communauté flamande** vis-à-vis des CSM à propos de leur mission de proximité, relève – dans le cadre des définitions données ci-dessus – de la "liaison externe". Ici aussi, bien entendu, des soins de crise peuvent être indispensables dans un cas individuel bien précis.

2.5.2.3. AVIS relatif à la consolidation, la continuation et/ou l'extension des "assertive care", des soins de crise et des soins d'urgence pour enfants et adolescents

Généralités

Malgré les initiatives déjà prises en matière de renouvellement des soins, il y a encore et toujours une demande unanime d'un ensemble d'"assertive care", de soins de crise et de soins d'urgence qui fonctionne bien. En raison notamment d'une capacité insuffisante en soins ambulatoires de base et de

³⁰ EPSI= unité de crise et d'urgences psychiatriques (Eenheid voor Psychiatische SpoedInterventie).

³¹ Pour la définition, voir ci-dessus les définitions données dans l'introduction à cette partie du rapport...

délais d'attente qui en découlent, il est parfois impossible de répondre avec la rapidité et la performance voulues à des situations dérivantes. Ainsi, une situation de crise peut déraiser en situation d'urgence. Aucune structure de soins de santé mentale pour enfants et adolescents n'est actuellement suffisamment outillée pour garantir un trajet de soins en matière d'aide psychiatrique urgente.'

C'est pourquoi l'on choisit délibérément dans le présent avis une définition spécifique des notions de 'assertive care, de soins de crise et de soins d'urgence'. Ces définitions utilisées par le groupe de travail permanent "psychiatrie" diffèrent de celles utilisées dans le rapport du KCE.

Les soins de crise et les "assertive care", comme définis dans le présent avis, sont considérés comme une mission partagée pour chaque acteur des soins de santé mentale pour enfants et adolescents et se distinguent clairement des soins d'urgence qui requièrent une offre spécifique et plus limitée et qui peuvent, en cas de comorbidité comatique, s'accrocher sur le plan fonctionnel et organisationnel, aux soins somatiques dans les hôpitaux généraux.

Propositions en matière "d'assertive care" et de soins de crise

Le fait que le présent avis préconise surtout de développer les deux aspects précités ne signifie pas que le souci de soins de suivi flexibles et le développement d'une offre "liaison externe" de qualité passent au second plan. Les deux défis demeurent bel et bien et chaque structure de soins reconnue et subsidiée doit prendre à cœur sa mission de développement dans ce domaine. Néanmoins, les "assertive care" et les soins de crise sont des modules qui ne peuvent obtenir la place qui leur revient dans le programme de soins régional que dans un rapport de bonne collaboration avec tous les partenaires du réseau, d'où l'accent mis maintenant sur ces composantes.

Chaque dispensateur/établissement de soins de santé mentale pour enfants et adolescents doit personnellement, ou dans le cadre d'une collaboration fonctionnelle avec d'autres acteurs des soins de santé mentale, garantir des "assertive care" et des soins de crise selon l'une ou l'autre modalité aux patients pour lesquels il a une mission et/ou qu'il a en traitement.

Les autorités fédérales, régionales et communautaires doivent inscrire ces missions explicitement dans la description de mission de chaque acteur des soins de santé mentale. Concrètement, le plan peut consister à affecter à ces missions une partie de la capacité de soins existante par chaque structure/service de soins (service K, CSM, convention INAMI, ...).

Comme cela a été dit plus haut, les soins de crise doivent être développés en liaison avec le développement des soins informels, des "assertive care" et des soins d'urgence. Il est dès lors souhaitable d'inscrire le développement de ces trois fonctions de soins dans le cadre de projets innovateurs pour le groupe cible des enfants et adolescents, et de le conditionner à ces projets.

Mesures incitatives et de soutien que les autorités peuvent prendre en faveur du groupe cible des enfants et adolescents

Encourager les structures et services à développer les "assertive care" et la fonction de crise en prévoyant un budget supplémentaire, par exemple, de 5 % de la capacité de soins pour les structures et services qui, avec leur budget actuel, consacrent déjà de manière réellement démontrable au minimum 10 % de leurs moyens à (l'une de) ces deux fonctions.

- Ces moyens additionnels (5 %) doivent être mis en oeuvre pour poursuivre le développement des fonctions soins de crise et "assertive care". Fort de cet objectif, chaque service K maintiendra dans ce cas un lit libre par tranche de 20 lits K en vue d'une admission de crise éventuelle dans le cadre d'une collaboration active avec tous les acteurs des soins de santé mentale E&A. Ce "lit de crise" doit être sorti du calcul du taux d'occupation requise des lits d'hospitalisation et rester disponible pour une prise en charge de crise immédiate, brève et flexible. Les communautés elles aussi doivent mettre les structures relevant de leur compétence (centres de santé mentale ambulatoires) moyennant extension en mesure d'assumer leurs responsabilités de manière plus performante.
- En termes généraux, cela signifie que l'évaluation des moyens humains et financiers investis dans les "assertive care" et les soins de crise n'est pas possible avec les indicateurs de performance actuels. Il faut les décontingenter en vue de la justification ordinaire³²
- Les 13 projets pilotes fédéraux actuels (encore dénommés aujourd'hui "projets outreach") ne sont pas tant étendus en nombre, mais doivent pouvoir poursuivre et consolider leur action. Cela est possible en insérant dans les conventions B4 concernées une clause qui prévoit une actualisation de la fixation du prix de ces projets pilotes (à savoir, l'adaptation du financement des frais de fonctionnement, l'adaptation du coût financé du personnel à l'ancienneté accrue et aux augmentations salariales résultant des récents accords sociaux). La liaison externe et la consultation devenant la mission de chaque forme de soins de santé mentale pour enfants et adolescents, les projets pilotes qui ont jusqu'ici surtout mis l'accent sur ces aspects peuvent s'orienter vers les "assertive care", une façon pour eux d'occuper une place propre spécifique dans le programme de soins.

Propositions en matière d'urgence en santé mentale pour enfants et adolescents

Il y a un besoin limité d'équipes d'urgence et de places d'accueil d'urgence, éventuellement comme annexes de services des urgences, pour les enfants et les adolescents en situation de santé mentale grave et constituant une menace pour la vie.

Comme indiqué plus haut, les soins d'urgence doivent eux aussi se développer en liaison avec le développement des soins informels/des 'assertive care' et des soins de crise. Il est dès lors souhaitable d'inscrire explicitement le développement des soins d'urgence dans le cadre des projets visant la réalisation de l'article 107 de la loi sur les hôpitaux (réseaux et programmes de soins) pour le groupe cible enfants et adolescents et de le conditionner à ces projets. Si les soins d'urgence sont assurés dans un hôpital général sans fonction pédopsychiatrique spécialisée, un lien doit être établi avec l'expertise en pédopsychiatrie présente dans d'autres structures (ambulantes/résidentielles) au sein du programme de soins de cette zone d'activité.

³² Par indicateurs de performance (IP), il faut entendre les éléments justificatifs permettant de mesurer la mise en oeuvre effective des moyens alloués, comme les journées d'hospitalisation/les taux d'occupation des lits/le nombre de contacts patients/le nombre de prestations/... Ces indicateurs ne sont pas pertinents pour les formes de soins exposées ici. D'autres éléments devront fournir une indication de l'utilisation judicieuse des moyens alloués à ces missions particulières.

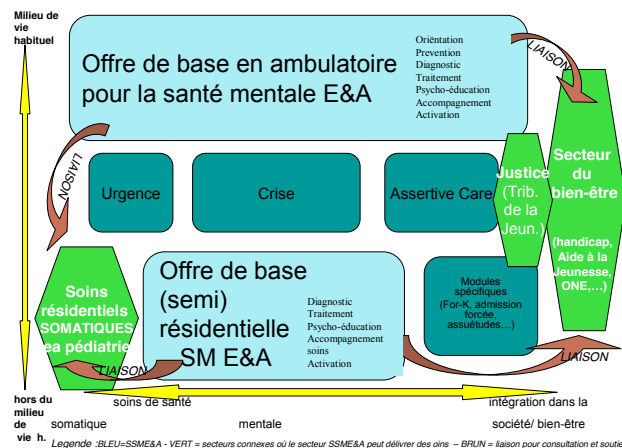
Conformément aux principes fondamentaux d'une organisation de soins de santé mentale pour E&A offerts au travers d'un réseau de structures et de services, les acteurs des soins de santé mentale devront déterminer eux-mêmes la meilleure façon de réaliser ces soins d'urgence dans la zone d'activité qu'ils ont choisie. Il leur incombera également de définir la forme de leur collaboration, en liaison avec les soins de suivi.

2.5.2.4. Conditions de réussite et facteurs critiques de succès pour une offre intégrée en matière de situations préoccupantes et urgentes

- Pour donner à cette chaîne de soins informels/d'assertive care toutes les chances de succès, en passant par les soins de crise jusqu'aux aux soins d'urgence, il est crucial de permettre à tous les acteurs des soins de santé mentale d'y jouer pleinement leur rôle. Il faut éliminer autant d'obstacles que possible. Ainsi, tous les partenaires des soins doivent accéder de manière égale aux moyens consacrés à cet effet. Un facteur critique de succès est que non seulement les structures fédérales, mais également les CSM et les structures conventionnées avec l'INAMI soient directement associées au développement de ces trois fonctions et aient aussi accès à l'affectation des moyens du projet dégagés à cet effet.³³ À la condition, bien entendu, que le développement s'inscrive dans le cadre de l'élaboration du programme de soins dans un réseau incluant tous les acteurs des soins de santé mentale pour enfants et adolescents de la zone d'activité.
- Pour les **soins de pré- et/ou de postcure ou les soins de suivi** qui certainement au niveau du cas individuel, sont liés à ces trois fonctions de soins, l'association des acteurs de soins de santé mentale impliquera à l'échelon local également d'autres partenaires des soins pour enfants et adolescents (aide à la jeunesse, médecins généralistes....).

Une association non contraignante conclue par les acteurs des soins de santé mentale dans le cadre de la formation en réseau doit fixer la responsabilité collective de la réalisation effective de ces trois fonctions de soins. Chaque partenaire est responsable non seulement de la composante qu'il fournit, mais aussi de la réussite de l'ensemble. L'évaluation sera dès lors axée sur cette démarche collective. Les projets isolés avec des conventions et des comités de pilotage distincts sont complexes, demandent du temps et morcellent les soins de santé mentale.

2.5.2.5. Schéma synthétique :



³³ Inversement, les Communautés (notamment la Flandre) soutiennent et financent déjà directement des projets de partenaires SSM sous tutelle fédérale (par exemple mère-enfant, outreach pour le groupe cible particulier des handicapés mentaux, etc.).

2.6. SOUS-POPULATIONS PARTICULIÈRES et DOMAINES PARTAGÉS

Nous aborderons dans les lignes qui suivent un certain nombre de domaines voisins spécifiques dans ce qu'ils ont de commun et de proche avec le programme de soins de santé mentale pour enfants et adolescents.

Dans chaque cas, pour autant qu'elles existent, un certain nombre de caractéristiques du domaine de soins et de la population seront d'abord esquissés. Ensuite, nous indiquerons ce qui, en matière de santé mentale de cette sous-population, reste de la responsabilité des structures et services actifs dans ce domaine (en tant que partenaires du secteur des soins de santé mentale) et où et comment les soins de santé mentale spécialisés répondent le mieux aux besoins particuliers de soins de santé mentale dans ce domaine.

2.6.1. Soins pédiatriques

QUELQUES CHIFFRES-CLÉS : en 2007, 2604 enfants présentant un problème psychiatrique (supposé) ont été admis en lit E.

En comparaison avec les admissions K et A, le nombre de jeunes enfants admis en lit E est, sans surprise, sensiblement plus élevé. Un quart des enfants a moins de 6 ans.

La tendance est à la fréquentation en pédiatrie à la fois de jeunes enfants et d'adolescents, alors que le groupe intermédiaire (6 à 12 ans) est plutôt en diminution.

Les données du RCM utilisées révèlent également que la durée moyenne d'hospitalisation en pédiatrie reste stable à **6 jours**.

Concrètement, à l'origine de cet avis il y avait une question posée par le secteur de la pédiatrie. La question était de savoir si une reconversion limitée de lits E en lits K pouvait apporter une réponse au problème de la présence dans les services E des hôpitaux généraux d'enfants et d'adolescents atteints de troubles de santé mentale graves. Des pédiatres avaient exprimé leur préoccupation quant à la manière dont la pédiatrie, souvent à la suite d'une admission d'urgence en hôpital général, doit pouvoir répondre aux aspects psychosociaux des soins pédiatriques et à la problématique des soins de santé mentale pour enfants et adolescents. En pédiatrie, les médecins doivent faire face entre autres à :

1. des situations de crise qui se présentent via le service des urgences en pédiatrie (cf. supra);
2. un groupe non négligeable d'enfants séjournant en pédiatrie et atteints de
 - a. troubles psychosomatiques et/ou somatoformes;
 - b. symptômes émotionnels ou comportementaux graves;
 - c. maladies neuropsychologiques/neuropsychiatriques (exemple tics);
 - d. maladies chroniques ou graves avec complications psychiques/psychiatriques;
 - e. soins néonataux avec problèmes d'attachement;
 - f. troubles graves de l'alimentation ou autres troubles de la régulation, etc.

Absence d'éléments probants pour le développement de (mini-)services K en pédiatrie.

Sur la base des informations issues de l'audition d'une vaste délégation de représentants des pédiatres, nous en concluons qu'eux-mêmes estiment **qu'aucune logique directe** ne justifie une conversion au sein de la pédiatrie de lits E en (quelques) lits K. De même, les documents consultés des groupes de médecins concernés ne fournissent aucun élément probant en faveur du développement de (mini)services K en pédiatrie.

AVIS : une nécessité explicite est constatée en matière de :

a. Extension des soins psychologiques et psychosociaux au sein des services de pédiatrie.

Les pédiatres pensent qu'il est grand temps d'investir davantage dans la fonction psychologique au sein même de la pédiatrie, en faveur des aspects psychologiques et psychosociaux inhérents au travail pédiatrique. La norme existante de 0,5 ETP pour les services E de moins de 30 lits et de 1 ETP par tranche de 30 lits E accordée actuellement aux services de pédiatrie est tout à fait insuffisante et doit être élargie.

Il est proposé de doubler cet encadrement, l'extension devant servir au recrutement de psychologues cliniciens.

b. Mise en place d'une fonction de liaison soins de santé mentale E&A à part entière à laquelle il peut être fait appel en pédiatrie

Les pédiatres souhaitent disposer d'une **liaison en soins de santé mentale** à laquelle ils pourraient faire appel auprès des acteurs des soins de santé mentale chargés du programme de soins de santé mentale pour enfants et adolescents.

Cette équipe de liaison doit être disponible pour des avis et des consultations, pour des indications et une orientation par rapport à la problématique rencontrée en pédiatrie, qui nécessite une compétence pédopsychiatrique et pédopsychologique. Cette offre de soins de santé mentale spécialisée et pluridisciplinaire sous la direction d'un psychiatre pour enfant et adolescent pourra être utilisée sur le plan diagnostique et thérapeutique. Un financement correct pour les acteurs des soins de santé mentale pour l'aspect organisationnel de cette fonction de liaison et des honoraires adaptés pour les soins cliniques liés au cas individuel dans le service E sont des conditions importantes.

L'avantage de travailler avec une équipe de liaison mobilisable est que cette équipe de soins de santé mentale est à même d'offrir une garantie de **continuité dans la disponibilité au moment voulu**. En effet, par leur intégration dans les soins de santé mentale, ces équipes disposent en permanence de l'expertise et des compétences multiples suffisantes pour répondre au large éventail de problèmes psychiatriques rencontrés en pédiatrie. Enfin, l'intervention de cette équipe ne se limite pas à des avis et consultations en cas d'indications, mais elle peut aussi orienter correctement et transférer rapidement ces enfants et adolescents vers la forme de soins qui leur est appropriée au sein des soins de santé mentale pour enfants et adolescents. Compte tenu de la durée réduite des séjours en pédiatrie, la rapidité de réaction est un facteur critique de succès pour cette liaison.

Un des défis majeurs sera de pouvoir fournir une réponse précise en matière de soins de santé mentale pour enfants et adolescents, qui tienne compte de la courte durée d'hospitalisation (6 jours en moyenne). L'initiation des soins de suite sera inhérente.

2.6.2. Groupe cible « enfants et adolescents présentant un handicap mental ou lié à l'autisme et doublé d'une problématique psychiatrique »

QUELQUES CHIFFRES CLÉS :

En **Belgique**, près de 35.000 enfants au total ont eu droit en 2008 à des allocations familiales majorées (limite d'âge < 21 pour minorité prolongée).

En Flandre, c'est la VAPH (Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap) qui gère ce domaine, en **Wallonie l'AWIPH** (l'Agence wallonne pour l'intégration des personnes handicapées).

L'AWIPH a 52 structures résidentielles pour enfants et adolescents et 14 services d'accueil de jour pour jeunes non scolarisés. (N= 3245 places d'accueil). En général, un établissement a un agrément multiple combiné au sein de la même structure à :

- 12 agréments pour autisme
- 51 agréments pour troubles caractériels, neurotiques ou prépsychotiques
- 45 agréments pour retard mental

Nous faisons ici abstraction des conventions autisme de l'INAMI, étant donné qu'elles font partie des soins de santé mentale.

VAPH : on compte un peu moins de 12.000 places d'accueil pour mineurs handicapés en Flandre. La majeure partie est destinée à des personnes atteintes de retard mental.

En **Flandre**, l'offre de soins, au sein de l'aide intégrale à la jeunesse, est cataloguée dans des 'modules de soins' (= unités de soins dans des unités distinctes ou non).

De Jeudhulpwijzer (www.jeudhulpwijzer.be)³⁴ propose pour **l'autisme** et le **handicap mental** 825 modules de soins dans des structures de la VAPH en Flandre et à Bruxelles. Une structure a souvent plusieurs formes de soins pour une sous-population déterminée. Pour la combinaison VAPH et soins de santé mentale, il n'y a que 2 modules indiqués dans le jeudhulpwijzer. Nous disposons donc de trop peu de données pour tirer des conclusions sur l'existence de modules de comorbidité.

En 2006, le Lancet a publié les résultats d'une étude de prévalence de l'autisme (troubles du spectre autistique) en Angleterre : prévalence de plus de 1 pour cent (1,16 % de la population totale).

L'audition et la concertation intersectorielle avec les structures et experts des soins aux handicapés et des soins spécifiques au groupe cible des enfants et adolescents atteints d'autisme ont mis en avant les besoins prioritaires suivants :

En communauté flamande :

Les structures pour personnes handicapées veulent conserver ou acquérir, au sein de leur propre offre, une compétence de base afin de prendre en charge les problèmes psychiatriques qui se manifestent dans leur groupe cible. Elles souhaitent dans leur encadrement de personnel agréé une offre définie qui permet également une "intensification temporaire des soins" et la réalisation de projets de répit ("time out") au sein du secteur et par le secteur lui-même. **L'input de soins de santé mentale spécialisés présente donc un caractère explicitement subsidiaire, pour une approche spécialisée** ou une psychopathologie plus lourde. On songe ici à des modules de soins de crise (prise en charge adaptée de crises psychiatriques sérieuses, pendant une courte durée et de manière spécifique) et de "traitement" ambulatoire et/ou résidentiel. La fonction d'hébergement reste aux mains du secteur des

³⁴ Le "jeudhulpwijzer " est une réalisation de l'"Integrale Jeudhulp' Vlaanderen (aide flamande intégrale à la jeunesse). L' Integrale Jeudhulp a pour ambition de mieux harmoniser l'aide aux enfants et adolescents et de la rendre plus univoque, plus correcte et plus rapide.

personnes handicapées pour autant que les problèmes émotionnels et comportementaux restent gérables dans le cadre du fonctionnement communautaire de la structure où séjourne le jeune. La situation en Communauté française de Belgique est sensiblement différente. La compatibilité doit être questionnée et les propositions doivent être adaptées selon la région, si nécessaire.

AVIS: La réponse à ces demandes de soins spécifiques implique plusieurs éléments, tant au niveau des compétences régionales du secteur des handicapés qu'au niveau des compétences en soins de santé mentale :

a) De la part du secteur des handicapés lui-même :

Création de groupes de répit et/ou de traitement plus intensif au sein du secteur des handicapés, avec un encadrement renforcé et plus spécifique (incluant psychologue/ orthopédagogue/ infirmier en psychiatrie).³⁵

b) De la part des instituts de formation :

- **Stimuler l'expertise scientifique dans ce domaine en raison de l'attention spécifique que cette sous-population difficile requiert impérativement dans les formations.**
- **Créer la possibilité de lieux de stage (partiels) en IMP³⁶ pour la psychiatrie infanto-juvénile.**

c) De la part du secteur des Soins de Santé Mentale :

- **Liaison et mobilisation des soins de santé mentale de base pour enfants et adolescents : augmentation de la capacité mobilisable des diverses disciplines au départ des structures de soins de santé mentale pour enfants et adolescents dans les structures pour personnes handicapées. Il s'agit en l'espèce de possibilités de consultations déjà évoquées plus haut pour les intervenants, mais aussi de soins directement liés au cas individuel et mobilisables en IMP, entre autres. L'autorité régionale devra elle aussi prendre ses responsabilités sur ce plan. **Comme pour l'Aide spéciale à la jeunesse, le secteur des soins aux handicapés est demandeur. Il s'agit à la fois de fonctions sociales et psychologiques des soins de santé mentale et d'une fonction psychiatrique à lequel il peut fait appel.****
- **Création d'un certain nombre de places en unités de traitement intensif (IB) pour enfants et adolescents atteints de handicap mental léger/modéré et/ou d'autisme associé à un comportement d'hyperactivité sérieux ou à un burn-out du personnel de soins dans l'institution ou au domicile et nécessitant une réévaluation. Ces places d'accueil destinées à la stabilisation et au diagnostic doivent bénéficier d'un bon encadrement (type IB), certainement pour les**

³⁵ Nous renvoyons à cet égard à la récente décision de l'Agence flamande des personnes handicapées visant à créer, à travers toute la Flandre, des places GES+ **au sein de structures du secteur des personnes handicapées.** GES+ : le groupe le plus difficile (+) avec des troubles émotionnels et de comportement

³⁶ Cette préoccupation n'est pas propre aux IMP. Même les acteurs des SSM ambulatoires ne parviennent quasiment pas à attirer dans leurs centres des médecins en formation. Néanmoins, un bon mélange de formation incluant une prise de connaissance suffisamment approfondie avec le travail ambulatoire, est plus que nécessaire au regard de l'évolution vers des soins ambulatoires et mobiles dans le domaine de la psychiatrie infanto-juvénile et des exigences de compétences multiples qui en découlent.

jeunes au comportement agressif et (auto)destructeur qui ne sont pas capables de fonctionner en groupe. Il s'agit même parfois d'admissions forcées (cf. plus loin).

- Réaliser un trajet de soins spécifique pour mineurs d'âge atteints d'un handicap mental doublé de problèmes psychiatriques, à partir de la même vision que celle pour les adultes (cf. annexes). L'aide des deux domaines apporte à cet égard un maximum de soins en faveur de ce groupe cible, dans un lien de responsabilité commune et dans un programme de soins collectif.

2.6.3. Soins de santé mentale medico-légaux pour enfants et adolescents

Cette sous-partie regroupe les formes de soins et sous-populations spécifiques où la Justice, d'une façon ou d'une autre, intervient de manière plus ou moins intrusive.

Nous examinerons successivement : l'Aide spéciale à la jeunesse, l'admission forcée et le trajet de soins de santé mentale médico-légal

Aide spéciale à la jeunesse³⁷

QUELQUES CHIFFRES CLÉS :

Flandre : source "Jongerenwelzijn in cijfers 2009" (Le bien-être des jeunes en chiffres 2009) : pour 24.442 jeunes, il y avait un dossier ouvert auprès d'un consultant, à raison de 70 % pour les moins de 10 ans, et 43 % pour les 15-19 ans. . Les formes de travail agréées, les institutions communautaires, les actions sociales préventives (ASP) et les projets représentaient 24.561 mesures. Pour 13,5 % des mesures, aucune structure externe n'a été désignée (donc uniquement accompagnement par le consultant).

Volontaire ou forcé : un peu plus de la moitié des jeunes placés (54,51 %) bénéficie d'une aide forcée (mesures prises par le juge de la jeunesse). Pour les 45,49 % restants, il s'agit de mesures volontaires (prises par le Comité de l'aide spéciale à la jeunesse).

FQI-SEP : 14 % de FQI, 84 % de SEP et 2 % 'autres' (réprimande, clôture...).

Structures privées : 6109 places; institutions communautaires : 278 places.

10 services flamands HCA (Herstelgerichte en Constructieve Afhandeling – mesure constructive orientée vers la rétablissement). Cette offre représente entre-temps une valeur permanente dans l'approche de la délinquance juvénile en Flandre (5.740 interventions notifiées, mandatées tant par des juges de la jeunesse que par les parquets).

Communauté française :

Sur le terrain de l'aide spéciale à la jeunesse, les services publics interviennent lorsqu'il s'agit de garantir les droits fondamentaux, la continuité de la prestation de service et lorsque l'aide indispensable implique le contrôle de l'individu par la collectivité. Dans toutes les autres études, l'aide spéciale à la jeunesse fait appel aux structures privées. Ce recours potentiel à des structures privées est important, étant donné qu'environ quatre fois plus d'intervenants travaillent dans des structures privées, par rapport aux initiatives publiques.

Nous en disposons pas de chiffres sur l'utilisation/l'accueil/la capacité.

³⁷ Une situation presque similaire se présente dans le secteur (d'accompagnement) de Kind en Gezin. Les centres flamands d'aide à l'enfance et de soutien aux familles (CKG) sont eux aussi – en raison notamment de leurs missions spécifiques envers les familles fragilisées – souvent confrontés à des enfants présentant des problèmes psychiatriques "graves" non diagnostiqués... Ils ne sont pas équipés pour cela et devraient pouvoir faire appel aux soins de santé mentale spécialisés, dans ces situations qui les préoccupent.

Bien que le secteur de l'aide à la jeunesse s'en remet à la volonté du demandeur d'aide, la réalité (cf. plus haut) montre que pour plus de la moitié des jeunes 'placés', il s'agit d'une 'assistance judiciaire'. C'est pourquoi nous avons rangé ce volet de l'aide spéciale à la jeunesse sous le chapitre soins de santé mentale et justice.

Partant du constat que beaucoup d'enfants et d'adolescents connaissant des problèmes psychiatriques séjournent dans des structures de l'Aide spéciale à la jeunesse, les réflexions suivantes ont été émises en guise de consensus :

1. Le placement, quel qu'il soit, est une décision majeure pour laquelle un diagnostic et des indications préalables sont nécessaires (cf. entre autres document D aide intégrale à la jeunesse³⁸). Il s'avère en effet qu'un grand nombre de jeunes connaissant des problèmes psychiatriques ont été placés et déplacés, parfois depuis des années, dans le circuit de l'Aide spéciale à la jeunesse sans qu'il y ait jamais eu de contact avec des soins de santé mentale spécialisés pour enfants et adolescents. L'aspect pédopsychiatrique est un élément essentiel d'une évaluation et d'indications multidisciplinaires chez les enfants et adolescents à problèmes. En particulier, le placement de très jeunes enfants présente un grand risque : éventualité de manquer un diagnostic, de créer et de "nourrir" les problèmes d'attachement.
2. Les besoins de l'aide spéciale à la jeunesse concernent surtout l'obtention rapide d'un avis précis AU SEIN DE la structure elle-même. La consultation externe (dans des cas individuels mais aussi en soutien à l'équipe) doit être développée comme module de soins à part entière dans le programme de soins de santé mentale. Comme cela a déjà été dit, ce besoin de soins dépasse le secteur de l'Aide spéciale à la jeunesse et se retrouve dans tous les secteurs de l'aide à la jeunesse et dans l'enseignement. La fonction de consultation et de liaison décrite précédemment en tant qu'offre de base de chaque structure de soins de santé mentale pour enfants et adolescents y apporte une réponse.
3. Multidisciplinarité, interdisciplinarité et perspective sous différents angles de vue sont essentielles à cet égard : un pédopsychiatre qui agit en solo ne peut offrir la même chose qu'une équipe d'experts; un diagnostic en santé mentale pour enfants et adolescents représente bien plus qu'un diagnostic catégoriel au niveau individuel de l'enfant.
4. Outre les trajets individuels au niveau de chaque « cas », les deux secteurs peuvent s'épauler structurellement l'un l'autre, au départ de leur spécialité propre (éducation, hébergement, vie en communauté, d'une part, vs traitement, réduction des risques et stabilisation, d'autre part) et mener une politique de conjonction des efforts dans leur zone d'activité.

³⁸ Nous renvoyons à ce propos à l'adresse www.jeugdhulp.be

AVIS : pour le secteur de l'aide spéciale à la jeunesse, les éléments suivants sont importants en matière de soins de santé pour enfants et adolescents :

1. Exécuter plus rapidement un diagnostic de santé mentale correct par des associations et le concrétiser dans 2 directions (par les deux domaines) en dehors des moments de crise.
2. Poursuivre le développement de la fonction de consultation et de liaison à laquelle il peut être appelé.
3. Articuler la multidisciplinarité et la perspective sous divers angles de vue dans les soins de santé mentale pour enfants et adolescents pour que tous les aspects de la problématique de l'enfant/l'adolescent et de ses proches soient pris en compte dans le diagnostic et le traitement.
4. Au niveau du cas « individuel », unir ses forces dans les domaines de l'hébergement/de l'éducation (ASJ) et du traitement/de la stabilisation (soins de santé mentale E&A) et la transition entre les deux par le biais de la concertation régulière sur des situations concrètes.
5. Une condition importante aux coproductions esquissées plus haut est la réalisation de la simultanéité 'effective' dans les actions de soins; il ne s'agit plus de 'référer' ou de 'reprendre', mais d'offrir des soins simultanément, parallèlement et d'agir collectivement en sa faveur.

Admission forcée : = obligation d'admission dans les hôpitaux qui ont cet agrément

QUELQUES CHIFFRES-CLÉS

Flandre : 29 psychiatres et 1 hôpital général se chargent de ce groupe cible, tant pour les adultes que pour les mineurs. Les établissements agréés sont tenus d'hospitaliser (sur ordre d'admission).

Nombre d'admissions forcées de mineurs d'âge :

Flandre 2008 ³⁹	âge		total 0-17 ans
	0-14 ans	15-17 ans	
Avec service K	27	45	72
Sans service K	3	29	32
TOTAL	30	74	104

Wallonie et Bruxelles : pas trouvé de chiffres récapitulatifs

Plusieurs réflexions ont été formulées de manière consensuelle :

1. Dans tout le pays, les admissions forcées risquent d'être de plus en plus **utilisées de manière injuste et impropre** pour forcer l'accès à une admission classique ou échapper aux listes d'attente en vue d'un traitement. Une psychopathologie reconnue et aiguë n'est pas toujours présente. Sécurité, gestion de crise et une première solution rapide constituent l'objectif, bien plus qu'un besoin aigu de soins psychiatriques. Un tel emploi peu rigoureux et non sélectif s'écarte complètement de l'objectif initial de l'admission forcée.

³⁹ Source : Communauté flamande - Agentschap Zorginspectie

2. Une bonne **concertation avec les tribunaux de la jeunesse** s'impose pour définir avec précision les indications et trouver ensemble une voie garante de rigueur, même dans ces situations d'urgence⁴⁰. La confidentialité et le secret professionnel dans la collaboration avec les services policiers et judiciaires sont des sujets potentiellement sensibles, qui exigent une solution cohérente.
3. Des **accords cadres entre secteurs (de soins)** sont nécessaires de façon à ce que, le cas échéant, des jeunes, notamment, "restent inscrits" dans la structure d'aide à la jeunesse d'origine pendant l'hospitalisation psychiatrique. Sinon, l'impossibilité de retourner dans le milieu de vie (de substitution) initial hypothèque une sortie rapide et les trajets de suivi. Un autre exemple est la recherche d'un transfert rapide de l'admission forcée (= secteur des soins de santé mentale) vers l'aide judiciaire à la jeunesse (= juge de la jeunesse) pour des soins de suivi en santé mentale "sécurisés", sans l'étape intermédiaire, pas toujours dénuée de risque, de l'aide volontaire à la jeunesse (CAJ⁴¹).
4. Les **actuels services K traditionnels** ne sont pas en mesure de fournir ce qu'il faut dans une vraie situation d'admission forcée : des soins intensifs individualisés dans un cadre sécurisé au maximum et une surveillance continue, avec une évaluation et une réévaluation rapides, endans la semaine, en vue d'une orientation finale vers des soins de suivi appropriés au sein du réseau local des soins de santé mentale E&A. Tout ce scénario se déroule encore souvent dans un contexte d'urgence, et est toujours une situation de crise au vu de la nature du problème.
5. L'admission forcée de jeunes de moins de 15 ans dans des **services pour adultes** doit être évitée à tout prix. Elle ne se justifie pas sur un plan éthique. Pour les adolescents, nous renvoyons à la solution proposée pour les âges charnière (cf. 2.5.1. répartition selon l'âge).
6. Une évaluation immédiate à haut niveau d'expertise est un élément important de la description du trajet de soins individuel, qui doit pouvoir débiter immédiatement dans la foulée. Le développement de **modules d'évaluation** stratégiquement bien répartis sur le plan géographique (dont la mission principale est de définir les premières indications) peut apporter une contribution précieuse à l'élaboration du trajet de soins pour cette sous-population petite mais préoccupante. Quant à la nécessité d'organiser séparément un module d'accueil spécifique en IB, elle doit être étudiée plus avant.

⁴⁰ Le terme d'extrême urgence est utilisé ici au sens du droit de la jeunesse. Parfois, mais pas toujours, il s'agit aussi de soins de santé mentale en situation d'urgence avec menace pour la vie, où il y a d'abord une intervention stabilisatrice urgente, suivie d'un transfert direct vers les modules d'admission forcée en SSMEA en vue d'une évaluation du trajet de soins. (cf. p. 23).

⁴¹ CAJ = Comité d'aide à la jeunesse, chargé d'évaluer la 'volonté' présente dans chaque situation avant d'entamer le parcours vers le juge de la jeunesse, via la commission de médiation. Comme il ne s'agit plus ici "d'extrême urgence", il est impossible de saisir directement le juge de la jeunesse.

AVIS : pour la sous-population 'admission forcée', il est recommandé de :

1. Mener une politique qui se traduise par un usage correct de la possibilité de l'admission forcée, uniquement en l'absence d'autre solution alternative, et dans une structure de soins de santé mentale pour enfants et adolescents qui dispose des compétences requises, en prêtant attention à la spécificité de l'âge charnière de l'adolescence;
2. Mener une concertation et une collaboration approfondies avec les juridictions (de la jeunesse) afin de parvenir à des indications correctes;
3. Développer un nombre limité de modules d'évaluation des soins de santé mentale E&A soigneusement répartis pour des admissions forcées avec une politique de sécurité adaptée aux situations qui nécessitent une évaluation supplémentaire. Cette forme de soins doit être intégrée dans le programme soins de santé mentale E&A pour garantir les soins de suivi immédiats par les instances soins de santé mentale E&A traditionnelles. Ce n'est que lorsque l'évaluation correcte est faite et que ces 'admissions forcées' sont appliquées uniquement dans les cas où une solution alternative n'existe pas qu'il apparaîtra clairement si cette forme de soins bénéficie d'une 'capacité de traitement' suffisante.

Trajets de soins médico-légaux For-K :

QUELQUES CHIFFRES-CLÉS

Flandre : les établissements communautaires ouverts disposent de 278 places.

Communauté française : 285 places avec différentes unités, depuis l'accueil jusqu'aux unités fermées.

Plusieurs unités/modules de soins spécifiques pour jeunes à profil psychiatrique médico-légal ont été créés récemment au sein d'une association régionale, et dépassent le cadre régional (organisation au niveau de la cour d'appel).

Constatations générales :

1. Évaluation : Les initiatives mises sur pied par les plans politiques fédéraux "For-K" et les autorités régionales/ communautaires doivent d'abord **atteindre la vitesse de croisière** de façon à permettre pleinement une **évaluation** et des corrections éventuelles (du contenu des soins ou de l'organisation) à la lumière des conclusions.
2. Des **lacunes et des déséquilibres** existent, au sein même des sous-populations au sens strict :
 - a. En partie francophone du pays, les unités For-K s'avèrent peu accessibles aux **moins de 15 ans**⁴².
 - b. La diversification de l'offre actuelle (par exemple **filles/garçons**) n'a encore pu intervenir que dans une mesure réduite.
 - c. Les **enfants < 12 ans** à comportement de délinquance grave doublé d'une problématique psychiatrique ne sont pas pris en compte.
3. Le traitement forcé en section fermée reste impossible en vertu de la loi.

⁴² - Certaines unités choisissent de travailler avec des adolescents plus âgés. Récemment, l'âge baisserait cependant jusqu'à 12 ans.

4. Les soins de santé mentale doivent permettre un **diagnostic et des indications** établis de manière rigoureuse. Les deux missions d'évaluation sont une condition qualitative d'accès aux soins de santé mentale E&A en général, et certainement aux trajets spécifiques. Ce module diagnostique fait trop souvent défaut, et devra être fourni de façon **performante** (rapidement et avec compétence).

AVIS :

1. Attendre que les initiatives actuelles aient atteint leur vitesse de croisière pour une évaluation et un réexamen approfondis du contenu et de l'organisation des soins. Après évaluation, le réajustement devra au moins combler les lacunes géographiques et de population : dispersion répartition selon le sexe, < 15 ans en Wallonie/Bruxelles, SEP/FQI...
2. Entre-temps, cependant, déjà concrétiser une vision pour :
 - a. **Une réponse appropriée en termes de soins à des situations concernant les moins de 12 ans.**
 - b. **Le traitement forcé.**
 - c. **La nécessité de développer des diagnostics et des indications (préalables) de manière rigoureuse et plus précise, et de filtrer correctement les admissions dans les trajets FOR-K.**
3. Par ailleurs, il existe des points d'action importants pour le fonctionnement futur For-K, dont certains dépassent les soins de santé mentale E&A et sont d'un ordre de réflexion sociale général :

Pour cette sous-population également, des soins ambulatoires intensifs, multimodaux et multisystémiques proches du milieu de vie ordinaire sont à préférer. Une évolution dans le sens des 'assertive care' doit bénéficier de modules de soins divers plus proches de ce type de clients.

 - La synergie entre dispensateurs de soins et autorités est prévue dans les conventions (le secteur ambulatoire est présent dans les associations et le pilotage), la phase de mise en œuvre effective des moyens par les SSM ambulatoires moyennant un financement communautaire doit encore commencer.
 - Les indications d'admission en For-K doivent être nuancées et approfondies davantage, de façon à prévoir à terme une offre - à la mesure de chaque jeune de la sous-population.
 - La nécessité d'établir une distinction organisationnelle spécifique entre soins de santé mentale E&A pour situations SEP⁴³ vs situations FQI se précisera par l'évaluation des projets. Même si d'un point de vue psychopathologique et sous l'angle des faits commis, la distinction n'est pas toujours franche, l'intensité, la gravité et le risque de récurrence peuvent être très différents, ce qui rend indispensable une autre politique en matière de sécurité au niveau de l'organisation des soins.

2.6.4. Soins en assuétudes et problématique psychiatrique juvénile

QUELQUES CHIFFRES-CLÉS

En Belgique, les Communautés sont compétentes pour la politique préventive en matière de drogues. L'autorité fédérale a pris des mesures pour protéger l'utilisateur et la santé publique, et prévenir les désagréments pour l'entourage. Les mesures concernent surtout :
La protection du mineur, le contrôle de l'accès à certains médicaments;

⁴³ SEP = situation éducative problématique ; FQI = fait qualifié infraction. Ces situations donnent lieu à des différences de procédure et de possibilités devant les juridictions de la jeunesse.

La lutte contre le tabagisme, la sécurité routière, une offre de soins diversifiée.

FLANDRE :

Combien de jeunes consomment-ils de drogues illicites ? Une enquête menée par la VAD (association Alcool et autres drogues) a révélé que 12 % des étudiants flamands du secondaire ont pris du cannabis au cours de l'année écoulée, deux fois plus de garçons (16 %) que de filles (8 %). La consommation de cannabis augmente avec l'âge : 3 % des jeunes entre 12 et 14 ans ont consommé du cannabis l'an dernier; pour les 15-16 ans, ce chiffre est de 13 % et de 23 % pour les 17-18 ans. 3 % des jeunes ont consommé du cannabis au moins une fois par semaine au cours de l'année dernière, 9 % selon une fréquence moindre. 0,2 % ont pris régulièrement de l'ecstasy et 0,3 % des amphétamines l'année dernière.

Les chiffres montrent que la plupart des jeunes consomment des drogues illicites, seulement de temps à autre. Il s'agit souvent d'expérimenter.

Le rapport "Middelengebruik bij jongeren in Vlaanderen : een internationaal perspectief" s'inscrit dans l'étude internationale *Health Behaviour in School-aged Children Study (HBSC)* de l'Organisation mondiale de la santé et montre que les jeunes flamands fument relativement moins que les jeunes de la plupart des autres pays européens; qu'ils sont à peu près autant à boire souvent de l'alcool que le jeune européen moyen et qu'ils consomment plus de cannabis que les autres jeunes européens, même s'ils en prennent moins que les jeunes des régions limitrophes. À l'heure actuelle, on dispose encore trop peu de données concrètes

Nous n'avons trouvé aucun relevé d'ensemble de l'offre de soins dans notre pays, seulement un certain nombre d'éléments fragmentaires, en général au niveau des établissements de soins ou du type de soins. **Un inventaire serait utile.**

L'audition de représentants issus des secteurs des soins en assuétudes et des soins de santé mentale pour ce groupe cible met en évidence un large consensus sur les principes suivants et les besoins qui en découlent :

1. Seul un petit noyau dur de moins de 18 ans gravement dépendants ou abusant de substances de manière extrême doit être pris en charge par les **soins spécifiques en assuétudes**. Le groupe beaucoup plus vaste des jeunes qui connaissent des problèmes d'assuétudes plus modérés, avec abus de substances intermittent ou début de consommation, doit être aidé de préférence dans les soins de santé mentale classiques pour enfants et adolescents.
2. Il y a **pénurie d'expertise** et une crainte/appréhension excessive vis-à-vis du groupe cible au sein des soins de santé mentale classiques. C'est pourquoi il faut **promouvoir** l'expertise à tous les niveaux des soins de santé mentale (et dans les secteurs de l'aide intégrale à la jeunesse). Ceci est possible entre autres par :
 - i. Une formation pratique et théorique ciblée de tous les acteurs des soins de santé mentale par les soins spécialisés en assuétudes afin de leur **permettre de gérer** la population dans le cadre du fonctionnement de base des soins de santé mentale pour enfants et adolescents;
 - ii. Une attention accrue pour les soins en assuétudes dans la **formation** des pédopsychiatres et psychiatres pour jeunes, des pédopsychologues et orthopédagogues;
 - iii. Une concertation **thérapeutique liée au cas individuel** entre les soins de santé mentale classiques et les soins spécifiques en assuétudes.

3. **L'absence de motivation** à suivre un traitement est une caractéristique dominante de ce groupe cible. Il en résulte les implications suivantes : un besoin de :
 - i. "assertive care" : pour cette sous-population, ils s'agit d'une méthode de travail appropriée pour tenter d'accrocher les jeunes aux soins et de définir un trajet (entre autres gestion de cas);
 - ii. Maîtrise des techniques de motivation : des modules de formation spécifiques sont nécessaires à cet effet;
 - iii. Plus d'attractivité de l'offre de soins en lien avec le milieu de vie des jeunes (cf. projets répit Aide à la Jeunesse, davantage de modules de traitement à temps partiel).
4. On constate un **sous-dépistage** frappant des problèmes d'assuétudes en dehors, mais aussi au sein des structures des soins de santé mentale. Une identification et une reconnaissance précoces de l'usage et de l'abus sont cruciales pour faire inverser le processus d'assuétude. Ceci exige :
 - i. De la vigilance et l'identification des signaux : interrogatoire systématique spécialisé de TOUS les jeunes dans le secteur des soins de santé mentale;
 - ii. Des activités de prévention au départ des soins de santé mentale vers d'autres secteurs (par exemple l'enseignement, l'Aide à la Jeunesse, le généraliste);
 - iii. Une approche spécifique dès la détection : c.-à-d. une double expertise (psychopathologie + problématique des substances).
5. Pénurie **d'aide d'urgence et de crise** en faveur de ce groupe cible :
 - i. Après désintoxication : aide immédiate avec possibilité d'hospitalisation et d'outreach mobile pour une approche multisystémique DANS le contexte du jeune;
 - ii. Possibilité de courts séjours de répit.
6. Les soins en assuétudes pour les jeunes à dépendance grave/consommation abusive sont trop souvent offerts au départ des soins pour adultes, avec un manque d'expertise en soins de santé mentale infanto-juvéniles. Le contexte familial et le trajet scolaire sont des objectifs obligés et évidents des SOINS DE SANTÉ MENTALE E&A. C'est pourquoi il faut des places en **IB psychiatriques infanto-juvéniles** pour un traitement intensif sécurisant du noyau dur des jeunes dépendants qui souffrent de troubles psychiatriques.

AVIS : s'agissant des problèmes d'assuétudes et des soins de santé mentale E&A, nous recommandons :

1. **D'établir un aperçu clair de l'offre (très diversifiée) : indispensable à la mise en réseau d'une politique structurée autour du trajet (mission de la cellule Drogue).**
2. **D'éliminer le sous-dépistage et le manque d'approche générique : il faut une réponse au manque notoire d'expertise en soins généraux de santé mentale pour enfants et adolescents, responsable actuellement à la fois d'un sous-dépistage et d'un recours aux soins en assuétudes spécialisés, où cela n'est certainement pas toujours nécessaire.**
3. **Impérativement de réaliser les 'assertive care' et une approche motivante pour cette sous-population.**
4. **Les modules urgence, crise et IB indispensables à un 'petit' noyau 'dur'.**

2.7. *Autres formes de soins innovantes et bonnes pratiques qui peuvent inspirer*

Lors des auditions, plusieurs formes de soins innovantes en faveur de groupes cibles spécifiques ont été signalées comme un défi attrayant pour le paysage des soins de santé mentale. Le Conseil est d'avis qu'avant d'investir dans de nouveaux projets pilotes coûteux, mais aussi en cas d'initiatives innovantes séduisantes, il convient de considérer ce qui suit :

CONDITIONS POUR HONORER DES INITIATIVES NOUVELLES

- a. La forme de soins répond-elle aux principes fondamentaux de soins de qualité, énoncés précédemment dans le présent avis, en particulier, le choix d'offrir des soins dans le cadre d'un programme de soins de santé mentale, proche du demandeur de soins et en synergie avec le milieu de vie habituel, avec un éloignement de ce milieu pour une très courte période seulement et uniquement si aucune alternative de qualité n'est possible ?
- b. La modalité des soins dont il est question est-elle réellement sous-représentée dans cette région ? La fragmentation et la répartition inégale des modalités de soins en Belgique imposent un alignement progressif et une programmation en fonction de la population.
- c. Le projet en question exige-t-il un tout nouvel encadrement et une toute nouvelle infrastructure, ou peut-il être réalisé en rendant flexible l'offre existante ? Des moyens supplémentaires de la part des autorités fédérales et régionales sont-ils toujours nécessaires ? Si oui, lesquels et à quelle fin ? Le choix d'un nouveau projet garantit-il suffisamment la fonction de base assurée jusqu'à présent dans l'ensemble du programme de soins ? En d'autres termes, la conversion peut-elle se faire sans créer de nouvelles lacunes dans l'offre de soins nécessaires fournie actuellement ?
- d. Le choix d'un déploiement spécifique est-il soutenu collectivement par tous les partenaires des soins de santé pour enfants et adolescents dans la région, et défini dans un accord de collaboration contraignant, de façon à garantir un objectif de complémentarité et de collaboration optimales à l'avenir ?
- e. Le projet est-il un modèle de type de soins qui paraît souhaitable pour tout le pays, de sorte que sa multiplication est envisagée dès le départ ?

QUELQUES EXEMPLES D'INNOVATIONS POSSIBLES SONT :

- **Le défi : développer des soins de santé mentale à sensibilité culturelle** pour les enfants et les adolescents. En effet, outre les règles et cultures familiales internes, la primauté de la connaissance dans notre société, la vulnérabilité sociale de certains sous-groupes, ce sont surtout les contextes ethniques et éthiques différents qui sont devenus l'une des réalités sociales majeures. Les soins de santé mentale devront eux aussi fournir un travail sur mesure et évoluer d'urgence pour répondre à la diversité et à la complexité croissantes de notre société. Le fait de "ne pas encore s'y connaître" ne peut être une raison pour abandonner à quelques-uns les soins en cette matière.

Actuellement, quelques initiatives (Solentra, CSM⁴⁴) posent des jalons en ce sens. Les médiateurs interculturels, mais surtout aussi les interprètes sont des préalables importants pour le succès de ces initiatives dans les soins de santé mentale E&A.

- **L'intervenant comme partenaire des soins ambulatoires : l'approche communautaire londonienne "Choice and Partnership Approach" (CAPA)**, qui complète une très vaste mission "de base" d'action générale des soins de santé mentale ambulatoires, dotée de larges compétences de base, par un input spécifique d'éléments de soins particuliers, si nécessaire. L'accent est mis sur la recherche, avec les enfants, les adolescents concernés et leur famille, du processus de soins le mieux adapté⁴⁵, en réponse à leurs demandes spécifiques. En outre, ce système se concentre sur l'offre rapide et précise de soins en santé mentale ambulatoires compétents pour répondre efficacement aux longs délais d'attente.
- S'agissant **d'innovations préventives**, nous renvoyons aux initiatives qui envisagent les **parents et enfants dans leur interdépendance**. Nous songeons en l'espèce aux actions déjà citées et qui gagnent rapidement du terrain : **KOPP** et les **unités mère-enfant**. Entre-temps, des initiatives existent (entre autres au Limbourg, mais aussi ailleurs) pour permettre, dans une perspective de soins de santé mentale E&A, également des **hospitalisations en duo enfant-parent**. Dans ces cas, les soins sont considérés sous l'angle de l'enfant présenté avec un problème de santé mentale, dans le traitement duquel le parent est tout de suite étroitement impliqué, d'un point de vue préventif et curatif, mais aussi en vue de permettre un retour plus rapide.
- **Une offre totale** : 'La Maison des Adolescents' - Area+ : site multidisciplinaire réservé aux adolescents et à leur entourage, comprenant des infrastructures scolaires, sportives et culturelles, un centre d'accueil pour accompagnement éducatif, juridique et social, des places en séjour polyclinique et thérapeutique (basé sur La Maison de Solenn à Paris, financée par des fonds privés). Cette offre globale doit être testée entre autres sur le plan de son accessibilité et de la couverture de la population, abordabilité et le degré d'intégration sociale.

AVIS :

Chacun de ces exemples innovants devraient être dans un futur proche l'objet d'une évaluation et d'une recherche scientifique.

⁴⁴ - Solentra est une ASBL étroitement liée à la section de psychiatrie infantile de l'UZ Brussel; elle offre une approche spécifique pour réaliser un traitement et un observance thérapeutique efficaces auprès d'enfants de réfugiés.

- Note de politique Assistance aux minorités d'origine étrangère : interculturalisation du CAS et du CSM, au départ d'une collaboration entre le FDGG, le VVI, la SAW et le Vlaams Minderhedencentrum,

⁴⁵ Cf. l'extension CAPA au sein du CAMHS (community mental health services): www.camhsnetwork.co.uk

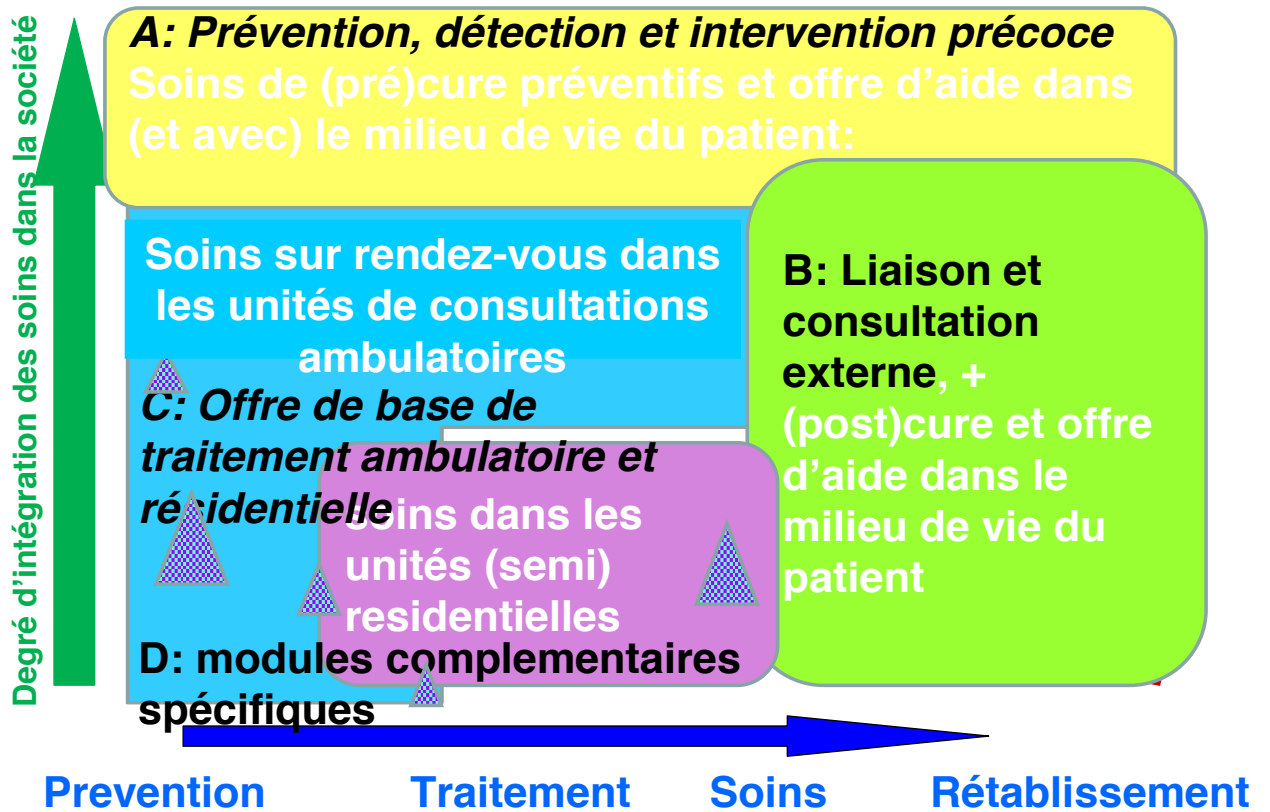
Partie 3 : annexes : CF. DOCUMENT SÉPARÉ

NOUS RAPPELONS ICI UNIQUEMENT LES DEUX SCHÉMAS SOINS DE SANTÉ MENTALE E&A IMPORTANTS

Toutes les autres annexes se trouvent dans un document séparé, qui fait partie du présent avis.

1. *Liste des invités aux auditions*
2. *Aperçu financier des acteurs des soins de santé mentale pour enfants et adolescents*
3. *Analyse des données*
 - i. *types de soins et leurs éléments : tour d'horizon*
 - j. *programmation et réalisation K-k*
 - k. *structures du secteur ambulatoire en Belgique*
 - l. *projets fédéraux d'outreaching*
 - m. *projets fédéraux For-K*
 - n. *conventions INAMI enfants*
 - o. *conventions INAMI assuétudes*
 - p. *COS/CAR/RCA(CRA)*
4. *documents d'évaluation de projets*
~ *projets outreach*
5. *Programme de soins de santé mentale pour enfants et adolescents : schémas et modèles*

Répartition fonctionnelle des soins de base soins de Santé Mentale E&A



Soins de base, urgence, crise et assertive care, et missions de soins vers les autres secteurs de l'aide à la jeunesse

