

**Faculté des sciences économiques,
sociales, politiques et de communication**

Les politiques de santé mentale pour les enfants et
adolescents en Wallonie.

Proposition de grille d'analyse et perspectives à l'horizon 2030.

Auteur : LECLERCQ François
Promoteur : SAKKAS Sébastien

Année Académique 2023-2024

Master [60] en sciences politiques, orientation générale (horaire décalé)

Résumé

L'objectif de ce mémoire est d'analyser la mise en œuvre des politiques de santé mentale pour les enfants et adolescents en Wallonie et d'en proposer une grille d'analyse et des perspectives à l'horizon 2030.

Le présent travail fait suite à une période de près de dix années de fonctionnement des réseaux de santé mentale pour enfants et adolescents en Wallonie et s'inscrit dans une époque à la fois marquée par une plus grande reconnaissance des problématiques de santé mentale rencontrées au sein de la population et en même temps, une critique du morcellement des politiques publiques au sein du monde francophone.

A cet égard, la question de recherche qui découle de la première partie permettant la contextualisation des problématiques dans le domaine de la santé mentale est la suivante :

« La répartition des compétences affecte-t-elle l'efficacité des politiques relatives à la prévention et la prise en charge des problématiques de santé mentale des enfants et des adolescents en Wallonie ? »

En aucun cas à travers ce travail, il n'est envisageable de distinguer un lien de causalité ou une influence entre la répartition des compétences dans les secteurs des enfants et adolescents et l'état de santé mentale des enfants et adolescents.

En effet, les phénomènes sont multiples et les problèmes proviennent de différents facteurs.

Néanmoins et à travers les entretiens semi-directifs, on peut constater l'absence d'une vision globale dans la prise en charge de santé mentale des enfants et adolescents avec pour conséquences des freins quant au déploiement de celle-ci, des contraintes administratives, des perceptions erronées sur la responsabilité du suivi d'une situation ou pire encore, une prise en charge en silo avec pour conséquence, des limites dans l'intervention proposée imposant parfois l'errance et une forme de violence institutionnelle.

Plusieurs recommandations sont ainsi à suggérer pour la Wallonie, telles que la mise en œuvre d'une évaluation qualitative des politiques en cours, l'étude approfondie des parcours de vie des enfants et adolescents, l'activation d'une programmation de l'offre de soins, la mise en œuvre d'un statut juridique pour les réseaux de santé mentale ou encore la création d'une unité d'Administration Publique (UAP) unique pour les questions de santé et de jeunesse afin d'amener une prise en charge de santé ambulatoire et résidentielle cohérente mais aussi d'instaurer une gouvernance plus forte et mieux structurée via un seul et même organisme.

Remerciements

Je souhaiterais remercier toutes les personnes qui de près ou de loin m'ont apporté un soutien sans faille dans le reprise de ce cursus universitaire.

En premier lieu, ma famille et mes proches à qui je dois ma force d'entreprendre.

Si l'exercice d'entamer un cursus universitaire en horaire décalé est parfois énergivore mentalement, il est en tout autant pour les proches qui doivent subir quotidiennement cet investissement tant dans l'absence qu'il engendre que le stress qu'il procure parfois.

Un remerciement tout particulier pour Brigitte Bouton et Véronique Bauffe. Leur attention sans faille à mon égard est quelque chose de précieux.

Un énorme merci à France DEHARENG, au Docteur Didier WEGIMONT, à Marie LAMBERT, Didier DE VLEESCHOUWER, Bernard JACOB, SOLAÏMAN LAQDIM et à la Professeure Véronique DELVENNE pour le temps consacré ainsi que pour leur confiance et leur investissement.

Une petite pensée pour le trio infernal que nous composons avec Pierre-Yves LAMBOTTE et Jessica MARCHAL. Trio qui m'a donné le courage mais aussi l'énergie à travers les forces partagées dans nos cursus respectifs en sus de relectures très attentives de ce mémoire par Jessica.

Un merci particulier à Laurent LÉVÊQUE pour sa relecture de dernière ligne droite !

Je voudrais avoir une pensée pour toutes les personnes avec qui j'ai lié des liens durant ce cursus. Le partage, l'entraide et les rires sont des choses bien précieuses. Merci à vous Thomas, Charlotte, Evelyne, Fleur, Sami, Julie, Hubert, et tous les autres.

Enfin, je tiens bien évidemment à remercier très sincèrement mon promoteur Sébastien SAKKAS, pour la confiance, le temps passé dans le suivi, les conseils et la méthodologie de structuration.

Le plagiat

« Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie. Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux, ...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave. »

Table des matières

Introduction	1
Chapitre 1 : contextualisation des problématiques dans le domaine de la santé mentale et organisation de l'offre de services.	3
En Belgique, quelles sont les évolutions de la politique publique dans le secteur de la santé mentale depuis les années nonante ?	4
Une réforme parfois vécue de manière mitigée en Wallonie par les professionnels du secteur.....	5
Une suite de la réforme dès 2015 avec la création de la Nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents.....	7
L'organisation de l'offre de services sur le territoire wallon.	8
Un morcellement des politiques publiques dans la prise en charge de la santé mentale des enfants et adolescents.	10
Au niveau fédéral :	11
Aux niveaux communautaire et régional :	11
Chapitre 2 : Revue de la littérature sur les politiques de santé mentale et sur l'état de la santé mentale des enfants et adolescents	13
Au niveau international, que dit l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ?	13
Que dit la Commission européenne ?.....	15
Que dit L'UNICEF :	16
Que disent les indicateurs en Belgique ?.....	17
Synthèse des indicateurs à la suite de cette analyse:	21
Chapitre 3 : Les réseaux de santé mentale pour enfants adolescents : de la théorie des réseaux d'action publique à l'opérationnalisation effective.	22
Cartographie des réseaux :	23
Comité pour la nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents (COMSMEA) : un organe de concertation et de recommandations.	24
Quelle évolution dans la prise en charge en réseau ?	24
Des nouveaux projets répondant aux attentes du terrain	25

Les Nouvelles Politiques de santé mentale pour Enfants et Adolescents : un processus de politique publique territoriale aux multiples facettes.....	27
Une mise en réseau comme structuration de la politique publique.....	28
Une mise en réseau évaluée ?.....	32
Chapitre 4 : Méthodologie et construction d’entretiens semi-directifs	35
Des multiples recommandations à la mise en œuvre, quelles priorités doivent émerger ?..	37
Une évaluation objective à entreprendre.....	37
Quelles priorités faire émerger ?	37
Mise en œuvre d’une grille d’entretiens semi-directifs avec des acteurs reconnus.	38
Chapitre 5 : Comptes-rendus analytiques des entretiens exploratoires.....	40
Thème 1 : Naissance de la politique pour enfants et adolescents	40
Thème 2 : « Objectifs » de politique de santé mentale pour enfants et adolescents en Wallonie	43
Thème 3 : Les acteurs de cette politique	48
Thème 4 : Les enjeux au regard du paysage institutionnel belge.....	51
Thème 5 : L’évaluation de cette politique publique au regard du paysage institutionnel belge	57
Tableau récapitulatif des observations et recommandations des entretiens semi-directifs..	64
Chapitre 6 : Réponse à la question de recherche.....	66
Chapitre 7 : Conclusion.....	70
Chapitre 8 : Discussions et perspectives à l’horizon 2030.....	74
Bibliographie.....	78
Entretiens.....	83
Conférences/colloques/expositions	83
Annexes	

Lexique des termes et acronymes utilisés :

ARS : Agences Régionales de Santé en France

AVIQ : Agence pour une Vie de Qualité

Cette agence est responsable en Wallonie des politiques du Bien-être, de la Santé, du Handicap et de la Famille à la suite de la sixième réforme de l'Etat (AVIQ 2024)

BMF : Budget des Moyens Financiers

CFEH : Conseil Fédéral Des Établissements Hospitaliers

CIM : Conférence Interministérielle Santé publique

COMSMEA : Comité pour la nouvelle politique de Santé Mentale pour Enfants et Adolescents
Son rôle: suivre la nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents, l'évaluer et élaborer des propositions d'optimisation qui seront soumises à la CIM (Conférence InterMinistérielle) Santé publique (AVIQ, 2024)

CRéSAM Centre de Référence en Santé Mentale ASBL qui vise à soutenir l'action des professionnels de la santé mentale et leur intégration dans le réseau de soins en santé mentale (AVIQ 2024)

CSS : le Conseil Supérieur de la Santé

HP : Hôpital Psychiatrique

KCE : Centre Fédéral d'Expertise des soins de santé

OCDE : l'Organisation de coopération et de développement économiques

Son objectif est de promouvoir des politiques publiques qui favorisent la prospérité, l'égalité des chances et le bien-être pour tous. « *Nous nous appuyons sur 60 ans d'expérience et de connaissances pour préparer le monde de demain* » (OCDE, 2024)

OMS : L'organisation mondiale de la santé La priorité de l'OMS dans le domaine des systèmes de santé s'oriente vers la couverture de santé universelle. L'OMS travaille de concert avec les décideurs politiques, les partenaires mondiaux de la santé, la société civile, le monde universitaire et le secteur privé pour aider les pays à développer, mettre en œuvre des plans de santé nationaux solides (OMS, 2024)

ONE : « *Office de la Naissance et de l'Enfance Service public de la Communauté française qui a pour missions L'accompagnement de l'enfant dans et en relation avec son milieu familial et son environnement social ainsi que l'accueil de l'enfant en dehors du milieu familial* » (AVIQ, 2024)

PMS : « *Centres Psycho-Médico-Sociaux sont des lieux d'accueil, d'écoute et de dialogue avec pour objectif de soutenir les élèves des établissements scolaires* » (FWB-Enseignement, 2024)

des élèves en Fédération Wallonie-Bruxelles

Psy 107 : « *Restructuration du secteur de la santé mentale adultes dans le cadre de l'article 107 de la loi des hôpitaux ayant pour but de meilleurs soins en santé mentale par la réalisation de circuits et réseaux de soins* » (AVIQ, 2024)

RPM : Résumé Psychiatrique Minimum

« *C'est un enregistrement obligatoire dans tous les hôpitaux psychiatriques (HP) et les services psychiatriques en hôpitaux généraux (SPHG) en Belgique depuis le 1er juillet 1996. Il a pour but de soutenir la politique de santé à mener* » (SPF Santé publique, 2024)

SAJ : « *Service d'Aide à la Jeunesse Autorité publique, intervenant uniquement dans le cadre protectionnel (cela signifie donc qu'ils n'interviennent ni dans le domaine civil, ni dans le domaine pénal), qui peut entendre les jeunes en danger ou en difficulté et leur famille et les orienter vers un service dit "de première ligne" c'est-à-dire les CPMS, CPAS , etc* » (AVIQ, 2024)

SPF Santé publique : Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement de Belgique. Administration fédérale organisant les soins de santé en Belgique.

« *Les institutions scientifiques suivantes sont liées au SPF pour des études de soutien de la politique ou pour l'émission d'avis* » (SPF Santé publique, 2024):

- *Sciensano, le centre fédéral de recherche*
- *Le Conseil Supérieur de la Santé*
- *L'AFSCA, Agence fédérale pour la Sécurité de la Chaîne alimentaire, est chargée de tous les contrôles touchant la sécurité des aliments*

SMEA : Soins de santé mentale pour les enfants et les adolescents

SPHG : Service psychiatrique de l'hôpital général

UNICEF : « *United Nations International Children's Emergency Fund -Fonds des Nations unies pour l'enfance . l'UNICEF s'emploie à améliorer les mesures et les services protégeant tous les enfants afin de leur offrir un monde sûr et inclusif où grandir* » (Unicef, 2024)

WAPPS : « *Plan Wallon de Prévention et de Promotion de la Santé Horizon 2030 Son rôle: présenter le diagnostic de situation relatif à l'état de santé de la population wallonne, fixer les objectifs de santé, guider les actions et les stratégies à mettre en œuvre en matière de promotion de la santé et de prévention des maladies* » (AVIQ, 2024)

Liste des figures et tableaux

Figure 1 : l’Outil pyramide développé par le Centre de Référence en Santé mentale (CRESAM, 2021).....	9
Figure 2 : répartition géographique des services psychiatriques pour enfants et adolescents (Vers une Belgique en bonne santé, 2024).....	18
Figure 3 : cartographie des réseaux dans les soins de santé mentale pour enfants et adolescents (Vers une Belgique en bonne santé, 2024).....	23

Liste des annexes

Annexe I : Offre en santé mentale en Wallonie - CRÉSAM	1
Annexe II : Les missions de l’AVIQ.	2
Annexe III : Répartition en date du 1er juin 2024 des portefeuilles ministériels belges de la santé mais également des matières en lien avec la santé mentale des enfants et des adolescents.	3
Annexe IV : Analyse des principales priorités et constats existants préalablement à cette recherche.....	5
Annexe V : Grille d’entretien reprenant l’ensemble des questions abordées thèmes abordés.	10

Introduction

Ces dernières années, la question de la santé mentale des citoyens, et particulièrement des plus jeunes, a pris une place prépondérante dans notre société mais aussi dans les débats médiatiques.

En effet, les différentes crises vécues apportent un éclairage nouveau sur les difficultés que la population traverse et particulièrement les enfants et les adolescents.

Si développer une société qui soit collectivement bienveillante, bientraitante et qui veille à la santé mentale de ses citoyens devrait être la préoccupation de tous, les problématiques de santé mentale n'ont pas toujours été mises à l'avant-scène, au contraire.

Dans un monde où la performance et la réussite sont promues dès le plus jeune âge, l'effet démultiplicateur des regards portés par la société sur l'individu est très certainement anxiogène.

A cet égard, l'OCDE, remarque que *« plus de la moitié des troubles mentaux se déclarent pendant l'enfance et la jeunesse, et les mesures de prévention et de promotion sont particulièrement efficaces pendant la petite enfance, l'enfance et l'adolescence.*

Pourtant, les performances des systèmes de santé mentale présentent des lacunes importantes. Deux tiers des personnes cherchant un soutien en santé mentale déclarent avoir des difficultés à l'obtenir, et de nombreux pays peinent à déterminer si leurs systèmes de santé mentale produisent des résultats efficaces » (OCDE, 2024)

La Belgique n'est donc certainement pas épargnée par ces difficultés et de son côté, la Wallonie fait face, quant à elle, à un morcellement de ses compétences dans les matières de l'enfance et de l'adolescence malgré une sixième réforme de l'état et les accords intra-francophones de la Sainte Emilie qui ont confié d'importantes compétences en matière de santé mentale à la Région wallonne.

Par ailleurs, cette dernière a également contribué à la mise en œuvre des protocoles d'accord de la Conférence interministérielle de la santé visant à réformer les soins en santé mentale, implémentant les réseaux dits « 107 » (fondés sur l'article 107 de la loi sur les hôpitaux et financés via la partie B4 du BMF des hôpitaux).

Depuis 2015, des réseaux sont dédiés aux enfants, adolescents et jeunes adultes en transition sans pour autant bénéficier d'un agrément par les autorités wallonnes.

Complémentairement à cela, l'assurance soins de santé intervient depuis 2021 dans le prix de prestations dispensées par un psychologue clinicien, dès lors que celui-ci a conclu une convention INAMI avec un réseau de soins de santé mentale en Wallonie. Le public-cible des enfants et adolescents est également concerné par cette réforme.

Le présent travail s'inscrit d'une part, après une période de près de dix années de fonctionnement des réseaux de santé mentale pour enfants et adolescents en Wallonie et d'autre part, au sein d'une époque à la fois marquée par une plus grande reconnaissance des problématiques de santé mentale rencontrées au sein de la population et en même temps, par la critique du morcellement des politiques publiques au sein du monde francophone.

L'objectif de ce mémoire est donc de proposer une grille d'analyse de la situation en Wallonie pour en identifier des pistes d'actions potentielles visant à améliorer l'efficacité de la prise en charge des problématiques de santé mentale des enfants et des adolescents au sein des systèmes socio-sanitaires.

A cet égard, la question de recherche qui découle de la première partie permettant la contextualisation des problématiques dans le domaine de la santé mentale est la suivante :

« La répartition des compétences affecte-t-elle l'efficacité des politiques relatives à la prévention et à la prise en charge des problématiques de santé mentale des enfants et des adolescents en Wallonie ? »

Afin d'être le plus exhaustif possible, nous traverserons la littérature et les indicateurs sur l'état de la santé mentale des enfants et adolescents.

Dans la foulée, nous appréhenderons dès le troisième chapitre, la structuration, dans sa forme simplifiée, de la politique publique de santé mentale en Wallonie.

De manière méthodologique, nous aborderons à l'aune du quatrième chapitre l'enjeu d'évaluation de cette politique publique avec pour finalité, la mise en œuvre d'une grille d'entretiens semi-directifs qui sera appliquée auprès d'acteurs reconnus dans ce monde de la santé mentale des enfants et adolescents.

Le cinquième chapitre se concentrera intégralement sur les comptes-rendus analytiques des entretiens exploratoires avec pour volonté de confronter la théorie à la réalité opérationnelle du terrain.

Enfin les trois derniers chapitres auront pour objectifs de confronter l'analyse effectuée pour répondre à la question de recherche et en retirer les conclusions nécessaires afin de dégager les actions à entreprendre dans une perspective d'avenir à l'horizon 2030-2035.

Chapitre 1 : contextualisation des problématiques dans le domaine de la santé mentale et organisation de l'offre de services.

Comme beaucoup d'autres régions du monde, la Belgique, en ce compris la Wallonie, est touchée ces dernières années par de multi-crisis majeures mais aussi de natures et d'origines diverses : sanitaires, financières, géopolitiques ou climatiques.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) plaide de manière appuyée pour une prise en compte de la santé mentale dans le monde ; ceci afin de lutter contre les impacts majeurs que ces problématiques de santé mentale entraînent sur la population du globe et en particulier, sur celle des enfants et des adolescents. Elle défend par ailleurs la nécessité de l'évolution des prises en charge des soins de santé mentale.

« La santé mentale est un « état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive, et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté » (OMS, 2022).

Le Directeur général de l'OMS, le Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus, ayant déclaré en juin 2022 : *« Chacun dans sa vie est proche d'une personne touchée par des problèmes de santé mentale. Une bonne santé mentale se traduit par une bonne santé physique et ce nouveau rapport présente des arguments convaincants en faveur du changement. Les liens inextricables entre la santé mentale et la santé publique, les droits humains et le développement socioéconomique signifient que le changement des politiques et des pratiques en matière de santé mentale peut apporter des avantages réels et substantiels aux individus, aux communautés et aux pays du monde entier. L'investissement dans la santé mentale est un investissement dans une vie et un avenir meilleur pour tous » (OMS, 2022)*

A cet égard, les 194 États Membres de l'OMS, dont la Belgique, ont tous approuvé le Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2030, par lequel ils s'engagent à atteindre des cibles mondiales pour transformer la santé mentale. *« Les progrès réalisés localement au sein de certains états au cours de la dernière décennie prouvent que le changement est possible. Mais ledit changement ne se produit pas assez rapidement, et l'histoire de la santé mentale reste une histoire marquée par l'indigence et la négligence » (OMS, 2022)*

Selon l'OCDE, des actions sont nécessaires au niveau collectif et auront un meilleur rapport coûts/bénéfices que de traiter les dommages individuels. Il est important de réfléchir aux systèmes plutôt que de sur-responsabiliser les individus.

Les phénomènes sont multiples et les problèmes proviennent de différentes variables. Il apparaîtrait dès lors comme essentiel de construire des politiques davantage intégrées et élaborées à partir d'une part, des besoins d'un écosystème en mutation de plus en plus complexe et d'autre part, des besoins individuels mais appréhendés de manière holistique.

L'actualité le rappelle très souvent, la santé mentale est malheureusement encore trop perçue sous le prisme d'une compétence unique lorsqu'il s'agit de trouver des solutions structurelles dans l'économie, le monde du travail, l'enseignement, le secteur de la petite enfance, etc.

Il est vraisemblable que l'état de la santé mentale dans la société révèle aussi qu'un changement de paradigme est à opérer plus largement au sein de celle-ci. En effet, parallèlement à ces constats nationaux et internationaux, le fossé des inégalités se creuse rejoignant ainsi notamment l'analyse de Thomas Piketty. Selon ce dernier, il existe aujourd'hui un niveau d'inégalité similaire à la période d'entre-deux guerres (Piketty, 2021).

Autour de ces éléments viennent se greffer plusieurs difficultés telles que d'une part, l'accessibilité de la prise en charge qu'elle soit financière, géographique, sociale ou culturelle mais aussi l'évolution de services à la population face aux besoins à rencontrer au sein d'une société de plus en plus complexe. De l'autre, la nécessité de réformes à engager en Wallonie et, pour certaines à conforter,.

En Belgique, le transfert des compétences à la suite de la 6ème réforme de l'Etat amène la Wallonie à devoir prendre ses responsabilités dans le développement de ses politiques de santé publique et particulièrement, dans les soins de santé mentale.

Par ailleurs, le monde francophone de par sa complexité institutionnelle est encore trop confronté à des freins dans le déploiement des politiques, à des transferts de responsabilités ou à des fonctionnements par pilier voire en silo. Cette structuration a comme conséquence, une absence potentielle de fluidité dans la prise en charge et un manque flagrant de continuum et de complémentarité dans les soins notamment chez les plus jeunes.

En Belgique, quelles sont les évolutions de la politique publique dans le secteur de la santé mentale depuis les années nonante ?

Depuis une trentaine d'années, le secteur des soins de santé mentale s'est vu impacté par diverses réformes ayant pour objectif notamment, de soigner, au plus près du milieu de vie, les personnes concernées par une problématique de santé mentale.

Ce secteur se voit donc confronté à de nombreuses révolutions dans son approche de soin d'autant que le phénomène de désinstitutionalisation initié a des conséquences majeures sur l'organisation des services.

Cette tendance à la désinstitutionalisation s'est donc marquée dès le début des années nonante suivant ainsi les recommandations internationales prônant un soin centré sur le patient ou le bénéficiaire en favorisant les soins ambulatoires et les soins en services ouverts.

A partir des années 2010, une étape supplémentaire a été franchie par le développement de la réforme dites « 107 » ou « psy 107 » en référence à l'article de la loi sur les hôpitaux « *le Roi peut prévoir des moyens de financement spécifiques pour permettre, à titre expérimental et pour une période limitée, un financement prospectif et programmé des circuits et réseaux de soins* » (Vers une Belgique en bonne santé, 2024).

Cette réforme des soins de santé mentale avait notamment pour objectif de réduire le nombre de lits psychiatriques dédiés à la prise en charge de personnes majeures au bénéfice notamment, de soins en équipes mobiles et de la création de réseaux de soins de santé mentale « adultes ».

Une réforme parfois vécue de manière mitigée en Wallonie par les professionnels du secteur.

En effet, un élément à prendre en considération dans la perception de cette réforme : elle s'est impulsée très, voire trop, rapidement et a pu manquer de réalisme entre sa conception théorique et sa mise en œuvre, faisant fi à certains égards de particularités régionales.

A titre d'exemple et pour démontrer la rapidité de mise en œuvre de la réforme « 107 », « *en 2015, c'est-à-dire 5 ans après le début de la réforme, 1.118 lits hospitaliers avaient été gelés, sur les 15.600 existants en Belgique* » (MORMONT, M., 2015).

Le Chef du Service des Soins de Santé psychosociaux. SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement expliquait alors « *On a fait une sorte de simulation. Quand on pourra couvrir toute la Belgique avec des équipes mobiles (il faut huit équivalents temps pleins pour 300.000 habitants), on aura besoin d'environ 5.000 lits hospitaliers* » (De Bocke, P., 2015).

C'est-à-dire un tiers des lits initiaux.

Les équivalents temps plein ressortis de la programmation des lits ont permis la création d'équipes mobiles de soins de crise et de longue durée tout en permettant aux hôpitaux, de développer des initiatives de soins beaucoup plus intensives.

« Au 1er janvier 2023, il y avait 17 403 lits et places agréés dans les services psychiatriques pour adultes en hôpital psychiatrique (HP- et en service psychiatrique de l'hôpital général (SPHG) »

Vers une Belgique en bonne santé, 2024).

Près de 80 % de cette offre était constituée de lits résidentiels agréés pour les soins aigus et chroniques. Une partie des lits agréés, soit 13,6 %, a été mise hors service.

Nous sommes donc encore bien loin du but à atteindre quant au tiers de lits prévu dix ans auparavant et il faut par ailleurs remarquer que toutes les régions ne furent pas égales dans la mise en œuvre de cette réforme.

La philosophie de cette réforme fut ainsi dès son entrée et dans son opérationnalisation, plus favorable à la Flandre *« la Région flamande dispose de la plus grande offre de soins psychiatriques dans les HP et les SPHG. Pour 100 000 habitants, on compte 111 lits de soins résidentiels, 26 lits pour l'hospitalisation de jour et 2 pour l'hospitalisation de nuit, soit un total de 139 lits pour 100 000 habitants. Dans la Région de Bruxelles Capitale et la Région wallonne, l'offre totale est moins importante, respectivement de 112 et 115 lits et places par 100 000 habitants »* (SPF Santé publique, 2024).

La réforme est donc de facto, plus impactante pour la Région de Bruxelles Capitale et la Région wallonne qui perdent sur le terrain davantage de capacité hospitalière que le nord du pays en développant des équipes mobiles.

Il s'agit là d'un paradoxe évident lorsqu'on sait qu'en augmentant la sensibilisation à la santé mentale, mais surtout en détectant au domicile ou dans des lieux de vie des situations qui nécessitent une hospitalisation, le sud du pays est réellement confronté à une diminution de sa capacité d'action. Même si cela concerne le milieu adulte, les patients de l'âge de transition 16-25 ans étant principalement hospitalisés dans des unités adultes, les difficultés rencontrées sur le terrain sont davantage exacerbées.

Notons également qu'en raison même du mécanisme qui fut préconisé en gelant un nombre minimal de lits à devoir geler pour constituer des équipes mobiles, certaines provinces wallonnes n'ont pu pleinement s'y investir compte tenu de la programmation.

Cela a eu également un impact complémentaire car des projets d'intensifications de soins développés en Belgique se sont vus conditionnés dans un premier temps à la constitution totale

de leur équipes mobiles empêchant stricto sensu, les provinces wallonnes concernées de déposer des projets.

Une suite de la réforme dès 2015 avec la création de la Nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents.

Dès 2015, un nouveau guide et cette fois, réservé à l'attention du secteur des enfants et adolescents fut rédigé. La Nouvelle politique de santé mentale vise désormais spécifiquement la tranche d'âge de 0 à 18 ans ainsi que l'âge de transition vers la vie adulte.

L'objectif de cette nouvelle réforme dans un premier temps est de créer des réseaux de soins en coordonnant les activités sur un territoire. De l'autre, il s'agit de développer des équipes mobiles au sein desquels travaillent des acteurs issus de divers secteurs relatifs aux enfants et adolescents. Le personnel concerné ayant la plupart du temps une expérience dans la pédopsychiatrie, le handicap, l'aide à la jeunesse, l'action sociale, la petite enfance, etc.

En effet, l'environnement dans lequel évolue les acteurs des soins de santé mentale des enfants et adolescents est multiple et interconnecté.

La prise en charge du soin se voulant in situ, au sein du lieu de vie de la personne et, en l'occurrence, de l'enfant ou de l'adolescent, les partenaires sont donc très nombreux.

Concernant la pédopsychiatrie, ce secteur n'a jamais connu de réduction de lits pédopsychiatriques.

A cet égard, « 52 hôpitaux, dont 27 hôpitaux généraux dotés d'un service psychiatrique (SPHG) et 25 hôpitaux psychiatriques (HP), disposent d'un service psychiatrique pour enfants et adolescents.

Au 1^{er} janvier 2023, il y avait en Belgique 1 345 lits et places agréés dans les services psychiatriques pour enfants et adolescents soit 711 lits en hospitalisation résidentielle (index K), 555 places en hospitalisation de jour (index k1) et 79 lits en hospitalisation de nuit (index k2) » (Vers une Belgique en bonne santé, 2024).

C'est dans la Région de Bruxelles-Capitale que l'on trouve le plus grand nombre de lits agréés par 100.000 habitants, soit 110. En Région flamande, ce nombre est de 65 et en Région wallonne de 63.

L'organisation de l'offre de services sur le territoire wallon.

Le territoire wallon bénéficie aujourd'hui d'une très large couverture d'offre de services de santé, de santé mentale et du social. Toutefois, celle-ci reste complexe, parfois divisée selon la répartition des compétences institutionnelles entre le Gouvernement fédéral, le Gouvernement de la Wallonie et le Gouvernement de la Fédération Wallonie-Bruxelles. Ce phénomène de morcellement de compétences est encore accru lorsqu'il s'agit des matières liées à l'enfance et l'adolescence.

Malgré des collaborations plus structurée entre les professionnels et les acteurs de terrain, la conception même de l'approche de santé mentale reste malheureusement cantonnée dans une vision de la spécialisation.

Aujourd'hui encore, de nombreux acteurs ne s'estiment pas nécessairement responsables ou compétents en matière de promotion et de prévention de la santé mentale.

Ainsi à titre d'exemple, la répartition oscille principalement entre l'ONE pour les 0-18 ans et la Région wallonne à travers le Plan de promotion et de prévention de la santé Horizon 2030.

Si cette répartition des compétences dans les matières de l'enfance et de l'adolescence ne facilite pas la mise en œuvre d'activités de prévention, elle accentue probablement et plus facilement le renvoi de responsabilité entre les acteurs dans cette prise en charge des soins de santé mentale.

Pour comprendre la multitude des environnements qui gravitent autour de la prise en charge d'une problématique de santé mentale mais aussi pour rapporter sa complexité, le Centre de Référence en Santé mentale a développé l'outil « Pyramide » (Cresam, 2021) afin de mettre en évidence, l'interconnexion des services et l'environnement existant.

La complexité organisationnelle a par ailleurs été mise en exergue dès 2019 à travers un rapport du Centre Fédéral d'Expertise des soins de santé concernant les soins de santé mentale pour les adultes (KCE, 2019).

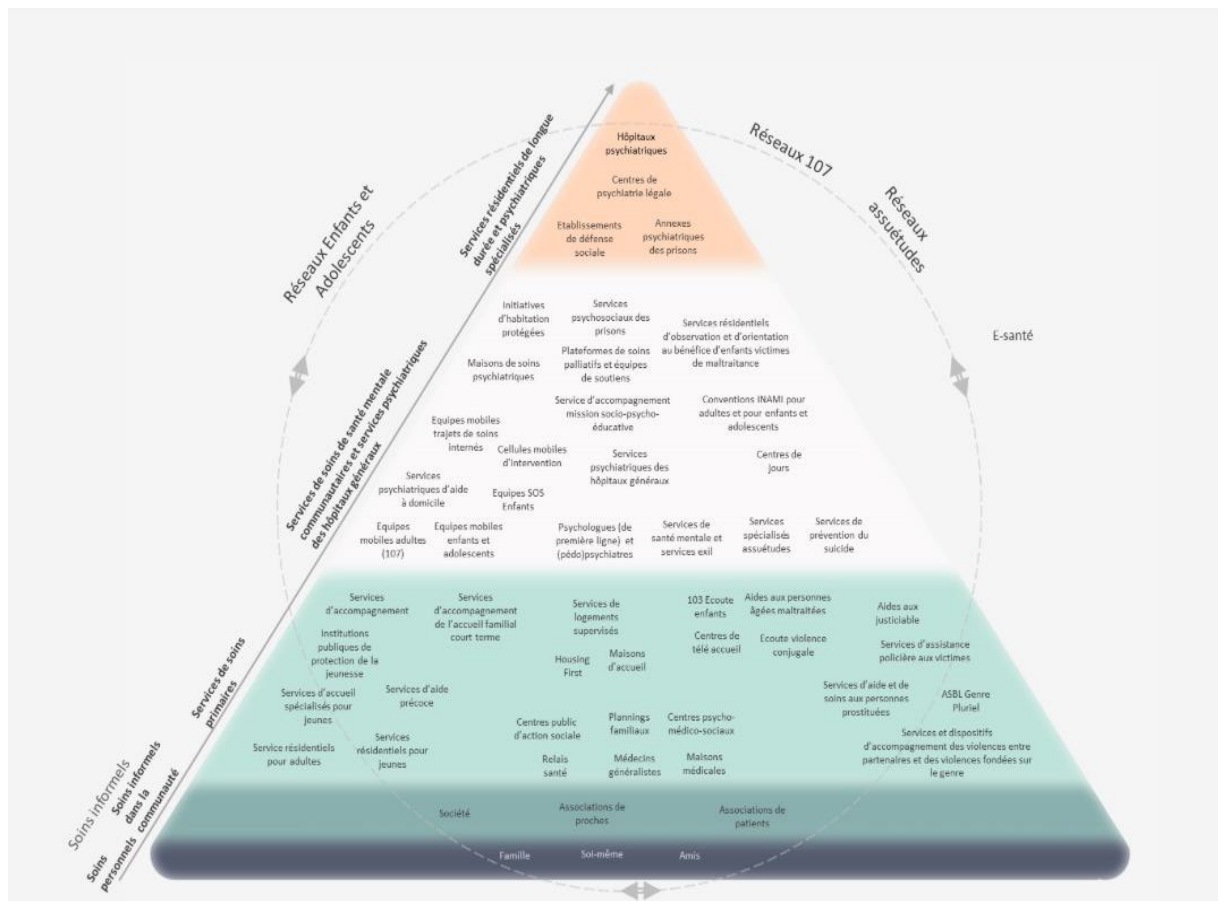


Figure 1 : l'Outil pyramide développé par le Centre de Référence en Santé mentale (CRESAM, 2021).

A première vue, la Belgique par la répartition des compétences connaît une interconnexion du développement de ses politiques publiques à la fois au niveau fédéral et régional qui s'exerce également via l'influence des politiques publiques menées par nos pays voisins.

C'est ainsi par exemple que le niveau fédéral mais aussi la Flandre, développent des politiques de santé mentale inspirées de celles construites aux Pays-Bas.

La Belgique a développé au cours des 150 dernières années, un réseau de structures publiques et privées extrêmement dense. Les richesses de la Belgique, l'industrialisation et le développement de l'éducation ont influencé de manière majeure les politiques psychiatriques et de santé mentale au cours du XIX et du XXème siècle. C'est au début des années 2000, et sous-l'influence notamment de l'OMS, que le développement des politiques communautaires et de mise en réseau s'accélérent un peu plus encore.

Cette mise en réseau et non en concurrence de soins serait néanmoins dans l'espace francophone face à un défi majeur dans le secteur de l'enfance et de l'adolescence : le morcellement des compétences entre les différentes autorités du pays.

Un morcellement des politiques publiques dans la prise en charge de la santé mentale des enfants et adolescents.

Nous l'entendons constamment dans les médias, les débats politiques ou lors de divers conférences, de nombreux questionnement sont posés quant à répartition des compétences en matière de santé. Dans les faits, il existe à l'heure d'écrire ces lignes, neuf Ministres de la santé en Belgique. La Wallonie et Bruxelles sont les plus confrontées à ce phénomène par la particularité de la gestion entre les trois Gouvernements concernés. D'une part, le Gouvernement fédéral, le Gouvernement régional et en enfin, le communautaire à travers la Fédération Wallonie Bruxelles.

L'objet de ce mémoire n'est t évidemment pas de passer en revue l'historique des différentes réformes de l'Etat mais il appert néanmoins essentiel de comprendre le contexte politique dans lequel les différentes réformes évoluent concernant la problématique qui nous occupe.

Comme dans d'autres pays Européens ou au-delà de ces frontières, la santé dans sa globalité n'est pas gérée pour toutes ses compétences, par un seul Ministre en un seul Gouvernement.

Dans les faits, l'évolution des politiques de santé au regard de la pyramide des soins (OMS, 2007) tend donc vers une approche centrée essentiellement vers le patient.

A titre d'exemple chez nos voisins allemands, le Chancelier coordonne les actions avec les 16 Länder. En France, le Ministre de la santé au sein du Gouvernement et désigné par le Président, coordonne les politiques de santé avec l'ensemble des assemblées départementales et les agences régionales de santé (ARS) qui régulent et organisent les activités de santé. En Suisse, il y a un Ministre de la santé par Canton. Les assemblées qui en découlent tant au niveau français que du côté allemand pour les Länder ou des cantons suisses peuvent d'une certaine manière être comparées, aux Gouvernements régionaux belges. La plus grande différence étant le nombre d'habitants et la grandeur des territoires, ce qui démultiplie les instances territoriales (Colloque International, DULBEA, 2024).

Nous pouvons donc l'observer ailleurs et pour ne citer que trois pays voisins de la Belgique, les compétences de la santé ne sont jamais gérées par une seule et unique autorité.

La Belgique n'est donc pas une exception européenne en la matière même si on peut remarquer un découpage par territoire qui ne correspond pas nécessairement à la réalité de terrain mais davantage à des considérations institutionnelles

De manière synthétique, la répartition est chez nous la suivante :

Au niveau fédéral :

Principalement actif dans les matière régaliennes, le niveau fédéral est en charge de la sécurité sociale à travers l'assurance-maladie invalidité. Le financement des prestations à l'acte, des hôpitaux ou encore la désignation comme hôpital universitaire le sont également.

La création des réseaux de santé mentale pour enfants et adolescents à l'échelle du territoire provincial est elle aussi, une compétence fédérale.

Aux niveaux communautaire et régional :

Les hôpitaux universitaires que nous venons d'évoquer ci-dessus relèvent eux, des communautés ; Communauté française pour le sud du pays et flamande pour le nord. La Communauté germanophone quant à elle ne dispose guère d'un hôpital universitaire.

Les Communautés sont compétentes pour les normes d'agrément, le financement des infrastructures hospitalières et des services médico-techniques.

Aussi, elles sont également compétentes pour ce qui relève de la médecine préventive pour les enfants et adolescents. C'est donc l'Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE) qui est compétente pour la Wallonie.

Les Communautés flamande et germanophone sont compétentes pour le dépistage des maladies mais pour Bruxelles et la Wallonie, ce sont respectivement la Commission communautaire française (COCOF) et la Région wallonne à travers l'AVIQ qui en ont la compétence.

C'est par ailleurs la Commission communautaire commune (Cocom) qui a la charge des hôpitaux non universitaires bruxellois. Ces derniers étant bicommunautaires.

Concernant la prise en charge notamment des soins de santé mentale en dehors des hôpitaux généraux ou spécialisés ou encore la gestion des maisons de repos et de soins, ce sont les Communautés flamande et germanophone qui en ont la charge.

A Bruxelles, c'est la Cocof ou la Cocom qui est compétente dans ces matières et ce, si l'institution est francophone ou bicommunautaire.

La Région wallonne en dehors des compétences de la Fédération Wallonie Bruxelles et du fédéral développées ci-dessus, est compétente pour l'ensemble des matières de la santé.

C'est l'AVIQ, créée à la suite de la 6^{ème} réforme de l'Etat, qui a la charge d'administrer ces politiques de santé.

Après cette première analyse synthétique, on peut aisément appréhender le fait que mener une politique globale de santé mentale efficiente pour les enfants et adolescents et évaluer les effets de cette politique appert comme étant complexe car obligatoirement interconnectée et dans un environnement politique, institutionnel et sociétal en constante mutation.

La question de recherche amenée par cette contextualisation des problématiques dans le domaine de la santé mentale des enfants et des adolescents est la suivante :

« La répartition des compétences affecte-t-elle l'efficiencia des politiques relatives à la prévention et la prise en charge des problématiques de santé mentale des enfants et des adolescents en Wallonie ? »

Chapitre 2 : Revue de la littérature sur les politiques de santé mentale et sur l'état de la santé mentale des enfants et adolescents

Afin de mettre en lumière la situation générale actuelle et avant de poursuivre l'analyse, attardons-nous quelques instants sur les indicateurs internationaux relatifs à cette thématique.

Au niveau international, que dit l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ?

Dans le cadre de la journée internationale de la santé mentale, un nouveau rapport d'enquête du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe nous informe que « les filles vont moins bien que les garçons ».

« Un quart des jeunes filles de 15 ans se sentent seules la plupart du temps ou en permanence, ce qui souligne la nécessité d'interventions adaptées aux femmes et aux jeunes filles en matière de santé mentale » (OMS, 2023). C'est du côté des garçons un sur sept qui est concerné

« Sur 280.000 garçons et filles étudiés au sein de 44 pays, d'Europe et d'Asie centrale âgés de 11, 13 et 15 ans, 25% exprime un sentiment de solitude alors qu'un 1 garçon sur 7 se sent concerné par ce même sentiment » (OMS 2023).

Notons que l'OMS indique, par ailleurs, que le sentiment de satisfaction de la vie diminue depuis de nombreuses années et ce, même préalablement à l'arrivée de la pandémie de COVID-19.

Aussi, divers troubles de santé (maux de dos, insomnies, etc) sont en augmentation depuis près de 10 ans, ce qui rejoint les données au niveau fédéral que nous aborderons ci-après.

« Un tiers des adolescents se sont sentis nerveux ou irritables plus d'une fois par semaine au cours de ce dernier semestre. Ils sont 1 sur 4 à signaler des problèmes de sommeil (29 %) et/ou un sentiment d'abattement (25 %) ; 1 sur 5 (20 %) a signalé de fréquents maux de tête, plus d'une fois par semaine » (OMS, 2023)

Précisons que ce rapport « confirme également certains constats déjà anciens, à savoir que le statut socioéconomique est un indicateur de la santé mentale : l'état de santé général des adolescents issus de familles moins aisées est moins bon ».

L'OMS insiste dans son rapport sur la nécessité des interventions précoces afin d'éviter des traitements spécialisés et beaucoup plus lourds ultérieurement.

Le travail « in situ » de prise en charge de la santé mentale est primordial. L'OMS met en évidence l'importance de l'école comme acteur principal d'une prise en charge mais aussi d'orientation vers des prestataires de soins ou de prévention.

Pour surveiller l'état de santé mentale des enfants et adolescents, l'OMS a mis en place une étude plus connue sous le nom de HBSC (Health Behaviour in School-aged Children).

Cette étude, à portée transnationale en Europe et en Amérique du Nord, est unique sur la santé et le bien-être des adolescents et a débuté au début des années quatre-vingt.

« En présentant les tendances observées sur le long terme, l'enquête HBSC nous permet de suivre l'impact des changements sociétaux et du mode de vie personnel sur la santé des adolescents », déclare Jo INCHLEY, coordinatrice internationale de l'enquête HBSC. « Surtout, elle nous permet d'entendre les jeunes eux-mêmes s'exprimer sur les questions qui leur tiennent à cœur et sur les facteurs qui influencent leur santé et leur bien-être. Il y a beaucoup de problèmes à résoudre, mais les statistiques mettent aussi en évidence l'importance d'instaurer un contexte de sollicitude et de soutien, dans lequel les adolescents peuvent s'épanouir » (OMS, 2023).

Cette analyse vient encore confirmer que l'état de la santé mentale des enfants et adolescents est inquiétant. Les indicateurs révèlent des difficultés majeures et un mal-être rarement égalés.

« Les jeunes nous disent qu'ils ne se sentent pas bien, et c'est à nous, en tant qu'adultes, en tant que décideurs, de les écouter et d'agir », conclut le docteur Kluge. « Notre enquête fait ressortir l'urgente nécessité de mettre en place des interventions mieux adaptées en faveur de la santé mentale des filles et des femmes, dans nos écoles, dans nos foyers et au sein de nos communautés. Et même si les garçons ne signalent pas autant de problèmes de santé mentale, ils doivent être sensibilisés à la manière de détecter les signes de détresse, d'anxiété ou de solitude, chez eux et chez les autres. Ensemble, nous pouvons faire en sorte que la santé mentale soit vraiment prise en compte partout dans notre Région » (OMS, 2023).

Que dit la Commission européenne ?

Le 7 juin 2023, dans sa communication sur une approche globale en matière de santé mentale au Parlement Européen, au Conseil, au Comité Economique et Social Européen et au Comité des Régions, la Commission européenne évoque en son point C du rapport : « l'amélioration de la santé mentale des enfants et des jeunes » (Commission Européenne, 2023).

Elle y indique ceci :

« L'Europe assiste à une détérioration de la santé mentale de ses jeunes générations. Pendant la pandémie de COVID-19, la plupart des enfants n'ont pas pu aller en cours et ont été privés d'interaction sociale et d'activité physique, et la dépression chez les jeunes a plus que doublé. (Panorama de la santé: rapport sur l'Europe, 2022).

La solitude, un facteur important déterminant le bien-être et la santé mentale, a atteint des niveaux alarmants. En 2022, une personne sur cinq âgée de 16 à 25 ans a déclaré se sentir seule la plupart du temps » (Panorama de la santé, rapport sur l'Europe, 2022).

Ici aussi, l'Europe insiste sur plusieurs facteurs importants sur les effets de la santé mentale comme la pauvreté, le harcèlement scolaire, les enfants déplacés par la migration forcée ou victimes de l'exploitation sexuelle. De manière générale, les jeunes sont par ailleurs extrêmement préoccupés par les défis comme celui du changement climatique et la non-action des pouvoirs politiques perçue comme une trahison de cette génération. La Commission européenne indique par ailleurs « qu'une enquête récente a conclu que 75 % des enfants et des jeunes répondants considéraient leur avenir comme « effrayant ».

« Les jeunes sont de plus en plus confrontés à l'anxiété, à la tristesse ou à la peur, à l'automutilation, à la faible estime de soi, au harcèlement et aux troubles alimentaires » (Commission européenne, publications sur la solitude, 2023).

Que dit L'UNICEF :

Le 21 juin 2022, l'UNICEF a publié un nouveau rapport largement diffusé au sein de la presse belge et internationale concernant la santé mentale des enfants et adolescents. Ce rapport intitulé « What do you think » (UNICEF, Rapport des enfants et des jeunes présentant des troubles de la santé mentale en Belgique, 2022) nous éclaire sur les points d'attention nécessaires, selon les enfants et adolescents interrogés, à prendre en compte dans le développement et la coordination des politiques de soins de santé mentale en Belgique.

Préalablement, ce rapport estime que plus de 16,3 % des adolescents âgés de 10 à 19 ans en Belgique sont atteints d'un trouble mental diagnostiqué selon les termes de la définition de l'OMS.

Les points d'attention soulevés sont les suivants :

- Sortir du silence et mettre un terme à la stigmatisation ;
- La voix des enfants et des adolescents doit être davantage prise en compte ;
- Beaucoup de jeunes déplorent la discontinuité des soins engendrée, par exemple, par les changements organisationnels dans l'hôpital, le « turnover » du personnel de santé ;
- Pouvoir jouer davantage dans l'approche du soin ;
- Organiser des groupes de paroles entre les jeunes, pas forcément au sein de l'hôpital mais partout au sein de la cité, dans le milieu de vie ;
- Les enfants et adolescents aimeraient aussi qu'on vienne en aide à leurs parents. Une aide matérielle. Un aide psychologique. Un soutien ;
- Le rôle de l'école est aussi pointé comme devant évoluer. L'école devrait être ce lieu névralgique où tous les enfants pourraient recevoir de l'aide. L'endroit de prédilection des jeunes pour qu'ils trouvent une écoute bienveillante et un soutien concret ;
- Au-delà, ce sont tous les professionnels de première ligne (enseignants, médecins généralistes, par exemple) mais aussi les élèves en général qui devraient être formés et sensibilisés aux troubles de la santé mentale. Car ceux-ci sont mal connus. Les enfants qui en souffrent sont parfois stigmatisés ou ne sont pas pris au sérieux.

Les constats de santé mentale se rejoignent ainsi sur le plan international et révèlent une situation particulièrement inquiétante pour les enfants et adolescents.

La progression est constante depuis près de 15 ans. Les crises que nous connaissons mais également les perspectives d'un futur inquiétant, entraînent des troubles importants et le besoin de prise en charge des problématiques de santé mentale au sein de cette population.

Que disent les indicateurs en Belgique ?

En février 2024, le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement a publié les données phares dans les soins de santé mentale.

Bien que ce rapport ne prenne en compte que partiellement l'offre de soins puisqu'il analyse précisément et uniquement les données de fonctionnement des hôpitaux psychiatriques (HP) et des services psychiatriques des hôpitaux généraux (SPHG) en Belgique, il permet néanmoins d'aborder cette offre mais également son état.

En premier lieu, cette analyse laisse apparaître que l'offre de service en Wallonie est déséquilibrée non seulement par rapport à l'offre au nord du pays et également, de manière territoriale au sein de la Wallonie.

En effet, comme l'indique le SPF Santé publique sur la cartographie de service « *en termes de répartition géographique, les services sont surtout concentrés autour de Charleroi et Namur et dans la Province du Brabant wallon. Dans le reste de la Région wallonne, l'offre est très limitée. Dans la Région flamande, l'offre est une nouvelle fois plus équilibrée* » (SPF Santé publique, 2024, p.28).

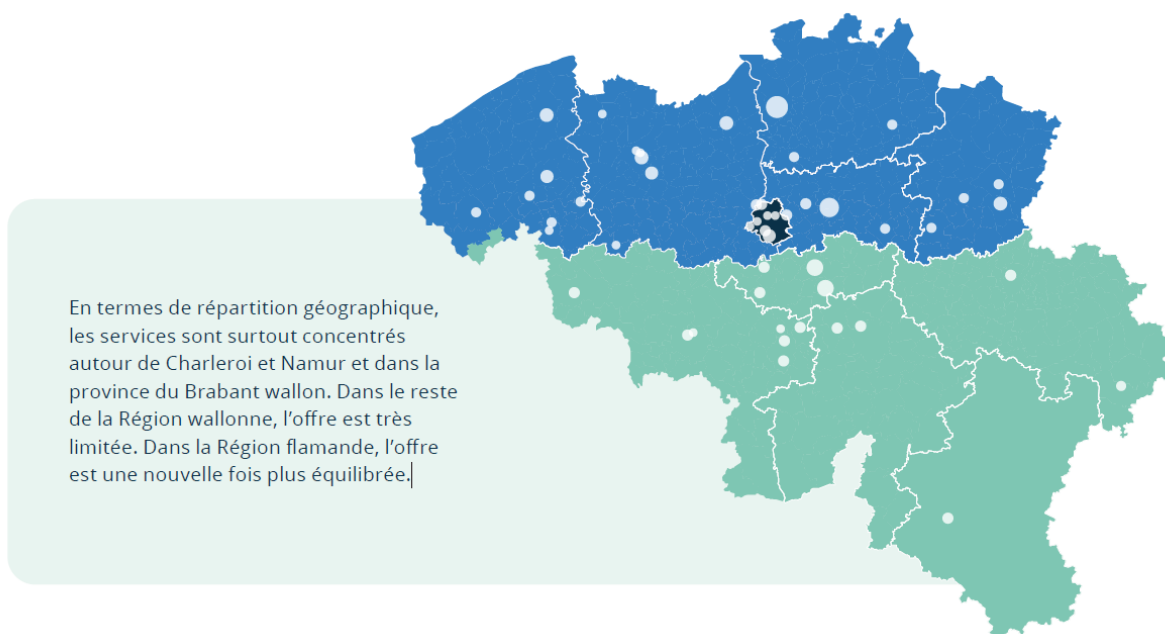


Figure 2 : répartition géographique des services psychiatriques pour enfants et adolescents (Vers une Belgique en bonne santé, 2024).

On peut également apprendre à travers ce rapport qu'en 20 ans, « *les places pour enfants et adolescents en hospitalisation de jour (k1) a triplé, passant de 173 à 555* ».

Quant à eux, « *le nombre de lits résidentiels agréés (K) et de lits en hospitalisation de nuit (k2) est resté stable* » (SPF Santé publique, 2024, p.30).

Le SPF santé publique indique qu'on peut considérer ce triplement des places comme une augmentation du besoin. On pourrait sans doute parler de meilleure reconnaissance des problèmes rencontrés par ce public-cible.

Aussi, cette observation indique le besoin d'unités d'hospitalisations de courte durée.

Le SPF santé publique, à travers ce rapport et les données du résumé psychiatrique minimum plus communément appelé le RPM au sein du secteur, a observé qu'en 2021, il y eu 8 152 séjours pour les enfants et adolescents au sein des hôpitaux psychiatriques et les services psychiatriques des hôpitaux généraux.

L'Administration indique que le nombre de séjours a augmenté de 50,1 % entre 2007 et 2021, soit en 15 ans.

L'augmentation la plus forte est rencontrée au sein des hôpitaux généraux où l'augmentation est de 72,7% contre 33,6% dans les hôpitaux spécialisés.

Sur la même période, le SPF Santé publique indique deux phénomènes majeurs concernant les enfants et adolescents.

Premièrement, les séjours d'enfants âgés de 0 à 3 ans ont triplé durant cette période.

Ensuite, les séjours d'adolescents âgés de 13 à 17 ans ont augmenté de moitié.

On observe donc, une augmentation substantielle des besoins de prise en charge dans ces deux tranches d'âges précisément et, de manière spécifique, une hausse globale au niveau des besoins de prise en charge des enfants et adolescents.

Il s'agit ici du haut de la pyramide des soins.

En effet, ces services sont les plus spécialisés que nous pouvons retrouver en Belgique dans la prise en charge de problématiques de santé mentale graves. Néanmoins, 80% de la durée de séjour n'excède pas 3 mois.

Notons encore que, selon ce rapport, les pathologies principalement rencontrées dans les diagnostics sont les troubles de l'adaptation, les troubles du spectre autistique et les troubles dépressifs.

Par ailleurs, le niveau fédéral amorce prioritairement la prise en charge à travers ses compétences dans le financement des psychologues de première ligne ; politique très largement développée et financée à la suite de la crise covid-19. Il finance également le développement des équipes mobiles de crise et de soins de longue durée, les fonctions de liaison, le financement du fonctionnement des unités de soins résidentielles ou ambulatoires de jour, etc.

A cet égard, le SPF Santé publique insiste sur la notion de collaboration et de mise en réseau des acteurs de soins de santé mentale afin d'aider « *rapidement et individuellement* » les enfants et adolescents en difficulté.

La vision du niveau fédéral vise « *à développer un système de soins de santé mentale intégré et échelonné, composé de services coordonnés et fondés sur des données probantes, dont l'intensité augmente ou diminue en fonction des besoins de la personne. Le parcours de soins peut commencer dans n'importe quel service et les personnes peuvent avoir besoin d'épisodes récurrents de conseil ou de traitement à différents niveaux du système échelonné. Nous sommes conscients que de nombreux éléments d'un tel système de soins échelonnés sont déjà présents dans l'offre de soins actuelle, mais il y a encore des lacunes. Le défi pour l'avenir est*

de combler ces lacunes afin de répondre au mieux aux besoins et, comme mentionné ci-dessus, de s'efforcer d'améliorer la coopération entre tous les acteurs et services afin d'optimiser la continuité des soins» (SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire, Environnement, 2024, p.52).

De son côté, le Bureau du plan (2021) dans son article « Santé mentale en Belgique : les coûts cachés de la Covid-19 », constate également l'augmentation de la détresse psychologique ces 20 dernières années tout public confondu. Il évoque notamment le taux de suicide dont la moyenne belge reste élevée avec pour conséquence des coûts dérivés pour la sécurité sociale. En effet, *« en Belgique, la mortalité par suicide a globalement reculé de 21,6 suicides pour 100 000 habitants en 2000 à 17 en 2016. Ce chiffre est brièvement et légèrement reparti à la hausse en 2008 et le taux de mortalité s'est alors stabilisé à 18,9 en moyenne jusqu'en 2012. Ensuite, il a à nouveau baissé régulièrement »* (Bureau fédéral du Plan, 2021).

Si les chiffres des passages à l'acte semblent rester stable, *les Wallons sont plus nombreux à avoir fait une tentative de suicide (6 %) que les Bruxellois (4,2 %) et les Flamands (3,3%) »*
« En novembre 2023, plus d'un jeune sur 6 (18-29 ans) a déclaré avoir sérieusement envisagé le suicide au cours des 12 derniers mois » (Vers une Belgique en bonne santé, 2024).

« Le suicide est la première cause de décès chez les jeunes. Dans la tranche d'âge 15-24 ans, plus d'un décès sur quatre est dû à un suicide » (Vers une Belgique en bonne santé, 2024).

Dès lors, il invite, eu égard aux évolutions des besoins et les diverses perspectives annoncées, à développer une réflexion sur la stratégie à mener en matière de santé mentale et particulièrement, après la pandémie de Covid-19. Deux points d'attentions sont à avoir en particulier, soutenir les groupes vulnérables et avoir une attention pour les soignants extrêmement impactés par ces prises en charge à la hausse.

Notons qu'à travers ces différents rapports, le constat est que les difficultés sont toujours bien présentes.

Pis, l'ensemble des rapports analysés sont alarmants quant à l'évolution de la santé mentale de la population, en particulier des plus jeunes. Les professionnels de l'enfance ainsi que les soignants expriment de plus en plus leur détresse face aux situations très difficiles qu'ils rencontrent.

Synthèse des indicateurs à la suite de cette analyse:

Triplement en 20 ans de la capacité des hospitalisations de jours	de 173 à 555 places
séjours en lits résidentiels ou de nuit	stable
Adolescents âgés de 10 à 19 ans atteints d'un trouble mental en Belgique	16,3 % et plus
Augmentation des hospitalisation pour raison psychiatrique entre 2007 et 2021	50,1% et plus
Augmentation des hospitalisation en hôpital général	72,1% et plus
Augmentation des hospitalisation en hôpital psychiatrique	33,60%
2007-2021 hospitalisation tranche d'âge 0-3 ans	300%
2007-2021 hospitalisation tranche d'âge 13-17 ans	50%
Durée de séjour dans 80% des situations	3 mois maximum
Sentiment de solitude des 16 à 25 ans	20%
Sentiment de solitude des 11 à 15 ans	25%
Adolescents ayant des problématiques de sommeil	29%
Adolescents ayant un sentiment d'abattement	25%

Chapitre 3 : Les réseaux de santé mentale pour enfants adolescents : de la théorie des réseaux d'action publique à l'opérationnalisation effective.

Comme nous l'avons mentionné préalablement, depuis les années 2010, la Belgique a vu naître de multiples réseaux en santé mentale et dès 2015, la création des Nouvelles Politiques de Santé mentale pour Enfants et Adolescents.

Ce sont des réformes ambitieuses mêlant à la fois des professionnels de la santé mentale mais également tous les acteurs qui sont de près ou de loin, impactés par la prise en charge de la santé mentale des enfants et adolescents.

Si la réforme adulte prénommée « 107 » a été développée par le gel de lits au sein des structures psychiatriques, la réforme pour les enfants et adolescents a bénéficié de moyens complémentaires afin de créer une mise en réseau des acteurs, financer la création de coordination et d'équipes mobiles de soins et d'intégrer une prise en charge de la santé mentale in situ.

Cette approche positive s'inscrit indéniablement dans la vision de l'OMS qui recommande, pour la thématique qui nous occupe, une approche pluridisciplinaire et multi-sectorielle.

Si la constitution des réseaux et circuits de soins est actée à travers la conférence interministérielle Santé publique du 26 avril 2010, le « Guide vers une nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents » a été approuvé quelques années plus tard, le 30 mars 2015.

Ce dernier comprenant « *un Plan National pour une nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents 2015-2020* » (Guide vers une nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents, 2015).

.

Cinq fonctions constituent ces réseaux :

- *Détection précoce, screening et orientation ;*
- *Diagnostic ;*
- *Traitement ;*
- *Inclusion dans tous les domaines de vie ;*
- *Échange et valorisation de l'expertise ;*

Plusieurs programmes de soins existent au sein de ces réseaux notamment par la mise en œuvre d'équipes mobiles.

Citons notamment les soins de longue durée, les soins de crises, le programme de consultation et de liaison intersectorielle ou encore des prises en charge de situation de double diagnostic (handicap et santé mentale) pour enfants et adolescents.

De plus, les unités pédopsychiatriques et unités de psychiatrie légale pour adolescents, ont été renforcées par du personnel supplémentaire.

Ces réseaux contribuent également au développement de nouvelles initiatives, de projets pilotes divers et relatifs à la prise en charge des enfants et adolescents.

Près de 700 équivalents temps plein contribuent au fonctionnement de ces réseaux.

Notons également que depuis l'instauration en 2021 de la réforme des psychologues de première ligne par le Gouvernement fédéral, ces réseaux contribuent à développer une offre complémentaire sur chaque territoire

Cartographie des réseaux :

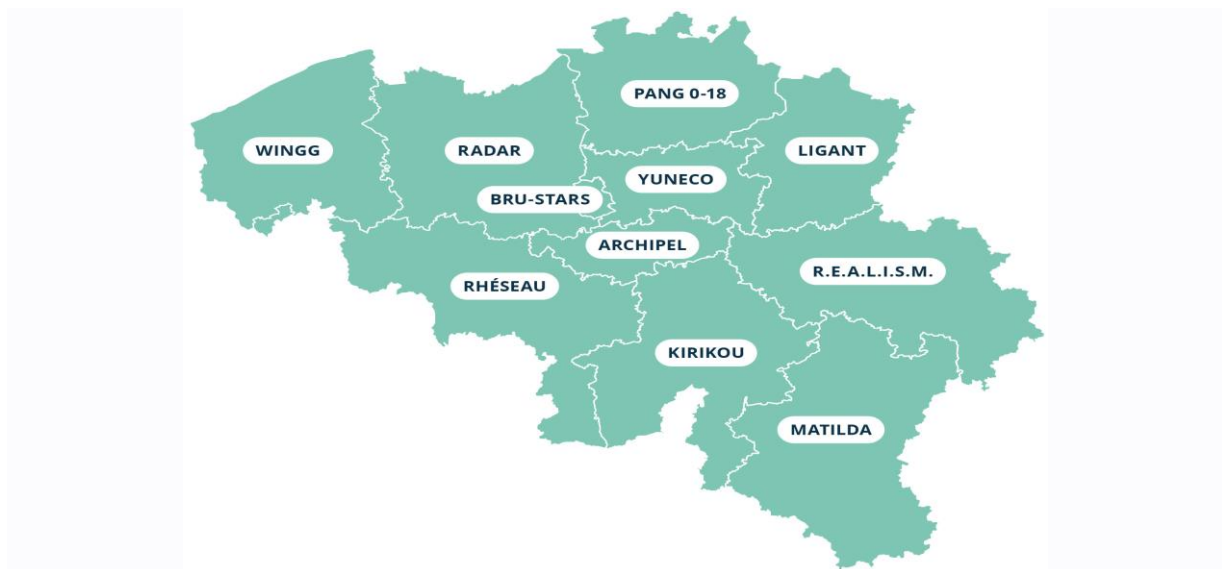


Figure 3 : cartographie des réseaux dans les soins de santé mentale pour enfants et adolescents (Vers une Belgique en bonne santé, 2024).

Comité pour la nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents (COMSMEA) : un organe de concertation et de recommandations.

Dans le cadre de cette politique, la Conférence Interministérielle Santé publique a décidé le 8 mars 2017 de « *constituer le comité de concertation nommé : Comité pour la nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents (COMSMEA). Ce comité est un lieu de concertation qui regroupe les représentants des autorités de la CIM Santé publique et les représentants des secteurs concernés, des experts et des acteurs du terrain. Un des objectifs du COMSMEA est de produire des recommandations politiques* » (MEMORANDUM COMSMEA, 2019).

Quelle évolution dans la prise en charge en réseau ?

On l'observe, les politiques de prise en charge de la santé mentale des enfants et adolescents évoluent, se développent de plus en plus en réseau avec pour objectif ultime, d'éviter au maximum une prise en charge segmentée.

Néanmoins, l'évolution de ces politiques ces dix dernières années est-elle monitorée et évaluée ? Assistons-nous à une évolution de l'approche qui s'écarterait de la prise en charge par « silo » ?

Si ces questions apparaissent potentiellement comme élémentaires dans la mise en œuvre d'une nouvelle politique publique, elles n'en demeurent pas moins essentielles.

En effet, pour être au plus proche de la cité et des citoyens, cette mise en réseau doit amener des évolutions dans la prise en charge des soins mais aussi dans la perception de la responsabilité des situations partagées par les acteurs.

Elle doit aussi améliorer la gestion de flux des patients entre les institutions de soins et du social et tout cela, dans un contexte de besoins de prise en charge accrus, de moyens financiers à la fois importants et en besoin de justification devant les autorités publiques et politiques.

Aussi, et cela n'est plus à démontrer actuellement, le paysage institutionnel rencontre actuellement un épuisement des professionnels de l'aide et des soins mais aussi une crise majeure de la santé mentale qui apporte son lot de difficultés supplémentaires au sein des services avec notamment des questionnements en terme d'attractivité, d'absentéisme et de motivation.

Dès lors, nous pouvons, de prime abord, imaginer que les moyens dégagés depuis près de 10 ans dans le développement de ces nouvelles politiques de santé mentale mais aussi les compléments importants apportés durant les crises successives, suscitent une attention particulière ; passant du besoin rencontré aux besoins à rencontrer et au développement d'un panel de prise en charge à effectuer, allant du développement de lits de crise en milieu hospitalier jusqu'à une prise en charge ambulatoire de première ligne.

Des nouveaux projets répondant aux attentes du terrain.

Dernièrement, de nouveaux projets à l'attention des enfants et adolescents ont été développés par le niveau fédéral.

A cet égard, le 06 juillet 2022, *un budget supplémentaire fédéral de 35 millions d'euros a été alloué aux soins de santé mentale pour enfants, adolescents et jeunes adultes* (SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire, Environnement, 2022).

Ces moyens ont été répartis en six chantiers sous forme d'appel à candidatures au sein des réseaux.

Le SPF Santé publique (2022) exprime à travers son communiqué ceci : « *Le budget étant insuffisant pour répondre à tous les besoins, le Ministre a décidé de déployer des moyens supplémentaires sur six chantiers que le réseau SMEA peut compléter en fonction des besoins les plus urgents* » .

Les six chantiers sont décrits comme tels :

- Une compensation supplémentaire pour l'offre de soins de psychiatrie légale ;
- Le maintien des équipes de liaison existantes ;
- Une correction de la répartition inégale des lits et le traitement de jour pour les mineurs ;
- Un investissement innovant et flexible pour les mineurs dans les programmes de soins de crise, soins de longue durée ou dans l'élargissement de la liaison vers les services d'urgence, de pédiatrie (E), de maternité (M) et de néonatalogie (NIC) ;
- La création de champs d'expérimentation pour l'âge de transition, les troubles alimentaires et le handicap intellectuel ;
- Une amélioration et une optimisation de la qualité des soins de santé mentale pour enfants et adolescents.

Si on ne peut douter que ces six chantiers vont rencontrer des besoins, ils viennent néanmoins ajouter une couche supplémentaire de projets pilotes sans répondre aux besoins réclamés par l'ensemble du secteur de la santé mentale en Wallonie et ayant pour demande le développement d'une programmation structurelle de lits pédopsychiatriques supplémentaires et le renforcement structurel des services existants pour ne citer que ces exemples.

Dans son avis, le Conseil Fédéral Des Établissements Hospitaliers estime qu'il y a une nécessité d'actualiser la programmation (CFEH, 2021).

En effet, « le Conseil estime qu'une actualisation des règles de programmation est nécessaire et urgente ; la répartition de lits n'est en effet plus en adéquation avec les besoins de soins et les évolutions de la société. Nous partageons également l'idée que la priorité doit être accordée aux indices de lits psychiatriques et aux lits Sp dont les lits Sp psycho-gériatriques et les lits Sp palliatifs, avec une priorité particulière pour les lits K (nb : lits situés dans les services neuropsychiatriques d'observation et de traitement d'enfants) pour lesquels le besoin est très urgent. Pour les lits K de jour, le CFEH a déjà formulé un avis qui comprend une proposition d'adaptation de la programmation (CFEH/D/498-1). En effet, dans cet avis, le Conseil avait suggéré d'appliquer la norme de programmation actuelle à la tranche d'âge des moins de 18 ans. Cette adaptation pourrait être facilement et rapidement mise en place, dans l'attente d'une actualisation plus approfondie de la programmation (CFEH, 2021).

A la lecture de cette avis, la réponse politique du fédéral à l'urgence est finalement relative au regard des enjeux et de la situation et cela même si de nouveaux projets ont vu le jour depuis en dehors de la programmation officielle.

Il y a donc, certes des mesures apportées pour satisfaire les régions du pays mais celles-ci sont apportées avec un manque de priorisation face aux besoins urgents et prioritaires pour les secteurs. En sus, on peut constater une totale absence de programmation dans les projets avec pour effet, un épuisement des auteurs de projets et des professionnels du secteur.

Dès lors, la question de la rencontre des besoins prioritaires doit incontestablement se poser à nouveau et probablement primer dans la conduite des politiques à mener.

A cet égard, le Ministre de la Santé, Frank VANDENBROUCKE dans sa communication est formel, il répond aux besoins les plus urgents.

Dès lors comme nous venons de l'aborder, nous pouvons en déduire que si créer de nouveaux projets s'avère à première vue positif pour répondre à de nouveaux besoins, il est nécessaire de prendre garde aux angles morts.

Certes en terme de communication institutionnelle et politique, il y a un effet de levier indéniable mais en l'absence d'évaluations structurelles et de réponses aux besoins de programmation primaire, il existe un risque majeur de laisser une partie de la population sans réponse. Ajouter des moyens à une programmation est probablement moins attractif médiatiquement mais cela permet à minima, de mettre en œuvre une vision et une capacité de prise en charge effective dans le temps.

On le voit, il existe donc une addition de projets et de nouvelles politiques initiées au cours des législatures successives avec un maillage institutionnel fédéral, régional et communautaire en sus de majorités politiques différentes.

Si beaucoup de ces évolutions répondent aux préceptes macros de l'OMS, leurs indicateurs de résultats ne sont pas positifs et laissent apparaître que les travailleurs du secteur restent confrontés à de grandes difficultés.

Bien que l'évaluation de cette politique est soumise à des facteurs multiples et interdépendants, il convient de s'interroger sur l'efficacité de l'organisation territoriale.

Attardons-nous, dès lors, quelques instants sur le processus de politiques territoriales.

Les Nouvelles Politiques de santé mentale pour Enfants et Adolescents : un processus de politique publique territoriale aux multiples facettes.

D'un point de vue théorique, on constate que la mise en place des politiques de santé mentale pour enfants et adolescents se base essentiellement sur deux concepts majeurs que sont la mise en réseau des acteurs et le développement de politiques territoriales propres et ce, afin de répondre aux divers enjeux rencontrés localement.

A cet égard, une politique territoriale a pour objectif de modifier l'approche, les comportements et les processus afférents.

Dans son analyse, Mme PEYREFITTE (1998, pp. 71-94) reprend cette constatation déjà effectuée par le passé. En effet pour cette dernière, : « *L'existence d'une politique publique territoriale ne se justifie que par les changements qu'elle est censée provoquer sur son territoire d'application (BARDACH, 1971)* ».

« *La Programmation qui en résulte devra ainsi délimiter des objectifs et des moyens en vue de satisfaire les besoins identifiés au préalable* » (PEYREFITTE.,1998, p.73).

Notons qu'à l'heure d'écrire ces lignes, nous constatons que peu de données ressortent officiellement des réseaux des nouvelles politiques de santé mentale pour enfants et adolescents qui se présente comme la réforme majeure de ces 10 dernières années concernant la politique de santé mentale des moins de 18 ans.

Concernant la qualité et la performance de cette mise en réseau provinciale, Marilynne Peyrefitte exprime également *qu'« une politique publique territoriale est jugée pertinente si son allocation budgétaire suscite les transformations attendues et si ces transformations améliorent les performances du territoire concerné »* (PEYREFITTE.,1998, p.74).

Il est certain que dans le cadre des nouvelles politiques publiques de santé mentale pour enfants et adolescents développées depuis près de 10 ans sur le territoire wallon, nous pouvons nous poser la question des résultats observés puisqu'au-delà de devoir développer des équipes mobiles ou dispositifs de santé mentale intégrés au sein de la cité, cette nouvelle politique devait *« répondre collectivement aux besoins des enfants/adolescents à partir de leur environnement familial, social et culturel en visant l'inclusion dans la société »* (SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire, Environnement, 2015).

Une mise en réseau comme structuration de la politique publique.

Dans le Guide vers une nouvelle politique de santé mentale la définition du réseau repise conformément à l'article 11 de la loi coordonnée sur les hôpitaux, est la suivante: *« un ensemble de prestataires de soins, dispensateurs, institutions et services qui [...] offrent conjointement un ou plusieurs circuits de soins dans le cadre d'un accord de collaboration juridique intra- et extra-muros et ce, à l'intention d'un groupe cible de patients à définir par eux et dans un secteur à motiver par eux »* (SPF., 2015. p.10).

Comme l'explique le Professeur Sébastien SAKKAS dans son cours de « *Démocratie et action publique*» -Université Catholique de Louvain 2024 -, il est question de considérer un réseau d'action publique comme à *« un schéma d'interprétation nouveau »* (SAKKAS, S. 2024, p.50 cours 1 et 2).

En effet, un réseau amène une *« interprétation des relations État/société qui met l'accent sur le caractère horizontal et non hiérarchique de ces relations, le caractère relativement informel des échanges entre les acteurs du réseau, l'absence de fermeture qui autorise la multiplication des échanges périphériques et la combinaison de ressources techniques (liées à l'expertise des*

acteurs) et de ressources politiques (liées à la position des acteurs dans le système politique) » (SAKKAS, S. 2024, p.50. cours 1 et 2).

A cet égard, point commun à tous les réseaux d'acteurs, il existe une *« interdépendance des acteurs dans la place que ceux-ci occupent dans la construction de l'action publique »* (SAKKAS, S. 2024, p.51. cours 1 et 2).

En effet, comme tous les réseaux créés dans d'autres domaines, ceux développés au sein du secteur de la santé mentale sont complexes, interconnectés mais aussi fragmentés.

L'analyse par réseau d'action publique permet de ressortir à minima des idées reçues mais aussi des fantasmes parfois existants sur les pouvoirs potentiellement cachés entre les différents acteurs.

En effet, peu importe le domaine ou le secteur, les réseaux vivent une répartition du pouvoir mais aussi une diversité de relations d'influences.

Une pluralité d'auteurs se sont penchés sur la question des réseaux d'actions publiques afin de décoder les différents types et permettre une théorisation du modèle rencontré mais aussi de son évolution.

Dans le cadre des nouvelles politiques de santé mentale, les partenaires proviennent de tous les milieux potentiellement concernés par la santé mentale des enfants et adolescents.

A cet égard, le partenaire de réseau est défini comme *« toute personne et toute institution qui contribue à la politique de santé mentale et qui s'engage dans la collaboration et le travail en réseau »* (SPF., 2015. p. 12).

Dans la pratique, même si un modèle de gouvernance horizontale semble être développé opérationnellement et promu par les autorités publiques, le guide stipule que *« l'objectif n'est pas d'imposer un modèle de réseau déterminé. Une mosaïque de modèles peut être une plus-value dans le cadre de la recherche du modèle le mieux indiqué en fonction de l'efficacité et de l'efficacé »* (SPF., 2015. p. 12.).

Cette volonté donnant une relative liberté peut s'expliquer par ailleurs par l'analyse de Tanja BÖRZEL (1998) qui évoque deux points essentiels sur le développement des réseaux:

- *« Premièrement, les réseaux sont capables de produire des résultats collectifs, malgré les intérêts divergents de leurs membres, au travers de négociations volontaires »* (SAKKAS, S.2024, p.66 cours 1 et 2).

- Deuxièmement, « *l'auteur introduit l'idée que les réseaux peuvent fournir des liens additionnels, informels, basés sur la confiance et la communication, entre les lieux de la formulation des décisions inter et intra-organisationnels* » (SAKKAS,S. 2024, p.66 cours 1 et 2).

Après presque une dizaine d'années d'utilisation et malgré une absence d'évaluation des modèles développés pourtant annoncée dans le guide : «*Il est recommandé d'évaluer la performance du réseau à intervalles réguliers en se basant sur une série de domaines* » (SPF., 2015. p. 13.), on peut malgré tout, observer une évolution des modèles dans le temps.

D'abord et dès l'apparition des réseaux, un modèle très ouvert, flexible avec théoriquement l'ensemble des parties prenantes qui de près ou de loin peuvent participer au développement des politiques de santé mentale tant au niveau du terrain que des autorités publiques.

Ce modèle s'apparente donc, dans un premier temps, au modèle d'Hugh HECLLO (1972). Un réseau totalement ouvert, avec des acteurs non stabilisés. Du moment que ces derniers sont intéressés par le domaine de santé mentale et adhèrent à la politique de santé promue, ils sont cordialement invités.

Aujourd'hui, le modèle de la mise en réseau de la santé mentale après des années d'utilisation vit un recentrage des missions de plusieurs de ses acteurs participants.

Ce dernier est dû aux diverses crises connues, aux difficultés de manque de personnel mais aussi de participants souvent similaires d'un organe de concertation à l'autre.

Cela amène donc les réseaux a beaucoup plus de stabilité, avec des acteurs présents reconnus. A contrario, l'arrivée de nouveaux partenaires est certainement beaucoup plus faible notamment dans des secteurs connexes à celui de la santé mentale spécialisée comme les milieux de la jeunesse ou de l'école.

Ceci entraîne une évolution de réseaux qui sont aujourd'hui centrés sur des sujets ou groupes de travaux plus spécialisés amenant un parallèle avec la théorisation du modèle de « réseau thématique » de MARSH et RHODES (1992) « POLICE COMMUNITY » (SAKKAS., S. 2024. pp.60-63 cours 1 et 2).

Aborder quelques instants la théorisation des réseaux d'action publique, nous permet de comprendre que ce secteur de la santé mentale n'échappe pas à ce que les théoriciens partagent et nomment comme la « *désagrégation de l'État et l'importance des variations sectorielles des politiques publiques* » (COLE, A. 1999. pp. 249-266).

Il appert que les réseaux de politique publique sont « *le produit d'un État central polycentrique* » (COLE, A. 1999. pp. 249-266).

Autrement dit, des états décentralisés eu égard aux poly-acteurs et sujets qu'ils doivent considérer, aborder et traiter à l'échelle des spécificités propres. Cela amène les réseaux à engranger une multitude de ressources qui peuvent être utiles ou non et donnant parfois pour certains membres ou participants la sensation d'un sur-engagement ou d'une perte de temps par des redites sur des mêmes sujets au sein de lieux de concertations différents.

« *Le réseau est une auberge espagnole. La vision que chacun en a est déterminée par la place qu'il y tient* » (Morgensztern, 1991, p. 111).

Plusieurs visions s'affrontent donc au sein des réseaux.

Pour certains, c'est un lieu d'échange, de rencontres permettant d'amener au changement, à l'innovation tout en considérant chaque acteur de la même manière à travers un pouvoir de décision partagé, horizontal et donc non-hiérarchisé.

Pour d'autres, comme l'évoque Alistair COLE, les réseaux de politiques publiques notamment décrits dans la littérature britannique sont « *fort peu soucieux de s'ouvrir au regard de l'extérieur, ou de subir des pressions démocratiques. Ce sont des régimes de spécialistes et de professionnels* » (COLE, A. 1999. pp. 249-266).

Le réseau peut, dès lors, être perçu par des acteurs extérieurs ou plus éloignés du sujet central ici concerné par la santé mentale, comme « *un régime de structuration, une communauté cohésive, dont les membres sont liés par une identité forte et un passé commun* » (COLE, A. 1999. pp. 249-266).

Il est donc impératif à la fois de situer la mise en réseau sur deux axes. D'une part, les membres qui s'y trouvent et la raison pour laquelle ils s'y trouvent et d'autre part, de quelle manière sont distribués les ressources et le pouvoir au sein des entités du réseau. Cette vision amène à la typologie de réseau développée par RHODES et MARSH (SAKKAS., S. 2024. pp.60-63 cours 1 et 2).

Dès lors, si les attentes des réseaux pour enfants et adolescent étaient certes ambitieuses, quels sont les résultats atteints actuellement ?

Une mise en réseau évaluée ?

Comme déjà constaté et malgré des recherches importantes, il n'existe pas d'évaluation publique de ces nouvelles politiques de santé mentale pour enfants et adolescent ni même de leur mise en réseau. Il est donc impossible d'en vérifier la performance, l'efficacité ou la réelle plus-value.

Or actuellement, toutes les études évoquent des situations de plus en plus complexes chez les jeunes ; leurs réalités demandant de plus en plus une prise en charge pluridisciplinaire et intersectorielle.

En l'absence de publications de données qualitatives et quantitatives par réseau mais aussi de possibilités de comparaisons entre les réseaux, il est impossible de déterminer si les politiques en place sont en capacité de répondre aux besoins et attentes de cette population.

Cela est d'autant vrai que ces réseaux se développent sous de mêmes programmes mais de manière asymétrique selon les territoires et in fine, sur base essentiellement des bonnes volontés des acteurs institutionnels en présence.

Par ailleurs, Maryline PEYREFITTE évoque dans son analyse que « *la performance d'une politique publique territoriale va donc dépendre de l'intensité des échanges entre les acteurs, de la nature de l'information détenue et transmise, de l'existence d'incitations pour aboutir à une certaine convergence des comportements* » (PEYREFITTE.,1998, p.73).

Elle évoque également que « *l'évaluation devra faciliter cette meilleure compréhension des critères de choix, en s'intéressant non seulement aux effets propres de cette politique publique territoriale, mais aussi aux logiques de son fonctionnement, puisque le processus de décision en conditionne les choix faits* » (PEYREFITTE.,1998, p.73).

A cet égard, les réseaux pour enfants et adolescents, nonobstant des moyens publics importants, ne sont pas des réseaux territoriaux agréés par la Wallonie. Ils ne sont d'ailleurs pas inspectés par les services d'audit et contrôle de l'Agence pour une Vie de Qualité (AVIQ) ni même d'autres Administrations de la Fédération Wallonie Bruxelles et ce, malgré une composition importante de leurs équipes provenant des services agréés et financés par ces Administrations. C'est un constat, les politiques bien qu'intégrées, ne sont financées uniquement que par le Service public fédéral santé à travers notamment des financements de fonctionnement, de coordination, l'octroi de subventions pour le développement d'équipes de soins ou l'accord obtenu pour divers projets tel que la mise à disposition de lits de crise sur chaque territoire.

Si lesdites politiques ont, par essence, comme volonté de faire progresser la prise en charge de soins par une intégration majeure dans toutes les sphères de vie et domaines d'activité, il va de soi que ces domaines sont tous administrés par les entités fédérées.

C'est donc une politique volontariste, développée par concepts de société importants et essentiels pour l'avenir de la santé mentale mais se retrouvant bien souvent limitée en l'absence de possibilité de contrainte, d'ordonnance et de financement provenant des entités fédérées puisqu'à travers le modèle, elle n'en ont pas la responsabilité et que légalement, elles ne peuvent participer à l'octroi de moyens complémentaires ou à tout le moins, une mise en commun.

S'il est indéniable que ces réseaux permettent aux acteurs de mieux se parler, de mieux gérer des situations complexes, ils manquent de capacités de management et décisionnelles propres. Ils sont également en difficulté pour prétendre à l'octroi de nouveaux financements annexes par l'absence de statuts juridiques adaptés.

Il y a une absence totale de visibilité des flux des patients et une impossibilité de monitorer les besoins non-rencontrés. Si cette politique territoriale a pour objectif de développer un réseau horizontal basé sur une gouvernance partagée entre tous les acteurs, ce flou amène surtout de grandes orientations « top-down » venant du monde politique et administratif tout en provoquant souvent des frustrations de non-réponse aux besoins territoriaux et un épuisement général des acteurs en place qui doivent délaisser le premier métier pour manager ou développer le réseau en place.

Il n'y a d'ailleurs aucun Conseil d'Administration enregistré et la gestion quotidienne reste en grande partie de la responsabilité des coordinations de réseaux sans pouvoir de contrainte sur les équipes en place en l'absence de rapport contractuel. Il s'agit donc purement d'associations de fait.

Les équipes en place sont financées par le SPF Santé publique. C'est donc l'employeur initial se trouvant dans l'environnement du réseau qui met à disposition son travailleur et qui en échange, se voit rembourser entièrement les charges.

On peut donc retrouver au sein de chaque réseau des travailleurs qui partagent quotidiennement la vie de leurs collègues mais qui n'ont pas le même statut, le même employeur contractuel, les mêmes avantages et pour lesquels le lien de subordination reste leur employeur initial.

On peut dès lors imaginer la complexité de gestion des ressources humaines lorsque certains réseaux se développent avec des dizaines de travailleurs.

A noter que Maryline Peyrefitte explique également dans son analyse que « *l'évaluation des politiques publiques territoriales serait un instrument de consensus social, propre à favoriser*

le développement de pratiques participatives et la résolution de conflits entre les acteurs territoriaux (Deleau, 1986). Elle n'est en aucun cas un substitut à la décision ; elle demeure une opportunité pour mieux appréhender les critères ayant conduit à ces choix et à identifier les conséquences de ces choix » (PEYREFITTE.,1998, p.90).

Si ces nouvelles politiques territoriales vont dans le bon sens dans une approche du « hors les murs de l'institution » il n'en demeure pas moins que l'absence d'évaluation organisée rend leur tâche difficile. De plus, cela entretient une constante remise en question de la légitimité des réseaux par les partenaires insatisfaits dans leurs constats, légitimes ou non, d'absence de satisfaction des besoins.

Par conséquent, il est primordial d'amener ces réseaux à cadrer leurs actions dans un environnement social et économique en mouvance importante.

Pour travailler un peu plus encore aux techniques de pratiques participatives, il est probablement essentiel de travailler avec eux, à une meilleure compréhension des contraintes de financement des entités régionales et communautaires ainsi que des contraintes qui s'imposent aux institutions avec lesquelles ils collaborent.

En effet, leurs réalités et obligations apparaissent comme différentes.

Chapitre 4 : Méthodologie et construction d'entretiens semi-directifs

L'objet de ce mémoire est de porter une grille de lecture et des perspectives à l'horizon 2030 et n'a pas l'ambition de choisir un outil d'évaluation ou de monitoring au détriment d'un autre.

Néanmoins, il est certain que mettre en œuvre une évaluation globale et transversale des règles de financement et d'agrément développées au sein des compétences partagées entre les Gouvernements de la Wallonie et de la Fédération Wallonie-Bruxelles est une étape impérative pour les secteurs du monde de l'enfance et de l'adolescence en Wallonie.

Le développement, la transparence et la publication de données mais aussi le monitoring des réseaux de soins est nécessaire pour la bonne gestion des deniers publics et l'efficacité du système tant d'un point de vue administratif que politique.

Concernant l'évaluation plus spécifique des politiques de santé mentale en Wallonie, dans leur analyse « l'action publique au prisme de ses instruments » (LASCOUMES, P. et SIMARD, L. , 2011, p.5-22), les auteurs évoquent des effets importants qu'il est intéressant de mettre en perspective avec l'évolution de la prise en charge de la santé mentale des enfants et des adolescents.

Selon l'analyse de ces derniers : « *tout d'abord, l'instrument crée des effets d'agrégation. Il constitue un point de passage obligé et participe à ce que M. CALLON a nommé les activités de traduction qui permettent à des acteurs hétérogènes de se retrouver sur des questions qu'ils acceptent de travailler en commun dans un réseau* » (LASCOUMES, P. et SIMARD, L. , 2011, p.19)

-« *Ensuite, l'instrument est producteur d'une représentation spécifique de l'enjeu qu'il traite, il a dans ce sens un effet cognitif direct. Il impose des définitions conventionnelles de faits sociaux en fournissant une grille de catégorisation. L'instrument induit une problématisation particulière de l'enjeu dans la mesure où il hiérarchise des variables et peut aller jusqu'à suggérer un système explicatif. Le calcul de moyennes, de pondérations ou la recherche de régularités statistiques induisent des systèmes d'interprétation causaux qui se présentent toujours comme justifiés par la science. Ainsi, ce qui est qualifié de « chômage », « insécurité », ou « pollution atmosphérique » est d'abord le produit d'artefacts que sont des mesures statistiques ou des indices qui sont souvent corrélés à d'autres variables* » (LASCOUMES, P. et SIMARD, L. , 2011, p.19-20).

-« Enfin, l'instrument n'est jamais un dispositif clos, il est indissociable de modes d'appropriation contextualisés » (LASCOUMES, P. et SIMARD, L. , 2011, p.20).

Ces points de vue sont extrêmement intéressants car la mise en réseau des acteurs au sein de la Nouvelle Politique de santé mentale pour enfants et adolescents amène au-delà de ses points positifs indéniables, un empilement par silo des compétences de chacun sans pour autant permettre, l'appropriation, la modification ou une évolution massive des prises en charge.

En effet, on observe à travers cette nouvelle politique un spectre d'ouverture très importants à de multiples acteurs démontrant à la fois une volonté de structuration par réseau mais ayant aussi pour conséquence, un enchevêtrement de compétences et d'acteurs.

Il est donc fondamentalement important que les centaines d'heures de réunions, programmes de soins, concertations en tout genre puissent le moment venu, participer à la révision des textes ou une prise en considération par les Administrations francophones.

Ceci ne peut actuellement pas être le cas, en l'absence d'implémentation d'outils communs d'évaluation et d'une absence totale d'une informatisation intégrée au sein des réseaux de soins ni même de données agrégées des parcours de soins.

C'est un enjeu important qu'il est nécessaire de travailler avec toutes les parties prenantes afin de susciter une meilleure participation mais également, une compréhension de l'utilité à travailler à l'élaboration d'un instrument partagé.

Aujourd'hui, nous l'appréhenderons au moyen des entretiens au cours desquels de nombreux acteurs expriment qu'une multitude de données de fonctionnement, sont demandées, compilées mais sans en comprendre ni la raison, sans retour de traitement par les autorités et sans possibilité d'effectuer de comparaisons.

Cette transparence est primordiale si la Wallonie souhaite mieux appréhender les activités tout en améliorant la qualité du service offert et en préservant le personnel des soins et du social d'un travail d'enregistrement considéré comme excessif.

A cet égard, c'est une attention spécifique et particulière qui doit être portée par le monde politique et administratif francophone pour le secteur de la santé mentale en Wallonie qui voit en effet, de multiples réformes se développer avec une vision relativement challengée par le nord du pays.

L'enjeu est donc aussi de pouvoir vérifier et ajuster les politiques en fonction des réalités de terrain tout en évitant une potentielle instrumentalisation des acteurs.

C'est sans doute le sentiment d'équité entre les territoires de la Wallonie qui est en jeu .

Des multiples recommandations à la mise en œuvre, quelles priorités doivent émerger ?

Une évaluation objective à entreprendre.

Pour développer une politique publique efficiente, il faut pouvoir analyser les éléments positifs mais également les freins, les blocages et parfois certaines errances vécues dans l'approche et qui ne sont pas remises en question.

Pour cela, il est nécessaire de passer par une évaluation de notre système de santé mentale en Wallonie en tenant compte des interdépendances avec les autres niveaux de pouvoir et leurs impacts sur le déploiement de cette politique sur le territoire wallon à travers la conception de prise en charge des enfants et adolescents.

Si comme l'annonce toutes les agences inter-gouvernementales, la santé mentale doit être d'abord préventive et in situ, il y a un chemin majeur à effectuer par la Wallonie dans cette approche pour les enfants et adolescents.

Nous l'avons vu, il y a énormément d'indicateurs, de données publiées mais aucune évaluation probante et publique sur la mise en réseau des soins de santé mentale.

Il est question également de la gestion inter-administrative des réseaux amenant une déresponsabilisation de certains acteurs au profit d'une vision de la santé mentale centrée sur la personne. Impossible aujourd'hui d'en mesurer les impacts annexes mais aussi l'efficacité dans la prise en charge.

Malgré les moyens développés ces dernières années, les crises successives démontrent les difficultés pour coordonner ces activités à l'échelle de la Wallonie. Coordonner mais aussi refinancer. La Fédération Wallonie-Bruxelles n'ayant que très peu de marge financière en raison d'un budget fixe et une impossibilité d'aller sur les marchés financiers, elle est dans l'incapacité de réinvestir massivement dans les matières de l'enfance et de l'adolescence que cette dernière a sous sa tutelle.

Quelles priorités faire émerger ?

Les budgets n'étant pas illimités, les décideurs devront dégager dans les prochaines années des priorités et tendre vers une vision intégrée des prises en charge des enfants et adolescents.

Beaucoup d'études universitaires paraissent, beaucoup de recommandations sont rédigées mais concrètement, comment passer de la théorie à une opérationnalisation des activités en Wallonie tout en poursuivant un but ultime qu'est la quête infinie du bien-être des citoyens ?

Nous l'observons, tirer des conclusions sur base des observations effectuées n'est pas chose aisée. Afin d'aborder plus en profondeur les réalités du secteur de la santé mentale des enfants et adolescents, il est indispensable de pouvoir évoquer, par des entretiens semi-directifs auprès d'experts reconnus, les différents points positifs mais aussi les problématiques rencontrées aujourd'hui en Wallonie, dans la prise en charge des enfants et des adolescents.

Mise en œuvre d'une grille d'entretiens semi-directifs avec des acteurs reconnus.

Préalablement, il est utile d'indiquer que l'ouvrage de VAN CAMPENHOUDT, L., QUIVY, R., « Manuel de recherche en sciences sociales (4ème ed.) », Editions Dunod. 2011 sert de base à la conceptualisation et la construction du questionnaire lié à cette recherche.

Par ailleurs, comme l'indiquent Quivy et Van Campehout, les indicateurs développés, contribuent à la confrontation entre les concepts et le réel. Ce sont des « *manifestations objectivement mesurables des dimensions du concept* » (QUIVY & VAN CAMPENHOUDT, 2011, p. 122).

En amont, ont été préalablement analysés les grands thèmes qu'il était souhaitable d'aborder. L'objectif est de dégager de ces entretiens toute la matière possible afin d'appréhender les réalités et perception de chacun.

Cette étape d'exploration importante nous permet de définir plus précisément encore les contours du sujet en approfondissant les difficultés éventuellement rencontrées.

Le choix des personnes interviewées à travers ce questionnaire s'est effectué à la fois par leur grande connaissance historique de la mise en œuvre des politiques de santé mentale mais également par leur participation à leur opérationnalisation à travers les institutions dans lesquelles elles travaillent.

Les personnes suivantes ont participé à l'entretien semi-directif:

- Véronique BAUFFE, Directrice générale du Chêne aux Haies, Présidente de la Plateforme de concertation en santé mentale de Mons-Wallonie Picarde.
- Brigitte BOUTON, Inspectrice générale de le Branche Santé à l'AVIQ.
- France DEHARENG, Directrice du pôle Santé mentale de l'Intercommunale de Soins Spécialisés de Liège (ISOSL) accompagnée par le Docteur Didier WEGIMONT, Pédiopsychiatre UTI SEP « CaKtuS », CJIA « Polaris » et Expert médico-légal au sein du réseau Réalism à Liège.
- Professeure Véronique DELVENNE, Chef de Service de Pédiopsychiatrie et · Hôpital Universitaire Des Enfants Reine Fabiola (HUDERF) · Hôpital Erasme - Cliniques Universitaires de Bruxelles. Membre de l'Académie Royale de Médecine de Belgique. Professeur de Pédiopsychiatrie. Elle est présidente du master en spécialisation pédiopsychiatrique.
- Didier DE VLEESCHOUWER, Coordinateur de RHESEAU, le Réseau Hainuyer pour l'Épanouissement et la Santé mentale des Enfants et Adolescents - Expert santé publique.
- Bernard JACOB, Coordinateur fédéral de la Nouvelle politique de soins de santé mentale pour enfants et adolescents - Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement de Belgique.
- Marie LAMBERT, Directrice du Centre de référence en Santé mentale (Cresam), Psychologue de formation, elle a également travaillé 8 ans au sein d'un hôpital psychiatrique pour adulte du Beau Vallon, à Namur.
- Solaÿman LAQDIM, Délégué général aux droits de l'enfant. Fédération Wallonie-Bruxelles.

Ce dernier a une très grande expérience de près de 20 ans dans le secteur de l'aide et de la protection de la jeunesse dans diverses fonctions de Direction. Auparavant, il a travaillé près de 7 ans au parquet de Huy et de Liège comme criminologue de Parquet.

Chapitre 5 : Comptes-rendus analytiques des entretiens exploratoires

Afin de fluidifier la lecture et la compréhension de cette analyse, cette dernière est effectuée thème par thème en établissant un regard croisé entre les différents points de vue des interviewés.

Thème 1 : Naissance de la politique pour enfants et adolescents

Alors que la question aborde la santé mentale de manière globale dans sa construction de prise en charge, beaucoup de participants se sont focalisés sur la construction de la « Nouvelle Politique de santé mentale pour enfants et adolescents » et non le modèle global de prise en charge en Wallonie. Si la Nouvelle politique fait partie de l'offre, elle n'est qu'une partie de la réponse.

En effet, comme nous l'avons vu, la prise en charge est multiple et provenant de différentes sources d'acteurs, de subventionnements et de Gouvernements.

Néanmoins, cela démontre la place de représentation que cette dernière a pris depuis une dizaine d'années au sein des différents secteurs de l'enfance et de l'adolescence dans la philosophie de de politique publique et ce, malgré des responsabilités partagées au sein d'autres instances francophones.

A cet égard, la Professeure Véronique DELVENNE a, d'emblée, expliqué qu'elle avait pu observer « *que cette nouvelle politique a été une vraie opportunité de développer des nouveaux types de dispositifs* », qu'il y avait je cite « *un nouveau souffle avec en plus de l'argent frais* » (DELVENNE,V.2024.p.2).

En effet, pour rappel, cette nouvelle politique n'avait pas pour objectif de fermer des lits psychiatriques pour réinjecter les moyens dans des équipes mobiles, comme cela s'est réalisé pour la psychiatrie adulte, mais constituait une opportunité de travailler autrement.

La Professeure DELVENNE y voit d'ailleurs, un idéal de soins au plus proche du patient en incluant ce dernier. En résumé, une politique inspirante.

Pour Marie LAMBERT, Directrice du Centre de Référence en Santé mentale, cette dernière a amené « *une forme de structuration, en tout cas, des collaborations et de l'organisation des soins en santé mentale* » (LAMBERT, M.2024.p.3).

Selon cette dernière, *« cela reste encore tout un enjeu majeur que de pouvoir intégrer des acteurs concernés par la santé mentale des enfants et des adolescents »*.

En effet, elle précise qu', *« il y a quand même pas mal de secteurs potentiellement concernés (par les enfants et adolescents), des acteurs qui historiquement n'ont pas nécessairement beaucoup travaillé sur les questions de santé mentale, mais qui, progressivement commencent à prendre une place »* (LAMBERT, M.2024.p.3).

Il y a un ressenti sur le terrain qui amène à penser que c'est un secteur qui a encore un besoin de décloisonnement et pour lequel, il y a des acteurs qui ne sont pas ou ne peuvent pas être en capacité de s'impliquer par manque de savoir, de capacité, de moyens ou d'activités quotidiennes.

Ces remarques rejoignent l'analyse théorique effectuée préalablement car elles confirment qu'il s'agit de réformes ambitieuses mêlant à la fois des professionnels de la santé mentale mais également tous les acteurs qui sont de près ou de loin, impactés par la prise en charge ou non de la santé mentale des enfants et adolescents.

Le Délégué général aux droits de l'enfant, Solayman LAQDIM pose une analyse dépassant d'entrée le périmètre des Nouvelles politiques de santé mentale en définissant ce qu'il perçoit comme étant la santé mentale.

Pour lui, c'est avant tout la notion de bien-être en réponse à la notion de mal-être. Nous sommes donc selon lui sur une notion très transversale et intersectorielle pour effectuer une prise en compte des problématiques de santé mentale.

Selon lui, développer de l'intersectorialité n'est pas simple tout comme apporter *« une réponse intelligente et qui permet d'agir sur les causes en évitant de basculer »* passe par le développement de politiques préventives ambitieuses dans toutes les sphères de vie en commençant par l'école, les lieux de sport, l'espace public, etc..

Il évoque l'urgence de diminuer la pression du mal-être lorsqu'elle survient car selon lui, lorsqu'on assiste à un basculement, ce sont les publics vulnérables qui sont les plus impactés.

Il perçoit donc un lien extrêmement fort entre pauvreté et santé mentale mais aussi un lien fort sur la question de genre.

Il établit donc davantage un diagnostic qu'un résumé du modèle de prise en charge tout en insistant d'emblée sur le constat fait que *« l'offre a été pensée pour des publics qui sont plutôt des publics qui sont privilégiés et que tous les dispositifs qui existent pour des publics plus vulnérables vivent des listes d'attente qui sont quand même assez importantes »* (LAQDIM,S.2024.p.5).

Il se réjouit qu'il y ait des changements importants actuellement notamment avec l'arrivée de psychologues de première ligne ; ce qui est sans doute une partie de la bonne réponse mais qui, d'après son expérience, ne touche pas suffisamment les publics précarisés.

Dans la construction des politiques de santé mentale, il constate le manque de programmation de l'offre dans le temps mais également le besoin de pluridisciplinarité. Il y a, selon lui, toute une série d'institutions où on a des normes d'encadrement qui se résument souvent à de l'éducatif et où beaucoup de champs de compétences sont absents notamment pour prendre en charge les difficultés de santé mentale in situ.

Brigitte BOUTON, Inspectrice générale du département Santé à l'AVIQ évoque d'emblée, la répartition des compétences. Elle mentionne d'une part le protocole d'accord conclu en Conférence interministérielle de la santé (Mme BOUTON fait ici référence au Protocole d'accord du 30 mars 2015 conclu entre le Gouvernement fédéral et les autorités visées aux articles 128, 130, 135 et 138 de la Constitution, portant sur l'approbation d'un guide pour la réalisation d'une nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents) et d'autre part, les compétences en rappelant que ledit accord assigne des compétences à l'Autorité fédérale par le biais de la politique hospitalière car en principe, la compétence de santé mentale est aujourd'hui dévolue aux entités fédérées.

Dans la réalité, elle rappelle que la Loi spéciale de réformes institutionnelles du 8 août 1980 ne laisse au fédéral qu'une fonction de subsidiarité mais que ce dernier à travers la politique hospitalière, institue les réseaux de soins sur base de l'article 107 de la loi sur les hôpitaux au sein duquel, tous les opérateurs de terrain sont coordonnés territorialement.

On retrouve donc, stricto sensu, la notion de territoire, de trajet de soin et de coordination.

De son côté, Bernard JACOB rappelle la vision de la nouvelle politique, la nécessité de réseau, le travail de collaboration entamé dès le début des années 2000 sur les réformes qui ont vu le jour quelques années plus tard avec l'objectif de mettre autour de la table l'ensemble des stakeholders.

Il rappelle, ce qui n'est pas négligeable lorsque le besoin de programmation se fait ressentir, que l'on a appelé « *nouvelle politique des soins de santé mentale pour enfants et adolescents parce que on n'a pas été amené à devoir passer par une phase pilote dans la mesure où on a directement développé le modèle sur l'ensemble du territoire au niveau des Provinces* » (JACOB, B.2024.p.4).

C'est un point ici important de la politique car il y a un consensus, formel ou informel, qui s'est dégagé pour directement avancer structurellement sur le modèle proposé.

Didier DE VLEESCHOUWER (2024), quant à lui, rappelle l'importance des services de santé mentale agréés par la Wallonie ainsi que l'ensemble des autres structures existantes. Allant de la première ligne de soins en passant par l'ensemble du secteur du handicap ou encore les centres de planning familial pour ne citer qu'eux, les compétences de la Wallonie et de l'AVIQ étant, nous l'avons vu, très larges.

De manière générale, on peut donc estimer que cette nouvelle politique prend une place prépondérante sur la vision de l'offre en santé mentale en Wallonie mais aussi de ses difficultés, sans pour autant en avoir l'entière responsabilité.

La sémantique utilisée de « Nouvelle politique » en est probablement à l'origine mais pas seulement. En effet, celle-ci est mise à l'avant de la scène car le temps, les moyens et l'énergie dégagés pour développer ces réseaux amènent à focaliser les intervenants sur le développement de cette politique publique.

Il y a donc un élément essentiel qui ressort de ce premier thème. En effet, les réseaux de soins ont pris en 10 ans, une place importante dans le paysage institutionnel wallon, représentant bel est bien la Gouvernance et la réponse à une problématique de santé mentale. Néanmoins et suite à la revue de l'offre de soins, on s'aperçoit que ces réseaux à travers cette politique publique ne gouvernent qu'une infime partie de l'offre de soins sur son territoire. N'ayant qu'un pouvoir limité et des instances non contraignantes, ils n'ont que très peu de latitude pour développer, ajuster ou orienter une politique de soins en regard des diverses demandes émergeant de leur territoire.

Rappelons néanmoins que beaucoup d'éléments positifs ressortent de cette première analyse notamment sur la meilleure connaissance de l'offre de services, la mise en réseau et l'apport de moyens supplémentaires et stables dans le temps.

Thème 2 : « Objectifs » de politique de santé mentale pour enfants et adolescents en Wallonie

De manière générale, tous s'accordent pour exprimer qu'il y a une réelle volonté de travailler dans des soins collaboratifs, au plus près des patients et de leur famille, d'aborder au maximum les grands enjeux allant de la périnatalité, à la détection précoce en passant par le monde

scolaire. L'objectif est d'aborder le curatif tout en ayant une sensibilisation accrue pour la prévention afin de proposer des réponses appropriées à tous les enfants et adolescents. Il est certain également qu'il s'agit d'un idéal semé d'embûches.

Pour la Professeure Véronique DELVENNE (2024), il y a un préambule important dans l'évolution et les réponses apportées notamment par le monde politique. Il est incontestable que les projets de ces dix dernières années et l'évolution majeure dans la conception du soin est importante mais pour elle, nous vivons un problème.

En effet, malgré les moyens développés en 2015 et ultérieurement dans les années 2020, 2021, 2022 et encore dernièrement, les services restent surchargés.

Les listes d'attente restent perpétuellement engorgées.

Pour elle, nous sommes au-delà la réponse politique, *« il y a une tendance à psychologiser énormément tous les vécus alors que lorsqu'un enfant fait une angoisse banale, on n'a pas besoin d'aller à chaque fois demander l'avis d'un psychologue »* (DELVENNE, V.2024.p.5).

Pour elle, et selon la définition de la santé mentale de l'OMS qui aborde notamment le bien-être et le plein déploiement de ses capacités dans la société, on vise un idéal de société mais il est nécessaire de le comparer à la réalité de la vie.

Dans le vécu quotidien, cette notion de plein épanouissement ou de bien-être n'est pas sans cesse présente. Pour la Professeure Véronique DELVENNE, on assiste à une dérive potentielle : *« tout ce qui ne correspond pas à un plein bien être, un plein épanouissement et pleine intégration de tous ses moyens dans la société va nécessiter une consultation.*

De l'autre côté, il y a une tendance à convoquer le psychiatre ou le pédopsychiatre de manière absolue » (DELVENNE, V.2024.p.7).

A cet égard, c'est évidemment son rôle d'être convoqué dans les situations aiguës ou graves, en lien avec des pathologies, la gestion de la sécurité publique ou le contrôle des problématiques sociales mais dans le cas du pédopsychiatre, celui-ci est aussi convoqué sur des problématiques qui sont des questions de société, qui sont la protection de l'enfance, la régulation des familles très précarisées, des problèmes dits « psychosociaux ».

Pour évoquer cette problématique de manque de filtre dans le fil rouge de suivi du patient qui, par ailleurs, a un coût en temps et en argent pour la société, cette dernière prend comme exemple les enfants placés à l'hôpital qui ne relèvent pas plus d'un pédopsychiatre que d'un pédiatre, d'un médecin généraliste ou encore du secteur de la jeunesse mais qui est lui,

confronté dans sa conception de l'offre agréée, à l'absence de soignants au sein de ses institutions.

Pour Marie LAMBERT, dans l'évolution des multiples approches, une difficulté potentielle réside dans la démultiplication à la fois des projets très spécifiques et d'initiatives innovantes en oubliant parfois les acteurs existants que l'autorité publique pourrait davantage renforcer. En effet, il y a pour elle un constat de terrain de démobilisation ou d'épuisement relatif au choix de la méthode sur certains projets développés car cela demande beaucoup d'énergie sans même en connaître la possible pérennisation. Il y a probablement un besoin de stabilité dans une vision de programmation structurelle et pérenne.

On assiste aussi selon elle, à une démultiplication des fonctions de coordination mais sans que celles-ci puissent nécessairement être dans une capacité d'action concrète ou du moins, de servir de levier pour répondre à des besoins nouveaux ou non. Ce qui entraîne probablement et comme déjà mentionné préalablement, une tendance à la déresponsabilisation dans le suivi des patients des services ou programmes concernés.

« La collaboration doit pouvoir être incarnée par chaque acteur autour de la table et pas nécessairement par une fonction externe » (LAMBERT, M. 2024 p. 8).

Véronique BAUFFE extrait un point intéressant concernant l'évolution de l'intensification des soins. Si pour elle l'offre mobile existante est nécessaire et doit être renforcée, elle ne permet pas dans les situations les plus difficiles une offre de soin suffisante que peut proposer une place de court séjour et parfois si nécessaire, une place d'hospitalisation.

Il y a une détection des situations au domicile ou dans le milieu de vie et parfois une incapacité d'apporter une réponse en l'absence d'une structure adaptée. Il y a donc souvent pour les proches ou le milieu de vie institutionnel concerné, une grande attente et de facto, une frustration de la non-réponse au besoin détecté.

« Les réponses structurelles aux besoins sont encore aujourd'hui quand même pour un certain nombre de situations, des besoins d'hospitalisation » (BAUFFE, V. 2024. p.5).

Il est également nécessaire de poursuivre les renforcements de prise en charge pour les enfants en transition en fonction des tranches d'âge de vie et ce, plus encore après les dernières crises vécues.

Parallèlement, d'autres éléments intéressants sont évoqués par Monsieur Solayman LAQDIM et notamment pour lui, sur une vision qui reste très souvent ancrée dans le curatif. « *On agit sur l'effet qui est cause, alors qu'il faudrait davantage agir sur la cause* » (LAQDIM,S.2024,p.10).

Aussi selon ce dernier, il y a un manque de participation des publics concernés qui est un enjeu d'avenir. La participation est essentielle si on veut toucher les jeunes, les rendre actifs et être en adéquation avec leurs attentes.

Il y a aussi selon lui dans la manière dont les réseaux s'organisent, quelque chose de très abstrait. En quelque sorte, il faut être un initié pour comprendre les arcanes de leur fonctionnement. « *En termes d'architecture, je crois qu'il y a un gros effort de rationalisation et de simplification* » (LAQDIM,S. 2024.p.11).

A cet égard, il estime qu'il y a trois niveaux importants d'intersectorialité.

Le premier se situant au niveau local avec une vision de mise en réseau, le besoin de connaissance mais aussi d'un pilotage certes soft mais précis afin de fédérer l'adhésion.

Le deuxième niveau est celui des Administrations.

A cet égard, si on évoque sans cesse le manque de moyens, il y a en Belgique et en Wallonie, une marge de manœuvre que les Administrations respectives n'utilisent pas ou peu au quotidien alors qu'il y a un potentiel de réponses qui pourrait déjà être développé sans devoir sans cesse, bouger les lignes politiques.

Cela arrive probablement par un manque de prise de conscience, un manque de temps, une surcharge administrative ou un juridisme accru atténuant la créativité.

Il existe selon lui, une multitude de projets ou d'expériences probantes avec des résultats positifs pour lesquels on ne fait pas de cadastre ou qui ne sont pas pris en compte car il n'y a pas de stratégie de pérennisation.

A contrario, il y a des initiatives qui sont pérennisées parce qu'elles font peut-être plus d'écho médiatique, sont à la mode et trouvent un soutien accru.

Celles-ci sont alors consolidées, voire généralisées, alors que les résultats ne sont pas préalablement évalués.

Il y a donc un travail de croisement de données et d'intersection à effectuer au niveau des Administrations même s'il est essentiel d'admettre qu'il y a une certaine souffrance de ces

entités face aux évolutions rapides qui parfois, amènent une forme de protectionnisme ou de conservatisme de repli donnant une multitude d'excuses pour ne pas amener le changement.

Enfin, le troisième niveau concerne le politique et à cet égard, il appert qu'il y ait de plus en plus de sensibilisation à la santé mentale ainsi que des moyens injectés. Il faudra donc probablement se focaliser à l'avenir sur l'organisation et la systématisation des interactions au sein des secteurs concernés.

Brigitte Bouton évoque également dans les pistes d'évolution à effectuer la question du suivi de l'accrochage. Elle prend comme exemple la situation des Centres Psycho-médico-sociaux (PMS) au sein des écoles, qui détectent énormément de situations mais pour lesquelles il n'y a pas d'accrochage dans le système de santé et donc une absence de continuité dans le suivi des enfants.

Pour cette dernière, il est nécessaire d'avancer sur un dossier centralisé de soins chez tous les professionnels. Il y a aujourd'hui une perte massive d'énergie entre des dossiers différents, des encodages différents, des systèmes informatiques peu intégrés.

Pour elle, la nécessité de prendre en charge ces jeunes est importante.

Attendre, c'est complexifier l'accompagnement et en augmenter le coût pour la collectivité.

Néanmoins pour ce faire, il serait nécessaire d'aborder autrement ce public-cible.

En effet, selon elle, nous avons hérité d'une offre de service avec son histoire, son passif, sa conception, ses valeurs et aujourd'hui, cette offre ne tient pas ou plus compte de l'évolution de notre société et des besoins non-rencontrés des enfants et adolescents.

Elle évoque par ailleurs le développement sous cette législature 2019-2024, d'un plan stratégique des soins en santé mentale qui sera fondateur dans l'évolution et la réorientation des soins de santé mentale en Wallonie.

Plan repris au sein du Décret du 10 janvier 2024 modifiant le Code wallon de l'Action sociale et de la Santé concernant la santé mentale et ses services actifs en Wallonie publié le 25 mars 2024.

De manière générale et Bernard JACOB (2024) rejoint ce constat, tous ont l'impression qu'on se redirige bien trop vite vers les soins spécialisés pour des problématiques psychosociales ou même uniquement sociales alors que celles-ci pourraient être prises en considération beaucoup plus tôt.

Tous insistent donc sur la notion d'intégration du soin et de responsabilité de chacun des acteurs mais pas uniquement dans le secteur des soins.

La question de l'absence de programmation et de division dans la répartition des ressources sur un territoire revient en filigrane des entretiens. L'absence, voire la pénurie, de pédopsychiatre revient également en arrière-plan dans les capacités d'évolution de prise en charge tout en constatant que ceux-ci sont parfois utilisés à mauvais escient.

Enfin au sein des réseaux, apparaît une grande différence entre les idéaux développés et acceptés de tous et la capacité de prendre des décisions pour une prise en charge adéquate. Le temps de développement des réseaux est très énergivore et peut parfois décourager ou susciter l'abandon de la participation par manque de réponses concrètes aux problèmes rencontrés.

Thème 3 : Les acteurs de cette politique

Pour Brigitte BOUTON, il n'y a pas de très grands absents mais plutôt un morcellement des interventions parce que les acteurs sont fragmentés et que chacun, là où il se trouve, essaye de répondre à la problématique qu'il rencontre.

« La spécificité de la prise en charge des enfants et des adolescents fait que le réseau est tellement large par rapport à celui des adultes que ça nécessiterait des moyens supplémentaires pour que chacun puisse jouer son rôle correctement et qu'on puisse bénéficier véritablement d'une espèce de case manager, de coordinateur, de personnes de référence pour le jeune patient ou pour le jeune de manière générale, même bien en amont, avant qu'il ne devienne un jeune patient » (BOUTON.B. 2024. P.6).

L'ensemble des participants évoque de multiples acteurs venant du monde hospitalier, de services du secteur de la santé mentale ambulatoires ou spécialisés, du handicap, de l'aide à la jeunesse, de la justice, de la revalidation, du monde scolaire, de la petite enfance, des communes et CPAS qui ont un rôle majeur au niveau local. Il y a un réseau d'acteurs extrêmement élaboré et relativement complexe aussi pour assurer le fil rouge lors des suivis.

Il est observé que certains acteurs ont mis plus de temps à rejoindre les réseaux notamment au début de leur existence. C'est le cas des services de santé mentale qui vivaient une sensation de dédoublement de leur mission mais aussi lié au fait que les Ministres de tutelles aux débuts des

réseaux ne donnaient pas un signal clair quant à l'investissement et à la participation des services.

On assiste donc très clairement, à une participation de très nombreux acteurs avec un potentiel risque de déresponsabilisation de chacun dans le suivi des situations.

A noter que la collaboration entre les acteurs se constitue également car les moyens financiers passent en partie par les réseaux. Il y a donc une incitation et une obligation de concertation afin de les mettre en œuvre ou de les répartir.

La question financière pour les acteurs peut amener une difficulté supplémentaire car les moyens octroyés transitent par le budget des moyens fonctionnels des hôpitaux psychiatriques référents sur le territoire du réseau et ce, en raison de l'absence d'une structuration juridique des réseaux.

La plus grande capacité financière et humaine des grosses institutions leur permettent plus facilement de développer ou de participer à de nouveaux projets ce qui est probablement moteur de certaines actions mais cela peut parfois amener pour certains, une sensation de monopole ou de toute puissance sur le terrain.

Sont évoqués également les délais parfois très rapides dans lesquels les budgets sont attribués par les autorités avec une demande de mise en œuvre urgente qui ne permet ni une bonne attribution ni une adéquation aux besoins les plus urgents. Il existe parfois un sentiment au sein des réseaux que les partenaires sont bien souvent mis devant le fait accompli. C'est-à-dire qu'il n'y a pas ou peu de lien entre ce que le réseau détecte comme besoins et la proposition de l'autorité publique.

Aussi, il est à noter que la relation entre le secteur hospitalier et l'ambulatoire est parfois complexe car ces réformes arrivent notamment après une demande au niveau du secteur adulte, de geler des lits psychiatriques afin d'injecter les moyens dégagés dans la mobilité de soins.

Ce n'est certes pas la même philosophie déployée pour la politique des enfants et adolescents car seuls 10% de lits de crise doivent être mis à la disposition du réseau, cela a engendré à la fois une relation d'aide mais également de méfiance entre certains acteurs des réseaux nouvellement constitués pour des raisons de pouvoirs, de moyens financiers, de ressources humaines, de choix de projets à effectuer, etc.

La plus-value première des réseaux est de partager, déstigmatiser la question de la santé mentale et de réfléchir sur un territoire donné à des projets communs afin d'apporter des réponses

concertées permettant d'identifier pour chaque spécificité, les apports potentiels de chacun au projet.

Une difficulté rencontrée in fine se déroule à travers l'accessibilité aux acteurs du réseau du lieu de vie le plus connu pour les enfants et adolescents qu'est l'école. Des partenariats se nouent mais la politique de santé mentale au sein des établissements n'est pas assez développée et les acteurs concernés manquent de moyens, notamment les Centres Psycho-Médico-Sociaux (PMS) et les Services de Promotion de la Santé à l'École (PSE) pour ne citer qu'eux.

A titre d'exemple, Brigitte BOUTON (2024) évoque la médecine scolaire pour laquelle il est en effet élémentaire de réaliser un examen de la vue ou un examen de l'ouïe mais qui ne s'intéresse que très peu à la santé mentale des enfants et adolescents.

Il y a donc une absence de consultation structurelle à ce niveau et une absence potentielle de remise en question du besoin à rencontrer.

S'il est indéniable que les réseaux permettent de mieux collaborer et de connecter les services afin d'enrayer l'envoi ou le renvoi des situations complexes sans dialogue qui par ailleurs, suscitent les plus gros conflits inter-institutionnels, d'autres difficultés sont observées.

En effet, il est constaté que l'on a greffé des programmes de réseaux dans un système de services existants. Il existe parfois une inadéquation opérationnelle entre la mise en œuvre de ces programmes et les obligations effectives des services qui y participent.

De plus, la constitution des réseaux sur un bassin de vie à l'échelle d'une Province est bien trop grand pour être efficace localement selon les intervenants.

La mise en œuvre des programmes est par ailleurs différente d'une Province à l'autre rendant la gestion d'une politique publique plus complexe pour les autorités. Un seuil plus bas devrait être proposé. Il s'agit ici aussi d'une question de moyens mais aussi de cohérence pour assurer une prise en charge égale pour chaque citoyen.

Un sentiment d'une multiplication des lieux de concertation est fortement ressenti d'après la Directrice du centre de référence en santé mentale avec en sus, un développement de projets ou de réseaux hyper spécialisés probablement parce que chacun souhaite être entendu dans sa spécificité. Notons que la Wallonie a mis sous cette législature, le développement de la première ligne de soins par l'élaboration du dispositif Proxisanté au sein duquel le territoire est beaucoup plus restreint via la mise en place d'Organisations loco-régionales de Santé.

Concernant d'éventuels freins, il n'y a pas ou plus d'opposition directe car tout le monde est en accord avec les constats mais on assiste parfois à de grosses lenteurs où des procédures lourdes conditionnent les entrées dans le système de soin ou de prise en charge.

L'absence de constitution juridique des réseaux en Wallonie représente une menace au niveau de l'autonomie mais également du maintien des professionnels de qualité en fonction.

Par ailleurs, ce manque de structuration juridique peut rendre les activités nébuleuses, y compris dans les interactions, les influences de chacun et la plus-value de l'activité.

Parfois aussi, des logiques obédientielles peuvent intervenir et susciter des validations, des intérêts ou des freins.

Il est constaté par ce contexte, que des partenaires présents avant la crise COVID-19 sont certes, toujours impliqués mais sans doute de manière moindre en raison d'une remobilisation accrue au sein de leur propre service sans avoir les actifs équipes suffisants pour consacrer du temps à investir dans la mise en réseau.

Parfois et comme l'indique Solayman LAQDIM, le langage utilisé est aussi un langage trop connoté santé mentale « *Des acteurs qui ne sont pas de ce secteur peuvent très vite se sentir exclus* » (LAQDIM, S. 2024. P.20).

Concernant la société civile, la construction des réseaux de soins se sont construits entre les professionnels et les autorités publiques. Les utilisateurs devraient être davantage pris en compte et plus encore les enfants et les adolescents et la prise en compte de leur parole dans le système. Les enfants et les adolescents sont finalement les grands absents en tant que partenaires dans l'organisation et la prise en charge. Il y a une volonté affichée de participation qui est intéressante, mais au niveau meso et macro, il est plus compliqué de développer des initiatives dans ce sens.

La vision de représentation au sein des réseaux d'un tiers issu du monde de la société civile est un idéal voire une utopie.

Thème 4 : Les enjeux au regard du paysage institutionnel belge

Comme expliqué préalablement, il est constaté que la nature du territoire mais aussi la dispersion des opérateurs sur ce même territoire amènent des difficultés. En effet, il y a des différences parfois importantes d'une région à l'autre mais aussi même entre les grandes villes wallonnes qui n'ont pas toujours la même intensité d'offres.

Brigitte BOUTON (2024) remarque qu'il existe notamment des contrastes entre les régions liégeoises et carolos. En effet à titre d'exemple, cette dernière constate une intensité d'offres très importantes en terres liégeoises par rapport à Charleroi qui, pourtant, sont deux villes de taille similaire.

Il est certain que la Wallonie est confrontée à un territoire à la fois urbain, semi-urbain et rural. La Région wallonne doit donc s'adapter à ces trois situations tout en ayant conscience qu'il est probablement impossible en tenant compte de son histoire, de développer la même offre partout. De plus, elle est confrontée à un double challenge qui est de maintenir un niveau d'investissement public acceptable tout en rendant un maximum de services accessibles.

Au niveau des incohérences perçues, revient la notion de découpage dans la prise en charge de la personne en fonction des entités ou responsabilités gouvernementales.

S'il existe une concertation indéniable entre les autorités du pays, il existe encore beaucoup de difficultés.

Selon Brigitte Bouton, la solution facile revenant souvent dans les débats est, pour certains, de supprimer certains niveaux de pouvoir. Pour cette dernière, c'est un peu simpliste car l'enjeu primordial est de chercher comment mieux soutenir, en tant qu'autorité publique, les acteurs afin que, sur le terrain, ceux-ci ne soient guère en souffrance.

Imaginer tout rassembler en un seule organisme, une seule compétence est une utopie.

« Découper les gens en fonction de compétences institutionnelles, c'est impensable ! C'est à ça que les autorités doivent remédier » (BOUTON,B. 2024. P.11).

On voit donc apparaître la nécessité de se centrer sur les besoins de la personne.

L'objectif étant de trouver des solutions entre les acteurs et les autorités sans devoir demander à l'utilisateur de service ou un patient d'aller à plusieurs reprises à différents endroits.

In fine, pour ne pas répondre à son besoin tout en bricolant des solutions pour s'adapter aux spécificités du champ institutionnel ciblé.

Il y a donc finalement un besoin de souplesse et d'autonomie.

Ces deux éléments apparaissent comme fondateurs et inhérents à la mission des Unités d'Administration Publique (UAP), plus autonomes dans la gestion et le développement d'initiatives.

Néanmoins, on observe encore une rigidité importante et évidente en l'absence de normes conjointes ou partagées empêchant de prendre en compte l'enfant ou l'adolescent dans sa globalité.

Aussi, on reproche au côté francophone certaines difficultés alors que l'on constate également que c'est le niveau fédéral qui détermine souvent la conduite à suivre en développant des politiques importantes sans que ces dernières ne correspondent aux priorités définies par les entités dans leur déclaration de politique ou leurs analyses ; ce qui ne facilite d'ailleurs pas l'alignement entre la réponse offerte et les besoins à rencontrer.

La politique des psychologues de première ligne est prise en exemple quant à son développement dans une vision de prestations réalisées très majoritairement par des indépendants qui sont, et beaucoup le constatent, très isolés des structures institutionnelles et d'un travail en réseau.

Actuellement, les résultats qualitatifs de cette réforme sont difficilement évaluables mais certains observent que si l'objectif de départ était de prendre en charge prioritairement les 40% de la population en souffrance et se trouvant dans une plus grande précarité ou du moins avec moins de ressources, ce dernier n'est certainement pas atteint. Sans un véritable fil conducteur de suivi d'un enfant ou d'un adolescent sur un territoire tant dans l'aspect humain que dans la gestion d'un dossier partagé, il est impossible de savoir si l'offre apporte les solutions escomptées (VANDENBROUCKE, F. 2023).

Enfin, il est constaté que développer un tel modèle de prestation à l'acte chez des acteurs indépendants et non-rattachés à des institutions crée une impossibilité d'organiser structurellement des plages d'urgence afin de traiter des situations envoyées par des opérateurs ou professionnels et qui devraient trouver la priorité. Ce modèle d'opérationnalisation entraîne souvent un sentiment d'inaction ou d'inefficience des pouvoirs politiques et surtout, contribue au sentiment d'épuisement des professionnels notamment au sein des institutions de l'aide et des soins car malgré les moyens largement communiqués, ils ne trouvent pas de réponse à leurs besoins et leurs attentes.

Aussi, la question du langage entre les secteurs de par leur origine et leur constitution peut être un frein. Ce qui est de la prévention de santé mentale chez l'un ne l'est pas nécessairement chez l'autre. La perception du champ de la santé mentale a toute son importance notamment du côté de l'ONE qui a sous sa responsabilité, la prévention des 0-18 ans, en ce compris le domaine de la santé mentale.

A titre d'exemple, le Professeure DELVENNE exprime que « *si l'on envisage la notion de bien-être, alors la notion de prévention peut-être plus générale et est dès lors, envisagée par tous. Néanmoins, si on évoque ou construit la pensée comme une prévention des problématiques de santé mentale afin d'éviter l'entrée dans des psychopathologies nécessitant l'intervention d'un médecin psychiatre, là il y a une absence de rencontre et même de sentiment de responsabilité de la part d'acteurs de la prévention* » (DELVENNE,V. 2024. P.22).

Il ressort donc que le prisme par lequel le regard est posé sur la situation influence l'orientation de la prise en charge de l'enfant et de l'adolescent. Cet élément est crucial quant à l'évolution des prises en charges de ce public-cible et peut déterminer - mais aussi parfois hypothéquer - l'avenir d'un enfant par des orientations hasardeuses qui peuvent en devenir maltraitantes institutionnellement.

On en vient donc à l'importance non pas de pointer le dysfonctionnement des institutions ou d'acteurs de soins en réseau mais de créer un environnement permettant pour chaque enfant de savoir ce qu'il y a lieu de faire pour lui dans la situation rencontrée et si nécessaire, de prévoir un soin médicamenteux ou relationnel et peu importe l'endroit où il se situe.

C'est potentiellement là qu'une évolution majeure doit intervenir, non pas aller vers le soin mais intégrer ce dernier in situ.

Selon le Professeure DELVENNE (2024), des éléments doivent alerter et des réflexes se développer notamment lorsqu'il y a des difficultés d'adaptation scolaire, une souffrance somatique à retentissement, des troubles du sommeil, des troubles de l'alimentation, etc.

Elle constate que bien trop souvent, il y a un seuil où l'on considère qu'il y a une psychopathologie avérée et que ce seuil est oublié alors qu'il doit être respecté.

La nécessité est réelle d'un apprentissage des professionnels et des acteurs pour tenter d'être le plus juste possible dans la prise en charge sans devoir convoquer un médecin spécialisé lorsque ce n'est pas utile et de l'autre, éviter que les situations les plus pathologiques ne soient traitées trop tard.

Dans la perception de la prise en charge des problématiques de santé mentale, il y a donc avant tout, une conception même de cette prise en charge, de sa prévention à son intervention.

L'objectif estt que, chacun là où il se trouve dans son champ d'action, puisse prendre sa part d'intervention que celle-ci soit minime ou spécialisée.

Notons également que les questions des enjeux institutionnels sont parfois beaucoup plus présentes mais aussi variées d'une législature à l'autre selon Bernard JACOB (2024). Il témoigne d'un respect des compétences notamment entre la Région wallonne et le niveau

fédéral. Selon lui, il observe plus de difficultés entre la Fédération Wallonie-Bruxelles et la Région wallonne.

Concernant la prise en charge de la santé mentale, celle-ci est encore trop perçue comme spécialisée par les acteurs de la prévention , de la jeunesse ou de l'éducation en Fédération Wallonie Bruxelles. Il y a probablement un sentiment de déresponsabilisation dans les problématiques qui se transposent notamment par certaines absences de ces secteurs dans les réseaux ou lors de manifestations organisées pour les professionnels de terrain.

Bernard JACOB (2024) rappelle par ailleurs que lors du symposium de l'Académie royale de Médecine sur la santé mentale des enfants et adolescents , avec une relative obligation d'y entrevoir l'ensemble des représentants de l'Etat concernés par cette matière, l'absence de l'ONE qui pourtant y était invitée, représentait de manière symbolique, le sentiment de manque de responsabilité dans la perception de son rôle dans le système de soins de santé mentale. L'ONE n'était ni représentée par la Ministre de tutelle ni pas un représentant officiel de l'Administration.

Notons qu'il n'est pas utile de chercher des responsables ou de pointer un système au détriment d'un autre mais en filigrane, il en ressort que les lignes sont parfois difficiles à bouger.

En effet, cela remet en question la conception même de la notion de prise en charge de l'enfant dans certains champs institutionnels qui historiquement se fondent sur un modèle et un réseau de prise en charge éducationnelle qui n'était initialement pas prévu pour prendre en compte l'enfant dans sa globalité mais plutôt construit pour un segment de vie ou une problématique clairement définie.

On touche aussi probablement au sacré des institutions spécialisées dans la prise en charge des enfants et adolescents qui peuvent parfois donner le sentiment d'un certain conservatisme par crainte du changement ou tout simplement parce qu'accepter certaines évolutions ou remises en question, c'est reconnaître une certaine faiblesse dans leur capacité de protection de l'enfant au sens noble du bien de l'humanité.

Durant les années 2010, la Réforme de l'Etat n'a pas non plus facilité la gouvernance de l'écosystème de la santé mentale.

Une telle réforme n'est pas anodine et les acteurs dont les Administrations, ont dû parallèlement, l'appréhender en effectuant une certaine gymnastique de l'esprit. Ce n'était donc pas un virage facile à effectuer d'autant que cette réforme n'a pas résolu le morcèlement de

certaines compétences, notamment dans le secteurs de l'enfance et de l'adolescence en territoire francophone.

Pourtant la Nouvelle politique de santé mentale développée durant cette même période a été travaillée par une grande partie des acteurs de terrain sans qu'ils ne se focalisent sur les difficultés des transferts.

Les interlocuteurs observent donc tous aussi un très grand professionnalisme du côté francophone et une réelle envie de mieux prendre en charge les situations malgré les freins rencontrés.

Néanmoins, il faut aussi évoquer que la multiplication d'initiatives et de réformes rendent les choses difficilement lisibles tant pour le citoyen que pour les professionnels ; ces dernières étant menées sans même renforcer l'existant, probablement par volonté de montrer de la créativité, de la nouveauté, montrer une attention particulière à un sujet. Comme expliqué ci-dessus, la réforme des psychologues de première ligne en est aussi un exemple car on développe dans certaines situations parfois une couche supplémentaire d'acteurs alors que les premières lignes institutionnelles manquent de moyens.

L'absence d'un accueil inconditionnel des jeunes est également relevée. On observe par ailleurs qu'une multitude de jeunes judiciairisés le sont parce qu'il y a une problème de santé mentale voire psychiatrique et qu'ils se retrouvent au sein d'institutions qui ne sont absolument pas outillées pour faire face à ces problématiques. Il ne devrait donc pas y avoir un renvoi de situations mais des équipes outillées et staffées pour rencontrer les besoins. Cette division de conception engendre selon le Délégué au Droits de l'enfants, une maltraitance institutionnelle importante tant dans le chef des jeunes que des intervenants.

« Plein de secteurs sont prisonniers des réponses du passé parce qu'on a un gros problème, c'est l'évaluation de nos politiques publiques » (LAQDIM, S. p.30).

Selon le Docteur Didier WEGIMONT (2024), l'évaluation des modèles de financements à travers les prises en charge est essentielle car les systèmes ne peuvent pas rentrer en compétition dans les situations complexes au détriment d'une entité ou au profit d'une autre.

Au final, dans pareilles situations, ce sera toujours le jeune qui sera lésé. Le Docteur Didier WEGIMONT évoque parfois la construction de stratagèmes par les acteurs pour garder des doubles mandats afin de permettre le financement de la situation ou parfois permettre le maintien d'une place en attendant que la crise puisse être calmée.

D'autres situations sont vécues notamment le placement par les juges d'enfants ou d'adolescents, en mise en observation contrainte afin de forcer une prise en charge en raison

d'un manque de place notamment le week-end alors que le jeune n'est pas dans une situation qui requière celle-ci.

Toutes ces situations vécues amènent de l'injustice, de la violence institutionnelle et des problèmes éthiques auxquels aucun soignant ou professionnel ne devrait être confronté.

Thème 5 : L'évaluation de cette politique publique au regard du paysage institutionnel belge

De manière générale les intervenants estiment qu'il n'y a pas vraiment d'évaluation qui est effectuée par les différents pouvoirs. On assiste certes à un contrôle de l'utilisation des moyens et des normes lorsque les services sont agréés mais pas du fonctionnement des systèmes en place.

Il y a bien des évaluations qui existent mais celles-ci sont parcellaires et avec une absence d'uniformisation des données, parfois sous-utilisées. Tous se rejoignent pour évoquer qu'il n'y a donc pas une vision globale d'évaluation au sein des secteurs de l'enfance et de l'adolescence. Aujourd'hui, il apparaît selon Brigitte BOUTON (2024) qu'il y a encore bien trop de mesures qui sont prises sans effectuer la moindre analyse d'impact dans les politiques publiques. Les évaluations sont des outils bien peu ou mal utilisés en Belgique.

Pour cette dernière cela doit devenir une priorité pour la Wallonie et cela le devient progressivement puisqu'elle constate aussi une évolution dans l'intégration de l'évaluation lors de la construction de projets en amont de leur mise en œuvre.

Malgré tout, on rectifie encore trop les politiques au coup pour coup.

Bien entendu, selon cette dernière, il y a des évaluations effectuées par des universités, des auditeurs, et différents organismes mais travailler de manière continue et programmée n'est pas encore une pratique courante, y compris avec l'ensemble de fonctions consultatives existantes. Malgré les évolutions de ces dernières années, il est nécessaire d'aller plus loin afin de suivre les actions dans le temps et vérifier s'il est nécessaire d'en corriger certaines parties pour atteindre les objectifs fixés.

Il semble donc important de développer plus encore et principalement du côté francophone, un consortium scientifique composé des universités des hautes écoles existantes.

L'objectif serait de permettre aux instances universitaires et scientifiques de mener des études dans le cadre de leurs compétences afin de développer les politiques de demain.

C'est en tout cas vers cette direction que se dirige le développement des politiques nouvelles à l'AVIQ.

Il y a, selon Brigitte BOUTON (2024), bien trop peu de personnes qui travaillent au sein des écoles de santé publique sur les matières liées à l'économie de la santé dans la francophonie.

D'autre part, il y a un déficit d'investissement de nos acteurs scientifiques qui ne répondent pas aux appels d'offres. Ceux-ci sont donc très peu présents contrairement aux acteurs scientifiques néerlandophones.

Finalement et du côté francophone, il est indéniable que nous avons une vision de la consommation de l'offre mais qu'il règne une confusion permanente entre la consommation de l'offre et l'adéquation des services.

On assiste donc à une évolution de la société où les actions entreprises ne correspondent pas nécessairement aux besoins urgents à rencontrer.

Véronique BAUFFE (2024) constate de son côté, en prenant l'exemple du développement des nouveaux chantiers menés par le SPF Santé publique dans le cadre des enfants et adolescents, que ce dernier a réparti les moyens de manière excessivement théorique sans tenir compte de la situation vécue par chaque Province avec des indicateurs socio-économiques qui peuvent biaiser la réalité concrète.

Les réseaux de santé mentale étant développés sur une Province, le travail s'est réalisé sur cette base mais les réalités, et notamment l'offre de services, sont parfois extrêmement différentes au sein d'un même territoire provincial et entre chaque territoire.

Véronique DELVENNE (2024) rappelle elle qu'à l'installation de la Nouvelle Politique de Santé mentale pour enfants et adolescents, le comité des Nouvelles politiques (COMSMEA) a été créé afin d'assurer une fonction de suivi mais aussi pour se donner certains moyens d'évaluation à partir des retours de différents partenaires rassemblés en groupes de travail.

De plus, elle souligne la volonté de départ de cette nouvelle politique qui, en sus d'ajouter des moyens complémentaires, questionnait aussi l'utilisation de ces derniers.

D'emblée, des moyens de contrôle par un monitoring du nombre d'entrants ou du nombre de patients sur les listes d'attente avaient été mis en place même si une nouvelle fois, il s'agissait d'être dans l'évaluation quantitative.

Elle constate par ailleurs que cette manière d'évaluer est particulièrement demandée au niveau des hôpitaux. Il s'agit donc d'un processus similaire.

Concernant les réseaux, l'avis de Véronique DELVENNE (2024) est beaucoup plus mitigé. En effet, l'enregistrement des données au sein des réseaux est inexistant ou du moins, inopérant. On ne sait pas combien de patients sont vus, on ne sait pas ou peu le nombre de patients se trouvant dans la file active au sein des équipes mobiles de crise où les conditions d'accès sont différentes d'un réseau à l'autre.

On constate donc une importante perte de données, une lacune d'enregistrement de celles-ci et une absence de leurs publications aux partenaires pour confronter les réseaux et leurs moyens à la réalité des besoins à rencontrer sur chaque territoire.

Manifestement, les réseaux passent beaucoup de temps à justifier l'utilisation des moyens dans les projets qu'ils proposent à l'autorité publique. A cet égard, beaucoup rejoignent ces constats. Néanmoins et paradoxalement, il n'y actuellement aucune inspection des réseaux sur des normes communes.

Il est donc très compliqué d'obtenir des données publiques probantes et comparables.

Dernière cette notion d'évaluation, il y a aussi in fine l'absence de structuration juridique de ceux-ci. Dès lors, qui en est réellement responsable ?

Les personnes interrogées constatent que lorsqu'il s'agit d'engager ou même de licencier quelqu'un, c'est déjà d'une très grande complexité. Dès lors et dans l'absolu, réorienter des projets lorsqu'il y a des dizaines d'acteurs de secteurs différents autour d'une table et que ces derniers sont là par représentation de leur institution, il faut dès lors beaucoup d'énergie et de bonnes volontés pour passer du temps à modifier ou réactiver des actions.

Notons également que le temps donné par des professionnels dans la gestion des réseaux se fait au détriment de la gestion de leur activité au sein de leur institution. Ce temps de travail n'est d'ailleurs ni comptabilisé par les réseaux et les Administrations, ni compensé financièrement aux entités fédérées par le niveau fédéral responsable de ces réseaux.

Cette notion de responsabilité revient en filigrane dans l'opérationnalisation de ces réseaux même pour le médecin psychiatre coordinateur des équipes mobiles.

Lorsque ce dernier rédige des avis juridiques qui incombent aux médecins et que ce dernier missionne une équipe mobile, s'il y a un problème, se pose réellement la question de la responsabilité juridique propre ou institutionnelle .

Dans tous les cas, la crainte d'un accident ou d'un incident relativement grave et que beaucoup d'institutions connaissent au cours de leur vie engendrant à certains égards, des procédures de licenciement voire judiciaires, est quelque chose que les intervenants abordent le temps passant, avec inquiétude.

Pour Bernard JACOB (2024), il y a indéniablement une lacune d'évaluation .

Il est certain et les témoignages se rejoignent en ce sens, la mise en réseau à travers le développement des Nouvelles politiques en Santé mentale est une bonne piste, une bonne vision et une orientation que nous incitent à prendre toutes les recommandations internationales mais sur la question de l'efficience de son opérationnalisation actuelle, nous n'en avons que très peu de preuve.

Est-elle plus intéressante au niveau financière ? Amène-t-elle la qualité nécessaire dans les prises en charge ?

Lorsqu'on évoque la santé mentale des enfants et adolescents, tout monitorer d'un point de vue financier serait un non-sens puisqu'investir dans la prévention, c'est investir dans l'avenir.

Mais comme l'évoque Bernard JACOB (2024), la Belgique investit des moyens au niveau des nouvelles politiques de santé mentale avec pour objectif d'observer des résultats à terme, une évolution de l'état de la population et en particulier, celle des enfants et des adolescents.

Néanmoins, en l'absence d'une réelle évaluation complète de la situation actuelle, ce dernier se questionne sur la capacité d'évaluer le modèle d'ici une dizaine d'années, de déterminer la plus-value d'avenir et de réorienter le cas échéant des activités ou d'en modifier les méthodologies d'action.

Cependant et il faut le souligner, il est difficile de trouver des indicateurs probants pour évaluer de tels dispositifs alors que plusieurs universités et administrations se sont penchées sur le sujet sans pouvoir néanmoins ressortir des éléments décisifs.

En effet, les intervenants estiment qu'il y a tellement de facteurs, des évolutions rapides au sein de la société et, en parallèle, d'autres réformes qui s'activent, qu'il est compliqué de trouver un modèle parfait.

Selon Bernard Jacob, les chercheurs expriment qu'il leur est nécessaire d'obtenir des cohortes importantes et des suivis suffisamment longs afin d'obtenir des résultats qui sont significatifs. Cela demande donc beaucoup de moyens et une politique stable dans le temps.

Pour Solayman LAQDIM, ce dernier est mitigé sur la notion d'évaluation actuelle.

En effet, il constate souvent des évaluations réactives à une situation.

Aussi, il remarque à quel point les services sont happés par un reporting constant de données quantitatives de leurs activités qui paraît peu utiles si ce n'est pour confronter les services à la justification des moyens alloués.

Pour ce dernier, il existe deux types de moteur, « *il y a un moteur qui crée du mouvement et puis il y a autre moteur qui se noie par lui-même* » (LAQDIM, S. p.32).

Actuellement, il constate que le deuxième prend le dessus. C'est pour lui la mission du service rendu qui doit guider le pilotage de l'action publique et non d'autres considérations.

Aussi, il y a peu d'anticipation. Il n'existe pas dans la gestion de la conduite des politiques publiques comme cela peut se faire dans d'autres milieux, des scénarii à développer en fonction des types d'éléments rencontrés ou de la conjoncture vécue.

« *Le grand drame c'est que la nature a horreur du vide, et comme il y a un grand vide au niveau de l'évaluation, on assiste à d'autres logiques qui se développent, c'est à dire des logiques qui viennent de l'extérieur, avec des boîtes de consultants alors que nous avons toutes les compétences nécessaires au niveau des pouvoirs publics* » (LAQDIM, S. 2024. p. 33).

Même si certaines idées et actions d'entreprises de consultances sont positives, Solayman LAQDIM (2024) constate qu'on laisse le poids de la décision à la consultance alors qu'il existe une multitude de ressources qui sont probablement mal utilisées.

Pour ce dernier, il faut d'une part, investir dans des administrations fortes développant une vision de programmation prospective ne s'éloignant pas de leur finalité et d'autre part, se questionner sur les réponses mises en place et pouvoir les réorienter si nécessaire.

Dans son rôle de Délégué aux Droits de l'Enfants, Solayman LAQDIM ne croit pas au big bang organisationnel. Parce que « *le big bang organisationnel est promu par les dictatures et que dans la réalité, cela ne fonctionne jamais* » (LAQDIM, S. 2024. P. 39). Néanmoins, il pense qu'il y a des changements qu'il faut absolument impulser.

Ce dernier évoque en ce qui concerne la santé mentale des enfants et adolescents, qu'il est impératif d'obtenir une vision prospective et à très long terme en envisageant de développer un master plan qui devrait potentiellement aboutir à un décret intersectoriel du côté francophone.

Concernant les actions prioritaires à entreprendre, les réflexions et idées ne manquent pas chez ces professionnels.

Pour le Docteur WÉGIMONT et France DEHARENG (2024), il serait probablement important de réaliser un cadastre des activités et une prospection de manière bien plus large des besoins afin d'orienter précisément les moyens.

Il faut de facto arrêter le numérus clausus qui empêche l'arrivée de nouveaux médecins et revoir prioritairement la formation afin de permettre le développement de nouvelles compétences sur

le terrain notamment au niveau des travailleurs sociaux, des infirmières et des psychologues dans les approches institutionnelles et communautaires.

Brigitte BOUTON (2024) estime que l'action prioritaire est d'associer les réseaux de santé mentale afin que ceux-ci puissent intégrer les activités et l'organisation de la première ligne de soins tout en développant des outils communs.

« Il faut renforcer les capacités de la première ligne par rapport à la santé mentale des enfants et des adolescents afin de détecter les problématiques, sachant que cette première ligne, travaillera aussi avec la prévention et la promotion de la santé. Les réseaux ne peuvent donc pas rester sur leur territoire actuel mais doivent pouvoir s'adapter aux territoires qu'on va mettre en place à travers Proxisanté (réforme de la première ligne de soins en Wallonie) » (BOUTON, B. 2024. P.17).

C'est donc un objectif de permettre une meilleure connaissance du territoire, des données de la population et de s'accorder sur le principe de la responsabilité populationnelle au sein du bassin de vie concerné par le réseau.

L'enjeu est la continuité des soins, sa qualité et surtout pour les enfants et adolescents, une action préventive majeure.

Pour Didier DE VLEESCHOUWER (2024), l'action prioritaire doit être préventive par rapport au groupe cible des jeunes et notamment, par des mesures au niveau de la détection précoce des difficultés et dès le plus jeune âge notamment au sein du système éducatif.

Véronique BAUFFE (2024) rejoint la même action prioritaire avec une attention particulière pour les enfants dès leur plus jeune âge.

Pour Véronique DELVENNE (2024), la priorité est de structurer juridiquement et organisationnellement ces réseaux parce que les structures autogérées, surtout avec un tel niveau de complexité et de responsabilité, n'est absolument pas sécurisée.

Un autre élément à prendre en considération est pour elle aussi, de revoir le système de la formation académique des futurs travailleurs au regard des constats et des nouveaux modes de prise en charge.

Pour Bernard JACOB (2024), il convient de travailler en priorité l'évaluation mais aussi la formation .

En effet, cela fait selon lui près de quinze ans que l'on travaille à une autre approche de la santé mentale et sur le terrain, on se rend compte au niveau des acteurs des soins comme les psychiatres, les médecins, les psychologues mais aussi tous les travailleurs sociaux et paramédicaux, que leurs formations sont encore construites sur de l'acte individuel et beaucoup moins sur l'aspect communautaire.

Pour Marie LAMBERT (2024), un axe important et prioritaire se situe autour de la périnatalité dans la prise en charge de santé mentale même si elle insiste sur l'amélioration de l'évaluation et ce, en collaboration avec les acteurs de terrain afin d'éviter des activités inutiles, un gaspillage de ressources par des demandes qui apparaissent chronophages et dont l'utilité pourrait, sans doute, être questionnée.

Enfin, pour Solayman LAQDIM (2024), la question de la prévention est essentielle.

Il est impératif de développer une politique de prévention active et en capacité d'agir sur l'environnement social, les institutions et sur le réglementaire afin d'éviter un basculement des jeunes dans l'errance, la souffrance et les parcours de vie compliqués.

Enfin, il convient de recréer ou modifier des endroits où les enfants et les adolescents peuvent se poser. Des lieux où ils peuvent vivre et être soignés en même temps, tout en évitant l'errance institutionnelle à travers le renvoi d'une situation de professionnel à professionnel ou d'un secteur à l'autre.

Cela engendre de la maltraitance institutionnelle infligée par défaut d'autres solutions et probablement, par défaut d'une évolution de la prise en charge publique face aux besoins actuels des enfants et des adolescents.

Tableau récapitulatif des observations et recommandations des entretiens semi-directifs.

Participants	Observations	Actions prioritaires
Véronique BAUFFE	- Les réponses structurelles aux demandes sont encore aujourd'hui pour un certain nombre de situations, des besoins d'hospitalisation. - Constat que la répartition des moyens se réalise par le fédéral de manière excessivement théorique sans tenir compte de la situation vécue par chaque Province . Les indicateurs socio-économiques peuvent biaiser la réalité concrète selon leur interprétation.	- Développement de la prévention et de la détection précoce avec une attention pour les enfants dès leur plus jeune âge.
Brigitte BOUTON	- Pointe la répartition des compétences qui amène des difficultés. - Accrochage des situations problématiques in situ à améliorer notamment au niveau scolaire. - Nécessité d'un dossier centralisé pour assurer un fil rouge. - contrastes d'offres de services entre les régions liégeoises et de Charleroi. - Découper les patients en fonction de compétences institutionnelles est impensable.	- Associer les réseaux de santé mentale afin que ceux-ci puissent intégrer les activités et l'organisation de la première ligne de soins tout en développant des outils communs.
France DEHARENG, Dr Didier WEGIMONT	- L'évaluation des modèles de financements à travers les prises en charge est essentielle. - Les systèmes ne peuvent pas rentrer en compétition dans les situations complexes au détriment d'une entité ou au profit d'une autre.	- Développer un cadastre des activités. - Arrêter le numérus clausus qui empêche l'arrivée de nouveaux médecins et revoir prioritairement la formation
Pr Véronique DELVENNE	- La nouvelle politique de santé mentale a été une vraie opportunité de développer des nouveaux types de dispositifs - Malgré des efforts, les services restent surchargés et les listes d'attente perpétuellement engorgées. - Tendance à psychologiser énormément tous les vécus. - L'enregistrement des données au sein des réseaux est inexistant ou du moins, inopérant.	- Structurer juridiquement et organisationnellement les réseaux. - Revoir le système de la formation académique des futurs travailleurs au regard des constats et des nouveaux modes de prise en charge.
Didier DE VLEESCHOUWER	- Constate l'importance des compétences de la Région wallonne dans les matières de santé mentale y	- Développement de la prévention et de la détection précoce.

	compris dans les matières de l'enfance et de l'adolescence notamment à travers les services de santé mentale, de première ligne ou de planning familial.	
Bernard JACOB	- Encore trop d'orientation automatique vers les soins spécialisés. - Il existe une très grosse lacune d'évaluation. - Observe plus de difficultés entre la Fédération Wallonie-Bruxelles et la Région wallonne dans la gestion des compétences qu'entre la Région wallonne et le niveau fédéral.	- Travailler en priorité l'évaluation mais aussi la formation.
Marie LAMBERT	- La nouvelle politique de santé mentale a amené une forme de structuration, des collaborations et de l'organisation. - Démultiplication de projets très spécifiques et d'initiatives innovantes en oubliant parfois les acteurs existants	- Travailler l'axe santé mentale et périnatalité. - Améliorer l'évaluation notamment sur des activités dites chronophages.
Solaÿman LAQDIM	- L'offre de soins pensée pour des publics privilégiés. Les dispositifs qui existent pour des publics plus vulnérables vivent des listes d'attente. - Manque de programmation de l'offre dans le temps - Vision de l'offre de soins qui reste très souvent ancrée dans le curatif. - Architecture des réseaux à simplifier. - langage trop connoté santé mentale Des acteurs qui ne sont pas de ce secteur peuvent très vite se sentir exclus. - Il existe des évaluations réactives à des situations mais un manque totale de prévision à ces mêmes situations.	- Développer une politique de prévention active. - Recréer ou développer des endroits où les enfants et les adolescents peuvent se poser, vivre et être soignés en même temps.

Chapitre 6 : Réponse à la question de recherche

Pour rappel, à l'aube du deuxième chapitre et après une analyse contextuelle des problématiques de santé mentale, la question suivante était posée :

« La répartition des compétences affecte-t-elle l'efficacité des politiques relatives à la prévention et la prise en charge des problématiques de santé mentale des enfants et des adolescents en Wallonie ? »

Préalablement et comme nous l'avons aperçu durant cette analyse, la source des problématiques de santé mentale chez les enfants et les adolescents est multiple avec par ailleurs, un phénomène constaté bien au-delà des frontières de la Wallonie.

Néanmoins certains indicateurs en Belgique doivent nous alerter.

Comme nous l'avons observé, on constate un triplement de la capacité d'hospitalisation de jours en vingt ans. De plus, presque un enfant sur cinq a un trouble mental à l'adolescence et durant l'âge de transition vers la vie adulte. Ce chiffre rejoint par ailleurs le sentiment de solitude qui augmente lui à un enfant sur quatre entre onze et quinze ans. C'est par ailleurs près d'un enfant sur trois qui se retrouve confronté à des problématiques de sommeil.

Le taux de suicide en Belgique est lui aussi très élevé bien qu'il est nécessaire d'utiliser cette donnée avec parcimonie. En effet, il est impossible de prouver des passages à l'acte par l'effet d'une actualité car d'une part les chiffres enregistrés et officiels sont toujours en décalage de trois ans eu égard à la nécessité d'attendre la clôture des affaires judiciaires en cours et de l'autre, il n'est pas certains que les enregistrements de passages à l'acte soient effectivement bien similairement enregistrés notamment au niveau Européen et donc comparables pays par pays eu égard à un sujet restant parfois encore très tabou.

Néanmoins, c'est une information qui ne peut être évidemment négligée.

Souvent perçu comme une variable d'ajustement par le passé, on s'aperçoit depuis la crise Covid-19, ô combien la notion de prise en charge de la santé mentale est devenue un phénomène d'actualité parfois considéré comme le mal du siècle.

Dès lors et d'une part, trouver des réponses adaptées aux difficultés devient, une source d'inquiétudes majeure dans la gestion de la santé publique de la population et de l'autre, l'absence éventuelle de réponse amène rapidement la population à porter un regard d'inefficacité des actions entreprises par le monde politique.

Cette situation demande dans le chef des autorités de démontrer d'avantage qu'elles apportent des changements majeurs et rapides alors que ces politiques sont par essence demanderesses de temps mais aussi d'une vision de programmation à long terme.

En aucun cas et à travers ce travail, il n'est envisageable de distinguer un lien de causalité ou une influence entre la répartition des compétences dans les secteurs des enfants et adolescents et l'état de santé mentale des enfants et adolescents.

Nous l'avons vu, les phénomènes sont multiples et les problèmes proviennent de différents facteurs.

Néanmoins et à travers les entretiens semi-directifs, on peut constater l'absence d'une vision globale dans la prise en charge de santé mentale des enfants et adolescents avec pour conséquences des freins quant au déploiement de celle-ci, des contraintes administratives, des perceptions erronées sur la responsabilité de suivi d'une situation ou pire encore, une prise en charge en silo avec pour conséquence, des limites dans l'intervention proposée imposant parfois l'errance et une forme de violence institutionnelle.

Aujourd'hui et en effet, les compétences sont scindées entre la Wallonie, la Fédération Wallonie-Bruxelles et celles du niveau fédéral.

En l'absence d'une programmation commune et d'un plan global de santé mentale en Wallonie, cette répartition des compétences dans la prise en charge ambulatoire, résidentielle ou de crise nécessitant un soin hospitalier ou non, entraîne un risque majeur d'iniquité dans le traitement des enfants ou des adolescents selon l'orientation prise, la provenance de son secteur d'appartenance ou de son milieu familial.

Ne nous trompons pas, les professionnels de l'aide et du soin sont des personnes investies, mettant tout en œuvre afin d'amener des solutions mais cela ne suffit pas toujours.

A cet égard, on observe notamment une réelle volonté à travers les Nouvelles Politiques de Santé mentale pour Enfants et Adolescents développées depuis près de dix ans, d'amplifier une vision partagée et commune de la prise en charge des enfants et adolescents. Cette offre est à saluer et répond aux prescrits des recommandations internationales.

Néanmoins, cette nouvelle politique a des limites et des contraintes spécifiques.

La première difficulté étant le financement strictement fédéral pour les fonctions et programmes comme la création de coordinations, le développement d'équipes mobiles ou la création de réseaux alors que ces derniers sont développés à travers des ressources de services

principalement financées par les entités fédérées mais sans compensation et sans statut juridique propre. Or, nous l'avons vu, il existe de facto une « *interdépendance des acteurs et dans la place que ceux-ci occupent dans la construction de l'action publique* » (SAKKAS, S. 2024, p.51. cours 1 et 2).

Par ailleurs, un modèle de gouvernance horizontale sans statut juridique est actuellement développé au niveau des réseaux, rendant floues les responsabilités entre les partenaires mais aussi les différentes entités fédérées alors que dans un même temps, les réseaux se voient sans cesse confier de nouvelles responsabilités à travers par ailleurs, des injections top-down par les autorités fédérales et ce, afin de développer de nouveaux projets .

En l'absence de statut, cette gouvernance empêche également tout financement supplémentaire par les entités fédérées et le partage des ressources entraîne par ailleurs, une gestion du personnel complexe. En effet, ne pouvant travailler au sein des réseaux que de manière détachée, le personnel bénéficie de statuts contractuels différents au sein du même équipe de soins.

Cette absence de statut juridique diminue aussi et très fortement, le possible contrôle des actions par les Parlements de Wallonie et de la Fédération Wallonie-Bruxelles ou du moins, en rend la publicité des actions entreprises à l'échelle d'un territoire provincial beaucoup plus difficile.

Comme nous l'avons vu, si les réseaux sont le fruit d'un État central polycentrique, il certain que le modèle actuellement développé ne permet pas sur un territoire, d'additionner les forces et moyens en présence or nous le savons, « *l'existence d'une politique publique territoriale ne se justifie que par les changements qu'elle est censée provoquer sur son territoire d'application* » (BARDACH, 1971).

Au contraire, il amène parfois à travers un haut degré d'ouverture, une démultiplication et un enchevêtrement d'acteurs.

A l'inverse, un réseau trop spécialisé peut apparaître comme hermétique au changement et totalement fermé aux acteurs non-initiés.

A cet égard, à défaut de publication des données mais aussi d'évaluation structurée et intégrée entre les Administrations, évaluer la réel impact d'une telle réforme sur l'amélioration de la prise en charge des problématiques de santé mentale des enfants et adolescents en Wallonie restera impossible.

Si le partage de connaissances et la mise en réseau apportent indéniablement une plus-value dans l'offre des services, leurs activités ne sont aujourd'hui pas intégrées opérationnellement dans les évolutions juridiques et décrétales des services reconnus par les Administrations francophones.

Certes, participer à la mise en œuvre des réseaux n'est plus un réel problème pour les services mais aucune contrainte n'oblige l'un d'eux à s'impliquer.

D'autant plus qu'il faut tenir compte d'une augmentation de prises en charge de plus en plus complexe et difficile face à des ressources limitées au regard de leurs missions agréées qui sont, elles, obligatoires.

Comme le disait le Délégué aux Droits de l'enfants Solayman LAQDIM, croire au big-bang organisationnel est une utopie mais il est certain qu'il est nécessaire aujourd'hui de travailler à une évaluation en sus d'une programmation effective et financée.

L'objectif étant d'améliorer sur un long terme, la prévention, la détection précoce et le traitement des problématiques de santé mentale des enfants et adolescents et ce, dès leur plus jeune âge tout en soutenant leurs proches mais aussi les professionnels aujourd'hui fatigués par certaines incohérences systémiques.

Chapitre 7 : Conclusion

En janvier 2022 et à la suite des crises, le Parlement de la Fédération Wallonie- Bruxelles après six mois d’audition a publié un rapport sur la santé mentale des jeunes à travers lequel cent recommandations sont développées.

Si le travail est à saluer, force est de constater qu’à l’image du morcellement des compétences constatées dans la prise en charge de la santé mentale des enfants et adolescents, ce dernier s’est principalement concentré sur les compétences des portefeuilles ministériels au sein de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

Or, on l’observe à travers ce travail, la prise en charge d’un enfant ou d’un adolescent doit être globale et au maximum in situ. Peu importe si la problématique est détectée au sein de la structure familiale, à l’école, vécue dans un service résidentiel pour jeune relevant du secteur du handicap ou du secteur de l’aide à la jeunesse.

Si la répartition des compétences n’est pas responsable de l’état de santé mentale des enfants et adolescents, on peut néanmoins mentionner qu’elle ne facilite nullement l’efficacité des politiques relatives à la prévention et la prise en charge in situ, des problématiques de santé mentale des enfants et des adolescents en Wallonie.

Cet exemple des cent recommandations est par ailleurs interpellant au niveau francophone puisque dans la réalité, s’il est intégré que la Fédération Wallonie-Bruxelles est particulièrement compétente dans le secteur de l’enfance et de l’adolescence, la Région wallonne à travers l’AVIQ a également à cet égard, un éventail de compétences à charge. Nous pouvons citer notamment des compétences dans le secteur du handicap avec les services d’accompagnement pour jeunes ou des services résidentiels pour jeunes intimement liés avec des trajets de soins dans le secteur de la santé mentale et de l’aide à la jeunesse.

Celle-ci est également compétente dans la gestion du plan de promotion et de prévention de la santé à l’horizon 2030 comprenant un axe santé mentale ou encore la gestion des services de santé mentale accessibles aux plus jeunes et parfois spécialisés pour ce public-cible.

Compétente également pour les centres de planning familial, les centres de revalidation pédopsychiatrique, les services d’aides et soins en assuétudes qui sont particulièrement impactés par les adolescents en âge de transition vers la vie adulte, la gestion et l’organisation de la première ligne de soin, etc.

Les leviers d’actions sont donc multiples mais malheureusement, la systémique enclenchée à travers la répartition des compétences dans le monde francophone amène un appauvrissement de la capacité de prise en charge de la santé mentale des enfants et adolescents avec deux extrêmes.

D’une part et malgré de nombreux efforts, une vision de la prise en charge de la santé mentale toujours très spécialisée et de l’autre, un système basé sur l’accompagnement éducatif des jeunes ne trouvant plus nécessairement les réponses adéquates et in situ, aux problématiques rencontrées.

Il y a sans doute et à l’avenir, des changements d’approche à opérer tant sur la formation du personnel que sur l’encadrement à apporter face aux besoins de la société donc de facto, une évolution des agréments de services et leurs financements.

Cette approche dans la prise en charge de la santé mentale devra à l’avenir, être beaucoup plus intégrée. C’est-à-dire, dans chaque potentiel espace de vie des enfants et adolescents.

A cet égard, il est nécessaire que la Wallonie tant dans le secteur de la pédopsychiatrie que de la jeunesse puisse disposer de lits de crise et de time-out supplémentaires tout en maillant les interventions dans une mobilité accrues des soins.

Elle devra par ailleurs accompagner le changement dans la construction des actions communes et de législations communes car un enfant, restera un enfant et peu importe la provenance du secteur ou de sa situation familiale. C’est une nécessité d’équité et de justice sociale.

Nous l’avons perçu, la prise en charge de santé mentale des enfants et adolescents est complexe et transversale. Ce n’est pas un défaut propre à la Wallonie ou à l’organisation de ses services mais il est possible d’améliorer celle-ci en évitant d’une part d’engendrer de la violence institutionnelle et de l’autre, sans devoir subir une systémique de l’histoire de la construction institutionnelle belge.

Il est vrai, la jeunesse francophone a en héritage, le développement de services et de réseaux en silos, des modèles de prise en charge qui se sont constitués au fil du temps à travers l’histoire de la Belgique et de modèles thérapeutiques ou philosophiques impactant la prise en charge des enfants et adolescents.

Si l’objet de ce mémoire n’avait pas pour finalité d’établir une évaluation de la politique publique menée à cet égard, il avait pour objet d’essayer d’apporter une lecture, un regard, une grille d’analyse afin de confronter la réalité des mauvais indicateurs de l’état de santé mentale

des enfants et adolescents dans la population et la réalité de terrain quant à la capacité de prise en charge de celle-ci par les services en territoire wallon.

En effet, aujourd'hui les impacts socio-économiques d'un mauvais état de santé mentale ne sont plus à démontrer.

Dès lors, la structuration d'une politique publique efficiente pouvant répondre avec équité aux besoins de cette population est plus qu'un droit, mais une obligation pour un pays aussi riche que le nôtre pouvant, par ailleurs, servir d'exemple au-delà de nos contrées.

Force est de constater que les Nouvelles politiques de santé mentale développées au cours des dix dernières années ne sont pas ou peu évaluées structurellement.

Il n'y a aujourd'hui aucune évaluation intégrée, structurée et numérisée des processus de mise en réseau en cours et les publications lorsqu'elles existent, sont de type quantitatives.

Cela dit, il faut indéniablement saluer le travail qui a été fait au sein de ces réseaux de santé mentale depuis une dizaine d'années avec pour résultat, une meilleure compréhension des situations vécues sur le terrain, une sensibilisation accrue de la population et du monde politique aux problématiques de santé mentale et le développement de nombreux projets avec pour objectifs, d'apporter une réponse aux problèmes rencontrés.

Néanmoins, ces réseaux ne gouvernent in fine, qu'une infime partie de l'offre de soins sur leur territoire (essentiellement les équipes mobiles). Ces derniers ne peuvent donc être responsabilisés des tous les maux et pointés lors d'une absence de prise en charge si elle survient alors que leurs moyens sont limités eu égard au nombre d'enfants concernés sur chaque province.

A cet égard, des entretiens semi-directifs, apparaît clairement qu'il serait nécessaire de revoir la répartition territoriale notamment en lien avec l'organisation de la première ligne de soins en Wallonie et ce, afin de mailler les ressources offertes par les actions des équipes mobiles de santé mentale et des diverses activités organisées au sein des territoires concernés.

Cela permettrait par ailleurs d'améliorer la mise en réseau sur des bassins de vie plus réduits que l'échelle provinciale et de définir des responsabilités populationnelles.

L'instauration d'un modèle juridique agréé par les entités fédérées tout en étant représentatif de ce qui constitue les réseaux de santé mentale semble urgent. D'une part pour soutenir le développement de leurs activités par les entités fédérées mais aussi afin d'obtenir des statuts similaires pour les travailleurs. Cela leur permettrait par ailleurs de travailler dans une meilleure

collaboration afin d'amender les travaux développés par les différentes administrations régionales et communautaires.

Dans ce cadre, l'évaluation des modèles et la numérisation des activités de soins semblent par ailleurs des activités prioritaires à mener au sein de ces réseaux sur les territoires concernés.

Aussi et de manière plus large, il semble essentiel d'améliorer la prévention mais aussi la formation des professionnels afin de sensibiliser à la prise en charge de la santé mentale des enfants et ce, dès leur plus jeune âge.

Parallèlement, il faut développer des endroits où les enfants et les adolescents peuvent se poser. Des lieux où ils peuvent vivre et être soignés en même temps, tout en évitant l'errance institutionnelle à travers le renvoi d'une situation de professionnel à professionnel ou d'un secteur à l'autre et ceci pour des raisons de responsabilité institutionnelle ou financière.

A cet égard, mener une analyse juridique transversale de l'ensemble des textes régionaux, communautaires et fédéraux semble inévitable afin de vérifier que toutes les compétences se renforcent et s'additionnent dans la prise en charge des enfants et adolescents.

Il est aujourd'hui primordial que les services et les professionnels soient mis dans les meilleures conditions possibles pour travailler à l'élaboration de solutions partagées et reconnues.

En effet, le principe de flexibilité et de confiance des professionnels ne pouvant exister que s'ils ne rencontrent pas d'opposition formelle à leur prise en charge et ce, dans le respect et les principes de la Convention internationale des droits de l'enfant des Nations Unies adoptée le 21 novembre 1989.

Enfin, développer l'écoute en dialoguant et en interrogeant massivement les enfants et les adolescents dans ce qu'ils attendent et observent des soins, dans ce qu'ils constatent au sein des milieux institutionnels ou dans leur trajet de soins est impératif pour adapter les modèles et l'approche. Aujourd'hui, le système est développé et concerté sans leur avis, leur écoute et leur attention. Ce sont des modèles de soins réalisés pour des jeunes mais uniquement à travers le prisme des adultes.

Chapitre 8 : Discussions et perspectives à l'horizon 2030.

Nous l'avons vu, il existe préalablement à ce travail toute une série de recommandations importantes effectuées par une multitude d'organismes reconnus internationalement mais aussi à l'échelle de notre pays.

Toutes sont concertées, amendées scientifiquement et approuvées par le secteur de la santé mentale. Néanmoins, comment les mettre en œuvre sur le territoire de la Région wallonne ? Comment prioriser ces actions alors que la compétence de santé mentale pour les enfants et adolescents est régie à l'échelle des trois entités du pays ?

Aujourd'hui, si l'absence d'une programmation efficiente répondant aux évolutions des besoins de ces secteurs amène de grandes difficultés et un épuisement des professionnels, le manque d'évaluation continue et structurelle engendre une gouvernance « à vue » des autorités publiques par manque d'indicateurs probants. Rendant ainsi les décisions politiques complexes et l'ajout d'investissements financiers dans un futur proche, beaucoup plus difficiles.

Si le Covid-19, a permis une reconnaissance des besoins en santé mentale et des difficultés engendrées, les indicateurs de l'état d'une mauvaise santé mentale de la population préexistaient déjà à la crise sanitaire. Ce coup de projecteur a eu le mérite d'exister notamment parce que toute la société se retrouvait instantanément dans la même situation et ce, peu importe l'origine sociale ou le niveau de vie. Néanmoins, cette lumière peut-elle se poursuivre indéfiniment ?

Sans doute pas.

En effet, il serait aujourd'hui théoriquement facile pour certains, de pointer les moyens ajoutés en les comparant aux indicateurs quantitatifs, facilement exploitables et compréhensibles, en expliquant qu'il n'est observé que très peu d'évolution de l'état de santé mentale globale alors que les moyens investis sont conséquents notamment au niveau fédéral et régional. Eludant par ailleurs rapidement les causes des problèmes de santé mentale au sein de la société.

Par essence, les problématiques psychiatriques et de santé mentale ne sont pas celles qui sont mises en avant au sein de la collectivité. L'intégration de structures au sein de la cité reste un mouvement récent et fragile. Il suffit d'observer la situation des hôpitaux psychiatriques se trouvant historiquement aux abords des villes, à l'orée des bois, des cimetières ou des chemins de fer pour comprendre le chemin parcouru ces trente dernières années dans la déstigmatisation et la prévention de ces problématiques mais le fil reste mince.

D'autant qu'en cette période de polarisation des sociétés, la stigmatisation de la fragilité est chose aisée à réaliser pour expliquer tous les maux au sein de la cité.

Les enfants les adolescents n'échappent pas à cette règle et il s'agit pour un pays développé comme le nôtre, d'un devoir de les en protéger.

A cet égard et afin d'éviter toute reprise politique et un traitement du sujet par effet de mode ou de phénomène d'actualité, il est absolument nécessaire de mener des études plus approfondies sur les parcours de vie de enfants et adolescents confrontés dès leur plus jeune âge à des difficultés de santé mentale, soit dans leur chef ou celui de leur entourage. Ces études doivent se réaliser en prenant des cohortes relativement larges et dans un temps suffisamment long indépendamment du temps politique et des législatures.

Si le temps politique est certes plus court, il en va probablement d'une meilleure compréhension des problématiques connexes que l'on retrouve au sein du milieu scolaire mais aussi dans les orientations effectuées qui parfois ont pour conséquence de cataloguer ou stigmatiser des mineurs d'âge dans leur parcours de vie.

Comprendre les phénomènes qui entraînent des difficultés socio-économiques majeures parfois sur plusieurs générations est impératifs.

Etudier ces phénomènes n'aura pas pour conséquence directe de les voir disparaître mais à minima, de mettre en place des scénarios reconnus en cas de crise mais aussi d'aider à détecter le plus précocement possible les difficultés afin de pouvoir les prendre en charge tout aussi rapidement.

Il en va aussi de l'évolution des formations des professionnels de soins, du social mais également du monde enseignant. Croire que les problématiques de santé mentale ne trouveront réponses qu'à travers des milieux spécialisés est une utopie. Il est impossible de mettre un psychologue ou pédopsychiatre derrière chaque enfant ou adolescent quotidiennement, cela va de soi.

Indépendamment de ce travail, les Gouvernements, Parlements et Administrations devraient s'atteler rapidement à étudier leurs législations non pas sous l'unique prisme d'une matière ou de l'analyse budgétaire. Celle-ci débouchant par ailleurs et bien souvent, sur des mesures qui mettent en avant un secteur en ajoutant des moyens ou en amendement un texte au détriment d'un autre se trouvant souvent, sous la tutelle d'un autre Ministre ou d'un autre Gouvernement.

La question de la gestion de ces problématiques dans l'enfance et dans l'adolescence devrait trouver des réponses transversale tant sur le point législatif que budgétaire.

A cet égard, la Wallonie devrait se doter d'une Unité d'Administration Publique (UAP) unique dans les questions de santé et de jeunesse pour amener une prise en charge de santé ambulatoire et résidentielle cohérente mais aussi en amenant un gouvernance plus forte au sein d'un seul et même organisme afin d'éviter des concurrences entre-elles.

La Wallonie pourrait ainsi rassembler la prise en charge de plusieurs matières que l'on retrouve au sein de l'ONE, de l'Aide à la Jeunesse et de l'AVIQ.

Pour les matières relevant en partie de la Fédération Wallonie-Bruxelles, il sera essentiel de discuter de la question de Bruxelles mais il est certain que l'avenir et la prospérité de la Wallonie passeront par cette reprise en main et financière des questions de l'enfance et de l'adolescence et en particulier, celles de la santé mentale. Du moins par un organisme centralisé et dans lequel il est possible d'amener des évolutions et d'injecter des moyens frais pour le développement de politiques nouvelles.

Permettre au monde l'enfance et de l'adolescence de se situer à la même table d'un Gouvernement où l'on discute d'investissement dans l'économie ou l'environnement est prioritaire.

Il en va de l'efficacité des politiques économiques, d'emploi et de formation mais aussi dans la capacité pour la Wallonie d'investir dans la gestion d'outils numériques transversaux.

Aussi, travailler à l'équité de traitement et de salaire entre les travailleurs de la santé et du social dans différents secteurs de l'enfances et de l'adolescence est urgent. Cette réalité n'est aujourd'hui pas effective et ces secteurs se font de facto, parfois concurrences dans les recrutements.

Enfin, il est essentiel de travailler à la reconnaissance et l'intégration des réseaux de santé mentale de manière transversale avec une politique territoriale cohérente entre la première ligne de soins, les réseaux de santé mentale et les réseaux hospitaliers dans lesquels, l'intégration des hôpitaux psychiatriques devra être au cœur des réflexions futures. L'objectif étant d'éviter un travail en silo mais aussi de décharger les urgences des hôpitaux généraux qui sont confrontées à une multitudes de situations pédiatriques et pédopsychiatriques liées à des problématiques sociales, de santé mentale ou de grande précarité.

Ces situations sont souvent prises en charge par défaut d'autres solutions ou en l'absence de lieu de prise en charge résidentielle notamment le week-end alors qu'elles n'ont pas nécessairement leur place au sein des urgences et des services des hôpitaux généraux engendrant au passage, un coût beaucoup plus important pour la collectivité et la sécurité sociale.

Bibliographie

- AGENCE POUR UNE VIE DE QUALITÉ. (2016). « *Indicateurs de Santé mentale en Wallonie* ». Wallonie Santé. (N°6).
- AGENCE POUR UNE VIE DE QUALITÉ. (2024). « *Missions et vision de l'AVIQ* ». <https://www.aviq.be/fr/missions-et-vision-de-laviq>
- BEGIN, C. JOUBERT, P. & TURGEON, J. (2010). “*Une analyse du processus d'évaluation de la politique régionale de santé dans le Nord Pas-de-Calais (France)* ». The Canadian Journal of Program Evaluation Vol. 23 No. 2. (pp 139–164).
- BUREAU FÉDÉRAL DU PLAN, (2021). « *Santé mentale en Belgique : les coûts cachés de la Covid-19* ». Article 007-22/01/2021.
- BONTEMPS,C. (2020). « *Audition sur l'impact du coronavirus sur la santé mentale* ». Commission Santé de la Chambre des représentants. Intervention de l'ASBL CRéSaM – Centre de Référence en Santé Mentale.
- CENTRE FÉDÉRAL D'EXPERTISE DES SOINS DE SANTÉ (KCE). (2022). Rapport annuel.
- CENTRE DE RÉFÉRENCE EN SANTÉ MENTALE. (2023).« *Mémorandum en vue des élections 2024*. (pp. 1-12).
- COLE, ALISTAIR. (1999). « 10. Les réseaux et l'Espace public ». Espaces publics mosaïques, édité par Erik Neveu et Bastien François, Presses universitaires de Rennes, 1999, <https://doi.org/10.4000/books.pur.24691>.
- COMITÉ POUR LA NOUVELLE POLITIQUE DE SANTÉ MENTALE POUR ENFANTS ET ADOLESCENTS (COMSMEA), (2019). « *Mémorandum* ».
- COMMISSION EUROPENNE.(2023). « *Communication de la Commission au Parlement Européen, au Conseil, au Comité Économique et Social Européen et au Comité des Régions sur une approche globale en matière de santé mentale* ». COM(2023) 298 final. (pp.1-34).
- CONSEIL FÉDÉRAL DES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS. (2021). « *Avis du CFEH sur la programmation de l'offre de soins hospitaliers* ».
- CONSEIL SUPERIEUR DE LA SANTE. (2019). « *Participation des enfants et adolescents dans le domaine des soins de santé mentale* » Avis n° 9458.
- CONSEIL SUPERIEUR DE LA SANTE. (2021). « *Prise en charge psychosociale pendant la pandémie covid-19 - enfants & jeunes -* » Avis n° 9662.

- CONSEIL SUPÉRIEUR DE LA SANTÉ.(2022). « *La recherche en santé mentale: combler le fossé des connaissances* ». Avis n° 9667.
- CONSEIL SUPERIEUR DE LA SANTE. (2022). « *Prise en charge psychosociale pendant la pandémie COVID-19 : Quelles leçons pouvons-nous tirer pour l'avenir ?* » Avis n° 9676.
- CENTRE DE RÉFÉRENCE EN SANTÉ MENTALE. (2021). « *La pyramide de l'offre en santé mentale* ». (pp. 1-2).
- FÉDÉRATION WALLONIE-BRUXELLES. (2022). « *Etat des lieux de l'enfance et de la jeunesse 2020-2022* ». (pp 1- 116). Dépôt légal : D2022/15470/07.
- FANIEL, J. (2020) « *Une répartition complexe des compétences Jean Faniel* ». Santé conjugée n°93.
- FONDS DES NATIONS UNIES POUR L'ENFANCE. (2021). *DANS MA TÊTE : Promouvoir, protéger et prendre en charge la santé mentale des enfants. La situation des enfants dans le monde*. UNICEF- Résumé régional : Europe. (pp. 1-15).
- GIJS. VAN DEN HEEDE,K. VERHAEGHE,N. SWARTENBROEKX,N. ANNEMANS,L, SCHOENTJES,E. EYSEN,M. Mommerency. (2011). « *Organisation des soins de santé mentale pour Enfants et adolescents : étude de la littérature et description internationale* », Kce Reports 170b Health Services Research.
- GISLE L, DRIESKENS S, DEMAREST S, VAN DER HEYDEN J. (2018). « *Santé mentale. Enquête de santé* ». Bruxelles, Belgique : Sciensano. Numéro de rapport : D/2020/14.440/3. Disponible en ligne : www.enquetesante.be
- HEALTH BEHAVIOU R IN SCHOOL-AGED CHILDREN. (2023) « *Focus sur la santé mentale et le bien-être des adolescents en Europe, en Asie centrale et au Canada* ». Rapport.(2021/2022).
- HÉLÈNE, G.(2019). « *La réforme du système de soins de santé mentale en Belgique : le défi de son implémentation dans un contexte pluraliste. Analyse du réseau d'influence des acteurs* ». Faculté de santé publique, Université catholique de Louvain, Prom: Lorant Vincent.
- JAUFFRET-ROUSTIDE,M. COULAUD,P-J. JESSON,J. FILIPE,E. BOLDUC,N. KNIGHT,R. (2021). « *Les oubliés de la pandémie- Santé mentale et bien-être social des jeunes adultes* ». Esprit 2021/6 (Juin). (pp. 57 à 65).
- LANDEL, P-A. (2007). « *Entre politique publique et action publique : l'ingénierie territoriale* ». Université Grenoble Alpes. (pp. 1-6)

- LASCOUMES, P. SIMARD,L. (2011). « L'action publique au prisme de ses instruments ». 2011/1 (Vol. 61). (pp. 5-22).
- L'OBSERVATOIRE, CREATEUR D'ECHANGES ET DE TRANSVERSALITE DANS LE SOCIAL. (2012). «*Santé mentale :les enjeux de la réforme -Evolution du champ de la Santé mentale en Belgique : de l'asile vers les réseaux et circuits de soins* ». (n°72).
- MARON, L. BÉNÉDICTE,V. JÉRÔME,V. ANCEL,D. LONTSI,D. (Juin2022). « *Santé mentale : connaissance, perception du secteur et consommation de soins* » Service Etudes – UNMS Institut Solidaris.
- MISTIAEN,P. CORNELIS,J. DETOLLENAERE,J. DEVRIESE,S. RICOUR,C. (2019). « *Organisation des soins de santé mentale pour les adultes en Belgique* ». Health Services Research (HSR). Bruxelles. Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). KCE Reports 318B.
- MOMMERENCY, G. VAN DEN HEEDE, K. VERHAEGHE, N. SWARTENBROEKX, N. ANNEMANS, L. SCHOENTJES, E. EYSEN, M.(2011). «*Organisation des soins de santé mentale pour enfants et adolescents: étude de la littérature et description internationale – Synthèse* ». Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE). KCE Reports 170B. D/2011/10.273/80.
- MORISSENS,A. VERNIEST,R. NOIRHOMME,C. SHOLOKHOVA, S. (2022). « L'impact de la pandémie de COVID-19 sur la santé mentale des enfants et des adolescent·es en Belgique ». Santé & Société 3 — Service d'études. (pp.53-75).
- MORMONT, M. (avril 2015). « *Psy 107' : une réforme à la hauteur de ses ambitions ? Regards croisés* . Santé conjugée n° 70.
- ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES-COMMISSION EUROPÉENNE. (2022). « *Panorama de la santé: Europe* ». (pp 1- 4).
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. (2023). « *Santé mentale en Europe et en Asie centrale : les filles se portent moins bien que les garçons* ». Communiqué de presse. (2023/10).
- PARLEMENT DE LA FÉDÉRATION WALLONIE-BRUXELLES. (2022). « *Rapport de la Commission Conjointe Sur la Santé Mentale des Jeunes* ».

- PARLEMENT DE WALLONNIE. (2024). « *Décret du 10 janvier 2024 modifiant le Code wallon de l'Action sociale et de la Santé concernant la santé mentale et ses services actifs en Wallonie* ».
- PEYREFITTE, M. (1998). « L'évaluation de processus d'une politique publique territoriale ». In: *Politiques et management public*, vol. 16, (n° 2). (pp. 71-94).
- PIKETTY, T. (2021). « *Une brève histoire de l'égalité* ». Editions du Seuil.
- POUPEAU, F-M. (2017). « *Les approches par les instruments : pilotage, action à distance, gouvernementalité* ». Éditions Presses universitaires de Grenoble. (pp. 173-201).
- PRADELLA, S. (2022) « *Analyse Politiques Publiques* ». Notes-AEPP QC- notes de cours. Université Catholique de Louvain.
- RASSON, A-C(UNAMUR). JACQUET,N(ULG). LAMBERT,M (DIR.). RESIBOIS, M. (2022). « *La santé mentale de l'enfant dans les 30 premiers mois : plaidoyer pour une prise en charge ambitieuse, globale, universelle et inconditionnelle des familles – L'impact du morcellement des politiques publiques sur la prise en charge des problématiques de santé mentale des enfants de 0 à 30 mois en Wallonie et sur l'effectivité de leurs droits fondamentaux : Rapport final* » – 31/12/2021. Bruxelles : Office de la Naissance et de l'Enfance/ONE Academy. (113p).
- ROUSSEAU, C. NADEAU, L. PONTBRIAND, A. JOHNSON-LAFLEUR, J. MEASHAM, T. & BROADHURST, J. (2014). La santé mentale jeunesse : un domaine à la croisée des chemins. *Santé mentale au Québec*, 39(1), 101–118. <https://doi.org/10.7202/1025909ar>
- SCIENANO. (2023). « Cohorte Belge Santé Et Bien-Être (Belhealth) », Bulletin n°1.
- SECUREX. (2023). « *Rapport sur l'impact du leadership sur la motivation, l'épuisement professionnel et la productivité* ».
- SERVICE PUBLIC FÉDÉRAL SOINS DE SANTE, SECURITÉ DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE, ENVIRONNEMENT. (2022). « *Appel aux réseaux SMEA pour la concrétisation d'un investissement supplémentaire de 35 millions d'euros relatif aux nouveaux chantiers au bénéfice des groupes cibles des enfants, adolescents et jeunes adultes* ». (pp. 1-9).

- SERVICE PUBLIC FÉDÉRAL SOINS DE SANTE, SECURITÉ DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE, ENVIRONNEMENT. (2015) « *Guide vers une nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents* ».
- SERVICE PUBLIC FÉDÉRAL SOINS DE SANTE, SECURITÉ DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE, ENVIRONNEMENT. (2022). « Soins de santé mentale pour les enfants et les adolescents ». <https://www.health.belgium.be/fr/news/soins-de-sante-mentale-pour-les-enfants-et-les-adolescents#article>
- SOLIDARIS. (2022). « *Comment allons-nous ? La santé mentale des Belges francophones à la loupe* ». Enquête. (Pp.1-61).
- VAN CAMPENHOUDT, L. QUIVY, R. (2011) « *Manuel de recherche en sciences sociales (4ème ed.)* », Editions Dunod.
- VANDENBROUCKE, F. (2023). « *Convention soins de santé mentale de première ligne : une aide pour les personnes et une réforme fondamentale* ». Communiqué de presse. <https://vandenbroucke.belgium.be/fr/convention-soins-de-sant-mentale-de-premi-re-ligne-une-aide-pour-les-personnes-et-une-r-forme>
- VANDENBROECK, P. DECHENNE, R. BECHER, K. VAN DEN HEEDE, K. EYSEN, M. GEERAERTS, G. STROUL, B. (2012). “ *Soins de santé mentale pour enfants et adolescents: développement d'un scénario de gouvernance* ». Health Services Research, Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). (HSR). D/2012/10.273/.
- VERS UNE BELGIQUE EN BONNE SANTÉ. (2024). « Comportements suicidaires ». <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/sante-mentale/comportements-suicidaires>
- VERS UNE BELGIQUE EN BONNE SANTÉ. (2024). « Données phares dans les soins de santé ». <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/donnees-phares-dans-les-soins-de-sante/soins-en-sante-mentale>
- VERS UNE BELGIQUE EN BONNE SANTÉ. (2024). « *Offre et activité dans les HP et les SPHG pour les adultes* ». <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/donnees-phares-dans-les-soins-de-sante/soins-en-sante-mentale/soins-de-sante-mentale-pour-adultes/offre-et-activite-dans-les-hp-et-les-sphg-pour-les-adultes>

Entretiens

Les retranscriptions automatiques des entretiens sont disponibles sur demande des membres du jury.

- BAUFFE, V., 21 mai 2024, Vidéoconférence, trente-trois minutes
- BOUTON, B., 02 mai 2024, Vidéoconférence, vingt-neuf minutes
- DEHARENG, F., et Dr WEGIMONT,D., 16 mai 2024, Vidéoconférence, cinquante minutes
- Pr. DELVENNE, V., 04 juin 2024, Vidéoconférence, cinquante et une minutes
- DE VLEESCHOUWER, D., 3 juin 2024, Vidéoconférence, quarante-deux minutes
- JACOB, J., 13 mai 2024, Vidéoconférence, quarante-huit minutes
- LAMBERT, M., 22 mai 2024, Vidéoconférence, trente-deux minutes
- LAQDIM, S., 13 mai 2024, Vidéoconférence, quarante minutes

Conférences/colloques/expositions

- « *Les acteurs des soins de santé* », le 16 février 2024, campus de l'ULB à Charleroi, Colloque international du DULBEA sur les soins de santé, organisé en partenariat avec Solidaris.

