

Déclaration Conjointe Complémentaire à la Déclaration Conjointe du 10 décembre 2012 pour la réalisation de réseaux et de circuits de soins en santé mentale pour enfants et adolescents

Sur la base d'une Déclaration Conjointe, les ministres ayant la Santé Publique et la politique de santé dans leurs attributions ont décidé en date du 12 décembre 2012 de concevoir ensemble une nouvelle politique de la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent. Cette déclaration aborde en premier lieu les motifs et les fondements de la nouvelle politique de la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent. Elle décrit ensuite les différentes étapes de la réalisation de cette nouvelle politique.

La Déclaration Conjointe du 10 décembre 2012 a été préparée et élaborée par le comité de rédaction « Réforme de l'offre de SSM pour enfants et adolescents ». Il est attendu de ce comité qu'il livre un guide et des scénarios politiques pratiques, en d'autres termes des mesures pouvant être mises en application, accompagnées d'un échéancier, d'une proposition budgétaire avec des techniques de financement et de propositions détaillées de modification de chaque réglementation pertinente¹.

Le comité de rédaction a décidé de rédiger dans un premier temps une Déclaration Conjointe Complémentaire. L'objectif de la présente déclaration complémentaire est de préciser les lignes directrices de la nouvelle politique de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent, basées sur un contexte sociétal donné et une série d'études scientifiques actuelles, et traduites ensuite en un plan stratégique, décrivant un nouveau modèle politique. Le comité de rédaction a élaboré un échéancier adapté et un planning général pour la réalisation de cette nouvelle politique de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent.

Cette Déclaration Conjointe Complémentaire servira de base pour la poursuite de la collaboration entre les Communautés, les Régions et l'Autorité Fédérale dans le cadre du comité de rédaction.

Introduction

La « Convention relative aux droits de l'enfant » de l'Organisation internationale des Nations Unies (ONU) est claire. Son article 24, § 1^{er} mentionne : « *Les États parties reconnaissent le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux et de rééducation. Ils s'efforcent de garantir qu'aucun enfant ne soit privé du droit d'avoir accès à ces services²* ». De même, la « Convention relative aux droits des personnes handicapées » (ONU) consacre son article 25 à la santé et déclare que « *les personnes handicapées ont le droit de jouir du meilleur état de santé possible sans discrimination fondée sur le handicap³* ».

Pour garantir effectivement ces droits, le développement d'une politique de soins en santé mentale accessibles, engagés, positifs, spécialisés, permanents et de qualité correspondant aux besoins de chaque enfant ou adolescent est capital. La définition de la santé (« *health* ») par l'Organisation Mondiale de la Santé décrit la santé mentale comme suit : « *A state of complete physical, mental and social well-being, and not merely the absence of disease⁴* ». L'importance d'adopter une politique de santé mentale est soulignée par cette même OMS dans diverses publications, recommandations, ...⁵. « *Mental health policy defines the vision for the future mental health of the*

¹ L'italique reprends littéralement du texte de référence.

² <http://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/crc.aspx>

³ <http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/CRPD/Pages/CRPDIndex.aspx>

⁴ http://www.who.int/topics/mental_health/en/

⁵ http://www.who.int/mental_health/policy/en/

population, specifying the framework which will be put in place to manage and prevent priority mental and neurological disorders. »

L'intérêt d'une nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents a été validé par la Conférence interministérielle Santé publique du 10 décembre 2012 dans la « Déclaration Conjointe pour la réalisation de réseaux et de circuits de soins en santé mentale pour enfants et adolescents ». L'État Fédéral, les Communautés et les Régions s'engagent à réaliser ensemble, au départ d'une vision claire, cohérente et crédible, la future politique des soins de santé mentale pour enfants et adolescents en cours d'élaboration. La Déclaration Conjointe s'est fondée sur les motifs suivants:

1. *l'offre insuffisante par rapport aux besoins*
2. *le fonctionnement non intégré des soins de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent*
3. *les soins de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent ne tiennent pas suffisamment compte des déterminants de la santé ainsi que du contexte socio-économique*

La Déclaration Conjointe décrit la méthodologie qui sera utilisée pour permettre une nouvelle politique. La réalisation sera effectuée en trois phases, chacune étant un jalon de l'itinéraire à parcourir:

1. *Phase 1. Étapes de l'élaboration d'une politique de santé mentale⁶ en tant qu'élément d'une politique de santé générale*
2. *Phase 2. Élaboration d'un plan relatif à la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent*
3. *Phase 3. Mise en œuvre de la politique et des plans en matière de soins de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent*

Le calendrier récapitulatif issu de la Déclaration Conjointe ne s'avère pas réalisable en raison du bref laps de temps entre la signature de la Déclaration Conjointe et les élections du printemps 2014. De nouvelles décisions stratégiques et financières ne sont pas possibles, ni recommandées, en raison des prochaines élections. Seule la phase 1 peut dès lors être réalisée.

La présente Déclaration Conjointe Complémentaire à la Déclaration Conjointe décrit le cadre commun pour permettre l'élaboration d'une nouvelle politique de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent en tant qu'élément d'une politique de santé générale. Conformément à la Déclaration Conjointe, son contenu de base et le cadre évoqué seront traduits en un guide et un plan d'action concret. Après les élections, ceux-ci seront repris dans un protocole d'accord à conclure, soumis à tous les ministres compétents pour signature. Les phases 2 et 3 pourront ensuite être réalisées. L'échéancier suivant lequel les projets pilotes seront lancés au début de l'année 2015 reste maintenu.

La nouvelle politique de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent intègre les évolutions actuelles relatives aux mesures de soins prises pour les malades chroniques. Une série de concepts issus de la note d'orientation « Vision intégrée des soins aux malades chroniques en Belgique » y sont repris.

La Belgique compte un grand nombre de pratiques novatrices dignes d'intérêt. Celles-ci ont été répertoriées par le biais d'une enquête et un bon nombre d'entre elles ont été invitées à être auditionnées. Ces pratiques novatrices seront évaluées dans le cadre de la nouvelle politique afin d'être reconnues.

La conception de la nouvelle politique s'est appuyée, outre ces pratiques innovantes, sur les sources suivantes :

- Avis du Conseil national des établissements hospitaliers (CNEH):

⁶ La Déclaration Conjointe utilise le terme de "politique des soins de santé mentale". Ce terme étant trop restrictif, il est remplacé dans la Déclaration Conjointe complémentaire par celui de "politique de santé mentale".

- Développement d'un programme de soins de santé mentale pour enfants et adolescents (2011)
- Principes de base, conditions générales et critères pour une définition géographique de la zone des projets pilotes "circuits et réseaux de soins pour le groupe cible SSM jeunes" (2003)
- Avis du Conseil Supérieur de la Santé: Enfants et adolescents: troubles des conduites dans leur contexte (2011)⁷
- Rapports du Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE):
 - L'urgence psychiatrique pour enfants et adolescents (2010)
 - Développement de scénarios politiques (2011)
 - Organisation des soins de santé mentale pour enfants et adolescents : étude de la littérature et description internationale (2011)
- Journée d'étude « La psychiatrie infanto-juvénile dans une perspective internationale!? » avec des orateurs provenant de Grèce, d'Angleterre, des États-Unis et des Pays-Bas
- Visites d'étude en Italie, en France et aux Pays-Bas

Les autres sources consultées sont reprises dans les notes de bas de page.

L'inventaire des pratiques belges susceptibles d'être une source d'inspiration révèle que les acteurs de terrain, dans une démarche volontariste et engagée, ont élaboré et finalisé de nombreuses initiatives. Ces initiatives seront évaluées, validées et, dans la mesure du possible, intégrées dans la nouvelle politique de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent.

1. Contexte de la nouvelle politique de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent

La nouvelle politique de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent porte prioritairement sur les **enfants et adolescents de 0 à 18 ans et leur entourage**. Outre leur entourage naturel (parents, famille, autres éducateurs, amis, ...), la politique tient compte de l'importance de la collaboration et de l'articulation avec tous les partenaires du secteur de la santé mentale, p.ex. consultations privées (psychologues, psychiatres, ...) ainsi que par ex. du secteur qui s'adresse au groupe cible des adultes (tels que les jeunes adultes, les parents d'enfants ou d'adolescents,...) mais également les partenaires provenant des secteurs connexes, tels que les institutions pour personnes en situation de handicap, l'enseignement, l'action sociale, l'aide à la jeunesse, la justice, ...

Les soins de santé mentale pour enfants et adolescents portent principalement sur les enfants et les adolescents présentant un trouble psychique ou psychiatrique et leur entourage.

1.1. Prévalence des troubles psychiques chez les enfants et les adolescents

1.1.1. Nombre d'enfants et d'adolescents en Belgique

Les enfants et adolescents (de 0 à 18 ans) représentent 20,4% de la population belge. Au 1^{er} janvier 2013, la Belgique comptait en effet **2.258.716 mineurs d'âge** sur un total de 11.099.554 habitants⁸. Ces chiffres sont importants pour situer la prévalence dans le contexte belge.

1.1.2. Prévalence des troubles psychiques selon la recherche internationale

Etant donné le manque de données relatives à ce type de prévalence pour la Belgique ce chapitre se réfère aux données que nous fournissons les études et les recherches internationales. Comme ces

⁷ Avis consulté, mais non repris comme source.

⁸ <http://statbel.fgov.be/nl/statistiek/cijfers/bevolking/structuur/leeftijdgeslacht/belgie/>

chiffres ne sont pas forcément représentatifs du contexte belge, la prudence est requise lors de leur utilisation.

De manière générale, les problèmes de santé mentale sont sous-estimés dans notre société. Il est fort probable que cette sous-estimation puisse être extrapolée au groupe d'âge cible des enfants et adolescents, même si en 2005, l'OMS estimait déjà à $\pm 20\%$ la prévalence des troubles psychiques auprès des enfants et des adolescents⁹. On cite fréquemment ce chiffre, bien que les chiffres de prévalence des « *clinically important mental disorders* » chez les enfants et adolescents de plusieurs études éminentes varient entre 10% et 20%, partiellement en raison d'une définition différente de ce qu'on considère comme "mental disorder"¹⁰. Les mêmes études révèlent que le sexe, l'âge et surtout le revenu familial ont une incidence significative sur le risque de développer un trouble psychique. Plusieurs études établissent une distinction en termes de prévalence en fonction de l'âge: 16 à 20% pour les enfants de 4 à 11 ans et 20 à 25% pour les adolescents de 12 à 17 ans¹¹. Une autre étude évoque les taux de prévalence moyens suivants: 10% pour les préscolaires, 13% pour les pré-adolescents et 16% pour les adolescents¹².

- **Prévalence des troubles psychiques nécessitant des soins cliniques spécialisés en santé mentale.**

Environ 4 à 6% des enfants et adolescents nécessiterait "a clinical intervention for an observed significant mental disorder"¹³. Ce nombre correspond aux résultats d'une étude du Prof. F.C. Verhulst qui combine la prévalence des troubles avec un dysfonctionnement manifeste. Il en a conclu que 5 à 6% des enfants et des adolescents entraînent en compte pour la deuxième ligne des soins en santé mentale pour enfants et adolescents¹⁴. Un rapport récent d'une étude néerlandaise¹⁵ estime que 7% des adolescents nécessitent chaque année des soins de santé mentale. Toujours d'après cette étude 10 à 15% des jeunes sont considérés comme groupe à risque. D'autres études indiquent que 4,2% des enfants âgés de 8 ans souffrent d'un trouble psychique grave¹⁶.

- **Ecart entre prévalence des troubles psychiques et soins cliniques**

Plusieurs études internationales révèlent que seuls 16 à 27% des enfants et adolescents présentant un trouble psychique "received specialized mental health services"¹⁷. D'autres sources indiquent que "only a small proportion of children with clear evidence of functionally impairing psychiatric disorder receive treatment"¹⁸.

Dans le cadre de la concrétisation de la nouvelle politique, le guide s'appuiera autant que possible sur les chiffres permettant d'analyser pour la Belgique les besoins par rapport à l'offre.

- **Importance de la détection précoce.**

L'importance de pouvoir dispenser des soins de santé mentale adaptés et de qualité pour enfants et adolescents est reconnue dans une étude qui démontre que les troubles psychiques chez les

⁹ WHO, 2005, Child and adolescent mental health resources: global concerns, implications for the future. Geneva, p.16. (http://www.who.int/mental_health/resources/child/en/index.html)

¹⁰ Waddell, C., e.a., 2002, *Child Psychiatric Epidemiology and Canadian Public Policy-making: The state of the science and the art of the possible*, Can J Psychiatry, 827-828.

¹¹ Zubrick, S., e.a., 2000, *Mental Health disorders in children and young people: scope, cause and prevention*. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 34, 570-578.

¹² Roberts, R. E., e.a., 1998, *Prevalence of psychopathology among children and adolescents*, Am J Psychiatrie, 155:66, 715.

¹³ WHO, 2005, Child and adolescent mental health-resources: global concerns, implications for the future. Geneva, 18. (http://www.who.int/mental_health/resources/child/en/index.html)

¹⁴ VERHULST, F.C. (1999). Kinder- en jeugdpsychiatrie. in: A. de Jong, e.a. (red.). *Handboek psychiatrische epidemiologie*, p. 379-398.

Maarsse: Elsevier/De Tijdstroom. GGZ Nederland, 2011, *Jeugd- ggz: Investeren in de toekomst! Ambities voor 2011 – 2014*. p.35.

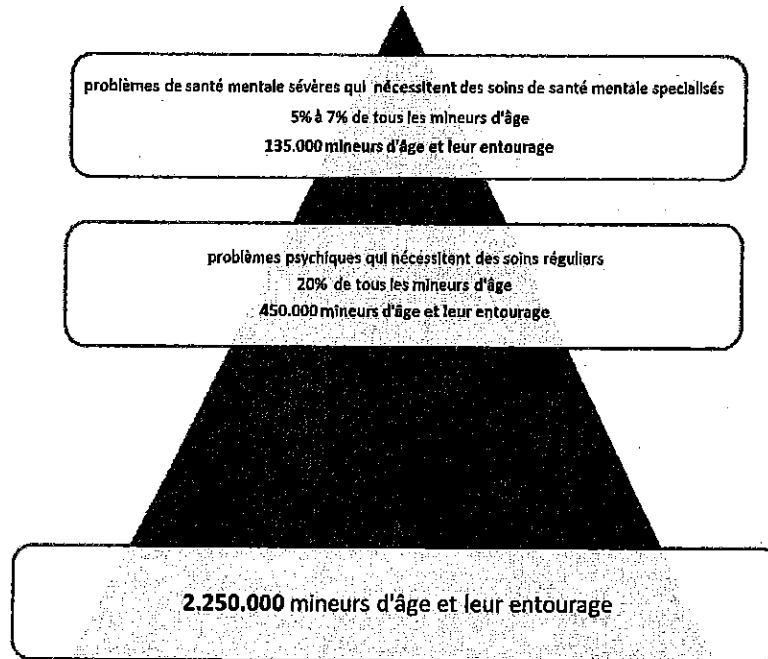
¹⁵ Sytema, S., e.a. (2006). *Verkenningen in de kinder- en jeugdpsychiatrie*. Trimboos-instituut. p.5.

¹⁶ Remschmidt, H., e.a., 2005, *Mental health care for children and adolescents worldwide: a review*. World Psychiatry, 4:3, 148.

¹⁷ Waddell, C., e.a., 2002, *Child Psychiatric Epidemiology and Canadian Public Policy-making: The state of the science and the art of the possible*, Can J Psychiatry, 829.

¹⁸ Costello, E.J., 2005, *10-Year research update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: I. Methods and public health burden*. Child Adolesc. psychiatry, 40:10, 982.

enfants et les adolescents **persistent** souvent à l'**âge adulte**. De plus en plus de preuves attestent que beaucoup de problématiques psychiatriques chroniques se manifestent dès l'enfance et l'adolescence¹⁹. Ainsi, 50% environ des troubles psychiques chez les adultes apparaîtraient avant l'âge de 14 ans²⁰. Une étude néerlandaise a démontré qu'environ 3 jeunes sur 1000 âgés de 6 à 19 ans nécessitent des soins de longue durée. Parmi tous les jeunes qui, sur base annuelle, reçoivent des soins de santé mentale pour la première fois, environ 8% nécessitent des soins de longue durée. La majorité d'entre eux (89%) reçoit des soins ambulatoires²¹.



1^{er} Schéma: Extrapolation des études internationales de prévalence et des données de l'OMS à la population belge

1.2. Stades de développement des enfants et des adolescents

Le « **développement** » peut se définir comme une « série de changements progressifs menant à un niveau supérieur de différenciation et de fonctionnement ». ²² Le changement et la progression, par la croissance, la maturation et l'apprentissage, occupent une place centrale. Il convient de distinguer le développement neurobiologique, cognitif, émotionnel, psychosocial et de la conscience.

Les différents stades de développement coïncident généralement avec **trois tranches d'âge**, à savoir **les nourrissons, les enfants en bas âge et les enfants d'âge préscolaire (0 à 6 ans), les enfants en âge d'école primaire (7 à 12 ans) et les adolescents (13 à 18 ans)**. La nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents doit tenir compte autant que possible de la spécificité de ces stades de développement en fonction de l'âge de l'enfant ou de l'adolescent, mais aussi des différences sur base de l'âge en termes de législation, de statut juridique, d'offre de soins disponible et de contexte socio-économique sous-jacent, mais également de vision et d'approche. Ceci implique une différenciation de l'offre de soins en fonction du groupe d'âge auquel on s'adresse. Il convient également d'être attentif à la **tranche d'âge charnière de 18 à 23 ans**.

¹⁹ Costello, E.J., 2005, *10-Year research update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: I. Methods and public health burden*. Child Adolesc. psychiatry, 40:10, 982.

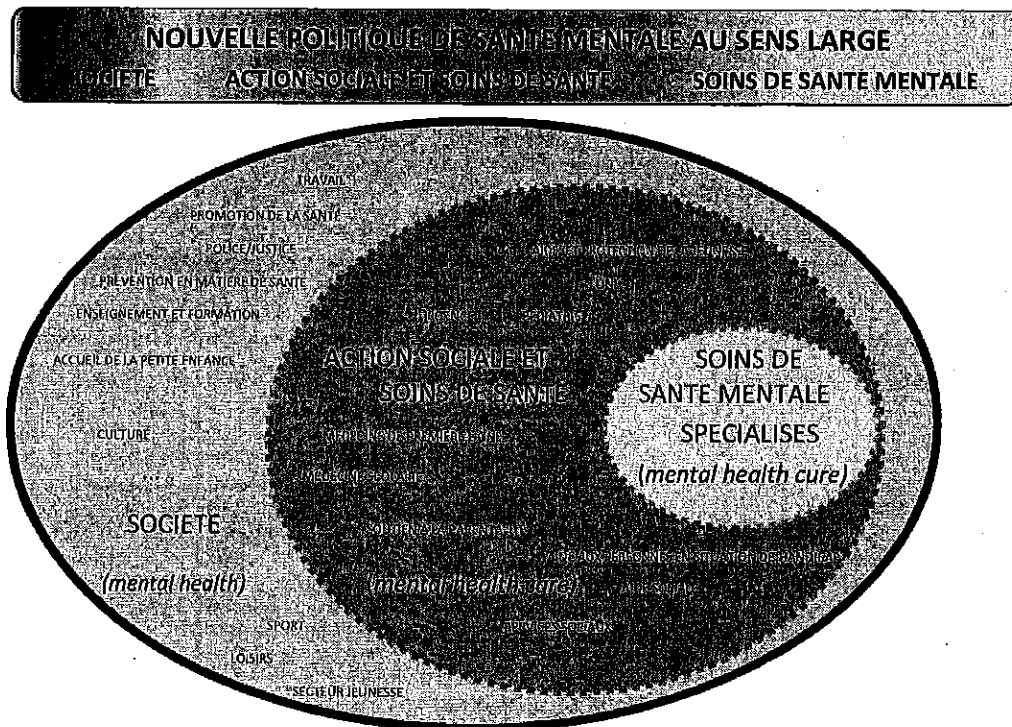
²⁰ OMS, 2008, Programme d'action Comblent les lacunes en santé mentale (mhGAP): Élargir l'accès aux soins pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives, Genève, 37. (http://www.who.int/mental_health/evidence/mhGAP/en/index.html)

²¹ Sytema, S., e.a. (2006). *Verkenningen in de kinder- en jeugdpsychiatrie*. Trimbo-Instuut. p.5-6.

²² VAN BEEMEN, L. (2009), *Ontwikkelingspsychologie*, Groningen, Noordhoff Uitgevers, p.18.

1.3. Contexte de l'offre de soins de santé mentale pour enfants et adolescents

La Belgique connaît une longue histoire en matière de « soins » aux personnes qui présentent des problématiques de santé mentale. Ce chapitre, sans vouloir être exhaustif, décrit le contexte général de l'offre spécifique de soins de santé mentale pour enfants et adolescents, élaborée au fil des années. Outre cette offre spécifique de soins de santé mentale, différents secteurs connexes jouent un rôle important dans le secteur des soins de santé mentale comme les institutions pour personnes en situation de handicap, l'aide à la jeunesse, ... Une collaboration et une harmonisation avec ces partenaires sont fondamentales, tant sur le terrain qu'au niveau des autorités. La Déclaration Conjointe affirme que "Toutes les formes de soins doivent être harmonisées afin de permettre une complémentarité et une continuité des soins."



2^{ème} Schéma: Schéma de l'offre de soins de santé mentale pour enfants et adolescents (non-exhaustif)

Les soins spécialisés en santé mentale comprennent plusieurs secteurs.

Les **Services de santé mentale (SSM)** proposent un diagnostic et/ou un traitement ambulatoire aux enfants et adolescents présentant des troubles psychiques. Ce soutien peut également être proposé de façon mobile au sein même du milieu de vie de l'enfant ou de l'adolescent.

Au sein des hôpitaux généraux et psychiatriques, des normes d'agrément et des critères de programmation sont prévus pour les lits K (dans les services de neuropsychiatrie pour l'observation et le traitement d'enfants). Les **services K** offrent en principe une intervention d'urgence en cas de crise, une observation ou un traitement. La prise en charge peut se faire aussi bien en hospitalisation complète qu'en hospitalisation partielle: de jour ou de nuit. Certains services ont développé en outre des formules de soins ambulatoires. Des adolescents sont aussi hospitalisés en **lits A et T**, parfois sous mesure contrainte, en raison d'une pénurie de structures dans le réseau de soins local et compte tenu du fait que dans les services K les enfants doivent être séparés des adolescents. Ceci a amené certains hôpitaux à développer une offre pour les adolescents.

Certains **centres conventionnés par l'INAMI** disposent d'une offre spécifique pour enfants et adolescents, tels les centres de référence des troubles du spectre autistique, les centres de rééducation ambulatoire ainsi que des établissements de rééducation psychosociale pour enfants et

adolescents atteints d'affections psychiques sévères. Outre le diagnostic et/ou le traitement, certains centres orientent leurs actions sur l'inclusion de l'enfant ou de l'adolescent dans la communauté de vie.

Dans le secteur des soins spécialisés en santé mentale, plusieurs organisations visent des **sous-groupes de population** et, à cet effet, ont développé une action et un encadrement spécifiques, comme pour les jeunes souffrant d'une problématique d'assuétudes, les enfants et adolescents présentant une déficience mentale associée à des problèmes psychiques et/ou comportementaux graves.

Outre le secteur des soins spécialisés en santé mentale financé de manière structurelle, des **projets pilotes** spécifiquement axés sur les enfants et les adolescents ont été initiés par les différentes autorités, parmi lesquels :

- Un certain nombre d'équipes «outreaching» pour enfants et adolescents dont certaines s'adressent aux enfants et adolescents qui présentent un handicap intellectuel et des problèmes psychique et/ou du comportement..
- Une Unité de Traitement Intensif pour enfants et adolescents présentant des troubles graves du comportement et/ou agressifs (PTCA) a été développée.
- Une coordination de réseau, couplée à une équipe mobile est financée.
- Des Unités de Traitement Intensif pour jeunes ayant commis un fait qualifié d'infraction (UTI (FQI)), également appelées « unités ForK », ont notamment été créées dans le cadre du développement du trajet de soins pour adolescents présentant une problématique psychiatrique et faisant l'objet d'une mesure judiciaire.
- Le projet « Inter-action »²³ est financé à raison d'un par région.
- L'expertise spécifique en soins de santé mentale est mise à disposition des secteurs connexes par le biais de l'*outreaching*.
- Des projets destinés aux jeunes présentant une problématique d'assuétude ont été développés.

Ces projets pilotes seront soumis, dans un délai raisonnable, à une évaluation approfondie avec, à la clé, la possibilité de les inclure structurellement dans la nouvelle politique de santé mentale.

Les **plateformes de concertation en soins de santé mentale** (PCSSM) sont des structures d'appui aux soins et ont pour mission, de par leur agrément, de faciliter la concertation et la collaboration notamment au bénéfice du groupe cible des enfants et adolescents. Ces organes de concertation contribuent déjà à l'organisation du réseau.

2. Plan stratégique pour une nouvelle politique de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent

2.1. Missions et valeurs

Les soins de santé mentale pour enfants et adolescents s'adressent à tous les enfants et adolescents présentant des problèmes psychiques, ainsi qu'à leur entourage naturel et aux intervenants concernés. Leurs missions essentielles sont la détection précoce, le screening et l'orientation, le diagnostic, le traitement, l'inclusion dans tous les domaines de la vie ainsi que l'échange et la valorisation de l'expertise. Les besoins et attentes de l'enfant ou de l'adolescent et de son entourage sont au centre des préoccupations. Dans le cadre d'un travail en équipe et d'une approche

²³ Intervention intensive auprès d'adolescents et de jeunes adultes ayant un Trouble Envahissant du Développement (TED) et/ou ayant une Déficience Intellectuelle (DI) et présentant des troubles graves du comportement

multidisciplinaire, il est tenu compte des possibilités et du vécu de l'enfant ou de l'adolescent, mais aussi des points forts et des limites des méthodes de traitement. Une collaboration est assurée avec tous les autres intervenants concernés.

Les soins de santé mentale pour enfants et adolescents s'appuient sur les valeurs fondamentales suivantes:

- **Collaboration et soutien mutuel** en équipe interdisciplinaire et, au niveau de l'utilisateur, avec l'enfant ou l'adolescent, ses parents et les autres intervenants concernés
- **Ouverture d'esprit à l'égard de** l'enfant, de l'adolescent, des parents et de tous les intervenants concernés dans une optique de **responsabilité conjointe et partagée**. Ceci implique une vision et une réflexion sur l'application du secret professionnel à tous les niveaux (communication et échange d'informations avec l'enfant ou l'adolescent, ses parents, sa famille, les intervenants concernés, ...)
- Travail **constructif** dans un climat de **confiance** et de respect mutuel avec l'enfant ou l'adolescent, la famille et les intervenants concernés
- Travail avec l'enfant ou l'adolescent et sa famille, au sein des services **axé sur les processus de prise en charge**, dans le **respect** de leurs particularités et dans un esprit d'ouverture
- **Professionnalisme** fondé sur **l'engagement, l'expertise, les aptitudes, la formation continue** et s'inspirant de **bonnes pratiques** spécifiques au groupe cible, mobilisés dans le cadre du réseau au sens large
- **Engagement et garantie collective en matière de soins** à tous les niveaux (directions, acteurs de terrain, ...) afin que chaque enfant ou adolescent ait accès aux soins et reçoive ceux auxquels il a droit
- Démarche **critique** sur la base d'évaluations approfondies avec l'enfant ou l'adolescent et ses parents, sa famille, les intervenants concernés,...

2.2. Vision

La CIM Santé publique a formulé dans la «*Déclaration Conjointe pour la réalisation de réseaux et de circuits de soins en santé mentale pour enfants et adolescents*» sept principes qui forment la base de la nouvelle politique de santé mentale pour les enfants et les adolescents. Ces principes sont affinés dans la présente Déclaration Conjointe Complémentaire et le seront encore au fil de l'évolution de la nouvelle politique de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent.

*A. Il est clair qu'une politique de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent doit partir d'une **approche globale de toutes les composantes des soins**. C'est de ce principe de base que découle l'idée de travailler selon des **programmes de soins réalisés par des circuits de soins, dans des réseaux**. Toutes les formes de soins doivent être harmonisées afin de permettre une **complémentarité et une continuité des soins**.*

*B. L'approche est en principe **générale**. Certes, il est possible d'envisager des modules appropriés à des groupes cibles spécifiques.*

*C. Au sein du concept précité, la dimension « **détection précoce, prévention et promotion de la santé** » est essentielle afin de pouvoir prévenir autant que possible les problèmes psychiques et d'éviter d'aboutir à un état de santé psychique critique du patient.*

*D. Dans la mesure du possible, il est capital que le patient soit traité **dans son propre environnement** afin que les facteurs liés à l'environnement soient pris en compte dans le traitement. Les soins à domicile doivent par conséquent occuper une place de premier plan dans la nouvelle politique de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent. Le rôle important des **travailleurs de la santé de première ligne** devra donc être mis en avant.*

Les traitements de type hospitalier doivent être réservés aux cas aigus, pour lesquels un traitement à domicile n'est pas possible ou n'est pas souhaitable.

Il existe, en outre, un besoin de soins spécialisés mieux différenciés pouvant être dispensés à domicile, notamment en situation de crise ou d'urgence, mais également pour des soins de plus longue durée.

Dans un contexte d'approche globale et de décloisonnement des soins, le rôle des hôpitaux doit être repensé de manière fondamentale.²⁴

L'offre de structures, dans une approche intégrée, doit répondre à l'ensemble des besoins.

À cet égard, une approche différenciée entre zones urbaines et zones rurales est sans doute opportune.

*E. Lors du traitement, il faut tenir compte des **déterminants de la santé** pour donner un maximum de chances à la réintégration dans la société. Une concertation doit bien évidemment être menée à cette fin avec les autorités compétentes.*

*F. Dans la nouvelle approche, il faut aussi tenir compte du **contexte socio-économique** de façon à prêter suffisamment attention aux groupes à risque qui doivent avoir toutes les chances de bénéficier d'une bonne prise en charge.*

*G. La politique concerne les enfants et les adolescents et veillera à harmoniser **la transition vers les soins pour adultes**, notamment en lien avec les projets 107 là où ils existent.*

Ces principes constituent la base d'une **vision ambitieuse** de la nouvelle politique de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent, tant au niveau des autorités que du secteur des soins de santé mentale pour enfants et adolescents:

L'ensemble des **autorités** concernées élaborent conjointement, en concertation, au départ d'une vision claire, cohérente et crédible, une nouvelle politique de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent. Les forces et les moyens sont regroupés afin que cette nouvelle politique bénéficie d'un financement correct et proportionné. Une approche positive incluant les acteurs du terrain et respectueuse de leur expertise et de leur savoir-faire en constitue le socle. Dialogue, transparence, ouverture, participation et implication des enfants et adolescents et de leur entourage sont essentiels aux différentes étapes des processus décisionnels. Dans une relation de confiance, les autorités offrent à l'ensemble des partenaires impliqués dans la nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents une latitude pour innover, expérimenter, développer des projets, ... Simultanément, elles restent attentives aux pratiques de soins de santé mentale déjà développées, et pour les collaborations intersectorielles déjà initiées aux niveaux des communautés et régions, comme c'est le cas par ex. avec l'aide à la jeunesse, l'AWIPH,

Le **secteur des soins de santé mentale pour enfants et adolescents** investit dans le travail en réseau, tant au niveau du contenu des soins que sur le plan organisationnel, au niveau sectoriel comme intersectoriel. Le principe est que chaque enfant ou adolescent a droit à des soins de santé mentale à la mesure de ses besoins en termes d'accessibilité, d'implication, d'approche positive, d'expertise, de qualité et de continuité. L'efficacité et l'impact sur l'enfant et l'adolescent sont toujours pris en considération lors du choix des soins, qui sont de préférence offerts dans le milieu de vie et d'apprentissage. On part toujours de leurs possibilités, mais il est tout autant tenu compte de leurs limites et de celles de leur entourage. L'entourage naturel et les intervenants sont impliqués autant que possible. Sur base d'études scientifiques et d'évaluations de projets réalisés, en fonction de leur efficacité et de leur efficience mais aussi de considérations éthiques, des ajustements ou des changements peuvent être envisagés. Au niveau des soins comme au sein des réseaux, dialogue et

²⁴ Cette affirmation n'est pas un désaveu du fonctionnement actuel.

participation des enfants et adolescents et de leur entourage occupent une position centrale à toutes les étapes du processus décisionnel de prise en charge. Ce faisant, les soins de santé mentale pour enfants et adolescents contribuent à la prévention et à la promotion de la santé.

Les soins de santé mentale pour enfants et adolescents inspirent d'autres secteurs et jouent le rôle de leader au sein des réseaux pour assurer la complémentarité et la continuité des soins d'un secteur à l'autre. La détection précoce est cruciale. Il y a partage et échange d'expertise et de savoir.

3. Description du modèle de nouvelle politique de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent

3.1. Travail en réseau – coordination

3.1.1. Travail en réseau comme fondement de la nouvelle politique de santé mentale

Conformément à la Déclaration Conjointe pour la réalisation de réseaux et de circuits de soins en santé mentale pour enfants et adolescents du 10 décembre 2012 (M.B. 24 janvier 2013), la politique de santé propre à ce groupe cible doit partir d'une approche globale²⁵ et intégrée²⁶ de toutes les composantes des soins. C'est de ce principe de base que découle l'idée de travailler selon des programmes de soins réalisés par des circuits de soins, dans des réseaux. Toutes les formes de soins se coordonnent afin de permettre complémentarité et continuité des soins et en même temps d'éviter les chevauchements. Conformément à l'étape 5 de la phase 1 de la Déclaration Conjointe précitée, il convient d'élaborer, par analogie avec le groupe cible des adultes, un modèle fonctionnel qui définira, d'une part, l'offre de soins nécessaire qu'une zone d'activité doit organiser, et, d'autre part, l'importance d'une coopération intersectorielle via le travail en réseau.

3.1.2. Définition d'un réseau

La définition d'un réseau d'équipements de soins, conformément à l'article 11 de la loi coordonnée sur les hôpitaux, est la suivante : « *un ensemble de prestataires de soins, dispensateurs, institutions et services qui offrent conjointement un ou plusieurs circuits de soins dans le cadre d'un accord de collaboration juridique intra- et extra-muros et ce, à l'intention d'un groupe cible de patients à définir par eux et dans un secteur à motiver par eux* ».

Un circuit de soins, conformément à ce même article 11 de la loi coordonnée sur les hôpitaux, est défini comme suit : « *un ensemble de programmes de soins qui sont organisés par le biais d'un réseau d'équipements de soins* ».

En matière de garantie du maintien de la spécificité et de l'autonomie des prestataires de soins, dispensateurs, institutions et services, il est renvoyé à l'avis du CNEH du 13 mars 2003 concernant les principes de base, conditions générales et critères pour une définition géographique de la zone des projets pilotes « circuits et réseaux de soins pour le groupe cible SSM jeunes ». Conformément à cet avis, la collaboration fonctionnelle visée dans le cadre des réseaux ne peut en aucun cas avoir pour conséquence que les partenaires juridiquement indépendants qui constituent ces réseaux, soient inclus d'office dans de nouvelles structures de gestion pour l'organisation des soins de santé mentale.

La collaboration fonctionnelle doit se traduire dans une convention de réseau par laquelle tous les partenaires s'engagent de manière solidaire en partant d'un principe d'égalité et prennent la

²⁵ globale = complète, qui englobe tout. Tous les aspects de la santé mentale sont inclus, en partant d'une approche intégrée.

²⁶ Intégrée = impliquant tous les secteurs, services, structures, partenaires... pertinents. Intégrée se réfère, d'une part, à une approche horizontale des soins au travers des différents secteurs et, d'autre part, à une approche verticale au travers des différentes compétences.

responsabilité de mettre à l'épreuve les objectifs fixés durant une première phase test. Les éléments suivants doivent figurer dans cette convention: la mission du réseau, les partenaires requis, l'affectation de moyens (humains, matériels et financiers), les modules (combinaison de fonctions et de modalités de soins) et le(s) programme(s) de soins à organiser, les paramètres de qualité, l'enregistrement, l'accessibilité, ...

Pour le groupe cible des enfants et des adolescents, il est essentiel de parvenir à une concertation et à une collaboration optimale avec les partenaires du secteur des soins spécialisés en santé mentale (cf. chapitre 1.C.) et avec tous les partenaires actifs dans les secteurs connexes. Il est fondamental que le groupe cible des enfants et des adolescents ainsi que leur entourage (parents, famille, intervenants de proximité, ...) soient représentés de façon formelle au sein de cette collaboration et qu'il y ait une réelle possibilité d'élargissement de la collaboration à d'autres ressources.

3.1.3. Définition de la zone d'activité d'un réseau

L'organisation actuelle des soins de santé mentale pour enfants et adolescents doit encore évoluer vers une collaboration plus active entre partenaires pour aboutir finalement à des réseaux de partenaires dans des zones d'activité bien délimitées. Le réseau doit motiver lui-même sa zone d'activité. Les critères de délimitation d'une zone d'activité sont les suivants :

- présence d'une offre de soins suffisamment différenciée en fonction des besoins en soins, en tenant compte de la prévalence et de l'incidence
- ensemble de villes et de communes sociologiquement liées, en tenant compte des flux sociaux, des particularités régionales, ...
- répartition équilibrée et accessibilité optimale de l'offre de soins
- prise en compte des modèles de collaboration déjà existants
- prise en compte du contexte et des spécificités de la région (p. ex. législation et directives)

La somme de toutes les zones d'activité doit, in fine, couvrir tout le territoire de la Belgique.

Conformément à la Déclaration Conjointe, une collaboration et une articulation des réseaux par-delà les zones d'activité, au niveau suprarégional, est également possible pour certains groupes cibles spécifiques, en fonction des besoins justifiés sur le plan des soins et en tenant compte de la prévalence et de l'incidence.

Au sein d'une zone d'activité, les conditions suivantes en matière d'adhésion et d'exclusion sont d'application :

- Le principe de l'adhésion volontaire est d'application dans la phase exploratoire. On ne peut obliger aucun partenaire à adhérer au réseau.
- Sous réserve qu'il souscrive à la mission et à la convention du réseau, on ne peut exclure aucun partenaire d'une adhésion au réseau.

Les critères de délimitation proposés pour les zones d'activité pendant la phase exploratoire doivent favoriser une généralisation à terme.

3.1.4. Mission d'un réseau sur le plan du contenu et de l'organisation

Les réseaux existants qui, dans de nombreux cas, sont axés sur des discussions de cas, évoluent vers une approche plus structurée dépassant le cadre du cas par cas. Une distinction est établie entre leur mission liée au contenu des soins et leur mission liée à l'organisation.

- **Mission liée au contenu des soins**

Cette mission porte sur l'élaboration et la réalisation de programmes de soins visant à fournir une offre globale, intégrée, accessible, de qualité, efficace et effective, et axée sur la demande de soins de santé mentale pour les enfants et les adolescents et leur entourage. Pour réaliser cette mission,

le réseau organise une concertation entre les travailleurs de terrain impliqués de tous les partenaires concernés.

- **Mission liée à l'organisation**

La convention de réseau précise la manière dont le réseau est organisé et dirigé selon les différents axes. La mission liée à l'organisation se concrétisera à plusieurs niveaux, tels que notamment au niveau d'un comité de réseau composé de représentants mandatés. L'exécution et l'adaptation de la convention de réseau, le plan de politique stratégique, l'approbation du budget et des comptes relèvent e.a. de la compétence des partenaires du comité de réseau. Le comité de réseau a la possibilité de désigner un groupe stratégique qui sera chargé de l'exécution de la politique opérationnelle, de la supervision du coordinateur de réseau, etc. Une structure claire et simple est la meilleure garantie d'un réseau efficace. L'objectif n'est pas d'imposer un modèle de réseau déterminé. Une mosaïque de modèles peut être une plus-value dans le cadre de la recherche du modèle le mieux indiqué en fonction de l'efficacité et de l'efficacé.

3.1.5. Coordinateur de réseau

Chaque réseau désigne un coordinateur de réseau qui sera chargé d'appuyer et de faciliter le fonctionnement du réseau au niveau de son contenu et de son organisation. Le coordinateur de réseau reçoit un mandat clair de la part du réseau pour l'exercice de sa fonction. En ce qui concerne le profil et la mission du coordinateur de réseau, nous vous renvoyons au guide pour le groupe cible des adultes²⁷.

3.1.6. Secret professionnel et responsabilités civiles

Dans le cadre du fonctionnement du réseau, il convient de consacrer suffisamment d'attention au secret professionnel. Il en va de même en ce qui concerne les responsabilités civiles. L'investissement commun, en ce compris des moyens, amène des questions sur la responsabilité de chaque partenaire, mais ne change rien jusqu'à nouvel ordre quant à la responsabilité personnelle de chacun.

3.1.7. Moyens additionnels

Par analogie avec les projets « Article 107 » pour le groupe cible des adultes, des moyens additionnels s'avèrent nécessaires pour le groupe cible des enfants et des adolescents pour pouvoir assumer les coûts générés par les réseaux, tels que e.a. le coût du coordinateur (frais de personnel et de fonctionnement), l'encadrement du processus, l'évaluation, la formation. Il ne faut pas s'attendre à ce que des reconversions volontaires au départ d'autres (sous)-secteurs comblent toutes les lacunes de l'offre de soins. La réalisation de tous les programmes de soins dans chaque zone d'activité nécessite des moyens supplémentaires.

3.1.8. Critères de qualité et de performance

Il est recommandé d'évaluer la performance du réseau à intervalles réguliers en se basant sur une série de critères. Les critères de qualité et de performance suivants ont été relevés:

- Mission du réseau (le fonctionnement du réseau est-il conforme à la mission du réseau ? A-t-on formulé des facteurs critiques de succès par rapport à la mission ? ...)
- Usagers et réseau d'usagers (quelle plus-value le réseau apporte-t-il aux usagers et à leur réseau naturel ? Les usagers et leur entourage sont-ils suffisamment impliqués par le biais de la communication et de la concertation ? Les usagers et leur entourage sont-ils satisfaits ? ...)

²⁷ Voir 'Guide vers de meilleurs soins en santé mentale par la réalisation de circuits de soins et réseaux de soins' p.14 (www.psy107.be)

- Prestation de services (toutes les fonctions, tous les modules du programme de soins sont-ils présents ? L'efficacité et l'efficacité de la prestation de services est-elle mesurée ? ...)
- Organisation (la structure organisationnelle permet-elle au réseau de fonctionner correctement sur le plan du contenu des soins et de l'organisation? La structure organisationnelle répond-elle aux principes de la gouvernance d'entreprise ? Les responsabilités sont-elles suffisamment claires ? ...)
- Moyens (tous les moyens humains, matériels et financiers nécessaires sont-ils disponibles ? L'affectation des moyens est-elle correctement planifiée et suivie ? ...)
- Contexte légal et r glementaire (toutes les dispositions légales et r glementaires sont-elles respectées au sein du réseau ? Y a-t-il suffisamment de concordance entre les conditions de travail et les conditions de rémunération des collaborateurs affectés ? ...)
- Critères spécifiques (par ex. : nombre de suicides, consommation de médicaments, contacts avec la justice, ...)

Ces critères doivent se traduire par des indicateurs concrets, mesurables et nécessitent d'être soutenus et renforcés par l'enregistrement commun Soins de Santé Mentale et le monitoring intersectoriel des trajets de soins.

Dans le cadre de la nouvelle politique et au niveau du réseau, l'accent est explicitement mis sur l'échange d'informations par "dossiers électroniques" et sur la communication réciproque.

S'inspirer des bonnes pratiques existantes constitue également un point d'attention.

3.2. Quel modèle réaliser ? – fonctions

La politique de santé mentale pour les enfants et les adolescents est plus large que le secteur des soins spécialisés en santé mentale. Partant du cadre de la nouvelle politique au sens large, toutes les autorités concernées mobilisent leur champ de compétences respectives en vue de rencontrer les objectifs relatifs à la santé mentale des enfants, des adolescents et de leur entourage. Tous les partenaires au sein ou en dehors du domaine strict des troubles psychiatriques, sont concernés par la santé mentale des enfants et des adolescents qui leur sont confiés. Leur responsabilité se prolonge dans le réseau en vue de fournir ensemble des réponses appropriées aux défis rencontrés.

Notre ambition est de développer un modèle de politique de santé mentale assurant plusieurs fonctions dans la société en utilisant les points forts, la position et les missions de tous les partenaires concernés au sens le plus large. Tous les partenaires impliqués contribuent ensemble à la réalisation de cet objectif. Cette collaboration concerne à la fois les partenaires qui fournissent des soins professionnels, les autres partenaires qui contribuent aux conditions complémentaires nécessaires aux soins et enfin les partenaires qui jouent un rôle actif en rendant les conditions favorables et en promouvant activement la santé mentale pour le groupe cible dans la société.

Pour la clarté, on utilise les définitions suivantes :

PARTENAIRE: toute personne et toute institution qui contribue à la politique de santé mentale et qui s'engage dans la collaboration et le travail en réseau

RESEAU: voir point 3.1.

FONCTION: Une mission clé qui est réalisée dans le réseau et qui permet d'apporter une réponse adaptée aux besoins des enfants et des adolescents avec une problématique de santé mentale, tant sur le plan individuel que par rapport à leur entourage.

PROGRAMME: La traduction des fonctions en une offre concrète de soins. Cette offre de soins peut prendre différentes formes (modalités des fonctions – voir plus loin). Si nécessaire, cette offre de soins est adaptée e.a. pour les enfants et adolescents qui ont des besoins très spécifiques (par ex. les

enfants et adolescents qui nécessitent des soins urgents, les jeunes sous statut judiciaire combiné à une problématique psychiatrique, la petite-enfance, ...)

Un nombre minimal de fonctions globales sont désignées.

3.2.1. Fonctions

Dans la politique de santé mentale pour les enfants, les adolescents et leur entourage, nous distinguons cinq fonctions. Les quatre premières fonctions sont des fonctions essentielles à la santé mentale. La dernière fonction est une fonction de support, transversale, conçue par l'ensemble des partenaires. Le réseau développe ces fonctions: :

A. DÉTECTION PRÉCOCE, SCREENING ET ORIENTATION

La détection précoce fait référence à l'analyse des premières manifestations d'une possible problématique d'ordre psychique ou psychiatrique, qu'il y ait ou non une demande d'aide.

Le screening consiste en l'analyse des manifestations.

L'orientation consiste à adresser l'enfant ou l'adolescent, et son entourage, vers l'offre de soin ou d'aide adaptée.

B. DIAGNOSTIC

Le diagnostic renvoie à l'analyse holistique basée sur le modèle bio-médico-social. Cette approche multidimensionnelle permet d'atteindre une vision aussi complète que possible de la problématique.

C. TRAITEMENT

Le traitement regroupe l'ensemble des décisions prises et des actes posés de façon spécialisée, structurée et méthodique qui ont un effet sur le fonctionnement psychique, social et/ou somatique. L'objectif est d'améliorer ou de maintenir le niveau de fonctionnement, de diminuer le poids de la souffrance éprouvée et de viser le rétablissement optimal.

D. INCLUSION DANS TOUS LES DOMAINES DE VIE

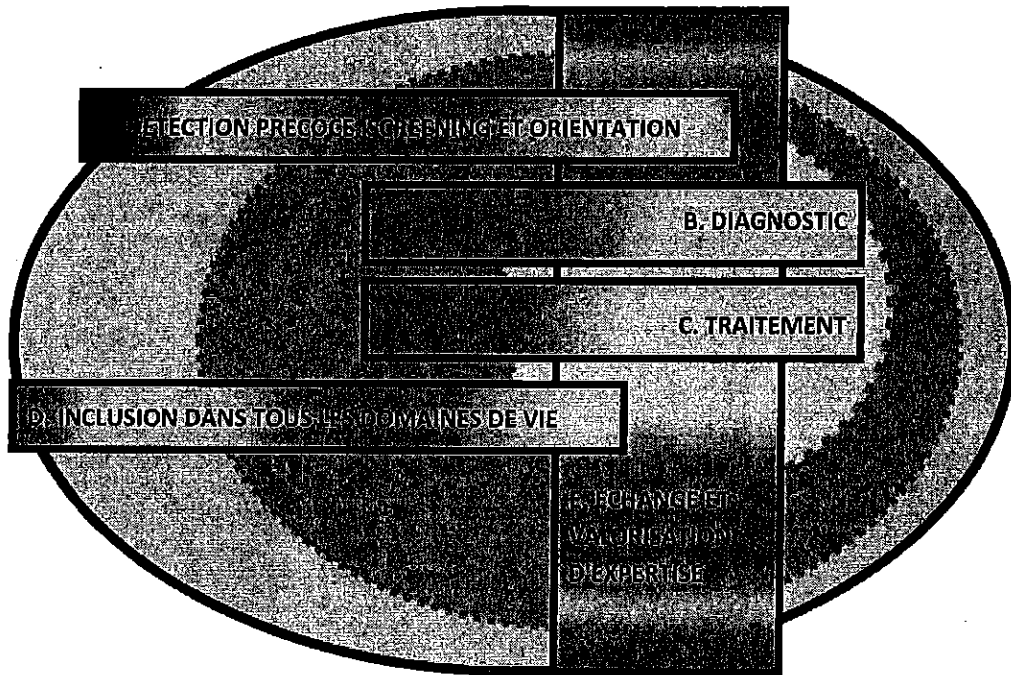
L'inclusion signifie l'accès à une égalité de traitement et à une citoyenneté à part entière. Les activités de soutien ou de développement ayant pour objectif de faire participer au mieux l'enfant ou l'adolescent à la société font partie de cette fonction. L'inclusion dans la société facilite le développement et l'épanouissement personnel.²⁸

E. ÉCHANGE ET VALORISATION DE L'EXPERTISE

Chaque prestataire de soins, discipline, institution, secteur, ... a une place, des compétences et des responsabilités propres. Au cas par cas ces compétences et cette expertise sont échangées et mises en commun afin de promouvoir la continuité et le professionnalisme.

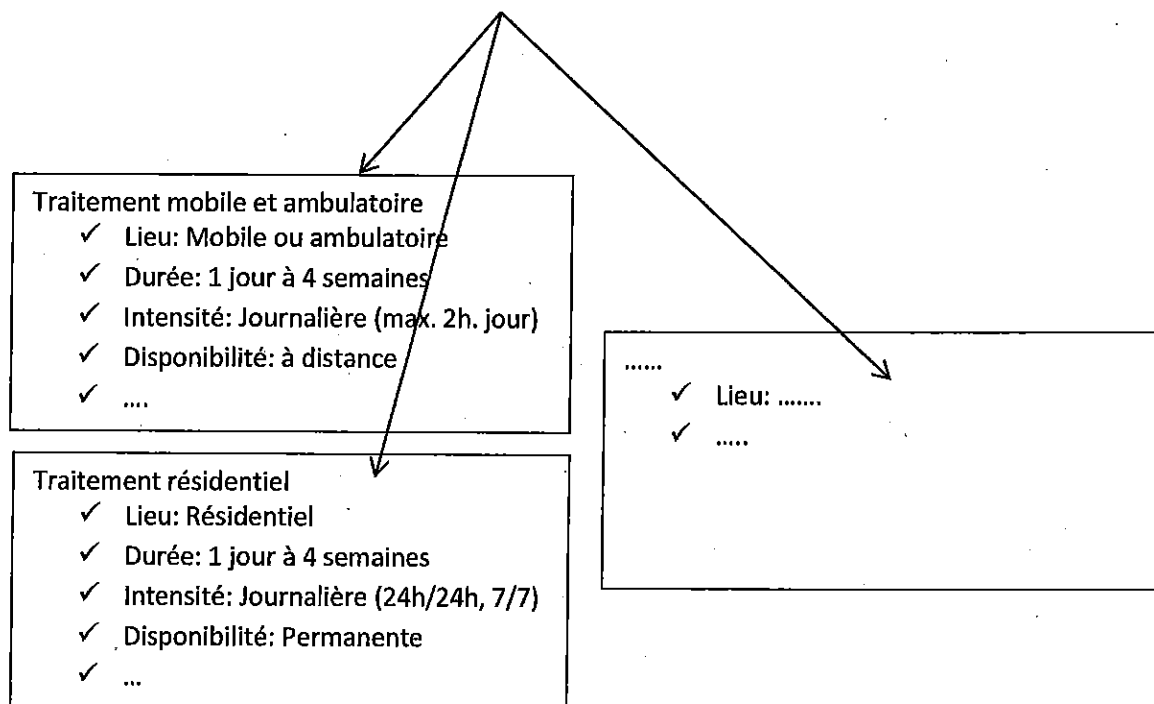
²⁸ A titre d'exemple de la fonction d'inclusion on peut citer les activités de soutien ou de développement ayant pour objectif de faire participer au mieux l'enfant ou l'adolescent à la vie en société. Il peut s'agir d'activités orientées vers l'autonomie, l'apprentissage ou la formation, mais également d'interventions (psycho)-éducatives axées sur la stimulation du développement et sur l'éducation, et cela de manière planifiée et méthodique. L'échange d'informations et le transfert de connaissances, de même qu'une formation ciblée et l'apprentissage de compétences, sont des exemples d'outils et de leviers dans cette fonction. Les initiatives d'activation, p. ex. l'apport d'une structure de vie ou la recherche d'activités de loisirs, organisées en vue d'apprendre à structurer sa journée s'inscrivent dans ce cadre. Les aptitudes sont développées par l'accès à une vie (sociale, culturelle) dans la société, mais tout autant par l'accès, le maintien ou la reprise p. ex. d'un parcours scolaire ou de formation régulier ou adapté. Les interventions sont axées autant sur le jeune que sur son entourage (parents, famille, ...).

NOUVELLE POLITIQUE DE SANTÉ MENTALE AU SENS LARGE
 SOCIÉTÉ ACTION SOCIALE ET SOINS DE SANTÉ SOINS DE SANTÉ MENTALE



3^{ème} Schéma : Schéma des fonctions

Dans la nouvelle politique de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent, les fonctions constituent la base d'un ou de plusieurs programmes. Pour concrétiser ces fonctions, des modalités y sont liées. Dans le schéma ci-dessous un programme est présenté à titre d'exemple, à savoir pour 'les soins de crise'. L'exemple détaille uniquement la fonction de traitement. Considérons qu'au départ de cet exemple, ce programme peut être concrétisé et adapté par le réseau. Les programmes peuvent également être complétés et développés entre plusieurs réseaux afin de garantir la transversalité. Les modalités décrites sont purement illustratives.



4^{ème} Schéma: Exemple de programme pour "les soins de crise", mettant l'accent sur le traitement

Sur la base du plan d'action concret comportant les objectifs stratégiques et les engagements des différents gouvernements, le guide permettra de mettre en avant, selon le point de vue politique adopté, certains programmes prioritaires impliquant globalement plusieurs fonctions et décrivant les modalités pertinentes.

Dans le guide, les programmes sont décrits de façon large afin que les réseaux disposent d'une latitude et de possibilités suffisantes pour traduire les lignes de force de façon créative au niveau du réseau, sous forme de programmes, en tenant compte e.a. des caractéristiques spécifiques de l'offre sur la zone d'activité, l'expertise développée, les besoins rencontrés et les priorités propre au réseau. Ces programmes seront conçus au départ des besoins de l'enfant ou de l'adolescent et de leur entourage et constitueront la base des trajets individuels destinés aux enfants et aux adolescents dans le cadre de l'offre en réseau.

Les programmes peuvent se concentrer:

- sur le contenu de certains soins spécifiques, comme les soins d'urgence, de crise ou de longue durée, les soins actifs contenant, ...
- sur un certain nombre de groupe d'âge spécifiques, compte tenu du degré de développement de l'enfant ou de l'adolescent, comme par ex. les très jeunes enfants et les nourrissons
- à des groupes de population comportant des caractéristiques spécifiques, comme par ex. des jeunes avec une problématique psychiatriques qui sont sous le coup d'une décision de justice, des jeunes qui ont un problème d'assuétude, des enfants ou des jeunes atteints d'une déficience intellectuelle et qui souffrent d'un trouble psychique ou psychiatrique

Les programmes reposent sur la vision décrite précédemment et mettent l'accent sur le principe qui veut que la prise en charge de l'enfant ou de l'adolescent se fasse dans la mesure du possible dans son propre environnement, afin que les facteurs qui y sont liés soient pris en compte dans le traitement.

Leur élaboration s'appuiera sur les avis et rapports déjà validés, l'expérience internationale ainsi que les résultats de l'enquête et des auditions des 'pratiques novatrices' belges.

3.2.2. Conditions préalables en termes de fonctionnement

Afin de réaliser au mieux ces fonctions et programmes le réseau doit également investir dans les conditions préalables suivantes en termes de fonctionnement:

A. PREVENTION UNIVERSELLE ET PROMOTION DE LA SANTE MENTALE

La prévention universelle concerne tous les enfants et adolescents. La prévention sélective concerne les groupes à risque. La Charte d'Ottawa (1986) fait fonction de document de base²⁹. En effet, celle-ci stipule que la santé relève de la responsabilité de tous. La promotion de la santé nécessite en effet une action coordonnée de toutes les personnes concernées: les autorités, le secteur des soins de santé, les secteurs sociaux et économiques, les organisations bénévoles et non gouvernementales, les autorités locales, l'industrie et les médias.

B. RENFORCEMENT DES COMPETENCES

L'échange mutuel de l'expertise, non liée à un cas individuel, apporte une plus-value par la valorisation de différents types de compétences de base, quel que soit le domaine de travail spécifique du prestataire de soins ou de la structure.

C. ENREGISTREMENT, ÉVALUATION ET PARTICIPATION A LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

Chaque réseau développe et implémente une vision portant sur l'enregistrement et l'évaluation. Chaque réseau s'investit et participe à la recherche scientifique.

3.2.3. Série de mesures organisationnelles et enclines à faciliter le financement

L'autorité doit élaborer une série de mesures organisationnelles et enclines à faciliter le financement :

A. SCIENCE : RECHERCHE, FORMATION ET EXPERTISES

- **RECHERCHE SCIENTIFIQUE COMME BASE**

Afin de mettre en œuvre la nouvelle politique de santé mentale, il y a lieu d'investir dans la recherche scientifique, e.a. quant à la prévalence et l'incidence, l'économie de la santé (dont e.a. l'impact de la détection précoce et de la prise en charge en temps opportun). L'innovation est stimulée par le transfert de connaissances scientifiques dans la pratique.

- **FORMATION ET ÉDUCATION DANS LE CADRE DE CETTE NOUVELLE POLITIQUE**

Une offre de formation, la possibilité de participer à des stages, des ateliers, des interventions, des séminaires, des journées d'étude, des rencontres thématiques, des séances d'information, ... soutiennent la nouvelle politique de santé.

- **PRISE EN CONSIDERATION DE L'EXPERIENCE INTERNATIONALE ET DE L'EXPERTISE LOCALE**

Lors de la phase d'élaboration, les recommandations et les expertises issues de l'expérience internationale ainsi que les résultats obtenus suite aux enquêtes et aux auditions organisées au niveau local seront pris en considération.

B. PRINCIPE DE L'ÉGALITE ET DISPONIBILITÉ DE MOYENS ADDITIONNELS

L'offre aujourd'hui disponible est répartie de manière inégale et couvre les besoins et les demandes d'aide de façon insuffisante. C'est un constat qui est fait aussi bien en règle générale qu'en ce qui concerne l'offre destinée à des sous-domaines spécifiques. Cette situation implique le choix explicite des autorités à consacrer des budgets supplémentaires afin de répondre à ces besoins (cf. OMS).

Les programmes et les fonctions devront être couverts tant par l'offre ambulatoire que résidentielle. Il est évident que cette réponse aux besoins repose d'une part sur l'offre disponible et d'autre part sur une connaissance actualisée des taux de prévalence en pédopsychiatrie. Il est possible de combler l'écart qui existe entre cette offre disponible et les besoins en pédopsychiatrie au niveau des différentes régions, en augmentant à la fois l'offre ambulatoire et l'offre résidentielle en pédopsychiatrie notamment par la création de formules de soins novatrices (nouvelles formules de soins).

L'objectif à terme sera de trouver un bon équilibre et une répartition équitable de l'offre sur l'ensemble du territoire.

Lors de l'élaboration du plan d'action, il sera également tenu compte d'avis du Conseil national des Etablissements hospitaliers (CNEH) concernant les besoins supplémentaires nécessaires en termes de capacité résidentielle pour les enfants et les adolescents.

C. FLEXIBILITÉ : FACTEURS DE RICHESSE ET DE STIMULATION

Une réglementation trop stricte et trop complexe hypothèque le fonctionnement dynamique et souple. La nouvelle politique de santé mentale doit opter de manière radicale pour une réglementation flexible et adaptée. La dispensation ou l'accès aux soins indispensables ne doit pas être ralenti par des obstacles involontaires et des difficultés administratives. Il est nécessaire que la réglementation soit adaptée afin de pouvoir agir rapidement et précisément aux niveaux de tous les partenaires concernés en fonction de la demande.

D. ANCRAGE STRUCTUREL DES INITIATIVES APRÈS ÉVALUATION

Les projets pilotes actifs depuis un certain temps, les pratiques novatrices et inspirantes déjà identifiées et les initiatives lancées dans le cadre de cette nouvelle politique, font l'objet d'une évaluation approfondie en vue d'être reconnus et financés de manière structurelle. En outre, les initiatives probantes doivent être exportées vers les zones d'activité non couvertes.

E. COOPERATION INTERSECTORIELLE, TANT SUR LE TERRAIN QU'AU NIVEAU DE L'AUTORITE

La coopération intersectorielle occupe une place centrale. Les transferts d'un secteur à l'autre doivent être réalisés dans le cadre des trajets de soins, de façon continue et sans rupture. Cela implique une concertation et une coopération intersectorielle intensive tant au niveau des entrées et des sorties qu'au niveau de l'organisation de la postcure.

F. PLAN DE COMMUNICATION

Durant toute la période d'implémentation il convient d'accorder une attention particulière à l'efficacité et la clarté de l'information transmise. Il est donc essentiel de se doter d'un plan de communication. Celui-ci doit être planifié et organisé en vue de présenter à l'ensemble des acteurs concernés les points clés de la nouvelle politique la vision, les valeurs et les principes. L'objectif est de les impliquer dès le départ en insistant sur la nécessaire co-construction du dispositif global.

4. Planning des prochaines étapes de travail

Le calendrier issu de la Déclaration Conjointe n'est pas réalisable. On trouvera ci-dessous un calendrier adapté qui donne un aperçu de la planification dans le temps de la réalisation de la nouvelle politique de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent. Le contenu de la Déclaration Conjointe Complémentaire est traduit et développé dans le guide qui comporte un plan d'action concret. Ce guide sera présenté sous forme de protocole d'accord soumis à la Conférence Inter Ministérielle.

Voor de Federale Staat,
Pour l'Etat fédéral,



Laurette Onkelinx,
Vice-Eerste Minister en Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,
belast met Maatschappelijke Integratie
Vice-première Ministre et Ministre des Affaires Sociales et de la Santé publique,
chargée de l'Intégration Sociale

Voor de Vlaamse Gemeenschap en het Vlaams Gewest,



Jo Vandeurzen,
Vlaams Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Pour la Région Wallonne,



Eliane Tillieux,
Ministre de la Santé, de l'Action sociale et de l'Egalité des chances

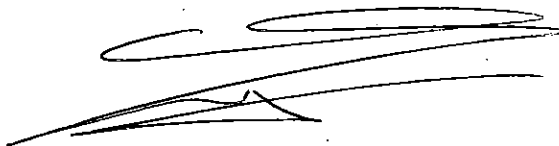
Pour la Communauté Française,



Fadila Laanan,

Ministre de la Culture, de l'Audiovisuel, de la Santé et de l'Égalité des chances

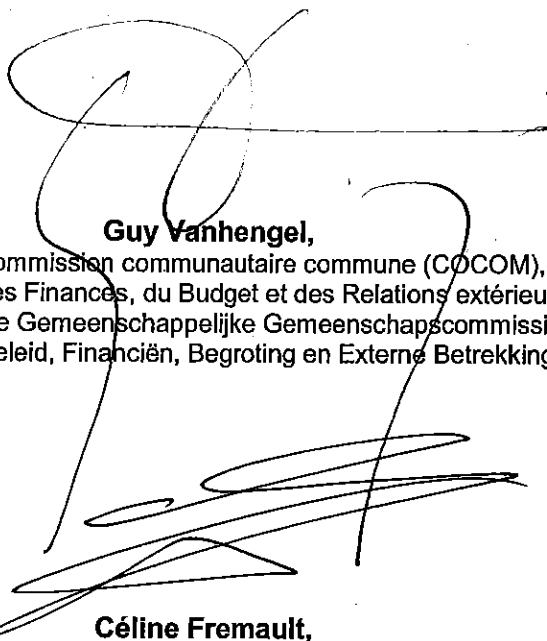
Pour la Commission Communautaire Française de Bruxelles-Capitale,



Céline Fremault,

Membre du Collège de la Commission communautaire française (COCOF), chargé de la Fonction publique, de la Politique de la Santé et de la Formation professionnelle des Classes moyennes

Pour la Commission Communautaire Commune de Bruxelles-Capitale,
Voor de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie van Brussel-Hoofdstad,



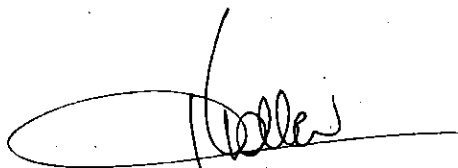
Guy Vanhengel,

Membre du Collège réuni de la Commission communautaire commune (COCOM), chargé de la Politique de la Santé, des Finances, du Budget et des Relations extérieures
Lid van het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (COCOM), belast met Gezondheidsbeleid, Financiën, Begroting en Externe Betrekkingen

Céline Fremault,

Membre du Collège réuni de la Commission communautaire commune (COCOM), chargé de la Politique de la Santé et de la Fonction publique
Lid van het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (GGC), belast met Gezondheidsbeleid en Openbaar Ambt

Für die Deutschsprachige Gemeinschaft,
Pour la Communauté germanophone,



Harald Mollers,
Minister für Familie, Gesundheit und Soziales,
Ministre de la Famille, de la Santé et des Affaires sociales,

Ainsi conclu à Bruxelles, le
24 FEB. 2014

Aldus overeengekomen te Brussel, op
24 FEB. 2014