



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

Recommandations du groupe de travail âge de transition

Conclusions et recommandations

A présenter pour approbation électronique à la réunion plénière du COMSMEA

Recommandations du groupe de travail sur la psychiatrie de transition

Présidents : Ruud Van Winkel (NL), Véronique Delvenne (FR)

Participants :

Alexandre Riolo
Anaïs Mungo
Angélique Franssen
Ann Tanghe
Ann van der Speeten
Boris Rosenfeld
Charlotte Aertsen
Damien Bael
Ellen Vranken
Emmanuel Nelis
Etienne Joiret
Evrard Maude
Fédito Wallonne
Filip Morisse
Florence Crochelet
Geert Everaert
Genevieve d'Hoop
Gino Ameye
Goedele Plovie
Ingelise Gerritsen
Ingrid Goossens
Jérôme Petit
Joakim Lheureux
Karen Beuckx
Karsten Vanden Wyngaert
Kirsten Catthoor
Kris Martens

Laura Jadot
Laure Meneve
Laurence Gosset
Lieve De Backer
Luc Detavernier
Ludo Goderis
Marc Demesmaecker
Mark Neyens
Maxime Paupinet
May Vrijens
Mich Jonckheere
Michèle Hannecart
Michelle Warriner
Michiel Panis
Nicolas Mortier
Nicolas Raty
Paul du Roy
Piet Snoeck
Sofie Crommen
Sophie Tambour
Sophie Vilain XIII
Stefanie Devos
Tinne Verhesen
Valérie Latawiec
Véronique Tellier
Vincent Baro

Dates des réunions :

15/12/2021 - 9h00 -11h00
20/01/2022 - 13h00-15h00
16/02/2022 - 9h00-11h00
16/03/2022 - 9h00-11h00
21/04/2022 - 13h00-15h00
19/05/2022 - 13h00-15h00
08/06/2022 - 9h00-11h00
23/06/2022 - 12h30-14h30

1. Contexte

Le groupe de travail a été mis en place pour s'occuper des **soins de santé mentale des jeunes âgés de 16 à 23 ans qui présentent un risque élevé de difficultés développementales ou de troubles de santé mentale**. Cela inclut, mais pas exclusivement,, les jeunes qui sont en psychiatrie ou qui doivent faire la transition entre la psychiatrie infanto-juvénile et la psychiatrie adulte. Les jeunes présentant ces problèmes se retrouvent également dans les soins de première et ligne et de deuxième ligne et dans d'autres secteurs tels que la protection de la jeunesse et VAPH/AVIQ/PHARE. Certains jeunes n'ont pas encore reçu d'aide et arrivent à cet âge de transition avec des problèmes de santé mentale importants ou complexes. Certains d'entre eux restent sous le radar (besoins non satisfaits, jeunes avec des plaintes non-détectées, ...). Le groupe de travail a abordé plusieurs questions spécifiques :

1. Quelles sont les lignes directrices fondées sur des données probantes et les éléments ou composantes d'un parcours de soins pour les adolescents et les jeunes adultes souffrant de problèmes de santé mentale, en fonction des besoins de soins existants (et de l'impact possible de la pandémie de COVID-19) ?

2. Quelle est l'offre de soins actuelle pour les adolescents et les jeunes adultes de 16 à 23 ans souffrant de problèmes de santé mentale en Belgique et comment est-elle organisée ?

3. Quelles recommandations spécifiques peuvent être formulées pour réaliser une politique cohérente et accessible pour les adolescents et les jeunes adultes de 16 à 23 ans souffrant de problèmes de santé mentale ?

2. Quelles sont les lignes directrices fondées sur des données probantes et les éléments ou composantes d'un parcours de soins pour les adolescents et les jeunes adultes souffrant de problèmes de santé mentale, en fonction des besoins de soins existants ?

2.1. Épidémiologie et perspectives internationales

50 % des problèmes de santé mentale apparaissent avant l'âge de 14 ans et 75 % avant l'âge de 24 ans (Kessler et al. 2005). Les troubles de santé mentale sont la principale cause d'invalidité chez les personnes âgées de 10 à 24 ans (Gore et al. 2011) et affectent les années les plus productives de la vie, constituant la plus grande menace pour le produit intérieur brut des nations (Bloom et al. 2011). En outre, le suicide représente la principale cause de décès chez les 15 à 29 ans en Belgique, avec 40 % des décès causés par le suicide chez les jeunes hommes et 22 % chez les jeunes femmes (Agentschap Zorg en Gezondheid 2017).

La présentation de la psychopathologie chez les jeunes diffère aussi nettement de celle des groupes d'âge plus âgés, avec des fluctuations importantes dans la spécificité et la sévérité des symptômes et un pourcentage très élevé de comorbidités (60 à 98 %) (Leijdesdorff et al. 2020). Avant même la pandémie de COVID-19, les jeunes étaient confrontés à augmentation des problèmes de santé mentale, notamment l'anxiété, les symptômes dépressifs, la détresse psychologique et le suicide. Depuis le début de la pandémie de COVID-19, leur santé mentale s'est même aggravée, 74 % d'entre eux déclarant que leur santé mentale a diminué (McGorry et al. 2022).

2.2. Obstacles aux soins chez les jeunes

Fournir des soins de santé mentale adéquats aux jeunes est un défi car ils sont souvent réticents à demander de l'aide et rencontrent des obstacles importants dans l'accès aux services de santé mentale (McGorry et al. 2014). En effet, ils ont souvent un manque de connaissances sur la santé mentale et les services d'aide en santé mentale, des perceptions négatives quant au fait de demander de l'aide, une préférence pour l'autonomie, des préoccupations concernant la confidentialité ou la stigmatisation. En outre, les craintes que le prestataire de soins soit un inconnu et le manque d'accessibilité, y compris les listes d'attente, jouent un rôle important (Gulliver et al. 2010, Radez et al. 2020). Les services disponibles ne prennent souvent pas en compte les besoins spécifiques des jeunes adultes, ce qui peut encore décourager la recherche d'aide. Ce fait est étayé par la constatation que les jeunes ont une perception négative de la recherche d'aide. Ils pensent, p. ex. qu'un traitement ne sera pas utile, et cela, alors que des traitements fondés sur des preuves sont facilement disponibles pour différents troubles mentaux (Vanheusden et al. 2008).

En outre, les adolescents qui trouvent leur chemin vers les soins de santé mentale, peuvent être confrontés à une discontinuité des soins face au fossé qui existe entre les services de santé mentale pour les enfants et adolescents (SMEA) et les services de santé mentale pour adultes (SMA) (Hendrickx et al. 2020). Moins de 5 % des jeunes connaissent une « transition

optimale », telle que définie par les indicateurs de qualité (planification conjointe adéquate, transfert d'informations et continuité des soins) (Singh et. al. 2010). La complexité des structures du système, les limites arbitraires des services, les différents financements et la variation au niveau des protocoles peuvent contribuer à la discontinuité des soins (Naert et. al. 2017). Les jeunes peuvent rencontrer plusieurs obstacles au cours du processus de transition vers les soins aux adultes, par exemple l'interaction de multiples transitions de vie simultanées, un manque de soutien (parental) face à une plus grande indépendance dans les soins en SMA, la difficulté de former de nouvelles relations thérapeutiques et le décalage entre le calendrier et les besoins (Broad et. al. 2017).

Dispenser des soins de santé mentale appropriés aux jeunes est en outre compliqué par le fait que les symptômes des maladies mentales précoces sont plus variables et mal définis que les présentations relativement stables observées à l'âge adulte. Les syndromes en phase précoce peuvent initialement se chevaucher et être indifférenciés et se caractériser par des symptômes non spécifiques tels que l'anxiété ou les troubles du sommeil (Shah 2019). En revanche, un état symptomatique - encore en dessous du seuil d'un trouble psychiatrique formel - peut être associé à une détresse, à une déficience fonctionnelle et à une diminution de la qualité de vie (McGorry et. al. 2018).

Bien que la prévention, la détection et l'intervention précoces soient reconnues comme des éléments clés pour minimiser l'impact de problèmes de santé mentale potentiellement graves, ces éléments sont insuffisamment explorés et développés dans le domaine de la santé mentale des jeunes. Pourtant, cette fenêtre d'âge spécifique offre la possibilité d'intervenir tôt, quand un individu est encore à risque plutôt qu'à un stade de développement complet du trouble (Colizzi et. al. 2020). Les services de santé mentale pour les jeunes devraient donc fournir des soins sur l'ensemble du spectre d'intervention, en commençant par la prévention.

2.3. Obstacles lors du passage de services de soins en SMEA à des services de soins en SMA : l'étude Milestone

Ce projet impliquant des chercheurs de plusieurs universités européennes dans 8 pays européens différents est parti d'un constat : 95 % des jeunes déclarent avoir eu une faible coordination pour leur transition. Plusieurs éléments ont été mis en avant : la transition a été mal préparée, non planifiée avec le jeune ou sa famille, le jeune a ressenti une pression des équipes de pédopsychiatrie pour faire la transition vers une équipe adulte à 18 ans. La période de transition entre les deux services est une période à risque d'abandon du suivi et beaucoup de jeunes ont eu un sentiment de barrière entre les services de pédopsychiatrie et de psychiatrie adulte. La transition est encore plus difficile pour les jeunes souffrant de troubles neurodéveloppementaux, de troubles émotionnels ou de troubles émergents de la personnalité. Il y a donc un risque d'arrêt du suivi spécialisé, très souvent avec une orientation vers le médecin généraliste qui n'est pas correctement préparée face au jeune et au médecin spécialiste, avec un risque de récurrence des symptômes.

Une étude de cohorte menée dans le cadre du projet Milestone a analysé le parcours des jeunes suivis en pédopsychiatrie. Quelques années plus tard, seuls 21,3 % avaient effectué une transition vers la psychiatrie adulte. 9,5 % sont restés en pédopsychiatrie. 11 % n'ont pas eu de continuité de soins et 17,3 % ont eu une interruption de suivi. Il a été montré que les

parcours marqués par la discontinuité des soins étaient liés à une qualité de vie moindre pour le jeune.

Plusieurs propositions ont donc été envisagées pour permettre une meilleure coordination de la transition :

1. Évaluer la nécessité d'un suivi et le planifier. La réflexion sur la transition doit se faire, tant sur la question médicale/psychiatrique, que sur les autres domaines de vie du jeune (école, travail, relations, amis, domicile). Il est donc important de discuter avec le jeune de ses besoins spécifiques, de ses facteurs de vulnérabilité et de protection et du contexte approprié. Il est conseillé de planifier une transition lorsque le trouble psychiatrique est bien contrôlé mais qu'il existe des facteurs environnementaux liés à un risque de décompensation (déménagement seul, études universitaires, etc.).
2. Planifier la transition dans le temps avec le jeune et sa famille et résumer les informations dans un rapport de transition. Il est essentiel de discuter avec le jeune de ce qui sera transmis. Il n'est donc pas obligatoire de transmettre toute l'histoire du jeune. Idéalement, les informations à transmettre seront les plans de traitement et leurs objectifs, l'évolution générale du jeune au cours du suivi, les points forts et faibles du jeune, autres que les seuls symptômes, l'évaluation des risques (toxicomanie, suicidaire, etc.), le plan de crise s'il a été discuté, pour permettre à la nouvelle équipe de cliniciens d'utiliser ce plan pour en élaborer un nouveau ou le réactiver si nécessaire.
3. Planifier une réunion de transition : réunion en présence du jeune, de sa famille, de l'équipe de pédopsychiatrie et de la nouvelle équipe de psychiatrie adulte. Cette réunion peut se faire par vidéoconférence.
4. La proposition d'un traitement parallèle pendant la transition entre le pédopsychiatre et le psychiatre pour adulte, avec la planification des rendez-vous dans le service pour adultes et le maintien de certains rendez-vous pendant la même période dans le service de pédopsychiatrie. Si possible, maintien du réseau de soins élargi.
5. S'il est en place, le soutien des patients experts ou des pairs aidants revêt une importance cruciale, car il aide le jeune à traverser cette période difficile grâce aux conseils d'une personne qui l'a déjà vécue.

4 mots-clés ont été retenus pour la transition : **Autonomie** (mettre le jeune au centre de la prise en charge, prendre en compte ce qui est important pour lui/elle), **Temps** (si possible, celui du jeune et non des institutions), **Information** (échanger des informations, discuter des différentes possibilités avec le jeune dès le début, échanger des informations entre les services), **Soutien** (ne pas laisser le jeune faire seul les démarches pour être admis dans le service pour adulte, aider à construire la confiance dans la nouvelle équipe). On parle souvent de « prise de décision partagée et de planification du traitement ».

Certaines propositions ont été avancées par les investigateurs de l'étude Milestone :

1. Réaliser une cartographie des structures avec leur spécificité (âge au début de la prise en charge, type de pathologie, suivi proposé, etc.) afin de fournir un maximum d'informations au jeune et à sa famille dans le choix d'une structure de suivi.
2. Gérer les changements au niveau de l'autonomie
3. Établir des lignes directrices claires, sans parler de protocoles rigides, pour la coordination de la transition dans l'institution
4. Être attentif à l'auto-stigmatisation des jeunes et donner la priorité au soutien par les pairs.
5. Former les différents intervenants sur la question de la transition
6. Impliquer structurellement les jeunes dans la prise de décision de l'institution

Pour identifier les jeunes pour lesquels la transition est appropriée et pour lesquels le jeune est prêt, le projet MILESTONE a créé l'**outil TRAM** (Transition Readiness and Appropriateness Measure). Cet outil consiste en un questionnaire adressé au jeune, à sa famille et à son pédopsychiatre, qui doit être considéré comme un passeport de transition. Il comprend les différents domaines nécessitant une évaluation avant la transition, qui sont :

- pour la pertinence : les symptômes, le contrôle de la maladie, les perturbations présentes, l'évaluation des risques, les facteurs influençant l'importance du diagnostic et les aspects relatifs au système de santé
- pour la préparation : les facteurs opérationnels liés au processus de transition et aux changements de vie

Il existe également d'autres propositions de transition au niveau des pairs, des familles, des services de soutien et des réseaux :

1. L'offre de soins doit être accessible aux jeunes jusqu'à 23 ans inclus. Les admissions dans les services de pédopsychiatrie et de psychiatrie adulte devraient être flexibles. Une collaboration entre les différents services pour enfants, adolescents et adultes permettrait d'offrir une prise en charge plus adéquate et appropriée aux jeunes.
2. La coopération entre les services de santé mentale et les secteurs de l'aide à la jeunesse pourrait se poursuivre au-delà de l'âge de 18 ans, par exemple lorsque les projets de vie de ces jeunes sont encore en cours de construction.
3. Coopération entre les réseaux de psychiatrie infanto-juvénile et les réseaux de psychiatrie adulte
4. Une attention particulière doit être accordée aux tâches sociales et développementales : soutien aux études, intégration sur le lieu de travail, intégration dans le groupe de pairs, intégration dans la communauté locale et liens avec celle-ci

5. Créer des mécanismes de partage d'expériences et d'expertise entre les jeunes.
6. Impliquer les jeunes dans le façonnement des questions politiques
7. Impliquer les parents et les figures d'attachement positives du réseau informel dans le traitement et le suivi.

2.4. Différents niveaux d'intervention en santé mentale

Le modèle de l'OMS est une pyramide d'organisation des services décrivant l'ensemble des services de santé mentale en général, depuis les services communautaires informels de santé mentale et d'auto-assistance (les moins coûteux) jusqu'aux services de soins primaires, puis les services communautaires spécialisés de santé mentale et de psychiatrie jusqu'aux services d'expertise de santé mentale (les plus coûteux) (Fig. 1.). Diverses actions préventives peuvent être mises en place à différents niveaux avec le soutien de différents partenaires.

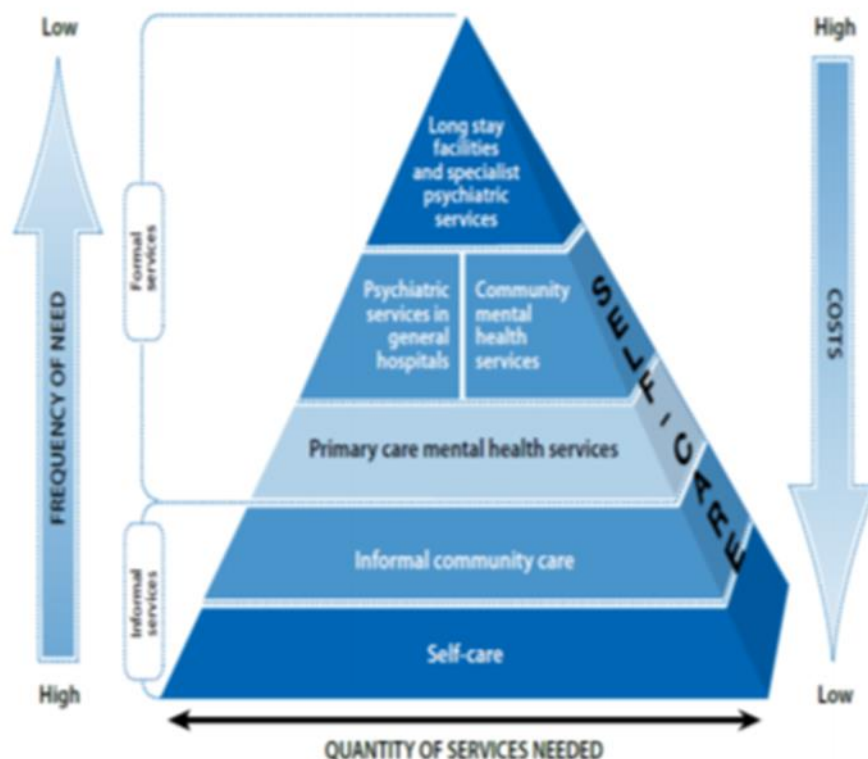


Figure 1. Pyramide de l'organisation des services de l'OMS pour une combinaison optimale de services de santé mentale

2.5. Modèles internationaux existants

Dans la littérature, plusieurs modèles de soins fondés sur des données probantes sont mentionnés. Évidemment, ceux-ci sont basés sur la manière spécifique dont les soins de santé sont organisés dans ces pays.

Les concepts clés sont la facilité d'accès, la participation réelle des jeunes eux-mêmes, l'attention portée à la continuité tout au long du processus, la multidisciplinarité, l'apport d'une expertise propre (enfants/adolescents vs. adultes), la flexibilité et la proportionnalité des soins (offre de soins adaptée à la sévérité du problème) et une connaissance approfondie des questions de développement qui sont cruciales dans cette tranche d'âge.

Bien qu'une discussion approfondie de la littérature dépasse le cadre des recommandations du groupe de travail, nous souhaitons mettre en évidence les deux modèles les plus dominants, à savoir le modèle australien et le modèle britannique. Ces modèles ne s'excluent pas mutuellement, car le **modèle britannique est axé sur les jeunes déjà pris en charge** (en facilitant le transfert entre les services de soins en SMEA et SMA), tandis que le **modèle australien est axé notamment sur les jeunes présentant des symptômes nouveaux qui doivent encore trouver le chemin des soins**.

2.5.1. Le modèle australien

Dans le **modèle australien Headspace** (Rickwood et. al. 2019), les **soins intégrés** ont été proposés comme solution pour améliorer l'accessibilité des soins de santé mentale pour les jeunes. Un dispositif de pratique intégrée dispose d'un personnel clinique et non clinique fournissant des soins multidisciplinaires, idéalement dans un seul endroit (Hetrick et. al. 2017) soutenant une politique dite de « *no wrong door* » qui signifie que les jeunes peuvent obtenir de l'aide pour n'importe quel problème (Hughes et. al. 2018).

Les services sont organisés et coordonnés autour des besoins de l'individu (Hetrick et. al. 2017). La population cible est constituée d'adolescents et de jeunes adultes jusqu'à 25 ans. L'objectif de ces services est de fournir des soins intégrés en se concentrant sur la santé mentale, la santé physique, la santé sexuelle, l'éducation, le bien-être professionnel et/ou la consommation d'alcool et de drogues. L'accessibilité est une caractéristique importante réalisée en offrant un environnement convivial pour les jeunes, proche des transports publics et fonctionnant également en dehors des heures d'ouverture (Hetrick et. al. 2017, Rickwood et. al. 2019).

Les **Overkop-huis** flamandes sont largement inspirées de ces maisons Headspace australiennes, et des initiatives similaires existent dans d'autres pays européens, comme aux Pays-Bas, au Danemark et en France (Maisons des Adolescents). Un élément important est la participation des jeunes, tant au niveau individuel qu'au niveau du service, ainsi que de leur famille et de leurs amis. Pour les jeunes ayant des besoins multiples et complexes, des collaborations avec d'autres services sont nécessaires, ainsi que des transitions soutenues (Rickwood et. al. 2019), mais le degré de réalisation concrète de ces collaborations n'est pas encore clairement défini (Iorfino et al., 2022). Les données suggèrent en fait que, bien que

Headspace soit fortement axé sur les services de première ligne, **le dialogue croisé et l'intégration dans des services plus spécialisés doivent encore être renforcés** (Iorfino et al., 2022).

Par rapport à la situation belge, cette vision implique un changement radical : il n'y a plus de « pédopsychiatrie » (<18 ans) et de « psychiatrie adulte » (>18 ans), mais les jeunes de 12 à 25 ans sont traités par des équipes cliniques spécifiquement axées sur la prise en charge de cette tranche d'âge.

Les **Maison de l'Adolescent** à Bruxelles et en Wallonie, sont principalement des structures de première ligne pour la prise en charge des problèmes de santé hors santé mentale.

2.5.2. Le modèle britannique

Contrairement à la situation **en Belgique, où les pédopsychiatres (et d'autres professions s'occupant d'enfants) sont autorisés à faire preuve de souplesse dans la planification de la transition vers les services pour adultes**, au Royaume-Uni, les pédopsychiatres/psychologues pour enfants ne sont pas autorisés à traiter les jeunes après leur 18^{ème} anniversaire.

Le **modèle britannique** décrit donc comment la transition entre les services de santé mentale pour les enfants et adolescents (SMEA) et les services de santé mentale pour adultes (SMA) devrait idéalement se dérouler. Les lignes directrices soulignent **l'importance de questions telles que la continuité des soins, l'importance de discuter de la transition bien à l'avance dans le cadre d'une réunion de transition formelle, le transfert adéquat des informations et l'implication de l'adolescent et de sa famille dans cette transition**. Il s'agit donc d'un modèle dans lequel les soins en SMEA et SMA se chevauchent peu et où le jeune est transféré à l'âge de 18 ans.

Le modèle est axé sur les jeunes qui sont déjà pris en charge (dans les services de soins en SMEA) et **n'offre aucune solution pour les jeunes qui développent des symptômes pour la première fois, pour les jeunes qui interrompent leurs soins de santé mentale ou pour ceux qui sont réticents à demander de l'aide ou qui risquent de développer des problèmes en raison de ruptures dans leur développement**.

Compte tenu des problèmes importants que pose la transition des jeunes des soins en SMEA aux soins en SMA (la recherche montre que seulement 5 % des transitions remplissent tous les critères d'une bonne transition), il est essentiel que **les besoins des jeunes qui attendent une transition de soins vers le réseau SMA soient prioritaires dans les recommandations du GT continuité, qui traite de la continuité des soins en général (et non pas spécifiquement de la tranche d'âge 16-24 ans)**.

Des recommandations spécifiques à la situation en Flandre ont été compilées par le GT transition des « États-généraux de la santé mentale ». Selon le GT, ces recommandations peuvent être élargies à l'ensemble du pays et sont résumées dans les conclusions du rapport.

3. Organisation et évaluation de l'offre de soins actuelle pour les adolescents et les jeunes adultes de 16 à 23 ans souffrant de problèmes mentaux en Belgique.

3.1. Le paysage actuel des soins en Belgique

L'offre de soins disponible, même parmi les professionnels, **n'est pas suffisamment connue et est également fragmentée**. Les jeunes et leurs familles ont beaucoup de difficultés à trouver l'aide la plus adaptée.

Le système de soins, à travers les différentes lignes au niveau de la Flandre, de Bruxelles et de la Wallonie, et des réseaux (aide de 1^{ère}, 2^{ème} et 3^{ème} ligne), est présenté dans la Figure 2. Globalement, il s'agit de contacts ambulatoires (1^{ère}, 2^{ème}, 3^{ème} ligne), d'équipes mobiles (2a, 2b, équipes mobiles de soins psychologiques primaires, de crise, de connexion et de soins dans les réseaux K&J), d'hospitalisation (de jour) (lits A, a1, K, k1), opérant au-delà des frontières des réseaux de psychiatrie adulte et infanto-juvénile.

Les services qui se concentrent sur la prévention et la détection précoce (par exemple, l'exploration des besoins non satisfaits) se situent tout en bas de la pyramide. Un niveau plus haut, nous trouvons les services qui se concentrent sur les soins de base (1^{ère} ligne et médecine générale). Le deuxième niveau le plus élevé concerne les services ambulatoires spécifiques (par exemple, CGG/SSM/CSM - centre de santé mentale) et les réseaux (réseaux centrés sur les adultes et sur les enfants/adolescents) (2^{ème} ligne). Au sommet de la pyramide, on trouve les programmes résidentiels spécialisés et l'expertise ambulatoire (3^{ème} ligne).

En outre, **le GT a ajouté un pilier représentant les groupes ayant une expérience de vécu**, c'est-à-dire les jeunes eux-mêmes ainsi que leur famille/contexte. Ce pilier est transversal aux différents niveaux, car le soutien à leur participation active devrait être au centre de tout le système de soins.

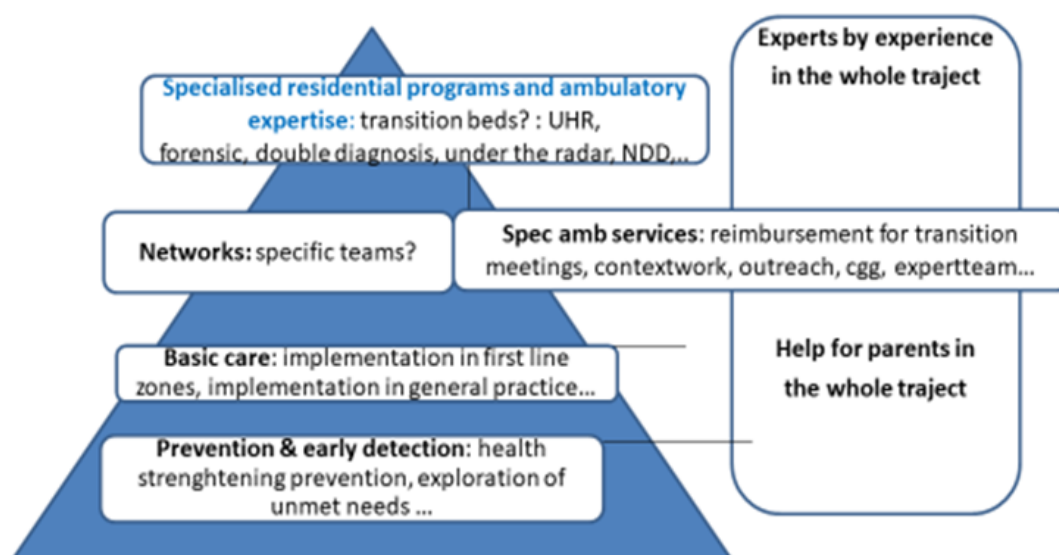


Figure 2. Bref inventaire du système de soins de santé mentale, à travers les différentes lignes en Belgique

3.2. Analyse SWOT du secteur de la santé mentale

Afin d'identifier les points forts des systèmes de soins actuels, ainsi que les défis à relever, le GT a réalisé une analyse SWOT du secteur, à laquelle ont participé les représentants des différentes organisations impliquées dans le GT, de Flandre, de Wallonie et de Bruxelles :

Flandre	Wallonie	Bruxelles
• CAW • Marquee, Zorggroep Multiversum • AZ Delta Kwadraat en WINGG • Jeugdzorg Emmaüs Antwerpen • KAS Brugge AZ St-Lucas • Centrum Kinderpsychiatrie Hasselt en Medisch Centrum St Jozef • PC Bethanië • PZ OLV, Zorgprogramma Jongeren • UKJA FOR K • Yuneco • Solentra CGG Limburg • UNESSA • Asster • Zeepreventorium De Haan • Karus • UPC KU Leuven • Outreach Team 15-24 ZNA • Similes + SPPiT Mob.T B • CGG zorGGroep Zin • De Steiger - P.C. Dr. Guislain Gent	• Interface PBSM & Profamille • La Goudinière • Réseau Mosaïque • CLI Rheseau • Service For K Les Mangroves, Service K Les Kiwis • Equipes Mobiles Résonnances 2A // Leuze-en-Hainaut • CHR Liege / Service d'Urgences Médico-psycho-sociales • Réseau Santé Kirikou • Service K pédopsychiatrie/ CHR Liège • Unité de crise Assuétudes CHR Liège • AVIQ – Direction Audit et Inspection – Branche handicap • AVIQ - Direction Soins de Santé Mentale - Branche Santé • Service For K Les Mangroves, Service K Les Kiwis	• SPAD Medias – IHP L'Appart • CASMMU (IHP) Ado's • CHJ Titeca Ados – Unités de soins intensifs « Karibu et Kallima » & équipe ambulatoire intensification « Karavelle » • EPSYLON • Hôpital Erasme – service de pédopsychiatrie

L'analyse SWOT s'est basée sur la **Pyramide de l'OMS en matière d'organisation des services** pour une combinaison optimale des services pour la santé mentale et a été appliquée à l'organisation concrète des services de santé mentale pour les jeunes de la tranche d'âge 16-24 ans en Belgique.

Les résultats de **l'analyse SWOT pour l'ensemble du secteur** peuvent être formulés comme suit :

Points forts

- Les professionnels connaissent les forces et la personnalité du jeune. Le jeune est placé au centre du parcours de soins.
- L'accent est mis de plus en plus sur la participation des jeunes et le renforcement de leur autonomie.
- Extension de l'aide de première ligne p. ex. sous la forme d'un psychologue de 1^{ère} ligne
- Les équipes sont multidisciplinaires, tant en termes de disciplines que de fusion des équipes enfants/adolescents et des équipes adultes.
- La collaboration avec le contexte du jeune (famille et pairs) est considérée comme importante, tant dans les situations de crise que dans le traitement global. Le nombre de services où le travail contextuel est un facteur clé de l'approche globale a augmenté ces dernières années.
- La collaboration avec des partenaires (intersectoriels) et avec (dans) des réseaux (provinciaux) est jugée précieuse.
- Les services d'urgence/de crise, lorsqu'ils sont disponibles, sont considérés comme très précieux.
- Dans les 2^{ème} et 3^{ème} lignes, les services disponibles sont hautement spécialisés, possèdent une expertise multidisciplinaire précieuse et travaillent dans une perspective de développement, des soins en SMEA aux soins en SMA
- Certains de ces services spécialisés sont intégrés dans les universités et/ou collaborent avec elles.
- Les experts du vécu sont de plus en plus formés et impliqués dans la politique et les soins. Par exemple, à Bruxelles, le numéro 0800 est géré par des experts en vécu familial et des experts en vécu des patients.
- Une plateforme familiale (Similes) est mise en place, qui offre un éventail de services différenciés.

- On observe une prise de conscience croissante de l'importance de la participation des jeunes aux politiques locales et supralocales.

Points faibles

- . Dans certains services, notamment ceux de 1^{ère} ligne/soins de base, l'école, les SAJ/GGZ/SSM, il y a un manque d'expertise spécifique pour la prévention/détection pour la tranche d'âge.
- . Il n'existe pas de vue d'ensemble des services disponibles, ce qui rend difficile de trouver facilement les soins appropriés.
- . Le flux de sortie des patients est trop lent et entraîne des traitements plus longs.
- . Il existe des différences entre la prise en charge des jeunes (handicapés) et celle des adultes (handicapés), tant en termes de fonctionnement qu'en termes de ressources. Il y a un manque de capacité dans les soins aux jeunes et aux adolescents, et un manque de personnel suffisant dans les soins aux adultes pour permettre de travailler avec la jeune personne et le contexte comme souhaité.
- . Les objectifs ne sont pas toujours clairs (soins, aide, protection ?).
- . Les services sont souvent saturés et/ou surchargés.
- . La situation de vie globale des jeunes est peu considérée
- . Dans certains cas, la communication entre les acteurs impliqués (y compris les écoles) n'est pas fluide, et les flux d'informations sont relativement faibles. En outre, les jeunes (âgés de moins ou de plus de 18 ans) admis dans un service pour adultes n'ont pas accès aux services scolaires, ce qui devrait être considéré comme un droit fondamental.
- . Les professionnels consacrent trop de temps à l'administration.
- . Absence de structures transversales.
- . Des services ambulatoires plus intensifs dotés d'une expertise spécifique en matière de développement pour les jeunes en âge de transition (équipes mobiles spécifiques, équipes de crise, services de prise en charge de jour) ne sont pratiquement pas disponibles, alors qu'il est clairement nécessaire de maintenir les jeunes dans leur propre contexte (famille, amis, école) pour éviter les lacunes en matière de développement.
- . Très peu d'options pour les soins résidentiels jusqu'à 18 ans.
- . L'offre disponible pour des groupes cibles spécifiques est faible (par exemple, le double diagnostic, les réfugiés mineurs non accompagnés, les consommateurs de drogues).

.Manque d'expertise en matière de psychiatrie transculturelle et de psychologie des migrations ; actuellement non enseignées ou au maximum mineures et non obligatoires dans certains diplômes de bachelier.

- Faible disponibilité de médiateurs et d'interprètes interculturels.
- Réticence à travailler avec des interprètes pour diverses raisons telles que les contraintes financières, le manque de formation et de soutien.
- Les services disponibles manquent de sensibilité culturelle et d'expertise dans le domaine, ce qui constitue une menace pour le bien-être mental du groupe le plus vulnérable, qui a un fort potentiel de croissance économique et sociale.

. La collaboration et l'harmonisation entre les services sont souvent insuffisantes.

. La participation des patients n'est pas courante dans tous les services.

. Manque d'information et de formation pour les familles sur (comment traiter) les problèmes mentaux.

. Les professionnels ne collaborent pas toujours (suffisamment) dans un dialogue.

. Les organisations axées sur la participation des jeunes et les experts en vécu familial sont surchargées.

. Il y a trop peu de ressources pour la participation des jeunes et des experts du vécu familial.

. Il existe un décalage entre la culture de réunion des organisations et le monde de la vie des jeunes.

Opportunités

- . On note clairement une motivation dans le domaine pour améliorer les soins de santé mentale pour les jeunes et pour augmenter la collaboration dans les réseaux. L'organisation d'interventions au niveau des réseaux est considérée comme une opportunité intéressante, tout comme l'échange de pratiques par le biais de programmes étudiants (par exemple Erasmus+).
- . Une expertise pertinente pour travailler avec cette tranche d'âge est disponible, plusieurs services sont reliés à des centres universitaires et il existe un besoin évident d'offres éducatives pour les professionnels et les experts en contexte/expérience.
- . Des recherches universitaires axées sur cette tranche d'âge sont menées par plusieurs membres du groupe de travail, qui peuvent contribuer à améliorer les pratiques quotidiennes et la formation des professionnels et des experts par expérience.
- . La numérisation des soins de santé mentale est une nouvelle opportunité passionnante qui semble particulièrement adaptée à cette tranche d'âge. Il peut s'agir de la numérisation des procédures d'admission et des plans de soins, mais aussi de l'élargissement des contacts avec les professionnels au-delà du contact traditionnel en face-à-face, comme l'utilisation de sites web, de programmes de chat, d'interventions écologiques momentanées et de la réalité virtuelle.
- . La participation accrue des patients et des pairs (partage d'expérience avec des pairs aidants), ainsi que l'implication d'experts du vécu familial, sont considérées comme une opportunité d'enrichir les approches de soins actuelles.
- . Le réflexe familial fournit un cadre convaincant qui pourrait être mis en œuvre de manière systématique et efficace.
- . Le numéro 0800 (ou tout autre média) géré par des experts expérimentés pourrait être développé.
- . Des groupes familiaux (par exemple, FED, SIMILES, FamillePlatform, ProFamille) pourraient être créés à différents niveaux de la pyramide de prise en charge et pourraient apporter le soutien nécessaire aux membres de la famille, notamment lorsque les jeunes hésitent à impliquer leurs parents.

Menaces

- Les listes d'attente, le manque de continuité des soins et la capacité d'accueil insuffisante sont considérés comme des menaces importantes. Elles entraînent une charge à long terme pour les familles et un retard de traitement ou un sous-traitement des jeunes.
- Les professionnels indiquent que la complexité des problèmes semble augmenter ; les services existants ne sont pas toujours suffisamment expérimentés ou dotés en personnel pour faire face à cette complexité croissante.
- L'augmentation du nombre de sans-abri est considérée comme une menace importante. De nombreux jeunes sont sans abri, ce qui complique le traitement et hypothèque le pronostic.
- La stigmatisation perçue réduit le comportement de recherche d'aide et diminue la confiance en soi des jeunes qui ont besoin de soins. Elle a également un impact négatif sur les familles et induit la solitude.
- Des services spécialisés pour les jeunes ne sont pas disponibles dans toutes les régions, ce qui signifie que certains jeunes doivent être traités loin de leurs amis et de leur famille.
- Le cadre juridique et financier de la prise en charge médico-légale des jeunes adultes est complexe et insuffisant.
- Les ressources nécessaires à un transfert adéquat des soins font défaut.
- Problèmes sociaux et de logement pour les jeunes ayant des problèmes de santé mentale
- Il existe différents modèles de financement (et différentes approches) pour les personnes ayant des besoins complexes (soins aux personnes handicapées, soins aux jeunes, psychiatrie, aide sociale ?) et également des difficultés interrégionales.

3.3. Participation et convivialité envers les jeunes dans les services de santé mentale en Flandre - l'étude de Delphes menée par la Chaire flamande de psychiatrie de transition (projet EMPOWER)

La convivialité envers les jeunes est une caractéristique très importante de tout service s'occupant de la santé mentale des jeunes. Hawke et ses collègues définissent la convivialité pour les jeunes comme suit : « ***Un service de santé mentale et de toxicomanie adapté aux jeunes est un service accessible, attrayant, flexible, confidentiel et intégré, où les jeunes se sentent respectés, valorisés et invités à s'exprimer de manière authentique,***

sans discrimination d'aucune sorte ; il s'agit d'un service adapté au développement et à la culture qui impose la participation des jeunes à la conception et à la prestation du service, afin de les responsabiliser et de les aider à prendre le contrôle de leur vie ».

Dans la revue de Hawke et. al. plusieurs caractéristiques des services adaptés aux jeunes ont été classées en quatre groupes principaux : caractéristiques de l'organisation, caractéristiques de l'environnement, caractéristiques du personnel et caractéristiques du traitement/service. La voix des jeunes s'est avérée être une valeur fondamentale pour les quatre catégories. On suppose que l'utilisation et la rétention des services seraient améliorées par la mise en œuvre de nombreuses recommandations adaptées aux jeunes (Hawke et. al. 2019). Cependant, les priorités des différents groupes de parties prenantes en matière de soins de santé mentale adaptés aux jeunes restent floues. Outre l'identification de ces priorités, il est également important de considérer leur faisabilité, étant donné que cela influencera fortement la mise en œuvre dans la conception et la prestation des services.

Entre septembre 2021 et mars 2022, une étude de Delphes a été menée pour identifier les caractéristiques jugées importantes pour des soins adaptés aux jeunes par plusieurs parties prenantes importantes et pour pouvoir faire la différence entre un scénario de besoins optimaux et un scénario de besoins minimaux. La technique de Delphes est un processus itératif en plusieurs étapes conçu pour recueillir les opinions d'un groupe défini d'individus et développer un consensus entre eux. Le consensus est facilité par la fourniture d'un feed-back structuré aux membres du groupe d'experts, avec la possibilité d'ajuster les évaluations en tenant compte de la connaissance de l'opinion du groupe. La technique de Delphes est une méthode de recherche participative par laquelle les participants peuvent apprendre les uns des autres en considérant différents points de vue.

L'étude a consisté en trois séries de questionnaires en ligne et une réunion en face-à-face. **37 jeunes ayant une expérience de vécu, 5 soignants et 36 professionnels travaillant avec des jeunes dans des services de santé mentale ou d'aide sociale ont participé** au panel d'experts. Les professionnels avaient en moyenne 17 ans d'expérience clinique (Wittevrongel et al, en préparation). Les conclusions les plus importantes de cette étude, par catégorie, peuvent être résumées comme suit :

Organisation :

- Le traitement peut avoir lieu dans des **services destinés à l'âge de la transition**, mais la perspective des patients plus âgés peut aussi, dans certains cas, apporter une valeur ajoutée.
- La collaboration dans un réseau de partenaires est considérée comme cruciale. **Contrairement au modèle australien largement appliqué**, les participants sont opposés à une offre de soins centralisée (la « no wrong door policy »), mais **préfèrent une bonne collaboration en réseau à la co-localisation**.
- **La participation** de jeunes ayant une expérience de vécu est encouragée.

Environnement :

- Les jeunes sont très préoccupés par la **stigmatisation potentielle** liée aux problèmes de santé mentale. C'est l'une des principales raisons pour lesquelles ils sont contre la

co-localisation. **L'accessibilité, la confidentialité et une atmosphère accueillante** sont les éléments clés d'un service adapté aux jeunes.

Personnel :

- La qualité et l'expertise des soignants sont plus importantes que la garantie de la diversité. La transparence concernant le dossier et le traitement du patient est considérée comme très importante.
- La communication numérique peut apporter une valeur ajoutée, mais de bonnes dispositions concernant son utilisation sont nécessaires.

Caractéristiques des traitements et des services :

- L'accent doit être mis sur des **sujets pertinents pour la vie des jeunes**, tels que le développement de l'identité, l'encouragement de l'autonomie et du lien avec les autres, et l'augmentation de l'estime de soi. L'objectif doit être large et inclure tous les domaines pertinents de la vie, et pas seulement la santé mentale.
- Les jeunes doivent pouvoir **chercher de l'aide eux-mêmes, sans avoir besoin d'une recommandation officielle**. Un premier rendez-vous/une première prise en charge doit être organisé(e) le plus rapidement possible, même s'il existe des listes d'attente.
- L'implication du **réseau** du jeune revêt une importance cruciale, pendant le traitement et lors de la réduction (progressive !) du traitement. Le jeune doit être le **« propriétaire » de son propre trajet thérapeutique**.
- Il est crucial que les différentes possibilités de traitement soient connues du grand public et des soignants. Aujourd'hui, trouver le bon traitement pour la bonne personne est un **combat de longue haleine qui implique trop d'essais et d'erreurs** dans la recherche de la bonne aide.

3.4. Soins ambulatoires en psychiatrie pour les jeunes en âge de transition (16-24 ans) : quels trajets de soins psychiatriques à Bruxelles ? Etude de la Chaire francophone de psychiatrie de transition

Cette étude rétrospective a été menée pour décrire les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des patients qui ont fréquenté un nouveau programme de soins ambulatoires spécifiquement conçu pour les jeunes en âge de transition (JAT) à Bruxelles, en Belgique. Les résultats liés aux trajets de soins psychiatriques ont été analysés, tels que le symptôme principal, la référence et le demandeur de la consultation, et l'orientation finale.

Ce programme JAT, mené d'octobre 2019 à mai 2021, rassemblait 243 jeunes âgés de 16 à 24 ans. Le sex-ratio était légèrement déséquilibré en faveur de la population féminine (59 %). L'âge moyen, au moment du premier rendez-vous dans le programme JAT, était de 18,7 ans, proche de la barrière légale entre les soins en SMEA et SMA en Belgique (18 ans $\pm$ 3 ans). Ce résultat est conforme aux observations récentes sur le faible accès aux soins de santé mentale à l'interface SMEA-SMA (McGorry et al., 2013 ; Singh & Tuomainen, 2015). Notre programme ambulatoire psychiatrique innovant et adapté aux JAT a probablement représenté une opportunité pour les jeunes et leur entourage, qui éprouvaient certaines difficultés à obtenir une évaluation et des soins psychiatriques dans la zone urbaine de Bruxelles.

La majorité des jeunes composant l'échantillon étaient encore inscrits dans un établissement d'enseignement, y compris l'enseignement secondaire, l'enseignement supérieur ou une autre activité éducative. Peu de patients (8 %) exerçaient une activité professionnelle, temps plein ou temps partiel confondus. Le taux d'inscription des jeunes dans l'enseignement est relativement élevé (77 %) et conforme aux taux nationaux de la Belgique (OCDE, 2019). Aucune différence dans la répartition par sexe n'a été constatée.

En termes de pays de naissance, la majorité des jeunes sont nés en Belgique (80 %). Les taux relativement élevés de participants nés dans un autre pays (20 %) peuvent s'expliquer par la riche mixité des origines dans l'agglomération bruxelloise (StatBel, 2021).

Les JAT qui ont consulté dans notre programme spécifique ont été référés par des médecins généralistes dans 19 % des cas et par des psychiatres infanto-juvéniles dans 18 % des cas. Les psychologues ont également participé activement à l'orientation des patients (11 %). En outre, 7 % des patients ont été référés par des psychiatres pour adulte. Ces derniers résultats semblent être un signe pertinent de la difficulté pour les soins en SMEA de gérer la transition ainsi que pour les soins en SMEA de répondre à toutes les demandes de soins psychiatriques des JAT (McLaren et al., 2013 ; Moli et al., 2015 ; Singh et al., 2008). En outre, de nombreux jeunes (37 %) n'ont été référés par aucun professionnel de la santé. L'analyse de ces différents types d'accès aux soins de santé mentale a fait ressortir deux sous-groupes dans la population clinique : d'une part, les jeunes qui sont dans un processus réel de transition des soins en SMAE vers des soins en SMA ; d'autre part, ceux qui sont arrivés dans ce programme ambulatoire pour une évaluation psychiatrique référés par des professionnels de santé de la première ligne. Près de la moitié des demandes de consultation émanaient des jeunes eux-mêmes et, dans 39 % des cas, des membres de la famille. Une implication active des jeunes dans le processus de soins est fondamentale tant pour les soins eux-mêmes que pour la transition (Singh, Anderson, Liabo, & Ganeshamoorthy, 2016). Par ailleurs, l'implication appropriée des parents et de la famille dans les soins est considérée comme une des caractéristiques bénéfiques corrélées à de meilleurs résultats en matière de transition (Colver et al., 2018 ; Hovish, Weaver, Islam, Paul, & Singh, 2012 ; & Singh, 2012; Jivanjee, P., & Kruzich, 2011).

En ce qui concerne les principaux symptômes, les taux de symptômes intériorisés (68 %) étaient plus élevés que les deux autres types, à savoir les symptômes extériorisés (22 %) et psychotiques (11 %). Ces résultats sont cohérents avec les études épidémiologiques antérieures qui soutiennent que les symptômes intériorisés sont fréquemment les premières manifestations cliniques (Kessler et al., 2005). Cependant, il est plus rare que des jeunes présentant des symptômes principalement extériorisés ou psychotiques se présentent pour des soins dans des services ambulatoires (Martin & Leslie, 2003). Ce type de symptôme dominant est généralement plus fréquent dans les unités d'urgence psychiatrique ou dans les services d'hospitalisation (Frosch, DosReis, & Maloney, 2011).

Soins de santé mentale

Un suivi à court ou moyen terme dans notre programme psychiatrique ambulatoire a été proposé à la majorité des patients (82 %). Parmi ces patients, la moitié d'entre eux étaient toujours suivis lorsque les assistants de recherche ont recueilli et analysé les données. Ce

résultat renforce l'importance du temps consacré à l'évaluation psychiatrique chez les JAT : évaluation complète des symptômes, du fonctionnement social et familial, et des besoins de soins potentiels. Il faut consacrer suffisamment de temps pour définir un programme collaboratif de soins. Il est crucial de s'assurer de la participation des jeunes et de l'entourage (Colver et al., 2018 ; Hovish et al., 2012 ; Singh et al., 2016). Considérant que l'interface soins en SMEA-SMA reste faible, trouver un service approprié qui pourrait offrir une prise en charge adaptée aux JAT nécessite également plus de temps. Ainsi, la continuité des soins pourrait représenter un véritable défi pour les cliniciens (Islam et al., 2016). Pour ces raisons, des programmes cliniques spécifiques pour les JAT semblent s'avérer fondamentaux dans les services de santé mentale. Après une première évaluation psychiatrique et, éventuellement, une période de suivi, une orientation médicale vers d'autres services pourrait être proposée aux jeunes. Ces orientations médicales se font principalement vers les soins en SMEA (22 %). L'orientation vers les soins en SMEA était peu fréquente (4 %) et intervenait rapidement après la première évaluation. Une grande partie des jeunes (20 %) ont abandonné le programme psychiatrique ambulatoire avant qu'un parcours de soins ait pu être établi. Au sein du programme, les cliniciens avaient tendance à suivre les JAT jusqu'au moment où la transition vers les soins en SMEA était possible. Considérant que ce processus est long et peut être décourageant (Moli et al., 2013), il n'est pas surprenant qu'il y ait eu de nombreux abandons du suivi clinique.

Après l'évaluation initiale, pour près d'un patient sur dix, il n'a pas été nécessaire de poursuivre les soins médicaux. Chez une autre part des jeunes (9,5 %) tous les types de soins médicaux ont été arrêtés après une période de suivi à court ou moyen terme dans le programme. Au total, 17 % des jeunes n'ont pas eu besoin d'être référés vers des soins médicaux et près de la moitié d'entre eux, sont sortis après l'évaluation psychiatrique. Ces résultats soulignent l'importance d'une évaluation psychiatrique de bonne qualité et d'une proposition de soins lorsque la psychopathologie ne répond pas aux critères du DSM (Caspi & Moffitt, 2018).

CONCLUSION

La mise en œuvre de programmes cliniques spécifiquement conçus pour les jeunes (Iorfino et al., 2019) ainsi que de programmes de formation pour des médecins spécialistes en formations en psychiatrie (Macmillan et al., 2021) semble la meilleure option pour cibler et améliorer la santé mentale des jeunes, avec des résultats positifs à long terme à l'âge adulte et, dans la mesure, augmenter la qualité et l'efficacité des interventions psychiatriques dans notre société (Malla et al., 2016).

Cette étude rétrospective, qui analyse les trajets de soins dans un nouveau programme psychiatrique ambulatoire pour les JAT, met en lumière l'importance de renforcer l'expertise clinique en matière de santé mentale des jeunes. Les frontières classiques, déterminées par des variables artificielles telles que l'âge ou le type de psychopathologie, ne semblent pas être des critères efficaces pour obtenir une évaluation psychiatrique de bonne qualité et une continuité des soins chez les JAT. Les prochaines étapes, tant dans le domaine clinique que dans celui de la recherche, devraient se concentrer sur des propositions concrètes visant à renforcer l'interface CAMHS-AMHS.

4. Une politique cohérente et accessible pour les jeunes et les jeunes adultes de 16 à 23 ans ayant des problèmes de santé mentale en Belgique

4.1. Premières conclusions

Sur la base de la revue de la littérature, du cadre légal existant, de l'analyse SWOT du secteur et des études de Delphes de la KUL et de l'ULB, qui offrent des informations clés sur la participation des jeunes et des membres de la famille ayant une expérience de vécu, le GT conclut que :

1. Il est nécessaire d'offrir **un processus de transition de haute qualité** aux jeunes qui suivent un traitement dans le cadre de soins en SMEA et qui ont besoin de soins supplémentaires dans le cadre de soins en SMA.
2. La mise en œuvre d'un processus de transition de qualité est cependant insuffisante pour répondre aux besoins de l'ensemble du groupe de jeunes, car elle **ne tient pas compte de l'hétérogénéité de cette population** (ceux qui développent leurs premiers symptômes, ceux qui sont réticents à demander de l'aide pour leurs symptômes, ceux qui ont des symptômes récurrents après la fin de la thérapie, ceux qui sont à haut risque ou dans des environnements précaires, ...).
3. La **capacité disponible pour les jeunes en âge de transition est clairement insuffisante**. Cette situation est surtout flagrante en psychiatrie infanto-juvénile (<18 ans). En psychiatrie adulte, la capacité est plus importante, mais les services ne sont pas adaptés aux besoins spécifiques de ce groupe d'âge.
4. **Le modèle australien et le modèle des organisations en réseau** (voir ci-dessous) offrent des indices de ce à quoi pourraient ressembler des soins de haute qualité pour les jeunes, mais cela nécessite des adaptations à l'infrastructure de soins existante en Belgique, compte tenu des différences existantes en Wallonie, à Bruxelles et en Flandre, ainsi qu'une meilleure intégration entre les soins de base et les services spécialisés.
5. La **flexibilité du système de soins belge est un point de départ positif pour une psychiatrie adaptée au patient**. Elle offre la possibilité d'une collaboration structurelle entre les différents acteurs de différents secteurs et milieux, sans qu'il y ait un seuil inflexible à un âge donné. C'est important car l'âge développemental des jeunes est très variable : certains jeunes sont mieux lotis avec une implication plus longue dans les services de pédopsychiatrie, tandis que d'autres sont mieux lotis avec une implication plus rapide dans les services pour adultes. Là encore, cependant, **la collaboration structurelle entre les acteurs ayant une expertise en pédopsychiatrie et en psychiatrie adulte devrait être la norme**.

4.2. Recommandations générales pour l'organisation globale de la santé mentale des jeunes en Belgique

- Le groupe de travail considère **la pyramide de l'OMS comme un cadre approprié** pour organiser les soins de santé mentale, c'est-à-dire fournir un traitement accessible et plus général pour les problèmes de santé mentale courants, et augmenter le niveau d'expertise pour ceux qui connaissent des problèmes de santé mentale plus graves ou complexes. Dans un tel cadre, **l'implication des personnes ayant une expérience de vécu** (les jeunes ET leur contexte/famille), devrait être une partie intégrante et transversale de la pyramide.
- Etant donné que les difficultés psychiatriques des jeunes ne sont souvent pas clairement diagnostiquées et que les conditions diagnostiquables n'apparaissent qu'au fil du temps, **les services doivent être de nature transdiagnostique** et se concentrer sur les problèmes réels auxquels les jeunes sont confrontés. Cependant, certains groupes ont besoin d'un accès rapide à des **services plus spécialisés, notamment ceux qui présentent des troubles alimentaires sévères, ceux qui risquent de développer des maladies mentales graves** (troubles psychotiques, troubles bipolaires,...), ceux qui présentent un **handicap ou une dépendance ou des problèmes judiciaires** (on parle aussi de « **right care, first time** »).
- **La numérisation des soins de santé mentale** est une nouvelle opportunité passionnante qui semble particulièrement adaptée à cette tranche d'âge. Elle peut inclure la numérisation des procédures d'admission et des plans de soins, mais aussi l'élargissement des contacts avec les professionnels au-delà du contact traditionnel en face-à-face, comme l'utilisation de sites web, de programmes de chat, d'interventions écologiques momentanées et de la réalité virtuelle. Les services existants, y compris ceux qui fonctionnent par téléphone (par exemple Zelfmoordlijn, Awel,...) sont souvent vécus par les jeunes comme intimidants à contacter. Par conséquent, en plus des lieux physiques accessibles (écoles, médecins généralistes, Overkop-huis/Maison de l'Adolescent,...) et des lignes téléphoniques, le GT voit une opportunité dans les **alternatives en ligne**. De tels portails en ligne peuvent fournir **des informations fiables sur la santé mentale, offrir la possibilité d'une autoévaluation des symptômes (de leur sévérité) et énumérer les options d'orientation possibles**. Ils peuvent constituer une alternative de « one-stop shop », avec le moins d'obstacles possible à l'accès aux soins. Headspace (Australie) et ses homologues internationaux sont des exemples de cette façon de travailler.
- Dans un cadre de santé mentale publique, un facteur crucial est de disposer de **structures de première ligne facilement accessibles, garantissant la confidentialité et ayant une politique active de réduction de la stigmatisation** pour les personnes visitant le service. La réduction de la stigmatisation doit être mise en œuvre en éduquant et en accompagnant les professionnels de la santé et les membres de la famille sur les mécanismes de la stigmatisation, plus qu'en évitant une procédure de diagnostic ou en fixant des objectifs thérapeutiques. L'évaluation d'un diagnostic de santé mentale peut réduire la stigmatisation car elle dissocie le comportement de la personne. C'est d'autant plus vrai que 70 % des jeunes souffrant de problèmes de santé mentale ne cherchent pas d'aide psychiatrique, ce qui fait que

d'importants groupes de jeunes ont des besoins non détectés et non satisfaits. Dans le contexte belge, nous voyons un rôle important pour les écoles et les PMS/CLB, les médecins généralistes, les psychologues de première ligne, les services d'aide sociale, l'aide à la jeunesse et les initiatives suivant le modèle australien Headspace, comme les Overkop-huis en Flandre ou la Maison de l'Adolescent et les services de santé mentale en Wallonie/Bruxelles.

- Il est essentiel d'assurer la **collaboration et l'intégration entre les services de première ligne et les services plus spécialisés**. Cela implique de nombreux aspects, tels que la collaboration au sein des réseaux de santé mentale, la proposition de formations, si nécessaire, et la mise en place de possibilités d'intervision. Cela implique également la restructuration des réseaux existants pour les enfants et adolescents et pour adultes, de sorte que **la collaboration structurelle soit ancrée dans la structure et l'autonomie des réseaux**.
- À l'heure actuelle, seuls quelques services spécifiques de psychiatrie de 2^e et 3^e lignes pour les jeunes en âge de transition sont disponibles, et ils ne sont pas répartis géographiquement de manière uniforme. Le GT insiste sur le fait qu'il faut veiller à ce que ces **services spécialisés soient disponibles dans toutes les régions**. Le groupe de travail préconise l'extension des **équipes outreach**, l'extension des options de **soins de jour**, l'extension du **personnel**/adaptation des normes de personnel et l'extension de la **nomenclature** de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (voir ci-dessous). En outre, **l'expansion de la capacité de traitement multidisciplinaire et ambulatoire dans les centres de santé mentale, par exemple**, est également impérative afin d'atteindre l'organisation durable des soins comme représenté dans la pyramide de l'OMS.
- Le **personnel de ces services devrait être multidisciplinaire et comparable à celui de la psychiatrie infanto-juvénile**, étant donné la nécessité de travailler intensivement dans le contexte de l'adolescent/du jeune adulte (ou de reconstruire ce contexte).
- En outre, l'analyse SWOT du secteur indique clairement la rareté des soins spécialisés non résidentiels destinés spécifiquement aux jeunes, bien que les soins non résidentiels soient souvent cruciaux pour éviter de couper les liens avec les pairs, l'école et la famille. Il convient donc de prendre des mesures pour **accroître les services non résidentiels destinés spécifiquement aux jeunes**, tels que les équipes mobiles spécialisées, les structures d'accueil de jour et les soins ambulatoires spécialisés.
- Les jeunes issus de l'immigration/réfugiés se retrouvent dans une position très vulnérable. Le recrutement des travailleurs culturels, des interprètes et des experts en psychiatrie transculturelle devrait être encouragé dans les services de santé mentale existants aux différents niveaux (OMS).
- Compte tenu de la nécessité d'une collaboration intensive en réseau, du partage de l'expertise, de l'intervision, de la formation ainsi que de la coordination des efforts de recherche, il est conseillé de créer un **Centre d'expertise pour la santé mentale des**

jeunes, qui puisse aider à coordonner ces efforts : éducation de première ligne et recherche.

- **Un logement adéquat** est une condition nécessaire à la santé mentale d'une personne. Le sans-abrisme chez les jeunes représente une menace évidente pour leur santé mentale, mais malheureusement, de nombreux jeunes en situation de vulnérabilité connaissent le sans-abrisme. L'analyse SWOT illustre clairement l'importance de cet aspect. Garantir un logement à tous les (jeunes) devrait donc être une priorité.
- Comme le soulignent les chapitres 2 et 3, **les transferts entre les soins en SMEA et SMA sont mal planifiés, mal exécutés et ont lieu dans des systèmes de soins qui se chevauchent peu ou pas, avec des cultures et des compétences différentes**. Afin d'améliorer cette situation, le GT propose les actions suivantes :
 - **Relever la limite d'âge** pour les services spécifiques (nomenclature pédopsychiatrie) à 24 ans au lieu de 18 ans.
 - **Financer des actes cliniques** cruciaux tels qu'une réunion de transition, un rapport de transition détaillé, ainsi qu'un traitement parallèle pendant un certain temps.
 - Soutenir le développement, la validation scientifique, la mise en œuvre, l'évaluation et le suivi d'**outils concrets pouvant être utilisés dans le processus de transition thérapeutique** (tels que TROM, TRAM, ...).
 - Développer, en consultation avec le secteur, les **exigences de qualité** auxquelles la transition vers un traitement judicieux devrait répondre (cf. étude Milestone).
 - Soutenir le développement d'une **source d'information actualisée et accessible au public** (site web) où sont rassemblées les connaissances sur la psychiatrie de transition et qui peut servir de source d'information et d'orientation dans le cadre de la poursuite du développement et de la mise en œuvre des soins de transition en Belgique. Cette source d'information comprend également une carte sociale des services disponibles.
 - Rendre le partage de l'**expérience vécue** structurellement possible dans les soins de transition (par exemple, expert du vécu grâce à un financement).
 - **Impliquer les jeunes** de manière structurelle dans la conception de leurs propres services de santé mentale.
 - Assurer une **coopération structurelle entre les réseaux de soins en SMEA et SMA**. Dans les futures décisions politiques, être conscient de la limite d'âge légale de l'âge adulte et prévenir un impact négatif des décisions sur la continuité des soins à l'âge de la transition.

- Investir dans une **offre claire, accessible et adaptée à l'âge des jeunes**, qui permet une bonne transition thérapeutique.

4.3. Sous-groupes de travail traitant des besoins et des recommandations relatifs à certains sujets spécifiques

4.3.1. Prévention, intervention précoce et première ligne

La prévention.

Différentes modalités de prévention peuvent être appliquées à la prévention des troubles mentaux à l'âge de la transition. Elles comprennent la promotion de la santé en général, y compris au cours des premières années de vie (ONE et K&G), la détection précoce des symptômes (PMS/CLB) et la prévention des complications. (Fig. 3.)

La promotion de la santé et la prévention sont orientées non seulement vers les jeunes mais aussi vers leurs familles et leur environnement (fratrie, amis, école, travail,...).



Figure 3. Place de la prévention et de l'intervention précoce dans les soins de santé mentale.

La promotion de la santé mentale dépasse de loin la seule éducation. Elle se compose, comme toute stratégie de promotion de la santé, de cinq axes stratégiques : changement de comportement (développer les aptitudes ou capacités individuelles ou collectives), interventions en santé communautaire, action sur l'environnement (promouvoir un environnement sain), changement des politiques de santé et réorientation des services de santé. Les objectifs doivent être d'accroître le **bien-être et l'estime de soi** et de **réduire la stigmatisation** (reconnaître la santé mentale comme une composante de la santé globale).

Intervention précoce et première ligne

70 % des jeunes souffrant de problèmes de santé mentale ne cherchent pas d'aide psychiatrique, ce qui fait qu'un nombre élevé de jeunes ont des besoins non détectés et non satisfaits. Cela implique un besoin évident d'avoir des « yeux et des oreilles » dans le contexte des jeunes qui soient sensibles à ceux qui pourraient avoir besoin d'une aide psychologique. Dans le cadre du programme Moodspace, ces personnes sont appelées « **gatekeepers** », car elles constituent un lien essentiel avec les services cliniques pour ces jeunes. Des systèmes permettant d'atteindre ces jeunes qui ne cherchent pas d'aide doivent être (mis) en place. Dans le contexte belge, nous voyons un rôle important pour les écoles et **les PMS/CLB, les médecins généralistes, les psychologues de première ligne, les services d'aide sociale, l'aide à la jeunesse et les initiatives suivant le modèle australien Headspace, comme les maisons Overkop-huis en Flandre ou les Maison de l'Adolescent en Wallonie/Bruxelles**. Ces **structures** doivent être facilement **accessibles, garantir l'intimité et avoir une politique active de réduction de la stigmatisation** des personnes qui font appel à ce service. Ils doivent offrir un accueil convivial, ouvert et chaleureux aux jeunes et aux familles. Les services de première ligne doivent 1) être sensibles à la détection des jeunes ayant des besoins en matière de santé mentale, 2) se sentir compétents pour les évaluer et les traiter et 3) être en mesure de les impliquer ou de les orienter vers des services spécialisés en cas d'indication.

En outre, **la formation ne doit pas se limiter aux professionnels de la santé** mais peut être étendue (sous une forme adaptée) aux membres de la famille/au contexte, à la police, aux organisations de jeunesse, aux organisations de loisirs et aux organisations scolaires. Formation sur la stigmatisation, les préjugés et la discrimination Une formation sur la stigmatisation, les préjugés et la discrimination pourrait également être incluse. Là encore, la **coordination de ces efforts** devrait être centralisée dans une sorte de centre d'expertise.

Les services existants, y compris ceux qui fonctionnent par téléphone (par exemple Zelfmoordlijn, Awel,...) sont souvent vécus par les jeunes comme intimidants à contacter. C'est pourquoi, en plus des lieux physiques accessibles (écoles, médecins généralistes, Overkop-huis/Maison de l'Adolescent,...) et des lignes téléphoniques, des **alternatives en ligne** devraient également être développées. De tels portails en ligne peuvent fournir **des informations fiables sur la santé mentale, offrir la possibilité d'une autoévaluation des symptômes (de leur sévérité) et énumérer les options d'orientation possibles**. Ils peuvent constituer une alternative de « one-stop shop », avec le moins d'obstacles possible à l'accès et aux soins. Headspace et ses homologues internationaux sont des exemples de cette façon de travailler.

En première ligne, les **groupes d'entraide** pour les jeunes ainsi que les **groupes de soutien par les pairs** peuvent contribuer à réduire l'(auto)stigmatisation, à accroître le soutien social et à renforcer le sentiment d'appartenance. De manière similaire, les **groupes d'entraide familiale** (similes, profamille) et les approches multifamiliales sont très utiles dans le contexte du patient.

Comme indiqué dans les recommandations générales, plusieurs groupes ont besoin de **services plus spécialisés, en particulier les personnes souffrant de troubles**

alimentaires sévères, celles qui risquent de développer des maladies mentales sévères (troubles psychotiques, troubles bipolaires,...), celles qui sont porteuses d'un handicap ou qui ont des problèmes d'addiction ou des problèmes judiciaires. Pour éviter des résultats préjudiciables dans ces groupes à haut risque, **il est conseillé d'impliquer des services spécialisés le plus tôt possible (« Right care, first time »)**. Il peut s'agir de services destinés spécifiquement à l'âge de la transition, ou bien d'équipes collaborant avec les services pour enfants et les services pour adultes. Ces services pourraient inclure :

- Un accès facile à des **services ambulatoires multidisciplinaires spécialisés**. Ces services doivent être en mesure de fournir rapidement des avis spécialisés sur les incertitudes diagnostiques et l'éventuelle orientation vers un traitement ambulatoire spécialisé.
- Accès facile à des **équipes de traitement mobiles spécialisées** ayant une expertise de la population cible.
- Si possible, des programmes résidentiels spécialisés pour la population cible.

Recommandations spécifiques

- **Il est essentiel que les services plus spécialisés aident les « gatekeepers » et les services de 1^{ère} ligne à détecter les besoins en matière de santé mentale et à y répondre ou, si nécessaire, à orienter les patients vers d'autres prestataires de services.** Cela pourrait se faire par des initiatives telles que 1) **la formation**, 2) **l'intervision** où les cas difficiles peuvent être discutés avec d'autres professionnels, 3) des possibilités structurelles d'obtenir des **conseils d'experts par téléphone/appel vidéo**. Les **centres d'expertise clinique**, au niveau provincial, et un centre d'expertise global destiné à la formation et à la recherche scientifique au niveau national (ou régional), contribuent à la réalisation de ces objectifs.
- **Nécessité d'un portail en ligne fiable pour l'information, l'autoévaluation et l'orientation.** De tels portails en ligne peuvent fournir **des informations fiables sur la santé mentale, offrir la possibilité d'une autoévaluation des symptômes (de leur gravité) et énumérer les options d'orientation possibles.** Ils peuvent constituer une alternative de « guichet unique », avec le moins d'obstacles possible à l'accès et aux soins. Headspace et ses homologues internationaux sont des exemples de cette façon de travailler.

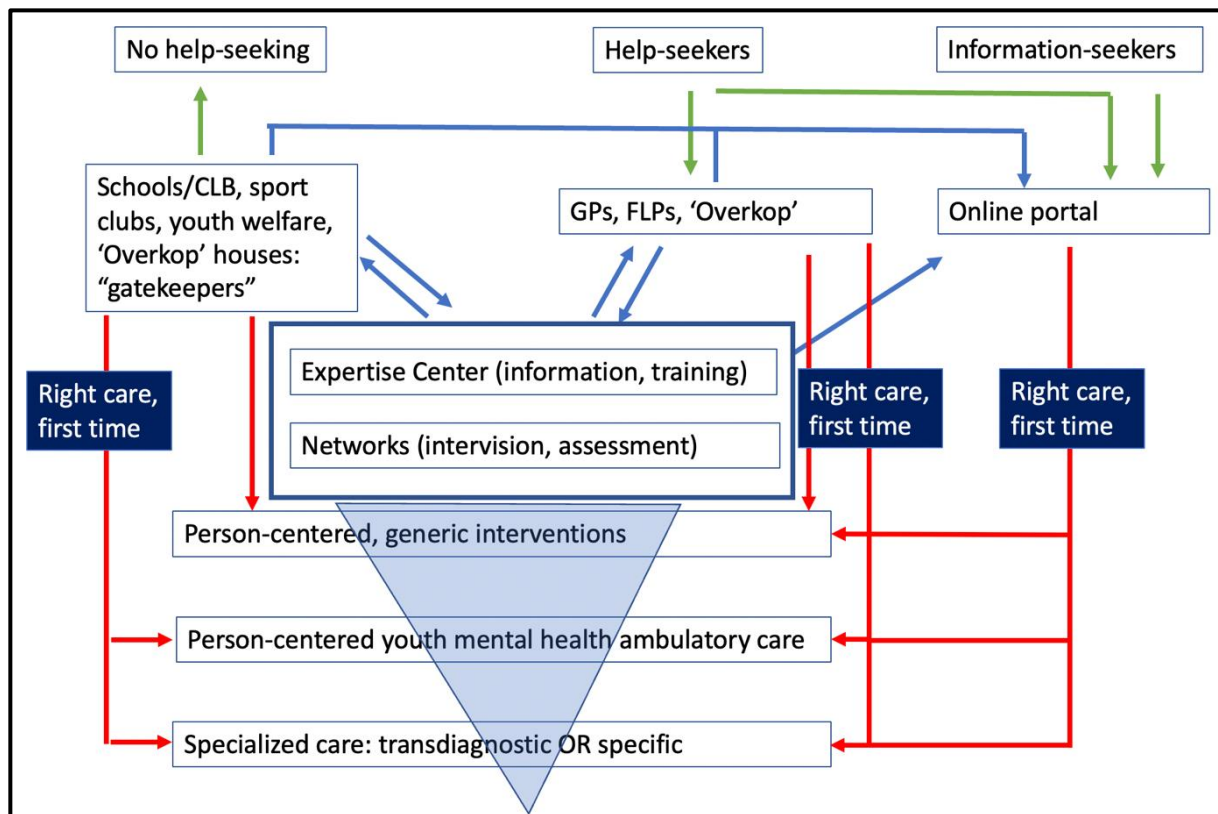


Figure 4. Application des différents principes dans le cadre général de la santé mentale des jeunes : fonction de gatekeeper, portail en ligne, centres d'expertise, soins appropriés dès le départ.

4.3.2. Améliorer la collaboration entre les différents niveaux

La **complexité des problèmes** auxquels les professionnels sont confrontés dans leur pratique quotidienne ne cesse d'augmenter. Pour répondre de manière adéquate aux problèmes complexes et pour apporter des réponses adéquates aux besoins de soins individuels, les collaborations intersectorielles sont cruciales. Dans les cas les plus complexes, la **collaboration structurelle entre les différents services** des différents niveaux de soins devrait être soutenue (financièrement), par exemple en finançant des réunions **d'intervision/de réseau**. L'harmonisation et la collaboration intersectorielles peuvent conduire à une meilleure **vue d'ensemble** des services et organisations existants, à une **communication et un flux d'informations plus fluides**, à des soins **plus holistiques et personnalisés**, et à une sortie plus **fluide** des patients (ce qui peut à son tour réduire la durée des traitements et raccourcir les listes d'attente).

Les services de troisième ligne, mais parfois aussi les services de première ou deuxième ligne, sont confrontés quotidiennement à des situations complexes. Parfois, l'expertise d'une seule organisation n'est pas suffisante pour fournir des soins appropriés. Pour ces cas complexes, la collaboration au sein de **réseaux organisationnels** est recommandée. Lorsqu'une organisation, un service ou un secteur ne peut pas apporter de réponses adéquates à des problèmes complexes, il faut chercher des partenaires à l'intérieur de

l'organisation (réseaux organisationnels internes) ou à l'extérieur (réseaux organisationnels externes). La mise en place de réseaux organisationnels prend du temps et les résultats ne sont généralement visibles qu'après un certain temps. Toutefois, les **bénéfices** de ces réseaux au niveau des pratiques quotidiennes sont importants. Dans les réseaux organisationnels, les partenaires travaillent ensemble sur un pied d'égalité. Avec un objectif commun en tête, chaque partenaire apporte son expertise et ses compétences au dossier. Ce faisant, une prise en charge personnalisée est assurée, et des résultats sont obtenus qu'aucune organisation n'aurait pu atteindre individuellement. Un autre avantage des réseaux organisationnels est que la **continuité des soins** n'est pas mise en péril. Les jeunes peuvent rester dans une organisation et n'ont pas besoin de se déplacer continuellement (souvent trop loin de chez eux) pour recevoir des soins personnalisés. Le déplacement des jeunes d'un endroit à l'autre peut susciter des sentiments de rejet et de déstabilisation. En gardant les jeunes au même endroit, la confiance peut s'établir et des soins adéquats peuvent être fournis dans un environnement stable. Il en va de même pour la continuité des soins tout au long de la vie du demandeur de soins. Les problèmes de santé mentale ont tendance à être fluctuants / chroniques. Augmenter et diminuer le niveau de l'aide constitue une caractéristique intrinsèque importante des soins. Il est préférable que cette adaptation du niveau de l'aide se fasse au sein d'une même organisation et avec un entourage familial.

Depuis quelques années, nous constatons une tendance à se concentrer sur le **renforcement du réseau** dans le paysage des soins. Partant du principe de l'égalité, le réseau est impliqué comme moyen de soutien dans les parcours de soins des jeunes. Par conséquent, le réseau des jeunes est davantage mis en avant. Le fait que le contexte soit mis plus au centre de la prise en charge remet en cause la position du soignant et nous pousse à redéfinir le rôle du soignant. Alors que dans certaines organisations et services, la collaboration avec le contexte du jeune est considérée comme bonne, dans d'autres organisations, elle est minimale, voire inexistante. En raison de l'importance du réseau du jeune, les professionnels devraient se concentrer davantage sur le **renforcement du réseau et du contexte du jeune**. En outre, les professionnels devraient toujours essayer de collaborer dans le cadre d'un **dialogue**. **Les parents, la famille, les pairs et autres personnes importantes** (avec ou sans expérience des soins) devraient être impliqués dans les parcours de soins. En particulier pour les (jeunes) patients adultes, les parents et le contexte devraient être davantage impliqués dans les parcours de soins, en gardant à l'esprit l'autonomie et le lien.

Conformément à l'idée de réseaux organisationnels, il est nécessaire de faire preuve d'une **plus grande flexibilité** dans la manière dont les soins peuvent être dispensés, en dehors des soins ambulatoires ou résidentiels. Des possibilités telles que **l'aide de crise, les centres d'accueil de jour pour les jeunes, les équipes de soins mobiles spécialisées qui peuvent aider le jeune dans son contexte familial**, peuvent contribuer à maintenir au maximum le jeune dans son contexte, à éviter les interruptions de scolarité/amitié/loisirs et donc à prévenir les dommages secondaires du placement en établissement. De même, pour les jeunes qui ne sont pas motivés pour l'école, **l'engagement thérapeutique dans un emploi plutôt que dans la scolarité** devrait être possible dans des cas spécifiques où l'engagement dans un emploi est essentiel dans les objectifs thérapeutiques fixés par le jeune et les professionnels qui le traitent.

Dans les cas **plus complexes**, le jeune (tout en étant évidemment propriétaire de son propre parcours de soins) devrait également pouvoir compter sur un **conseiller d'orientation** qui

peut l'aider tout au long de son parcours de soins, indépendamment de l'endroit où il se trouve à un moment donné (Fig. 5). Le conseiller d'orientation est à son tour soutenu par des personnes du réseau professionnel et personnel. Il peut s'agir de professionnels importants issus d'anciens réseaux de soins. **Il est essentiel de garantir la continuité plutôt que la fragmentation**, de sorte que l'accompagnement du parcours ne devrait pas dépendre d'une seule personne mais plutôt d'un réseau. Cela permet d'**éviter les ruptures dans les parcours de traitement et d'assurer la continuité des soins**. Le financement d'un tel conseiller d'orientation est évidemment nécessaire pour que cela fonctionne.

Les patients doivent être les propriétaires de leur dossier médical personnel et de leur plan de traitement. Ils doivent pouvoir y accéder en ligne et donner accès aux prestataires de services concernés pour la prise de décision partagée et la mise en place et la modification d'un plan de traitement personnel. Il est essentiel pour la continuité des soins entre les prestataires de services dans le présent et l'avenir, car la santé mentale a souvent tendance à être fluctuante et chronique.

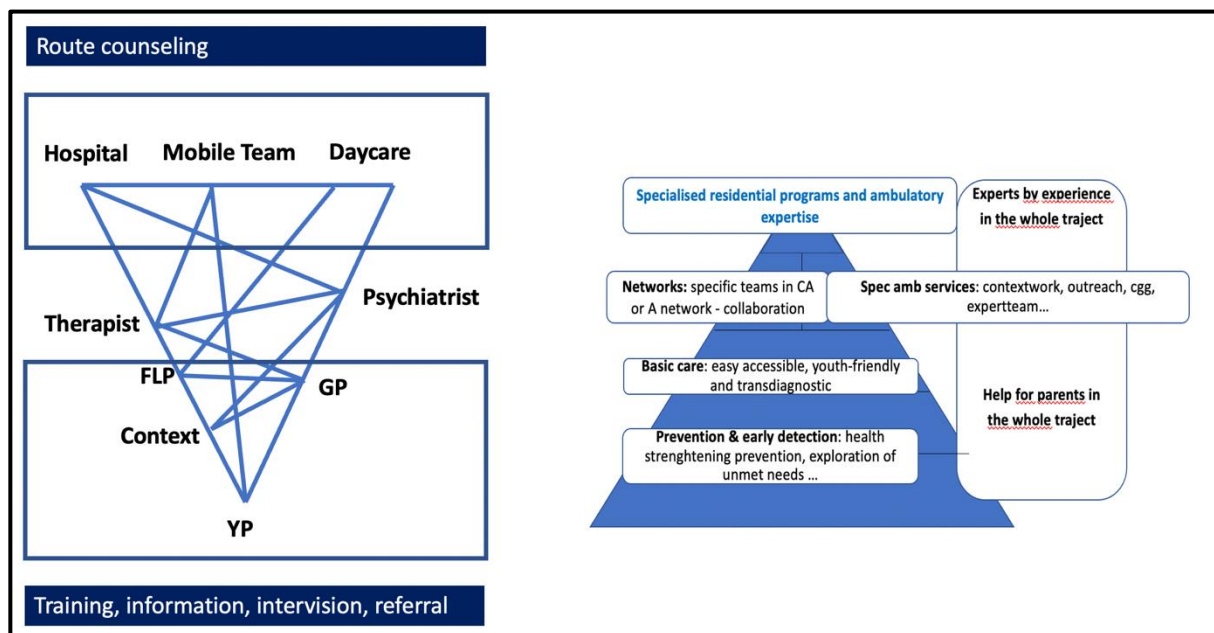


Figure 5. Pyramide inversée décrivant le niveau de collaboration entre les acteurs en fonction de leur rôle dans la pyramide de la santé mentale. Soutien des gatekeepers et des acteurs de première ligne pour les personnes nécessitant des soins de base, par le biais de formations, d'informations, d'intervention et d'options d'orientation. Accompagnement des parcours des personnes ayant le niveau le plus élevé en matière de besoin de soins qui se caractérisent souvent par une multitude d'acteurs et ceci, afin d'assurer la continuité des soins et des relations.

Recommandations spécifiques

- Passer de soins axés sur l'offre à des soins axés sur la demande : **des réseaux personnalisés autour des jeunes, le plus bas possible dans la pyramide et ce, à tout moment.**
- Possibilités de **formation, d'évaluation, d'intervision, d'expertise pour les professionnels des soins de base.**
- **Right care, first time.**
- **Flexibilité dans la prestation des soins** (ambulatoires, semi-résidentiels, résidentiels) et visant à maintenir le jeune dans son propre environnement.
- **Les patients doivent être les propriétaires de leur dossier médical personnel et de leur plan de traitement.** Ils doivent pouvoir y accéder en ligne et donner accès aux prestataires de services concernés pour la prise de décision partagée et la mise en place et la modification d'un plan de traitement personnel. Il est essentiel pour la continuité des soins entre les prestataires de services dans le présent et l'avenir, car la santé mentale a souvent tendance à être fluctuante et chronique. Une possibilité serait d'**intégrer cela dans un portail d'information, d'autoévaluation et d'orientation en ligne.**
- **Les conseillers d'orientation peuvent contribuer à assurer la continuité dans les cas complexes, par exemple lorsque leur propre environnement n'est pas favorable ou lorsqu'une multitude de problèmes sont présents.** Aider le jeune tout au long de son trajet de soins, indépendamment de l'endroit où il se trouve et à n'importe quel moment. Le conseiller d'orientation est à son tour soutenu par des personnes du réseau professionnel et personnel. Il peut s'agir de professionnels issus d'anciens réseaux de soins importants. **Il est essentiel de garantir la continuité plutôt que la fragmentation,** pour que l'accompagnement ne dépende pas d'une seule personne mais d'un réseau. Cela permet d'**éviter les ruptures dans les parcours de traitement et d'assurer la continuité des soins.** Le financement d'un tel conseiller d'orientation est évidemment nécessaire pour que cela fonctionne.

4.3.3. L'écart entre les soins ambulatoires et les soins résidentiels

L'analyse SWOT du secteur indique clairement la rareté des soins spécialisés non résidentiels pour les jeunes, bien que les soins non résidentiels soient souvent cruciaux pour éviter de couper les liens avec les pairs, l'école et la famille (**continuité relationnelle !**). Il convient donc de prendre des mesures pour **accroître les services non résidentiels comblant le fossé entre les soins ambulatoires et résidentiels**, tels que les équipes mobiles spécialisées, les structures d'accueil de jour et les soins ambulatoires spécialisés.

Équipes d'outreach

L'outreach devrait être élargi au niveau de l'offre thérapeutique pour les jeunes en âge de transition, car ces patients n'ont souvent pas accès à l'aide volontaire régulière en raison de la nature de leurs problèmes et/ou de la complexité de leur situation familiale. En outre, en

raison de la nature intensive des traitements qui y sont liés, l'admission dans un hôpital ou dans un programme de traitement de jour, peuvent avoir un impact sur le développement psychosocial des jeunes souffrant de problèmes psychologiques sévères. Il est essentiel de **maintenir au maximum le contact avec le groupe des pairs, l'école et les activités normales**. Le réseau, même s'il n'est pas intégré, doit rester central pendant le traitement des jeunes.

Beaucoup de ces jeunes vivent dans une situation familiale perturbée. Il est donc important de considérer le contexte dans son ensemble. En d'autres termes, comment fonctionne la famille à l'origine et comment les propres vulnérabilités et problèmes psychologiques du jeune s'y sont-ils exprimés. En effectuant une visite à domicile et en adaptant le traitement à la situation familiale, les traitements peuvent être adaptés à la personne et au contexte.

Il existe de nombreuses options pour les traitements d'outreach dans le groupe cible des jeunes en âge de transition, mais le manque de coordination des critères d'admission et d'exclusion constitue un défi pour ce groupe. En outre, les options sont encore sous-développées dans l'offre de transition actuelle et une exploration plus approfondie est essentielle pour une offre complète pour le groupe cible dans les réseaux de soins en SMEA et SMA.

Soins de jour

Les programmes de traitement de jour en groupe sont très efficaces et évitent souvent l'admission pour ce groupe cible, compte tenu de leurs tâches spécifiques de développement. En outre, le traitement de jour permet de continuer à tirer un bénéfice maximum de la connexion avec l'extérieur. Il est donc nécessaire d'investir dans des traitements de jour, pour lesquels un personnel suffisant est prévu (cf. psychiatrie infanto-juvénile), spécifiquement pour le groupe cible. Ces centres peuvent être **liés aux environnements (semi-)résidentiels ou exister en tant que programmes indépendants**.

Recommandations spécifiques

Une **crise de santé mentale doit être considérée comme une occasion d'établir et/ou de renforcer un réseau de soins personnalisés**. Il convient ici, de souligner le rôle important des équipes d'outreach dans le soutien de ce processus.

Les équipes d'outreach peuvent également jouer un rôle important pour **éviter la chronicisation** chez les jeunes ayant des besoins complexes. Ces équipes d'outreach peuvent être organisées en tant qu'équipes transdiagnostiques, ou en tant qu'équipes visant spécifiquement les populations vulnérables à la chronicisation (par exemple, les équipes d'outreach pour les psychoses précoces).

Les programmes de prise en charge de jour offrent des alternatives importantes aux soins résidentiels. Ils peuvent être établis dans la communauté (par exemple, Villa Homaar) ou rattachés à des services résidentiels. Il convient d'étudier la possibilité de développer et de soutenir davantage ces services.

4.3.4. Soins résidentiels

À l'âge de la transition, les pairs et les parents constituent un repère important dans le développement de l'identité et de l'autonomie. Les jeunes souffrant de problèmes de santé mentale ont besoin d'un programme de soins spécifique et sur mesure dans un environnement thérapeutique adapté, dans un souci de structure et de croissance vers l'autonomie. Le processus de soins est déterminé par les attentes liées à l'âge et les compétences de développement déjà acquises. Pour ces jeunes adultes, il est essentiel de disposer d'une expertise sur mesure, de préférence une combinaison de psychiatrie infanto-juvénile et de psychiatrie adulte, dans le cadre d'une prise en charge (semi-)résidentielle qui tient compte du développement socioaffectif et de la situation juridique du jeune adulte.

Capacité

La capacité disponible en psychiatrie infanto-juvénile pour les jeunes mineurs en âge de transition ne couvre pas la demande de soins pour une assistance résidentielle et semi-résidentielle spécialisée. Par conséquent, les jeunes se retrouvent souvent dans des unités psychiatriques pour adultes ordinaires, ce qui peut être considéré comme un environnement thérapeutique inapproprié. En outre, l'énorme différence entre le nombre de places résidentielles pour les mineurs et les jeunes adultes (en raison de l'organisation des soins) crée un grand écart dans le traitement (options). En conséquence, le délai entre l'enregistrement et l'aide spécialisée effective est devenu irresponsablement long. C'est dans les **situations de crise** que le besoin se fait le plus ressentir. En l'absence de capacités adaptées au groupe cible, les mineurs ayant une demande d'admission urgente se retrouvent dans un service pédiatrique (entre les enfants et les jeunes souffrant de problèmes somatiques) ou dans une unité adulte fermée (entre les adultes gravement perturbés en admission forcée). Dans la plupart des cas, après une tentative de suicide, par exemple, ils doivent simplement rentrer chez eux.

Comme indiqué plus haut, le traitement de jour constitue une bonne et parfois meilleure alternative pour ce groupe cible, une forme de soins très utile qui peut faciliter la sortie d'une admission résidentielle. Il est **nécessaire de faire preuve de flexibilité** pour pouvoir passer d'une forme de soins à l'autre (résidentiels, semi-résidentiels, ambulatoires, etc.)

Le groupe cible des jeunes en âge de transition nécessite une **coordination contextuelle** dès leur enregistrement. Les parties concernées sont souvent multiples (adolescents/jeunes adultes, parents, école, ...), les demandes d'aide ont souvent une stratification complexe, il faut souvent plus de temps qu'en psychiatrie adulte pour identifier clairement le problème et la réponse la plus appropriée à donner à la demande d'aide. Cela implique une phase d'accueil minutieuse au moment de la demande d'aide, qui prend souvent beaucoup de temps et nécessite de nombreuses consultations.

Pour faire face aux listes d'attente, le renforcement des services K a été prévu en psychiatrie infanto-juvénile. Nous préconisons de faire de même pour les services destinés aux jeunes adultes et d'utiliser ces ressources pour les **trajets préliminaires ambulatoires (orientation des soins)** en cas de demande de soins sans traitement résidentiel disponible et les **trajets de suivi ambulatoire (transmission des soins)** après la sortie. De nombreux jeunes adultes ont beaucoup à perdre lorsqu'ils sortent (par exemple, le contact social, la présence de figures de soins et le coaching, ...) et ont donc du mal à venir à cette étape. Il serait utile de pouvoir

allonger leur trajet en ambulatoire après leur sortie. La prise en charge ambulatoire après l'admission par des prestataires de soins connus / de confiance pourrait assurer la continuité des soins et une meilleure transmission des soins, réduire les admissions et ainsi libérer de la place pour les jeunes adultes bénéficiaires de soins qui sont sur liste d'attente.

Dotation en personnel et normalisation

Étant donné que la capacité des services K (semi-)résidentiels est insuffisante pour les enfants et les jeunes, les hôpitaux psychiatriques organisent l'offre limitée pour les jeunes adultes en grande partie avec les ressources de la psychiatrie adulte. La dotation en personnel de chaque « lit » ou de chaque « chaise » représente donc à peine la moitié de celle disponible en psychiatrie infanto-juvénile. Ceci, alors qu'une approche qualitative du groupe cible spécifique des jeunes adultes nécessite un déploiement de personnel plus important. Le groupe cible spécifique nécessite idéalement une norme spécifique. Les besoins correspondent davantage à la psychiatrie infanto-juvénile (K/k) qu'à la psychiatrie adulte :

- Les jeunes adultes ont fréquemment besoin d'un **traitement et d'un accompagnement individuels supplémentaires (p. ex.,** isolement dans leur chambre sans contact social depuis longtemps, régularité ou rythme jour/nuit limité, ambivalence par rapport aux soins, ...). Tous nécessitent un suivi intensif et actif par l'équipe.
- Le suivi de la **dynamique de groupe complexe dans les groupes de vie nécessite également l'engagement du personnel.** La suicidalité et l'automutilation sont courantes, de même que la nécessité de discuter des règlements de service sur ce qui peut et ne peut pas être fait. Les problèmes de régulation des émotions sont également spécifiques à cette phase d'âge et nécessitent une proximité et une disponibilité permanentes des prestataires de soins comme alternative à la coercition et à la privation de liberté évitables.
- **Un travail intensif avec le contexte** est également central (Devacht et al, 2019). La relation entre les jeunes adultes et les parents est souvent problématique depuis des années. Les rencontres avec les familles et la coordination avec le front familial / le contexte nécessitent du temps et des ressources, tout comme en psychiatrie infanto-juvénile.
- La phase de sortie après l'admission est également intensive. Dans cette phase d'âge, un traitement thérapeutique n'est jamais « un traitement isolé » et il doit être constamment adapté aux contextes après l'admission (à la maison, aux loisirs, aux études, ...). Cela nécessite souvent une **approche intersectorielle et une coopération étroite avec le secteur de l'aide sociale** (allocations, vie autonome, orientation professionnelle, etc.), avec les écoles (hospitalières), avec la VAPH, etc.

Recommandations spécifiques : ajustement des capacités, du personnel et de l'expertise.

- **augmenter la capacité des services K**, tant au niveau de l'offre semi-résidentielle que de l'offre résidentielle, afin de garantir une place pour chaque jeune mineur en âge de transition qui a besoin d'être admis. Nous nous référons aux conclusions du groupe de travail sur la programmation. Nous nous référons aux conclusions du Groupe de travail sur la programmation.
- des environnements de traitement plus adaptés pour les jeunes adultes en âge de transition dans les unités pour adultes avec une **dotation en personnel accrue. Il n'y a pas de consensus clair au sein du groupe de travail sur la mesure dans laquelle la norme K/k actuelle devrait ou pas également être respectée pour le groupe en âge de transition. Le GT s'accorde cependant sur le fait que la dotation en personnel devrait être considérablement plus élevée que les normes actuelles pour les adultes, tant pour la fonction psychiatrique que pour les autres disciplines.** Idéalement, la dotation en personnel pourrait être la suivante :
 - une infirmière (et d'un encadrement 24 heures sur 24) et de thérapeutes : selon la norme K/k actuelle.
 - Supervision psychothérapeutique :
 - 3 psychologues ETP, dont au moins 1 à orientation systémique / 15 lits.
 - 1 assistant social ETP / 15 lits
 - soins pédopsychiatriques et psychiatre pour adultes
 - Équipe mobile de liaison (2 ETP) pour les déplacements en ambulatoire avant et après l'admission.
- une **expertise** accrue pour l'équipe qui travaille avec les jeunes adultes (combinaison de connaissances des soins en SMEA et SMA et sur la phase de développement spécifique).
- La limite actuelle de **18 ans devrait être plus flexible et adaptée au patient** (âge développemental, psychopathologie, situation scolaire et familiale, etc). Sur indication, il devrait être possible pour les mineurs de plus de 16 ans d'être admis dans un service pour adultes, et pour un jeune adulte de plus de 18 ans d'être admis dans un service K. La fixation de l'indication pour l'un ou l'autre service doit être un processus très prudent, en fonction de l'âge développemental, de la psychopathologie, de la situation scolaire et familiale, des compétences de développement déjà acquises, du statut légal et de l'éventuelle différence d'âge avec les autres patients.
- **Adapter les effets de la crise à l'âge.** Éviter les admissions forcées pour les jeunes, en proposant une aide en temps utile. Si admission forcée : traitement approprié avec une dotation en personnel adaptée, accroître la proximité plutôt que la restriction de liberté.
- **Flexibilité des trajets** : privilégier le traitement de jour, les pré-trajets ambulatoires/outreach (orientation des soins), les trajets de suivi ambulatoire/outreach (transmission des soins) : l'outreach peut permettre à la fois d'éviter, d'écourter ou de mener à une l'admission, interaction avec le monde extérieur, travail dynamique et vers l'extérieur (financement hospitalier adapté), flexibilité dans la forme et la nomenclature. Ceci, en complément d'une offre résidentielle indispensable pour certains jeunes en âge de transition (16-24 ans). Travailler avec des réseaux, de manière intersectorielle : budget pour les jeunes, pas pour le secteur.
- **Contact à bas seuil avec les prestataires de soins** (transition flexible entre les différentes formes d'aide, procédure d'inscription (horaires, manière), programme de traitement).
- Traitement, mais aussi approche pédagogique et **possibilité d'éducation** (par exemple, école à l'hôpital). Travail intensif avec le contexte : thérapie systémique, participation des jeunes et de la famille/contexte ; les conditions qualitatives doivent être intégrées dans l'ensemble du travail d'équipe et ne sont pas réservées à une seule discipline (travail basé sur le contexte, la participation et le développement).

- En raison d'un changement de statut légal à l'âge de 18 ans, il est nécessaire d'assurer ensemble la continuité des soins pour les jeunes adultes qui se trouvent au carrefour entre différents secteurs. La possibilité de **concertation et de coordination intersectorielles** nécessite une nomenclature adaptée.
- Prise en charge de ce public cible : initiatives appropriées et adaptées autour du logement (initiatives de vie protégée), soutien financier, cadre juridique, activités de jour, activités de jour adaptées, accompagnement juridique et social adapté.
- Au moins 1 centre d'expertise psychiatrique pour les jeunes en âge de transition par province pour la supervision, l'accompagnement, le soutien et le partage des connaissances des équipes existantes ayant une expertise dans l'âge de transition, afin d'utiliser et de diffuser rapidement et au maximum les connaissances existantes.

4.3.5. Travailler en tenant compte du contexte

Depuis quelques années, l'accent est mis, de plus en plus, sur l'égalité dans les pratiques de soins. Cela signifie que le patient, le réseau social et les soignants travaillent ensemble sur un pied d'égalité. En conséquence, le réseau social a acquis une position plus centrale dans les parcours de soins. Cette nouvelle façon de travailler nécessite une évolution du statut des soignants. La perspective d'égalité a entraîné une prise de conscience croissante du fait que les soignants ne sont présents que temporairement dans la vie des patients. Pour cette raison, l'accent est donc mis sur le renforcement du réseau de travail avec les patients. Le réseau formel et le réseau informel, chacun à partir de ses propres connaissances et compétences, contribuent au processus et travaillent ensemble de manière égale (van Dam, 2018). Le renforcement du réseau et l'égalité ne sont pas des objectifs en tant que tels, mais des moyens d'arriver à un traitement efficace et curatif pour le patient et sa famille, à la fois à court et à long terme. La famille est un partenaire clé car elle est directement touchée par les problèmes du patient, et parce qu'en général les patients retournent dans leur famille après le traitement. Par conséquent, cette vision doit être mise en œuvre dans le programme de traitement, mais elle doit également faire partie intégrante de la culture organisationnelle. Toutefois, pour éviter une participation fictive (Van Regenmortel, 2011), la collaboration à niveau d'égalité doit aller au-delà du partage d'informations entre les soignants et la famille.

Recommandations spécifiques

- Un changement d'état d'esprit dans les soins de santé mentale s'impose. Les soignants doivent toujours s'efforcer de traiter le patient dans une **perspective triadique**. Y parvenir nécessite toutefois un **financement structurel**, tant au niveau ambulatoire (en élargissant la nomenclature de la pédopsychiatrie à 24 ans) qu'au niveau (semi-)résidentiel, en augmentant les effectifs.
- La **perspective triadique devrait être mise en œuvre structurellement** et organisée tout au long du traitement (par exemple, sous la forme de tables rondes de réseau). La collaboration avec la famille doit aller au-delà du seul partage d'informations avec les soignants. Les familles doivent être impliquées dans le processus de guérison et la prise de décision. L'environnement du jeune doit être soutenu et impliqué (familles, contexte de travail, pairs, voisins), l'isolement social réduit et le réseau social renforcé.
- **Les experts du vécu familial** ne devraient pas seulement être impliqués dans les parcours de soins en tant que bénévoles, mais devraient également être **utilisés** en psychiatrie et dans l'éducation. Le même argument peut être avancé pour **les jeunes ayant une expérience de vécu**.
- **Les groupes d'entraide familiale** peuvent jouer un rôle positif en aidant les familles à faire face aux difficultés de leur enfant, à accroître la résilience et la compréhension mutuelle, et à améliorer le bien-être. Les initiatives telles que Similes, Profamille, Familleplatform ainsi que les approches multifamiliales organisées par les services cliniques devraient être **encouragées et soutenues structurellement**.
- Dans le même ordre d'idées, les **groupes de pairs aidants et d'entraide pour et par les jeunes** peuvent jouer un rôle important dans la réduction de l'autostigmatisation, la recherche de soutien et de compréhension, et l'augmentation de l'espoir pour l'avenir. Ces organisations ou initiatives doivent donc être soutenues. Les organisations telles que **Cachet/Esperto/... ainsi que les coaches** de participation peuvent jouer un rôle vital dans ces initiatives mais sont actuellement surchargés et manquent de personnel. Ils devraient être mieux financés et soutenus.
- Ces pratiques doivent être incluses dans les **exigences de qualité** et contrôlées lors des futurs audits.

4.3.5. Aspects médico-légaux

A. Introduction

Les soins hospitaliers ou ambulatoires sous mandat judiciaire (tribunal) ou administratif (autorités communautaires) sont régis par différentes législations fédérales, communautaires ou régionales qui ne sont pas actuellement articulées. Depuis la 6e réforme de l'État, à l'exception de la loi fédérale du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, ce sont les décrets communautaires et l'ordonnance bruxelloise qui déterminent les mesures que les autorités publiques, judiciaires ou administratives peuvent prendre dans le cadre de l'aide ou de la protection de la jeunesse. Il s'agit de mineurs, soit

poursuivis pour un fait qualifié d'infraction (FQI/MOF), soit considérés comme « en danger » (SD/POS).

La notion de « soins forcés » ou de « soins obligatoires » en matière de soins pédopsychiatriques varie en fonction du cadre légal. Pour les soins ambulatoires ou résidentiels (hospitaliers), il existe une référence légale, à savoir l'arrêt 49/2008 de la Cour constitutionnelle (requête n° 4125), qui stipule que le juge peut imposer des soins pédopsychiatriques ambulatoires ou résidentiels s'il dispose d'une « appréciation médicale » qui stipule « que la nécessité thérapeutique est établie ».

Extrait de l'arrêt n° 49/2008 du 13 mars 2008

« B.16.4. ... Toute ingérence des autorités dans le droit au respect de la vie privée doit être prescrite par une disposition législative suffisamment précise et correspondre à un besoin social impérieux, ce qui est le cas en l'espèce. Une intervention médicale forcée ne saurait être considérée comme une mesure justifiée que si la nécessité thérapeutique en est établie (mutatis mutandis CEDH, 19 juin 2007, Ciorap c. Moldavie, § 77).

B.16.5. [...] En ce qui concerne les autres mesures qui impliquent un traitement médical obligatoire, ce qui est le cas pour le traitement ambulatoire auprès d'un service psychiatrique et pour le placement dans un service hospitalier, l'article 37, § 2, de la loi du 8 avril 1965 doit être interprété, à la lumière des dispositions conventionnelles précitées, comme imposant que ces mesures soient également fondées sur une appréciation médicale.

La dimension de la contrainte varie en fonction du cadre légal utilisé, conformément également à la législation sur les droits du patient du 22 août 2002.

Par ailleurs, il n'existe pas de législation pour les mineurs comparable à la loi du 5 mai 2014 relative à l'internement des personnes.

Dans le secteur hospitalier, depuis 2003, certaines unités de soins pédopsychiatriques ont une « spécificité médico-légale ». Il s'agit des unités de soins intensifs « For(ensic) K » (UTI / IBE), qui accueillent, selon leur convention avec le SPF Santé publique, de jeunes patients sous statut judiciaire, soit en situation de danger (SD/POS), soit poursuivis pour un acte qualifié d'infraction (FQI/MOF) ou placés en observation (MEO/GO).

Le consentement du jeune est recherché mais n'est pas exigé si l'autorité mandante dispose d'une évaluation médicale qui établit la nécessité thérapeutique d'un soin pédopsychiatrique. L'accord de l'autorité médicale en charge du service reste indispensable.

D'autres unités, comme les unités K, peuvent admettre des jeunes patients sur la base du volontariat ou d'un mandat judiciaire ou administratif, selon une procédure d'admission spécifique fondée sur l'autorité médicale du service, qui comprend généralement l'accord de l'adolescent et de ses représentants légaux.

Il en va de même pour certains services « A ou T » pour adultes, qui peuvent admettre des mineurs à partir de 16 ans. Ces admissions sont parfois réalisées dans le cadre de la loi du 26 juin 1990, à condition que l'hôpital d'accueil soit agréé par la Région.

Les services pédiatriques (désignés « E ») accueillent également les jeunes faisant l'objet de décisions judiciaires ou administratives de placement en soins somatiques et/ou pédiatriques, notamment lorsque le mineur est en danger (SD/POS).

Contrairement aux services psycho-socio-éducatifs des secteurs de l'aide à la jeunesse et du handicap, la même règle de « l'évaluation médicale de la nécessité thérapeutique » s'applique aux services médicaux ambulatoires ou mobiles qui acceptent un suivi sur la base d'une ordonnance du juge ou d'une décision de l'autorité administrative compétente. Concernant cet avis d'indication de soins à l'attention de l'autorité mandante, la pratique montre qu'il est plus pertinent que le service « destinataire » le fasse. Dans son rapport sur les unités UTI/IBE, le KCE a soutenu la nécessité que le médecin hospitalier soit en charge de transmettre cet avis à l'autorité mandante.

« Le mandant prend une décision concernant la demande d'envoi dans une unité For-K sur la base du rapport documenté de l'équipe multidisciplinaire ». K sur la base du rapport documenté de l'équipe multidisciplinaire. - page 52 - RAPPORT KCE 339BS - SYNTHÈSE - FOR-K, PSYCHIATRIE MÉDICO-LÉGALE POUR LES ADOLESCENTS SOUS STATUT JUDICIAIRE : OFFRE, UTILISATION ET BESOINS

B. Les spécificités du public âgé de 16 à 23 ans dans le secteur médico-légal

Pour les adolescents plus âgés et les jeunes adultes, qui se trouvent à un âge de transition et sont soumis à des soins (pédo)psychiatriques obligatoires, les difficultés sont diverses.

a) Soutien familial et social

Tout d'abord, le jeune ne bénéficie pas nécessairement du soutien de sa famille ou d'un réseau local. Souvent, le jeune est en conflit avec ses proches et/ou fait l'objet de maltraitance ou de négligence structurelle. Certains de ces adolescents et jeunes adultes doivent donc s'orienter rapidement vers l'autonomie avant ou à l'âge de 18 ans, avec le soutien du Centre public d'action sociale (CPAS), des services de l'aide à la jeunesse et/ou du secteur de la santé et/ou du handicap.

Recommandations

- 1. En matière de prévention, le maintien d'un cadre social, éducatif et psychosocial doit être privilégié sur la base de politiques intersectorielles inclusives.**
- 2. La désignation d'un coordinateur de soins médico-légaux spécifique pour les adolescents et les jeunes adultes,** qui connaît la psychiatrie légale et la carte des ressources, serait intéressante.
- 3. Des structures de soutien institutionnel flexibles, telles que les initiatives de logement protégé ou les initiatives de logement intégré, devraient être développées,** dotées en personnel et déployées dans tout le pays afin de fournir des soins inclusifs, intensifs et socialement inclusifs (avec ou sans mandat) et de soutenir l'intégration et l'autonomisation.
- 4. La sensibilisation et l'attention spécifique à cette tranche d'âge doivent être renforcées au niveau des CPAS** afin de développer des interventions individualisées pour cette tranche d'âge.

b) Niveau médical, médico-psychologique et socio-éducatif

Certaines situations médico-légales justifient une prise en charge opsychiatrique et psychologique au-delà de 18 ans.

Une concertation permanente entre les services pour adultes et les services pour adolescents en âge de transition doit être mise en place pour permettre une meilleure orientation vers le service compétent pour adultes qui a développé un projet thérapeutique spécifique pour les 16-23 ans. La prise en charge, qu'elle soit hospitalière ou ambulatoire, nécessite un soutien spécifique des réseaux familiaux, sociaux et scolaires et une collaboration soutenue avec les partenaires des autres secteurs. Elle nécessite des ressources appropriées en termes de personnel, de temps de consultation, de formation, etc. Le groupe de travail attire l'attention sur **la révision de la loi sur la protection du patient malade mental (en projet, que les experts en psychiatrie de l'enfant et de transition devraient suivre**, afin que les hospitalisations forcées d'adolescents, souvent même de très jeunes personnes, pour lesquelles une "observation" est demandée, soient adaptées à l'objectif de "protection" de la personne souffrant d'un trouble mental. Cela implique également de se pencher sur la méthode d'allocation des services afin d'obtenir une répartition plus équilibrée de cette forme de soins dans les différentes régions.

Recommandations

1. Les soins hospitaliers ou ambulatoires nécessitent des ressources appropriées en termes de personnel, de temps de consultation, de formation, etc.
2. Les services pour adultes engagés dans une capacité spécifique devraient disposer de ressources supplémentaires pour mettre en œuvre des programmes axés sur les adolescents plus âgés et les jeunes adultes.
3. De même, les services K ou For K pour adolescents qui s'engagent dans des soins au-delà de 18 ans doivent conserver les ressources dont ils disposent.
4. La prise en charge des adolescents et des jeunes adultes justifie également **une orientation socio-éducative**, qui doit être assurée par des éducateurs spécialisés et des travailleurs sociaux chargés de développer une approche axée sur la vie quotidienne et la resocialisation.
5. Il existe une multitude de pratiques liées à l'admission forcée des jeunes, avec des différences évidentes entre les régions. Une discussion approfondie de ces pratiques est très pertinente mais n'est pas l'objectif de ce groupe de travail. Des travaux supplémentaires (un futur groupe de travail ?) sont nécessaires pour garantir l'admission forcée des jeunes dans un environnement sûr et approprié et, par extension, pour aborder l'ensemble des aspects médico-légaux pour les mineurs et les adultes en transition
6. Pour le suivi à long terme des jeunes en âge de transition ayant un statut médico-légal, il semble approprié qu'un suivi psychiatrique soit possible dans toutes les institutions pour mineurs, et dans les prisons où se trouvent parfois des jeunes. Actuellement, ce service n'est pas fourni de manière standard, mais seulement sur demande ou indication.

c) Le niveau légal

Concernant l'accès aux services de santé mentale, notamment pour les jeunes de 16 à 23 ans, la reconnaissance d'un statut particulier qui ne dévalorise pas les avantages du statut d'adulte et les avantages du statut de mineur est indiquée.

Concernant l'accès aux services hospitaliers, il existe une recommandation du CPT (Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants) selon laquelle, dans le secteur hospitalier médico-légal, **la présence d'adolescents et d'adultes dans la même unité psychiatrique devrait être évitée**. Il conviendrait sans doute de distinguer le groupe cible des 16-23 ans qui font l'objet d'un placement volontaire, des jeunes de la tranche d'âge 16-23 ans, qui font l'objet d'un placement non volontaire décidé par une autorité judiciaire (voire administrative). (cf. le document de référence du Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (<https://rm.coe.int/16806cd43f>). Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) CPT/Inf(98)12 - Partie du 8e rapport général d'activités du CPT, publié en 1998"30).

De même, il est essentiel de mettre en place des procédures visant à protéger certains jeunes patients psychiatriques des autres patients adultes qui pourraient leur nuire. Cela implique, entre autres, d'assurer une présence adéquate du personnel en permanence, y compris la nuit et le week-end. Une attention et des procédures spécifiques doivent être appliquées pour les jeunes patients particulièrement vulnérables, par exemple, les adolescents porteurs d'un handicap mental et/ou atteints de maladies psychiatriques ne doivent pas être séparés des patients adultes. Cette recommandation doit être approfondie afin de déterminer un cadre solide et flexible ancré dans une base légale inclusive.

Recommandations

1. Même si la législation des entités fédérées fait explicitement référence à la Convention internationale des droits de l'enfant (CDE), une réflexion juridique coordonnée est souhaitable pour **harmoniser la législation applicable à cette période d'âge de transition**.
2. La **nomenclature pédopsychiatrique pour les jeunes adultes pourrait être garantie jusqu'à l'âge de 24 ans si la continuité des soins pédopsychiatriques est défendue**.
3. **Dans le secteur hospitalier médico-légal, la présence d'adolescents et d'adultes dans les mêmes services psychiatriques doit être évitée**. Il est essentiel de mettre en place des procédures appropriées pour protéger certains patients psychiatriques d'autres patients qui pourraient leur nuire.
4. Pour les mineurs protégés (en dehors de l'application de la loi du 26 juin 1990), la pratique montre qu'il est plus approprié que le service « destinataire » rédige le rapport à l'attention de l'autorité mandante.
5. En effet, le juge impose l'admission obligatoire, mais pas le traitement obligatoire tel que la médication. Même si le consentement éclairé des différentes parties concernées doit être recherché au moment de l'admission forcée, une clarification du cadre juridique des traitements pharmacologiques coercitifs est nécessaire pour harmoniser et sécuriser la pratique.

4.4. Conclusions

Ce texte propose un cadre pour la réforme du système de soins de santé mentale des jeunes en âge de transition. Il propose un ensemble de recommandations qui, ensemble, visent à obtenir plus de cohérence, de transparence et d'organisation. Bien qu'elles soient conçues comme un ensemble de mesures qui s'appuient les unes sur les autres, il est également clair que ces réformes prendront du temps et nécessiteront un financement nettement plus important.

Le texte ne donne explicitement aucune priorité aux recommandations, et ne fixe pas non plus de calendrier spécifique pour la mise en pratique d'une recommandation, car le GT ne considère pas que cela relève de sa responsabilité. Quoi qu'il en soit, le GT reste ouvert à de nouvelles discussions avec les décideurs politiques.