

# Implémentation de la nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents

## Modèle pour la description du renforcement de l'offre de soins en santé mentale pour enfants et adolescents présentant un double diagnostic

### 1. Introduction

Le 30 mars 2015, le *Guide vers une nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents* était approuvé par la Conférence Interministérielle Santé publique. Y est posé le fondement d'une nouvelle politique de soins de santé mentale basée sur les besoins des enfants et des adolescents présentant des problèmes psychiques ou psychologiques et de leur entourage. Afin de répondre au mieux à ces besoins, nous optons explicitement pour une approche globale et intégrée de toutes les composantes de soins.

Les champs d'action des réseaux coïncident avec les frontières territoriales des provinces et de la Région de Bruxelles-Capitale. L'ensemble de ces champs d'action couvre le territoire belge dans sa totalité.

Le travail s'articule autour de programmes implémentés par des réseaux qui occupent une place centrale. Autrement dit, il s'agit de l'ensemble des partenaires concernés, de prestataires de soins, d'institutions et de services qui s'adressent aux enfants, aux adolescents et à leur entourage. Ils réalisent ensemble, à partir du réseau, un certain nombre de missions ou de fonctions fondamentales bien définies. Ces fonctions constituent, pour chaque réseau, les activités de base de la future offre de soins à développer dans un ou plusieurs programmes. Afin de les concrétiser, des modalités sont liées aux fonctions. Les programmes émanent toujours des besoins des enfants, des adolescents et leur entourage. Le chapitre 3 du guide développe ceci plus en détails.

### 2. Implémentation progressive

La nouvelle politique de soins de santé mentale sera implémentée en plusieurs phases.

Dans un premier temps, nous voulons mettre l'accent sur la création et la coordination des réseaux. Dès que des réseaux fonctionnels auront été mis en place sur le terrain, conformément à la vision, aux principes et au modèle décrit dans le guide, la deuxième phase de la nouvelle politique sera mise en œuvre. Le développement d'un programme de soins de crise constitue l'élément central de cette deuxième phase. La troisième phase concerne la réalisation du programme de soins de longue durée. La quatrième phase concerne, quant à elle, concerne la mise en œuvre du programme de consultation et de liaison intersectorielle. Les deux phases seront lancées simultanément.

Compte tenu des trajectoires de soins des enfants et des adolescents, les différents programmes seront transversaux. Dès la phase de démarrage des nouveaux programmes, il est essentiel que les réseaux déploient

les efforts nécessaires pour assurer la coordination, la coopération et la continuité entre les différents programmes. Ceci est une condition préalable pour assurer un continuum de soins sur-mesure fondé sur les besoins des enfants, des adolescents et de leur entourage.

La vision du guide met l'accent sur une approche globale et intégrée, mais stipule: "*Certes, il est possible d'envisager des modules appropriés à des groupes cibles spécifiques.*" (p. 4) En outre, le guide mentionne qu'un programme peut s'adapter à une sous-population ayant des besoins spécifiques. (p. 15) Une attention particulière est accordée aux jeunes adultes de la tranche d'âge charnière allant de 16 à 23 ans. Le renforcement de l'offre de soins en santé mentale pour enfants et adolescents présentant un double diagnostic est un volet particulier qui fait partie des différents programmes réalisés par le réseau.

### **3. Le document de base**

Pour les enfants et les adolescents présentant un double diagnostic - déficience intellectuelle et problème de santé mentale (troubles du comportement et/ou troubles psychiatrique) - et leur entourage, il n'est pas toujours évident d'obtenir une réponse adaptée à leurs besoins dans le cadre de soins en santé mentale.

Le Conseil supérieur de la Santé (CSS) a rendu en décembre 2015 un avis concernant ce groupe cible, ses besoins spécifiques et la nécessité de créer ou non des services hospitaliers spécialisés<sup>1</sup>. Sur base d'auditions, d'une étude de la littérature scientifique pertinente et de l'avis d'un expert international, on constate que le groupe cible aspire à une vie de meilleure qualité grâce à l'accès à une offre de soins en santé mentale adaptée. À ce jour, cette offre de soins en santé mentale est insuffisamment adaptée à leurs besoins spécifiques, et, en particulier au niveau de l'échange de l'information.

Le CSS formule trois recommandations pour rencontrer les besoins du groupe cible :

1. Améliorer l'accès aux services pour ces personnes par le développement d'un réseau offrant la garantie d'un circuit de soins complet sur le terrain. Ce réseau doit impliquer tous les secteurs (santé mentale, santé, handicap, enseignement, travail, aide à la jeunesse, justice), il doit être inclusif et axé sur la personne.
2. Améliorer la formation du personnel de tous les services et veiller à ce qu'ils mènent une réflexion sur les pratiques qu'ils appliquent.
3. Prévoir des places spécialisées pour les cas les plus complexes. Le CSS précise également comment il faudrait organiser les services spécialisés (services hospitaliers, services de réadaptation et d'hébergement). Ces places spécialisées ne doivent toutefois pas se substituer au travail accompli par les structures générales lorsque c'est possible. Cette troisième recommandation ne doit pas être dissociée des deux autres. Un meilleur accès à l'ensemble des services et une plus grande adéquation de ceux-ci (par la formation du personnel et le développement de réseaux) sont, en effet, des conditions indispensables pour éviter que ces places spécialisées ne deviennent l'unique réponse pour ces personnes et s'avèrent donc très vite insuffisantes.

Sur la base de l'avis du CSS nous voulons poursuivre le développement de l'offre des soins en santé mentale pour enfants et adolescents présentant un double diagnostic.

---

<sup>1</sup> *Besoins en matière de double diagnostic (déficience intellectuelle et problèmes de santé mentale) en Belgique (CSS 9203)*

## 4. Implémentation

Par l'augmentation des moyens investis, l'offre des soins en santé mentale répondra mieux aux besoins du groupe cible et permettra d'aider davantage d'utilisateurs.

L'offre de soins en santé mentale pour enfants et adolescents présentant un double diagnostic sera intégrée et fera partie du réseau. La coordination du réseau est co-responsable du suivi et de la réalisation de cette intégration, et ce, en concertation permanente et étroite avec les partenaires des soins en santé mentale, du secteur des personnes handicapées, de la justice, ... Les zones d'action de l'offre pour enfants et adolescents présentant un double diagnostic coïncideront, toutefois, avec les territoires des provinces et de la Région de Bruxelles-Capitale. L'ensemble de ces zones d'action couvrira le territoire belge dans sa totalité. Les liens de collaboration existants au sein des limites territoriales des provinces et de la Région de Bruxelles-Capitale seront renforcés.

L'accent est mis sur la réalisation d'une offre de crise (et time-out) et sur le développement des soins mobiles, intégrés dans les programmes développés par le réseau. Cette aide mobile comprend également, outre l'échange d'expertise en la matière, avec p. ex. les équipes mobiles ou les partenaires des soins aux personnes handicapées, le traitement au domicile ou en milieu substitutif du domicile.

En plus d'assurer une offre de crise et des soins mobiles, le réseau assume la responsabilité d'offrir les opportunités nécessaires d'observation, de permettre des traitements de courte et de longue durée, de veiller à une orientation appropriée des trajets de soins et de poursuivre l'intensification des soins en faveur du groupe cible concerné. Il convient d'accorder une attention particulière aux jeunes adultes de la tranche d'âge charnière allant de 16 à 23 ans.

Une partie des moyens disponibles est utilisée pour renforcer le cadre du personnel des hôpitaux concernés, en particulier celui d'un ou deux services maximum, qui proposent une offre de soins aux enfants et aux adolescents présentant un double diagnostic. L'autre partie des moyens sera investie, sur base de critères fixés par le réseau, en fonction des besoins particuliers du groupe cible.

Le financement du gouvernement fédéral est prévu par le biais de la convention B4 avec l'hôpital qui reçoit le financement du réseau. Les moyens reçus transitent par l'hôpital et sont obligatoirement et impérativement transférés dans le réseau. Les communautés et les régions financent les partenaires relevant de leurs compétences et les missions qui sont dévolues à ces partenaires.

## 5. Financement du renforcement de l'offre de soins en santé mentale pour enfants et adolescents présentant un double diagnostic

### 5.1. Coefficients de pondération

Au lieu de diviser les moyens disponibles par 11 (dans le cas présent 10 provinces et la Région de Bruxelles-Capitale), puis de répartir le budget sur les différents réseaux, on a choisi de tenir compte de plusieurs variables: le nombre d'enfants et d'adolescents, la prévalence des déficiences intellectuelles, la comorbidité avec des troubles psychiques et les différences provinciales de statut socio-économique (revenu).

Sur la base de ces variables, nous calculons une répartition qui nous permet d'allouer les ressources d'une façon équitable en tenant compte des variables ci-dessus. Ainsi, une pondération statistique spécifique est attribuée à chaque zone d'action. Le budget est réparti en fonction de ce coefficient de pondération. Cette clé de répartition a été développée en collaboration avec le Pr Dr R. Bruffaerts et son équipe (KULeuven).

Les coefficients de pondération ont été calculés selon une série d'étapes.

Le calcul du premier coefficient de pondération repose sur le nombre d'enfants et d'adolescents présentant une déficience intellectuelle et sur le nombre d'enfants et d'adolescents présentant une comorbidité ou un double diagnostic.

La moyenne théorique est calculée sur base du nombre total d'enfants et d'adolescents présentant un double diagnostic. D'un point de vue théorique, une province Belge compte en moyenne 775 enfants et adolescents présentant un double diagnostic, soit le nombre total d'enfants et d'adolescents présentant un double diagnostic en Belgique divisé par 11. (cf. tableau 1)

**Tableau 1 : nombre total d'enfants et d'adolescents présentant un double diagnostic**

Zone d'action	Nombre d'enfants et d'adolescents	Nombre d'enfants et d'adolescents présentant une déficience intellectuelle (DI)	Nombre d'enfants et d'adolescents présentant un double diagnostic (DD)
Flandre occidentale	213.588	1.922	807
Flandre orientale	287.031	2.583	1085
Anvers	360.883	3.248	1364
Limbourg	160.429	1.444	606
Brabant flamand	225.665	2.031	853
Région de Bxl-Capitale	264.516	2.381	1000
Brabant wallon	83.742	754	317
Hainaut	282.406	2.542	1068
Liège	210.330	1.893	795
Namur	102.429	922	387
Luxembourg	62.844	566	238
<b>Total</b>	<b>2.253.863</b>	<b>20.286</b>	<b>8.520</b>

Le premier coefficient de pondération P1 est déterminé en considérant, de manière isolée, le nombre d'enfants et d'adolescents présentant un double diagnostic par province et en Région de Bruxelles-Capitale par rapport à la moyenne théorique. (cf. tableau 2)

**Tableau 2 : coefficients de pondération prévalence du double diagnostic (P1)**

Zone d'action	P1
Flandre occidentale	1,041290323
Flandre orientale	1,400000000
Anvers	1,760000000
Limbourg	0,781935484
Brabant flamand	1,100645161
Région de Bxl-Capitale	1,290322581
Brabant wallon	0,409032258
Hainaut	1,378064516
Liège	1,025806452
Namur	0,499354839
Luxembourg	0,307096774

Le calcul du deuxième coefficient de pondération est analogue et repose sur le statut socio-économique de la population par province.

Partant des données de l'Enquête de santé nationale 2013 et des statistiques récentes du SPF Économie et du SPF Santé publique, on a déterminé, pour chaque province et pour la Région de Bruxelles-Capitale, le coefficient de pondération, calculé en fonction des différences de revenu. A partir du revenu moyen théorique par personne au niveau fédéral, nous pouvons, sur base de données provinciales, calculer, à la fois, le revenu théorique et le revenu réel par province. Sur base de cet écart, les coefficients de pondération pour les revenus sont alors calculés selon cette règle : les provinces à plus faible revenu (par rapport à la moyenne nationale) ont une pondération statistique plus élevée. (cf. P2, Tableau 3)

Enfin, les deux coefficients de pondération P1 et P2 sont multipliés, de façon à obtenir pour chaque réseau un coefficient de pondération combiné. Une remise à l'échelle des coefficients de pondération combinés au moyen d'une correction des erreurs d'arrondi nous donne les coefficients de pondération définitifs (CPD). Ceux-ci indiquent la meilleure manière de répartir le budget disponible en tenant compte de la composition de la population et de son statut socio-économique. (cf. tableau 3)

**Tableau 3 : coefficients de pondération définitifs (CPD)**

Zone d'action	P1	P2	CPD
Flandre occidentale	1,041290323	0,9675095	0,971784623
Flandre orientale	1,400000000	0,9171822	1,238587297
Anvers	1,760000000	0,9537566	1,619172840
Limbourg	0,781935484	1,0147139	0,765345408
Brabant flamand	1,100645161	0,8205514	1,274470881
Région de Bxl-Capitale	1,290322581	1,2005285	1,494217183
Brabant wallon	0,409032258	0,8512402	<b>0,335973905</b>
Hainaut	1,378064516	1,1206535	1,489648792
Liège	1,025806452	1,0663132	1,055098970
Namur	0,499354839	1,0258844	0,450262388
Luxembourg	0,307096774	1,0311093	<b>0,305437714</b>

Le Brabant wallon et le Luxembourg affichent un score considérablement inférieur – respectivement 0,335973905 et 0,305437714 - en comparaison à celui des autres provinces. C'est la raison pour laquelle un financement de base minimal est prévu pour ces provinces. Ceci implique toutefois une solidarité entre les réseaux, en l'occurrence d'un recalcul des coefficients de pondération définitifs (CPD) sans tenir compte des réseaux qui reçoivent un financement de base. On obtient ainsi les coefficients de pondération corrigés (CPC).

**Tableau 4 : coefficients de pondération corrigés (CPC)**

Zone d'action	CPC
Flandre occidentale	0,844329486
Flandre orientale	1,076139457
Anvers	1,406809019
Limbourg	0,664965961
Brabant flamand	1,107316702
Région de Bxl-Capitale	1,298242014
Brabant wallon	NVT
Hainaut	1,294272794
Liège	0,916716678
Namur	0,391207888
<b>Luxembourg</b>	NVT

## 5.2. Financement renforcé

Dans le cadre de la poursuite du développement d'une offre de soins en santé mentale pour enfants et adolescents présentant un double diagnostic, l'autorité fédérale met chaque année à disposition un financement complémentaire de 1.560.000 euros. Les moyens financiers de l'équipe mobile outreaching du projet pilote fédéral 'ggz-jeugd m.b.t. intensieve behandeling van sterk gedragsgestoorde en/of agressieve jongeren', à savoir 126.425,70 euros, y sont intégrés.

Les coefficients de pondération définitifs (CPD) sont appliqués au montant total de 1.686.425,70 euros. Les coefficients de pondération pour le Brabant wallon et le Luxembourg étant peu élevés (cf. ci-dessous), un financement de base de 65.000 euros pour 1 équivalent temps plein (ETP) leur est de facto attribué.

Sur le montant restant de 1.556.425,70 euros (1.686.425,70 euros – 65.000\*2 euros), les coefficients de pondération corrigés (CPC) sont appliqués pour obtenir la répartition pondérée finale du financement fédéral. (cf. tableau 5)

**Tableau 5 : financement fédéral annuel pour le double diagnostic dès 2017, en euro**

Zone d'action	Financement proportionnel	pilote	Total double diagnostic (non pondéré)	Pondération CPD (a)	Pondération CPC (b)
Flandre occidentale	130.000,00		130.000,00	148.985,69	<b>146.015,12</b>
Flandre orientale	130.000,00	126.425,70	256.425,70	189.889,59	<b>186.103,46</b>
Anvers	130.000,00		130.000,00	248.237,70	<b>243.288,19</b>
Limbourg	130.000,00		130.000,00	117.336,20	<b>114.996,68</b>
Brabant flamand	130.000,00		130.000,00	195.390,95	<b>191.495,13</b>
Région de Bxl-Capitale	260.000,00		260.000,00	229.080,57	<b>224.513,03</b>
Brabant wallon	130.000,00		130.000,00	51.508,64	<b>65.000,00</b>
Hainaut	130.000,00		130.000,00	228.380,18	<b>223.826,60</b>
Liège	130.000,00		130.000,00	161.758,73	<b>158.533,49</b>
Namur	130.000,00		130.000,00	69.030,37	<b>67.654,00</b>
Luxembourg	130.000,00		130.000,00	46.827,09	<b>65.000,00</b>
<b>Total</b>	<b>1.560.000,00</b>	<b>126.425,70</b>	<b>1.686.425,70</b>	<b>1.686.425,70</b>	<b>1.686.425,70</b>

(a)  $(1.686.425,70/11)*DWC$

(b)  $(1.686.425,70 - (65.000*2))/9*GWC$

Le financement renforcé pour le développement de l'offre de soins en santé mentale pour enfants et adolescents présentant un double diagnostic débute le 1<sup>er</sup> juillet 2016 pour les réseaux qui sont prêts à entamer leurs activités. Pour 2016, les montants mentionnés en colonne (b) du tableau 5, sont recalculés en fonction du nombre de mois réellement prestés (douzièmes).

## 6. Modalités pratiques

Le modèle sera transmis avant le 30 mai 2016 au groupe de travail intercabinets (GTI) '*taskforce soins en santé mentale*' via l'adresse mail suivante : [jo.holsbeek@gezondheid.belgie.be](mailto:jo.holsbeek@gezondheid.belgie.be).

Chaque réseau complète un modèle qui :

- se compose d'un fichier texte dans le format \*.doc\* ou \*.docx\*
- contient 10 pages maximum, réalisées au moyen de la police Arial, taille de police 10 avec un interligne 1,5
- respecte la structure et l'ordre des parties, tels qu'indiqués dans le modèle
- contient en annexe, uniquement, les pièces officielles (comme p.ex. des conventions de collaboration) et représentations géographiques (scannées en fichier pdf imprimable ou en fichier \*.doc\* ou \*.docx\*)

## 7. Procédure d'évaluation

Sur la base du modèle présenté, le GTI '*taskforce soins en santé mentale*' évalue si modèle rempli répond à la vision, aux principes de base et au modèle décrits dans le guide et dans le présent document. La décision est communiquée par écrit.

Les réseaux qui sont prêts à entamer la réalisation de ce renforcement de l'offre de soins en santé mentale pour enfants et adolescents présentant un double diagnostic pourront utiliser le financement supplémentaire précité à partir du 1er juillet 2016.

Les réseaux qui ne sont pas encore prêts à mettre cette phase de la nouvelle politique en oeuvre, sont informés des points spécifiques à améliorer. Ils introduiront une version remaniée du modèle avant le 29 août 2016.

L'utilisation du financement précité fera l'objet d'une évaluation intermédiaire approfondie et, le cas échéant, de certains ajustements.

## 8. Support

Pour soutenir les réseaux, un programme de formation incluant des sessions de coaching sera élaboré.

Des informations pertinentes seront publiées sur un site web (qui est actuellement en cours de réalisation).

# **Modèle**

## **Description du renforcement de l'offre de soins en santé mentale pour enfants et adolescents présentant un double diagnostic**

### **1. Nom du réseau**

- Indiquez le nom du réseau.

### **2. Travail en réseau en fonction du renforcement de l'offre de soins pour enfants et adolescents présentant un double diagnostic**

- Donnez un aperçu des différents moments de concertation et de la façon dont l'offre de soins en termes de contenu et d'organisation sera renforcé.
- Indiquez les partenaires des différents secteurs et précisez la façon dont la collaboration s'est déroulée pour développer l'offre de soins.
- Décrivez de quelle façon le droit à la parole et l'empowerment des enfants et adolescents présentant un double diagnostic et de leur entourage sont réalisés au cours du processus de concertation et de travail en réseau.

### **3. Offre de soins actuelle pour enfants et adolescents présentant un double diagnostic**

- Décrivez brièvement l'offre mobile, ambulatoire et (semi-)résidentielle actuelle qui s'adresse, au sein de la zone d'action, aux enfants et aux adolescents présentant un double diagnostic - déficience intellectuelle et problèmes de santé mentale (troubles du comportement et/ou troubles psychiatriques).
- Indiquez les accords passés dans le cadre de cette offre de soins.

### **4. Mission et vision de l'offre de soins pour enfants et adolescents présentant un double diagnostic**

- Expliquez les valeurs concrètes, la vision et la mission en ce qui concerne le renforcement de cette offre de soins.
- Indiquez la façon dont cette mission et cette vision sont intégrées dans le réseau.



## 5. Description du renforcement de l'offre de soins pour enfants et adolescents présentant un double diagnostic

### 5.1. Développement du contenu de l'offre de soins

- Décrivez comment le réseau entend développer l'offre de soins de santé mentale pour enfants et adolescents présentant un double diagnostic - déficience intellectuelle et problèmes de santé mentale (troubles du comportement et/ou troubles psychiatriques). À cet égard, basez-vous sur l'offre (semi-)résidentielle, ambulatoire et mobile existante.
- Décrivez concrètement la façon dont l'offre résidentielle et mobile spécifique au groupe cible sera renforcée.
- Comment l'offre de crise (et les possibilités de time-out) sera-t-elle réalisée? Quelles procédures d'inscription seront mises en oeuvre? Quels seront les soins prévus durant le traitement? Comment la sortie sera-t-elle préparée? Comment le suivi est-il organisé? Comment la continuité des soins est-elle garantie?
- Décrivez comment l'intervention mobile est opérationnalisée. Décrivez comment se déroulera le traitement à domicile ou en milieu substitutif du domicile.
- Décrivez comment le médecin responsable du réseau pourra appuyer le renforcement de cette offre de soins.
- Décrivez quels partenaires, services et institutions axés sur les soins aux enfants et adolescents présentant un double diagnostic, s'engagent à développer, en réseau, une offre de soins pour ce groupe cible.
- Comment se déroule concrètement la collaboration avec les autres partenaires concernés dans la prise en charge des enfants et adolescents présentant un double diagnostic? Une attention particulière est accordée aux collaborations avec SUSA.
- Décrivez comment les partenaires articulent leur offre de soins pour augmenter l'accessibilité, la complémentarité et la continuité des soins.
- Décrivez comment les partenaires intègrent les bonnes pratiques dans l'offre de soins pour enfants et adolescents présentant un double diagnostic.
- Décrivez comment les partenaires accordent une attention particulière aux jeunes adultes de la tranche d'âge charnière allant de 16 à 23 ans.

### 5.2. Développement organisationnel de l'offre de soins

- Décrivez la façon dont le réseau, et plus particulièrement les deux (au maximum) hôpitaux concernés, proposeront une aide aux enfants et aux adolescents présentant un double diagnostic. Quel est le nombre d'effectifs en termes de personnel affecté spécifiquement pour ce groupe cible, avant et après le renforcement de l'offre?
- Comment les effectifs supplémentaires sont-ils employés dans :
  - les soins de crise (et time-out)
  - les soins mobiles
  - ...
- Décrivez la façon dont l'expertise, l'expérience et les bonnes pratiques concernant le groupe cible envisagé sont partagées dans le réseau.

## **6. Auto-évaluation**

- Une évaluation, à intervalles réguliers, de l'offre en matière de soins en santé mentale pour enfants et adolescents présentant un double diagnostic est à penser et à implémenter, et ce à différents niveaux : orientation sur les besoins de l'utilisateur et sa satisfaction, continuité des soins, accessibilité, participation du groupe cible et de son entourage, collaboration intersectorielle, etc.  
Indiquez de quelle façon une telle évaluation sera réalisée.

## **7. Personne de contact pour le renforcement de l'offre de soins pour enfants et adolescents présentant un double diagnostic**

- Indiquez les coordonnées nécessaires (prénom, nom, n° de GSM, adresse électronique) d'une personne de contact qui pourra être contactée pour de plus amples informations au sujet de ce modèle.