

SOINS DE SANTE MENTALE POUR ENFANTS ET ADOLESCENTS: DEVELOPPEMENT D'UN SCENARIO DE GOUVERNANCE

SYNTHESE



SOINS DE SANTE MENTALE POUR ENFANTS ET ADOLESCENTS: DEVELOPPEMENT D'UN SCENARIO DE GOUVERNANCE

SYNTHESE

PHILIPPE VANDENBROECK, RACHEL DECHENNE, KIM BECHER, KOEN VAN DEN HEEDE, MARIJKE EYSSSEN, GUIDO GEERAERTS, BETH STROUL



■ PRÉFACE

Quand quelque chose arrive à des enfants, cela nous touche profondément. La société se doit de veiller à prévenir ou à soigner de façon adéquate la maladie et la souffrance des enfants, encore plus que celles des adultes. Pour les soins de santé mentale, c'est encore plus vrai parce que le développement futur de l'enfant et toute la suite de sa vie peuvent en être affectés. De plus, contrairement aux maladies somatiques, un problème mental percole pratiquement dans tous les domaines de la vie de l'enfant. Ce qui signifie que de nombreux acteurs y sont confrontés : tout d'abord les membres de la famille, les amis et l'école, mais cela peut aussi aller beaucoup plus loin, jusqu'aux services de police ou de la justice.

C'est ainsi qu'au fil des ans, on a vu apparaître nombre d'initiatives, y compris en dehors ou à côté de la psychiatrie infantile ou de la jeunesse. Mais malgré la multitude d'initiatives assurément souvent très valables et malgré l'investissement compétent et généreux de tant de personnes, on se plaint de longues files d'attente et il règne un profond malaise dans le secteur. S'il y a bien une idée sur laquelle tout le monde est d'accord, c'est que cela ne peut pas continuer ainsi.

Dans le présent rapport nous tentons de jeter un peu de lumière sur cette problématique complexe et multidimensionnelle, et nous explorons des pistes pour sortir de l'impasse. Il ne s'agit pas de la première initiative en ce sens, ce qui indique dès l'abord qu'il n'y a sans doute pas de solution miracle et rapide au problème. Nous n'avons effectivement pas trouvé de *'magic bullets'*, mais nous dégageons néanmoins un certain nombre de recommandations destinées à enregistrer des progrès aux niveaux micro, meso et macro. Nous avons impliqué activement tous les stakeholders dans le processus de réflexion, un processus qui est parti de l'analyse du système dans toute sa complexité, au delà des structures et des groupes d'intérêt particuliers.

Il faut maintenant traduire les recommandations en projets et en actions concrètes. On le doit bien à tous ceux qui ont consacré de leur temps et partagé leurs idées avec les chercheurs ; mais on le doit aussi et surtout aux enfants et aux adolescents qui ont non seulement besoin mais aussi le droit à une aide experte de la part de notre société d'adultes.

Jean-Pierre CLOSON
Directeur Général Adjoint

Raf MERTENS
Directeur Général



■ RÉSUMÉ

TABLE DES MATIÈRES

1.	INTRODUCTION, CONTEXTE ET MÉTHODES	4
1.1.	UN SYSTÈME EN PROIE À DE GRAVES DIFFICULTÉS	4
1.2.	QUATRE RAISONS DE PROCÉDER D'URGENCE À UNE RÉFORME, ADAPTÉE AUX BESOINS DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS	4
1.3.	UN PROBLÈME COMPLEXE, NÉCESSITANT UNE APPROCHE PLURIDIMENSIONNELLE	4
1.3.1.	Méthodologie.....	5
1.3.2.	Extrants	6
2.	ZONES PROBLÉMATIQUES IDENTIFIÉES PAR LES PARTIES PRENANTES	8
2.1.	LISTES D'ATTENTE.....	8
2.2.	ACCROISSEMENT DE LA DEMANDE.....	8
2.3.	ABSENCE DE VISION D'ENSEMBLE CLAIRE	9
2.4.	ABSENCE D'UN CADRE D'ÉVALUATION TRANSPARENT	9
3.	QU'EST-CE QU'UN FUTUR SYSTÈME IDÉAL DES CAMHS DEVRAIT ÊTRE CAPABLE DE PROCURER?	10
3.1.	DÉFINITION	10
3.1.1.	Finalité fondamentale d'un futur système des CAMHS en Belgique	11
3.1.2.	Neuf qualifications additionnelles du mode de fonctionnement du système (<i>Y</i>)	12
3.1.3.	Définition source étendue	13
3.2.	MODÈLE D'ACTIVITÉS.....	13
3.2.1.	Modules fonctionnels	13
3.3.	CONCLUSION.....	18
3.3.1.	Contributions clés Contributions clés Contributions clés	18
3.3.2.	Déconstruire, pour davantage de créativité	18
4.	DU MODÈLE CAMHS ENVISAGÉ AUX RECOMMANDATIONS	19
5.	RECOMMANDATIONS.....	20
	RECOMMANDATION 1	20



RECOMMANDATION 2 21
RECOMMANDATION 3 22
RECOMMANDATION 4 23
RECOMMANDATION 5 24
RECOMMANDATION 6 26
RECOMMANDATION 7 26
RECOMMANDATION 8 28
RECOMMANDATION 9 29
RECOMMANDATION 10 29
6. CONCLUSION..... 31
7. RÉFÉRENCES 32



1. INTRODUCTION, CONTEXTE ET MÉTHODES

1.1. Un système en proie à de graves difficultés

En 2005, lorsque l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) incite les Etats à adresser les préoccupations relatives à la santé mentale des enfants et des adolescents,^{1,2} sa démarche est entre autres motivée par les difficultés rencontrées par de nombreux pays pour définir une stratégie cohérente et efficace répondant aux besoins complexes inhérents à ce domaine. L'enfant n'est pas la seule personne affectée par ces troubles. Son cercle familial et son entourage le sont souvent également, et de nombreux intervenants sont sollicités ou impliqués dans la prévention et la gestion de ces problèmes, avec à la clé un surcroît de complexité pour toute solution potentielle. Bien que toutes les parties prenantes s'accordent à considérer que le système belge actuel de soins de santé mentale pour enfants et adolescents soit en proie à de nombreux problèmes, il n'existe pas à ce jour de stratégie digne de ce nom en la matière. Comme dans de nombreux autres pays occidentaux, les réformes antérieures se sont concentrées sur le secteur de la santé mentale pour adultes. Ce secteur, jadis caractérisé par de multiples et larges institutions isolées, a progressivement été transformé en un dispositif de soins équilibré. Les soins sont proposés et fournis aussi près que possible du milieu de vie du patient, et seulement en institution si nécessaire.³

Il est patent que le système d'organisation des services de santé mentale pour enfants et adolescents, encore appelé CAMHS, requiert une approche sui generis. Le KCE a été chargé de mener à bien une étude de nature à servir de fondement à une réforme du système des CAMHS. Un rapport publié récemment par le Conseil National des Etablissements hospitaliers (CNEH) offre une analyse d'expert des problèmes actuels et des suggestions pour les besoins futurs dans le secteur des CAMHS en Belgique. Cet important document nous a énormément aidé pour la présente étude. Le cas échéant, nos conclusions et recommandations seront articulées avec son contenu.

1.2. Quatre raisons de procéder d'urgence à une réforme, adaptée aux besoins des enfants et des adolescents

Premièrement, les problèmes de santé mentale des enfants et des adolescents ne sont pas inhabituels. L'OMS évalue à 20% la prévalence des troubles et problèmes mentaux chez les enfants et les adolescents dans les pays occidentaux, dont 5% nécessitant une intervention clinique.^{4,5} Deuxièmement, on observe un degré élevé de continuité entre les troubles des enfants et des adolescents, et ceux à l'âge adulte.⁵ Selon l'OMS, environ 50% des troubles mentaux chez les adultes apparaissent avant l'âge de 14 ans.⁶ Des interventions appropriées pendant l'enfance et l'adolescence seraient de nature à améliorer considérablement la santé mentale de l'ensemble de la population, tout en ouvrant de nouvelles perspectives d'avenir aux jeunes concernés.²

Troisièmement, il est généralement accepté qu'une politique appropriée de santé mentale pour enfants et adolescents devrait spécifiquement intégrer une dimension développementale. Les différentes étapes du développement des enfants et des adolescents ont un impact sur leur sensibilité aux troubles mentaux, sur le mode d'expression des troubles et sur la manière dont ils devraient être traités.^{7,8}

Finalement, le secteur des CAMHS s'est développé bien plus tard que le secteur pour adultes, et il ne se caractérise pas par l'existence de vastes institutions isolées de soins hospitaliers (la durée de séjour moyenne dans les services de pédopsychiatrie (lits-K) était de 40 jours en 2007).⁹

1.3. Un problème complexe, nécessitant une approche pluridimensionnelle

Eu égard à la complexité de la question et à la nature hautement contextuelle de toute solution pouvant être avancée, nous avons été tenus de combiner de manière innovante plusieurs approches différentes, et nous avons divisé l'étude en deux parties.

Une première partie, publiée en novembre 2011, a procédé à l'évaluation de l'état actuel des connaissances en matière d'organisation des CAMHS en effectuant une étude narrative de la littérature et une analyse des récentes réformes en Colombie britannique (Canada), aux Pays-Bas, au Royaume-Uni et en France.⁹



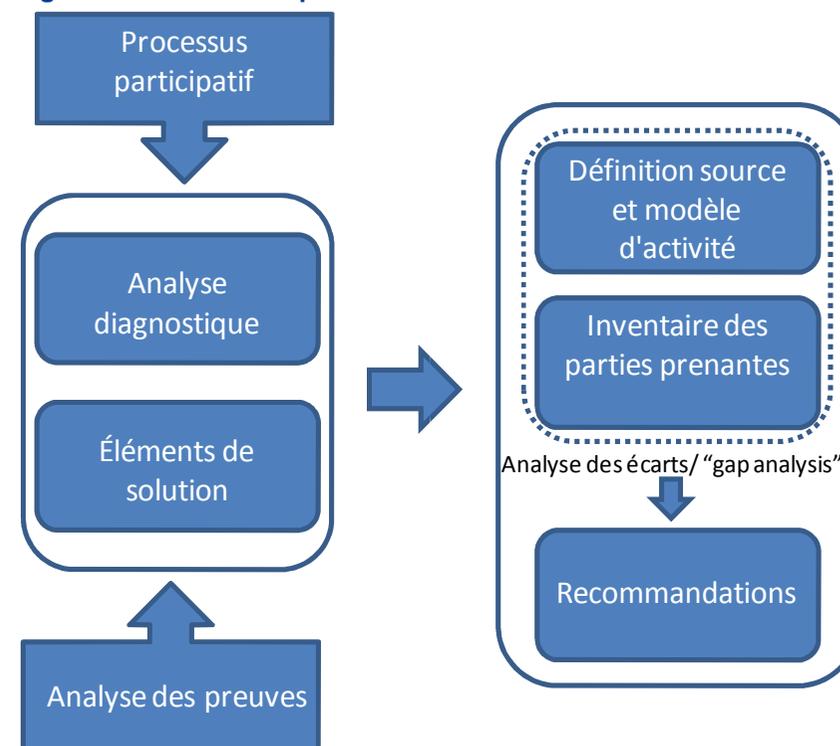
L'objectif de la seconde partie, qui fait l'objet du présent rapport, était de **profiler un futur système belge en matière de CAMHS**, dans le cadre d'un processus participatif (c'est-à-dire avec implication des parties prenantes) en se fondant sur les preuves (restreintes) découlant de la première partie⁹ et d'autres études du KCE^{10,11} (voir figure 1).

1.3.1. Méthodologie

La méthodologie utilisée pour solliciter la participation des parties prenantes au **processus participatif** est inspirée de la *Soft Systems Methodology*.¹² Dans le cadre de la présente étude, ces informations ont été complétées par une **analyse des preuves**.⁹⁻¹¹ Ces deux sources ont été utilisées pour:

- (1) Mener à bien une **analyse diagnostique** du système des CAMHS existant, et
- (2) Identifier les **éléments de solution** qui pourraient être intégrés à l'avenir dans un système plus efficace.

Figure 1: Trame conceptuelle de l'étude



Le processus participatif

Le processus participatif s'est articulé autour de cinq événements participatifs distincts pour des groupes de parties prenantes francophones et néerlandophones, car la différence de langue va de pair avec de considérables différences institutionnelles et thérapeutiques dans le domaine des soins de santé mentale (voir tableau 1).

Une étude documentaire et des informations ponctuelles récoltées auprès d'informateurs clés appartenant à notre réseau existant ont permis de constituer **une longue liste de parties prenantes CAMHS**. C'est à partir de cette liste que des personnes ont été invitées à prendre part à une ou plusieurs rencontres.



Le processus participatif s'est limité aux parties prenantes professionnelles, expertes et institutionnelles. Le point de vue des enfants et des adolescents n'a été intégré dans le processus que par le biais de représentants d'organisations de patients et de groupes d'entraide. Au total, 66 parties prenantes différentes ont pris part à une ou plusieurs rencontres. Un tiers environ des parties prenantes ayant participé à toutes les rencontres était constitué de pédopsychiatres (psychiatres infanto-juvéniles). Cette surreprésentation des pédopsychiatres est délibérée, eu égard à leur compétence, à leur autorité en la matière et à leur rôle clé dans le système actuel, mais elle a induit un biais dans l'étude. On trouvera une description détaillée des profils des parties prenantes aux sections 2.2.2.1 et 2.2.2.2 du rapport scientifique.

1.3.2. Extrants

Deux ensembles d'extrants ont été produits, sur la base du diagnostic et des éléments de solution identifiés.

1. Dans une première phase, la **définition source** (finalité / raison d'être) et le **modèle d'activité** (ou le modèle conceptuel des activités requises) ont été formulés afin de délimiter les contours du futur système des CAMHS. Ils représentent un modèle idéal, sans contraintes de limites, statut légal, ressources, pouvoirs, etc. Cette étape a pour but de définir clairement la raison d'être du système des CAMHS, ainsi que les activités requises pour le mettre en oeuvre.
2. Dans la seconde phase, nous avons comparé le système des CAMHS belge actuel au système idéal (**cartographie des parties prenantes**), afin de repérer les chevauchements et les écarts (**gap analysis**). Cet exercice a débouché sur une vision très claire des plages de réforme prioritaires.

Ce processus a généré le second extrant de l'étude, à savoir un éventail de **recommandations** d'interventions dans le système des CAMHS.

L'étude ne va pas jusqu'à détailler la gamme d'initiatives spécifiques à prendre pour concrétiser cette réforme. Les programmes, services et activités qui seront finalement retenus devraient toutefois s'inscrire dans le cadre tracé par la présente étude.



Tableau 1: Description du processus participatif

Activité	Période	Objectif de l'activité	Parties prenantes	Nombre de participants
Entretiens exploratoires	Juillet-Septembre 2011	Récolte de l'avis d'experts sur le système des CAMHS actuel. Perception des rapports de force et de la 'faisabilité culturelle' de changements	Parties prenantes faisant autorité dans le secteur des CAMHS	5 Francophones 5 Néerlandophones
Table-ronde initiale	Septembre 2011	Examen des avis des experts quant aux problèmes du système des CAMHS actuel, ainsi que des éléments de solution en vue de la mise en place d'un système plus efficace	Multiples profils: praticiens, gestionnaires, décideurs politiques, universitaires provenant de différents secteurs (soins de santé mentale ambulatoires et résidentiels, services de soins de premier recours, secteurs connexes tels qu'écoles, services d'aide sociale, justice pour mineurs)	17 Francophones 13 Néerlandophones
Atelier de validation	Octobre 2011	Examen et optimisation de la définition source et du modèle d'activité émergents	Multiples profils: praticiens, gestionnaires, décideurs politiques, universitaires provenant de différents secteurs (soins de santé mentale ambulatoires et résidentiels, services de soins primaires, secteurs connexes tels qu'écoles, services d'aide sociale, justice pour mineurs)	23 Francophones 20 Néerlandophones
Entrevues consultatives	Novembre 2011-Janvier 2012	Possibilité pour les intervenants clés de mieux exprimer leur opinion et d'élucider certains des points relevés lors de l'atelier de validation Prise en compte de multiples perspectives complémentaires, plus particulièrement de professionnels impliqués dans d'autres secteurs au service des jeunes	Intervenants faisant autorité dans le secteur des CAMHS et dans d'autres secteurs de prise en charge des jeunes	9 Francophones 9 Néerlandophones
Atelier de consolidation	Janvier 2012	Examen et optimisation du projet final de recommandations	Multiples profils: praticiens, gestionnaires, décideurs politiques, universitaires provenant de différents secteurs (soins de santé mentale ambulatoires et résidentiels, primary care services, secteurs connexes tels qu'écoles, services d'aide sociale, justice pour mineurs)	17 Francophones 17 Néerlandophones



2. ZONES PROBLÉMATIQUES IDENTIFIÉES PAR LES PARTIES PRENANTES

Au fil des rencontres avec les parties prenantes, plusieurs problématiques affectant le système des CAMHS actuel ont été inventoriées. Dans le présent paragraphe, nous nous limiterons à la synthèse des principaux points. En revanche, le rapport scientifique (Figure 2, chapitre 3.3) en fournit un paysage complexe (dans lequel pas moins de 36 problèmes sont représentés, interreliés par 60 flèches), qui illustre **les interactions entre les différents points de friction**. Pour une description plus détaillée, consultez les points 3.2, 3.3, 4.6.1 et 5.1 du rapport scientifique.

2.1. Listes d'attente

Tant les services ambulatoires (CGG/SSM) que résidentiels se caractérisent par de longues listes d'attente pour les enfants et les adolescents. Ces listes d'attentes sont perçues comme **un facteur clé** de l'inefficacité du système, de l'image négative du secteur, des résultats décevants et d'une expérience sous-optimale, tant pour les enfants que pour leur famille, et ce pour les raisons suivantes:

- **Manque de diversité dans la provision de services:** les prestations sont essentiellement limitées aux services ambulatoires et résidentiels traditionnels. Les services ambulatoires sont perçus comme inefficaces et en déficit de personnel. On observe également une pénurie d'infrastructures de crise et d'urgences, ainsi que de 'soins assertifs' mobiles. En général, le système ne dispose pas suffisamment de solutions de prise en charge à domicile et de proximité, ainsi que de solutions suffisamment intensives pour constituer des alternatives aux traitements dans un contexte hospitalier ou résidentiel.
- **Les problèmes de capacité ont tendance à se renforcer mutuellement:** On se trouve confronté à une dynamique de 'renvoi de balle' d'un service à l'autre: le manque de capacité ambulatoire accroît la pression sur les dispositifs de crise, qui sont très vite saturés et qui

renvoient les enfants vers des infrastructures résidentielles dans lesquelles ils ne devraient pas se trouver. Cette situation engendre une utilisation inappropriée et inefficace de la capacité disponible des infrastructures résidentielles onéreuses.

- **Une dynamique d'initiatives innovantes et expérimentales,** qui ne s'inscrivent pas dans le cadre stratégique au sens large. Ces initiatives apportent une réponse à des besoins réels, mais elles restent locales, atteignent très vite leur point de saturation et contribuent à la fragmentation. Elles font en outre fonction de soupapes de sécurité, qui relâchent la pression sur le système et qui contribuent ainsi à son inertie et à la résistance aux réformes. Par ailleurs, ces nouveaux services atteignent très vite leur capacité maximale, dissuadant les acteurs du secteur de prendre des initiatives similaires.

2.2. Accroissement de la demande

Les parties prenantes soulignent le net accroissement de la demande de services de santé mentale de la part des jeunes et de leur famille. Pour expliquer ce phénomène, ils avancent les raisons suivantes:

- **L'approche 'groupe cible'**, qui établit un catalogue de plus en plus détaillé des troubles mentaux et comportementaux, et renforce ainsi la demande qu'il génère, tant de la part des patients que des prestataires de services (car ces derniers souhaitent conserver leur raison d'être).
- Les problèmes de santé mentale semblent être **de plus en plus graves et complexes**. Il est possible que cette tendance soit liée aux évolutions sociétales plus larges.
- **Les listes d'attente dopent la demande.** Les patients, qui ont conscience de l'existence de listes d'attente, s'inscrivent souvent auprès de plusieurs services, en espérant ainsi obtenir une prise en charge plus rapide. Ceci gonfle les listes d'attente au-delà de toutes proportions réalistes. Ce problème est lié à **la nature éparse et non structurée de l'accès au système des CAMHS**. L'efficacité des services de première ligne (tels que le conseil en milieu scolaire, les services aux jeunes ou les médecins généralistes) et leur interaction avec les services spécialisés sont contrariées par la fragmentation et

par le manque de compétences en matière de santé mentale des services et soutiens non spécialisés.

2.3. Absence de vision d'ensemble claire

Malgré le consensus sur le fait que **les enfants ne doivent pas être considérés comme des petits adultes** (un des arguments justifiant une vision globale, une politique et un programme distincts pour les CAMHS), il existe de très nombreux autres points sur lesquels **il n'existe pas de consensus**. Faute d'appréhender clairement sa finalité, le système se laisse diriger par les intérêts des institutions, plutôt que par les besoins réels des jeunes et de leur famille.

Quatre dimensions clés ont émergé des rencontres entre parties prenantes comme essentielles à toute approche globale des CAMHS:

- **Périmètre** – Le système se concentre-t-il exclusivement sur l'enfant ou s'étend-il à l'ensemble de l'environnement social du jeune (y compris par ex. sa famille, son école et la collectivité)? Dans son état actuel, le système ne tient pas suffisamment compte de cet environnement social.
- **Rôle de l'enfant et de la famille** – Un dogme des soins/soutiens impulsés par la famille est peu utile. Il est souvent difficile de considérer les enfants et adolescents (ou leur famille/entourage) comme des experts de leurs propres troubles, et en conséquence comme partenaires et co-créateurs de leur propre itinéraire de prise en charge. Il serait désirable d'adopter une approche centrée sur la famille/entourage dans laquelle le niveau d'implication requis des enfants, adolescents et de leur famille est évalué au cas par cas.
- **Perspective développementale** – Les besoins et défis des jeunes personnes évoluent à mesure qu'ils sortent de l'enfance et entrent dans la vie d'adulte. Dans quelle mesure un système de soins de santé mentale est-il disposé et capable de moduler ses interventions en fonction de ces différentes phases développementales?
- **Approche 'groupe cible' vs. 'population'** – Il est nécessaire d'instaurer un équilibre entre la prise en charge de jeunes souffrant de troubles diagnostiqués, et une politique de santé publique plus générale, qui comprend également des stratégies de promotion de la

santé mentale, de prévention, de 'repérage' des troubles et d'intervention précoces.

2.4. Absence d'un cadre d'évaluation transparent

Eu égard à l'absence de vision et d'objectifs clairement définis, on observe également l'absence de définition claire des résultats poursuivis, qui servirait à profiler le système et à générer les services et soutiens requis pour produire les résultats spécifiés.

Les méthodes d'évaluation sont non existantes ou inappropriées. Les systèmes disponibles (tels que RPM/MPG) accroissent la charge administrative supportée par les praticiens, mais ils ne sont peu ou pratiquement pas utilisés pour l'aide à la prise de décision et d'optimisation continue de la qualité, que ce soit au niveau du système (meta) ou de la prestation de service.

L'analyse diagnostique des CAMHS: problème complexe ('wicked problem') et blocage

(Voir également la Figure 2)

Les parties prenantes s'accordent à considérer comme problématique la situation actuelle dans le secteur des CAMHS. Plusieurs points problématiques ont été identifiés (voir 2.1- 2.4 ci-dessus), tels que de longues listes d'attente, une demande en constante augmentation, l'absence de vision claire d'ensemble et de cadre d'évaluation transparent. Les problèmes sont fondamentaux et manifestement interconnectés, tandis que le système souffre de fragmentation, d'inefficacité et de soins/soutiens sous-optimaux .

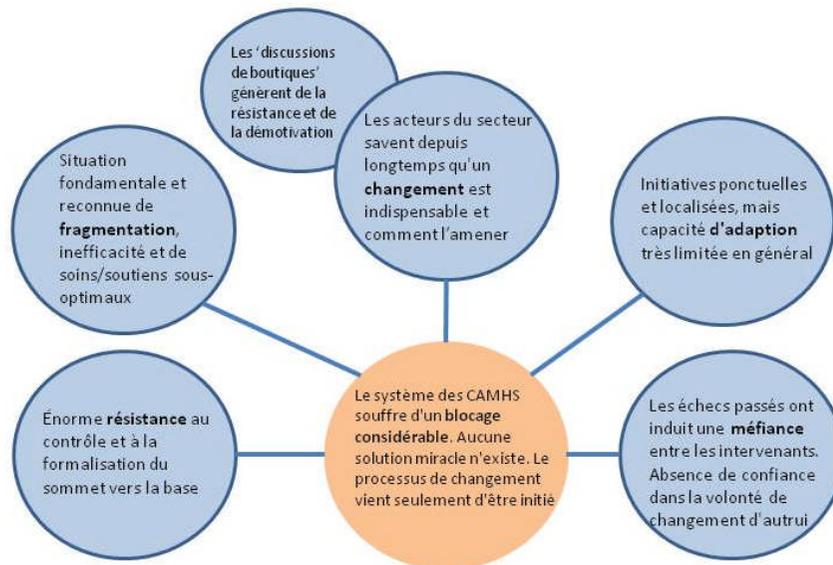
Malgré les multiples initiatives locales innovantes lancées par des acteurs de terrain au cours des dernières années, le système des CAMHS dans son ensemble n'est pas parvenu à s'adapter. Ces échecs passés ont induit une méfiance entre les intervenants et les secteurs concernés, ainsi qu'une absence de confiance dans la volonté de changement de l'autre.



Malgré ce constat, les parties prenantes sont farouchement opposées à un contrôle et une formalisation du sommet vers la base. En conséquence, on observe un antagonisme entre l'approche de la base vers le sommet, qui est vivement souhaitée, et la difficulté d'instaurer des pratiques organisationnelles et gestionnelles efficaces visant à favoriser la collaboration interinstitutionnelle.

Sur la base de ces différents éléments, nous concluons que le système des CAMHS est confronté à une problématique complexe ('wicked problem'), qui se traduit par un blocage. Manifestement, il n'y a pas de 'solution miracle' c.à.d les problèmes ne pourront être résolus par des mesures ponctuelles et à court terme.

Figure 2: Le système des CAMHS: un problème complexe ('wicked problem')



3. QU'EST-CE QU'UN FUTUR SYSTÈME IDÉAL DES CAMHS DEVRAIT ÊTRE CAPABLE DE PROCURER?

3.1. Définition

Dans le présent chapitre, nous décrivons la formulation d'une définition source pour une réforme systémique du système des CAMHS belge, ainsi que les activités fonctionnelles que devrait produire un tel système (le 'Modèle d'Activités'). Ces deux éléments sont dérivés de la "Soft Systems Methodology", à savoir la méthodologie utilisée pour piloter le remodelage du système étudié.

Une **définition source** ne traduit pas la mission d'une organisation spécifique, mais exprime la **finalité** d'un système idéal, qui peut être concrétisée opérationnellement de multiples manières et qui peut impliquer des acteurs très divers. Il s'agit de la description de l'apport unique (la 'finalité') que le système est censé générer:

Un système mandaté par R et opérationnalisé par A, conçu pour faire X via Y pour les Usagers U afin de réaliser Z dans le cadre imposé par les contraintes de son Environnement E¹²

Acteurs (A): personnes physiques et morales impliquées dans la concrétisation sur le terrain de la finalité du système.

Responsables (R): acteur(s) capables de changer ou d'arrêter le système, et pouvant donc être considérés comme responsables du système.

Contraintes de l'Environnement (E): circonstances extérieures qui influencent le fonctionnement du système.

L'élément Y détaille *la manière* dont la finalité est concrétisée. D'autres paramètres spécifient et détaillent la finalité fondamentale.



La définition source et le modèle d'activités (décrits dans la section suivante) sont fondés sur **les éclairages suivants**:

- L'analyse diagnostique (les goulets d'étranglement et les points de friction propres au système actuel, à éviter à l'avenir).
- Les points de vue éclairés dérivés des éléments de solution avancés par les parties prenantes.
- 'Systems of Care', le cadre dominant dans la littérature consacrée aux modèles organisationnels des CAMHS,⁹
- D'autres rapports du KCE dans ce champ de recherche,^{10,11}
- L'avis rendu par le CNEH,¹³
- Des entretiens approfondis avec les parties prenantes (voir rapport scientifique, 4.5 et 4.6)

3.1.1. Finalité fondamentale d'un futur système des CAMHS en Belgique

"Le système des CAMHS offre une large gamme de services (X) aux enfants, aux adolescents et aux jeunes adultes présentant ou à risque de présenter des troubles mentaux, ainsi qu'à leur famille/entourage (U), afin d'aider ces jeunes personnes à vivre plus harmonieusement à la maison, à l'école, au sein de la collectivité et tout au long de leur vie (Z)."

Une large gamme de services (X) ...

Les services prestés englobent la sensibilisation, la prévention et les services de santé mentale spécialisés et 'orientés soins/soutiens'. La définition d'un périmètre aussi large pour les services CAMHS est conforme à la littérature^{2,14} et à l'avis du CNEH,¹³ et elle est soutenue par les parties prenantes (voir rapport scientifique, 4.1.1 et 4.1.2).

... prestés par de nombreux acteurs différents (A), dans et hors du cadre des soins de santé, ...

Au stade actuel de la réflexion, les modalités concrètes d'organisation du futur système des CAMHS restent à définir. Toutefois, la finalité fondamentale comprise dans la définition source devra être concrétisée via l'apport de nombreux acteurs différents, professionnels de la santé et autres intervenants (services de santé mentale, services sociaux, services éducatifs, services de santé somatique, services pour moins-valides,

services de lutte contre les assuétudes, services récréatifs, justice des mineurs, ainsi que potentiellement d'autres acteurs concernés.

... avec une responsabilité partagée (R), ...

Le système des CAMHS envisagé peut être considéré comme étant mandaté par les instances tant fédérales que fédérées.

... mais dans le cadre de certaines contraintes (E), ...

Sur la base des éléments de preuve évoqués ci-avant, il est évident qu'un budget limité, ainsi qu'une fragmentation institutionnelle et sectorielle notable, sont autant de paramètres extérieurs qui continueront à influencer considérablement le fonctionnement du système des CAMHS.

... pour tous les enfants, leur famille et leur entourage (U), ...

Le système des CAMHS devrait aider tous les enfants à développer leurs aptitudes psychosociales, alors que la finalité fondamentale (procurer soins et soutiens) cible les enfants en proie à des difficultés. La répartition des ressources disponibles entre la population dans son ensemble et les jeunes souffrant de troubles de santé mentale est une question qui relève de la décision politique.

Il est en outre souhaitable de renforcer l'implication de la famille et de l'environnement de l'enfant (c.à.d. son établissement scolaire et la collectivité dans laquelle il vit). Les parties prenantes soulignent que la relation entre les enfants et leur famille n'est pas exempte de conflits et de complications. Dans certains cas, la famille est dysfonctionnelle ou est une des sources des troubles de l'enfant. En conséquence, les parties prenantes ont proposé de ne pas conserver le terme 'impulsé par la famille' (un aspect important du 'System of Care'¹⁴) comme élément qualificatif de la définition source.

... afin qu'ils atteignent un mieux-être, maintenant et pour le reste de leur vie (Z).

Le but ultime des services fournis à ces enfants et adolescents est d'accroître leur bien-être et leur potentiel de développement, tout au long de leur vie. Ce but ultime ne signifie pas pour autant que les résultats cliniques sont sans importance. Les parties prenantes se sont montrées réticentes à utiliser une terminologie trop 'fonctionnaliste' pour décrire ces résultats, et elles ont mis en exergue l'importance du 'bien-être' et du 'développement'. Cette position est conforme à la définition de l'approche



du 'Systems of Care',¹⁴ ainsi qu'à l'avis du CNEH,¹³ qui énonce que 'le rétablissement ou l'intégration' et autant que possible 'la participation maximale à la vie en société' doivent être les objectifs ultimes des soins/soutiens procurés.

3.1.2. Neuf qualifications additionnelles du mode de fonctionnement du système (Y)

Assortis d'un cadre éthique

Les professionnels doivent disposer de directives éthiques bien définies pour pouvoir gérer les tensions et dilemmes qui entourent l'enfant. Ce cadre éthique est un élément indispensable (mais pas suffisant) pour pouvoir contribuer au bien-être et au développement des jeunes personnes. L'approche du 'Systems of Care' met l'accent sur les droits de l'enfant comme socle éthique. L'accessibilité et la personnalisation des services, ainsi que l'encouragement à la prise de responsabilités par les enfants et les familles sont soulignés.¹⁴ L'avis du CNEH met également en exergue l'accessibilité et la qualité des effectifs sous-tendant les services, mais il est plus réservé quant au rôle de la famille.¹³

Soutenus par des professionnels

Le fait d'étendre le périmètre du système des CAMHS au-delà des soins spécialisés et de mettre l'accent sur la prise en charge au sein de la famille et du milieu de vie ne signifie pas que n'importe qui peut être instauré prestataire de soins/soutiens. Lors des tables rondes, il a été répété à plusieurs reprises que la prestation des soins, au sens large, doit être subordonné en toutes circonstances à la détention de la compétence requise. L'avis du CNEH consacre un chapitre distinct à l'élargissement du fossé en matière de compétences et recommande la mise en valeur de la prise en charge de proximité, ainsi que l'encouragement à l'acquisition de compétences en matière de santé mentale par les prestataires de soins/soutiens et éducateurs de secteurs connexes.¹³

Basés sur des preuves

Les preuves émergent de la pratique (Evidence-Based Practice) sont considérées comme ayant une valeur importante dans la littérature CAMHS internationale.^{14, 15} Il existe des programmes, services et dispositifs de soins innovants dont l'efficacité n'a pas encore été établie, mais qui sont prometteurs et/ou sont considérés comme potentiellement

bénéfiques dans l'optique de la résolution des problèmes importants pour les enfants, les adolescents et leurs familles. Le terme 'basé sur des preuves probantes (Evidence-Based) devrait offrir espace et soutien (tel que des programmes de recherche) à ces approches prometteuses, afin d'éviter que leur potentiel d'innovation soit mis en péril par l'obligation de se conformer à des protocoles validés de manière strictement scientifique.

De manière coordonnée

La fragmentation est considérée comme une des atteintes majeures à l'efficacité et à l'efficience du système des CAMHS en Belgique, mais également dans d'autres pays.⁹ En conséquence, un surcroît de coordination est un des critères clés du futur système des CAMHS. Cette recommandation est partagée par les parties prenantes, la littérature internationale et les pratiques d'excellence mises en œuvre dans d'autres pays.⁹ L'avis du CNEH recommande également une collaboration plus efficace entre les services de soins ambulatoires et résidentiels. Il propose également l'instauration d'une importante fonction de *consultation* et de *liaison*, chargée de la coordination avec les secteurs connexes.¹³

En réseau

Les réseaux de soins sont (généralement) des agrégats régionaux de différents prestataires de soins – des soins de base aux jeunes aux infrastructures résidentielles spécialisées – qui coordonnent leurs activités afin de contribuer à une ou plusieurs trajectoires de soins. Comme nous l'avons déjà souligné, les réseaux ont été une des caractéristiques importantes de la réforme du secteur des soins de santé mentale pour adultes (ces concepts ont été enterinées par l'article 11 de la loi sur les hôpitaux).³

Personnalisés

L'approche 'Systems of Care' recommande une personnalisation de la prestation des soins, particulièrement aux jeunes personnes souffrant de troubles complexes de santé mentale.¹⁴ L'approche enveloppante ('wraparound') agrège des services d'encadrement de proximité, des soins/soutiens de base et une prise en charge spécialisée en santé mentale en constellations souples et personnalisées.^{9, 14} L'avis du CNEH plaide pour une 'approche multisystèmes' fondée sur un diagnostic et un programme de soins/soutiens individualisés.¹³ Les parties prenantes ont



fait valoir que les soins/soutiens sont trop souvent conditionnés de manière ponctuelle par les services et capacités disponibles, plutôt que par les besoins du jeune et de sa famille (entourage).

Adéquats en matière de développement

Les parties prenantes ont recommandé d'inclure une perspective développementale dans le concept des CAMHS (voir supra).

Tenant compte de la diversité des cultures

Les prestataires de soins doivent être en mesure d'interagir avec le patient dans sa langue, et tenir compte de ses sensibilités culturelles. Il s'agit d'un des principes clés de l'approche 'Systems of Care'.¹⁴

Prestés dans un environnement aussi peu restrictif que possible

Les services doivent être prestés dans un environnement aussi peu restrictif que possible. Cette caractéristique clé de l'approche des 'Systems of Care' est appuyée par les parties prenantes. Elle est également défendue par l'avis du CNEH, qui plaide pour un déplacement du centre de gravité du système vers la prise en charge ambulatoire.¹³

3.1.3. Définition source étendue

À la lumière de ces qualifications additionnelles, la définition source peut désormais être formulée comme suit:

“Le système des CAMHS est une gamme de services guidés par des considérations éthiques, s'appuyant sur des professionnels et fondés sur des preuves, destinés aux enfants et adolescents souffrant de ou risquant d'être confrontés à des troubles de santé mentale, et à leur entourage. Ces services sont dispensés de façon coordonnée, personnalisée, adéquate par rapport au stade de développement du bénéficiaire et culturellement compétente, dans l'environnement à la fois le moins restrictif possible, cliniquement adéquat et le mieux adapté aux besoins de l'enfant. Son but est d'aider ces jeunes à atteindre un mieux-être et accroître leur potentiel de développement à la maison, à l'école, au sein de la collectivité et tout au long de leur vie.”

3.2. Modèle d'Activités

Le '**Modèle d'Activités**' a été conçu sur la base de cette définition source, dans le but de représenter la manière dont le système réalisera sa finalité.

Un modèle d'activités est une représentation synthétique d'un système de travail, illustrant les activités à mener à bien pour que le système atteigne son objectif.

Ce modèle ne représente pas un système existant, mais bien un système idéalisé, capable de produire l'apport unique synthétisé par la définition source. Il se compose d'un ensemble d'*activités fonctionnelles*. Les entrées du modèle d'activités sont des verbes, et non des substantifs.

Il est très probable que des personnes représentant ou appartenant à un très large éventail de services et organisations contribuent à ces activités. En conséquence, les limites du modèle d'activités ne doivent pas être considérées comme des démarcations organisationnelles.

3.2.1. Modules fonctionnels

Le modèle se compose de 35 activités différentes, groupées en 9 modules fonctionnels:

1. planifier, dispenser et coordonner les soins;
2. gerer l'accès aux soins;
3. offrir des services de réponse aux crises;
4. développer et supporter la gamme de service;
5. supporter familles/proches et jeunes comme partenaires de soin;
6. conduire des activités de prévention et de développement des compétences de vie;
7. conduire des activités de repérage précoces;
8. développer et raffiner le modèle de soins;
9. gestion du système.



3.2.1.1. Module 1 - planifier, dispenser et coordonner les soins

Le module fonctionnel nodal du système des CAMHS a pour finalité de dispenser des services. Le module ne détaille ni la nature ni la localisation des services dispensés. On distingue 5 activités fondamentales:

- **développer/ réviser le plan de soins personnalisé:** Dans le cas d'un traitement ordinaire, cette activité ne nécessitera pas beaucoup de temps ni de ressources. Dans les cas plus complexes, qui requièrent une approche enveloppante (wraparound), par exemple, la somme d'efforts à consentir sera plus considérable.
- **fournir des services et du support** (à savoir la prestation concrète des services): Les services peuvent être simples et ponctuels, ou complexes et durables. Ils peuvent être dispensés à domicile, en milieu scolaire, dans un centre pour jeunes, dans une infrastructure ambulatoire, ou dans les services spécialisés d'un hôpital psychiatrique. Idéalement, ces services doivent être accessibles, personnalisés, culturellement adaptés et dispensés dans un environnement aussi peu restrictif que possible.
- **fournir une coordination des soins:** La coordination des services, dans et en dehors de la sphère du secteur de santé mentale, est une exigence incluse dans la définition source. En conséquence, des ressources doivent être allouées, de sorte que les personnes concernées puissent contribuer à cette activité.
- **surveiller et évaluer les progrès:** La prestation de soins aux jeunes et à leurs familles doit être évaluée en termes d'efficacité. Cette activité génère un indispensable feedback qui permet aux professionnels et aux jeunes (et à leurs familles) de prendre des décisions plus pertinentes quant aux modalités (nature et étendues) de la trajectoire de soins.
- **développer du support IT et collecter les données:** La coordination, la supervision et l'évaluation doivent nécessairement se fonder sur une certaine forme de gestion de l'information.

3.2.1.2. Module 2 - gérer l'accès aux soins

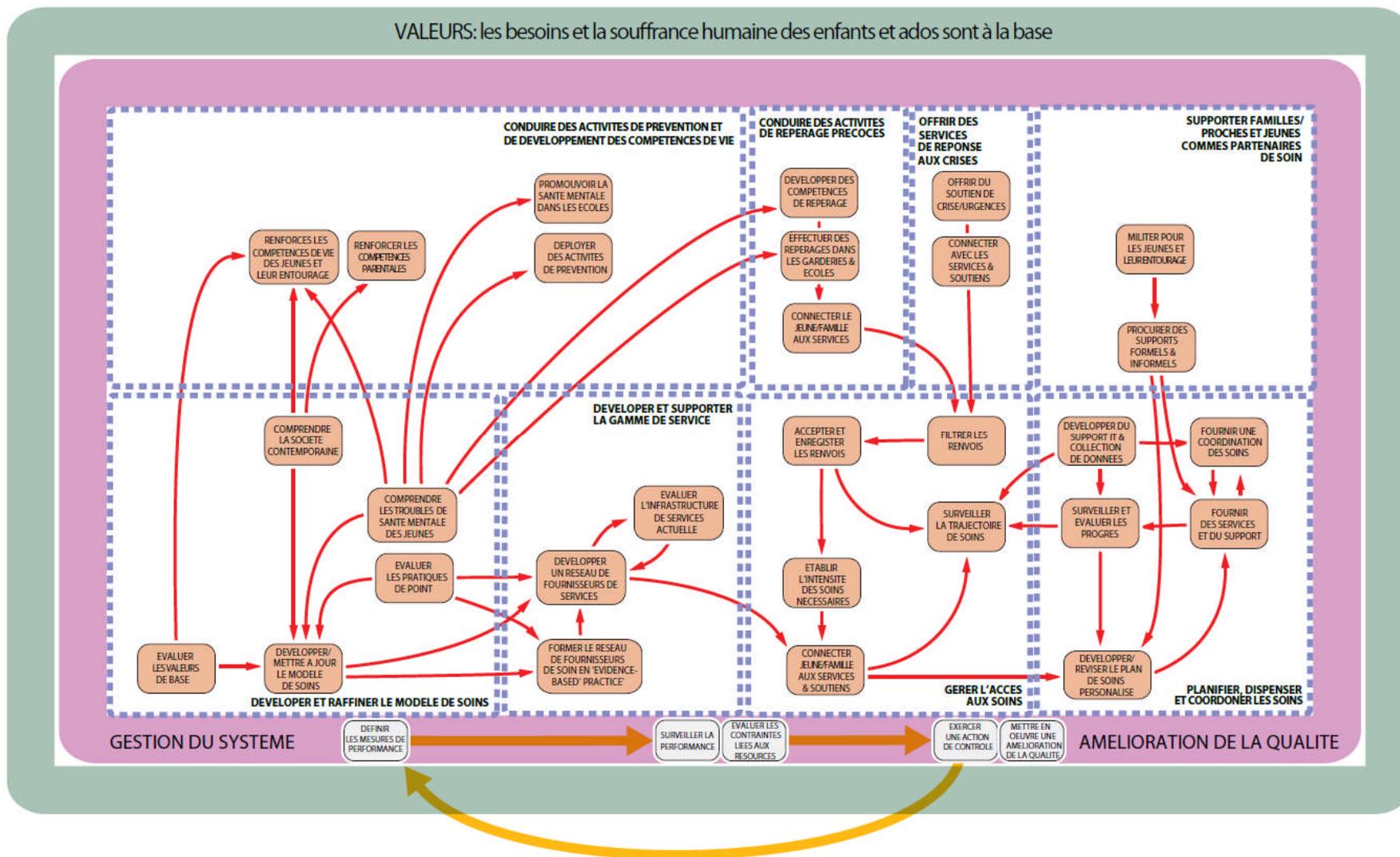
Un des modules fonctionnels régit l'accès des enfants et des adolescents au système de soins. Il se fonde sur quatre activités distinctes:

- **filtrer les renvois:** Les enfants et adolescents demandeurs de soins de santé mentale peuvent provenir de différentes sources (infrastructures d'urgence ou de crise, écoles, médecins généralistes, pédiatres, etc.) Quel que soit ce référent, leur cas doit faire l'objet d'un filtrage initial en fonction d'un protocole préalablement défini.
- **accepter et enregistrer les renvois:** Ce filtrage détermine si le jeune peut ou non bénéficier de soins de santé mentale. Dans l'affirmative, il est enregistré. La nature de cet enregistrement – centralisé ou non – n'est pas définie par le modèle d'activité.
- **établir l'intensité des soins nécessaires:** Après le filtrage et l'enregistrement, il convient de procéder à une évaluation de l'intensité des soins nécessaires.
- **connecter le jeune/famille aux services et soutiens:** En fonction de l'évaluation de l'intensité nécessaire, l'enfant/adolescent et sa famille sont mis en contact avec les services appropriés. Cette activité est ensuite connectée à l'activité 'Développer et Réviser le Plan de Soins Personnalisé', qui fait partie des modules de prestation des soins.

Les deux modules évoqués ci-avant constituent **l'axe prestation des services du système des CAMHS**. Ils doivent toutefois être complétés par un autre module fonctionnel pour que le système fonctionne conformément à la finalité et aux exigences de la définition source.



Figure 3: Modèle d'activité





3.2.1.3. Module 3 - offrir des services de réponse aux crises

La pénurie de services d'urgences et de réponse aux crises a été soulignée comme problème aigu dans l'analyse diagnostique. L'avis du CNEH recommande également d'allouer davantage de ressources à cette fonction.¹³ Deux activités sont incluses dans le modèle d'activité:

- **offrir du soutien de crise/urgences:** Le modèle d'activités ne spécifie pas où et comment ces services doivent être fournis (par exemple par des équipes mobiles ou des cellules spécialisées dans des hopitaux psychiatriques ou des centres de soins de santé mentale de proximité).
- **connecter avec les services et soutiens:** Une fonction de liaison qui assure la connexion avec le module 'Gérer l'Accès Aux Soins'.

3.2.1.4. Module 4 - développer et supporter la gamme de service

Un des problèmes du système actuel réside dans l'étranglement de l'éventail de services, et dans le fait qu'il repose trop sur des infrastructures résidentielles. Le 'Systems of Care' recommande de compléter les services ambulatoires et résidentiels par une prise en charge et un soutien des jeunes et de leur famille en milieu de vie.¹⁴ L'avis du CNEH propose de déplacer le centre de gravité vers les services ambulatoires.¹³ Quels que soient le mix de services et le réseau de prestataires qui sont jugés adéquats pour une certaine région (géographique), les intervenants devront investir du temps et de l'énergie dans leur mise en œuvre et leur développement. Le programme se compose de 3 activités:

- **développer un réseau de fournisseurs de services.**
- **évaluer l'infrastructure de services actuelle:** La mise en place de services alternatifs repose sur une analyse de l'écart entre la nature et la qualité des services qui existent déjà dans la région, et la demande en services.
- **former le réseau de fournisseurs de soins en 'evidence-based practice':** Les services doivent bénéficier d'un encadrement professionnel, ce qui nécessite une formation.

3.2.1.5. Module 5 - supporter familles/proches et jeunes comme partenaires de soin

Un système de soins articulé autour de la famille attend de la famille et des autres aidants qu'ils prennent une part active à la formulation de la trajectoire de soins. Ils doivent être encouragés à le faire. Le module se compose de deux activités:

- **procurer des supports formels et informels:** Les familles doivent bénéficier d'informations, d'encadrement, de soutien par des pairs, de services de relâche et d'autres services formels et informels pour pouvoir remplir ce rôle.
- **militer pour les jeunes et leur entourage:** Une défense et promotion énergique de la cause et des intérêts des jeunes et des adolescents souffrant de troubles mentaux et de leur famille est requise dans l'optique du développement de la gamme des services de support.

3.2.1.6. Module 6 - conduire des activités de prévention et de développement des compétences de vie

Il est établi que les programmes préventifs et les interventions précoces en milieu scolaire ont un effet positif sur la prévention de l'anxiété et sur la confiance en soi des enfants.⁹ De même, l'approche du 'Systems of Care' réserve une place de choix à la prévention, tout comme l'avis du CNEH.¹³ Le module de prévention et de développement des compétences de vie se compose de quatre activités:

- **déployer des activités de prévention:** Des activités de prévention clés, auxquelles peuvent être associées divers types d'interventions, dans différents cadres.
- **promouvoir la santé mentale dans les écoles:** Cette activité se concentre essentiellement sur les éducateurs et les enfants en milieu scolaire.
- **renforcer les compétences de vie des jeunes et de leur entourage.** La vie moderne est plus stressante et plus exigeante (obligation de réussir, évolution constante des technologies, consumérisme, etc.) et impose aux enfants et à leur famille de disposer de compétences de vie appropriées.



- **renforcer les compétences parentales.** Les parties prenantes ont souligné que la vulnérabilité des enfants aux problèmes de santé mentale, ainsi que ces problèmes en eux-mêmes, est en progression en raison de l'érosion des compétences parentales. Cette activité a pour but de remédier aux causes parentales/environnementales des troubles de santé mentale.

3.2.1.7. Module 7 - conduire des activités de repérage précoces

Toutes les parties concernées s'accordent à reconnaître que le repérage des troubles de santé mentale chez l'enfant est essentiel, dans la mesure où une intervention précoce peut avoir un impact considérable sur leur développement et sur la qualité de vie de l'enfant et de sa famille, et éviter des interventions thérapeutiques ultérieures. Ce module est connecté au module 'Gérer l'accès Aux Soins', ainsi que plus loin au module 'Planifier, Dispenser et Coordonner les Soins'. Il se compose de trois activités liées au repérage:

- **développer des compétences de repérage:** Les compétences doivent être développées auprès des parents, des gardiennes, des éducateurs et du personnel des écoles et des centres de soins pour enfants.
- **effectuer des repérages dans les garderies et écoles.**
- **connecter le jeune/famille aux services:** Selon les résultats du repérage, les services d'identification précoce doivent interagir avec le système de soins de santé mentale.

3.2.1.8. Module 8 - développer et raffiner le modèle de soins

Les tables rondes ont clairement indiqué qu'il est important pour le système des CAMHS de disposer d'une capacité d'apprentissage et d'auto-réparation. Cinq activités sont incluses pour offrir au système cette capacité d'adaptation et de réagencement du modèle de soins en fonction des évolutions sociétales, de l'évolution des attentes à l'égard des enfants, ainsi que des progrès dans la pratique des soins de santé mentale:

- **développer/mettre à jour le modèle de soins:** Le système des soins de santé mentale pour enfants et adolescents doit intégrer une fonction de remise en question et d'adaptation, afin de suivre les évolutions de la société et l'évolution des pratiques en santé mentale.

- **comprendre la société contemporaine:** Le modèle de soins doit tenir compte des tendances sociales dominantes et y apporter une réponse. Les intervenants dans le système des CAMHS devront veiller à accorder à ces évolutions toute l'importance qu'elles méritent, fût-ce de manière informelle.
- **évaluer les valeurs de base:** Il est indispensable de procéder à une évaluation régulière de la pertinence des valeurs cardinales du système, ainsi que de leur capacité à guider l'action des professionnels de la santé et des décideurs politiques.
- **comprendre les troubles de santé mentale des jeunes:** La société évolue, tout comme l'efficacité des méthodes scientifiques visant à comprendre le mode de fonctionnement de l'esprit des enfants. Pour suivre ces évolutions, il est bien sûr indispensable de mobiliser les ressources requises.
- **évaluer les pratiques de pointe:** Des études sont nécessaires, afin d'évaluer les avancées dans les pratiques et techniques de soins de santé mentale.

3.2.1.9. Module 9 - gestion du système

Quelles que soient les modalités d'organisation et de mise en œuvre des activités des huit autres modules, il est indispensable d'évaluer l'efficacité et l'efficacité de l'ensemble du système. Ce module se compose de cinq activités:

- définir les mesures de performance;
- surveiller la performance;
- évaluer les contraintes liées aux ressources;
- exercer une action de contrôle;
- mettre en œuvre une amélioration de la qualité.



3.3. Conclusion

3.3.1. Contributions clés Contributions clés Contributions clés

Trois transformations fondamentales.

Le modèle d'activités est le vecteur de trois mutations fondamentales:

- Au niveau de l'enfant et de sa famille, le système des CAMHS doit garantir l'atténuation de la souffrance de l'enfant;
- Au niveau des services, le système des CAMHS doit favoriser et promouvoir une meilleure coordination;
- Au niveau de la politique, le système des CAMHS doit garantir sa fidélité aux valeurs clés, et sa capacité d'adaptation pour ce faire;

La palette de 35 activités interdépendantes, groupées en 9 modules fonctionnels, a pour but d'assurer la concrétisation de la finalité du système.

Générique en termes de solutions, spécifique en termes de critères

D'une part, le modèle d'activités est générique et permet différentes approches opérationnelles. C'est un de ses atouts, car il peut s'adapter aisément à différents contextes régionaux.

Le modèle d'activités peut aussi être spécifique pour certains groupes cibles.

Les modules de prévention et de repérage précoce du modèle se révéleront très importants pour la grande majorité des jeunes ne souffrant pas de troubles mentaux, ou de troubles mentaux légers. Pour les jeunes en proie à des troubles plus complexes, le module 'Planifier, Dispenser et Coordonner les Soins' sera le plus important (ainsi que toutes les autres activités qui le supportent).

Le modèle d'activités est même en mesure d'intégrer différents équilibres entre une approche 'ensemble de la population' et une approche 'groupe cible'. En fonction de la pondération de chacune d'entre elles dans la politique d'un pays ou d'une région, davantage de ressources peuvent être affectées aux activités de prévention et de développement des compétences, plutôt qu'aux activités de repérage et de traitement.

D'autre part, le modèle d'activités reflète la spécificité du modèle de soins multisystème coordonné envisagé dans le cadre de la présente étude. Le

module de support des enfants et de leurs familles veut leur donner un plus grand pouvoir de décision dans la manière dont les soins/soutiens sont dispensés. Le module 'Développer et Supporter la Gamme de Service' attire l'attention sur la nécessité d'innover en permanence, afin de proposer un large éventail de services, allant au-delà des services ambulatoires et résidentiels conventionnels. Les activités de coordination et de gestion de l'information du module 'Planifier, Dispenser et Coordonner les Soins' reconnaissent la nécessité de collaborer et de procéder à des échanges d'informations au sein du secteur de la santé mentale et au-delà. Les activités combinées 'Développer et Réviser le Plan de Soins Personnalisés avec le Jeune et sa Famille comme Partenaires de Soins' souligne l'importance des approches 'assertives' dans la prestation des soins.

Dans l'ensemble, le modèle d'activités traduit les caractéristiques distinctives d'une philosophie des soins de santé mentale émergente. Comme souligné ci-avant, le modèle d'activités ne devrait pas être dissocié de la définition source, à laquelle il est étroitement associé et qui lui fournit le cadrage requis.

3.3.2. Déconstruire, pour davantage de créativité

Comme on pouvait s'y attendre, le modèle d'activités a de nombreuses caractéristiques communes avec des modèles conceptuels proposés par ailleurs. C'est également le cas pour **l'avis du CNEH**,¹³ qui propose un système de soins de santé mentale pour enfants/adolescents composé de 6 modules: une fonction de soins (semi-)résidentiels; une fonction de services ambulatoires; une fonction de prévention, repérage, intervention précoce; une fonction de soins d'urgences, de crise et assertifs; une fonction d'interconnection avec les services de soins à domicile et de proximité; ainsi que divers modules de soins spécialisés pour des groupes cibles spécifiques (assuétudes, jeunes délinquants).

Les deux approches contiennent des fonctions de prévention, de repérage, d'intervention précoce, de crise et d'urgences. La fonction de liaison est explicitement présente dans les deux modèles. Malgré ces points communs manifestes, **la perspective adoptée par les deux modèles conceptuels est différente**. L'avis du CNEH¹³ fait nommément référence aux infrastructures ambulatoires et résidentielles et est toujours très proche d'une manière de penser hospital-centrique. En revanche, notre



modèle d'activités ne spécifie pas l'*endroit* où les soins doivent être prodigués. Il indique seulement que c'est sur la base d'une évaluation de l'intensité des soins requise que les soins doivent être programmés, dispensés et supervisés. En ce sens, il entreprend de déconstruire les modèles offrant des solutions fondées sur les droits acquis des structures existantes, de ce fait libérant une réflexion créative centrée sur les objectifs fondamentaux que le système est sensé servir. Par exemple, comme la définition source stipule, entre autres, que **les services seront fournis dans l'environnement le moins restrictif et que, dans la mesure du possible, la priorité sera accordée aux services à domicile et en milieu de vie**, ce sont ces critères qui devraient conditionner les décisions prises au niveau politique et du terrain quant aux types de services et soutiens à mettre en œuvre, en fonction du context.

4. DU MODÈLE CAMHS ENVISAGÉ AUX RECOMMANDATIONS

La phase suivante de l'étude est celle de la **cartographie des parties prenantes**. Cette phase a été entreprise pour obtenir une image détaillée des chevauchements et des écarts entre le modèle d'activités et le système actuel (voir le rapport scientifique, chapitre 4.4, pour des explications détaillées et des illustrations).

Dans une première phase, toutes les parties prenantes impliquées dans le système *actuel* des CAMHS sont positionnées dans un diagramme de base. Ensuite, les activités du modèle d'activités (c.à.d. du système *idéal*) sont reliées aux acteurs.. Dans une troisième phase, quatre types de relations entre les acteurs sont représentés (collaboration, financement, prestation de soins/soutiens et défense des intérêts).

Ce processus révèle non seulement les écarts et chevauchements, mais il illustre aussi une fois de plus **la complexité opérationnelle et réglementaire, ainsi que la multidimensionnalité** du système des CAMHS, de même que **le potentiel pour de nombreux acteurs de contribuer aux diverses activités qui assurent le bon fonctionnement du système des CAMHS**.

En dernier lieu, des recommandations stratégiques ont été formulées pour combler les lacunes observées dans le système des CAMHS actuel. Ces recommandations sont fondées sur les éléments de solution générés par:

- Les différentes rencontres avec les parties prenantes;
- La revue de la littérature et la comparaison internationale de la 1ère partie;⁹
- Des études antérieures du KCE dans ce domaine;^{10,11}
- L'avis du CNEH.¹³

Neuf recommandations ont été proposées pour soutenir une transition entre le système des CAMHS actuel, fragmenté et cloisonné, vers une provision de soins et de soutiens efficace, coordonnée et guidée par des considérations éthiques, et qui s'étend par-delà les frontières sectorielles et programmatiques. Une version provisoire de ces recommandations a été soumise aux parties prenantes dans le cadre d'un atelier de



consolidation. Dans l'ensemble, ces recommandations ont été jugées pertinentes et conformes au périmètre de réforme des CAMHS attendu par les experts (voir le point 5.4 du rapport scientifique). Le chapitre ci-après contient une description des recommandations, ainsi que:

- Une synthèse des problèmes qu'elles ont pour but de résoudre;
- Les éléments de solution qui ont été découverts durant l'étude;
- Les questions qui devront être prises en compte lors de la mise en œuvre des recommandations.

5. RECOMMANDATIONS

Recommandation 1

Renforcer la capacité de fournir des soins en situation de crise et d'urgences qui soient accessibles, réactifs et efficaces pour les enfants et les adolescents.

Le problème et ses causes

Les conséquences négatives de la pénurie de services d'urgences et de crise, qui sont essentiellement l'apanage des services de soins de santé mentale 'spécialisés' (voir chapitre 3.2.3 du rapport scientifique) se ressentent à de multiples niveaux: elles aggravent les problèmes de santé mentale des enfants et de leurs familles, induit de la frustration et du découragement dans le chef des prestataires de soins et favorise une utilisation inappropriée des infrastructures de soins existantes, essentiellement spécialisées et résidentielles.

Pistes de solutions

La remédiation à la pénurie de capacité d'urgences et de crise a fait l'objet tant d'une étude antérieure du KCE¹⁰ que de l'avis du CNEH.¹³

La revue de la littérature réalisée par le KCE révèle une tendance manifeste vers des modèles complémentaires de prestation de soins psychiatriques intensifs, y compris des services de proximité, des équipes d'intervention de crise et une prise en charge ambulatoire et résidentielle adaptée à l'âge. Le KCE recommande de conceptualiser les soins psychiatriques d'urgences comme une 'fonction' distincte, plutôt que comme un service ou département spécifique, en donnant la priorité aux soins non résidentiels.¹⁰

L'avis du CNEH¹³ propose d'apporter une réponse intégrée aux situations urgentes ou aiguës liées à un trouble de santé mentale par le biais de trois fonctions distinctes: les soins d'urgences, les soins de crise et les soins assertifs. Les soins d'urgences sont généralement liés aux complications médicales (somatiques) et nécessitent une intervention immédiate.

Les crises liées à la santé mentale s'accommodent d'un temps de réponse de quelques jours. Les soins assertifs se présentent sous la forme d'un processus adaptatif, durable et mobile d'implication au sein de leur milieu



de vie des personnes qui sont le plus dissociées de la société et de ses services, et qui sont donc les plus difficiles à atteindre. Les parties prenantes qui ont été consultées dans le cadre de la présente étude encouragent toutes les parties travaillant avec des enfants souffrant de troubles de santé mentale – y compris l'aide à la jeunesse et les services aux moins-valides – à prendre leurs responsabilités et à apporter une réponse appropriée aux situations urgentes et aiguës.

Éléments à prendre en compte dans la phase de mise en oeuvre

Une capacité de crise additionnelle pourrait être opérationnalisée d'autres manières, pas mutuellement exclusives:

1. Réserver un pourcentage prédéfini (K) des lits résidentiels aux admissions de crise (cette mesure nécessiterait une injonction fédérale);
2. Constituer des unités locales et autonomes, pas nécessairement attachées à un hôpital (mais à un centre local de soins de jour);
3. Mettre sur pied des équipes transsectorielles, pluridisciplinaires, mobiles et interconnectées, actives au niveau régional ou dans un 'bassin de soins', afin de soutenir les services non spécialisés de santé mentale. Ces équipes mobiles pourraient également intervenir dans des trajectoires courtes de soins assertifs sur demande (voir aussi l'avis du CNEH).

Un point de contact composé de collaborateurs transectoriels devrait être établi pour garantir une intervention de crise à tout moment (24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, avec pour directive de refuser les enfants et adolescents sans évaluation appropriée de la situation)¹⁰.

Le renforcement de la capacité de crise et d'urgences devrait être régi par deux principes clés: le service doit **être implanté dans un réseau transsectoriel de prestataires de soins**, et il doit être organisé de manière flexible en termes de localisation de la prestation, de préférence **dans un environnement aussi peu restrictif que possible**.

Les réseaux devraient s'organiser par eux-mêmes, bénéficier d'incitants lorsqu'ils offrent une couverture adéquate, lorsqu'ils sont disponibles et lorsque leurs soins sont de qualité. Tous les intervenants impliqués doivent leur allouer les ressources requises et renforcer leur compétence en matière de soins de crise, de manière à ce que chacun d'entre eux puisse

assumer ses responsabilités, particulièrement à l'égard des jeunes qu'ils ont traités. Des ressources fédérales complémentaires seraient nécessaires pour financer les 'lits de crise' qui ne font en principe pas partie du contingent de lits K des hôpitaux mais qu'ils gonflent actuellement par défaut.

Recommandation 2

Approfondir et soutenir les compétences professionnelles dans le cadre des soins de santé mentale non spécialisés de façon à améliorer la qualité de l'évaluation, des soins et d'une liaison éventuelle avec les services spécialisés.

Le problème et ses causes

Une des principales difficultés auxquelles sont confrontés les prestataires de soins de santé mentale réside dans la manière aléatoire dont les enfants aboutissent dans des infrastructures résidentielles de soins spécialisés. La qualité du repérage des enfants et de leurs familles en quête de support et leur aiguillage progressif vers des services plus spécialisés souffrent de la fragmentation chronique du système. Les lacunes du système se manifestent clairement dans les cas de crise et d'urgences aiguës (voir Recommandation 1) et lorsque les jeunes souffrent de troubles complexes et multiples de santé mentale (voir Recommandation 5). Dans d'autres cas moins extrêmes, il arrive aussi que les trajectoires de soins soient tortueuses et incohérentes, avec à la clé un surcroît de souffrance des enfants/adolescents et de leurs familles.

Un autre problème épinglé par les intervenants a trait aux relations tendues entre les services de première ligne (ou ligne zéro) et les cliniciens, dû en partie à des facteurs déontologiques et procéduraux, ainsi qu'à des expériences antérieures peu heureuses.

Pistes de solutions

En matière de soins de santé mentale, on considère de plus en plus souvent comme une bonne pratique le fait d'adapter à la complexité du cas le niveau d'expertise clinique au point d'entrée dans le système. La méthode Choix & Partenariat – une approche innovante, mais pas encore



validée en tant que telle, utilisée dans nombre d'hôpitaux psychiatriques en Belgique – incarne ce principe^{a,9}

Les intervenants n'ont pas été favorables du principe du 'point d'accès unique', en tirant argument du peu de succès de ce principe dans les pays où il a été appliqué.⁹ Ils plaident en revanche, conformément à l'avis du CNEH,¹³ pour un renforcement des compétences de base dans les services de conseil et de soins non spécialisés (tels que les écoles, les médecins généralistes, l'aide à la jeunesse et les centres de jour) et pour la possibilité d'avoir recours à des compétences spécialisées, le cas échéant, sur base consultative.⁹ Parmi les exemples évoqués, citons le programme de formation des médecins de première ligne en Colombie-Britannique⁹ et la mise au point de normes intersectorielles (savoirs, aptitudes et compétences) pour l'ensemble du personnel au Royaume-Uni.⁹

Éléments à prendre en compte dans la phase de mise en oeuvre

Le renforcement des compétences liées à la santé mentale dans des cadres non spécialisés requiert une maîtrise suffisante des **cadres juridiques** applicables aux CAMHS.

La mise en œuvre de la présente recommandation touche tous les professionnels impliqués dans les CAMHS. Un rôle clé doit être réservé aux **médecins généralistes**.¹⁶ Une évaluation des 'projets thérapeutiques' belges révèle toutefois que l'intégration de du secteur des soins de santé primaire dans les CAMHS pose un certain nombre de problèmes.¹¹ Les parties prenantes consultées dans le cadre de la présente étude soulignent la nécessité de reconnaître l'importance des médecins généralistes, de leur fournir une formation adéquate et de leur allouer une compensation financière pour les longues consultations. Par ailleurs, il convient de résoudre le problème du secret professionnel, derrière lequel les professionnels de la santé mentale semblent se retrancher.

Des **mesures relativement simples**, telles que le télécoaching (via Internet ou par téléphone) par des psychiatres, peuvent aussi faire une grande différence. Enfin, les professionnels qui font le lien entre différentes

lignes ou secteurs devraient bénéficier d'une formation adéquate (et même d'une qualification) en qualité de médiateurs de réseau dans les CAMHS.

Recommandation 3

Développer la prévention, l'identification, l'intervention et la promotion ayant trait à la santé mentale chez les nourrissons et les enfants en bas âge, particulièrement au sein des populations vulnérables et démunies.

Le problème et ses causes

L'Organisation Mondiale de la Santé fait état d'un haut niveau de prévalence des troubles de santé mentale chez les enfants et les adolescents.⁵ L'OMS souligne que les troubles qui se manifestent durant l'enfance ou l'adolescence se prolongent généralement à l'âge adulte.⁶

De nombreux facteurs – notamment sociaux, économiques, culturels, éducatifs, résidentiels et familiaux – influencent la sensibilité à ce risque.¹⁷ Les intervenants ont dès lors fait référence aux groupes à risques suivant: les enfants de parents adolescents ou de parents souffrant eux-mêmes de handicaps et de troubles mentaux, les enfants victimes de traumatismes (tels que le suicide ou la mort violente d'un parent) ou ayant été exposés à des violences physiques ou psychologiques, les enfants présentant un retard de développement, ou encore les très jeunes enfants souffrant d'anorexie.

Pistes de solutions

Au niveau international, la tendance est à l'allocation d'un surcroît de ressources à la prévention.⁹ La Revue Stratégique Britannique des Inégalités en matière de Santé Après 2010¹⁸ recommande d'affecter davantage de ressources à la prévention à un stade précoce du développement d'une personne afin de réduire de manière optimale les inégalités en matière de santé durant sa vie ultérieure. De même, l'avis du CNEH¹³ considère la prévention et le dépistage précoce comme faisant partie des quatre responsabilités cardinales d'un système des CAMHS. Il recommande de renforcer les initiatives valables et innovantes déjà prises dans ce domaine.

Les intervenants sont également convaincus des retours sur les investissements en matière de prévention, de repérage et d'intervention

^a <http://www.capa.co.uk/>



précoce. Ils insistent notamment sur le ciblage des **très jeunes enfants et des enfants à naître**, mais aussi des **groupes défavorisés et vulnérables** ('prévention sélective'^{9,19}).

En outre, les parties prenantes préconisent d'élargir les activités de prévention au-delà des groupes vulnérables, afin d'inclure **tous les jeunes**, y compris ceux qui ne souffrent pas de problèmes mentaux ('prévention universelle'). Les intervenants ont insisté sur la nécessité de trouver un équilibre entre le ciblage des jeunes souffrant de troubles diagnostiquables et cette 'approche de santé publique' plus vaste. Par ailleurs, la Partie I de cette étude, nous a appris que des programmes de prévention et de renforcement de la résilience dans le cadre scolaire se sont révélés efficaces.⁹

Éléments à prendre en compte dans la phase de mise en œuvre

La prévention en santé mentale figure au nombre des compétences des **autorités fédérées**. Les dispensateurs de soins de première ligne – y compris les médecins généralistes, les centres de santé communautaires, les organisations d'aide aux familles (Kind & Gezin, ONE), les services d'orientation scolaire (CLB/PMS) et autres parties – jouent un rôle essentiel dans le développement des activités de prévention. Leurs compétences en santé mentale d'enfants et adolescents doivent être renforcées (Recommandation 2). S'agissant en particulier des très jeunes enfants, certaines parties prenantes plaident en faveur d'une approche plus assertive et de sensibilisation en matière de soutien familial et d'orientation scolaire. Des lieux tels que les Maison Vertes^b et l'initiative émergente 'Huis van het Kind' (Kind & Gezin) offrent des endroits accessibles pour intégrer des compétences spécialisées en matière de santé mentale dans les activités de prévention.⁹ En conséquence, on recommande des partenariats avec les crèches. Les parties prenantes ont également épinglé les retombées potentiellement indésirables de la détection précoce, notamment l'enfermement dans un diagnostic et la stigmatisation.

^b <http://www.lesmaisonsvertes.be/>

Recommandation 4

Étendre les services d'appui formel et informel tant pour les enfants/adolescents que leurs familles.

Le problème et ses causes

Il existe actuellement des **carences de taille dans l'offre de services**, en particulier au niveau des services à domicile et au sein de la communauté. Parmi ces derniers, nous visons aussi bien les services ambulatoires dispensés par des professionnels de la santé que les aides plus informelles fournies par les para-professionnels et leurs pairs.

Les services de répit, qui offrent une relève temporaire de courte durée aux soignants de proximité des membres de leur famille, sont bien développés dans les soins aux handicapés mais pas aux patients souffrant de CAMHS.

Un autre problème révélé par la présente recherche est l'**absence d'une organisation représentant spécifiquement les jeunes souffrants de troubles de santé mentale ainsi que d'une puissante organisation représentative des familles de ces jeunes** pour jouer le rôle de défenseur et de partenaire au sein du système.

Pistes de solution

Un élargissement des services d'appui renforcerait deux évolutions essentielles dans les soins de santé mentale. Tout d'abord, un tel élargissement s'inscrit dans le sillage d'un intérêt croissant pour une **approche de santé publique** en matière de santé mentale qui englobe la prévention, l'identification, l'intervention précoce et la promotion (Recommandation 3). Ensuite, il contribue à un **modèle de soins davantage basé sur la collectivité** et qui cadre avec la tendance dominante qui veut que les soins soient dispensés dans un environnement qui soit le moins restrictif possible. Les services d'appui formels et informels représentent un élément essentiel dans l'approche du Systems of Care et peuvent prendre de multiples formes¹⁴. En voici une liste non exhaustive^{14,20}:

- consultations de santé mentale;
- éducation des jeunes et des familles;
- loisirs thérapeutiques, mentorat thérapeutique;



- services parascolaires (pour les parents et les enfants);
- activités d'intégration et de socialisation (par ex., dans les clubs de sport et de jeunes);
- services de relève (pour les parents et les autres dispensateurs de soins);
- soutien aux jeunes par les pairs; soutien aux familles par les pairs;
- services d'appui pour faciliter la transition vers la vie adulte.

Les services sont offerts dans le milieu de vie des personnes – domicile, école, espaces récréatifs – ou dans des centres de santé communautaires. **Un seul mot d'ordre: proximité.** Cette responsabilité incombe essentiellement aux responsables de l'aide à la jeunesse et aux organisations d'aide aux familles, financées par des entités fédérales, mais également aux fora régionaux intersectoriels qui peuvent offrir l'environnement pour concevoir et incuber ces types de services (voir également les Recommandations 2 et 7).

En dépit du fait que le rôle critique des services d'appui soit abondamment cité dans la littérature,²¹ la plupart de ces démarches font partie des interventions éclairées par la pratique.

Éléments à prendre en compte dans la phase de mise en œuvre

Outre les professionnels de l'aide à la jeunesse et de l'éducation qui font partie des dispensateurs de soins financés par le gouvernement, des professionnels émanant du privé pourraient également être admis dans le réseau de dispense de soins. Les associations de patients et les non-professionnels peuvent contribuer via une assistance concrète, un soutien émotionnel et l'acquisition de compétences. Les parties prenantes ont émis l'avis selon lequel une qualification idoine et une allégeance aux principes moraux régissant les CAMHS (Recommandation 7) constituent des exigences minimales pour être **admis dans le réseau**. Comme dans tous les réseaux hétérogènes de dispensateurs, il faut un compromis entre l'appartenance au réseau et la capacité de contrôler la qualité des services.

En bout de course, les systèmes de soutien formels et informels doivent contribuer à renforcer la qualité de vie, les capacités et la confiance des enfants et des parents. Cette démarche étant essentielle pour promouvoir

l'engagement des familles et des jeunes à contribuer aux services de santé mentale pour les enfants et adolescents, tant au niveau politique que de la gestion et des services.¹⁷ Le rôle de la famille a été controversé tout au long de ce processus de recherche. Les participants tenaient à reconnaître que les enfants et leurs familles étaient des parties prenantes importantes, qu'il convient de consulter et d'informer. D'autre part, il n'a pas semblé qu'ils étaient considérés comme des partenaires à part entière pour conceptualiser, amorcer, planifier et dispenser les services de santé mentale. D'aucuns ont avancé que des familles dysfonctionnelles peuvent aussi constituer une cause clé des problèmes de santé mentale de l'enfant.

Recommandation 5

Renforcer la responsabilité pour les enfants souffrant de problèmes de santé mentale graves, multiples et complexes; et développer et consolider la capacité à fournir des soins flexibles et assertifs dans leur milieu de vie.

Le problème et ses causes

Il s'avère qu'un certain groupe d'enfants et d'adolescents souffrant de problèmes de santé mentale est soit hors d'atteinte, soit ne cadrent pas avec les services traditionnels ambulatoires ou résidentiels. Les parties prenantes les qualifient « **d'oubliés** » ou « **d'inclassables** ». Un groupe d'étude de l'Institut Wallon de Santé Mentale (IWSM) a estimé qu'environ 3 à 5% des jeunes supportés par l'Aide à la Jeunesse appartiennent à cette population.²²

De telles situations sont essentiellement le résultat d'un phénomène d'exclusions multiples plutôt que la conséquence d'une 'maladie' particulière. Bon nombre d'entre eux ne recherchent pas de traitement et vont même jusqu'à l'éviter. Ceux qui finissent par être soignés peuvent se montrer non coopératifs. Ces jeunes souffrent souvent de graves problèmes comportementaux. La violence envers eux-mêmes ou autrui figure au nombre des 'symptômes' parmi les plus difficiles à traiter et est souvent à la base de leur renvoi vers un autre niveau de prise en charge. Certains d'entre eux peuvent avoir été placés dans les institutions du système de justice pour mineurs. De surcroît, s'ajoutent aux problèmes précités les goulets d'étranglement dans les institutions de crise et



d'urgences (voir la Recommandation 1). « Se renvoyer la balle » est une expression fréquemment utilisée pour décrire la manière dont les institutions de soins/soutiens assurent la prise en charge de ces jeunes. Il s'agit d'une population qui met fortement en relief la fragmentation du paysage des soins de santé mentale pour les enfants et les adolescents.

Pistes de solution

Des études antérieures plaident en faveur de **plateformes performantes dispensant des soins/soutiens mobiles, assertifs, flexibles, multidisciplinaires et organisés en réseau** qui soient en mesure d'atteindre les jeunes souffrant de problèmes complexes dans leur milieu de vie.¹¹ Il est vital que ces plateformes soient en mesure de préserver la continuité et d'assumer la responsabilité de tout le parcours de soins au niveau des services. A l'échelon institutionnel, elles doivent bénéficier de l'appui de réseaux officiels.

L'étude de la littérature a épinglé le processus de planification de type "Wraparound" (littéralement, « enveloppante » ou « englobante ») en tant qu'approche prometteuse qui occupe également un rôle central dans la démarche des systèmes de soins.^{9, 14} L'approche « enveloppante » se caractérise par une palette de services multiples centrés sur l'enfant et définit une stratégie de soins personnalisés et axés sur les forces. Une multitude de services (de crise, thérapeutiques, d'appui aux familles) peuvent être proposés via cette approche « enveloppante ». Un exemple de ce type d'approche mobile et flexible au niveau régional est celle de l'ESPM Lille-Métropole.⁹ Dans la région de la métropole lilloise, la demande en soins résidentiels (de même que les listes d'attente) ont été considérablement réduites suite à l'activation d'une équipe mobile à réactivité rapide qui travaille en partenariat avec de multiples acteurs régionaux. L'équipe fait office d'instrument d'appui en cas de crise, de dispensateur de soins assertifs et exerce également une fonction de liaison.⁹ Dans ses recommandations, le NRZV/CNEH¹³ préconise, pour ce groupe cible, un renforcement des 'soins assertifs', en conjonction avec une prise en charge en cas de crise et d'urgences. Les soins assertifs sont mis en œuvre grâce à une collaboration entre les services de soins résidentiels et ambulatoires et dispensés par une équipe pluridisciplinaire pouvant être épaulée par un pédopsychiatre, le cas échéant.

Éléments à prendre en compte dans la phase de mise en œuvre

Une foule d'initiatives innovantes pour gérer ce groupe cible complexe ont été mises en œuvre, dont 13 équipes de sensibilisation/outreach (établies en Belgique en 2001) sont les plus visibles. Les parties prenantes expriment un avis positif à propos de leur contribution mais elles sont perçues comme manquant d'une masse critique. Un certain nombre de projets pilotes ont également été mis sur les rails en soins médico-legaux (FOR-K⁹). En outre, différents rapports^{13, 22, 23} renvoient à des initiatives auxquelles participent diverses coalitions d'aide à la jeunesse, de services sociaux et d'unités spécialisées en santé mentale. Néanmoins, de telles initiatives restent de faible envergure, sont rapidement saturées et constituent un exemple de la manière dont des expériences locales, en l'absence d'une dynamique d'apprentissage et d'une **perspective stratégique**, peuvent contribuer à la fragmentation qu'elles s'efforcent précisément de combattre. Le rapport publié par l'ISWM plaide dès lors en faveur de la mise sur pied de fora transversaux (au niveau méta) dans le but de faciliter ce type d'apprentissage (voir également la Recommandation 7).²² **La création d'une masse critique de partenariats et de services** pour les enfants souffrant de problèmes complexes confronte manifestement les systèmes de CAHMS à un défi. Les parties prenantes font remarquer que ces types de services sont onéreux et exigent dès lors un financement adéquat. Il est également nécessaire de se doter d'un cadre juridique transparent pour soutenir un travail mobile, flexible et ciblé sur la trajectoire de soins. Les questions déontologiques, les règles financières de même que les questions pratiques d'assurance suscitent des questions (par ex., où tracer la ligne de démarcation entre les soins assertifs et les 'soins contraints?'). En bout de course, cependant, le défi consiste à transcender les divergences profondes entre les différents domaines des soins/soutien dispensés aux adolescents. Il s'agit d'une question de responsabilité et d'éthique professionnelle. Il convient d'avoir des lignes directrices éthiques claires de même qu'un ensemble fort, cohérent et soutenu politiquement d'incitants visant à élargir la capacité en soins mobiles, pérennes et flexibles pour ce groupe cible complexe.



Recommandation 6

Améliorer les compétences culturelles et linguistiques des dispensateurs de soins de santé mentale et des animateurs socio-éducatifs pour les enfants et les adolescents, dans le but de s'adapter aux spécificités culturelles des populations qu'ils servent.

Le problème et ses causes

La **diversité croissante des populations**, surtout dans les zones urbaines, a des implications de taille pour les CAMHS. Si l'influence de l'immigration sur la santé mentale fait débat, c'est indéniable qu'un pourcentage proportionnellement élevé d'enfants de migrants et de réfugiés sont traités dans institutions de protection de l'enfance et de justice pour mineurs.

Pistes de solution

L'objectif global doit être d'offrir un accès aux soins/soutiens accueillant, en travaillant sur l'environnement global du patient et de son entourage, en encourageant le recours aux réseaux et aux dispositifs qui permettent aux professionnels de tenir compte des aspects culturels, ethniques et linguistiques et de garantir que tous les services de soins en santé mentale soient capable d'adapter leurs pratiques pour faciliter l'accès à et l'utilisation des services pour tous les enfants. La promotion des compétences culturelles représente, par exemple, un principe directeur du Systems of Care. Afin d'optimiser le recours aux soutiens naturels et de faciliter la communication entre l'enfant et les professionnels de la santé mentale, la disponibilité en compétences linguistiques et culturelles adaptées est essentielle. **Par compétence linguistique**, nous entendons la capacité de communiquer d'une façon qui soit facilement compréhensible par divers publics. La **compétence culturelle** englobe la faculté d'accepter et de respecter la diversité tout en auto-évaluant sa propre perception des différences culturelles.¹⁴

Éléments à prendre en compte dans la phase de mise en œuvre

Les professionnels de la santé ne peuvent pas se permettre d'apprendre la langue de chaque minorité qu'ils sont amenés à traiter. D'autre part, les services des interprètes ne garantissent pas un niveau suffisant de compréhension mutuelle entre le professionnel et l'enfant/la famille. Il existe un besoin en médiateurs qui parlent la langue et qui connaissent

également les sensibilités culturelles. En soins de santé mentale, la règle exige que les médiateurs soient **présents physiquement**. Or, l'implication des médiateurs ne pouvant pas toujours être garantie, il est important que les praticiens des CAMHS acquièrent une attitude de sensibilité culturelle. Notamment en cas d'afflux soudain de réfugiés, il doit y avoir une capacité de réaction instantanée car une intervention précoce est cruciale dans de tels cas.

Une attention spécifique doit être accordée à la situation de Bruxelles, non seulement en raison de l'extrême hétérogénéité de sa population, mais aussi de la diversité linguistique de ses institutions et services, qui génèrent des problèmes supplémentaires en termes de coordination et de collaboration entre les acteurs des CAMHS, mais également de cohérence au niveau de la gouvernance.

Recommandation 7

a/ Etablir un dialogue respectueux et multilatéral portant sur une vision partagée du système élargi de soins de santé mentale pour les enfants et les adolescents, en incluant toutes les parties prenantes pertinentes (y compris des représentants des enfants et des familles).

b/ Rédiger une charte éthique destinée à guider les dispensateurs de soins dans la formulation de réponses à la souffrance de l'enfant.

c/ Maintenir et renforcer les forums intersectoriels à différents niveaux institutionnels dans le but d'activer et de mobiliser la collaboration et la formation du réseau sur une base continue.

Le problème et ses causes

Les recommandations du CNEH avancent un certain nombre de principes pour une prise en charge de qualité (good care) – y compris un principe de subsidiarité de même qu'une approche multi-systèmes et basée sur les forces – qui font l'unanimité des auteurs. Néanmoins, les parties prenantes représentées dans le présent travail de recherche ont fréquemment fait référence à des **divergences culturelles et professionnelles persistantes** dans leur approche de leurs missions en qualité de professionnels et de gestionnaires. Ces différences sont accentuées par des facteurs de nature institutionnelle et traditionnelle. Les animosités qui en résultent doivent être reconnues.



Pistes de solution

Des constellations collaboratives et en réseau exigent une base professionnelle et de valeur partagée à partir de laquelle elles pourront fonctionner.^{11, 24} Certes, il n'y aura jamais de consensus global, mais un **accord sur les principes et valeurs clés, le respect mutuel et la volonté de concilier les divergences et d'assumer un responsabilité conjointe** peuvent constituer la base d'un cercle vertueux qui mènera à de meilleures issues pour les enfants et les adolescents de même qu'à une pratique plus épanouissante pour les professionnels. Un accord qui est d'autant plus nécessaire que les professionnels de la santé mentale s'opposent, en règle générale, à l'usage de la formalisation et de la standardisation comme mécanismes de coordination.

Une vision partagée des soins de santé mentale pour les enfants et les adolescents joue non seulement un rôle au niveau des services mais aussi du système. Il existe une pléthore d'expériences et de recherches qui confirment l'importance d'une vision partagée pour faciliter les transitions de systèmes.²⁵

Les valeurs professionnelles partagées doivent être consolidées dans une **charte éthique**. Ces valeurs représentent une condition nécessaire (sans être suffisante) pour contribuer au bien-être et au développement du jeune. Elles font office de balises pour se positionner par rapport aux intérêts et aux principes qui entourent l'enfant en souffrance. Par ailleurs, de telles valeurs représentent un soutien et un incitant pour les professionnels afin qu'il travaillent de manière créative ('à la marge') dans le respect des contraintes procédurales et institutionnelles, dans l'intérêt de l'enfant. Un engagement de chaque professionnel à incarner ces valeurs dans les soins qu'il dispense aux enfants – avec le soutien de la pratique de l'intervision – consoliderait cette base de valeurs.

Dans le cadre de sa réflexion sur la manière de prendre en charge les enfants souffrant de problèmes de santé mentale complexes, l'ISWM²² n'a manifestement pas présenté de modèles spécifiques pour organiser des soins mobiles et pluridisciplinaires, mais a plutôt suggéré la **création de fora intersectoriels** ('lieux d'activation et de mobilisation de la transversalité'), à un niveau méta, qui feraient office d'invitation permanente à nouer des relations et à développer de nouveaux partenariats. Les parties prenantes dans ce processus ont proposé

d'organiser ces discussions sur les cas cliniques par mission (patient ambulatoire, prévention, soins résidentiels, etc.), et par groupes de travail transversaux (comprenant un représentant des patients et des familles de même que, si possible et si nécessaire, des personnes possédant des compétences non médicales spécialisées, par exemple, des philosophes).

Éléments à prendre en compte dans la phase de mise en œuvre

Les fora intersectoriels auront pour tâche d'approfondir les principes avancés dans les recommandations du CNEH¹³ de même que la définition source émanant de cette recherche. Nous sommes également d'avis que le solide socle de valeurs sur lequel repose l'approche du Systems of Care¹⁴ peut constituer une source d'inspiration supplémentaire. Les parties prenantes reconnaissent que des dialogues doivent avoir lieu. Ils envisagent une 'charte' non pas comme un cadre statique mais plutôt comme un **document vivant** qui s'adapte aux évolutions sociétales et aux besoins évolutifs de l'enfant. La Déclaration des Nations Unies sur les Droits de l'Enfant^c de même que la Charte Européenne de l'Enfant Hospitalisé (également appelée 'Charte de Leiden'^d) ont été mises en avant comme cadres de référence potentiels. La charte pourrait également être intégrée dans un cadre d'amélioration continue de la qualité.

Du point de vue du niveau du service, il est logique de calibrer les fora intersectoriels à l'aune du **'bassin des soins'**, compte tenu du fait que les caractéristiques partagées d'un territoire jouent un rôle au niveau de la facilité avec laquelle les réseaux fonctionnels se forment. Néanmoins, du point de vue des systèmes, il est très certainement recommandé d'avoir une **assemblée générale** à l'échelon régional ou national. L'autorité du forum doit être assise par le truchement d'un système de financement à contribution mixte (braided funding) impliquant des partenaires du secteur des soins de santé mentale, d'aide à la jeunesse, des soins aux moins valides et autres.

^c <http://www.unicef.org/crc/>

^d <http://www.each-for-sick-children.org/each-charter>



Recommandation 8

Obtenir de bonnes données qualitatives et quantitatives sur les besoins en et l'offre de services en santé mentale pour les enfants et les adolescents, pour potentialiser de façon efficace les établissements de soins répartis au niveau régional et afin de faciliter la formation de réseaux de soins régionaux.

Le problème et ses causes

Les politiques, les gestionnaires des soins de santé et les professionnels de la santé se trouvent à la barre d'un système de CAMHS complexe. Un défi clé lié à la planification consiste à obtenir des données de bonne qualité à propos du type et de la fréquence de la demande à laquelle se trouve confronté le système de soins. En Belgique, abstraction faite des chiffres relatifs à la prévalence générale, ce type d'**informations fait pratiquement défaut**. Les parties prenantes évoquent de longues listes d'attente pour avoir accès aux services tout en étant bien conscientes du fait que ces chiffres sont sans doute gonflés et ne représentent pas la réalité. Dans le même ordre d'idées, la taille des populations cibles spécifiques est souvent inconnue. Les données des institutions individuelles sont à peine, voire pas du tout consolidées au niveau régional ou national.

Outre la demande, se pose le défi de comprendre quels sont les **besoins réels** des enfants et des familles, par opposition à d'autres besoins qui ne sont pas nécessairement le mieux satisfaits par des soins de santé mentale spécialisés. Dans la société, on observe une tendance à médicaliser trop rapidement des problèmes psychosociaux relativement courants.

Si la demande et les besoins restent fréquemment non quantifiés, c'est également le cas pour l'**offre**. Les parties prenantes ont souligné à quel point il est difficile de tenir à jour la liste de toutes les infrastructures disponibles dans le système de CAMHS fragmenté et à composantes multiples.

Pistes de solution

Si nous voulons calibrer la capacité des services de soins répartis au niveau régional, nous devons en savoir davantage à propos de la demande réelle (à savoir, la demande pour laquelle le service existe et est sensé répondre) et la demande évitable (une demande provoquée par le manquement de réponses correctes aux besoins du patient).²⁶

La justification de la demande pour **davantage de services de soutien et d'émancipation pour les enfants et les familles** (Recommandation 4) réside en partie dans le renforcement de leur capacité à jouer un rôle actif dans l'évaluation et l'organisation de leurs besoins, afin de faire contrepoids avec la charge des routines et protocoles fixes. En outre, il a été établi qu'une évaluation conjointe des besoins des enfants facilite la mise en commun d'informations de même que l'intégration des services entre les différents secteurs et agences qui servent cette population (voir le Cadre Commun d'Évaluation au Royaume Unis).⁹

Afin de faciliter la formation de réseaux (inter-)sectoriels, on préconise de dresser la **cartographie des services et capacités disponibles au niveau régional ou du 'bassin de soins'**. Le modèle d'activités et la cartographie des parties prenantes que contient la présente étude constituent un modèle général potentiel à cette fin. Les Réseaux des Dentes d'Expertise flamands (SEN) constituent un premier exemple de ce principe. Ces réseaux sont financés par la VAPH (Agence Flamande pour les Personnes souffrant d'un Handicap) qui cartographie les services et capacités disponibles au niveau des provinces dans le domaine de l'autisme (voir le rapport du KCE, partie 1, page 66). Une fois de plus, nous nous référons également au RU, où une cartographie des services pédiatriques a existé jusqu'en 2010.⁹

Éléments à prendre en compte dans la phase de mise en œuvre

Certaines parties prenantes émettent des doutes quant à la possibilité, voire l'utilité de cartographier la demande en soins de santé mentale et proposent de se fier aux données internationales pour combler les lacunes.



Recommandation 9

Appliquer et définir des méthodes d'évaluation fondées sur les meilleures pratiques internationales, qui reflètent les spécificités nationales ou régionales, et en accord avec les orientations éthiques, dans le but de renforcer la responsabilité, l'amélioration de la qualité et la multidisciplinarité au sein de la dispensation de soins de santé mentale pour enfants et adolescents.

Le problème et ses causes

Le recours aux méthodes d'évaluation dans les CAMHS est **controversé**. Les professionnels se sont exprimés sans détour dans le cadre de ce processus de recherche participative à propos de leur expérience frustrante de ces dernières années avec les méthodes d'évaluation dictées par la politique. Le RPM/MPG en particulier, est mis en avant comme étant lourd et sans intérêt. En outre, ils redoutent que les cadres d'évaluation brident ou soient en conflit avec la flexibilité thérapeutique. Or, cette dernière est revendiquée comme étant indispensable, compte tenu du large éventail de problèmes de santé mentale auxquels ils se trouvent confrontés, de même que de la spécificité des besoins des enfants qui changent au fil de la trajectoire de développement. On reconnaît néanmoins qu'au niveau du système, la gestion des CAMHS est entravée par le fait qu'il **n'existe pas d'évaluation de son efficacité globale**. En outre, au niveau des services, il est malaisé de documenter l'amélioration (continue) de la qualité, faute de méthodes d'évaluation idoines (voir également le rapport du KCE 146).¹¹

Pistes de solution

Dans d'autres pays, diverses initiatives ont été entreprises. Au RU, le consortium de recherche CORC, auquel sont affiliés la moitié de tous les services en Angleterre, est en passe d'élaborer un **modèle commun d'évaluation régulière des résultats**. A l'heure actuelle, cinq instruments de mesure des résultats scientifiquement validés sont utilisés en routine (par ex., HoNOSCA: Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents) sur une base volontaire.⁹

Éléments à prendre en compte dans la phase de mise en œuvre

Les parties prenantes ont suggéré un certain nombre de **caractéristiques importantes** des méthodes d'évaluation:

- L'évaluation doit être soucieuse de la complexité inhérente à la dispense des soins aux enfants et adolescents souffrant de problèmes de santé mentale et de développer plutôt que de restreindre le répertoire thérapeutique des dispensateurs de soins;
- L'évaluation doit s'inspirer des meilleures pratiques internationales, tout en étant dans tous les cas adaptée aux circonstances nationales, régionales ou locales;
- Elles doivent respecter les balises éthiques (Recommandation 7);
- L'évaluation ne peut se concrétiser que lorsqu'il y a un véritable sentiment d'appropriation dans le chef de toutes les parties prenantes. D'où la nécessité de les impliquer dans la conception du processus d'évaluation et de sa finalité de même que dans l'interprétation des résultats (voir également Pires¹⁷).

Les préoccupations des parties prenantes à propos de l'indispensable flexibilité des méthodes d'évaluation sont à l'unisson par rapport aux évolutions internationales récentes, telles que 'Utilization-focused Developmental Evaluation'²⁷ et Reflexive Monitoring.²⁸ Il s'agit de cadres adaptatifs qui ont été élaborés pour les environnements complexes et dynamiques dans lesquels il est nécessaire d'innover et d'expérimenter en permanence. Nous sommes d'avis que ce type de cadre est en très bonne adéquation avec l'évaluation sensible à la complexité, guidée par l'éthique, participative et situationnelle qu'exige la communauté des CAMHS. La présente Recommandation s'articule avec tous les aspects de la Recommandation 7 et avec la Recommandation 8.

Recommandation 10

Donner un signal politique clair qui encourage et récompense un climat innovateur dans le système belge des CAMHS, et rendre cela tangible par la mise en place rapide d'initiatives concrètes d'exécution.

Les professionnels de la santé mentale qui ont participé au présent projet sont désireux de dépasser le stade des discussions et de se mettre concrètement en quête d'une manière d'aller de l'avant vers un 'meilleur' système de santé mentale pour les jeunes. Un signal politique clair selon lequel on encourage et on récompense une culture de l'innovation dans le



système des CAMHS belge est requis. Les 9 Recommandations discutées ci-dessus peuvent être assimilées à un agenda de l'innovation destiné à orienter les efforts sur le terrain.

Compte tenu de l'absence à court terme de budgets importants pour soutenir la réforme des CAMHS, il convient d'adopter une approche pragmatique, positive et génératrice de confiance.

1. La **promotion et la reconnaissance de l'innovation de type 'bottom-up' (du bas vers le haut)**

Au RU, le 'National Health Service (NHS) Institute for Innovation and Improvement' a institué un programme intitulé 'NHS Innovation Challenge Prizes' (qui en est à sa deuxième année)^e. Ce Challenge Programme' a pour but d'identifier les innovations prouvant pouvoir répondre à des défis spécifiques, et conçues de telle sorte qu'elle puissent facilement être propagées dans l'ensemble du NHS. Les lauréats de ces récompenses peuvent recevoir jusqu'à 100.000 GBP. L'agenda plus vaste derrière cet effort du NHS en faveur de l'innovation consiste à améliorer considérablement l'efficacité du NHS au cours des quelques prochaines années afin de relever les défis inhérents à une demande croissante pour des services de qualité et une amélioration des résultats pour les patients.

Cette promotion et cette reconnaissance de l'innovation de type 'bottom-up' constituent un principe qui mérite d'être transposé dans le contexte belge des CAMHS. Une telle transposition nécessiterait un cofinancement par le gouvernement fédéral et les autorités fédérées afin d'encourager les partenariats intersectoriels.

2. Le **développement d'un plan d'action complet et de projets d'innovation concrets**

Il est absolument impératif que l'innovation 'bottom-up' soit en mesure de se répandre et de s'intégrer dans le système de soins au sens large. La reconnaissance et la récompense constituent un premier pas sur cette voie. Cependant, le NHS a mis en place un plan d'action complet, opérationnel depuis début 2012, pour garantir que les innovations et les meilleures pratiques ne restent pas des exemples

isolés mais soient bénéfiques pour l'ensemble du NHS.²⁹ Si elles étaient transposées dans la situation belge, la Conférence Interministérielle de la Santé pourrait commanditer une taskforce ayant pour mission de traduire un certain nombre des Recommandations du présent rapport en un plan d'action concret, définissant une série de projets d'innovation spécifiques. Un appui pourrait être recherché auprès de la Fondation Roi Baudouin (Fonds Reine Fabiola pour la santé mentale)^f.

A un niveau intermédiaire, les plateformes intersectorielles de gestion et de responsabilisation préconisées dans la Recommandation 7 représentent un point nodal au niveau duquel les dynamiques 'bottom-up' et 'top-down' peuvent nouer un maillage et se renforcer mutuellement via le développement de plans stratégiques locaux, d'accords inter-agences, de propositions législatives, d'accords de financement et de protocoles de suivi et d'évaluation adéquats.

3. Idéalement, une **infrastructure d'appui doit être mise en place** pour aider les professionnels à accroître leurs compétences pour améliorer leurs services par le biais d'un coaching et d'une formation à l'utilisation des outils d'amélioration novateurs. Au RU, par exemple, on met énormément l'accent sur les méthodes récentes de conception basée sur les services et l'expérience.^g

^e <http://www.challengeprizes.institute.nhs.uk>

^f <http://www.kbs-frb.be/fund.aspx?id=191556&LangType=2067>

^g <http://www.institute.nhs.uk/innovation/innovation/introduction.html>



6. CONCLUSION

Ce présent projet de recherche participative a offert aux parties prenantes l'opportunité de réfléchir à l'orientation que devrait prendre une réforme du système des CAMHS. Une **analyse diagnostique** a révélé que le système des CAMHS se trouve aux prises avec un ensemble de problèmes interdépendants, le principal écueil se situant au niveau de la fragmentation et du cloisonnement extrêmes entre les organisations, secteurs, professions et piliers confessionnels. Le coût d'une telle fragmentation est considérable, tant en termes de souffrance humaine que de gaspillage de ressources. Les très longues listes d'attente ne représentent que l'un des indicateurs parmi les plus évidents de ces charges et inefficacités. Les parties prenantes reconnaissent cette situation.

Au cours de la dernière décennie, plusieurs initiatives ont été entreprises au niveau du système et des services pour remédier à ces pressions. Toutefois, ces innovations n'ont pas été en mesure de renforcer la capacité d'adaptation du système dans son ensemble. Les échecs du passé ont suscité une méfiance entre les acteurs et les secteurs.

Les parties prenantes ont affiché une vive résistance par rapport à une formalisation et à une maîtrise de type top-down. Avec pour résultat qu'autant les professionnels se rendent compte qu'une manière de travailler en plus étroite collaboration et en réseau est indispensable, qu'ils ont peu confiance en une officialisation de ces réseaux et en la création de nouvelles fonctions, notamment celles de gestionnaires et coordonnateurs de réseau.

L'ensemble des considérations qui précèdent mènent à une situation de blocage (lock-in) pour laquelle on ne peut escompter de solution rapide. Le processus de changement sera très probablement de longue haleine et la présente étude ne constitue qu'un petit pas dans ce cheminement.

S'agissant des CAMHS, la pertinence du **cadre offert par le Systems of Care a été mise en exergue**. Ce cadre est apparenté au domaine plus vaste de l'innovation des systèmes. De telles approches recherchent en général un alignement, une coévolution entre le changement de type 'top down' et 'bottom up' afin d'éviter les pièges soit d'un changement fragmentaire, communauté par communauté, soit d'une réforme

technocratique globale. La présente recherche s'inscrit dans un esprit similaire, sans toutefois adhérer servilement à un seul modèle, quel qu'il soit.

L'exercice de regroupement de tous les constats des divers piliers de cette étude nous amènent à formuler 10 Recommandations:

Les recommandations 1 à 4 ont pour vocation, conjointement, **d'organiser les exigences demandées aux rares et onéreux services spécialisés de santé mentale** pour les enfants et les adolescents. Le but est de faire en sorte que les jeunes reçoivent des soins adéquats dans l'environnement à la fois le moins restrictif et le mieux adapté possible. On attend d'une telle approche qu'elle aboutisse à un recours plus avisé aux soins spécialisés et aux infrastructures résidentielles. Les recommandations veulent atteindre cet objectif via la *prévention*, *l'émancipation* des utilisateurs et de leur entourage (familles), *un filtrage adéquat* au niveau des soins de première ligne et en renforçant la capacité du système à *gérer les situations de crise liées à la santé mentale*.

Les recommandations 5 et 6 se concentrent sur un **renforcement de la gamme de services offerte par les professionnels de la santé mentale, notamment s'agissant des soins aux enfants souffrant de problèmes de santé mentale graves, complexes et multiples**. Ces situations complexes peuvent ou pas être associées à un comportement violent ou à des barrières culturelles. Les recommandations veulent remédier aux défaillances de responsabilité (passer 'le problème' à quelqu'un d'autre) lors de la prise en charge de ces jeunes, en *renforçant une approche souple et assertive* pour dispenser des soins à ces enfants dans leur milieu de vie et en *améliorant les compétences culturelles* des dispensateurs de soins.

Les recommandations 7 à 9 ciblent un **renforcement de la capacité d'adaptation et de la guidance éthique dans le cadre du futur système des CAMHS**. Elles entendent concrétiser cet objectif en s'assurant que les acteurs du système, y compris les représentants des enfants et de leurs familles (entourage), participent à des forums inter-sectoriels afin de stimuler des partenariats sur une base continue. Elles proposent que toutes les parties prenantes s'engagent à développer une *vision partagée* et une *charte éthique* pour le système des CAMHS au sens large. Elles préconisent également de déployer des efforts continus pour *mieux*



comprendre les besoins et la provision de services de soins de santé mentale. Enfin, une recommandation concerne les *méthodes d'évaluation* qui renforcent le professionnalisme, la qualité et la multidisciplinarité.

La recommandation 10 propose des **démarches à entreprendre par la suite.**

Par opposition aux solutions fragmentaires ou de type top-down, qui sont souvent inspirées de manière disproportionnée par les groupes de pression, la présente recherche met l'accent sur la nécessité d'apporter des « **changements au niveau du système** » afin de soutenir les modifications en termes de provision de services. En nous inspirant des enseignements tirés de "l'innovation des systèmes" et de "la gestion de la transition", nous mettons en garde contre une perception qui y verrait les manifestations d'une théorie de changement linéaire: d'abord, il faut améliorer les systèmes, ensuite les services et enfin les résultats.

Certes, des changements au niveau du système sont vitaux pour soutenir la transition vers un système de CAMHS plus performant. Effectivement, la présente recherche a montré comment des innovations isolées au niveau des services, quoique bien intentionnées et magistralement mises en œuvre, risquent à un certain stade d'accroître encore la fragmentation du système. D'autre part, il est important de continuer à encourager une expérimentation au niveau local et à contribuer à la concrétisation de réussites, en particulier lorsqu'elles sont le fruit de partenariats intersectoriels ou intra-sectoriels. Le savoir et le capital relationnel engrangés grâce à de telles collaborations constituent le substrat pour une transformation à l'échelle de l'ensemble du système. Les dynamiques 'bottom-up' et 'top-down' doivent se renforcer mutuellement.

7. RÉFÉRENCES

1. Kutcher S, McLuckie A. Evergreen: Towards a Child and Youth Mental Health Framework for Canada. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2009;18(2).
2. WHO. Child and adolescent mental health policies and plans. Geneva: World Health Organization; 2005.
3. Eyssen M, Leys M, Desomer A, Arnaud S, Léonard C. Organisatie van geestelijke gezondheidszorg voor mensen met een ernstige en persistente mentale aandoening. Wat is de wetenschappelijke basis? Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE); 2010. Health Services Research (HSR) (KCE Reports 144A. D/2010/10.273/78)
4. WHO. World Health Report 2001-mental health: new understanding, new hope. Geneva: World Health Organization; 2001. Available from: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf
5. WHO. Atlas: child and adolescent mental health resources: global concerns, implications for the future. Geneva: WHO; 2005.
6. WHO. mhGAP: Scaling up Care for Mental, Neurological and Substance Use Disorders. Geneva: World Health Organization; 2008.
7. Belfer ML. Critical review of world policies for mental healthcare for children and adolescents. *Curr. Opin. Psychiatry.* 2007;20(4):349-52.
8. Hoagwood KB, B.J. Kiser, L. Ringeisen, H. Schoenwald, S.K. Evidence-based practice in child and adolescent mental health services. *Psychiatr Serv.* 2001;52(9):1179-89.
9. Mommerency G, Van den Heede K, Verhaeghe N, Swartenbroekx N, Annemans L, Schoentjes E, et al. Organisatie van geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren: literatuurstudie en internationaal overzicht. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). ; 2011. Health Services Research (HSR) (KCE Reports 170A. D/2011/10.273/76)



10. Deboutte D, Smet M, Walraven V, Janssens A, Obyn C, Leys M. Spoedeisende psychiatrische hulp voor kinderen en adolescenten. Health Services Research (HSR). KCE Reports. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE); 2010. (135A)
11. Leys MA, C. De Jaegere, V. Schmitz O. . Hervormingen in de geestelijke gezondheidszorg: evaluatieonderzoek 'therapeutische projecten'. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). ; 2010. Health Services Research (HSR) (KCE Reports 146A. D/2010/10.273/85)
12. Checkland P, Poulter J. Learning for action : a short definitive account of soft systems methodology, and its use for practitioner, teachers and students. Chichester: John Wiley & Sons, Pages; 2006.
13. NRZV. Advies m.b.t. de uitbouw van een GGZ-programma voor kinderen en jongeren. Brussel. : Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen; 2011. (NRZV/D/PSY/329-3)
14. Stroul BMB, G.M. The System of Care Handbook. Baltimore: Paul. H. Brooks Publishing Co; 2008.
15. Kutcher S, Hampton MJ, Wilson J. Child and adolescent mental health policy and plans in Canada: An analytical review. Can. J. Psychiatry. 2010;55(2):100-7.
16. De Lepeleire J. Zorggebruik voor psychische stoornissen in België. Reflecties vanuit de huisartsgeneeskunde. In: Bruffaerts RB, A. Demyttenaere, K. , editor. Kan geestelijke gezondheid worden gemeten? Psychische stoornissen bij de Belgische bevolking Leuven: Acco; 2011.
17. Pires SA. Building Systems of Care. A Primer. Washington DC: National Technical Assistance Center for Children's Mental Health. Georgetown University Center for Child and Human Development; 2010.
18. Marmot R. Fair Society, Healthy Lives: Strategic Review of Health Inequalities in England Post 2010. London: Marmot Review; 2010.
19. Neil AL, Christensen H. Efficacy and effectiveness of school-based prevention and early intervention programs for anxiety. Clin Psychol Rev. 2009;29(3):208-15.
20. Stroul B. Improving Mental Health Services for Children, Adolescents, Youth Adults and their Families. Unpublished Document; 2011.
21. Perry DFK, R.K. Hoover, S. Zundel, C. . Services for Young Children and Their Families. In: Stroul BB, G.M., editor. The System of Care Handbook. Baltimore.: Paul Brookes Publishing Co; 2008. p. 491-516.
22. Minotte PD, J.Y. Les situations 'complexes'. Etat des lieux et pistes de travail concernant la prise en charge des adolescents présentant des problématiques psychologiques et comportementales sévères. Namur: Institut Wallon pour la Santé Mentale; 2010.
23. Janssens A. Cross-boundary working between child welfare and child and adolescent psychiatry in Flanders: What they want and what might work: Universiteit Antwerpen; 2008.
24. Deliège I. Travail en réseau en santé mentale. Namur: Institut Wallon pour la Santé Mentale; 2007.
25. Broerse J GJ. oward Sustainable Transitions in Healthcare Systems. London: Taylor and Francis; 2012.
26. Seddon J. Systems thinking in the public sector: the failure of the reform regime...and a manifest for a better way. 2008.
27. Patton MQ. Developmental Evaluation. Applying Complexity Concepts to Enhance Innovation and Use. New York: The Guildford Press; 2011.
28. Van Mierlo BR, B. Reflexive Monitoring in Action. A Guide for Monitoring System Innovation Projects. 2010.
29. DOH. Innovation Health and Wealth, Accelerating Adoption and Diffusion in the NHS. Department of health, NHS Improvement & Efficiency Directorate, Innovation and Service Improvement; 2011.



COLOPHON

Titre :	Soins de santé mentale pour enfants et adolescents: développement d'un scénario de gouvernance
Auteurs :	Philippe Vandebroek (ShiftN), Rachel Dechenne (ShiftN), Kim Becher (ShiftN), Koen Van den Heede (KCE), Marijke Eyssen (KCE), Guido Geeraerts (2Nestor), Beth Stroul (Management & Training Innovations)
Relecture :	Dominique Paulus (KCE), Laurence Kohn (KCE), Kristel De Gauquier (KCE), Raf Mertens (KCE)
Validateurs externes :	Midgley Gerald (University of Hull), Kutcher Stanley (IWK nshealth Canada), Peeters Gert (UZLeuven)
Remerciements :	<p>Les personnes suivantes ont contribué au rapport en tant que interviewés, participants aux workshops ou par des commentaires écrits:</p> <p>Adriaenssens Peter (UZLeuven), Ajoulat Isabelle (UCL), Bael Damien (CRp Les Marronniers, Tournai), Boydens Joël (CM), Bourguignon Jean-Pierre (ULg), Burton Loan (Tribunal de 1ère instance, Namur), Charlier Dominique (Cliniques St Luc, UCL), Cools Bob (CGGZ Mechelen), Craeymeersch Mieke (Similes Vlaanderen), Cuvelier Lawrence (FAG), De Becker Emmanuel (Cliniques St Luc, UCL), Deboutte Dirk (Universiteit Antwerpen), De Bock Paul (SPF Santé Publique), De Cock Paul (UZLeuven), De Corte Jan (PZ Sancta Maria, Sint-Truiden), Decoster Christiaan (SPF Santé Publique), De Geest Stéphane (Uilenspiegel), Delaunoy Benjamin (CHPL Les Marronniers, Tournai), De Lepeleire Jan (KULeuven), Delvenne Véronique (HUDERF, ULB), De Maeseneer Jan (UGent), De Vos Bernard (DG aux Droits de l'Enfant), Emmery Peter (KPC Genk), François Anne (HUDERF, ULB), Gauthier Jean-Marie (CHR Citadelle, ULg), Geboers Jef (Kinderrechtcoalitie), Grandjean Claire (SSM, Libramont), Haesendonck Katleen (Jeugdrechtbank Brussel), Hendrix Maryse (AWIPH), Holsbeek Jo (SPF Santé Publique), Jaumaux Paul (FSSMBf), Joiret Etienne (Karibu, CHJ Titeca), Kagan Claire (CPMS), Kinoo Philippe (KaPP, Cliniques St Luc, UCL), Lambert Marie (IWSM), Lampo Annik (UZ VUB), Lemestré Stéphanie (Similes Wallonie), Maudoux Jocelyn (CPMS), Moens Ann (Zorgnet Vlaanderen), Lebrun Thierry (La Petite Maison, Chastre), Lermينياux Damien (CHR Citadelle, ULg; Vivalia, Bertrix), Malchair Alain (SSM Parent-Enfant, ULg), Masson Antoine (FUNDP), Nelis Emmanuël (Sint-Lucas, Brugge), Oosterlinck Tineke (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid), Pascal-Claes Francis (CGGZ Waas en Dender), Plessers Bert (SPIL), Polomé Yves (DGAJ), Post Benoît (Klinik Sankt Josef V.o.G), Schoentjes Eric (UZGent), Schulpen Yolande (OVSG), Serneels Geertrui (Solentra vzw), Servais Laurent (Karibu, CHJ Titeca), Theuwen Jan (Kompas), Thomas Marc (AIGS, Plateforme Psychiatrique Liégeoise), Tortolano Sophie (LBFMSM), Tremmerie Bie (UPC KULeuven), Turine Francis (Les Goélands asbl, Spy), Van Eetvelt Ingrid (Bijzondere Jeugdbijstand Antwerpen), Van Grieken Sarah (OPZ Geel), Vanden Berge Anne (Kind en Gezin), Van Den Straeten Karin (DG aux Droits de l'enfant), Vanhee Jean-Pierre (Integrale Jeugdhulp Vlaanderen), Van Humbeek Greet (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid), Van Loon Katrien (CGGZ Hasselt), Van Speybroeck Jan (VVG), Verhegge Katrien (Kind en Gezin).</p>
Conflits d'intérêt :	Tous les experts consultés dans ce rapport ont été sélectionnés pour leur implication dans le secteur des soins de santé mentale pour enfants et adolescents. Par conséquent, ils peuvent avoir des intérêts potentiels de



différentes natures liés au sujet principal du rapport

Layout :

Sophie Vaes, Ine Verhulst

Disclaimer :

- **Les experts externes ont été consultés sur une version (préliminaire) du rapport scientifique. Leurs remarques ont été discutées au cours des réunions. Ils ne sont pas co-auteurs du rapport scientifique et n'étaient pas nécessairement d'accord avec son contenu.**
- **Une version (finale) a ensuite été soumise aux validateurs. La validation du rapport résulte d'un consensus ou d'un vote majoritaire entre les validateurs. Les validateurs ne sont pas co-auteurs du rapport scientifique et ils n'étaient pas nécessairement tous les trois d'accord avec son contenu.**
- **Enfin, ce rapport a été approuvé à l'unanimité par le Conseil d'administration.**
- **Le KCE reste seul responsable des erreurs ou omissions qui pourraient subsister de même que des recommandations faites aux autorités publiques.**

Date de publication :

10 mai 2012 (2nd print, 1st print: 20 avril 2012)

Domaine :

Health Services Research (HSR)

MeSH :

Adolescent ; Child ; Health Services Research ; Mental Health Services ; Organizational Policy

Classification NLM :

WM 30 Administrative psychiatry

Langue :

français

Format :

Adobe® PDF™ (A4)

Dépot légal :

D/2012/10.273/17

Les rapports KCE sont publiés sous Licence Creative Commons « by/nc/nd »

<http://kce.fgov.be/fr/content/a-propos-du-copyright-des-rapports-kce>

Copyright :



Vandenbroeck P, Dechenne R, Becher K, Van den Heede K, Eyssen M, Geeraerts G, Stroul B. Soins de santé mentale pour enfants et adolescents: développement d'un scénario de gouvernance. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2012. KCE Report 175B. D/2012/10.273/17

Ce document est disponible en téléchargement sur le site Web du Centre fédéral d'expertise des soins de santé.

