



Rhéseau - Mesure d'observation protectrice

Réforme de la loi du 26 juin 1990 : présentation et impact sur les soins de santé mentale des mineurs

« Les mesures d'observation protectrice dans le secteur des soins
médicopsychologiques obligés par une autorité judiciaire en Belgique
francophone : cadres, enjeux et défis »

Etienne Joiret, psychologue clinicien

- CHJ Titeca, 1030 Schaerbeek, dispositif de traitement intensif pour adolescents- coordination admissions, réseaux et équipe ambulatoire « Karavelle » etienne.joiret@chjt.be
- Réseau Archipel, agent de liaison intersectorielle (Judiciarisation, M[e]NA, jeunes et consommations, situations complexes, crise) e.joiret@archipelbw.be



Programme – Partie I

1. Que dit la Loi de 1990 relative à la protection imposée à une personne atteinte d'un trouble psychiatrique ?
2. Les modifications de la loi de 1990 par la loi de 2024 : La philosophie et les objectifs qu'elles sous-tendent et les changements de pratique qu'elles impliquent.
3. Les principaux enjeux liés à cette réforme, pour le secteur de la santé mentale infanto-juvénile ?
 - Temps d'échange avec le public.
 - Pause



Programme – partie II

4. Quels liens avec les droits du patient ?
5. Et l'autorité parentale dans tout ça ?
6. Après toutes ces informations, en pratique où en est-on ?
 - A. Quels sont les dispositifs d'accueil pour les jeunes sous mesure d'observation protectrice ?
 - B. Quelles sont les effets systémiques de ces mesures ? Pour les jeunes, pour les familles, pour les institutions de soins et du réseau ?
- Temps d'échange avec le public.

3. Les principaux enjeux de cette réforme pour le secteur de la Santé Mentale IJ ?



A. La réforme de la loi du 26/6/90

1. Loi non révisée en tenant compte de la spécificité des mineurs d'âge
 - a) Pas d'experts du circuit de soins médico-légal francophone
 - b) Pas de réflexion explicite sur les aspects intersectoriels – le réseau Enfant-Adolescents est différent du réseau pour adultes (cf. la NPSMEA)
 - c) Application de la loi pour les mineurs
 - i. De moins de 12 ans ? (Il existe des recommandations)
 - (2025) Plus de MOP en dispositif de soins K et (UTI/For K > = à 12 ans)
 - ii. De 12 à 17 ans en Belgique francophone
 - Circuit UTI / For K et un dispositif K (Bertrix pas de MOP en 2025)
 - iii. De 15 à 17 ans -> UTI /FOR K
 - Possibilité en lits A (Beauvallon : renforcés par Kirikou)

3. Les principaux enjeux de cette réforme pour le secteur de la Santé Mentale IJ ?



A. La réforme de la loi du 26/6/90 et l'intersectorialité

2. Quelles articulations avec les autres mesures de soins contraints ?
(Cf. le décret du 18 janvier 2018, la loi du 8 avril 1965, l'ordonnance bruxelloise de 2004)

a) La primauté de la loi du 26 juin 1990 sur les autres législations, y compris pour les dossiers FQI - *illustration*

Cf. L'Arrêt n° 42/2010 du 29 avril 2010 de la Cour Constitutionnelle (autorisation de sorties) - Numéro du rôle : 4693 - En cause : la question préjudicielle concernant l'article 15 de la loi du 26 juin

(...) B.6.2. Tant le texte de la loi du 26 juin 1990 lui-même que les travaux préparatoires font ressortir que le législateur a entendu conférer à la maladie mentale un caractère prépondérant pour justifier l'adoption de mesures qui s'inscrivent dans une logique thérapeutique (Doc. parl., Sénat, 1988-1989, n° 733-2, p. 9).

3. Les principaux enjeux de cette réforme pour le secteur de la Santé Mentale IJ ?



A. La réforme de la loi du 26/6/90 et l'intersectorialité

2. Quelles articulations avec les autres mesures de soins contraints ?

(Cf. le décret du 18 janvier 2018, la loi du 8 avril 1965, l'ordonnance bruxelloise de 2004)

- i. Un TVSC en institution AAJ (SRG, SRS, IPPJ...) ou Handicap (SRJ) peut avoir un intérêt clinique et éviter une hospitalisation
- ii. Si un TVSC est décidé, les autres mesures protectionnelles sont-elles suspendues (y compris les placements FQI) ?

Avis - Une hospitalisation sous MOP suspend la mesure protectionnelle ? Oui

Un TVSC suspend la mesure protectionnelle ? Non

3. Quid d'une observation pour évaluation en milieu autre que Santé Publique (IPPJ, SRJ, SRS, SRG, [MSP, Home pour personnes âgées], ...) ?

4. Risque de « concurrence » entre les mesures de soins sous contrainte ?

3. Les principaux enjeux de cette réforme pour le secteur de la Santé Mentale IJ ?



A. La réforme de la loi du 26/6/90 et l'intersectorialité

5. Quelles articulations avec les dispositifs ambulatoires et d'hébergement ?

- a) Les équipes mobiles « crise » & « longue durée » des réseaux (NPSMEA), les SSM,... ?
 - Lesquelles interviennent sur mandat (protectionnel et loi 26/6/90) ?
 - Devraient-elles accepter des TVSC, faire des RMC,... ?
- b) Le dispositif d'appui en urgence implémenté dans les équipes « pour adultes » - en appui des médecins généralistes, des urgentistes et de la police ? Vont-ils faire des RMC ?
- c) Les équipes mobiles de type intensification ?
 - CHJ Titeca Karavelle – Ok pour intervention sur mandat et TVSC postH

3. Les principaux enjeux de cette réforme pour le secteur de la Santé Mentale IJ ?



B. La réforme de la loi du 26/6/90 : les enjeux cliniques

1. La définition du trouble psychiatrique : élargissement des « diagnostics »

❖ Cf. : ...« l'on entend par "trouble psychiatrique" : un trouble défini comme tel en fonction de l'état actuel de la science et susceptible d'altérer gravement

- (soit) *la perception de la réalité,*
- (soit) *la capacité de discernement,* => définition ?
- (soit) *les processus de pensée,*
- (soit) *l'humeur*
- ***ou le contrôle de ses actes.*** => définition

a) Le diagnostic à l'adolescence ? Possible, mais pas toujours...

b) Trouble de la personnalité ... (FQI : IPPJ ou HP ?) – traitabilité ?

c) La problématique de l'addiction (si les autres conditions d'application sont remplies) - //

C. const., 12 janvier 2023, n° 6/2023)

3. Les principaux enjeux de cette réforme pour le secteur de la Santé Mentale IJ ?



B. La réforme de la loi du 26/6/90 : les enjeux cliniques

2. TVSC & consentement (éclairé) du jeune aux soins.. « constraints »

❖ *Pour toute intervention médicale, votre consentement libre et éclairé est requis. Les informations doivent être fournies au préalable et en temps opportun. Le professionnel de santé vous informe de manière personnalisée, en tenant compte de votre situation personnelle et de vos préférences. Il prend le temps nécessaire et vous invite à poser des questions. (Vos droits en tant que patient | SPF Santé publique)*

a) Le « consentement éclairé »

- ❑ Définition légale belge

- ❑ Quelles particularités pour les mineurs ?

NB : Le TVSC existait sous la forme de la **postcure**

b) Consentement éclairé > **versus** < la définition du trouble psychiatrique

c) Quid du consentement des représentants légaux en conflit avec l'adolescent ?

3. Les principaux enjeux de cette réforme pour le secteur de la Santé Mentale IJ ?



B. La réforme de la loi du 26/6/90 : les enjeux cliniques

3. Loi du 26 juin « civile » > **versus** < législations FQI protectionnelle

a) Compétence de la FWB pour ce qui concerne la protection de la jeunesse et, par là, la **sécurité publique**

- ❑ Maintien en Belgique francophone d'un modèle « protectionnel » (modèle sanctionnel en Flandre)
- ❑ Pas de mesure d'internement (sauf, éventuellement, si dessaisissement [SSI FQI à 16 ou 17 ans])
- ❑ Enjeux autour de la définition de la **sécurité publique** > versus < la **protection du jeune et d'autrui**. Fonction du parquet !

❖ Art. 2. *Les mesures de protection ne peuvent être prises, à défaut de tout autre traitement approprié, à l'égard d'une personne atteinte d'un trouble psychiatrique, que si son état le requiert, soit qu'elle mette gravement en péril sa santé et sa sécurité, soit qu'elle constitue une menace grave pour la vie ou l'intégrité d'autrui.*

3. Les principaux enjeux de cette réforme pour le secteur de la Santé Mentale IJ ?



B. La réforme de la loi du 26/6/90 : les enjeux cliniques

3. Loi du 26 juin « civile » > **versus** < législations FQI protectionnelle

b) Situations « à la croisée des secteurs », sans solutions adaptées :

i. Situations de danger graves (SAJ & SPJ), concernant des jeunes :

- ✓ De moins de 12 ans qui doivent faire l'objet d'une aide et/ou de soins obligés (MOP ou pas).
- ✓ De 12 à 17 ans (– 18 => 23 ans)
 - ✓ Qui n'ont **plus de lieux d'hébergement** ou de lieux de vie accessibles (familles, familles d'accueil, services de l'Aide à la Jeunesse ou du Handicap,...).
 - ✓ Qui adoptent des **comportements de mises en danger grave** d'eux-mêmes et/ou d'autrui (qui ne sont pas considérés comme FQI) et qui « échappent » à toutes les formes de prises en charge décidées, souvent par la fugue et/ou le refus d'aide & de soins.

3. Les principaux enjeux de cette réforme pour le secteur de la Santé Mentale IJ ?



B. La réforme de la loi du 26/6/90 : les enjeux cliniques

3. Loi du 26 juin « civile » > **versus** < législations FQI protectionnelle
- b) Situations « à la croisée des secteurs », sans solutions adaptées
 - ii. Jeunes avec dossier FQI & comportements très violents/ dangereux « high risk / medium-high care »
 - iii. Jeunes présentant des déficiences intellectuelles modérées à sévères et dont les comportement graves (sexuels, violents...) persistent malgré les prises en charge, psychologiques, médicales, éducatives (en ce compris orthopédagogiques)
 - iv. Jeunes aux comportements très violents/ dangereux avec troubles modérés à sévères du spectre autistique (avec peu ou sans conscience de la “dangerosité” de leur(s) comportement(s))

3. Les principaux enjeux de cette réforme pour le secteur de la Santé Mentale IJ ?



B. La réforme de la loi du 26/6/90 : les enjeux cliniques

3. Loi du 26 juin « civile » > **versus** < législations FQI protectionnelle

b) Situations « à la croisée des secteurs », sans solutions adaptées :

- v. Jeunes qui commettent des délits graves et qui consomment abusivement et durablement une ou plusieurs substance(s) psychotropes et dont l'assuétude emporte leur capacité de discernement, de contrôle de leur comportement au point de mettre à mal leur adhésion même minimale à toutes les formes de prises en charge disponibles, qu'elles soient éducatives, orthopédagogiques (contenantes), thérapeutiques ou ambulatoires.



Programme – partie II

4. Quels liens avec les droits du patient ?
 5. Et l'autorité parentale dans tout ça ?
 6. Après toutes ces informations, en pratique où en est-on ?
 - A. Quels sont les dispositifs d'accueil pour les jeunes sous mesure d'observation protectrice ?
 - B. Quelles sont les effets systémiques de ces mesures ? Pour les jeunes, pour les familles, pour les institutions de soins et du réseau ?
- Temps d'échange avec le public.

6.A Quels dispositifs d'accueil pour les jeunes sous mesure d'observation protectrice ?



Type de service qui accueillent des patients (mineurs) présentant un trouble psychiatrique	Lits
Service de pédiatrie	E
Service neuropsychiatriques d'observation et de traitement d'enfants	K
Hospitalisation de jour en service K	k1 - kj
Hospitalisation de nuit en service K	k2 - kn
Service FOR K / UTI (unité de traitement intensif)	/
Service neuropsychiatrique d'observation et de traitement de malades adultes (≥ 15 ans)	A
Service neuropsychiatrique pour le traitement de malades adultes (≥ 15 ans)	T
Service pour le traitement intensif de patients psychiatriques « PTCA-Adultes »	IB

6.A. Quels dispositifs d'accueil pour les jeunes sous mesure d'observation protectrice ?



- Au total, 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 01/01/2023, 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)**
 - **340** en FWB dont **215** en Wallonie et **125** à Bruxelles
 - ☑ **555 places en hospitalisation de jour (index k1)**
 - **276** en FWB dont **156** en Wallonie et **120** à Bruxelles
 - ☑ et **79 lits en hospitalisation de nuit (index k2)**
 - ☑ **29** en FWB dont **20** en Wallonie et **9** à Bruxelles

[Offre et activité dans les HP et les SPHG pour enfants et adolescents - Vers une Belgique en bonne santé](#)

6.A. Quels dispositifs d'accueil pour les jeunes sous mesure d'observation protectrice ?



Nombre de lits K / K1 / K2 à Bruxelles et en Wallonie

en date du 27/03/2024, répartis selon la province du site hospitalier

Province du site	Index de lit		
	K	K1	K2
Région de Bruxelles-Capitale	★ 125	120	9
Brabant wallon	★ 121	45	
Hainaut	35	79	20
Namur	25	20	
Liège	20	6	
Luxembourg	14	6	
Total	340	276	29

CNW Lennox & Petite
Maison Chastre

[Soins spécialisés en santé mentale - R.E.A.L.I.S.M](#)

6.A Quels dispositifs d'accueil pour les jeunes sous mesure d'observation protectrice ?



- 2001 : Avis du Comité de Prévention de la Torture et des Traitement Inhumains et Dégadants (CPT) dépendant du conseil de l'Europe -
<https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=0900001680693e11>
- P. 48 : « 124. Enfin, le CPT ne peut passer sous silence les difficultés exprimées par le personnel de l'IPPJ, y compris médical, devant le fait que l'IPPJ accueille de plus en plus souvent des mineurs présentant des problèmes peu compatibles avec une prise en charge socio-éducative classique (toxicomanie avérée, troubles psychiatriques graves, etc.). Selon les informations recueillies sur place de sources médicales, aucune structure médicale spécialisée susceptible d'accueillir de tels jeunes patients n'existerait en Belgique (cf. à cet égard le paragraphe 137). Le CPT souhaite recevoir les commentaires des autorités belges à cet égard. »

6.A Quels dispositifs d'accueil pour les jeunes sous mesure d'observation protectrice ?



- 1996- 1997 – Premiers projets de création d'un service spécifique (IPPJ, INAMI, Just-AAJ-Santé..)
- 2002 : La Belgique confie le projet FOR K au secteur Santé (G. Verhofstadt, M. Verwilghen, F. Vandenbroucke) => **2003** - Lits **FOR K** « FQI / MOF » de la **première génération**
 - ⇒ Format de 8 places par cour d'appel (5 X 8 = 40 lits), financement forfaitaire
- 2003/10/27 - CHJ **Titeca** (BXL): ouverture de l'unité « **Karibu** » (8 lits For K + 8 lits K)
- 2004 : **Antwerpen et Geel** (2 x 8 places)
- Grèves en IPPJ NL [2005] puis FR [2006]
- 2006-2007 : **Région wallonne** : pas d'institution volontaire... La Wallonie confie 8 lits For K/UTI FQI au CHJ Titeca, à Bruxelles. Bruxelles : 8 lits For K FQI ⇒ 20 lits For K/UTI FQI
 - 28 lits For K = Karibu et ouverture de l'unité **Kallima** (1/1/2008)
- 2008 - Ouverture de 8 places « UTI FQI » à Liège : « **Les Cyprès** »
- 2009 - Ouverture de 8 lits « UTI FQI » à Tournai : « **Les Mangroves** »
- 2012 - Ouverture de 8 lits (« UTI » FQI/SEPJ/MEO) à Liège, au Petit Bourgogne : « **Les Cactus** »
- 2012 - Ouverture de l'unité « **La Kapeline** » à Mons, site du Chêne-aux-Haies
- 2015 - Ouverture 8 lits UTI FQI/SEPJ/MEO : « **UTI d'AREA+** » d'Epsilon à 1180 Bruxelles

6.A Quels dispositifs d'accueil pour les jeunes sous mesure d'observation protectrice ?



1ère génération FOR K

2ème génération UTI

2018 PROJECT FOR K	For K « MOF / FQI »	For K « MOF-FQI / POS-SEPI / GO-MOP »	Crisis K	Lits Habitat Protégée
<u>West-Vlaanderen</u>				
PZ Heilige Familie Kortrijk	8 (7+1)		2	
<u>Oost-Vlaanderen</u>				
Pc Sleidinge		8 (7+1)		
Pc Caritas Melle	8 (7+1)		2	
<u>Antwerpen</u>				
ZNA	8 (7+1)			
OPZ Geel	8 (7+1)		2	
<u>Limburg</u>				
Aaster (Sint-Truiden)		8 (7+1)	3	
Medisch Centrum Bilzen			2	
<u>Vlaams Brabant</u>				
Z.org KU Leuven (UPC KU Leuven)		8 (7+1)	3	
PZ Broeders Alex. Tienen			2	
<u>Bruxelles- Brussel</u>				
CH J. Titeca – Karibu et Kallima	14 (12+2)	6 (5+1)		8
Titeca Région wallone	8 (7+1)			
Epsilon – Area+ UTI		8 (7+1)	4	
<u>Liège</u>				
Isosl – Les CaKtus et les Cyprès	8 (7+1)	8 (7+1)	3	
CHR La Citadelle			3	
<u>Mons</u>				
Marronniers- Les Mangroves	8 (7+1)		3	
A. Paré – La Capeline		8 (7+1)	3	
TOTAL = 124 + 8 IHI	70 (62+8)	54 (47+7)	32	8

6.A Quels dispositifs d'accueil pour les jeunes sous mesure d'observation protectrice ?



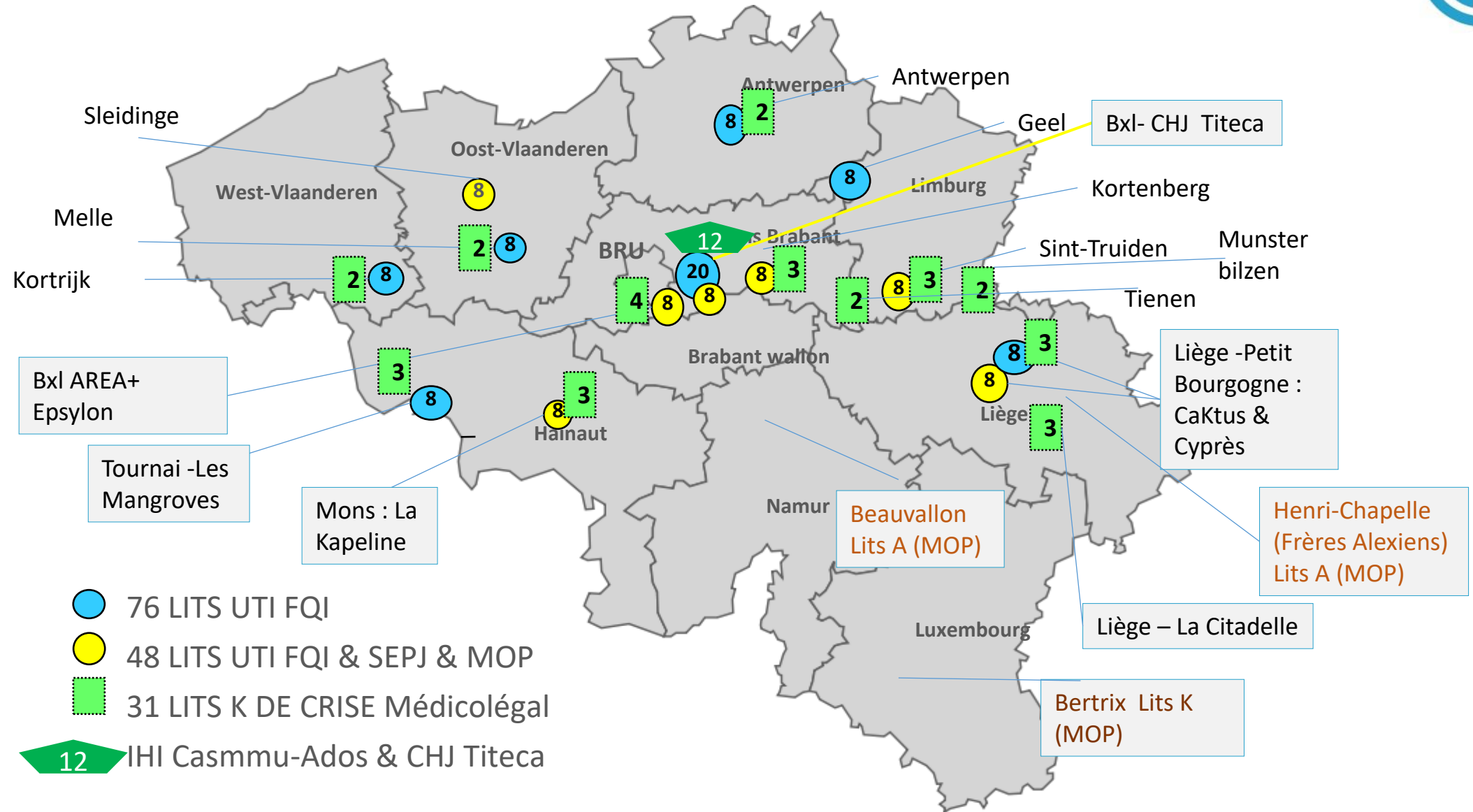
- 70 Lits FQI de 1^{ère} génération
- 54 Lits FQI/SEPJ/MOP de 2^{ème} génération
- 32 Lits K ML (médicolégaux - 15 Jrs X 2)
- 156 = 124 « UTI/For K » + 32 lits K médicolégaux
 - ❑ Financement : Service Public Fédéral Santé Publique
- 2021 - Projet intensification : 1 ETP / 8 lits
 - ❑ Financement SPF Santé Publique
 - ❑ Certains services « réouvrent » des équipes mobiles
 - ✓ CHJ Titeca et AREA+
 - Préadmission et avis de liaison et collaborations avec l'AAJ (IPPJ, privé, SPJ...), la justice (tribunaux), le secteur Handicap

6.A Quels dispositifs d'accueil pour les jeunes sous mesure d'observation protectrice ?

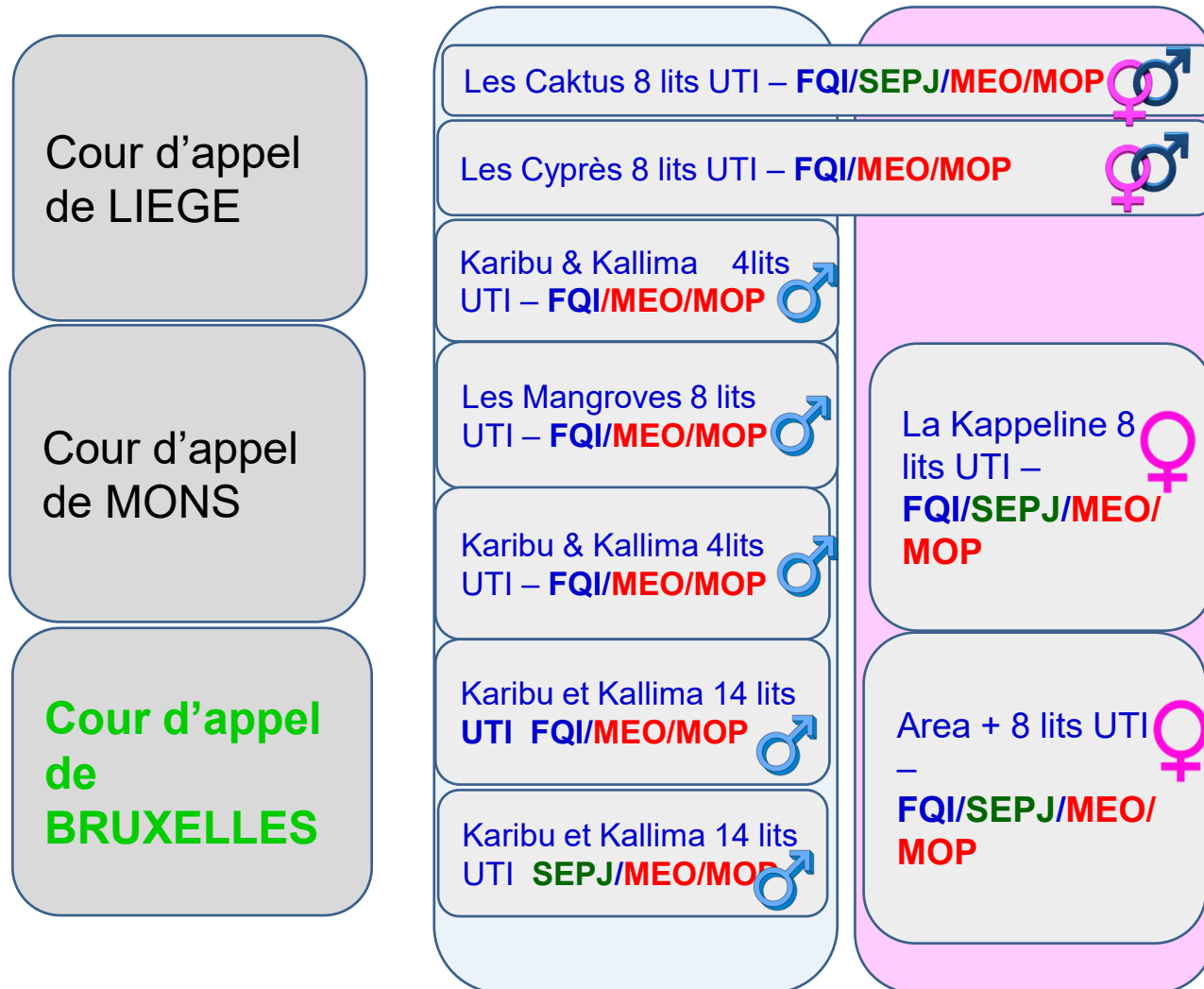


- Lit FQI de 1ère génération : Belgique : 70
 - Bruxelles - CHJ Titeca : 14 (FR&NL) + 8 Wal = 22
 - Liège – Le Petit Bourgogne : 8 - Les Cyprès
 - Tournai – CRP Les Marronniers : 8 - Les Mangroves
- Lits FQI/SEPJ/MOP de 2ème génération : Belgique = 54
 - Bruxelles - CHJ Titeca : 6
 - Bruxelles – AREA+ : 8
 - Liège – Le Petit Bourgogne : 8 – Les CaKtus
 - Mons – Le Chêne-aux-Haies : 8 - La Kapeline
- Lits K ML: Belgique = 32
 - Tournai - Kiwis : 3
 - Bruxelles – Area+ : 4
 - Liège – La Citadelle : 3
 - Liège – Le Petit Bourgogne - CaKtus : 3
 - Mons – Le Chêne-aux-Haies - La Kapeline : 3

6.A Quels dispositifs d'accueil pour les jeunes sous mesure d'observation protectrice ?



6.A Quels dispositifs d'accueil pour les jeunes sous mesure d'observation protectrice ?



Situations complexes « inter-provinciales »

- Troubles psychiatriques sévères associés à des troubles du comportement sévères
- Violence grave sur les personnes
- Violences sexuelles
- Délinquance liée aux troubles psychiques
- MOP urgentes
- Mises en danger
- Comorbidités (déficience intellectuelle légère à modérée; assuétudes; problématique sexuelle)
- « Epuisement » / renvois des dispositifs d'aide et/ou de soins et des familles
- Time-out (K - UTI; UTI - UTI; SRJ - UTI...)

6.A Quels dispositifs d'accueil pour les jeunes sous mesure d'observation protectrice ?



✚ Les statuts judiciaires et administratifs en UTI/ FOR K

- Dossier(s) judiciaire(s) et/ou administratifs
 - A. Soit pour des faits qualifiés d'infractions (FQI)
 - B. Soit pour une situation de danger (judiciarisée : SDJ)
 - C. Soit pour une mesure (civile) d'observation protectrice d'une personne atteinte d'un trouble psychiatrique (MOPPAP), SSI : trois (*quatre*) critères présents (cumulatifs)
 - Symptômes d'une maladie mentale (non définie = évolutive)
 - Dangereux pour soi et/ou autrui
 - Absence d'alternative thérapeutique
 - D. Soit A+C ou B+C
 - E. Problématique des dossiers multiples (SAJ (+) TJ (+) MOP)
 - Prévalence du dossier FQI
 - Prévalence du dossier MOP sur FQI

6.A Quels dispositifs d'accueil pour les jeunes sous mesure d'observation protectrice ?



+ Les statuts judiciaires et administratifs en UTI/ FOR K

➤ Décret du 18/1/2018

A. TJ & SPJ – Dossier 56 (FQI)

- Accès aux UTI **par zone de cour d'appel** qualifiés d'infractions (FQI)

B. SPJ - Dossier 51 (SEP/SDJ)

- Accès aux UTI **par zone de cour d'appel** ;
- **SAJ – Pas d'accès aux UTI** sauf à Mons, à la Kapeline

C. Loi du 26/6/1990 - Mesure (civile) d'observation protectrice d'une personne atteinte d'un trouble psychiatrique (MOPPATP)

- Accès aux UTI prioritairement **par zone de cour d'appel**
- **Possibilité d'imposition (7/7/365)** par le parquet, en urgence

6.A Quels dispositifs d'accueil pour les jeunes sous mesure d'observation protectrice ?



+ Les mesures d'observation protectrice : où ?

➤ Cour d'appel de Liège

- Liège - Le Petit Bourgogne - **Les CaKtus** Mixte 12-17 ans
- Liège - Le Petit Bourgogne - (Les Cyprès = FQI) Mixte 12-17 ans
- Bertrix – Lits K – Pavillon 3 (Provincial et temporairement pas de MOP en 2025)
- (Henri-Chapelle – Les Frères Alexiens – **Lits A**) (adultes & excep. >= à 15 ans)
- Namur – Beauvallon – **Lits A renforcés** par Kirikou (>= à 15 ans & adultes)

➤ Cour d'appel de Bruxelles

- Bruxelles - CHJ Titeca - **Karibu** Garçons 12-17 ans
- Bruxelles - CHJ Titeca - **Kallima** Garçons 12-17 ans
- Bruxelles - Epsilon - **AREA+** Filles 12-17 ans

➤ Cour d'appel de Mons

- Mons - Le Chêne-aux-Haies – **La Kapeline** Filles 12-17 ans
- Tournai - Les Marronniers – **Les Mangroves** Garçons 12-17 ans

6.A Quels dispositifs d'accueil pour les jeunes sous mesure d'observation protectrice ?



+ L'indication de soins en unité de traitement intensif

- ☑ Critère(s) psychiatrique(s)
 - Trouble(s) sévère(s) qui justifie(nt) des soins intensifs médicopsychologiques et de nursing
- ☑ Critère comportemental
 - Le trouble du comportement n'est pas, en soi, suffisant
- ☑ Critères judiciaires
 - FQI, SEPJ, MOP
- ☑ « À défaut d'alternative »
 - Pas d'alternative de proximité (ambulatoire, K, k1, k2)
 - Support du réseau intersectoriel

6.B. Quelles sont les effets systémiques de ces mesures ? Pour les jeunes, pour les familles, pour les institutions de soins et du réseau ?



+ De la théorie à la pratique : les effets systémiques (**CHJT**)

☑ Diversification des profils cliniques

➤ Troubles psychotiques et de l'humeur

➤ ↗ traumas complexes, ↗ troubles de l'attachement, TDAH, ↗ TSA,...

⇒ Adéquation relative du dispositif de soins pour certaines problématiques (ex. : autisme, double-diagnostic, High-risk / High/medium care,...)

☑ Rajeunissement du public, y compris MOP (sous-groupe 12-14 et demandes pour des <12 ans...)

⇒ Moins de compatibilité entre certains profils. Par exemple, les plus jeunes avec des plus âgés, AICS...

⇒ Élargissement du/des réseaux (institutions, écoles...)

6.B. Quelles sont les effets systémiques de ces mesures ? Pour les jeunes, pour les familles, pour les institutions de soins et du réseau ?



+ De la théorie à la pratique : les effets systémiques (**CHJT**)

☑ Critères judiciaires

- CHJT - Diminution FQI (25-30%), SDJ (30-35%), MOP 30-40%)
- ⇒ Patientèle agissante > Incidents « à judiciairiser » en FQI (plaintes)
- ⇒ MOP de jeunes sans autre dossier ; importance de la présence du parquet aux audiences
- ⇒ Demandes « hors critères » judiciaires ou administratifs

☑ « À défaut d'alternative » - mais réseaux saturés

- Pas d'alternative de proximité (ambulatoire, K, k1 et k2)
- ⇒ Pression pour des jeunes qui ne devraient pas être en FOR K
- Support du réseau intersectoriel
- ⇒ Situations davantage « psychosociales » ; sans hébergement ; prolongations inutiles de certaines hospitalisations

6.B. Quelles sont les effets systémiques de ces mesures ? Pour les jeunes, pour les familles, pour les institutions de soins et du réseau ?



+ De la théorie à la pratique (**CHJT**)

➤ Quelques données

Au CHJ Titeca, en 2025 :

- En moyenne, **13 nouvelles demandes** ou en cours d'évaluation par quinzaine,
- En moyenne, **7 situations** qui sont évaluées et qui sont en liste d'attente pour une hospitalisation
- Des délais d'admission de 1 jour à 3 mois (quand les candidatures sont complètes)

- CHJT : Importance d'admettre, dans les trois premiers de la liste d'attente,
- ⇒ le **jeune qui est le plus en difficulté sur le plan pédopsychiatrique et comportemental**
- ⇒ et/ou qui n'a pas (assez) de support médical et psycho-social.

6.B. Quelles sont les effets systémiques de ces mesures ? Pour les jeunes, pour les familles, pour les institutions de soins et du réseau ?



+ De la théorie à la pratique (**CHJT**)

- Une des grosses difficultés est de **réorienter les jeunes** à la sortie de l'hospitalisation, lorsque le jeune va mieux, que son état de santé est stabilisé.
 - Il n'y a pas vraiment des places dans les secteurs de l'aide à la jeunesse, du handicap
 - et, en famille, ce n'est pas toujours une bonne idée.
- L'attente dépend aussi de la **possibilité d'organiser des rendez-vous de préadmission** (cf. ceux qui sont régulièrement en fugue...)
- ⇒ Il faut que des jeunes puissent **sortir de l'hôpital** (en famille ou dans le réseau AAJ et Handicap) pour que d'autres puissent y être admis = aspect systémique intersectoriel.

6.B. Quelles sont les effets systémiques de ces mesures ? Pour les jeunes, pour les familles, pour les institutions de soins et du réseau ?



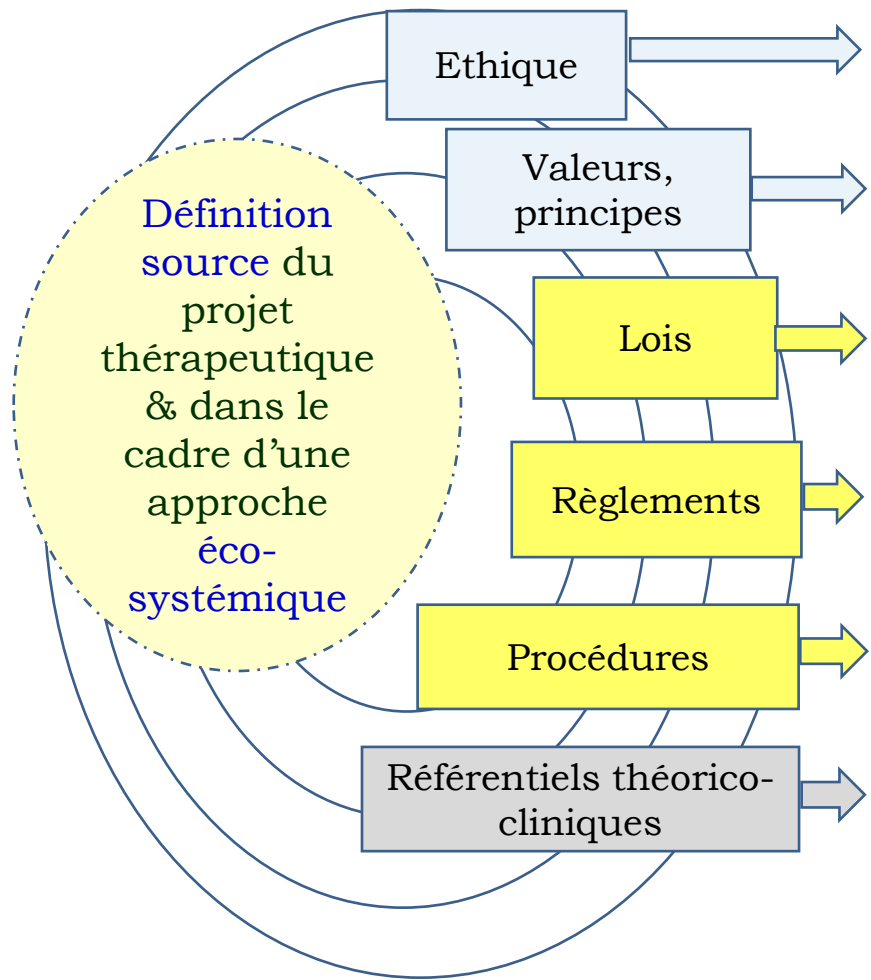
+ De la théorie à la pratique (**CHJT**)

- A cela s'ajoutent les **mesures d'observation protectrices** (MOP anciennement MEO).
Ces admissions, qui se font le plus souvent en **urgence** et régulièrement « **sous imposition** »
 - soit prennent une place qui vient de/va se libérer,
 - soit s'ajoutent, en surnombre, dans l'unité, ce qui perturbe la gestion de la liste d'attente.
- Hors MOP, quand une place est disponible, un jeune peut être admis rapidement. Un autre peut devoir attendre quelques semaines car sa situation est « moins critique/urgente » sur le plan psychiatrique & comportemental.
- Lorsque le jeune est en IPPJ on va très souvent le voir sur place (délai de quelques jours à trois semaines – Inreaching/intensification)

6.B. Quelles sont les effets systémiques de ces mesures ? Pour les jeunes, pour les familles, pour les institutions de soins et du réseau ?



✚ De la théorie à la pratique – l'ambition (CHJT)



« Articuler

- des valeurs et des principes humanistes privilégiant l'intérêt de l'enfant,
- en regard des lois et réglementations,
- pour soutenir un processus de résilience sur la base d'une action fondée sur des connaissances théoriques et cliniques consistantes,
- à partir d'une action pluridisciplinaire créative, innovante, intégrant la prise de risques,
- au bénéfice d'une patientèle présentant des problématiques complexes psychiatriques et comportementales,
- en maintenant l'outil thérapeutique (l'équipe) en « bonne santé »,
- au sein d'une institution bienveillante, assurant soutien, protection, des ressources adaptées, une attente d'excellence,
- au sein d'un système thérapeutique global associant (les) l'autorité(s), les réseaux de soins intersectoriels, les partenaires,
- dans une perspective de responsabilité partagée alliant bienveillance, complémentarité, flexibilité, capacité d'adaptation, efficacité...

Merci pour votre invitation, votre intérêt
et votre attention

Etienne Joiret, psychologue clinicien

- CHJ Titeca, 1030 Schaerbeek, dispositif de traitement intensif pour adolescents- coordination admissions, réseaux et équipe ambulatoire « Karavelle » etienne.joiret@chjt.be
- Réseau Archipel, agent de liaison intersectorielle (Judiciarisation, M[e]NA, jeunes et consommations, situations complexes, crise) e.joiret@archipelbw.be