



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

Recommandations du groupe de travail programmation

Soins de santé mentale spécialisé pour enfants et adolescents en Belgique: besoins et offre

A présenter pour approbation à la réunion plénière du COMSMEA dd. 30 mars 2022

SOINS DE SANTÉ MENTALE SPÉCIALISÉS POUR ENFANTS ET ADOLESCENTS EN BELGIQUE : BESOINS ET OFFRE

INTRODUCTION

Au lancement du COMSMEA, la première réunion plénière (3.10.2018) a lancé le groupe de travail "programmation", dans le but de cartographier l'écart entre les besoins en santé mentale et l'offre afin de s'en inspirer pour la programmation future des formes de soins. Le nom du groupe de travail a pu faire naître ici et là l'espoir qu'il ferait lui-même de la programmation, ce qui, bien sûr, ne relevait pas de sa compétence. Le groupe de travail a collecté un maximum de données disponibles et a sélectionné les plus pertinentes dans le cadre du présent rapport en fonction de l'objectif. Sur la base de ses conclusions, ce rapport devrait contribuer à un investissement supplémentaire plus ciblé et plus convaincant dans les soins de santé mentale spécialisés.

Nous formulons d'abord les conclusions et recommandations, et présentons ensuite les chiffres et interprétations qui sous-tendent ces propositions et constatations.

CONCLUSIONS

Les conclusions sont classées en trois catégories : observations concernant 1) la disponibilité, la fiabilité et l'interprétabilité des chiffres ; 2) l'offre de soins actuelle par rapport aux besoins de soins et 3) en comparaison avec certains pays voisins.

1. Conclusions relatives aux chiffres disponibles

1.1. Il existe peu, voire pas, de chiffres belges sur les besoins en soins de santé.

Les données épidémiologiques de l'Enquête de Santé se limitent aux données de dépistage basées sur le QDS et à des données supplémentaires pour les 15-18 ans basées sur quelques questions additionnelles. Ces données :

- font peu de distinction entre les problèmes mentaux et/ou psychiatriques avec/sans dysfonctionnement et/ou avec/sans impact sur la qualité de vie.
- se limitent à de grandes catégories de problèmes émotionnels et comportementaux et n'incluent pas ou du moins ne donnent pas une image d'un certain nombre de problèmes fréquents et/ou graves tels que les troubles du développement neurobiologique, les troubles de l'attachement, les psychoses, les troubles du stress post-traumatique, etc., ou du moins ne donnent pas une image de leur occurrence au sein du groupe problématique au sens plus large.

1.2. Les données épidémiologiques internationales ne donnent pas non plus une image globale des besoins en matière de soins de santé.

Les métadonnées internationales fournissent des chiffres plus fiables, mais sont également limitées à un certain nombre de problèmes fréquents et relativement faciles à mesurer. Ils ne donnent pas non plus d'indications quant aux degrés de dysfonctionnement ou de mal-être.

1.3. Les chiffres belges sur l'offre de soins sont largement disponibles, mais ils posent problème :

- Ils sont fragmentaires et ne sont pas structurellement/systématiquement disponibles au fil du temps : certaines données sont disponibles sur les sites web des autorités publiques ou sectoriels, mais souvent dans des formats qui changent au fil du temps ou qui ne sont disponibles que pour certaines années de travail.
- Pour un même secteur (par exemple les Services de Santé Mentale - SSM), les chiffres ne sont pas disponibles de manière uniforme pour les différentes Régions et Communautés.
- Les formats de données disponibles diffèrent également entre les différentes formes de travail, ce qui rend les comparaisons et/ou les fusions impossibles.
- Les données au niveau provincial ou même à un niveau inférieur (district, zone de soins, ELZ (eerstelijnszones - zone de soins de première ligne) sont rarement accessibles au public.

1.4. Les hypothèses, extrapolations et calculs de ce rapport sont "prudents".

Les hypothèses, extrapolations et calculs de ce rapport auront tendance à surestimer l'offre disponible, à sous-estimer les besoins et donc à sous-estimer l'écart entre les deux. Par conséquent, ses conclusions sont encore plutôt sous-estimées.

2. Conclusions relatives à l'offre de soins actuelle par rapport aux besoins de soins.

2.1. On note une pénurie des services de santé mentale spécialisés par rapport aux besoins de soins et cela, même si l'on ne prend en compte que les besoins de soins les plus graves.

Même en prenant l'estimation la plus optimiste de l'offre de soins par rapport aux besoins de soins les plus graves, il subsiste un décalage entre l'offre existante et les problèmes de santé mentale. En d'autres termes, même les adolescents qui ont les problèmes les plus graves ne peuvent pas tous être pris en charge et bénéficier de soins spécialisés. L'offre de soins spécialisés existante pourrait encore être doublée et ce sur l'ensemble des dispositifs.

2.2. L'offre est géographiquement déséquilibrée et disproportionnée par rapport aux besoins de la population.

En termes de distribution de l'offre, l'offre aussi bien résidentielle qu'ambulatoire est fortement asymétrique. L'accessibilité des soins varie fortement et est même plus problématique dans certaines régions que dans d'autres. Ces déséquilibres historiques doivent être corrigés.

2.3. Les SSM ont été limités géographiquement, mais pas programmés

Les SSM sont soumis à des restrictions quant au nombre d'implantations sur un territoire donné, mais une programmation souhaitable n'a jamais été établie, afin de viser une offre minimale par région.

2.4. Dans les SSM wallons, la proportion des soins pouvant aller aux enfants et aux adolescents n'est pas définie.

Les SSM wallons sont agréés pour apporter une offre de soins multidisciplinaire et **généraliste**, dans le sens que l'offre doit répondre à tout public. Quelques SSM sont agréés en plus pour leur offre spécifiquement adressée aux enfants et aux jeunes, sous forme d'Initiatives Spécifiques. Ainsi, dans les SSM wallons, l'offre de soins destinée aux enfants et adolescents n'est pas stable délimitée par rapport à l'offre aux adultes..

2.5. Une période moyenne de soins actifs sur une base annuelle est (trop) courte et/ou (trop) peu intense.

Afin de fournir aux mineurs une prise en charge psychologique adéquate fondée sur des données probantes, il faut en moyenne 16,5 séances sur une période de 16 semaines (Weisz et al. 2017). Luyten (2021) le confirme et ajoute que pour les problèmes plus chroniques, des trajectoires encore plus longues sont nécessaires (jusqu'à 50 séances) et pour un sous-groupe en particulier jusqu'à 80 séances et plus.

La période annuelle moyenne de soins actifs dans le SSM est de 7,5 séances. Environ la moitié des périodes de prise en charge s'étendent sur plusieurs années. Néanmoins, cette moyenne annuelle est assez faible. On peut en faire de nombreuses interprétations, mais aucune qui implique vraiment des soins adéquats. Les hypothèses possibles sont :

- Il y a beaucoup d'enfants/adolescents qui ne suivent qu'une ou deux séances et d'autres qui participent à plus de 7,5 séances. Dans ce cas, de nombreux enfants et adolescents se révéleraient être au mauvais endroit et/ou abandonneraient immédiatement les soins.
- Les périodes de soins sont effectivement beaucoup plus longues, mais s'étalent sur plusieurs années de travail avec une moyenne de 7,5 séances par année civile. En termes de continuité des soins, ce serait de bons soins ; en termes d'intensité des soins, ils restent trop peu fréquents, à moins qu'il ne s'agisse de soins chroniques de faible intensité.

2.6. Les places K/k sont largement utilisées pour les adolescents pour lesquels elles n'ont pas été programmées.

Selon la Charte européenne des droits des enfants hospitalisés, ces derniers ne doivent pas être hospitalisés dans des services pour adultes, mais doivent pouvoir jouir, en tant que groupe, et en toute sécurité, des jeux, des loisirs et de l'éducation adaptés à leur âge.¹ Étant donné que l'enseignement est obligatoire en Belgique jusqu'à l'âge de 18 ans et que les droits généraux de l'enfant s'appliquent jusqu'à l'âge de 18 ans, il est logique d'appliquer ces exigences à tous les mineurs. Cependant, les places K/k n'étaient à l'origine programmées que pour les adolescents jusqu'à 14 ans.

Cependant, 44% des séjours dans les places K/S sont destinés aux adolescents de plus de 14 ans.

La programmation des places K/k devrait donc être augmentée pour les adolescents jusqu'à 17 ans. La prévalence des troubles psychiatriques étant plus élevée dans ce groupe cible, un ratio de programmation plus élevé doit être utilisé pour ce groupe cible.

Si nous voulons également offrir aux jeunes adultes (par exemple jusqu'à 19 ans) une prise en charge appropriée, conformément au plaidoyer actuel concernant la phase de transition, la programmation des places K doit être augmentée jusqu'à 23 ans et/ou une norme de dotation en personnel plus élevée doit être appliquée dans les services où les adolescents en âge de transition sont présents en tant que groupe.

3. Conclusions basées sur la comparaison avec les pays voisins, les Pays-Bas et la France.

3.1. La situation dans notre SSM semble être très similaire à celle de la France.

En France et en Belgique, on estime que respectivement 3,3 et 3,2 % des mineurs se voient proposer une période de prise en charge active sur une base annuelle, dont environ 9 % de type résidentielle.

¹Charte de l'EACH (Association européenne pour les enfants hospitalisés), <https://each-for-sick-children.org/each-charter/>

3.2. Les Pays-Bas disposent d'une offre de soins de santé mentale spécialisés plus importante que la Belgique.

Aux Pays-Bas, l'offre de soins de santé mentale spécialisés est 50% (!) plus importante qu'en Belgique (4,81% contre 3,2%). En outre, 96,4 % de ces soins sont proposés en ambulatoire. Si nous devons, en Belgique, compléter l'offre totale d'aide jusqu'au niveau des Pays-Bas et offrir la même proportion de soins en ambulatoire, cela signifierait que nous devrions pouvoir aider 111.209 adolescents, dont 107.205 en ambulatoire et 4004 en résidentiel. L'offre ambulatoire/mobile belge devrait augmenter de 60,3 % (soit 40.323 périodes de soins actifs en surplus des 66.882 actuels).

La pénurie de soins ambulatoires en santé mentale pourrait expliquer le nombre proportionnellement plus élevé d'hospitalisations par rapport à nos voisins du nord. Il est possible que la pénurie ambulatoire soit partiellement compensée par les soins résidentiels. Si les soins ambulatoires peuvent augmenter, une diminution du nombre d'admissions pourrait être observée.

RECOMMANDATIONS

Sur la base des données recueillies et des conclusions approuvées par consensus lors de la réunion plénière du COMSMEA, les recommandations suivantes sont formulées :

1. Collecte de données épidémiologiques par le biais d'une enquête nationale sur la santé mentale spécifique aux 0-24 ans
2. Concevoir un tableau de bord de la santé mentale qui affiche systématiquement des données structurées dans des formats comparables, dans toutes les formes de travail et dans toutes les régions, au niveau de maillage le plus serré possible.
3. Un suivi approprié de l'impact de l'offre de soins afin que les chiffres soient fiables, de préférence par le biais de systèmes internationaux (par exemple, interRai (Hirdes ea 2019)) pour permettre une analyse comparative internationale.
4. Pour les problèmes mentaux et psychiatriques graves, une période initiale adéquate de soins doit être plus longue et plus intensive (en moyenne 16,5 séances en 16 semaines), en plus de périodes encore plus longues de soins chroniques (à une fréquence plus faible) pour un sous-ensemble porteur de problèmes graves.
5. La politique d'expansion doit être fortement axée sur les soins de santé mentale spécialisés fondés sur les preuves et l'expérience. La capacité actuelle des soins de santé mentale spécialisés doit **doubler, même après** la mise en œuvre du protocole d'accord pour les fonctions psychologiques dans les soins primaires.
6. L'offre doit être géographiquement équilibrée et adaptée aux besoins de la population, tant pour les soins ambulatoires et soins mobiles, que pour les soins résidentiels (réguliers et médico-légaux). Ce faisant, les déséquilibres historiques et les différences de capacité doivent être corrigés.
7. L'offre de soins résidentiels doit
 - a. Être programmée comme K/k jusqu'à 17 ans
 - b. Fournir une offre spécifique pour l'âge de transition avec une norme de personnel ajustée.

- c. Offrir une programmation suprarégionale d'offres de lits UTI/IB plus spécifique pour les situations complexes à problèmes multiples nécessitant un accompagnement 1/1 (double diagnostic de déficience intellectuelle avec problèmes psychiatriques aigus) et pour des centres d'expertise universitaires. Ces places doivent être placées en dehors de la programmation provincial.
- 8. Les différentes modalités de soins (ambulatoires, mobiles, semi-résidentiels, résidentiels) ont pour partie des indications spécifiques, mais sont certainement aussi en partie des vases communicants. Les réseaux SM E&A devraient être dotés d'espace et de flexibilité pour la conversion et/ou l'intensification en fonction des besoins locaux.

RAPPORT À L'APPUI DES CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

1. Histoire récente et définition du problème

Le Guide ² pour une nouvelle politique de santé mentale pour les enfants et adolescents a considéré l'inadéquation de l'offre par rapport aux besoins comme l'un des motifs de la création des réseaux SMEA (Guide SMEA, p.1). Avec la formation des réseaux SMEA (2015), le Guide espérait réaliser un fonctionnement intégré des soins de SMEA, qui pourrait éventuellement répondre plus efficacement aux besoins généraux. Des investissements substantiels ont été réalisés dans les programmes d'intervention en cas de crise, de soins à long terme et de soins ad hoc (y compris le groupe cible des personnes souffrant d'un double diagnostic avec un handicap mental), de partage des connaissances et de liaison, de détection et d'intervention précoces, ainsi que de sensibilisation des établissements résidentiels pour les jeunes. Les régions ont également réalisé des investissements supplémentaires en 2019-2020 dans divers sous-secteurs des soins ambulatoires de santé mentale, dont certains ont bénéficié aux enfants et aux adolescents. Des modules supplémentaires ont également été installés dans les secteurs voisins de l'aide à la jeunesse. En partie en raison de l'impact du COVID sur la santé mentale, des ressources fédérales supplémentaires seront utilisées en 2021 pour les soins psychologiques de première ligne, pour une expansion substantielle des soins de crise mobiles, pour les équipes de liaison (temporaires) avec la pédiatrie et la psychiatrie adulte et pour l'intensification des soins et de la transmission des soins dans les services pédopsychiatriques (semi-)résidentiels.

Tous ces investissements sont perceptibles sur le terrain. Ils répondent à des besoins de longue date dans toute la gamme des interventions, de la prévention au traitement et aux soins chroniques, en passant par la détection et l'intervention précoces. Des voix s'élèvent encore pour dire que les besoins sont supérieurs à l'offre, notamment en matière de soins curatifs spécialisés généraux.

Dans tous ces mouvements, il y a une aspiration à des données numériques pour aider à évaluer l'équilibre entre l'offre et la demande.

² https://www.psy0-18.be/images/Guide_0-18/GIDS-KJ_definitief_20150330.pdf, *Guide vers une nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents* - approuvé et signé par les ministres chargés de la santé publique et de la politique de santé lors de la Conférence interministérielle (CIM) Santé publique du 30 mars 2015.

À cette fin, le groupe de travail " Programmation " a déjà été créé lors de la réunion plénière du Comité de la santé mentale enfants & adolescents (COMSMEA³) du 3.10.2018, qui a débuté le 15.01.2019 après un large appel à participation. La multitude de développements dans le paysage des soins de santé mentale et la pandémie de Corona qui a eu lieu depuis lors ont obligé les membres du groupe de travail non seulement à changer de vitesse dans leur propre contexte de travail, mais aussi à adapter l'orientation de leur travail à la dynamique de ces changements.

2. Composition du groupe de travail, dates des réunions et méthodes de travail

Le groupe de travail a débuté avec tous les membres du COMSMEA qui avaient posé leur candidature. Certains membres n'étant pas en mesure de remplir leur engagement en raison de difficultés d'agenda, de nouveaux membres ont été cooptés.

Membres : Alexandre Beine (secr.), Didier De Vleeschouwer (secr.), Etienne Joiret (secr.), Pascale Delvaux, Marc Demesmaecker, Samuel Desmedt, Luc Detavernier, Aurélie Doyen, Gorik Kaesemans, Cedric Kemseke, Ann Moens, Karim Odr, Eric Schoentjes, Sophie Vilain XIV, Marina Danckaerts (présid.)

Le groupe de travail a commencé par quelques séances de brainstorming au cours desquelles la question a d'abord été explorée de manière générale, puis délimitée de manière plus spécifique. Une liste restreinte d'"experts à consulter" a ensuite été établie. Le groupe de travail a cherché à obtenir le plus grand nombre de chiffres possible.

3. Exploration de la définition du problème

Les éléments suivants ont été pris en compte lors de la première exploration générale de la définition du problème et des objectifs potentiels du groupe de travail :

3.1. Préoccupations concernant l'offre actuelle

La programmation des soins de santé mentale en Belgique se situe dans un enchevêtrement d'organes politiques, d'acteurs administratifs et de canaux de financement, dans lequel aucune planification univoque ni aucun enregistrement conjoint ou collecte de données n'est commun, de sorte que la croissance et la répartition inégales historiques de l'offre persistent et qu'un grand nombre de maillons essentiels des soins de santé mentale échappent à une politique programmée. Les points suivants ont été discutés lors des brainstormings exploratoires :

- L'offre de soins spécialisés en santé mentale pour enfants et adolescents comprend les modalités suivantes :
 - Résidentielle :
 - les places K (lits d'hôpital pédopsychiatrique) dans les hôpitaux généraux et psychiatriques, dont 10 % sont consacrées aux séjours de crise
 - Unités de traitement intensif (UTI/IB), places de type FOR-K et places de type PTCA (patients souffrant de graves troubles du comportement et d'agressivité).
 - Lieux de réhabilitation résidentielle par le biais de conventions :

³ Comité de consultation établi par la CIM lors de sa réunion du 8 mars 2017 pour formuler des recommandations pour le suivi et l'évaluation de la nouvelle politique de santé mentale.

- GAUZZ (Troubles du comportement chez les mineurs avec autisme et besoins de soins sévères) et SUSA : Universitaire Spécialisé pour personnes avec Autisme
- 7.74 Conventions (CRF résidentiels)

Semi-résidentielle :

- lits K de jour et de nuit dans les hôpitaux généraux et psychiatriques
- places de réadaptation de jour pour des Soins de SM

Mobile :

- Les équipes mobiles dans les réseaux provinciaux de santé mentale
- L'équipe mobile GAUZZ et le Service INTERACTION (faisant partie de l'asbl SUSA (Service Universitaire Spécialisé pour personnes avec Autisme))

Ambulatoire

- SSM (Services de santé mentale)
- CRF - CRA (Centre de Réadaptation Fonctionnelle ou de Rééducation Ambulatoire)
- CRA Centres de référence des troubles du spectre autistique
- Polycliniques rattachées aux services K
- Cabinets indépendants (psychiatres pour enfants et adolescents, psychologues cliniciens et orthopédagogues)
- Un certain nombre de modalités qui existent pour les adultes n'existent pas encore pour les enfants et les adolescents, bien que les indications soient similaires :
 - Places résidentielles pour les séjours de longue durée (équivalent lits T)
 - Services d'habitations encadrées : maisons de type familial
 - Places résidentielles fermées sécurisées (pour les admissions forcées, à certaines fins médico-légales)
 - Départements HIC
 - EPSI : Unités d'Intervention Psychiatrique d'Urgence)
- Historiquement, la programmation actuelle n'a pas été conçue pour le groupe cible actuel qui reçoit les soins :
 - Les lits K n'ont été programmés que pour les 0-15 ans, mais de facto, ils accueillent aussi la plupart des soins résidentiels pour les 15-18 ans. Les adolescents entre 15 et 18 ans occupent même proportionnellement la plupart des lits dans les services K (voir ci-dessous).
 - Dans la société actuelle, la phase de transition entre l'adolescence et le jeune adulte semble couvrir une période plus large qui, sur la base des connaissances en biologie et en psychologie du développement, impose ses propres exigences en matière de soins de santé mentale. Dans cette phase de transition, il est nécessaire de distinguer les connaissances et les soins de SM destinés aux enfants et adolescents d'une part, et ceux destinés aux adultes d'autre part.
- Pour de nombreuses modalités de soins, il n'existe pas de programmation top-down. Elles se sont développées de bas en haut sur la base d'initiatives locales et sont donc souvent très inégalement réparties. Une distribution inégale de l'offre est observée au niveau des :
 - places K/k :
 - répartition inégale de l'offre réelle entre les provinces (surtout dans la partie francophone du pays)
 - pas toujours accessibles de manière égale à toutes les sous-régions d'une même province
 - pas d'offre pour tous les groupes d'âge partout
 - UTI/IB, agréments 7.74, réadaptation de jour, SSM, CRA/CAR,...

- Les places K pour le double diagnostic avec déficience intellectuelle sont non seulement extrêmement rares, mais aussi non réparties géographiquement et, de plus, limitées à une sous-population présentant une déficience intellectuelle légère. Les places K pour le double diagnostic avec assuétude(s) sont également extrêmement limitées et dépendent d'initiatives locales.

L'offre (semi-)résidentielle spécifique fait donc presque entièrement défaut pour

- Mineurs avec double diagnostic de handicap mental
 - Mineurs ayant un double diagnostic de toxicomanie
 - Mineurs nécessitant un environnement fermé sécurisé
- Le travail résidentiel dans le domaine des soins aux adultes s'est récemment intensifié en faveur des services MIC (medium intensive care) et HIC (high intensive care) : ces services permettent de réduire le nombre de places d'admission tout en conservant le personnel, de sorte que des soins plus intensifs peuvent être dispensés aux patients gravement malades qui nécessitent une très grande proximité. Le besoin de soins plus intensifs se fait également sentir dans la psychiatrie résidentielle des enfants et des adolescents. Des demandes d'aide de plus en plus sérieuses et complexes apparaissent, nécessitant un accompagnement individuel à de nombreux moments. Outre l'étude du besoin en nombre de places d'admission, une révision de la norme de dotation en personnel et/ou de la taille des groupes est également nécessaire pour les enfants et les adolescents afin de répondre à ce besoin.

3.2. Programmation intersectorielle

Les secteurs de la santé fonctionnant en partie comme des vases communicants pour l'accueil des populations nécessitant des soins, l'offre dans les secteurs adjacents revêt également une grande importance. Toutefois, les observations suivantes sont considérées comme importantes à cet égard :

- Les établissements du handicap (PHARE-BXL et AVIQ-W) et de l'aide à la jeunesse prennent en charge une partie des besoins chroniques en psychiatrie résidentielle, notamment pour les adolescents présentant un handicap mental et/ou une déficience mentale. Ils sont principalement chargés du séjour des adolescents et, bien sûr, de répondre en même temps à certains de leurs besoins éducatifs et psychologiques. Néanmoins, ils ont aussi souvent des demandes pour des admissions dans les services K et de nombreuses demandes d'accompagnement thérapeutique ambulatoire supplémentaire pour leurs adolescents.
- Dans ces secteurs, il y a effectivement une surreprésentation connue des adolescents ayant des problèmes de santé mentale. Une méta-analyse des études internationales menées dans les établissements de protection de la jeunesse montre qu'un de ces adolescents sur deux répond aux critères d'un problème de santé mentale (Bronsard et al. 2016).

Bien qu'il n'ait pas été possible, dans le cadre de ce groupe d'étude, de cartographier complètement cette offre, nous sommes d'avis que les adolescents qui bénéficient déjà d'une offre dans les établissements et les modules ambulatoires et mobiles de ces secteurs peuvent, pour les raisons mentionnées ci-dessus, encore être comptés parmi les besoins de soins en santé mentale et que nous ne devons donc pas les exclure dans nos chiffres.

3.3. Collecte de chiffres sur l'offre existante ?

Certains des chiffres ont été fournis par les fonctionnaires compétents. De plus, les membres du groupe de travail ont collecté des chiffres via des rapports annuels et/ou des personnes de contact. Il est devenu une récolte riche et informative, bien qu'avec de nombreuses lacunes, en raison de l'indisponibilité des données.

3.4. Étude des méthodologies ?

La nécessité de rechercher une expertise en termes de connaissances méthodologiques pour identifier les écarts entre l'offre et la demande a été ressentie. Le Prof. Chantal Van Audenhove (LUCAS, KU Leuven) a conseillé le groupe de travail sur la cartographie des besoins.

3.5. Comparaisons internationales ?

Les comparaisons entre l'offre dans les pays voisins et/ou dans les pays qui sont perçus comme ayant de bonnes pratiques ont certainement été jugées très utiles.

4. Objectifs du groupe de travail

Lors de la 2^e session de brainstorming, les objectifs principaux et secondaires suivants ont été retenus pour le groupe de travail :

4.1. Objectif principal :

L'objectif principal est d'identifier tout décalage entre les besoins et l'offre de SOINS DE SANTÉ MENTALE AMBULATOIRES. Dans le second cas, l'offre (semi-)résidentielle est également étudiée.

4.2. Plan par étapes :

1. Identifier les besoins en matière de soins, après avoir reçu des conseils d'experts sur les méthodes pour y parvenir.
2. Collecte des chiffres sur l'offre existante
 - a. Ambulatoire
 - b. (semi-)résidentielle
3. Mettre en évidence les éventuels entre l'offre et la demande.
4. Comparer l'offre de soins de santé mentale des pays voisins : Pays-Bas et France

4.3. Argumentation sur le focus choisi

Le groupe de travail a décidé de donner la priorité à l'offre ambulatoire spécialisée pour les raisons suivantes :

- Un système de soins progressif, qui repose sur le principe de subsidiarité, doit garantir que les soins, notamment ceux accessibles à bas seuil, le soient en effet facilement.
- Le rapport 2011 du CNEH sur le développement d'un programme de soins de santé mentale pour les enfants et les adolescents recommandait de donner la priorité au développement et à l'augmentation des capacités de soins ambulatoires généraux et spécialisés. Nous constatons que plusieurs autres recommandations de ce rapport ont été (partiellement) mises en œuvre, mais que seules des mesures limitées ont été prises concernant cette première et plus importante recommandation.⁴

⁴ Les injections récentes suivantes dans les soins de santé mentale ambulatoires n'ont pas été incluses dans ce rapport, soit parce que leur impact n'est pas encore mesurable, soit parce qu'elles sont temporaires :

- Services de Santé Mentale :
 - au cours de cette étude, du côté flamand, on a élargi l'offre en SSM de base (4.800.000 euros), avec l'instruction qu'au moins 50 % de l'élargissement devait être utilisé dans les soins de santé mentale de base pour les enfants, les adolescents et les jeunes adultes jusqu'à 23 ans.

L'offre (semi-)résidentielle a également été cartographiée pour les raisons suivantes :

- La pression est énorme et les délais d'attente sont longs.
- Cette offre se caractérise aussi par de grandes inégalités et de grandes pénuries.
- Il est toujours suggéré que, par rapport aux autres pays, la Belgique dispose d'un nombre excessif de places en soins de santé mentale résidentielles. Toutefois, ces chiffres et ces déclarations n'ont jamais porté spécifiquement sur l'offre résidentielle pour les enfants et les adolescents.
- La nécessité d'une offre résidentielle dépendra bien sûr en partie de l'offre ambulatoire existante et de la mesure dans laquelle elle peut apporter un soutien adéquat aux enfants, aux adolescents et aux familles.

5. Documenter le besoin de soins de santé mentale (ambulatoires)

5.1. Méthodes de cartographie du besoin de soins

Dans l'avis des experts (Prof. Chantal Van Audenhove (en session) et Prof. Ronny Bruffaerts (concertation orale), les méthodes suivantes pour étudier le besoin de soins ont été proposées :

- Étude épidémiologique
- Utilisation actuelle, listes d'attente et délais d'attente
- Enquête auprès des parties prenantes

5.2. Données épidémiologiques

La force des données épidémiologiques est d'examiner l'occurrence des problèmes au niveau de la population, sans les biais qui se produisent lorsqu'on étudie des groupes déjà présents dans le système

-
- du côté wallon, un budget de 4 320 000 euros a également été alloué aux SSM. Il est moins évident de savoir quelle part de ces fonds est spécifiquement utilisée pour les enfants et les adolescents.
 - à Bruxelles, une dotation supplémentaire de 620.000 € a été accordée aux SSM disposant d'une équipe pour les enfants et les adolescents.
 - Pour les CRA, des ressources ont récemment été ajoutées du côté flamand, qui seront utilisées dans les régions qui disposent actuellement de l'offre la plus faible.
 - Des investissements ont été consentis pour des projets spécifiques de soins intégrés afin d'impliquer davantage les fonctions psychologiques dans les projets sociétaux à destination des adolescents et des jeunes adultes :
 - En 2016, en Flandre 5 maisons « Overkop » ont été érigées. Elles seront étendues à 16 « Maisons Overkop » en 2021.
 - A Bruxelles, en 2020 et 2021, avec des fonds COVID-19, cinq projets à destination des jeunes adultes s'appuyant sur un travail collectif en lien avec la culture et le sport, ont pu bénéficier de financements supplémentaires pour financer temporairement l'aide psychologique.
 - Une nouvelle convention INAMI pour les fonctions psychologiques dans les soins primaires est mise en place par le SPF et débutera le 1er janvier 2022. Cela permettra un grand nombre d'interventions psychologiques, d'une part pour les problèmes légers, mais aussi en partie par le biais de soins spécialisés pour les difficultés psychologiques modérément graves. Un montant de 151,8 millions euros est prévu à cet effet.

de soins. Elles donnent ainsi un aperçu de la santé globale de la population et, par conséquent, du besoin objectif de soins.

Cependant, les données épidémiologiques ont aussi leurs limites. Leur pertinence clinique dépend entièrement des outils utilisés et de la manière dont on définit un cas. Plus cette méthode se rapproche de la réalité d'un processus de diagnostic clinique, plus elle est représentative des besoins cliniques. Dans les données ci-dessous, le mérite de l'étude internationale est qu'il s'agit de données cumulées et pondérées dans de nombreux pays, avec un critère de sévérité clair, ce qui rend la pertinence clinique très probable. Les données belges utilisent un questionnaire de dépistage validé, mais manquent d'informations quant à l'impact sur le fonctionnement. Les données belges sont particulièrement pertinentes pour examiner la répartition des problèmes et les comparaisons entre les régions.

5.2.1. Données internationales

5.2.1.1. Prévalence

Une méta-analyse de 41 études épidémiologiques provenant de 27 pays et de tous les continents, utilisant des évaluations standardisées, a donné une moyenne de **13,4 %** pour la prévalence globale des problèmes psychiatriques (selon le DSM ou l'ICD) (intervalle de confiance (IC) à 95 % : 11,3-15,9) (Polanczyk et al. 2015). Pour les problèmes spécifiques, il s'agissait de : troubles anxieux 6,5% (IC 4,7-9,1) ; dépression 2,6% (IC 1,7-3,9) ; dépression majeure 1,3% (BI 0,7-2,3) ; TDAH 3,4% (IC 2,6-4,5) et troubles du comportement 5,7% (IC 4-8,1). Les études incluses concernaient des enfants et des adolescents âgés de 6 à 18 ans. De préférence, seules les études présentant des taux de prévalence associés à un "dysfonctionnement" (représenté par un score CGAS inférieur à 70) et donc des adolescents pour lesquels un traitement est indiqué ont été incluses. Auparavant, des prévalences très similaires ont été rapportées dans la littérature : 13 % (Verhulst & Koot, 1991), 12 % (Verhulst & Koot, 1995) et 12-15 % (Roberts et al. 1998).

Ces chiffres regroupés sont susceptibles de sous-estimer la véritable prévalence des problèmes psychiatriques chez les mineurs, car les problèmes moins fréquents ou plus difficiles à détecter d'un point de vue épidémiologique, tels que le TOC (trouble obsessionnel-compulsif), le TSA (trouble du spectre autistique), les troubles alimentaires et les psychoses, ne sont pas inclus.

Ces chiffres chez les enfants et les adolescents sont donc similaires à la prévalence moyenne chez les adultes, telle que rapportée dans les études de l'OMS sur la santé mentale dans le monde : entre 9,1 et 16,9% (Demyttenaere et al. 2004).

À partir de 10 ans, l'impact global sur la vie quotidienne, exprimé en termes de % de DALYs (années de vie ajustées sur l'incapacité), chez les enfants et les adolescents semble également être similaire (et plutôt supérieur) à celui des adultes (Patel et al 2015) - voir figure.

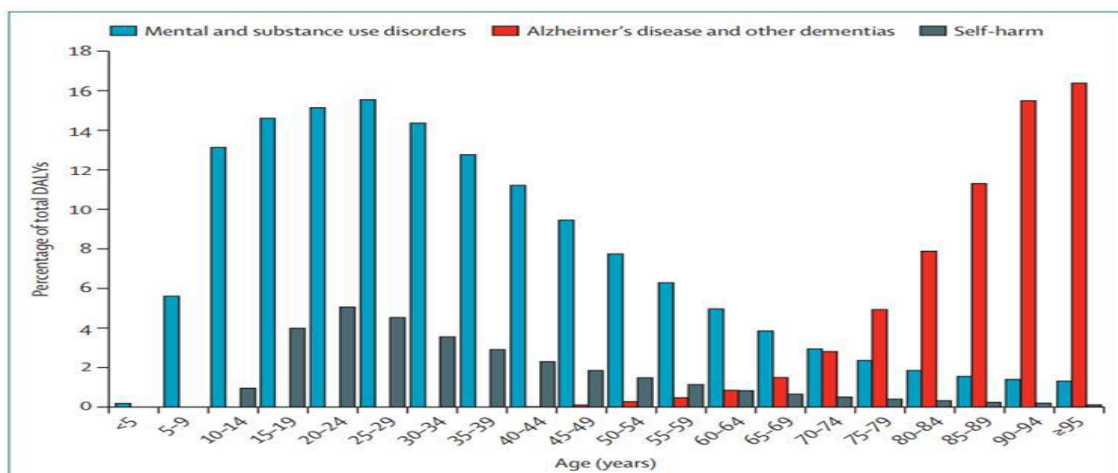
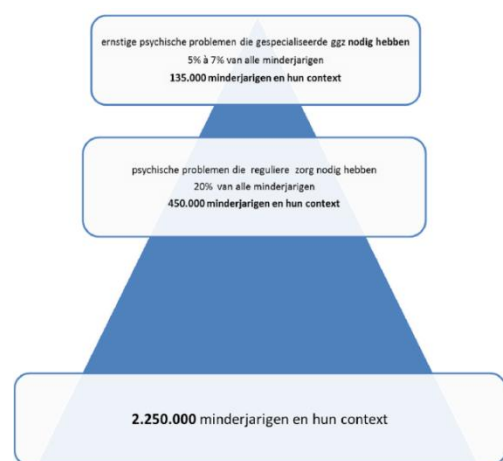


Figure 3: The global burden of mental and substance use disorders, Alzheimer's disease and other dementias, and suicide (self-harm) in DALYs across the life course
 Data are Global Burden of Disease health data (2016). One DALY represents 1 lost year of healthy life. The sum of DALYs across the population, or the burden of disease, is a measurement of the gap between current health status and an ideal health situation in which the entire population lives to an advanced age, free of disability and disease. DALY=disability-adjusted life-year.

Le Guide de la réforme prévoyait à l'origine que 5 à 7 % des adolescents auraient besoin de soins de santé mentale spécialisés, alors qu'au total 20 % des adolescents ont des problèmes de santé mentale.



Une méta-analyse des études portant sur les enfants pris en charge par les services de protection de la jeunesse a révélé une prévalence cumulée de 49 % (IC 43-54) qui répondent aux critères d'un problème psychiatrique, soit presque quatre fois plus que la population générale.

5.2.1.2. Âge d'apparition

Dans 192 études épidémiologiques, la proportion de personnes ayant commencé à souffrir de troubles mentaux avant l'âge de 14, 18 et 25 ans était respectivement de 34,6 %, 48,4 % et 62,5 % (Solmi et al. 2021). En d'autres termes, près de la moitié des troubles mentaux commencent avant la majorité. Le tableau ci-dessous présente ces chiffres également pour des troubles spécifiques. L'âge médian d'apparition est de 18 ans et l'âge du pic de prévalence de 14,5 ans. Ainsi, une très grande partie des problèmes psychiatriques ont déjà commencé à l'âge de 18 ans.

	14 ans (% d'apparition des troubles à)	18 ans (% d'apparition des troubles à)	25 ans (% d'apparition des troubles à)	Pic de l'âge	Âge d'apparition médian
Tous les troubles confondus	34,6	48,4	62,5	14,5	18
Troubles du développement	61,5	83,2	95,8	5,5	12
Troubles de l'anxiété	38,1	51,8	73,3	5,5	17
Troubles obsessionnels compulsifs	24,6	45,1	64,0	14,5	19
Troubles du comportement alimentaire	15,8	48,1	82,4	15,5	18
Troubles liés au stress	16,9	27,6	43,1	15,5	30
Troubles liés aux substances	2,9	15,2	48,8	19,5	25
Troubles psychotiques	3,0	12,3	47,8	20,5	25
Troubles de la personnalité	1,9	9,6	47,7	20,5	25
Troubles de l'humeur	2,5	11,5	34,5	20,5	31

5.2.2. Données belges : Enquête nationale Santé (Gisle et al 2020)

5.2.2.1. SDQ (2-18 ans)

- Dans l'enquête nationale de santé de 2018, des informations sur la santé mentale des enfants et des adolescents (2-18 ans) ont été recueillies systématiquement pour la première fois. Pour ce faire, on a utilisé le SDQ⁵, qui fait une distinction entre trois catégories "normal", "état limite" et "état anormal".
- Lorsque les valeurs seuils des sous-échelles individuelles ont été considérées :
 - **30 %** des mineurs répondaient au critère le plus strict d'état "anormal". Selon l'enquête, 18 % d'entre eux souffrent d'un seul trouble et 12 % probablement de plusieurs troubles.
 - le pourcentage d'enfants/adolescents présentant des troubles émotionnels et comportementaux était plus élevé en Wallonie qu'en Flandre ; en revanche, le TDAH était plus fréquent chez les adolescents flamands que chez les adolescents wallons et bruxellois. Il n'y a pas de différences régionales en ce qui concerne les troubles relationnels et le comportement prosocial.
 - le pourcentage de garçons souffrant de TDAH, de troubles du comportement et de troubles de la relation avec les pairs était plus élevé que chez les filles. Les troubles du comportement ont diminué de manière significative chez les garçons âgés de 15 à 18 ans. À partir de l'âge de 15-18 ans, les troubles émotionnels ont augmenté chez les filles et la prévalence était plus élevée chez les filles que chez les garçons. À l'exception du TDAH, tous les problèmes ont eu tendance à diminuer avec l'âge.
- Si on se penche sur les valeurs seuils de l'ensemble des sous-échelles SDQ :
 - 8,7 % des mineurs ont atteint le seuil d'état "anormal" et 6,4 % sont en outre définis comme des cas limites ; total = 15,1 %.
 - ces pourcentages étaient également les plus élevés en Wallonie.

⁵ SDQ = Strengths and Difficulties Questionnaire, administré aux parents pour les enfants âgés de 2 à 15 ans et à l'adolescent lui-même à partir de 15 ans.

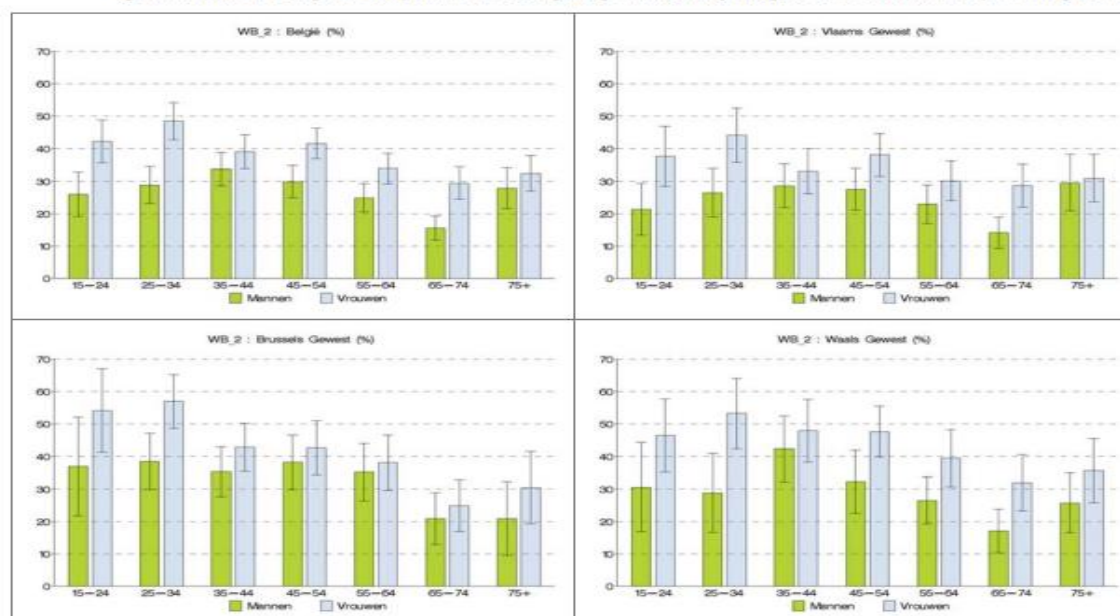
- Parmi les enfants et les adolescents présentant une "suspicion de psychopathologie", seuls 1 sur 2 ont été reconnus par leurs parents comme ayant des problèmes. Parmi les enfants ayant des problèmes reconnus, $\frac{3}{4}$ ont été suivis par un professionnel. Avec une certaine prudence, nous pouvons en conclure que plus de 6 adolescents sur 10 suspectés de présenter une psychopathologie ne reçoivent aucune aide.

Percentage van de kinderen/jongeren van 2 tot 18 jaar	Meisjes		Jongens	
	Grensgeval (%)	Vermoedelijk geval (%)	Grensgeval (%)	Vermoedelijk geval (%)
Met een emotionele stoornis	8,9	10,7	9,1	9,4
Met een gedragsstoornis	6,9	7,9	11,3	10,7
Met een aandachtstekort-hyperactiviteitsstoornis	5,1	9,8	6,4	13,5
Met een relatiestoornis	8,0	8,8	10,7	13,1
Met een prosociale gedragsstoornis	6,2	5,9	6,0	8,6
Met een psychopathologie	5,3	7,7	7,4	9,6
Met problemen vanuit het standpunt van de ouders	6,9		10,0	

5.2.2.2. General Health Questionnaire (GHQ) (15-24 ans)

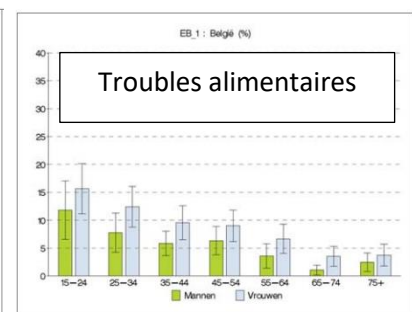
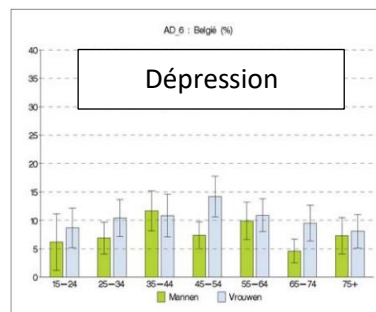
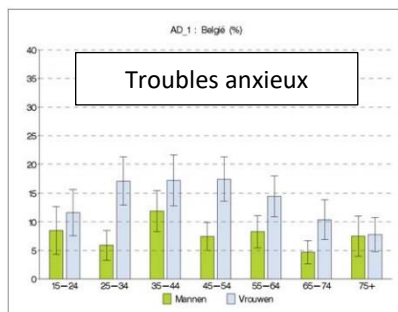
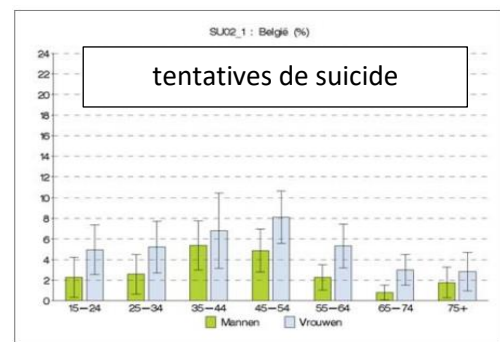
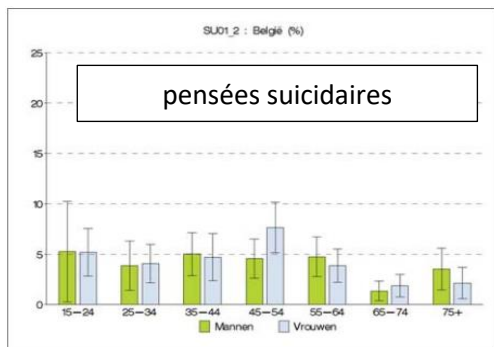
Les adolescents de 15 ans et plus ont également été interrogés à l'aide du GHQ dans le cadre de l'enquête sur la santé, ce qui permet des comparaisons avec les adultes. Dans les tableaux, cependant, ils sont inclus dans un sous-groupe de 15-24 ans. La figure ci-dessous montre le pourcentage de la population souffrant de problèmes de santé mentale par groupe d'âge, ventilé entre les hommes et les femmes et entre les différentes régions. Pour les jeunes de 15-24 ans, les pourcentages sont plus élevés en région bruxelloise et en Wallonie qu'en Flandre.

Figuur 5 | Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder met psychische problemen, op basis van de GHQ score, gedichotomiseerd volgens drempelwaarde 2+, volgens geslacht, leeftijd en gewest, Gezondheidsenquête, België, 2018



Des chiffres distincts sont également fournis pour la prévalence des troubles de l'anxiété, de la dépression et des troubles de l'alimentation (voir figures ci-dessous). 5 % des jeunes âgés de 15 à 24 ans ont eu des pensées suicidaires au cours de l'année écoulée et un pourcentage important a

également fait une tentative de suicide (voir chiffres). Parmi les quelque 3 % de jeunes (15-24 ans) qui disent avoir souffert de dépression, 4/5 ont consulté un thérapeute. 62,6 % ont suivi une psychothérapie pour cela et 42,3 % ont pris un antidépresseur.



5.2.3. Conclusion sur les

données épidémiologiques

Au niveau international, il y a une moyenne mondiale de **13,4 %** d'enfants et d'adolescents (6-18 ans) qui répondent aux critères de troubles émotionnels et comportementaux entraînant un dysfonctionnement. 5-7,5 % ont des problèmes mentaux/psychiatriques graves nécessitant des soins spécialisés. Seuls les problèmes comportementaux et émotionnels fréquents ont été identifiés. La **prévalence réelle est donc plus élevée**.

Les chiffres sur l'âge d'apparition montrent que près de la moitié des profils psychiatriques concerne des mineurs et que de nombreux pics de prévalence se manifestent durant l'enfance et l'adolescence.

Sur la base des données du screening belge, nous n'avons aucune raison de penser que nous nous en écarterions de manière significative. Une constatation importante dans les chiffres belges est le nombre systématiquement plus élevé de signalements de comportements problématiques dans les régions de Bruxelles et de Wallonie par rapport à la Flandre.

5.3. Listes d'attente et délais d'attente

Les listes d'attente ne sont pas enregistrées de manière structurée dans les SSM. Le nombre de personnes en attente et la durée des délais d'attente tels que rapportés par des établissements de soins spécifiques dépendent fortement du système d'accès utilisé pour ce module de soins de santé spécifique et ne sont donc pas très fiables. En l'absence de gestion centrale, on ne sait pas non plus dans quelle mesure les différents groupes inscrits sur les différentes listes d'attente se chevauchent.

Les délais d'attente ne sont systématiquement enregistrés qu'au niveau du SSM où ils sont liés au flux des entrées. En outre, un rapport a récemment été publié sur les délais d'attente du point de vue de l'utilisateur de soins de santé.

5.3.1. Délais d'attente dans les SSM

Dans le dernier rapport publié de 2018, nous ne trouvons que des chiffres agrégés entre les groupes cibles concernant les délais d'attente. Le délai d'attente moyen jusqu'au premier contact (admission, FTF⁶) était alors de 50,4 jours. Après l'admission, les patients ont à nouveau attendu 53,1 jours avant le deuxième contact (FTF2). Dans le rapport annuel 2017, on retrouve les délais d'attente ventilés par groupe cible⁷. Le délai d'attente moyen pour tous les groupes cibles réunis à ce moment-là est de 50 jours pour le FTF1 et de 50 jours pour le FTF2. Cependant, pour les mineurs, le délai d'attente moyen pour le FTF1 est de 66 jours et de 56 jours pour le FTF2 (**le total est de 122 jours**). Ainsi, en 2017, les jeunes ont dû attendre en moyenne 4 mois avant le début de leur prise en charge dans un SSM.

5.3.2. Les délais d'attente du point de vue de l'usager des soins de santé

En 2020, le groupe de travail "Wachttijden" des Staten-Generaal GGZ (SGGGZ) a mené une enquête en Flandre auprès des demandeurs de soins eux-mêmes, dans le but d'obtenir non seulement des chiffres sur les délais d'attente mais aussi des informations sur l'impact de cette attente (De Grave ea. 2021). Ils ont recruté des participants qui avaient demandé de l'aide au cours des deux dernières années par le biais de divers canaux d'organisations (de soins), de groupes de pairs et des médias.

1597 demandeurs de soins ont rempli le questionnaire, dont 441 (27,5 %) ont demandé de l'aide pour un mineur présentant un large éventail de problèmes (interaction sociale, comportement, dépression, anxiété, phobie scolaire, etc.)

Résultats : *"Les délais d'attente médians sont plus longs pour les mineurs dans tous les domaines. C'est même le cas pour les soins librement accessibles (par exemple, les psychologues travaillant en cabinet privé) et pour les services de soins aigus (par exemple, l'admission de crise). Les délais d'attente les plus longs concernent les services destinés aux enfants souffrant de troubles du développement (présumés). Par exemple, le délai d'attente médian pour obtenir de l'aide dans les CRA/CAR est d'au moins un an". "Le délai d'attente médian pour les soins résidentiels pour les enfants et adolescents va de 3 à 6 mois".*

Ceux qui étaient en attente, ont indiqué que cette attente :

- *génère le sentiment de ne pas être important et d'être abandonné*
- *augmente le découragement conduisant à l'escalade et à la crise*
- *augmente le doute et diminue la confiance dans les soins*
- *augmente la tension dans les familles, ce qui amène d'autres membres de la famille à développer eux-mêmes des problèmes de santé mentale*
- *augmente les problèmes et les retards à l'école*

Outre le fait que l'attente génère également de l'entraide et du soutien de la part de l'environnement immédiat, des effets iatrogènes ont également été signalés :

- la prescription de produits psychopharmaceutiques par le médecin généraliste pour combler la période d'attente
- l'augmentation de la consommation de substances comme stratégie d'adaptation négative

⁶ FTF = Face-to-face

⁷ Chiffres sur les Zorg en Gezondheid Cijfers Centra -2017 [Publication en ligne]. Bruxelles : Agentschap Zorg en Gezondheid, afdeling Informatie en Zorgberoepen, 2018 [consulté le 23/08/2020], disponible à l'adresse : https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/I2017_Kerncijfers-CGG-EPD.pdf.

- le recours à des stratégies de traitement alternatives inefficaces

Conclusion : Le groupe de travail "Wachttijden" des SGGGZ a conclu que *"les besoins sont les plus importants chez les enfants et les adolescents. Le fait que les adultes doivent attendre, en particulier, lorsqu'ils cherchent une aide subventionnée (lire : abordable), alors que les enfants doivent attendre presque partout et plus longtemps que les adultes pour obtenir des soins appropriés. Cela s'applique en particulier aux services destinés aux enfants présentant un trouble du développement (préssumé) (par exemple, autisme, TDAH,...), tels que le Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen (COS), Centrum voor Ambulante Revalidatie (CAR) et les services de conseil à domicile en matière d'autisme, mais aussi aux services qui ne sont pas spécifiquement destinés aux enfants et adolescents présentant un trouble du développement, tels que le SSM, les équipes mobiles et les hôpitaux psychiatriques."*

5.4. Enquête auprès des parties prenantes

L'enquête des SGGGZ concernant les délais d'attente et leurs effets est, bien entendu, également une enquête auprès des parties prenantes.

Récemment, la Vlaamse Vereniging Kinder- en Jeugdpsychiatrie a mené une enquête auprès de médecins de différentes disciplines, notamment des généralistes, des pédiatres, des médecins des PMS et des psychiatres pour adultes. Seuls 16 % d'entre eux déclarent avoir réussi à obtenir de l'aide à temps (2021). 65 % déclarent que les besoins en santé mentale des enfants et des adolescents ont augmenté.

6. Offre actuelle de soins spécialisés en santé mentale E&A

Nous avons cartographié l'offre en fonction de la modalité dans laquelle elle est proposée : capacité de soins ambulatoires, aide mobile et offre (semi-) résidentielle. Une division plus fonctionnelle en soins préventifs, détection précoce/intervention précoce, soins curatifs et soins chroniques n'était pas possible pour le moment, car le paysage des soins de santé ne peut pas (encore) être analysé de cette manière.

6.1 Capacité de soins de santé mentale spécialisés ambulatoires pour les mineurs

L'offre de soins de santé mentale ambulatoires se compose d'une offre (partiellement) subventionnée et d'une offre organisée de manière privée. Les offres subventionnées comprennent les Services de Santé Mentale, de Centres de revalidation Ambulatoires et les Centre de Référence en matière d'Autisme. Nous énumérerons également sous cette rubrique les investissements récents dans les services ambulatoires psychologiques primaires et la détection/prévention précoce.

L'offre organisée par le secteur privé comprend les cliniques externes des hôpitaux et les établissements privés de psychiatrie pour enfants et adolescents, les psychologues cliniciens et les orthopédagogues.

6.1.1. Les Services de Santé Mentale (SSM)

Les chiffres que nous avons pu générer pour les différentes régions belges ne sont pas comparables. C'est pourquoi nous les examinons d'abord séparément pour la Flandre, la Wallonie et Bruxelles.

6.1.1.1. Communauté flamande

- **Critères de programmation** : En Flandre, un maximum de 2 CGG peut être reconnu par zone de travail d'au moins 400 000 habitants. La zone de travail d'un centre doit être un ensemble sociologique de communes contiguës et comprend au maximum les zones de travail du Logos (association pour la consultation et l'organisation sanitaire locorégionale) rejoignant une plateforme provinciale de prévention. Chaque centre peut avoir plusieurs sites. Le CGG ne dispose pas d'un niveau de personnel basé sur les groupes cibles ou le nombre de résidents. Au sein du CGG, une partie du personnel est de toute façon consacrée aux activités de prévention.
- **Chiffres du personnel jusqu'en 2019 inclus** (source : Agentschap Zorg en Gezondheid⁸)
L'évolution des effectifs des CGG montre qu'entre 2011 et 2019, le nombre de prestataires de soins pour le groupe cible des enfants et des jeunes est passé de 225,6 ETP à 270,7 ETP⁹ (+ 19,9 %). Au sein du nombre total des collaborateurs des CGG, le déploiement proportionnel ¹⁰par rapport au groupe cible des enfants et des adolescents a donc également légèrement augmenté (de 23,3 % en 2011 à 24,9 % en 2019). Les extensions sont principalement des dotations en personnel pour des projets/ groupes cibles spécifiques. L'engagement dans le fonctionnement de base pour les clients mineurs a augmenté de 13,5 %, passant de 202,7 ETP en 2011 à **230,1 ETP en 2019** (proportionnellement de 20,9 % à 21,1 %).
- **Utilisation des soins jusqu'en 2018 compris** (source : Agentschap Zorg en Gezondheid¹¹)
Les rapports annuels sur le recours aux soins dans les CGG flamands sont disponibles jusqu'en 2018 compris. Il convient de noter que, contrairement à l'augmentation du nombre de collaborateurs des CGG, le nombre de périodes de soins actifs¹² enregistrées sur une base annuelle a diminué ces dernières années. Pour les enfants et adolescents, il s'agit d'une diminution entre 2011 et 2018 de 14000 à 12593 périodes de soins (-10 %). Cette baisse est observée depuis 2015.
Le nombre de périodes de soins pouvant être nouvellement commencées au cours d'une année de travail est resté le même en pourcentage (51,4 %), mais a diminué en chiffres absolus, passant de 7 193 à 6 477. Environ la moitié des périodes de soins sont ainsi occupées par des cas qui se poursuivent les années précédentes.
Les activités en 2018 ont principalement consisté en des séances de traitement, en plus de l'indication et de l'accompagnement. Le nombre total de sessions pour les mineurs était de 116 695.

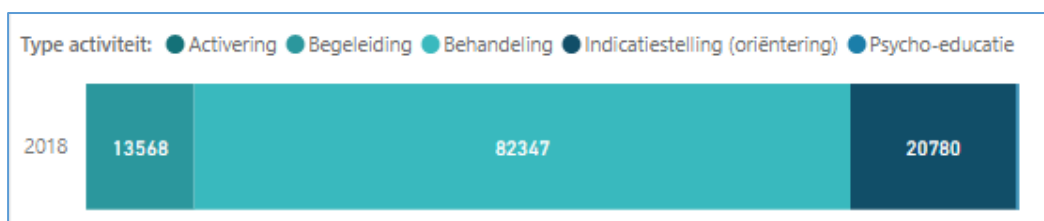
⁸ Agentschap Zorg en Gezondheid. *Effectifs dans les CGG 2019* [Publication en ligne]. Bruxelles, [consulté le 22-08-2020]. Disponible sur : <http://www.zorg-en-gezondheid.be/cijfers/>

⁹ ETP = équivalent temps plein

¹⁰ Les groupes cibles des adultes et des personnes âgées ont également été élargis.

¹¹ Agentschap Zorg en Gezondheid. *Chiffres sur les Zorg en Gezondheid Cijfers Centra -2017* [Publication en ligne]. Bruxelles, [consulté le 22-08-2020]. Disponible sur : <http://www.zorg-en-gezondheid.be/cijfers/>

¹² Définition de la période de soins : une période de soins est un intervalle de temps pendant lequel des contacts de soins en face à face ont lieu entre un utilisateur de soins et un prestataire de soins dans le cadre d'une mission de soins. Une période de soins commence dès le premier contact effectif avec l'enfant ou l'adolescent et peut s'étendre sur plusieurs années.



- **Intensité du traitement**

Au cours de l'année civile 2018, les clients des CGG se sont vu proposer en moyenne 9,1 activités de soutien par période de soins actifs, dont 7 en moyenne ont eu lieu et 5,3 étaient axées sur le traitement. En 2017, nous retrouvons ces chiffres séparément pour les adolescents : sur les 9,8 activités prévues par période de soins, 2,3 en moyenne n'ont pas pu avoir lieu (22,5 % de no show). En moyenne, il y a donc eu 7,5 activités par période de soins actifs, dont 1,4 était des activités sur indication. Ainsi, une moyenne de 6,1 séances de traitement ou d'accompagnement pourrait être proposée par période de soins.

- **Distribution de l'offre**

Le nombre de clients vus dans les CGG varie considérablement d'une région à l'autre. (Voir tableau). Il s'agit de données pour l'ensemble des groupes cibles et donc d'une approximation pour le groupe cible des enfants et des jeunes. Dans tous les cas, nous supposons qu'il existe également de grandes différences dans l'offre des CGG disponible entre les provinces.

CGG -regio	2008	2011	2014	2017
Brussel HG*	50,14	49,98	58,47	57,91
Vlaams-Brabant-West	66,25	68,34	65,39	55,95
Mechelen	68,65	69,40	55,76	57,06
Kempen (A)	43,02	39,23	49,32	58,37
Waas & Dender (OV)	77,80	73,70	69,95	66,38
Zuid-West-Vlaanderen	75,11	74,46	70,88	70,98
Vlaanderen	82,12	83,97	84,33	83,46
Vlaams-Brabant-Oost	80,86	96,34	99,43	84,12
regio Gent (OV)	84,71	83,95	77,33	85,46
Zuid-Oost-Vlaanderen	122,59	103,15	91,42	94,03
Noord-West-Vlaanderen	75,31	83,95	95,21	102,23
Antwerpen	80,10	82,09	95,24	105,21
Limburg	122,79	135,81	128,56	119,86

Bron: EPD-registratiegegevens CGG, 2008, 2012 & 2017

Tableau : nombre de clients vus dans un SSM /10 000 habitants par région de SSM

6.1.1.2. Région wallonne

- **Critères de programmation** : Le Code wallon de l'action sociale et de la santé (art. 597) stipule que « Lorsqu'il accorde l'agrément, le Gouvernement veille à une répartition harmonieuse des services de santé mentale et de leurs sièges sur le territoire de la Région de langue française en tendant vers l'objectif d'au moins un service de santé mentale par 50 000 habitants et par arrondissement administratif ».

- **Effectifs** : En Wallonie, le financement et les effectifs des Services de Santé Mentale (SSM) sont présentés dans leur ensemble et nous ne connaissons pas le nombre d'ETP qui sont spécifiquement dédiés aux mineurs et à leur entourage.

- **Utilisation des soins en 2017** :

En Wallonie, nous connaissons le **nombre** d'adolescents de moins de 18 ans qui ont été vus dans les SSM en 2017 et le pourcentage qu'ils représentaient par rapport au nombre total de patients vus en SSM cette année-là.

	≤ 18 ans	% du total des patients N dans les SSM	Population ≤ 18 ans au 1.01.2017.
inconnu	284	30	
Brabant Wallon	1223	14	93992
Hainaut	3380	35	313075
Liège	3729	29	252490
Luxembourg	842	38	69774
Namur	1728	39	113975
Total	11186	29	843306

9 102 nouveaux patients mineurs ont pu commencer les soins (= 81,4 % du nombre total de patients mineurs).

Pour l'instant, nous n'avons pas trouvé de données sur le nombre de contacts par jeune qui ont pu être proposés.

6.1.1.3. Bruxelles

COCOF - SPFB						
Services de santé mentale						
Service	Frais de fonctionnement	Total service	Equipe E/A	Fonct. Sociale	Fonct. Psychologique	Fonct. Psychiatrique
ANAI	22664,69	364706,43	Oui	0,50	0,50	0
Centre Chapelle aux Champs	27786,31	1090622,32	Oui	1,25	2,25	0,5
Centre de Guidance d'Etterbeek	22664,69	441836,52				
Centre de Guidance d'Ixelles	31436,21	909824,40	Oui	2	2,40132	0,8945
CMP du Service social Juif	22664,69	540093,95				
CSM - L'Adret	31436,21	1093893,91	Oui	2,55	1,5	0,5
D'ici et d'Ailleurs	24371,90	575037,93	Oui	0,75	0,75	0,5
Free Clinic	22664,69	378374,63				
La Gerbe	29611,27	777260,17	Oui	0,75	0,75	0,5
Le Chien Vert	22664,69	538104,83	Oui	0,75	0,75	0,5
Le Grès	24371,90	651608,00	Oui	0,75	0,75	0,5
Le Norois	24371,90	525068,27	Oui	0,75	1,75	0,5
Le Sas	22664,69	456782,46				
Ligue bruxelloise francophone pour la santé mentale	278687,32	279864,71				
Primavera	22664,69	530942,91				
Psycho-Etterbeek	20957,48	330926,86				
Service de Santé Mentale Sectorisé de Forest - Uccle - Watermael-Boitsfort	35086,10	1421258,43	Oui	2,075	3,23674	1,1816
SSM CHAMP DE LA COURONNE	24371,90	666595,49				
SSM Le Méridien	26079,10	734607,52	Oui	1,25	0,75	0,833
SSM sectorisé de St Gilles	26079,10	724495,12	Oui	1,875	0,75	0,5
SSM ULB	35086,10	2399792,42	Oui	2,75	4,75	0,75
ULYSSE ASBL	26079,10	757809,61				
Wolu-Psycho-Social	24371,90	603810,86	Oui	0,75	0,75	0,5
	848836,63	16793317,75	14	18,75	21,64	8,16
						48,55

- À Bruxelles, les 22 SSM sont également décrits comme des "centres généralistes" qui s'occupent aussi bien des adultes que des enfants et des adolescents. En outre, 14 des 22 SSM disposent d'une équipe distincte pour les mineurs. Pour ces équipes spécifiques, le nombre total d'ETP est de **48,55**, dont 8,16 ETP (16,8 %) sont psychiatriques.
- En 2018, 5205 enfants et adolescents ont été vu dans les centres bruxellois, dont 7,9% âgés de 0 à 4 ans, 34% âgés de 5 à 9 ans, 31,3% âgés de 10 à 14 ans, 21,2% âgés de 15 à 19 ans et 5,8% âgés de 20 ans et plus. C'est pourquoi, nous estimons que 2/5 des 21,2% (soit 8,48%) étaient majeurs et que par conséquent 5205 – (5,8% + 8,48%) = 4462 enfants mineurs ont été vu en consultation.

6.1.2. Les Centres de Revalidation Ambulatoire (CRF/CRA)

6.1.2.1. Communauté flamande

- **Offre de soins**

Les CAR proposent une réadaptation ambulatoire des troubles mentaux, des troubles de l'audition, de la voix et du langage, et des troubles neurologiques. Avec la 6^e Réforme de l'État, les compétences concernant les CRA/CAR ont été transférées aux entités fédérées. Parce qu'ils sont dans une phase de transition, les chiffres sont difficiles à trouver. Pour les CAR flamands, nous avons obtenu des chiffres via le Comité CAR van het Vlaams Welzijnsverbond. Les chiffres concernent 41 CAR flamands avec 51 établissements (y compris les 3 CRA universitaires). Les chiffres sont basés sur la convention de rééducation de mai 2012, complétée par l'élargissement dans le Brabant flamand et à Anvers en 2019. Sur l'ensemble des CAR, il y a théoriquement 708 709 prestations unitaires réalisables par an. Comme seulement 92 % de ces services unitaires peuvent être facturés, ce pourcentage reflète mieux le nombre de services fournis dans la pratique : 655 395. Au 31.12.2015, **7 213 clients** étaient traités dans l'ensemble des CAR néerlandophones¹³. Au cours de l'année 2015, un total de 3 900 clients ont fait l'objet d'un examen diagnostique dans ces centres. 70 % de ces clients examinés ont reçu un traitement multidisciplinaire supplémentaire, 30 % des clients examinés ont été orientés vers d'autres formes de soins. Cet engagement concerne principalement les enfants et les adolescents souffrant de problèmes mentaux, bien qu'une partie de la clientèle soit également constituée d'adultes souffrant de déficiences auditives, de bégaiement ou de lésion cérébrale non congénitale.

- **Distribution de l'offre**

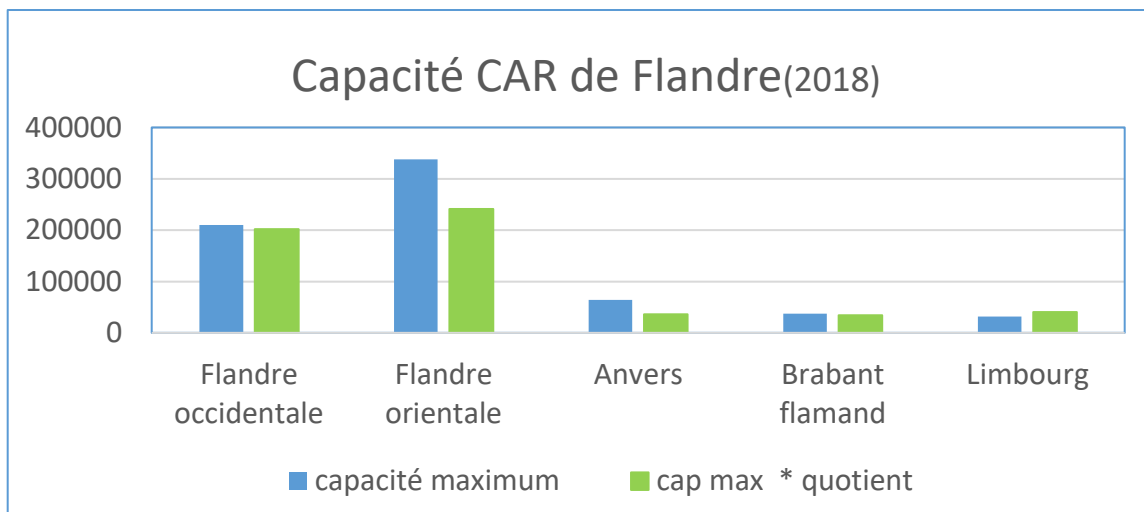
Dans l'histogramme suivant, la performance maximale réalisable par unité disponible en 2018 a été tracée par province et mise en relation dans une deuxième barre avec les coefficients de pondération qui ont été attribués au programme de double diagnostic dans les réseaux SM enfants et jeunes. Ces coefficients sont pondérés en fonction de la population des mineurs d'une part et du nombre d'enfants souffrant de problèmes mentaux et intellectuels d'autre part¹⁴. La deuxième barre (verte) est donc la plus pertinente pour la comparaison entre les provinces.

Récemment, des fonds ont été ajoutés aux CAR flamands et la répartition géographique inégale a été prise en compte.

¹³ [https://www.centrumimpuls.be/pdf/2016-04-25_C_CAR_doc01-CAR in Vlaanderen-definitieve versie 120416.pdf](https://www.centrumimpuls.be/pdf/2016-04-25_C_CAR_doc01-CAR_in_Vlaanderen-definitieve_versie_120416.pdf)

Tabel 2 : wegingscoëfficiënten prevalentie dubbeldiagnose (W1)

Werkingsgebied	W1
West-Vlaanderen	1,041290323
Oost-Vlaanderen	1,400000000
Antwerpen	1,760000000
Limburg	0,781935484
Vlaams Brabant	1,100645161
Brussels Hoofdst. Gewest	1,290322581
Waals-Brabant	0,409032258
Henegouwen	1,378064516
Luik	1,025806452
Namen	0,499354839
Luxemburg	0,307096774



6.1.2.2. Bruxelles

À Bruxelles, il existe 5 centres de réadaptation ambulatoires francophones et 3 néerlandophones¹⁵.

6.1.2.3. Région wallonne

- **Offre de soins :**

Dans l'ensemble des 20 CRA wallons, il y a théoriquement 171.678 prestations unitaires réalisables par an dont 92 % peuvent être facturés.

En 2018, **1587 patients** étaient traités dans les CRA dépendant de l'AVIQ. Au cours de l'année 2018, un total de 600 patients ont fait l'objet d'un examen diagnostique dans ces centres.

6.1.3. Les Centres de référence des troubles du spectre autistique / Referentiecentra Autisme - (CRA/RCA))

Il existe 8 centres de référence pour l'autisme : 3 en Flandre, 2 en Wallonie et 3 à Bruxelles. En 2019, les centres de référence pour l'autisme initiaux en Flandre (Flandre orientale, Anvers, Brabant flamand) ont été complétés par 2 antennes en Flandre occidentale et au Limbourg.

	Nombre de forfaits	Par centre	Nombre d'enfants	Nombre d'ETP
Flandre occidentale	810	6210		1
Flandre orientale - UGent	5400			6,58
Anvers	5400	5400		6,58
UCKJA/Kinsbergen/OPZ Geel				
Bruxelles - Jette/Inkendaal	5400	5400		6,58
Brabant flamand UPC KUL	5400	7120		6,58
Limbourg UPC KUL	1720			2
Bruxelles Huderf	2176 ¹⁶	?		4,37
Bruxelles Saint-Luc - UCL	4000	4000		5,5
Liège	6147	?		?
Mons	5400	5400	525	6,58

¹⁵ Pour l'instant, aucun chiffre n'a été trouvé sur les CAR de Bruxelles.

¹⁶ Pour Liège et Bruxelles Huderf, il semble s'agir de chiffres d'activité réelle, tandis que les autres chiffres du tableau représentent le nombre maximum de forfaits accordés.

Nous n'avons pas pu savoir combien d'enfants/adolescents par an sont suivis par les CRA/RCA, sauf que pour Mons.

6.1.4. Prestataires privés de soins de santé mentale pour enfants et adolescents

- **Psychiatres infanto-juvéniles**

En 2018, la Belgique comptait 380 médecins-spécialistes licenciés en "psychiatrie, plus spécifiquement en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent", dont 254 (66,8%) en Région flamande, 74 (19,5%) en Région wallonne et 52 (13,7%) en Région de Bruxelles-Capitale. Les médecins spécialisés ayant une qualification en psychiatrie, neuropsychiatrie et "psychiatrie, en particulier psychiatrie adulte" peuvent également appliquer la nomenclature psychiatrique spécifique aux enfants et adolescents lors du traitement d'un mineur.

Médecins spécialistes agréés 2018	Belgique	Flandre	Wallonie	Bruxelles
Psychiatrie	959	270	429	260
Neuropsychiatrie	224	126	65	33
Psychiatrie, en particulier psychiatrie infanto-juvénile	380	254	74	52
La psychiatrie, en particulier les adultes	811	571	139	101
Total	2374	1221	707	446

En 2019, la Vlaamse Vereniging Kinder- en jeugdpsychiatrie comptait 255 membres effectifs. 106 (42%) d'entre eux ont déclaré une consultation privée comme lieu de travail principal. Sur un total de 370 lieux de travail déclarés par les pédopsychiatres, 163 (42 %) ont un cabinet privé ambulatoire.

Le nombre exact d'ETP qui sont déployés sur une base ambulatoire pour les soins psychiatriques aux enfants et aux adolescents n'est pas connu, pas plus que le nombre de services ambulatoires qui sont spécifiquement fournis par les psychiatres librement établis (enfants et adolescents) sur une base annuelle. En revanche, nous connaissons le nombre total de numéros de nomenclature spécifiques aux mineurs qui sont facturés en ambulatoire (voir plus loin sous 6.1.6).

- **Psychologues/orthopédagogues privés**

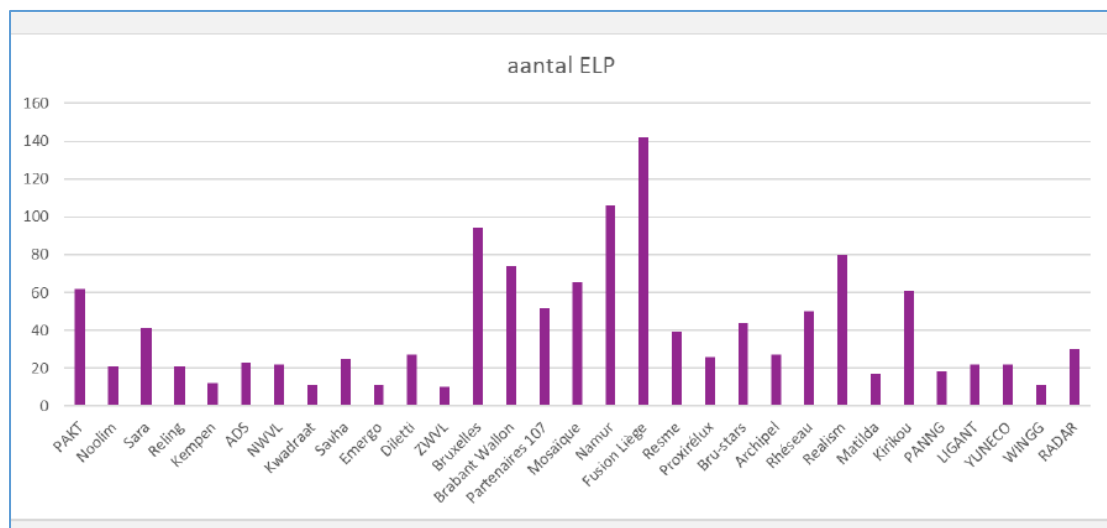
Au 24/08/2020, 747 orthopédagogues cliniciens et 10 781 psychologues cliniciens ont introduit une demande de visa auprès du Service public fédéral Santé publique en Belgique. Il n'est pas possible à l'heure actuelle de savoir combien d'entre eux exercent des activités ambulatoires privées et quelle proportion d'entre elles est proposée aux mineurs.

Le nombre de consultations effectuées ne peut pas non plus être déterminé à l'heure actuelle, puisqu'ils les facturent à l'utilisateur des soins de santé en tant qu'indépendants, non subventionnés et sans l'intervention de l'INAMI.

- **Psychologues de première ligne et fonction de psychologue de première ligne.**

Depuis avril 2020, les psychologues cliniciens indépendants et les orthopédagogues peuvent proposer une modalité de remboursement aux enfants et aux adolescents dans le cadre des

mesures corona. Il s'agit de soins psychologiques de première ligne pour les mineurs présentant des problèmes légers qui peuvent être traités dans le cadre de 4 à 8 séances. Le nombre de psychologues de première ligne (PPL) par réseau E&A (partie droite du schéma de Brustars) varie selon les provinces et est en moyenne plus élevé dans la partie francophone du pays.



La portée de cette offre sera encore renforcée par les fonds fédéraux supplémentaires accordés dans le cadre du protocole d'accord, publié au Moniteur belge le 2.12.2020.¹⁷

Le tableau ci-dessous montre les activités de 2 mois (janvier/février) en 2021. Ces chiffres sont extrapolés à 12 mois en les multipliant par un facteur de 5,5 (compte tenu d'un taux d'activité plus faible en période de vacances).

2021	FL-Occ	FL-Or	ANVERS	BR-FL	LIMB	BRUX	BR-W	HAIR	LIEGE	LUX	NAM
Jan-fév	150	457	104	468	463	232	197	445	694	117	528
X 5,5	825	2514	572	2574	2547	1276	1084	2448	3817	644	2904

Par extrapolation, sur une base annuelle, un total d'environ 21 205 activités auraient pu avoir lieu auprès des PPL. Théoriquement, il s'agit de soins psychologiques de première ligne et non encore de soins de santé mentale spécialisés. Par conséquent, nous n'avons pas inclus ces chiffres dans le total de l'offre spécialisée ambulatoire. Toutefois, la nouvelle convention inclura également certains soins spécialisés dans les soins de première ligne.

6.1.5. Polycliniques dans les hôpitaux

Les pédopsychiatres et autres professionnels de la santé mentale associés aux hôpitaux effectuent parfois aussi un travail ambulatoire au sein de l'hôpital.

6.1.5.1. Communauté flamande

Les services K flamands ont reçu une lettre leur demandant le nombre d'ETP déployés dans les soins ambulatoires. Nous avons reçu les chiffres de 13/16 services K (81,1 %). Dans ces services K, 17,9 ETP de pédopsychiatres et 14,3 ETP de psychologues/orthopédagogues sont déployés

¹⁷ https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/2020-12-02_protocole_daccord_renforcer_offre_de_soins_psychiques_covid-19_mb_02.02.2021.pdf

sur une base ambulatoire. Nous avons extrapolé ces chiffres aux 16 services (c'est-à-dire à 100 %) à 22 pédopsychiatres ETP et 17,6 ETP pour les psychologues/orthopédagogues.

6.1.5.2. Région wallonne et Bruxelles

Nous ne connaissons pas ces chiffres pour Bruxelles et la Wallonie. Cependant, les activités des pédopsychiatres sont de toute façon incluses dans le tableau récapitulatif sous 6.1.6.

6.1.6. Nombre total de services ambulatoires fournis par des psychiatres infanto-juvéniles

Une grande partie des activités ambulatoires des psychiatres (infanto-juvéniles) concernant les mineurs se déroule sur la base de numéros de nomenclature spécifiques pour les enfants et les adolescents de moins de 18 ans. Cette nomenclature ne rend pas vraiment compte de tous les soins de santé mentale dispensés par les médecins. Par exemple, le numéro de nomenclature pour les psychothérapies individuelles est un numéro partagé avec celui des adultes, et nous ne savons donc pas quelle proportion de ce numéro est utilisée pour les mineurs. Il en va de même pour la nomenclature de la thérapie de groupe et de la thérapie familiale. Néanmoins, nous pouvons dégager des tendances pertinentes à partir des numéros de nomenclature spécifiques aux mineurs. Ces chiffres sont ensuite, bien sûr, la somme de toutes les consultations qui ont eu lieu soit en privé, soit dans le cadre d'un SSM, soit en ambulatoire dans la polyclinique d'un hôpital. Nous examinons ci-dessous la médiation thérapeutique (entretien de minimum 60' avec le ou les adultes responsables de l'éducation du mineur), l'évaluation diagnostique (évaluation individuelle approfondie, minimum 120' avec préparation du dossier et rapport), la consultation multidisciplinaire (avec au moins deux autres prestataires de soins et durée minimum de 90') et la consultation avec le psychologue/éducateur orthopédagogue pendant le traitement ambulatoire.

Le nombre total de services ambulatoires spécifiques au niveau de la nomenclature a fortement augmenté au cours de la période de référence entre 2011 et 2018, passant d'un total de 100 722 à 185 437, soit une augmentation de 84 %.

Ambulante prestaties			2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
109336	01-10-2014	mediate				336	4.397	7.626	8.981	9.043
109675	01-07-2006	mediate acc	67.001	72.167	80.126	86.460	92.512	95.749	98.965	101.212
109351	01-10-2014	evaluatie				100	1.222	2.470	3.946	3.417
109410	01-07-2006	evaluatie acc	30.453	37.099	40.320	42.446	45.108	46.946	49.064	53.075
109432	01-01-2010	pluridisc	195	366	418	324	336	583	856	706
109454	01-01-2010	pluridisc acc	3.073	4.091	4.644	6.023	7.447	8.430	9.504	10.794
109373	01-10-2014	overleg psy				4	160	342	769	681
109395	01-03-2013	overleg psy acc			1.384	2.403	3.411	4.559	5.727	6.509
totaal			100.722	113.723	126.892	138.096	154.593	166.705	177.812	185.437

6.2. Capacité en termes de soins de santé mentale mobile pour les mineurs, ajoutée aux réseaux

Depuis 2016, des équipes mobiles ont été installées dans les réseaux de SM pour les enfants et adolescents à travers la Belgique dans le cadre des programmes Soins de crise, Soins de longue durée et Double diagnostic. En 2020, le nombre total d'ETP est de **263,2**. En 2020, les équipes mobiles ont aidé le nombre de jeunes suivant :

	CRISIS MT	CARE MT	TOTAL
Flandre occidentale	241	76	317
Flandre orientale	465	129	594
Anvers	335	70	405
Limbourg	265	122	387
Brabant flamand	209	127	336
Bruxelles	216	120	336
Brabant Wallon	136	112	248
Hainaut	100	62	162
Namur	216	94	320
Liège ¹⁸	230	110	340
Luxembourg	154	58	212
TOTAL	2567	1080	3647

	Crisiszorg								Langdurige zorg						Dubbel diagnose	
	mobiel		Investeringsen 60%		Investeringsen 40% flex		crisismeldpunt		totaal							
	Soins de crise								Soins de longue durée						Double diagnostic	
	mobile		investissements 60%		investissements 40% flex		crisismeldpunt		totale							
											forKpsy		tot.			
West-Vlaanderen	7,37	7,12	2,82	2,91	0,00	1,04	0,00	0,50	10,19	11,57	7,22	0,21	6,35	6,56	2,25	1,85
Oost-Vlaanderen	12,43	14,47	4,76	5,19	0,00	2,61	0,00	0,84	17,19	23,11	12,18	0,26	10,74	11,00	2,86	2,77
Antwerpen	15,14	12,13	5,80	6,05	0,00	2,20	0,00	1,00	20,94	21,39	14,84	0,26	12,26	12,52	3,74	3,17
Limburg	8,57	9,09	3,28	3,75	0,00	1,76	0,00	0,50	11,85	15,09	8,39	0,26	7,81	8,07	1,77	1,56
Vlaams-Brabant	7,68	7,26	2,94	2,83	0,00	1,00	0,00	0,50	10,62	11,60	7,52	0,03	7,19	7,22	2,95	2,80
Brussel	18,62	12,10	7,13	7,04	0,00	0,10	0,00	0,50	25,75	19,74	18,25	0,26	13,17	13,43	3,45	0,00
Brabant wallon	6,00	6,16	1,33	1,12	0,00	0,48			7,33	7,75	6,00	0,00	5,81	5,81	1,00	1,00
Hainaut	10,37	7,22	3,97	2,88	0,00	1,50			14,34	11,60	10,16	0,26	5,80	6,06	3,44	2,90
Namur	6,40	6,10	2,45	3,00	0,00	0,36			8,85	9,45	6,27	0,00	6,24	6,24	1,04	1,20
Liège	10,94	9,15	4,19	3,00	0,00	1,50			15,13	13,65	10,72	0,25	6,32	6,58	2,44	1,79
Luxembourg	6,00	5,87	1,33	1,50	0,00	0,33			7,33	7,71	6,00	0,00	6,38	6,38	1,00	1,63
totaal	109,53	96,67	39,99	39,28	0,00	12,87	0,00	3,85	149,52	152,66	107,56	1,79	88,06	89,85	25,95	20,67

Au début de l'année 2021, les équipes mobiles Soins de crise se sont encore étoffées de 48 ETP, portant le nombre total d'**ETP à 311,2**.

En outre, en Flandre, **28,21 ETP** de psychologues de première ligne ont été ajoutés aux réseaux régionaux 1-gezin-1-plan (aide à la jeunesse directement accessible).

En Flandre, **29,2 ETP** sont également liés au programme de dépistage précoce/intervention précoce. Certains d'entre eux faisaient auparavant partie des équipes DIP dans les SSM.

6.3. Capacité Soins de SM (semi-)résidentiels pour les mineurs

Les lits K ont été programmés à un taux de 0,32/1000 enfants. Les places de nuit et de jour (kn et kj) ont également été programmées à un taux de 0,32/1000 enfants. Les lits et places K sont situés en partie dans HG AZ (hôpitaux généraux) et en partie dans les HP (hôpitaux psychiatriques).

6.3.1. places K/Kj/Kn

¹⁸ Pour Liège, seul le nombre total des adolescents vus par les deux équipes était connu. La répartition des chiffres de Liège entre l'équipe mobile de crise et l'équipe mobile de soins a été faite selon les proportions de la province de Namur.

6.3.1.1. Programmation et réalisation

Les lits K et les places k-jour et k-nuit étaient tous deux programmés à 0,32 place pour 1000 enfants âgés de 0 à 14 ans¹⁹.

Sur le site web de l'Agentschap Zorg en Gezondheid des autorités flamandes, ²⁰nous trouvons des chiffres détaillés sur la programmation des places K (K, Kj et Kn) dans les hôpitaux généraux et psychiatriques. Via le SPF Santé publique, nous avons reçu les nombres de places K/k agréées au 1.04.2021 (et publiées au Moniteur belge).

La programmation des places K a été calculée il y a des décennies sur la population des 0 à 14 ans. Un nombre un peu plus important de places K que prévu dans la programmation initiale ont été agréés. Certains lits K sont utilisés pour les enfants souffrant de problèmes neurologiques. La population des 15-18 ans n'a pas été incluse dans cette programmation, alors qu'une grande partie des lits K est utilisée pour aider les 15-18 ans (voir activités sous 6.3.1.2.).

Services K réguliers

	PROGRAM- MATION K/k	K RÉALISÉS		RÉALISATION K		K RÉALISÉS		Réalisation kj+kn	
				Dans les HG	Dans les HP			Dans les HG	Dans les HP
Flandre occidentale	345	69	371	25	44	64	294	51	2+11
Flandre orientale		71		32	39	75		48+8	9+10
Anvers		101		85	16	63		59	4
Brabant flamand		75		40	35	45		52	3+12
Limbourg		55		0	55	47		20	18+9
Bruxelles	75	125	125	80	45	129	129	53	67+9
Brabant-W	197	121	215	0	121	45	176	20	25
Hainaut		35		15	20	99		31	48+20
Liège		20		20	0	0		0	0
Und DG						6		6	
Namur		25		0	25	20		0	20
Luxembourg		14		0	14	6		0	6
TOTAL	617		711	297	414		621	348	273

Lits K judiciaires

En plus des lits K ordinaires, des lits K judiciaires ont également été attribuées.

¹⁹ <https://www.health.belgium.be/nl/gezondheidszorginstellingen-programmatie-ziekenhuisbedden>

²⁰ <https://www.zorg-en-gezondheid.be/de-programmatie-van-ziekenhuizen>

Pilotproject justitiële jongeren met een psychiatrische problematiek (fork) - Crisis K-bedden											
Hof van beroep	Provincie	Gemeente	Ziekenhuis	MOF		MOF/POS/GO		CrisisK	subtot.	BW	SGA
				stand.	crisis	stand.	crisis				
Gent	West-Vlaanderen	Kortrijk	PZ Heilige Familie	7	1			2	10		
	Oost-Vlaanderen	Sleidinge	PC Gent Sleidinge - Campus Sleidinge			7	1		8		
		Melle	Karus - Campus Melle	7	1			2	10		
subtotaal				14	2	7	1	4	28	0	0
Antwerpen	Antwerpen	Antwerpen	ZNA - UKJA	7	1				8		
		Geel	OPZ Geel	7	1			2	10		8
	Limburg	Sint-Truiden	Asster			7	1	3	11		
		Munsterbilzen	MC St. Jozef					2	2		
subtotaal				14	2	7	1	7	31	0	8
Vlaams-Brabant	Vlaams-Brabant	Kortenberg	Z.org KULeuven			7	1	3	11		
		Tienen	PZ Broeders Alexianen					2	2		
subtotaal				0	0	7	1	5	13	0	0
Bruxelles	Bruxelles	Bruxelles	CH Jean Titeca	12	2	5	1		20	8	
		Bruxelles	CH Jean Titeca (lits dédiés à la Région Wallonne)	7	1				8		
		Bruxelles	Area+			7	1	4	12		
subtotaal				19	3	12	2	4	40	8	0
Liège	Liège	Liège	ISOSL	7	1	7	1	3	19		
		Liège	CHR La Citadelle					3	3		
subtotaal				7	1	7	1	6	22	0	0
Mons	Hainaut	Tournai	CRP Les Marronniers	7	1			3	11		
		Mons	CHU Ambroise Paré			7	1	3	11		
subtotaal				7	1	7	1	6	22	0	0
TOTAAL				61	9	47	7	32	156	8	8

6.3.1.2. Activités au sein de l'hospitalisation

- Chiffres RPM 2018²¹

Selon les derniers chiffres du RPM ²² publiés, 6 747 nouveaux séjours (semi-)résidentiels ont concerné des mineurs en 2018. Parmi eux, 1 349 (20 %) n'ont pas séjourné dans des places K/k, mais dans des services des réseaux pour adultes.

Inversement, au sein des réseaux pour les enfants et adolescents, il y a eu 516 admissions de jeunes âgés de 18 ans ou plus (8,7 % de l'ensemble des admissions K/k). Ainsi, **5 398 mineurs** ont été admis dans des places K/k en Belgique. Sur l'ensemble des nouvelles admissions réalisées dans les services psychiatriques, les mineurs représentent 6,2 %.

Nouveaux séjours en 2018	Places K/k	Autres (A, etc.)	Total
0-17 ans	5398	1349	6747
≥ 18 ans	516	101208	101724
Total	5914	102557	108471

Les chiffres du RPM donnent également un aperçu du nombre de nouveaux séjours en 2018 dans les places K/k des différents réseaux de SM par province. Dans les tableaux RPM, le nombre de séjours dans des places K/k a été distribué en fonction de la population ²³ par province. Il en ressort de grandes différences entre eux. Toutefois, ces quotients sont la résultante de la durée moyenne par séjour de soins d'une part, du nombre de lits d'autre part et des données de population. Comme la vision/le fonctionnement des places K/k peut être très différent et donc se traduire par une durée moyenne des admissions différente, il est difficile de tirer une conclusion de ces quotients.

- Âge** : Il est clair que dans toutes les provinces, les admissions K sont plus nombreuses chez les adolescents (13-17 ans) que chez les enfants de l'école primaire (7-12 ans) : le rapport est de

²¹ Les chiffres des différents tableaux RPM ne sont pas toujours entièrement comparables ; les tableaux nous ont été fournis à des moments différents. Nous les rapportons tels qu'ils ont été transmis.

²² RPM= Résumé psychiatrique minimum, SPF Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement - DGGS - Soins de santé - Service d'information sur les données et les politiques, 2020. <https://www.health.belgium.be/nl/mpg-publicaties-zorgactiviteit-psychiatrische-instellingen>

²³ Ce chiffre semble être calculé dans les tableaux RPM sur la population totale par province et non sur le nombre de mineurs.

3/1²⁴. Sachant que les places K/k ont été programmées pour les 0-14 ans, on peut dire que 3/5 des admissions des 13-17 ans (soit 2098 admissions) et toutes les admissions des 18+ (soit 516), au total 2614 (ou 44 %) ont lieu dans des lits qui ne leur étaient pas destinés.

Nouveaux séjours dans des lits K		2018				
Réseau	Province	0-6	7-12	13-17	18+	Total
Netwerk WINGG	Flandre occidentale	39	113	326	39	517
Netwerk RADAR	Flandre orientale	17	144	363	33	557
Netwerk PANGG	Anvers	58	208	560	42	868
Netwerk Ligant	Limbourg	88	176	412	48	724
Netwerk Yuneco	Brabant flamand	39	139	435	42	655
Réseau Bru-Stars	Bruxelles	105	166	444	184	899
Réseau Archipel	Brabant-W	94	213	275	60	642
Réseau RHESEAU	Hainaut	54	91	258	42	445
Réseau Kirikou	Namur	9	15	33	3	60
Réseau REALISM	Liège	22	107	297	18	444
Réseau Matilda	Luxembourg	.	4	94	5	103
Belgique		525	1.376	3.497	516	5.914

- HG versus HP : Il y a plus de places résidentielles dans les HP (63 %) que dans les HG (37 %) et donc plus de séjours résidentiels ont lieu dans les HP (55,6 %) que dans les HG (44,4 %). Les séjours résidentiels dans un HP sont généralement plus longs que dans un HG. Il y a plus de places d'hospitalisation de jour dans un HG (59 %) que dans un HP (41 %) et également plus de séjours dans les places d'hospitalisation de jour dans un HG (59,5 %) que dans un HP (40,5 %). En moyenne, la durée du séjour en hôpital de jour est la même dans un HG que dans un HP.
-
- Résidentiel versus semi-résidentiel : Sur les 7164 admissions en 2018, 5429 ont eu lieu en résidentiel (75,8 %) et 1735 (24,2 %) en hospitalisation de jour ou de nuit. Le nombre d'hospitalisations de nuit a été très limité. Entre-temps, toutefois, de nombreuses autres places k-jour ont été agréées. Sur un total de 1315 places d'admission, 706 seront résidentielles (53,7 %) et 609 semi-résidentielles (46,3 %) d'ici 2021.

Séjours K contre k-jour/k-nuit dans les HG et les HP par province ²⁵:

		K		k-jour		K-nuit	
		HG	HP	HG	HP	HG	HP
Flandre occidentale	WINGG	190	338	17	48	-	-
Flandre orientale	RADAR	310	237	23	78	2	
Anvers	PANGG	506	133	317	33	-	-
Limbourg	LIGANT	-	542	152	139	-	-

²⁴ Pour ce calcul, le nombre d'enfants entre 7-12 ans/6 a été comparé au nombre d'enfants entre 13-17 ans/5.

²⁵ Données de la base de données RHM ; Service Data et Informations Stratégiques (DIS) du SPF Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement

Brabant flamand	YUNECO	343	310	87	14		
Bruxelles	BRUSTARS	489	421	178	129	-	15
Brabant Wallon	ARCHIPEL	–	670	101	67	-	58
Hainaut	RHESEAU	128	216	87	90	-	-
Namur	KIRIKOU	-	52	-	57	-	-
Liège	REALISM	445	-	25	-	-	-
Luxembourg	MATILDA	-	99	-	18	-	-
		2411	3018	987	673	2	73

- Provinces : le nombre d'admissions en 2018 a été reporté par province en fonction de la population des 0 à 17 ans, pour les admissions résidentielles et semi-résidentielles. Le nombre d'"admissions par indice de lit" exprime le nombre d'admissions par mille mineurs. Il existe une différence de près de 16 fois entre l'indice le plus élevé (Brabant wallon 8,01) et le plus bas (Namur 0,51). Bien entendu, le nombre des admissions est le résultat du nombre de places disponibles et de la durée de l'admission.
- Le nombre d'admissions K/k par rapport à la population des 0-17 ans par province ²⁶: par mille jeunes de 0 à 17 ans :

				Par rapport à la population de 0 à 17 ans			
Province où se situe l'hôpital	Indice de lit de l'admission			Indice de lit de l'admission			TOTAL
	K	K1	K2	K	K1	K2	
Anvers	639	350	0	1,72	0,94	0,00	2,66
Bruxelles Capitale	910	307	15	3,31	1,12	0,05	4,48
Hainaut	344	177	0	1,23	0,63	0,00	1,86
Limbourg	542	291	0	3,35	1,80	0,00	5,15
Liège	445	22	0	1,96	0,10	0,00	2,06
Luxembourg	99	18	0	1,59	0,29	0,00	1,88
Namur	52	57	0	0,51	0,56	0,00	1,07
Flandre orientale	583	101	2	1,99	0,35	0,01	2,35
Brabant flamand	653	101	0	2,81	0,43	0,00	3,24
Brabant wallon	670	168	58	8,01	2,01	0,69	2,7
Flandre occidentale	528	65	0	2,48	0,30	0,00	2,78
Belgique	5465	1657	75	2,37	0,72	0,03	3,12

- La durée de séjour moyenne à la fin des séjours (indépendamment de l'année d'admission) dans l'année de référence 2018 varie entre 36 et 84 jours dans les lits K et entre 18 et 222 jours pour les places k-jour²⁷. Dans certaines provinces, la durée de séjour dans les centres

²⁶ Données de la base de données RHM ; Service Data et Informations Stratégiques (DIS) du SPF Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement ; ces chiffres sont légèrement différents des chiffres repris dans le tableau de la répartition entre les HG et les HP. Comme les différences sont faibles, nous n'avons pas essayé de trouver les erreurs.

²⁷ Données de la base de données RHM ; Service Data et Informations Stratégiques (DIS) du SPF Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement

résidentiels est nettement plus longue que dans les centres semi-résidentiels (par exemple, en Flandre orientale, en Flandre occidentale), alors que dans d'autres provinces, c'est l'inverse (par exemple, dans le Brabant flamand, à Bruxelles, dans le Hainaut). Namur se distingue par des durées de séjour nettement plus longues dans les deux cas.

Province où se situe l'hôpital	Durée de séjour moyenne		
	Indice de lit de l'admission		
	K	K1	K2
Anvers	56.99	45.65	.
Flandre orientale	64.87	17.96	10.00
Limbourg	52.12	50.91	.
Brabant flamand	46.89	97.92	.
Flandre occidentale	66.78	45.16	.
Bruxelles Capitale	49.39	221.95	58.92
Hainaut	36.27	189.73	.
Brabant wallon	83.64	72.93	283.36
Liège	15.84	117.18	.
Namur	397.37	202.83	.
Luxembourg	62.69	51.59	.

6.3.2. Réadaptation psychosociale (semi-)résidentielle pour enfants et adolescents

Il s'agit d'établissements de réadaptation pour les mineurs présentant des vulnérabilités graves telles que l'autisme ou la psychose.

En Flandre, il y a 4 conventions de rééducation 7,74 : COT Roeselare (23), GAUZZ (Full 8 places), De Appelboom (day - 16 places) et De Dauw (full - 18 places). Total = **65** places

En Wallonie, il existe 11 centres de réadaptation fonctionnelle : Antenne 110 (complet 15 jour 6 places), Le Corto (jour 28 places), Chat Botte (jour 15 places), La Coursive (jour 32 places), La ferme du soleil (jour 20 et complet 12 places), La Manivelle (jour 21 places), La porte ouverte (jour 10 places). Total = **318** places

Il y a donc plus de places de réadaptation (semi) résidentielles dans la partie francophone du pays qu'en Flandre.

D'un point de vue administratif, trois autres conventions existent au niveau de la région wallonne et sont adossées à des hôpitaux psychiatriques (Charles-Albert-Frère (jour 40 places) les Feux-Follets (complet 23 places) et La Petite maison (complet 66 places et jour 7 places). Ces conventions financent uniquement l'activité médicale des hôpitaux psychiatriques précités.

7. Estimations de l'utilisation des soins

7.1. Utilisation des soins de l'offre ambulatoire

7.1.1. Hypothèses :

- Pour la plupart des établissements ambulatoires, nous ne connaissons pas le nombre unitaire d'enfants qui ont été traités sur une base annuelle; cependant, nous connaissons souvent le nombre total de contacts de soins qui ont eu lieu.

- Une "période de soins actifs" dans un CGG flamand concerne une série continue de contacts ambulatoires en réponse à une demande d'accès, tels que proposés au cours d'une année de travail. Ainsi, le paquet de soins d'une période moyenne de soins actifs peut servir de modèle pour une réponse moyenne à une demande de soins ambulatoires au cours d'une année de travail.
- Nous utilisons le "nombre moyen de contacts avec les patients par période de soins actifs dans le CGG flamand" (c'est-à-dire 7,5 contacts par période de soins actifs (par an)) comme mesure du **nombre d'enfants/de jeunes qui ont reçu une offre** sur une base annuelle.
- Nous appliquons également le même principe à d'autres chiffres d'activité (par exemple, les prestations ambulatoires INAMI des pédopsychiatres).
- Dans ce cadre, nous ignorons les éventuelles erreurs suivantes au niveau de cette estimation :
 - Certains enfants peuvent s'être vu proposer plus d'une période de soins au cours de la même année.
 - Dans d'autres contextes (par exemple, les cabinets de soins ambulatoires indépendants), les enfants/adolescents peuvent être vus plus ou moins souvent sur une base annuelle que ce nombre moyen d'activités par période de soins dans les CGG.
 - Certains adolescents peuvent avoir reçu des offres à différents endroits au cours de la même année (en série ou en parallèle).
 - Nous incluons l'offre des PPL dans les chiffres, alors qu'elle n'est évidemment pas destinée à dispenser des soins de santé mentale spécialisés.
 - **Besoin sur- satisfait/overmet need** : il est concevable qu'une partie de l'aide soit utilisée pour les enfants et les adolescents qui ne répondent pas aux critères d'un problème psychiatrique. Dans les enquêtes sur la population adulte de 23 pays, cependant, la plus grande proportion (83 %) des utilisateurs de la capacité d'aide avaient un diagnostic à ce moment-là (52 %), un diagnostic antérieur (18 %) ou une autre bonne raison (13 %) (par exemple, la suicidalité) d'être en traitement. Nous ne disposons pas de chiffres de référence pour les enfants et les adolescents à cet égard.
 - En plus des numéros de nomenclature spécifiques aux mineurs, des activités peuvent également être proposées sur la base de numéros de nomenclature partagés avec la psychiatrie adulte (par exemple, le numéro de la psychothérapie).
- À l'exception de la dernière, toutes ces erreurs potentielles vont dans le même sens : à savoir que nous surestimons le nombre d'enfants qui ont pu être vus. En d'autres termes, il s'agit d'un calcul prudent si l'on veut utiliser cette estimation pour calculer l'écart entre l'offre et la demande.

- Nous calculons le nombre total de mineurs qui se sont vu offrir un tel équivalent d'un paquet de soins par période active de soins sur une base annuelle par rapport au nombre total de mineurs en Belgique. Au 1er janvier 2020, la Belgique comptait 11 492 641 habitants légalement enregistrés.²⁸ Parmi eux, 2 312 040 étaient des mineurs. Nous utilisons ce nombre comme dénominateur pour calculer le pourcentage qui s'est vu offrir une période de soins.

Bevolking naar geslacht en leeftijdsgroep - België, laatste jaar

					Bevolking op 01 januari 2020		
				Mannen en vrouwen	Mannen en vrouwen		Mannen en vrouwen
België	Gewest	Alle leeftijden	Leeftijdsgroep	Geslacht	Vrouwen	Mannen	
België	Vlaams Gewest	Alle leeftijden	Minder dan 18 jaar		627.466	657.871	1.285.337
			Van 18 tot 64 jaar		1.976.819	2.009.456	3.986.275
			65 jaar en meer		744.360	613.171	1.357.531
		Alle leeftijden		3.348.645	3.280.498	6.629.143	
	Brussels Hoofdstedelijk Gewest	Alle leeftijden	Minder dan 18 jaar		135.465	141.563	277.028
			Van 18 tot 64 jaar		390.723	390.911	781.634
			65 jaar en meer		94.361	65.232	159.593
		Alle leeftijden		620.549	597.706	1.218.255	
	Waals Gewest	Alle leeftijden	Minder dan 18 jaar		366.543	383.132	749.675
			Van 18 tot 64 jaar		1.104.663	1.103.551	2.208.214
			65 jaar en meer		392.177	295.177	687.354
		Alle leeftijden		1.863.383	1.781.860	3.645.243	
België		Alle leeftijden			5.832.577	5.660.064	11.492.641

Bron: Statbel (Algemene Directie Statistiek - Statistics Belgium)

7.1.2. Estimation de l'activité psychiatrique ambulatoire en relation avec les mineurs

- Si l'on considère le même nombre moyen de contacts par patient que dans les CGG flamands (soit 7,5 contacts sur une base annuelle), alors en Belgique en 2018, sur la base des 185 437 activités (voir 6.1.6.) susmentionnées des psychiatres à l'égard des mineurs, un total de **24 725** équivalents de périodes de soins auraient eu lieu sur la base de la nomenclature INAMI. Ce chiffre est la somme de toutes les activités médico-psychiatriques ambulatoires pour les jeunes selon une nomenclature spécifique : dans les SSM, dans les polycliniques, dans les cabinets indépendants, etc. Sur une base annuelle, **1,07 %** des mineurs auraient alors bénéficié de soins auprès d'un pédopsychiatre.

7.1.3. Estimation de l'activité non psychiatrique dans les SSM au niveau des mineurs

- Flandre : Sur un effectif total de 270,7 ETP en 2019, 65,8 ETP sont des psychiatres infanto-juvéniles, 173,3 ETP sont des psychologues, 57,6 ETP sont des travailleurs sociaux et 58,7 ETP occupent des fonctions de soins de type "autres". Ainsi, la fonction de psychiatre représente 24,3 % du personnel. En d'autres termes, sur les 12 593 périodes de prise en charge de mineurs en 2018, **9533** peuvent être attribuées à des non-psychiatres en Flandre.
- Bruxelles : Bruxelles compte 40,4 ETP de non-psychiatres dans les CSM sur un total de 48,55 ETP. Au total 4462 mineurs ont été vu en consultation dont 8,14% ont déjà été comptabilisés dans la fonction psychiatrique. Ainsi 4462 – 363 = **4409** enfants et adolescents ont pu se voir offrir une période de soins par des non-psychiatres.
- Wallonie : En Wallonie, 11186 mineurs ont été vus dans les SSM. Une partie aura déjà été comptabilisée ici à travers les activités déjà calculées des pédopsychiatres. Nous extrapolons leur part à partir des données de Bruxelles : 16,8 % et en les déduisant. Il en résulte **9307** périodes de soins pour des mineurs par des non-psychiatres.

²⁸Chiffres officiels de Statbel, l'Office belge de statistique

7.1.3.1. Estimation CAR/CRA : Nombre d'adolescents accompagnés par an

- Pour les CRA en Flandre, nous avons pris les chiffres de 2015, où **7213** mineurs au total étaient en soins. Dans les CRA wallon, en 2018, **2187** mineurs ont reçu un trajet diagnostique ou thérapeutique. Pour Bruxelles, nous n'avons pas de chiffres exacts. jongeren een diagnostisch traject. Voor de Brusselse CAR kennen we geen exacte cijfers. Pour des raisons de sécurité, nous incluons des chiffres basés sur les proportions dans les SSM (VI/B) (9533/1880) et arrivons ainsi à une estimation de **1422** pour Bruxelles.

7.1.3.2. Estimation de l'activité des PPL

Bien que les PPL soit censés traiter principalement les problèmes psychologiques légers et modérés, nous savons qu'ils reçoivent souvent des adolescents avec des problèmes plus graves. Nous les incluons donc provisoirement dans l'offre. Leur nombre total d'activités est également divisé par 7,5 (la période de soins moyenne dans les SSM), ce qui est également presque égal au nombre maximum d'activités qu'un PPL peut offrir à un jeune sur une base annuelle (c'est-à-dire 8). Le nombre d'activités des PPL en Flandre (8207), à Bruxelles (1276) et en Wallonie (14 429) est ainsi réduit à **1 094** (VI), **170** (B) et **1 924** (W) mineurs aidés respectivement.

7.1.3.3. Estimation de l'activité de soins de santé mentale ambulatoire dans les hôpitaux

- Polycliniques flamandes : les activités des médecins sont déjà incluses dans le nombre total des prestations INAMI. Dans les services ambulatoires, 17,6 ETP de psychologues exercent également une activité ambulatoire. Nous estimons qu'ils peuvent prendre en charge un nombre annuel d'accompagnements équivalent à celui de leurs homologues dans les SSM. Pour 17,6 psychologues, cela représente **819** périodes de soins.
- Les chiffres pour les polycliniques bruxelloises et wallonnes sont *extrapolés* à partir des chiffres flamands, sur la base des proportions du nombre de lits K réalisés en Flandre/Bruxelles/Wallonie (371/121/215).

7.1.4. Nombre total de mineurs qui reçoivent une "période de soins moyenne" dans les soins de santé mentale ambulatoires sur une base annuelle

Nous estimons le nombre total de mineurs bénéficiant d'une période de soins moyenne sur une base annuelle comme la somme de tout ce qui précède : activité psychiatrique ambulatoire, activité non psychiatrique ambulatoire dans les SSM, nombre d'adolescents accompagnés dans les CRA/CAR et activité ambulatoire dans les hôpitaux. L'activité que nous ne pouvons pas encore estimer est celle des psychologues et des orthopédagogues indépendants. Les années de référence ne sont pas toujours les mêmes, nous sommes obligés d'en faire abstraction.

AMBULATOIRE	Flandre	Bruxelles	Wallonie	Total	Année de référence
Tous les actes de pédopsychiatrie ambulatoires	24.725			24.725	2018
SSM personnel non-médical	9.533	4.099	9.307	22.939	2018-19
Soins ambulatoires non-médecins	819	267	475	1561	2020
CRA/CAR	7.213	1422	2187	10.822	2015

CRAutisme/RCA	?	?	?	?	
PPL	1.094	170	1.924	3.188	2021
Psychologues indépendants - orthopédagogues E&A	?	?	?	?	
TOTAL				63.235	

7.2. Utilisation des soins de l'offre mobile

MOBILE	Flandre Cas (ETP)	Bruxelles Cas (ETP)	Wallonie Cas (ETP)	Total	Année de référence
Crise	1515 (51,19)	216 (18,62)	836 (39,71)	2567	2019/2020
Soins de longue durée	524 (50,15)	120 (21,6)	436 (48,07)	1080	2019/2020
TOTAL				3.647	

7.3. Utilisation des soins dans les places K/kj-kn pour les 0-17 ans²⁹

Le nombre de séjours des 0-17 ans dans les établissements pédopsychiatriques, tel qu'indiqué dans le tableau au bas de la page 27, a été agrégé par province.

HOSPITALISATION 0-17 ans	Flandre	Bruxelles	Wallonie	Total	Année de référence
K	2.909	910	1.610	5429	2018
kj-kn	910	322	503	1.735	2018
TOTAL	3.819	1.232	2.113	7.164	

8. Offre de soins dans nos pays voisins

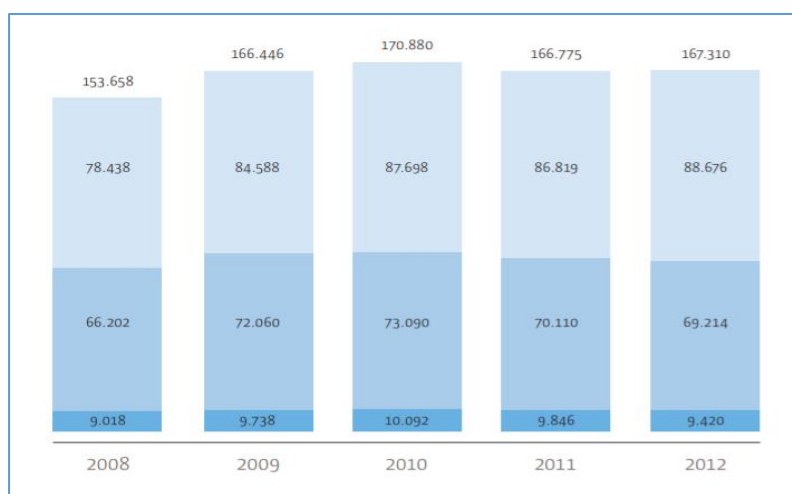
De tous nos pays voisins, les Pays-Bas et la France sont les plus pertinents et les plus accessibles pour la comparaison.

8.1. Pays-Bas

Aux Pays-Bas, une nouvelle loi sur la jeunesse a été introduite en 2015 qui décentralise les soins aux enfants et adolescents ayant des problèmes de santé mentale. Dans le cadre de cette loi, les communes ont reçu l'initiative d'organiser l'aide à la jeunesse (y compris les Soins de SM de base), ce qui a eu pour conséquence que l'offre est devenue très différente d'une commune à l'autre et qu'il est extrêmement difficile de la cartographier depuis lors. Nous devons donc revenir aux chiffres d'avant la réforme via <https://www.denederlandseggz.nl/over-de-ggz/feiten-cijfers>

²⁹ Données de la base de données RHM ; Service Data et Informations Stratégiques (DIS) du SPF Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement

En 2013, aux Pays-Bas, 96 % des soins de santé mentale dispensés aux enfants et aux adolescents (jusqu'à 18 ans) étaient des soins ambulatoires. Entre 2008 et 2013, le nombre d'enfants et d'adolescents en traitement chaque année est resté relativement stable (voir deux tableaux).



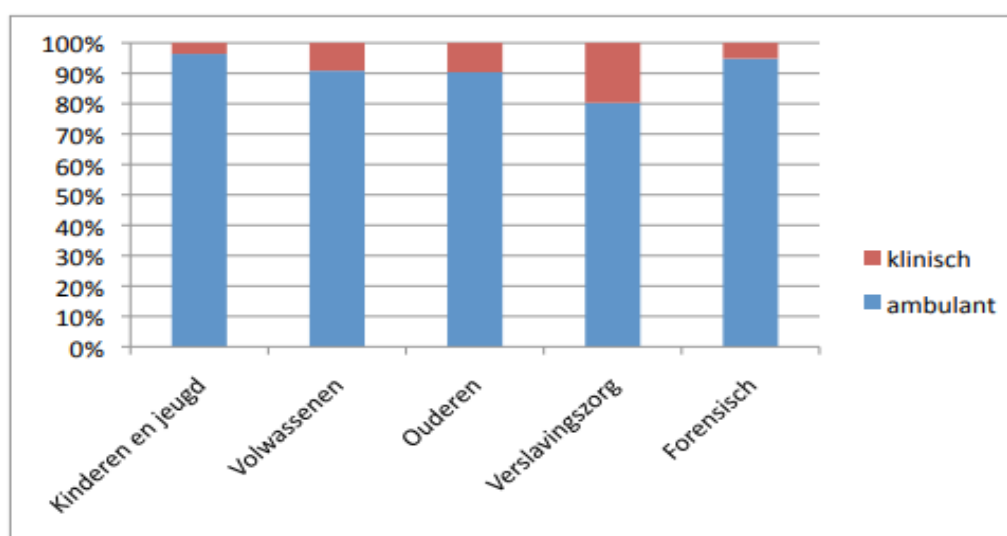
Nombre de mineurs dans les Soins de SM 2008-2012, par âge (0-5 ans ; 6-11 ans ; 12-17 ans)

	2011	2012	2013
0 - 5	9.990	9.500	8.890
6 - 11	70.870	69.540	63.870
12 - 17	87.760	89.120	87.870
<i>subtotaal 0 - 17</i>	<i>168.620</i>	<i>168.160</i>	<i>160.630</i>
18 - 23	81.390	75.310	74.340
24 - 41	251.070	225.360	215.750
42 - 64	266.590	241.950	232.870
<i>subtotaal 18 - 64</i>	<i>599.050</i>	<i>542.620</i>	<i>522.960</i>
65 - 79	60.100	54.600	53.790
80+	38.470	33.930	30.930
<i>subtotaal 65+</i>	<i>98.570</i>	<i>88.530</i>	<i>84.720</i>
TOTAAL	866.240	799.310	768.310

Nombre de personnes dans les Soins de SM en 2011-2013 par

Parmi toutes les périodes de soins actifs aux Pays-Bas, pour les enfants et les adolescents, en 2013, **96,4 %** ont été proposées en ambulatoire. (Dans la figure, le mot "clinique" signifie "admission") : en 2013, il s'agissait de 154 847 mineurs (sur les 160 630 qui ont reçu des soins de santé mentale).

Figuur 2-7 Patiënten in behandeling per circuit, naar verblijf, in procenten, 2013



Au 1er janvier 2020, les Pays-Bas comptent 3 337 245 mineurs (<https://www.cbs.nl/nl-nl/visualisaties/dashboard-bevolking/leeftijd/jongeren>). Sur une population totale de 17 407 585 habitants, cela représente 19,17 %.

En supposant que l'offre est restée stable depuis 2013, **4,64 %** de la population totale des mineurs reçoivent une offre ambulatoire et **4,81 %** une offre de soins de santé mentale.

En 2013, l'offre de Soins de SM ne comprenait pas les soins psychologiques de première ligne qui existaient à l'époque. Sur les 41300 patients vus en psychologie de 1^{re} ligne à cette époque, 7 % étaient des mineurs ; cela représente 2891 enfants et adolescents, soit 0,087 % supplémentaire, ce qui porte le total à **4,9 %**.

8.2. France

En 2018, 49 000 mineurs ont été hospitalisés en psychiatrie en France ; cela représente 0,3 % de la population des mineurs. 2,1 millions de personnes ont été vues en soins ambulatoires de santé mentale, dont 23 % de mineurs, soit 483 000 enfants ou 2,96 %. Au total, il y a donc eu une offre pour **3,3 %** des mineurs. Ainsi, **91 %** de l'offre totale de soins était ambulatoire.

(https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2554/atih_chiffres_cles_psychiatrie_2018.pdf).

9. Estimation de l'écart entre les besoins de soins et l'offre de soins de santé mentale spécialisés pour les mineurs en Belgique

Sur la base des données épidémiologiques, nous considérons que 13,4 % est l'estimation la plus précise du pourcentage d'enfants et d'adolescents ayant besoin d'une forme de soins de santé mentale et que 5 à 7,5 % présentent des problèmes graves.

En additionnant toutes les offres, on arrive actuellement à 74.046 "périodes de soins" sur une base annuelle pour les mineurs, que ce soit dans un cadre ambulatoire, mobile ou (semi-) résidentiel. **90,3 %** de l'aide est ambulatoire ou mobile.

Sur une population de 2 312 040 mineurs, **3,2 %** se sont vu proposer des soins de santé mentale spécialisés au cours d'une année.

Si toutes ces offres avaient été faites à ceux qui avaient des problèmes graves (5-7 %), quelque 45,7-64 % de ces adolescents auraient reçu une offre d'aide. En comptant les 13,4 % qui, sur la base des chiffres épidémiologiques, ont un problème psychique établi (au niveau des troubles), **1 sur 4** (23,9 %) d'entre eux aurait reçu une offre.

Comme nous avons été prudents dans nos estimations (offre plutôt surestimée et prévalence plutôt sous-estimée), nous pouvons affirmer avec une certaine certitude le constat **d'un écart important entre le besoin de soins spécialisés en santé mentale et l'offre actuelle.**

De plus, nous osons affirmer que l'intensité de l'aide ambulatoire utilisée ici comme mesure est loin de permettre une offre de traitement basée sur des données scientifiques probantes. À cette fin, le nombre de contacts devrait au moins doubler. La capacité supplémentaire nécessaire pour fournir un traitement adéquat à tous les enfants en détresse mentale est donc supérieure au simple écart entre les besoins et l'offre actuelle.

Si l'on considère la prévalence moyenne des problèmes mentaux **graves** (6,75), il faut prévoir une offre supplémentaire pour 3,55 %, soit pour 82.077 enfants.

Une partie de cet objectif sera réalisée dans un avenir proche grâce à la mise en œuvre du protocole d'accord, selon lequel 34 % des 1600 ³⁰ETP en psychologie peuvent être utilisés pour les enfants et les adolescents, soit 544 ETP. Sur ce nombre, jusqu'à la moitié peuvent être déployés pour les soins cliniques psychologiques spécialisés : 272 ETP. Dans les actuels CGG flamands, 230 ETP fournissent 9533 périodes de soins actifs sur une base annuelle. Le protocole d'accord pourrait donc réaliser l'équivalent de 11 274 périodes de soins de santé mentale (à l'intensité actuelle). Avec une intensité de soins équivalente à l'intensité actuelle, on a alors encore besoin d'une offre supplémentaire pour 65.948 mineurs. Si toutefois dans une plus grande proportion, une offre pour des groupes peut être réalisée, ce nombre pourrait encore être diminué, sans toutefois combler le gap.

Même après la mise en œuvre du protocole d'accord, il persistera un décalage entre l'offre et les besoins de soins de santé mentale spécialisés. L'offre totale actuelle de soins ambulatoires peut encore et toujours augmenter de manière significative. Ceci, d'autant plus que les périodes de soins actuellement proposées sont, selon toute vraisemblance, trop courtes et pas assez intensives.

Références

³⁰ Sur les 1986 ETP initiaux, 10 % du budget ira à l'INAMI et les 10 % restants aux réseaux pour des tâches centrales. Il restera alors encore environ 1600 ETP pour les fonctions cliniques.

Bronsard G, Alessandrini M, Fond G, Loundou A, Auquier P, Tordjman S, Boyer L. (2016). The prevalence of mental health disorders among children and adolescents in the child welfare system: a systematic review and meta-analysis. *Medicine*, 95(7), e2622.

Bruffaerts R, Posada-Villa J, Al-Hamzawi AO, Gureje O, Huang Y, Hu C, Bromet EJ, Viana MC, Hinkov HR, Karam EG, Borges G, Florescu SE, Williams DR, Demyttenaere K, Kovess-Masfety V, Matschinger H, Levinson D, de Girolamo G, Ono Y, de Graaf R, Browne MO, Bunting B, Xavier M, Haro JM, Kessler RC (2015). Proportion of patients without mental disorders being treated in mental health services worldwide. *Br J Psychiatry*, 206(2):101-9

Bruffaerts R, Demyttenaere K, Borges G, Haro JM, Chiu WT, Hwang I, Karam EG, Kessler RC, Sampson N, Alonso J, Andrade LH, Angermeyer M, Benjet C, Bromet E, de Girolamo G, de Graaf R, Florescu S, Gureje O, Horiguchi I, Hu C, Kovess V, Levinson D, Posada-Villa J, Sagar R, Scott K, Tsang A, Vassilev SM, Williams DR, Nock MK. (2010) Childhood adversities as risk factors for onset and persistence of suicidal behaviour. *Br J Psychiatry*, 197(1):20-7.

De Grave J, De Jonghe I, Demunter S, Ghekiere A, Excelmans E, Hoefnagels G, Nijs E, Eva Rens, Sevrancx S, Simons W, Smits A, Tegenbos G, Van den Broeck K, Van Nuffel R, Van de Velde K. (2021) Werkgroep Wachttijden #SGGG2021, <https://www.statengeneraalggz.be/wp-content/uploads/2021/06/Wachttijden-in-Vlaamse-privepraktijken-DEF.pdf>

Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, Gasquet I, Kovess V, Lepine JP, Angermeyer MC, Bernert S, de Girolamo G, Morosini P, Polidori G, Kikkawa T, Kawakami N, Ono Y, Takeshima T, Uda H, Karam EG, Fayyad JA, Karam AN, Mneimneh ZN, Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, de Graaf R, Ormel J, Gureje O, Shen Y, Huang Y, Zhang M, Alonso J, Haro JM, Vilagut G, Bromet EJ, Gluzman S, Webb C, Kessler RC, Merikangas KR, Anthony JC, Von Korff MR, Wang PS, Brugha TS, Aguilar-Gaxiola S, Lee S, Heeringa S, Pennell BE, Zaslavsky AM, Ustun TB, Chatterji S (2004). Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. WHO World Mental Health Survey Consortium. *JAMA*. 2;291(21):2581-90

Gisle L, Drieskens S, Demarest S, Van der Heyden J. Geestelijke gezondheid: gezondheidsenquête 2018. Brussel, België : Sciensano ; Rapportnummer: D/2020/14.440/4. Beschikbaar op: www.gezondheidsenquête.be

Hirdes JP, van Everdingen C, Ferris J, Franco-Martin M, Fries BE, Heikkilä J, Hirdes A, Hoffman R, James ML, Martin L, Perlman CM, Rabinowitz T, Stewart SL, Van Audenhove C (2019). The interRAI suite of mental health assessment instruments: an integrated system for the continuum of care. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 926

Luyten P. (2021). Toegang tot en vergoeding van ambulante psychologische zorg. Wat zegt wetenschappelijk onderzoek. *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 51(2), 137-154.

Patel, V., D. Chisholm., T. Dua, R. Laxminarayan, and M. E. Medina-Mora, editors (2015). *Mental, Neurological, and Substance Use Disorders. Disease Control Priorities, third edition*, volume 4. Washington, DC: World Bank.

Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS, Caye A, Rohde LA. (2015). Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *J. Child Psychol Psychiatry*, 56(3):345-65

Roberts RE, Attkisson CC, Rosenblatt A. (1998). Prevalence of psychopathology among children and adolescents. *Am J Psychiatry*, 155(6):715-25

Solmi M, Radua J, Olivola M, Croce E, Soardo L, Salazar de Pablo G, Il Shin J, Kirkbride JB, Jones P, Han Kim J, Yeob Kim J, Carvalho AF, Seeman MV, Correll CU. (2021). Age at onset of mental disorders worldwide: large scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Molecular Psychiatry*, s41380-021-01161-7

Verhulst FC, Koot HM (1991). *Child psychiatric epidemiology: concepts, methods and findings*. Newbury Park: Sage Publications

Verhulst FC, Koot HM (1995). *The epidemiology of child and adolescent psychiatry*. Oxford: Oxford University Press.

Weisz J, Kuppens S, Ng MY, Eckshtain D, Ugueto AM, Vaugh-Coaxum R, Jensen-Doss A, Hawley KM, Krumholz Marchette LS, Chu BC, Weersing VR, Fordwood SR (2017). What five decades of research tell us about the effects of youth psychological therapy: a multilevel meta-analysis and implications for science and practice. *American Psychologist*, 72(2), 79-117.