

COMSMEA

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

Recommandations du groupe de travail programmation

Synthèse

Approuvé par la réunion plénière du COMSMEA dd. 22 juin 2022

SYNTHESE DES RECOMMANDATIONS DU GROUPE DE TRAVAIL SUR LES TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE POUR LE COMSMEA

-06.06.2022-

Ce document est réalisé à la demande de la Commission de la politique de santé mentale pour les enfants, les adolescents et les jeunes adultes (COMSMEA) à la suite de la pénurie de soins pour les troubles alimentaires et en vue de préparer les recommandations qui seront mises à l'ordre du jour et discutées lors de la CIM (Conférence interministérielle de santé publique).

1. Besoins de soins pour les problèmes alimentaires et les troubles des conduites alimentaires

Les troubles du comportement alimentaire se caractérisent par une prévalence élevée (estimée à 1/5) à une étape vulnérable de la vie entre 12 et 22 ans (Nagl et al, 2016). Ils sont associés à une récupération lente (5-7 ans) et seule une minorité des personnes atteintes a accès aux soins (1/3).

Les troubles du comportement alimentaire sont associés à une lourde charge de morbidité pour le jeune et sa famille, ont un fort impact sur tous les domaines de la vie et sont associés à un risque important de suicide. Un tiers des décès dus aux troubles alimentaires sont dus au suicide. En outre, avant même la période Covid 19, les prévisions étaient déjà alarmantes : la prévalence des troubles du comportement alimentaire devait augmenter par cohorte (tous les 10 ans). (Treasure J et al, 2020, Lancet)

Les troubles du comportement alimentaire en Belgique

En Belgique, les enquêtes de santé 2013 et 2018 ont inclus le SCOFF, un court instrument de dépistage de 5 questions qui dépiste les signes de troubles du comportement alimentaire. Comme prévu, le pourcentage de la population belge qui présente des signes de troubles du comportement alimentaire est le plus élevé dans le groupe d'âge le plus jeune (15 à 24 ans) (13,7% et 16% pour les filles). En outre, de nombreux jeunes sont à risque : l'étude HBSC est une étude de cohorte internationale à grande échelle sur divers paramètres de santé. En 2013 et 2018, la satisfaction corporelle et le comportement sur les réseaux ont également été inclus. Environ la moitié des adolescents flamands indiquent qu'ils ne sont pas satisfaits de leur corps (2014 : 51,1% ; 2018 : 48,7%). En outre, davantage de jeunes en 2018 (20,6 %) ont indiqué suivre un régime alimentaire par rapport à 2014 (16,5 %). Étant donné que l'insatisfaction corporelle et les régimes sont des facteurs de risques majeurs pour les problèmes d'alimentation et de poids, nous devons rester vigilants pour que les efforts de prévention de l'obésité ne renforcent pas ces risques.

Les troubles du comportement alimentaire pendant la période COVID

Les résultats de la 6e enquête de santé pendant la crise coronavirus montrent, que, par rapport à 2013 (8%) et 2018 (7%), il y a une augmentation du pourcentage (11%) de personnes dans la population belge

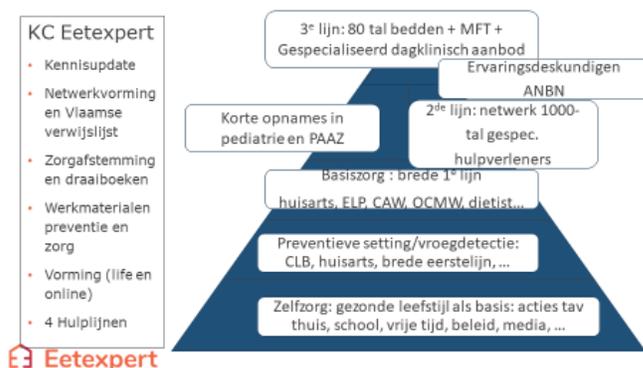
qui présentent des signes d'un trouble alimentaire (identifié par le SCOFF). Parmi les participants âgés de 18 à 29 ans, 18% semblent être à risque.

Des études internationales (Taquet, Geddes, Luciano et Harrison, 2021) indiquent également que l'incidence d'un premier diagnostic de troubles du comportement alimentaire était plus élevée en 2020 par rapport à 2019, 2018 et 2017. Il était 15% plus probable de recevoir un diagnostic de trouble alimentaire pour la première fois en 2020 qu'en 2019 (risque relatif : 1,15%). Le risque relatif d'être diagnostiqué comme souffrant d'un trouble alimentaire a également augmenté tout au long de l'année 2020. Le risque était particulièrement accru chez les femmes âgées de 10 à 19 ans et plutôt associé au diagnostic d'anorexie mentale.

2. Statut de l'offre de soins actuelle

En Belgique, l'organisation des soins relatifs aux problèmes alimentaires et de poids, a longtemps été ad hoc : les soins étaient organisés localement et souvent liés à des centres spécialisés. En Flandre, la situation a changé à partir de 1999. Depuis 2000, Eetexpert travaille en tant qu'organisation partenaire du gouvernement flamand et partenaire du gouvernement fédéral pour développer une bonne organisation des soins pour les troubles alimentaires à tous les niveaux de soins. Il relie les travailleurs de la prévention, les prestataires de soins et les politiques à un réseau flamand sur les problèmes alimentaires et de poids, et tient à jour une liste de référence flamande. Quatre lignes d'assistance sont disponibles tous les jours : les personnes concernées bénéficient d'une aide à l'orientation, d'une consultation des prestataires de soins, de conseils du personnel politique et d'un soutien des médias. La prévention, la détection précoce et l'orientation précoce sont de plus en plus axées sur le lieu, avec une forte contribution des équipes de travail social. L'approche de première ligne a été quelque peu limitée jusqu'à présent, mais elle est importante à l'heure du Covid. A l'heure actuelle, il existe un réseau de deuxième ligne efficace, principalement organisé dans des cabinets privés, et un réseau de troisième ligne complémentaire et qualitatif, réparti dans toute la Flandre. Le réseau de troisième ligne se positionne en soutien du réseau ambulatoire et assure l'admission si nécessaire, la thérapie de jour et les groupes MFT (groupes de familles). L'association de patients de l'ANBN offre des services complémentaires étendus aux demandeurs d'aide, aux parents et aux patients dans tous les environnements de soins.

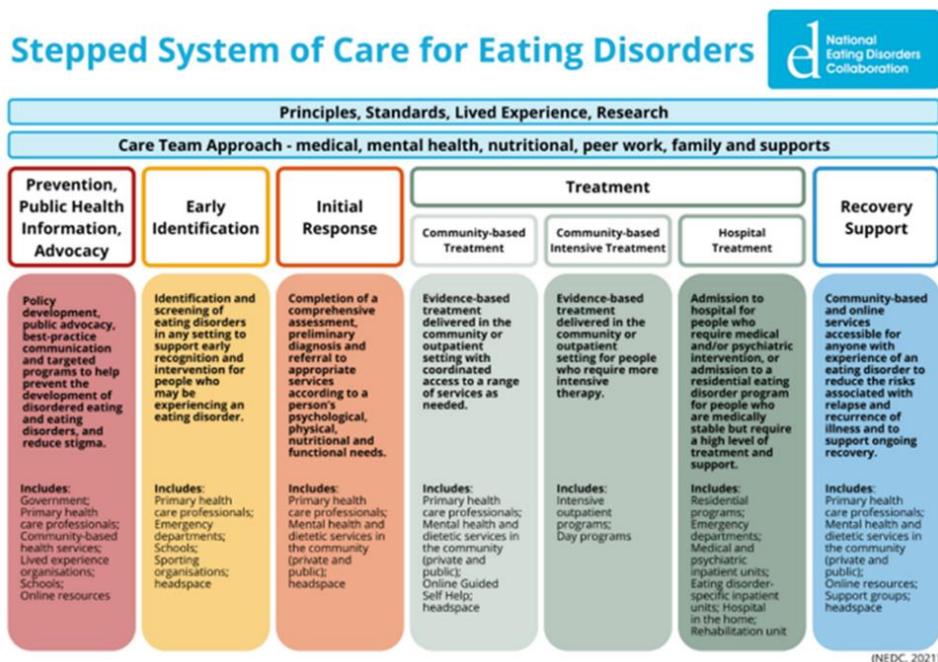
Vlaamse zorgorganisatie Eetstoornissen



A Bruxelles, en Wallonie et dans la Communauté germanophone, il n'existe pas encore de coordination ou de réseau structuré pour les troubles alimentaires. Il existe des petites équipes de traitement dans chaque province et dans la région de Bruxelles, mais l'offre ambulatoire est souvent difficile à trouver, c'est pourquoi les patients s'inscrivent souvent dans les réseaux hospitaliers. Les soins ambulatoires sont organisés au CTTA (Centre Thérapeutique pour les Troubles alimentaires, le Domaine, Braine-l'Alleud) et à la consultation de certains hôpitaux. On relève aussi des psychologues, des pédopsychiatres et des diététiciens indépendants. Là encore, il s'agit généralement d'une thérapie individuelle avec des thérapeutes privés qui ne travaillent pas de manière multidisciplinaire. Les services de santé mentale sont quasiment indisponibles pour les soins liés aux troubles alimentaires. Les équipes spécialisées de troisième ligne se trouvent principalement en région bruxelloise et en Brabant wallon, mais il existe également des services de pédiatrie répartis sur l'ensemble de la Wallonie qui accueillent les jeunes souffrant de troubles alimentaires lorsque cela est nécessaire.

3. L'organisation de soins idéale en Belgique pour les troubles alimentaires

Afin de formuler des propositions d'organisation des soins, nous avons exploré les bonnes pratiques internationales. En 2010, le même exercice a été réalisé en Australie en vue d'une organisation plus précise des soins pour les troubles alimentaires. Les similitudes avec la tâche du groupe de travail belge sont très fortes. Le groupe de travail a choisi de partir de cette organisation des soins déjà bien élaborée.



Comme dans le modèle australien, nous préconisons une organisation des soins basée sur la population dans toutes les régions de Belgique. Cette organisation des soins :

- renforce la prévention des troubles mentaux chez les enfants et les adolescents, et, plus particulièrement, les troubles du comportement alimentaire
- assure une détection précoce en cas de signes avant-coureurs
- fournit des soins de haute qualité et sur mesure pour les troubles alimentaires.

Cela nécessite un réseau bien développé, une coopération efficace entre les disciplines et une bonne continuité des soins entre les groupes d'âge.

Elle nécessite également un développement efficace à tous les niveaux de soins (soins primaires, soins ambulatoires spécialisés et soins résidentiels) et dans tous les domaines politiques (bien-être, soins de santé, jeunesse, loisirs, médias, etc.)

Un réseau solide et bien huilé, offrant de nombreuses possibilités de prévention réfléchie, de détection précoce et de traitement personnalisé de haute qualité, permet de réaliser des progrès considérables en matière de santé, d'accroître le bien-être, de réduire la souffrance et de diminuer les coûts sociaux et financiers. (Butterfly, 2012)

4. Propositions concrètes pour le développement de soins innovants dans le domaine des troubles alimentaires en Belgique

Prévention

Pour la prévention des problèmes alimentaires et de poids, il faut travailler à la communication d'un seul et même message dans tous les contextes de vie : il s'agit d'un message qui prône la croissance et favorise le développement de compétences en matière d'alimentation saine, de satisfaction corporelle. Il aide les jeunes à développer un esprit critique face aux médias, ainsi qu'une bonne estime de soi, une régulation des émotions et de la solidarité. À cette fin, le matériel existant est largement distribué et mis en œuvre par le biais des soins de première ligne, des logos, des municipalités, de l'enseignement, des organisations de travail sur le terrain, etc. Ceci fonctionne déjà bien en Flandre mais *doit être développé et soutenu à Bruxelles, en Wallonie, et en région Germanophone dans les budgets communautaires et régionaux annuels.*

Détection, orientation et renvoi précoces

Les réseaux de soins primaires encouragent tous les professionnels des soins primaires à s'interroger sur le comportement alimentaire et la satisfaction corporelle dans le cadre d'une évaluation plus large d'un mode de vie sain.

Une formation et un soutien sont apportés au personnel des services d'aide sociale et de soins primaires afin qu'ils soient moins réticents à intervenir dans les premiers stades d'un comportement alimentaire

hésitant et de problèmes alimentaires légers. Un plan par étapes pour une consultation précoce en cas de problèmes et de troubles alimentaires est promu dans tous les cercles de médecins généralistes. Ceci doit être soutenu par les autorités politiques de chaque région

Les professionnels proches des lieux de vie des jeunes peuvent les orienter sans problème vers des psychologues de première ligne après avoir reconnu un comportement alimentaire légèrement problématique. Les problèmes alimentaires plus graves peuvent être adressés de manière flexible aux soins spécialisés ambulatoires pour un entretien d'évaluation et un démarrage rapide des soins. En règle générale, ces premiers points de contact mènent également à des services liés à l'aide aux familles et à des services fournis par des experts expérimentés.

Pour soutenir les travailleurs de première ligne, il est nécessaire d'avoir un accès permanent à des spécialistes pour une consultation et une évaluation plus approfondie. Cette offre peut être proposée par les réseaux de santé mentale, ou par l'intermédiaire de l'un de leurs partenaires au sein du réseau, par exemple dans les SSM, il faudrait une aide spécialisée pour les troubles des conduites alimentaires. *Ceci commence à se développer en Flandre mais pas du tout au niveau francophone. Cela est du ressort des régions au niveau politique.* Une ligne de conseil pour les professionnels pourrait soutenir cette fonction d'appel.

Pour aider les patients et les familles qui ne peuvent trouver des soins appropriés, *un point d'appel doit être prévu (tant au niveau provincial que communautaire).*

Soins ambulatoires spécialisés

La thérapie ambulatoire doit être développée dans toutes les régions, afin que les patients et leurs familles puissent être traités près de chez eux. Les médecins généralistes et les professionnels de soins primaires doivent avoir une bonne vue d'ensemble des soins ambulatoires offerts dans leur région. En collaboration avec les réseaux, des points d'enregistrement doivent être convenus par région pour pouvoir évaluer de manière objective la prévalence des troubles alimentaires. La ligne d'orientation du centre de connaissances doit également faire l'objet d'une plus grande publicité afin que les parents et les éducateurs ne doivent plus chercher seuls un lieu d'accueil. *Une ligne téléphonique de référence associée à un centre de connaissance est nécessaire à Bruxelles, en Wallonie et dans la communauté germanophone. Les instances politiques communautaires et régionales seront contactées dans ce sens.*

Le groupe de travail plaide également pour le remboursement de toutes les disciplines ambulatoires nécessaires. La nouvelle offre de soins psychologiques dans le cadre du protocole d'accord pourrait éventuellement fournir une accessibilité supplémentaire ; rendre les soins précoces moins chers est nécessaire pour toutes les disciplines, y compris les soins diététiques. En cas de véritables troubles du comportement alimentaire, une prise en charge spécialisée ambulatoire est nécessaire. La ligne directrice du NICE (2017) budgétise 20 sessions de soins spécialisés dans la boulimie et 40 sessions dans la prise en charge de l'anorexie mentale.

Des efforts sont faits pour développer des soins flexibles et sur mesure. Une plus grande diversité est nécessaire : offre de groupe, offre orientée vers le contexte, offre concernant la resocialisation et la réorientation par rapport au travail et implication des équipes SSM, des équipes de crise, des équipes mobiles, etc. Le groupe de travail plaide pour la mise en place, en concertation avec les réseaux de santé

mentale, d'au moins une offre de base ambulatoire de MFT dans chaque province, et ce en complément de l'offre intensive de MFT des équipes résidentielles. Cela pourrait être fait dans les SSM. *Ce travail avec les SSM est à construire au niveau francophone.* Les équipes mobiles et les équipes de crise bénéficient d'un soutien pour étendre leur travail de proximité ambulatoire aux problèmes alimentaires. Ils peuvent également être utilisés pour orienter les personnes qui « évitent » les soins.

Le groupe de travail préconise d'intégrer le soutien à la famille et au contexte dans chaque prestation de soins ambulatoires et de rechercher spécifiquement ce qui est nécessaire pour soutenir la famille. La manière dont la famille doit être soutenue doit être explicitée en ligne.

La coordination des soins est essentielle et urgente. Une coordination durable des soins par un professionnel est nécessaire compte tenu du besoin de flexibilité dans l'offre des soins. Le coordinateur professionnel de soins fait office de point de contact permanent, assure le suivi du plan de soins, coordonne le partage des informations et favorise la coopération. Le groupe de travail préconise également de soutenir et de faciliter davantage la coopération multidisciplinaire en 2e ligne. Un financement bien pensé de la consultation est nécessaire pour toutes les disciplines concernées. La concertation entre les soins ambulatoires et les experts de troisième ligne doit également être encouragée et remboursée. Il est nécessaire d'établir une nomenclature pour les conseils donnés par les spécialistes de troisième ligne aux professionnels ambulatoires, également pour les patients qui ne sont pas encore connus par les professionnels de troisième ligne.

Une préoccupation importante du groupe de travail est la formation appropriée du réseau ambulatoire. En fonction des soins appropriés à chaque phase du processus de rétablissement des bénéficiaires de soins, il est important que tous les partenaires des soins communautaires ambulatoires acquièrent des compétences de base en matière de soins des troubles alimentaires. Cela peut être fait par les centres d'information sur les troubles alimentaires des deux communautés, en consultation avec les réseaux de santé mentale concernés.

Toutefois, en plus d'une formation appropriée, la présence d'un soutien supplémentaire semble avoir un effet de renforcement. Un accès téléphonique à des prestataires de soins plus spécialisés qui peuvent fournir des consultations devrait être fourni dans chaque réseau de santé mentale. Cela peut se faire par l'intermédiaire de l'équipe spécialisée de proximité intensive (voir ci-dessous) et par la personne de référence provinciale du réseau de santé mentale. Au niveau national, une ligne de conseil pour les professionnels doit soutenir les deux communautés.

Pour élargir l'offre de soins ambulatoires dans le cas de troubles alimentaires graves, une équipe spécialisée de proximité intensive est financée par province au moyen d'une mini-convention. L'équipe hautement spécialisée composée d'un (pédo)psychiatre, d'un psychologue, d'un diététicien, d'un somaticien et d'un infirmier peut temporairement fournir des soins ambulatoires intensifiés, éventuellement même au domicile du bénéficiaire des soins, afin que l'équipe de soins ambulatoires puisse continuer à travailler après la période d'intensification. Ces experts pourraient également aider les équipes des hôpitaux généraux qui ne peuvent pas utiliser les ressources de liaison pour établir des plans de soins.

En outre, des ressources de liaison destinées à soutenir les équipes de l'hôpital général travaillant sur les troubles alimentaires sont en cours de développement. Actuellement, le remboursement n'est possible que pour les équipes qui sont incluses dans les ressources de liaison temporaires et pour la consultation

de patients "connus" et "mineurs" des équipes spécialisées dans les troubles du comportement alimentaire. Les services de pédiatrie qui traitent les troubles de l'alimentation devraient pouvoir faire appel facilement à des compétences et à une main-d'œuvre supplémentaire pour soutenir leurs soins, sur la base de partenariats naturels. Les ressources de liaison doivent être allouées en fonction des besoins. Le groupe d'étude plaide pour la possibilité d'un soutien flexible lorsque les patients souffrant de troubles alimentaires nécessitent davantage des spécialistes des troubles alimentaires (psychologue, psychiatre, et diététicien spécialisé et une infirmière spécialisée).

Soins spécialisés de troisième ligne

L'expansion de l'offre de soins de troisième ligne est souhaitable avec au moins une offre thérapeutique de jour et au moins une offre MFT¹ liée à chaque équipe de troisième ligne spécialisée, pour une offre de soins résidentiels flexible. Dans les régions où il n'existe pas d'équipe spécialisée dans les troubles alimentaires (Limbourg et certaines parties de la Wallonie), un service thérapeutique de jour et un service MFT doivent également être fournis.

- Le groupe de travail plaide pour un ajustement du budget des soins pour les jeunes ; une *conversion* des lits A et T dans le cadre de la prise en charge des troubles alimentaires en lits de jour pour une meilleure adéquation aux besoins des adolescents et des jeunes adultes ainsi que des places pour l'âge de transition, est nécessaire.

- Le groupe d'étude plaide également pour une augmentation du nombre de places K et K/k1, ainsi que des places pour l'âge de transition afin de mettre fin aux longues listes d'attente.

- La transition vers le domicile doit être organisée de manière beaucoup plus souple, tant sur le plan administratif/financier que sur le plan du contenu. Cela exige de l'innovation et un accroissement des compétences de la part des prestataires de soins, ainsi que des ajustements du financement de la part des décideurs politiques, avec des possibilités de services de thérapie de jour plus flexibles, de thérapie familiale et, si nécessaire, des aller-retours vers la 3^e ligne résidentielle.

- « Réflexe 'familles' »² : toujours dans le cadre des soins de troisième ligne, les familles reçoivent des informations et un plan de soutien familial au début, pendant et après la thérapie. Une thérapie familiale supplémentaire, si nécessaire, est institutionnalisée. La thérapie familiale renforce le contexte et augmente les chances de rétablissement durable. Une nomenclature supplémentaire pour la troisième ligne est proposée pour l'insertion de la thérapie familiale lorsque cela est nécessaire en complément de l'offre résidentielle, thérapeutique de jour ou ambulatoire. Il existe une nomenclature pour la thérapie « unifamiliale », et une autre pour un programme de groupe résidentiel de thérapie « multifamiliale » (MFT).

- 10 places HIC pour les troubles des conduites alimentaires graves avec des complications médicales particulières sont développées dans quelques unités de soins intensifs distinctes pour tous les types de troubles psychiatriques (voir le modèle des soins médico-légaux). Le lien avec les équipes chargées des troubles alimentaires reste important pour le trajet de soins après la phase de traitement à haute intensité. Il faudrait envisager de répartir ces 10 places HIC entre les hôpitaux universitaires qui disposent également d'une unité de traitement des troubles des conduites alimentaires.

¹ MFT pour Thérapie Multi Familiale, les thérapeutes travaillent avec plusieurs familles en même temps.

² <https://familiereflex.be/wat-is-de-familiereflex/>

5. Optimisation urgente des soins dans les troubles alimentaires par le gouvernement fédéral

5.1. Renforcement de la détection précoce et des soins en ambulatoire, par l'intermédiaire des réseaux

5.1.1. Implication des psychologues de première ligne

Le groupe de travail préconise d'impliquer les psychologues conventionnés dans le processus des soins ambulatoires précoces pour les troubles alimentaires.

1. Les psychologues généralistes de première ligne, s'intéressent aux antécédents alimentaires chez tous les jeunes ; ces psychologues fournissent des soins à court terme pour les questions alimentaires et les problèmes alimentaires légers. Ceci, à la fois individuellement, en groupe et en outreaching pour toucher tous les jeunes qui n'arrivent pas nécessairement dans le parcours de soins.
2. Les « Soins spécialisés » des psychologues de première ligne assurent en collaboration avec les réseaux, le démarrage de soins rapides pour les problèmes alimentaires légers et les troubles des conduites alimentaires naissants.

5.1.2. Proposition de mettre en place une équipe d'accompagnement des troubles alimentaires par province sous forme de Mini Conventions INAMI en lien avec les réseaux de santé mentale des jeunes

Dans chaque province, il faudrait une équipe de soutien spécialisée dans les troubles alimentaires, liée au réseau de santé mentale. Cette équipe soutiendrait les prestataires de soins ambulatoires spécialisés dans les troubles du comportement alimentaire qui ont (temporairement) besoin de plus d'expertise/intensité dans leur processus de traitement. L'équipe de soutien est principalement là pour soutenir le prestataire de soins, mais peut également fournir des soins supplémentaires au patient et à sa famille : l'équipe multidisciplinaire de soutien aux troubles du comportement alimentaire peut ajouter une expertise somatique, psychiatrique, psychologique ou diététique au processus de traitement ambulatoire, et dans des cas exceptionnels, elle peut également prendre temporairement le relais afin d'éviter une hospitalisation. L'équipe de soutien peut renforcer la pratique ambulatoire, mais si nécessaire, elle peut également assurer une action de proximité dans le contexte du patient, par exemple, pour faire face à des escalades dans la famille en crise, sonde...

(Pédo)Psychiatre 0,5 ETP: 90.000 €
Un expert (interniste, pédiatre...) 0,2 ETP: 36.000 €
Psychologue 0,5 ETP :45.000 €
Infirmière 0,5 ETP: 39 425 €
Diététicien(ne) 0,5 ETP: 39 000 €

Total par an et par province : 249 452 € par équipe de soutien multidisciplinaire via une mini-convention (montant de base, à ajuster en fonction de la densité de population de la province).

5.2. Proposition de parcours de soins en résidentiel, en centre de jour et avec les familles, pour les troubles alimentaires

Le groupe de travail plaide en faveur d'une **convention** pour les troubles des conduites alimentaires les plus graves qui nécessitent une admission. Afin de fournir de meilleurs "soins appropriés", le groupe de travail plaide en faveur d'une gamme de services plus large dans le cadre des soins **de troisième ligne** : chaque clinique spécialisée dans les troubles alimentaires offre les options de thérapie résidentielle/de jour/MFT, et les patients pourront passer d'un type de traitement à un autre en fonction de leurs besoins. Lors du suivi du plan thérapeutique, on réfléchit régulièrement à la thérapie la plus appropriée pour le patient afin d'assurer un bon rétablissement et un transfert optimal de celui-ci, à son domicile. L'objectif est, d'une part, d'éviter que les patients restent plus longtemps hospitalisés que nécessaire, et, d'autre part, de permettre de travailler le plus vite possible dans le contexte du patient.

Il s'agit d'une offre de troisième ligne, pour les patients et les familles dont la situation médicale ou (pédo)psychiatrique requiert l'intensité d'une approche de troisième ligne. Elle est située à un niveau suprarégional. (La réponse aux troubles alimentaires « légers » est toutefois une approche de deuxième ligne qui est proposée au niveau régional, c'est-à-dire par province, en collaboration avec les réseaux de santé mentale).

Lit :

Coût estimé de 135000 à 160000 € pour les lits K / 112000 à 135000 € pour les lits A

Centre de jour :

Le groupe de travail préconise davantage de *thérapies* de jour pour les troubles alimentaires. Jusqu'à récemment, cette approche était absente de la prise en charge des troubles alimentaires, alors qu'elle est efficace, fortement souhaitée par les patients et intéressante d'un point de vue budgétaire.

Le groupe de travail plaide également pour une organisation réfléchie de la part des prestataires de soins et pour une *approche plus souple* du financement par les pouvoirs publics, qui permette une certaine flexibilité dans le programme de traitement de jour des troubles alimentaires. Il est nécessaire de faire preuve de souplesse afin de pouvoir venir initialement cinq jours par semaine, et de diminuer progressivement la fréquence lorsque cela est possible dans l'intérêt d'un transfert progressif vers la maison. Nous avons réfléchi à une moyenne de 3 jours au centre de jour, combinée à la scolarisation et, ce, pendant 6 mois (groupe de 8 à 10 patients).

Coût détaillé pour un centre de jour par type d'ETP:

- (Pédo)Psychiatre et spécialiste somatique : Honoraires de surveillance
- 1,5 ETP Psychologue (80.000) : 120.000 €
- 1,3 ETP Infirmière (78 850) : 102 505 €
- 0,3 Diététicien (79.000) : 23.700 €

- 0,2 Kiné ou psychomotricien (79,000) : 15,800 €
- 0,1 Service social (79,000) : 7,900 €

Espaces coût par demi-journée :

- 1 grand local : 17,30 €
- 1 petit local : 11,80 €
- 1 cuisine 14,20 €
- Loyer total 110x150jours = 16500 €
- Coût des aliments 25 x 150 = 3750 €
- Administration 13x150= 1950 €

= 269 905 + 16500 + 3750 +1950 = 292 105 /an pour **l'option thérapie de jour X 10 centres = 2 921 050 €**

Prix de revient de la thérapie de jour pendant 6 mois pour 8 patients par équipe = 18257 /jour + honoraires médecins

MFT : Thérapie multi-familiale intensive (nomenclature supplémentaire)

=La thérapie familiale intensive de groupe (I-MFT) est un service de soins proposé par les équipes de troisième ligne pour renforcer le contexte familial. Il comprend 4 journées complètes consécutives avec 6 séances de retour pendant 6 mois. Concrètement, il s'agit de 10 sessions par an avec 6-7 familles d'une moyenne de 4 personnes, à la fois patient, parents et frère/sœur. Ce programme peut être autonome dans l'offre de soins au patient et à sa famille, mais il peut aussi être proposé pour renforcer une offre résidentielle ou thérapeutique de jour.

Coût :

- (Pédo)Psychiatre à temps partiel
- Endocrinologue/interniste à temps partiel
- Psychologue
- 1 infirmière/diététicienne à temps partiel
- Utilisation d'une grande pièce, de deux petites pièces et d'une cuisine.
- La nourriture est fournie
- Frais administratifs

Coût d'une série MFT :

10,5 jours X 8 heures X 2 (psychologues) X 70 euros par consultation = 11. 760 Euros
 + 10,5 jours X 5 heures X 105,79 Euros par consultation psychiatre = 5565 Euros
 + forfait 200 Euros matériaux (argile, papier, pâte à modeler) + 1 repas commun préparé par l'équipe + 10 heures (midi) + 5 heures (offre thérapeutique) à 41, 78 euros par consultation de 60min avec un diététicien = 626,7 euros
 + 5 heures (offre thérapeutique) à 42,52 euros par consultation de 30min avec un endocrinologue/interniste = 425,2 euros,+ loyer (10j x 110 euros= 1100) + frais de nourriture (25 x 10= 250) + administration (13x10=130)
 = **Montant total : 20 057 €** par groupe MFT de 6 familles / = 3343 par patient/10séances

Budget : 4 groupes MFT par unité spécialisée dans les troubles alimentaires/an = 80224 euros/an/équipe
**Nous optons pour 5 équipes en Flandre et 5 équipes pour Bruxelles et la Wallonie, soit au total :
802 240 € pour la MFT**

5.3. Proposition pour les équipes de liaison qui suivent les patients là où ils se trouvent.

Les patients souffrant de troubles graves du comportement alimentaire se rendent dans des lieux de soins très différents pour être hospitalisés : souvent en pédiatrie, en médecine interne ou en endocrinologie à l'hôpital général, parfois ils s'adressent à des services de psychiatrie générale, mais aussi à des services de placement, de soins spéciaux pour les jeunes, etc... En raison de la complexité des troubles alimentaires, une expertise supplémentaire est souvent nécessaire auprès des équipes spécialisées en troubles alimentaires.

Les ressources des équipes de liaison sont très utiles pour un partage de connaissances avec les équipes qui ne sont pas spécialisées dans les troubles alimentaires, afin que les jeunes puissent être aidés. Actuellement, les équipes de liaison en renfort aux services non spécialisés, sont mises en place dans certains services seulement. Les jeunes qui s'inscrivent dans d'autres services ne reçoivent pas de soins spécialisés. Le défi consiste maintenant à apporter les ressources de liaison aux services où se trouvent les jeunes.

Nous soutenons que le soutien de liaison devrait être lié aux équipes spécialisées dans les troubles alimentaires (10 équipes suprarégionales) et qu'elles devraient mettre leur expertise à la disposition des équipes de soins ayant besoin d'un soutien spécialisé. Les équipes de liaison devraient bénéficier d'un staff supplémentaire. Des expériences ont déjà été amorcées dans lesquelles des membres des équipes spécialisées dans les troubles alimentaires sont détachés pour aider d'autres équipes au démarrage du suivi des jeunes souffrant de troubles du comportement alimentaire.

Il y a aussi un manque d'expertise somatique dans les services de (pédo)psychiatrie où les jeunes avec troubles des conduites alimentaires sont hospitalisés. Par exemple, en raison de complications somatiques spécifiques dans les troubles de l'alimentation, il peut y avoir un besoin d'expertise pédiatrique ou endocrinienne supplémentaire.

Les dispositifs de liaison semblent être très bons pour insérer l'expertise appropriée des soins (pédo)psychiatriques et somatiques pour les troubles alimentaires.

5.4. Optimisation supplémentaire des soins nécessaires pour les troubles alimentaires via un financement fédéral :

1. Nouvelle nomenclature pour la coordination des soins et la gestion des cas. Il est important qu'un professionnel de la santé dans l'environnement proche du patient se charge de surveiller la coordination des soins de manière globale pour assurer une bonne gestion des cas.

2. Remboursement des séances de soins ambulatoires :

de base : 10 séances chez psychologue / 10 séances chez diététicienne + 2 consultations pluridisciplinaires avec le médecin traitant. L'enveloppe de base peut être étendue en fonction des besoins et de la gravité. Au niveau international, la recommandation est de 20 séances pour la boulimie nerveuse et de 40 séances ambulatoires pour l'anorexie mentale.

3. Proposition de budgets supplémentaires pour l'âge de transition pour les lits A et étendre l'âge limite des lits K à 23 ans

4. Transition vers le domicile : Remboursement des coûts de outreaching + Flexibilité concernant le financement de l'occupation des lits en cas de transition vers le domicile avec aller-retours possible.

5. Nouvelle Nomenclature pour les avis des spécialistes de troisième ligne donnés aux prestataires de soins ambulatoires de 2^e ligne

6. Proposition 10 HIC troubles alimentaires (proposition convention similaire aux FOR-K)

7. Exigence de qualité : inventaire des besoins de la famille dans les plans de traitement du patient avec une offre de soins explicitée au patient et à sa famille (trajectoire ambulatoire et résidentielle)

6. Optimisation des soins pour les troubles alimentaires dont les besoins sont urgents via un financement régional

1. Organisation d'une ligne d'orientation au niveau régional pour aider les soignants et les prestataires de soins à fournir des soins rapides et appropriés.
2. Proposition pour chaque province, d'une antenne spécifique dans les services de santé mentale (SSM) pour les troubles alimentaires et, ce, en tant que fonction d'appel de seconde ligne, et en tant que support pour la première ligne. Le SSM fournit une intervention de seconde ligne MFT ainsi que des soins d'innovation si les besoins sont régionaux.
3. Activation de toutes les équipes SSM pour fournir des soins pour les troubles alimentaires en plus des besoins de soins de santé mentale de la population dans le réseau.
4. Élaboration de la coordination des soins pour les troubles alimentaires en relation avec les soins intégrés pour les jeunes (par exemple, en relation avec une famille et un plan).
5. Élaboration avec les professionnels de première ligne, d'un plan pour réceptionner les patients avec des problématiques alimentaires en organisant un « point d'entrée » flexible dans le trajet de soins pour les besoins de soins directs lorsque les difficultés alimentaires sont plus sévères
6. Activation des psychologues de première ligne pour interroger tous les jeunes sur les questions d'alimentation et pour fournir une prise en charge à court terme des questions concernant l'alimentation et des problèmes alimentaires légers : soins individuels, collectifs et de proximité pour l'orientation des personnes qui évitent les soins.
7. Activation des "soins spécialisés des psychologues de première ligne" afin de permettre un démarrage rapide des soins pour les problèmes alimentaires légers et le début des troubles alimentaires avérés.
8. Développer un système d'enregistrement des questions relatives à l'alimentation/aux problèmes alimentaires/aux troubles alimentaires pour les médecins généralistes, les psychologues de première ligne, les services sociaux et les soins ambulatoires spécialisés.

Plus d'infos : Groupe Travail TCA

Marie Delhay, Marie.Delhay@Erasmus.ulb.ac.be, 0475594883

An Vandeputte, An.Vandeputte@eetexpert.be, 0496288057