



## MEMORANDUM COMSMEA

### • CONTEXTE

Lors de la Conférence Interministérielle (CIM) Santé publique du 30 mars 2015, le *Guide vers une nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents* a été approuvé et signé par les Ministres compétents pour la Santé publique et la politique de Santé. La CIM Santé publique a chargé le groupe de travail intercabinets taskforce soins en santé mentale (gti) de l'implémentation de la nouvelle politique visant à réaliser une série d'actions prioritaires du Plan national pour une nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents (2015-2020) (voir [www.psy0-18.be](http://www.psy0-18.be)). Dans le cadre de l'engagement à poursuivre la réalisation de circuits de soins et de réseaux de soins, et d'avoir une concertation avec le terrain et les organisations faïtières, la CIM 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.

Dans le cadre de la nouvelle législature qui se mettra en place à la suite des élections du 26 mai 2019, le COMSMEA émet les recommandations suivantes afin de garantir le développement de la nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents.

## MEMORANDUM COMGGKJ

### • ACHTERGROND

Tijdens de Interministeriële Conferentie (IMC) Volksgezondheid van 30 maart 2015 werd de *Gids naar een nieuw geestelijk gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren* goedgekeurd en ondertekend door de Ministers bevoegd voor volksgezondheid en gezondheidsbeleid. De IMC Volksgezondheid heeft de interkabinettenwerkgroep taskforce geestelijke gezondheidszorg (ikw) belast met de implementatie van het nieuwe beleid met het oog op de uitvoering van een reeks prioritaire acties van het Nationaal Plan voor een nieuw geestelijk gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren 2015-2020 (cfr. [www.psy0-18.be](http://www.psy0-18.be)). In het kader van het engagement om zorgcircuits en –netwerken te creëren en te overleggen met het werkveld en met de koepelorganisaties, heeft de IMC van 8 maart 2017 beslist om een overlegcomité op te richten: *Comité voor het nieuw geestelijk gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren (COMGGKJ)*.

Dit comité is een overlegforum dat de vertegenwoordigers van de autoriteiten van de IMC voor volksgezondheid en de vertegenwoordigers van de betrokken sectoren, deskundigen en actoren uit het veld samenbrengt. Eén van de doelstellingen van de COMGGKJ is het formuleren van beleidsaanbevelingen

In het kader van de nieuwe legislatuur die zal worden ingesteld na de verkiezingen van 26 mei 2019, doet het COMGGKJ de volgende aanbevelingen om de ontwikkeling van het nieuwe beleid voor geestelijke gezondheid voor kinderen en adolescenten te waarborgen.



## • RECOMMANDATIONS

- 1) **Au moins 10% du budget de la santé doit aller à la santé mentale dont plus de 25% destinés aux soins de santé mentale pour les mineurs**

### Arguments :

- 'Les gouvernements devraient viser à augmenter l'allocation de santé mentale d'au moins 5% dans les pays à revenu faible ou intermédiaire et d'au moins 10% dans les pays à revenu élevé du budget total de la santé afin d'atteindre la parité en matière de santé mentale d'ici 2030'  
Cette recommandation est le résultat du Sommet Ministériel Mondial 2018 sur la santé mentale organisé par l'OCDE au début du mois d'octobre 2018 à Londres et dont les conclusions ont été approuvées par la Belgique.
- Dans la tranche d'âge des 14-25 ans, les problèmes de santé mentale constituent la plus grande partie de l'impact de la maladie, exprimée en DALY (Disability Adjusted Life Years (Gore ea. 2011). De graves troubles psychiatriques pour adultes se manifestent dans des situations présentant des symptômes initiaux entre 14 et 25 ans. Des efforts importants doivent être déployés en matière de détection précoce et d'intervention précoce
- Bien que le nombre de mineurs en 2018 n'était que 20,2% de la population totale, plus de moyens du budget de SSM doivent être prévus, parce que
  - Les soins périnataux et les soins du premier âge (0 à 5 ans) nécessitent une attention prioritaire.
  - Des soins de transition pour le groupe cible des 16-23 ans avec des problèmes psychiatriques sont nécessaires et sont ajoutés à la



## • AANBEVELINGEN

- 1) **Minstens 10% van het gezondheidsbudget moet naar GGZ gaan en daarvan meer dan 25% naar GGZ voor minderjarigen**

### Argumentatie :

- 'Governments should aim to increase their mental health allocation to at least 5% in low- middle income countries (LMICs) and at least 10% in high-income countries (HICs) of the total health budget to achieve mental health parity by 2030.'  
Deze aanbeveling vloeit voort uit de Global Ministerial Mental Health Summit 2018, georganiseerd door OESO begin oktober 2018 in London, waarvan België de conclusies onderschreef.
- In de leeftijdsfase tussen 14-25 jaar maken GGZ-problemen het grootste aandeel uit van impact van ziekte, uitgedrukt in DALY's (Disability Adjusted Life Years (Gore ea. 2011). Ernstige volwassenenpsychiatrische beelden manifesteren zich in ¾ van de gevallen met eerste symptomen tussen 14-25 jaar. Er moet stevig ingezet worden op vroegdetectie en vroeginterventie.
- Hoewel het aantal minderjarigen anno 2018 slechts 20,2% van de totale bevolking uitmaakte, moeten proportioneel méér middelen van het GGZ-budget voorzien worden, omdat:
  - Perinatale zorg en zorg voor kinderen van 0 tot 5 jaar speciale aandacht verdient.
  - Transitiezorg voor de doelgroep 16-23 jaar met GGZ-problemen nodig is en werd toegevoegd aan de opdracht van de netwerken voor kinderen en jongeren
  - Geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en adolescenten en hun context intensiever is

mission des réseaux d'enfants et adolescents.

- Les soins pour enfants et adolescents nécessitent une prise en charge plus intensive

**2) Stabilisation et consolidation des réseaux intersectoriels comme outil de renforcement du leadership de la promotion de la santé et facilitateur de la politique de santé mentale pour enfants et adolescents à tous les niveaux par :**

- a. un financement structurel
- b. une révision des coefficients de pondération provincial pour prendre également en considération l'offre de base existante, l'étendue du territoire et les facteurs de ruralité (mobilité et isolement), ...
- c. une garantie d'indexation et d'augmentation des moyens financiers en considération de l'ancienneté des équipes
- d. un élargissement/renforcement des soins mobiles
- e. une politique intégrée (fédérale et communautaire) (coordination et adaptation des réglementations)
- f. le financement des programmes détection et intervention précoces et outreaching vers l'aide à la jeunesse résidentielle dans les régions francophones.
- g. l'activation des programmes 3 (offre de base des SSM) et 5 (soutien à l'intégration et l'inclusion axé sur le rétablissement)
- h. une clarification avec les réseaux adultes sur les transitions pour les 18-23 ans

**3) Encourager le développement de la pédopsychiatrie du 1<sup>er</sup> âge (0-5 ans) dans les soins (SSM, CRA, équipes mobiles, services d'hospitalisation, ....) sur l'ensemble du territoire par la création de services spécifiques et spécialisés en y incluant les interventions centrées sur les interactions précoces.**

**2) Stabilisatie en consolidering van de intersectorale netwerken als een middel tot versterking van de aansturing van gezondheidsbevordering en facilitatie van het beleid voor geestelijke gezondheid voor kinderen en adolescenten op alle niveaus door:**

- a. structurele financiering
- b. herziening van de provinciale wegingscriteria, om ook rekening te kunnen houden met het bestaande aanbod, de grootte van het grondgebied en verhouding stedelijk/ruraal (mobiliteit, isolement), ...
- c. gegarandeerde indexaanpassing en aanpassing van de financiering aan de anciënniteitsverhoging
- d. versterking van de mobiele zorg
- e. een geïntegreerd beleid (federaal en gewestelijk) (coördinatie en aanpassing van regelgeving)
- f. de financiering van de programma's vroegdetectie en -interventie en outreaching naar de residentiële jeugdhulp in de franstalige regio's.
- g. activering van programma's 3 (basisaanbod gespecialiseerde GGZ) en 5 (integratieve herstelgerichte ondersteuning)
- h. verduidelijking met de netwerken voor volwassenen over de transitiezorg voor 18-23-jarigen

**3) De ontwikkeling van infantpsychiatrie (0-5 jaar) stimuleren in alle zorgvormen (CGG, CAR, mobiele teams, hospitalisatie) over alle regio's door het creëren van specifiek en gespecialiseerd aanbod. Hierbij inzetten op hechtingsbevorderende interventies**

Arguments :

Ce point prioritaire est incontournable au regard des évidences neuroscientifiques et épigénétiques actuelles attestant de l'impact positif du diagnostic et de l'intervention thérapeutique précoce (notamment sur la qualité des interactions précoces caregiver-bébé) sur le développement et la diminution de psychopathologies à des âges plus avancés<sup>12</sup>.(1,2)

De plus, des arguments économiques montrent également le retour positif sur l'économie de l'investissement dans la petite enfance (cfr travaux de J. Heckman prix Nobel d'économie)<sup>3</sup> (3)

**4) Extension de la capacité ambulatoire avec la possibilité d'une offre intensive (au moins une fois par semaine) sur une période plus longue**

**5) Extension de la capacité (semi) résidentielle avec une répartition territoriale plus équilibrée par :**

- a. ajustement de la programmation des lits K. Actuellement la programmation est calculée jusqu'à l'âge de 14 ans accomplis, alors que des soins sont dispensés aux mineurs jusqu'à 17 ans accomplis
- b. faciliter la réalisation de la programmation là où elle n'est pas complète (mais aussi supprimer les lits d'index K qui ne sont pas pédopsychiatriques pour permettre de réaliser ces lits et les affecter aux soins pédopsychiatriques)
- c. de manière subsidiaire (dans l'attente de la réalisation de la programmation) là où il y a un déficit d'offre de lits K, renforcer l'encadrement des lits pédiatriques pour les situations de crise

Argumentatie :

Deze prioriteit is onweerlegbaar in het licht van ontwikkelingsneurologische en epigenetische evidentie die de positieve impact van vroegtijdige diagnose en therapeutische interventies (vooral op de kwaliteit van de vroege ouder-kind-interacties) op de ontwikkeling en vermindering van psychopathologie bij kinderen aantoont (1,2).

Bovendien tonen economische argumenten ook het positieve rendement van investeringen in de vroege kinderjaren aan (cfr werk van J. Heckman Nobelprijs voor de economie) (3).

**4) Uitbreiding ambulante capaciteit met de mogelijkheid tot een intensief (minstens wekelijks) aanbod over langere tijd**

**5) Uitbreiding van de (semi)residentiële capaciteit met een meer gebalanceerde territoriale verdeling door :**

- a. een aanpassing van K-bed-programmering. Huidige programmering is berekend t.e.m. 14 jaar, terwijl residentiële zorg wordt verleend aan minderjarigen tot 18 jaar
- b. de realisatie van de programmatie faciliteren daar waar ze niet is ingevuld (en de bedden met K-kenletter waarop geen kinderpsychiatrie wordt uitgevoerd in mindering brengen)
- c. in afwachting van het kunnen realiseren van de programmatie, daar waar er een tekort is aan K-bedden, de omkadering van pediatrie bedden versterken om crisissituaties op te vangen

<sup>1</sup> RE Tremblay *Developmental origins of disruptive behavior problems : the « original sin » hypothesis, epigenetic and their consequences for prevention. Journal of child psychology and psychiatry, 51 (4), 341-367, 2010*

<sup>2</sup> Mark Bellis, Karen Hugues, Katie Hardcastle, Kate Ford, Zara Quigg, Alisha Davies *The impact of adverse childhood experiences on health service use across the life course using a retrospective cohort study - Journal of Health Services Research and Policy*

<sup>3</sup> James J. Heckman (Prix nobel d'économie) *Invest in early childhood development: Reduce deficits, strengthen the economy - Heckmanequation.org, 2012*

- d. chaque réseau doit être doté d'un nombre minimal de lits K d'urgence situés dans les hôpitaux généraux avec une norme de personnel adaptée.
- e. adaptation de la norme de personnel pour k et K places en fonction de l'intensification des soins
- f. reconnaissance des besoins de traitement à long terme des jeunes dont la personnalité est menacée en éliminant la dégressivité des frais de surveillance au bout de 90 jours, lorsqu'il y a encore d'amélioration après 16 semaines<sup>4</sup>(4)
- g. une extension spécifique de la capacité UTI en matière de traitement intensif pour les jeunes confrontés à des problèmes complexes, qui ont besoin de soins individuels : entre autres, pour les jeunes déficients intellectuels et les jeunes ayant de graves problèmes de comportement

- d. elk netwerk moet een minimum aantal urgentie-K-bedden in algemene ziekenhuizen hebben met aangepaste personeelnorm
- e. aanpassing van de personeelsnorm voor k- en K-plaatsen in functie van intensifiëring van de -zorg
- f. erkenning van langdurige behandelnoten voor jongeren met een bedreigde persoonlijkheid door opheffen van de degressie van de honoraria van toezicht na 90 dagen, gezien verbetering nog toeneemt na 16 weken (4).
- g. specifieke uitbreiding van de IBE-capaciteit voor intensieve behandel mogelijkheden voor jongeren met een complexe problematiek die geïndividualiseerde zorg nodig hebben: o.a. jongeren met verstandelijke beperking en jongeren met ernstige gedragsproblemen

#### **6) Procédure d'ajustement pour les admissions obligatoires (MEO) pour les mineurs**

- a. Une évaluation doit être faite par un (pédo)psychiatre en fonction des critères établis et tous les critères doivent être remplis (pas de MEO inadéquate)
- b. Les services K et UTI doivent être renforcés pour réaliser la MEO
- c. Il est important, qu'en dépit des MEO, l'offre des lits K de crise soit maintenue.

#### **6) Aanpassing procedure voor gedwongen opnames (GO) voor minderjarigen:**

- a. Inschatting moet gebeuren door (kinder- en jeugd)psychiater volgens de geijkte criteria en er moet aan alle criteria voldaan zijn (geen oneigenlijke GO)
- b. K-diensten en IBE moeten versterkt worden om GO te kunnen realiseren
- c. Het is belangrijk, dat het aanbod van crisis K-bedden behouden blijft, ongeacht het aantal GO.

#### **7) Investissement dans les soins périnataux**

- a. de manière générale, soutenir la transition à la parentalité dans les situations nécessiteuses
- b. pour les dyades dysfonctionnelles, dans des unités d'admissions spécifiques mère-enfant et/ou liaison 'outreaching' vers le domicile et/ou capacité ambulatoire « infant mental health (IMH)»

#### **7) Investeren in perinatale zorg**

- a. ondersteuning van hoog-risico zwangerschappen (risico-ouderschap)
- b. voor bedreigde ouder-kind dyades, investeren in specifieke moeder-baby eenheden en/of intensieve outreaching naar huis en/of ambulante capaciteit "infant mental health"

<sup>4</sup> Green J, Jacobs B, Beecham J, Dunn G, Kroll L, Tobias C, Brikman J. Inpatient treatment of child and adolescent psychiatry – a prospective study of health gain and costs. *J Child Psychol Psychiatry*. 2007 Dec;48(12):1259-67.

- c. promouvoir une liaison fonctionnelle entre les services adultes traitant de psychopathologies maternelles périnatales et les services spécialisés de la santé mentale du jeune enfant
- d. Introduction dans la formation des (pédo)psychiatres de modules spécifiques en IMH de la périnatalité

- c. voorzien in een functionele liaison tussen de perinatale GGZ voor volwassenen en de gezondheidszorg voor jonge kinderen (lichamelijk en geestelijk)
- d. Introductie in de opleiding van (kinder- en jeugd)psychiaters van specifieke modules IMH en perinatale psychiatrie

**8) Investissement dans les soins de transition**

- a. promouvoir la coopération entre SSM pour les jeunes, l'aide à la jeunesse, les secteurs du handicap (AVIQ-handicap, PHARE, DSL) et les SSM pour les adultes
- b. unités d'admission spécifiques pour les jeunes en phase de transition (16-23 ans), en continuité avec une prise en charge en amont et en aval

**8) Investering in transitiezorg**

- a. samenwerking tussen GGZ jongeren, jongerenwelzijn, VAPH en GGZ volwassenen bevorderen
- b. specifieke opname-units voor jongeren in de transitiefase (16-23 jaar), met voor en nazorg (zodat zij niet tussen oudere volwassenen moeten verblijven)

**9) Priorité au remboursement des interventions des psychologues et des orthopédagogues pour les enfants et les adolescents ayant de graves problèmes psychologiques et psychiatriques, travaillant dans un contexte multidisciplinaire avec le psychiatre pour enfants et adolescents.**

**9) Prioriteit voor terugbetaling van interventies door psychologen en orthopedagogen voor kinderen en jongeren met ernstige psychische en psychiatrische problemen, werkend in multidisciplinair verband met de kinder- en jeugdpsychiater**

**10) Augmentation du nombre d'heures dédiées aux pédopsychiatres et aux fonctions « psy » dans les services en lien avec les secteurs du handicap (AVIQ-handicap, PHARE, DSL) et les institutions de protection de la jeunesse, en fonction du groupe cible de jeunes ayant de graves problèmes psychologiques et psychiatriques.**

**10) Uitbreiding van het aantal uren kinder- en jeugdpsychiater en psy-functies verbonden aan instellingen VAPH en jongerenwelzijn, in functie van de doelgroep jongeren met ernstige psychische en psychiatrische problemen**

**11) Accroître la capacité de formation des psychiatres pour enfants et adolescents par un soutien financier spécifique à cette formation**

**11) Verhoging van de opleidingscapaciteit voor kinder- en jeugdpsychiaters door specifieke financiële ondersteuning van deze opleiding**

**12) Investissement dans un plan de communication national de promotion de la santé mentale pour les enfants et adolescents, visant :**

- a. la prévention autour des ACE (Adverse Childhood Experiences) (1)

**12) Investering in een nationaal communicatieplan ter bevordering van de geestelijke gezondheid van kinderen en adolescenten, gericht op:**

- a. preventie van ACE's (Adverse Childhood Experiences) (2)

- b. promotion d'une mode de vie sain (exercice physique, nourriture saine, etc.)
- c. campagnes de déstigmatisation
- d. à soutenir les compétences sociales et émotionnelles dans le secteur éducatif
- e. à veiller à la lisibilité de la communication pour tous (attention particulière aux méthodes et aux canaux de communication utilisés).

**13) Guidelines pour la participation et l'intégration des usagers et des proches au niveau macro, méso et micro.**

**14) Le COMSMEA prend acte et soutient les textes suivants :**

- a. « plaidoyer pour la santé mentale en Belgique, 7 leviers incontournables pour plus de santé mentale » (CréSaM, Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale, Psytoyens, Similes, Steunpunt Geestelijke gezondheid)<sup>5</sup>(5)
- b. Noodprogramma Eisen GGZ, Staten Generaal GGZ, 2019 (6)

- b. promotie van een gezonde levensstijl (lichaamsbeweging, gezonde voeding, enz.)
- c. destigmatisatiecampagnes
- d. ondersteuning van sociale en emotionele vaardigheden in de onderwijssector
- e. bewaken van de leesbaarheid van de communicatie naar allen (specifieke aandacht voor communicatiemethoden en -kanalen).

**13) Guidelines voor participatie en integratie van jongeren en familieleden op macro-, meso- en microniveau.**

**14) Het COMGGKJ erkent en steunt de volgende teksten:**

- a. « plaidoyer pour la santé mentale en Belgique, 7 leviers incontournables pour plus de santé mentale » (CréSaM, Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale, Psytoyens, Similes, Steunpunt Geestelijke gezondheid)(5)
- b. Noodprogramma Eisen GGZ, Staten Generaal GGZ, 2019<sup>6</sup> (6)

<sup>5</sup> <http://www.cresam.be/plaidoyer/>

<sup>6</sup> <https://www.statengeneraalggz.be/>