KCE REPORT 339BS

Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé
Belgian Health Care Knowledge Centre

SYNTHÈSE

FOR-K, PSYCHIATRIE MÉDICO-LÉGALE POUR LES ADOLESCENTS SOUS STATUT JUDICIAIRE : OFFRE, UTILISATION ET BESOINS

KCE REPORT 339Bs
HEALTH SERVICES RESEARCH

Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé
Belgian Health Care Knowledge Centre

SYNTHÈSE

FOR-K, PSYCHIATRIE MÉDICO-LÉGALE POUR LES ADOLESCENTS SOUS STATUT JUDICIAIRE : OFFRE, UTILISATION ET BESOINS

PATRIEK MISTIAEN, MARIE DAUVRIN, CHRISTOPHE DE MEESTER, CÉLINE POUPPEZ, IRM VINCK

2021 www.kce.fgov.be

PRÉFACE

Depuis 2003 déjà, les unités de traitement intensif For-K fonctionnent sous forme de projets pilotes dans notre pays. Ces unités sont des environnements de soins sécurisés destinés aux jeunes qui cumulent des mesures judiciaires ordonnées par un tribunal de la jeunesse et des troubles psychiatriques sévères. En 2019, le groupe de travail intercabinet « Task Force Soins de Santé Mentale » envisageait de convertir leur financement pilote en financement structurel dans le cadre du budget des moyens financiers (BMF) des hôpitaux psychiatriques. Afin de préparer cela, le KCE a été chargé d'évaluer l'offre, la demande et l'occupation de ces unités For-K.

Les jeunes qui sont orientés vers une unité For-K ont très souvent derrière eux un parcours de vie chaotique qui les a déjà mis en contact avec de nombreux intervenants. Et après leur sortie, ils ont encore souvent besoin d'un accompagnement supplémentaire. Les unités For-K ne sont qu'un maillon de la longue chaîne qui comprend les secteurs de l'aide à la jeunesse, de la santé mentale, de la police et de la justice, et aussi, plus largement, des soins aux personnes en situation de handicap, de l'éducation, de l'aide sociale, etc. Tous ces partenaires forment un vaste mais très complexe système où chacun peut exercer une influence sur le nombre de demandes d'admission de jeunes en For-K. Tous ensemble, ils portent la responsabilité de la réussite de leur parcours.

Il était clair dès le départ qu'il n'existe pas de données solides sur les besoins de ces jeunes en matière de soins. Les informations contenues dans ce rapport proviennent donc en grande partie des nombreux experts et stakeholders qui ont accepté de participer à nos travaux. Nous tenons à les remercier pour leur précieuse contribution. Nos travaux ont mis en lumière les nombreuses difficultés avec lesquelles se débattent les secteurs concernés depuis de longues années, mais ils ont également révélé que certains points font l'objet de discussions depuis longtemps sans trouver de solution, et ce sur des sujets aussi fondamentaux que, par exemple, la définition du groupe cible des unités For-K. Dans ce rapport, nous tentons d'assembler quelques pièces du puzzle afin de permettre de franchir de nouvelles étapes dans l'aide et les soins à ces jeunes vulnérables. Nous espérons que ce rapport puisse être un stimulant afin de construire pour ces jeunes, avec tous les partenaires impliqués, un avenir meilleur.

Christophe JANSSENS
Directeur Général Adjoint a.i.

Marijke EYSSEN
Directeur Général a.i.

MESSAGES CLÉS

- La Belgique dispose de 14 unités de traitement intensif (UTI) For-K, ce qui représente un total de 124 lits destinés au traitement intensif des jeunes sous statut judiciaire qui ont des problèmes psychiatriques. Seize de ces lits sont des 'lits de rechute' pour des admissions de courte durée après un précédent séjour dans une UTI For-K.
- À côté des UTI For-K, 33 lits For-K de crise sont disponibles pour des admissions de crise de courte durée de jeunes sous statut judiciaire.
- Les UTI For-K et les lits For-K de crise existent et sont financés depuis 2003 sous la forme de projets pilotes pour lesquels l'État belge a signé des contrats avec 12 hôpitaux psychiatriques.
- Les critères d'inclusion des UTI For-K sont les jeunes âgés de 12 à 18 ans, sous statut judiciaire (soit qu'ils ont commis une infraction (FQI), soit qu'ils se trouvent dans une situation éducative problématique (SEP), soit qu'ils traversent une crise psychiatrique telle qu'une mise en observation s'impose). À cela s'ajoute un critère de problème psychiatrique (sévère). Viennent s'y ajouter de nombreux autres critères d'inclusion et d'exclusion propres à chaque UTI For-K.
- Il n'y a pas de consensus, ni au sein des UTI For-K, ni chez les différents partenaires concernés, sur ce que devrait être le groupe cible des UTI For-K.
- Les UTI For-K sont de petites entités dans le paysage vaste et complexe des secteurs de la santé mentale, de la justice et de l'Aide à la jeunesse.
- Le travail réalisé en UTI For-K est largement reconnu et apprécié ; personne ne doute de son utilité.
- Chaque année, ce sont environ 300 jeunes qui sont admis pour une prise en charge intensive de longue durée (de 6 mois à 1 an), et environ 80 sont admis en lits de rechute pour une prise en charge plus courte de 14 jours. Le taux d'occupation est supérieur à 80%.
- Les besoins en lits For-K sont difficiles à quantifier, mais de nombreux signaux indiquent que l'offre actuelle est insuffisante.
- Le financement pilote des UTI For-K est insuffisant pour couvrir leurs coûts réels.
- Il est souhaitable de transformer le financement pilote des UTI For-K en financement structurel via le budget des moyens financiers (BMF) des hôpitaux psychiatriques.
- Le statut juridique des jeunes placé en UTI For-K n'est pas clair.

SYNTHÈSE

TABLE DES MATIÈRES

PRÉFACE **1**
MESSAGES CLÉS **2**
SYNTHÈSE **3**
1. INTRODUCTION **8**
2. DÉFINITIONS SELON LES CONTRATS FOR-K **9**
3. OFFRE FOR-K **11**
3.1. NOMBRE D'UNITÉS DE TRAITEMENT INTENSIF FOR-K 11
3.2. NOMBRE DE LITS FOR-K DE CRISE 12
3.3. RÉPARTITION TERRITORIALE DES UTI ET DES LITS FOR-K DE CRISE 13
3.4. ASPECTS FINANCIERS 14
3.4.1. Pour les UTI For-K 14
3.4.2. Pour les lits de crise 15
4. PUBLIC CIBLE DES UTI FOR-K **16**
4.1. CRITÈRES D'INCLUSION DES UTI FOR-K 16
4.2. UN PARCOURS DE VIE DIFFICILE ET UN LONG TRAJET DE SOINS 18
5. LES FOR-K AU SEIN D'UN LABYRINTHE DE SOINS COMPLEXE ET DE COMPÉTENCES FRAGMENTÉES **19**
6. UTILISATION **24**
6.1. UTILISATION DES UTI FOR-K 24
6.2. UTILISATION DES LITS FOR-K DE CRISE 27
6.3. MISES EN OBSERVATION 28
7. BESOINS **31**
7.1. BESOINS EN UTI FOR-K 31
7.2. BESOINS EN LITS FOR-K DE CRISE 33

8. PRISE EN CHARGE DANS LES UTI FOR-K 33
9. ET LES JEUNES DANS TOUT ÇA? 35
10. PISTES D'AMÉLIORATION POUR L'AVENIR 36
10.1. PRÉVENTION ET INTERVENTIONS PRÉCOCES 36
10.2. CONTINUITÉ DES SOINS ET COOPÉRATION ENTRE LES SECTEURS 37
10.3. OUTREACHING 37
10.4. IDENTIFICATION DES PROBLÈMES PSYCHIATRIQUES 38
10.5. DÉTERMINATION DU GROUPE CIBLE 41
10.6. FINANCEMENT STRUCTUREL 42
10.7. ADAPTATION DU CADRE JURIDIQUE 43
10.8. MISE EN PLACE D'UN SYSTÈME D'ÉVALUATION 44
10.9. RECHERCHES ULTÉRIEURES 44
11. CONCLUSIONS 45
■ **RECOMMANDATIONS 46**
■ **RÉFÉRENCES 53**

LISTE DES FIGURES

Figure 1 – Répartition des UTI For-K (à gauche) et des lits For-K de crise (à droite) par Cour d'Appel, selon les contrats 2019-2021 14
Figure 2 – Utilisation des lits UTI For-K pour les années 2013-2018 25
Figure 3 – Durée moyenne d'hospitalisation par type d'UTI pour les années 2013 à 2015 26
Figure 4 – Lieu d'hébergement des jeunes avant admission en UTI For-K et à la sortie d'une UTI For-K 27
Figure 5 – Nombre d'admissions des patients admis en lits de crise For-K par statut judiciaire et par an 28
Figure 6 – Nombre de mises en observation des jeunes entre 12 et 18 ans par région et par année 29
Figure 7 – Nombre total de demandes et d'admissions (lits de rechute exclus) en UTI For-K, par type d'UTI pour les années 2013-2018 32

Figure 8 – Échelle d'évaluation du niveau de soins psychiatrique en fonction du besoin sécuritaire du jeune[59] 40

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 – Nombre d'UTI For-K, groupes cibles et nombre de lits de crise par Cour d'Appel suivant les contrats 11

Tableau 2 – Nombre de mises en observation (MEO) au sein des UTI For-K par année 30

Tableau 3 – Nombre de jeunes entre 12 et 18 ans en Belgique avec le statut FQI ou SEP 31

LISTE D'ABBRÉVIATIONS

ABBRÉVIATION	DÉFINITION
AGAJ	Administration générale de l'Aide à la jeunesse
AMO	Services d'Actions en Milieu Ouvert
AVIQ	Agence pour une Vie de Qualité
BMF	Budget des Moyens Financiers
CHJT	Centre Hospitalier Jean Titeca
CHP	Centre Hospitalier Psychiatrique
CNEH	Conseil National des Etablissements Hospitaliers
COCOF	Commission Communautaire Française
COCOM	Commission Communautaire Commune
EMA	Equipe Mobile d'Accompagnement
FQI	Fait Qualifié d'Infraction
FWB	Fédération Wallonie-Bruxelles
IMP	Instituts Médicopédagogiques
INAMI	Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité
IPPJ	Institutions Publiques de Protection de la Jeunesse
ISOSL	Intercomunale de SOins Spécialisés de Liège
MD	Mineur en Danger
MEO	Mise en Observation
RPM	Résumé Psychiatrique Minimum
SAJ	Services de l'Aide à la Jeunesse
SEP	Situation Educationnelle Problématique
SPF	Service Publique Fédéral
SPJ	Services de Protection de la Jeunesse

SROO	Services Résidentiels d'Observation et d'Orientation
UTI	Unités de Traitement Intensif

1. INTRODUCTION

Les unités de traitement intensif (UTI) « For-K » ont été créées en 2003 dans le cadre d'un projet pilote. Elles accueillent des jeunes de 12 à 18 ans qui présentent une combinaison de **graves problèmes psychiatriques** et de **mesures judiciaires** ordonnées par un tribunal de la jeunesse. Par mesures judiciaires, on entend les mesures imposées par un juge de la jeunesse soit parce qu'ils sont poursuivis pour un fait qualifié infraction (FQI)[a], soit qu'ils se trouvent dans une situation éducationnelle problématique (SEP), ou encore parce qu'ils sont dans une telle crise psychiatrique qu'une mise en observation (MEO) s'impose. Le nom « For-K » provient de **FOR**ensisch (en français : médico-légal) et de **K**, l'index de lit des services de neuropsychiatrie spécifiquement dédiés à l'observation et au traitement des enfants et adolescents.

Les unités For-K ont été créées pour combler le manque de prise en charge adaptée pour les jeunes FQI au sein des services d'Aide à la jeunesse ou de pédopsychiatrie. En effet, ces jeunes présentent un comportement inapproprié du fait de leurs troubles psychiatriques et ne peuvent être traités de manière adéquate dans les institutions publiques de protection de la jeunesse (IPPJ)[1]. Au début du projet, ces unités n'étaient accessibles qu'aux jeunes FQI mais, depuis 2009, certaines d'entre elles accueillent également des jeunes en situation éducationnelle problématique (SEP) ainsi des mises en observation (MEO).

Il existait à l'époque – et il existe toujours – un manque de clarté concernant les besoins en lits UTI For-K et les critères d'admission précis.

Dès le lancement du projet pilote en 2003, il avait été annoncé que l'intention, à terme, était de convertir le financement pilote en financement structurel via le budget des moyens financiers (BMF) des hôpitaux psychiatriques. Cette intention a été réitérée en 2019 par le groupe de travail intercabinets « Task Force Soins de Santé Mentale ». **C'est à cette occasion qu'il a été demandé au KCE de mener une recherche sur le nombre d'unités et de lits de traitement intensif For-K nécessaires en Belgique**.

L'objectif de cette étude est de présenter un aperçu du contexte, de l'offre et de l'utilisation des lits For-K et de leur nécessité, afin de préparer le futur financement structurel de ces lits.

À cette fin, une série de travaux ont été menés : visites exploratoires dans les hôpitaux abritant des lits For-K, entretiens avec des acteurs-clés, analyse des contrats entre le gouvernement fédéral et les hôpitaux disposant d'unité(s) For-K, analyse des rapports annuels des unités For-K, *focus groups* avec les organismes concernés, analyse économique des subventions et des dépenses des UTI For-K, analyse de différentes statistiques de la justice, des soins de santé mentale et de l'Aide à la jeunesse, et analyse de la littérature (notamment les précédentes évaluations des UTI For-K), et analyse de la législation, de la doctrine et de la jurisprudence pertinentes. Ceci a permis de collecter les informations et opinions des acteurs du terrain (contractants For- K, Aide à la jeunesse, tribunaux et parquets de la jeunesse, soins de santé mentale, institutions publiques de protection de la jeunesse, administrations fédérales et fédérées et experts scientifiques). Ces acteurs (stakeholders) ont été identifiés sur la base d'une enquête envoyée à 1 074 adresses électroniques, et à laquelle 545 personnes ont répondu ; 117 personnes ont participé aux 13 *focus groups*. Le colophon répertorie les noms et affiliations de plus de 200 personnes ayant apporté une contribution importante à ce rapport. Au cours de ce processus, des concertations ont également eu lieu avec la « Task Force Soins de Santé Mentale », à l'origine de la question de la recherche, ainsi qu'avec un comité consultatif scientifique.

[a] En ce qui concerne la traduction néerlandaise, bien que le terme officiel en Flandre soit désormais 'délinquant', nous avons opté dans ce rapport pour l'ancien nom/abréviation 'MOF' car il s'accorde mieux avec le terme francophone FQI.

Les résultats de ces différents travaux sont rassemblés dans cette synthèse; les lecteurs qui souhaitent des informations plus détaillées peuvent consulter le rapport scientifique complet. La plupart des conclusions ont été élaborées sur la base des convergences entre les résultats des différentes méthodes de recherche.

2. DÉFINITIONS SELON LES CONTRATS FOR-K

L'État belge a signé des « contrats For-K » avec des hôpitaux psychiatriques pour la mise en place de projets pilotes visant à élaborer une offre de soins pour les jeunes sous statut judiciaire qui présentent de graves problèmes psychiatriques.

Les contrats For-K comprennent plusieurs parties/fonctions, avec chacune des budgets attribués :

- **Les Unités de Traitement Intensif** (UTI) destinées au traitement résidentiel à long terme des jeunes sous statut judiciaire qui présentent des problèmes psychiatriques sévères ; une partie de ces lits, appelés **lits de rechute**, est destinée à la prise en charge à court terme des jeunes qui ont précédemment été admis à l'UTI. Selon les contrats, une UTI For-K est toujours composée de 7 lits plus 1 lit de rechute. La durée du séjour est fixée à un maximum de 6 mois, et peut être prolongée une fois de 6 mois maximum.
- **Les lits For-K de crise** destinés à l'accueil à court terme de jeunes faisant l'objet d'une mesure judiciaire en situation de crise psychiatrique (créés en 2007). Les lits de crise For-K peuvent être situés dans le même hôpital/bâtiment que l'UTI ou dans un autre hôpital qui n'abrite pas d'UTI For-K.
- **La fonction d'*Outreaching* médico-légal** destinée au suivi ambulatoire de jeunes sous statut judiciaire qui ont des problèmes psychiatriques, incluant les suivis avant et après une prise en charge résidentielle en For-K (fonction stoppée en 2015).
- **La fonction de liaison** qui assure la coordination entre les soins de santé mentale et la justice (fonction stoppée en 2015)
- **Les missions spécifiques**, comme les initiatives d'habitation protégés pour les jeunes sous statut judiciaire (CHJ Titeca, Bruxelles) et un service pour les jeunes présentant des troubles graves du

comportement et/ou agressifs (*sterk gedragsgestoorde en/of agressieve jongeren* - SGA) (ZNA, Anvers).

Il est apparu lors de nos réunions et *focus groups,* et même dans la littérature, que le terme For-K est parfois utilisé pour désigner uniquement l'unité de traitement intensif, parfois l'ensemble des fonctions susnommées. Certains utilisent le terme For-K uniquement pour désigner les UTI pour les jeunes FQI. Les termes « outreaching » et « lits de crise » sont également utilisés dans d'autres contextes que celui des contrats For-K et désignent parfois des choses différentes de celles prévues dans les contrats For-K, ce qui peut créer des confusions sur le terrain.

Dans ce rapport, nous nous utiliserons les notions d'UTI For-K et de lits For-K de crise.

L**es jeunes ne peuvent être admis dans une UTI For-K qu'à la suite à une mesure imposée par un juge de la jeunesse**, dans le cadre d'un FQI ou d'une SEP, ou suite à une mise en observation. **Pour chacun de ces statuts, les législations régionales sont différentes**. Pour les statuts de FQI et de SEP, il s'agit, en Flandre, des décrets flamands sur l'aide intégrée à la jeunesse[b], et sur la délinquance juvénile[c] ; en Fédération Wallonie-Bruxelles, du décret sur la prévention, l'Aide à la jeunesse et la protection de la jeunesse[d] (appelé « Code Madrane » dans la suite du texte) ; à Bruxelles, de l'ordonnance du 16 mai 2019 sur l'aide et la protection de la jeunesse[e] ; en communauté germanophone, du décret sur l'Aide à la jeunesse et la mise en œuvre des mesures de protection de la jeunesse[f]. Dans le cas d'une mise en observation, c'est la législation fédérale, soit la loi du 26 juin 1990 sur la protection des malades mentaux[g] qui est d'application. Une analyse détaillée de la législation se trouve aux chapitres 2 et 3 du rapport scientifique.

---

b Décret du 12 juillet 2013 relative à l'aide intégrée à la jeunesse, *MB.* 13 septembre 2013. https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg_2.pl?language=nl&nm=2013035791&la=N

c Décret du 15 février 2019 sur la délinquance juvénile, *M.B.* 26 avril 2019. https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg_2.pl?language=nl&nm=2013035791&la=N

d Décret du 18 janvier 2018 portant sur le code de la prévention, de l'aide et de la protection de la jeunesse, *M.*B. 1 septembre 2019. http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&table_name=wet&cn=2018011832

e Ordonnance du 16 mai 2019 sur l'aide et la protection de la jeunesse, M.B. 6 juin 2019. http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/loi_l1.pl?language=nl&caller=list&la=n&fromtab=wet&tri=dd+as+rank&sql=dd+=+date%272019-05-16%27+and+nm+contains+%272019012732%27

f Décret du 19 mai 2008 sur l'Aide à la jeunesse et la mise en œuvre des mesures de protection de la jeunesse. https://www.etaamb.be/nl/decreet-van-19-mei-2008_n2008033076.html

g Loi du 26 juin 1990 sur la protection de la personne des malades mentaux, *M.B.* 27 juillet 1991. https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg_2.pl?language=nl&nm=1990009905&la=N

3. OFFRE FOR-K

3.1. Nombre d'unités de traitement intensif For-K

Comme signalé plus haut, les contrats For-K prévoyaient initialement le financement de 3 unités de traitement intensif For-K avec chacune 8 lits (dont un, le lit de rechute, réservé pour des admissions de courte durée) destinés aux jeunes FQI. Par la suite, après des premières évaluations (prudentes)[1-3], et suite à l'avis du conseil national des établissements hospitaliers en 2006 (CNEH)[4], le financement a été étendu à **14 UTI pour un total de 124 lits (108+16 lits de rechute)**, dont certaines pouvant accueillir des jeunes FQI/SEP/MEO. Ces 14 UTI se trouvent dans 12 hôpitaux (psychiatriques) ; il y en a au moins une dans chacune des juridictions des 5 Cours d'Appel. Mais elles fonctionnent encore toujours sous le label « projet pilote », avec un financement pilote sous enveloppe fermée.

Selon les contrats conclus en 2019, 6 UTI sont destinées uniquement aux jeunes FQI tandis que les autres sont également ouvertes aux jeunes SEP et aux jeunes admis dans le cadre d'une mise en observation via la loi de 1990 (voir Tableau 1).

Tableau 1 – Nombre d'UTI For-K, groupes cibles et nombre de lits de crise par Cour d'Appel suivant les contrats

Cour d'Appel	Institution et dénomination de l'UTI	Nombre de lits de traitement intensif + lits de rechute	Groupe cible	Nombre de lits de crise
Bruxelles	CHJ Titeca –unité 1	19+3	FQI	-
	CHJ Titeca – unité 2	5+1	FQI/SEP/MEO	-
	Epsylon – site AREA+	7+1	FQI/SEP/MEO	4
	KU Leuven – Fordulas	7+1	FQI/SEP/MEO	3
	PZ broeders Alexianen Tienen	-	-	2 +1[h]
Liège	ISoSL – Cyprès	7+1	FQI	-
	ISoSL - Caktus	7+1	FQI/SEP/MEO	3
	CHR Citadelle	-	-	3
Mons	CHP Les Marronniers – Les Mangroves	7+1	FQI/SEP/MEO	3
	CHU A Paré / CHP Chêne aux Haies – La Kapeline	7+1	FQI/SEP/ MEO	3
Gent	PC Caritas – De Branding	7+1	FQI	2

[h] Deux lits de crises sont financés dans le cadre du projet pilote For-K mais le contrat stipule qu'un des lits K désormais agréé dans sa configuration opérationnelle peut être utilisé comme lit For-K de crise supplémentaire.

	PZ H Familie – De Patio	7+1	FQI	2
	PC Sleidinge - Yidam	7+1	FQI/SEP/MEO	-
Antwerpen	Asster – Spika 3	7+1	FQI/SEP/MEO	3
	Medisch centrum St Jozef	-	-	2
	OPZ Geel	7+1	FQI	2
	ZNA UKJA	7+1	FQI	-
TOTAL		124 (108 +16)		32+1

Source : Contrats du SPF Santé publique avec les unités For-K, 2019-2021

Sur la base des rapports annuels des UTI For-K, des *focus groups,* des visites exploratoires et des contacts personnels, il apparaît que **la situation sur le terrain diffère de celle décrite dans le tableau ci-dessus**. Les différences portent tant sur le nombre de lits que sur les groupes cibles. Par exemple, le CHJ Titeca abrite 2 UTI de 18 lits chacune, dont 14 sont financées via les contrats For-K, et 4 via leur budget régulier pour les lits K. Les deux types d'unités accueillent à la fois des jeunes FQI/SEP/MEO et des jeunes ayant dépassé la durée maximale de séjour d'un an. Il en va de même pour l'UTI *Caktus* d'ISoSL : outre les 7+1 lits destinés aux jeunes FQI/SEP/MEO financés via les contrats For-K, l'UTI comprend également 4 lits destinés à des jeunes non judiciarisés. L'UTI *Yidam* du PC Sleidinge devrait, selon son contrat, être ouverte aux jeunes ayant un statut FQI/SEP/MEO mais dans la pratique, seules les filles avec un statut SEP y sont admises. L'UTI *La Kapeline* du CHP Chêne aux Haies qui est, en principe, ouverte aux filles FQI/SEP/MEO, est également ouverte aux filles envoyées par les services de l'Aide à la Jeunesse (SAJ) sous le statut « d'aide volontaire ».

3.2. Nombre de lits For-K de crise

À côté des UTI, les contrats For-K prévoient également 33 lits de crise, destinés à de l'aide psychiatrique urgente (2 x 14 jours maximum) pour les jeunes judiciarisés (FQI/SEP/MEO).

> *Au contraire des lits des unités de traitement intensif pour des jeunes FQI, dans la phase expérimentale, ces lits de crise ne seront pas limités à l'accueil des jeunes avec une problématique psychiatrique qui tombent sous le champ d'application de l'article 36, 4° et de l'article 52 de la loi du 8 avril 1965 relative à la protection de la jeunesse, à la prise en charge des mineurs ayant commis un fait qualifié infraction (FQI) et à la réparation du dommage causé par ce fait, mais ils peuvent être attribués à ce groupe-cible. Ces lits de crise seront également accessibles pour les jeunes avec une problématique psychiatrique qui sont soumis à d'autres mesures judiciaires. (Source: Extrait d'un contrat du SPF Santé publique avec une unité For-K, 2019)*

Il n'est pas précisé qui sont « les jeunes avec une problématique psychiatrique qui sont soumis à d'autres mesures judiciaires », ni dans quelle mesure cela concerne également les mises en observation.

Les lits For-K de crise sont répartis dans 12 hôpitaux (voir Tableau 1), dont 9 comprennent également une UTI For-K ; cela signifie donc que, sur les 12 hôpitaux qui ont une UTI For-K, 3 n'ont pas de lits For-K de crise.

Il semble que la situation des lits de crise sur le terrain diffère également de celle décrite dans les contrats. Il ressort des rapports annuels et des *focus groups* que certains hôpitaux disposent de lits de crise financés par d'autres sources que les contrats For-K. Ainsi, l'OPZ-Geel a mis en place une unité de crise comprenant 4 lits de crise et à Tienen, l'unité de crise dispose de 5 lits, dont 2 sont financés par le réseau de santé mentale pour enfants et adolescents du Brabant flamand. Le CHJ Titeca dispose d'un lit de crise du réseau de santé mentale bruxellois *Bru-Stars*. Ces lits de crise supplémentaires résultant de la coopération avec les réseaux de santé mentale peuvent également accueillir des jeunes non-judiciarisés, ce qui permet également une coopération avec les réseaux de crise de l'Aide à la jeunesse.

> *Depuis le 1er août 2007, trois lits de crise juridiques sont opérationnels. Il s'agit des deux lits prévus dans le projet pilote et d'un troisième mis à disposition dans le cadre d'opérations régulières. Le nombre de lits de crise juridiques disponibles est resté inchangé à ce jour. En outre, depuis le 5 novembre 2014, cinq lits réguliers pour des interventions de courte durée sont également opérationnels (en plus des trois lits de crise susmentionnés). Le dispositif de crise judiciaire a depuis lors été intégré dans un ensemble pour les interventions de courte durée pour adolescents (12-18 ans) qui comporte huit lits. Par souci d'exhaustivité, nous signalons aussi que deux des cinq lits réguliers sont utilisés comme lits du réseau provincial de santé mentale pour enfants et adolescents 'Ligant' depuis le 2 mai 2016 (Source: Rapport annuel Asster, 2018 – traduction libre)*

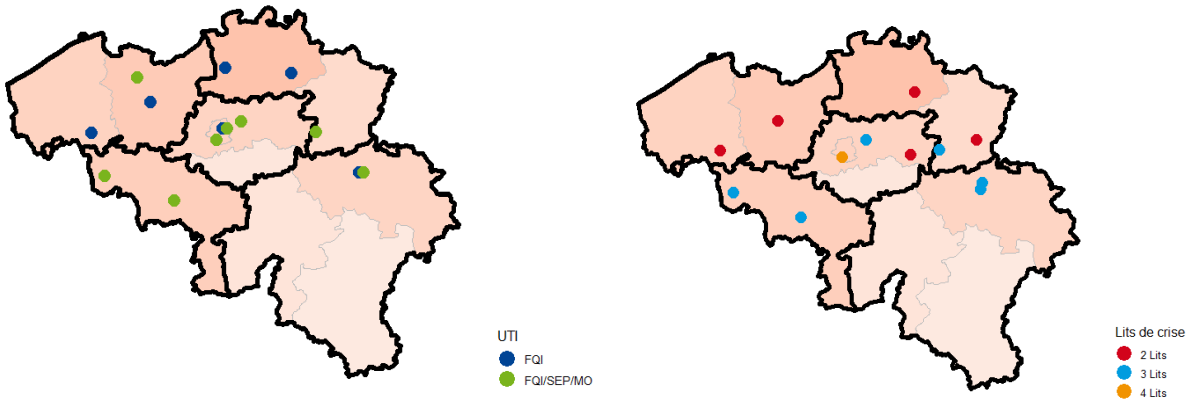
3.3. Répartition territoriale des UTI et des lits For-K de crise

Comme signalé plus haut, les contrats For-K sont répartis sur la base des 5 Cours d'Appel de Belgique, qui couvrent parfois plusieurs provinces.

Pour chaque Cour d'Appel, un contrat For-K a été conclu avec un contractant principal et un ou plusieurs sous-contractants.

La Figure 1 montre la répartition des UTI et des lits For-K de crise en Belgique. Il y a au moins un contrat For-K par juridiction de Cour d'Appel.

Figure 1 – Répartition des UTI For-K (à gauche) et des lits For-K de crise (à droite) par Cour d'Appel, selon les contrats 2019-2021



Sur les cartes, les cours d'Appel sont délimitées par les lignes noires, et les provinces par les lignes grises.

En pratique, il n'existe **pas d'UTI For-K ni de lit For-K de crise dans les provinces du Brabant wallon, de Namur et du Luxembourg, ni en Communauté germanophone** ; les juges de la jeunesse de ces entités doivent donc s'en remettre à des UTI plus éloignées si nécessaire.

3.4. Aspects financiers

3.4.1. Pour les UTI For-K

Les UTI For-K reçoivent actuellement un financement fédéral dans le cadre du projet pilote pour couvrir leurs frais de personnel et de fonctionnement. Pour chaque UTI For-K de 7+1 lits, ce financement s'élevait à 1 217 994 € (1 073 312 € pour les frais de personnel et 144 682 € pour les frais de fonctionnement) en 2019. **Pour l'ensemble des UTI For-K, cela représentait un budget de 18 878 905,31 €**, prévu dans les contrats For-K. D'après les conventions, 95% de ces montants doivent être utilisés pour couvrir les frais de personnel.

Il ressort des *focus groups* et de certains rapports annuels que **ce budget est insuffisant pour couvrir les dépenses réelles**. Nous avons donc demandé à chaque UTI For-K de détailler ses dépenses réelles (voir chapitre 6 du rapport scientifique). Cette analyse montre bel et bien que les dépenses sont plus élevées de 50 à 60 % par rapport au budget. Il n'a cependant pas été possible de préciser la nature de ces surcoûts, notamment à cause de la difficulté des répondants à différencier les coûts attribués aux lits UTI For-K de ceux attribués à d'autres lits (For-K de crise ou lits de crise).

Il est également important de mentionner que les contrats actuels du projet pilote For-K ne prévoient aucun ajustement au fil des ans pour rémunérer l'ancienneté du personnel. Par ailleurs, comme les UTI For-K ne sont pas

des lits agréés, les hôpitaux ne peuvent pas facturer à l'INAMI le coût des journées d'hospitalisation, ni les forfaits pour les médicaments ou les analyses de laboratoire. L'absence de normes d'accréditation 'légales' pour les UTI For-K a pour conséquence qu'il n'y a pas non plus de base légale (en Wallonie et à Bruxelles) pour le financement de l'infrastructure. Enfin, en Fédération Wallonie-Bruxelles, certains frais (les vêtements, la blanchisserie, les lunettes, le dentiste, les frais de transport) ont été pris en charge jusqu'en 2018 par l'Aide à la Jeunesse mais ce n'est plus le cas aujourd'hui. Ces frais sont désormais à charge des parents ou de l'UTI For-K (càd de l'hôpital). Dans les *focus groups* et dans certains entretiens exploratoires, il a été signalé qu'il n'est pas exceptionnel que certains jeunes, une fois majeurs, se retrouvent avec des dettes liées à leurs frais de santé.

Il semble également que les subventions des UTI For-K soient inférieures au budget des IPPJ [5].

Les rapports annuels ont également montré que les UTI For-K sont confrontées à une forte rotation en personnel. Les raisons invoquées sont d'une part la nature exigeante du travail avec des jeunes présentant des besoins de soins élevés et/ou des problématiques complexes, et d'autre part la difficulté à trouver du personnel qualifié. Des moyens supplémentaires seraient nécessaires pour offrir au personnel des formations ciblées, des mesures de soutien (p. ex. des supervisions) et des mesures de sécurité (p. ex. une permanence de sécurité, des procédures d'urgence).

Si le financement des UTI For K devait être intégré au financement structurel des hôpitaux, **toutes les dépenses et tous les financements nécessaires devront être soigneusement étudiés** afin de parvenir à une extension appropriée du BMF. Cela devra également passer par des concertations avec les différentes autorités et hôpitaux concernés.

3.4.2. Pour les lits de crise

La plupart des contrats For-K comprennent une partie pour le financement de lits de crise, dont le budget annuel alloué est de 149 667,81 € pour la réalisation de 2 lits K de crise, et de 36 170,55 € pour leurs coûts de fonctionnement (pour un total de 2 973 414 € par an).

Étant donné les amalgames entre les lits For-K de crise et d'autres types de lits, il est difficile d'objectiver la manière dont ces montants sont utilisés et de déterminer si ce financement est suffisant. Cela nécessitera des analyses plus approfondies.

4. PUBLIC CIBLE DES UTI FOR-K

L'objectif des unités For-K est d'offrir aux jeunes une prise en charge intensive optimale de leurs troubles psychiatriques et d'encadrer leur situation éducationnelle problématique et/ou leur comportement délinquant. L'objectif a été formulé comme suit dans les contrats initiaux :

> *L'objectif poursuivi par la création d'unités d'accueil et de traitement est d'offrir un traitement clinique intensif aux délinquants juvéniles ayant un diagnostic de trouble pédopsychiatrique en vue – dans la mesure du possible – de leur (re)socialisation optimale. Ce traitement doit être limité dans le temps (6 mois avec une seule possibilité de prolongation de 6 mois maximum) avec comme objectif prioritaire de pouvoir garantir l'écoulement vers les structures de prise en charge ambulatoire. (Source: Annexe 1 du contrat entre le SPF Santé publique et le Centre Hospitalier Jean Titeca, 2004)*

4.1. Critères d'inclusion des UTI For-K

Les critères d'admission en UTI For-K tels que définis dans les contrats For-K sont au nombre de trois :

L'âge : Adolescents mineurs de 12 ans et plus

Le statut juridique[i] : faire l'objet d'une mesure judiciaire ordonnée par le tribunal de la jeunesse pour fait qualifié infraction (FQI) ou pour situation éducative problématique (SEP), ou être en situation de crise psychiatrique nécessitant une mise en observation (MEO).

L'existence **d'une problématique psychiatrique** reposant sur un diagnostic psychiatrique basé sur le DSM-IV ou sur les classifications ICD-9 ou ICD-10.

La présence d'une problématique psychiatrique est donc toujours une condition d'inclusion :

> *La présence d'une problématique psychiatrique est donc toujours une condition, l'estimation de la traitabilité est un facteur crucial. Dans ce cadre, il est référé, notamment, aux conditions minimales relatives au rapport psychiatrique indépendant qui doit constituer le fondement d'un placement d'un jeune sous mesure judiciaire par le juge de la jeunesse. (Source: Extrait d'un contrat SPF Santé publique avec une unité For-K, 2019)*

D'après ce qui a été dit dans les *focus groups*, il est difficile de savoir à qui il revient d'évaluer qu'un jeune correspond bien aux critères d'admission ; dans la pratique, c'est l'équipe multidisciplinaire de l'UTI For-K qui détermine l'existence d'une problématique psychiatrique mais aussi sa 'traitabilité'.

Certains rapports annuels indiquent également que la présence de problèmes psychiatriques n'est pas suffisante pour justifier une admission ; ceux-ci doivent en outre **être complexes et/ou graves**. D'autres rapports annuels précisent plutôt que les **problèmes psychiatriques doivent être traitables.**

La durée du séjour ne doit pas dépasser 1 an (6 mois renouvelable une fois).[j]

---

[i] Certains contrats concernent uniquement les jeunes FQI, tandis que d'autres incluent les jeunes FQI, SEP ou MEO.

[j] Néanmoins, un renouvellement unique de 6 mois peut se faire, moyennant *une argumentation suffisante, à la demande du (pédo)psychiatre traitant et avec l'accord du jeune (excepté dans le cadre de l'application de la loi du 26 juin 1990) et de ses parents (ou des tuteurs légaux) Cette demande est soumise au juge de la jeunesse. La durée d'admission dans un service K régulier est en principe non limitée dans le temps. Mais quand on arrive à l'échéance d'une année sans résultat significatif, une alternative pour le jeune doit être cherchée avec les partenaires. En fin de traitement ou lorsque celui-ci est interrompu, l'équipe traitante de l'institution psychiatrique résidentielle rédige un bref rapport destiné au juge de la jeunesse et contenant les éléments suivants : y a-t-il encore ou non nécessité de poursuivre un traitement/accompagnement médical et/ou psychologique ?; un avis argumenté en matière de post-cure, c'est-à-dire une ou des proposition(s) pragmatiques en matière de dispositif de traitement/accompagnement compte tenu de la problématique du jeune; une indication éventuelle de la*

L'analyse des rapports annuels et des *focus groups* montre qu'en plus des trois critères d'inclusion mentionnés ci-dessus, les UTI For-K posent aussi leurs propres critères d'inclusion et d'exclusion supplémentaires, variables selon les UTI. Ainsi, certaines n'admettent que les jeunes FQI et pas les SEP, tandis certaines admettent également des jeunes non judiciarisés. Les limites d'âge peuvent également varier. Certaines UTI sont exclusivement ouvertes aux garçons et d'autres aux filles. Certaines n'admettent que des jeunes de leur région géographique. Les troubles du comportement, les problèmes d'addiction, les comportements sexuels déviants, les faibles possibilités intellectuelles, le manque de motivation, la grossesse, l'incompatibilité avec le reste du groupe, l'absence de perspectives après hospitalisation peuvent constituer des critères d'exclusion supplémentaires. Au final, ce sont donc les UTI For-K elles-mêmes qui décident qui elles vont admettre ou non.

Les UTI For-K se sont toutes spécialisées d'une manière ou d'une autre et visent des groupes cibles spécifiques. Par conséquent, leur vision du traitement et leur offre thérapeutique sont parfois aussi très différentes (voir section 88).

Comme signalé plus haut, au début du projet pilote, les UTI For-K n'étaient accessibles qu'aux jeunes FQI, mais depuis 2009 (selon les contrats), certaines UTI For-K se sont ouvertes aux jeunes SEP ou MEO. L'argument en faveur de cet élargissement du public cible est que l'offre de soins est insuffisamment spécifique dans les structures existantes (Aide à la jeunesse, IPPJ, départements K ordinaires), argument que l'on retrouve dans le protocole d'accord de 2007[k] et son annexe de 2008[l]. La logique du travail avec des groupes mixtes de jeunes FQI, SEP et MEO n'est pas claire, mais selon les personnes interviewées lors de la première évaluation des For-K[1], les jeunes FQI et SEP présentent les mêmes besoins en matière de soins.

> *Enfin, ces jeunes sont aussi bien considérés comme présentant des situations d'éducation problématiques que comme ayant commis des faits définis comme délits. Il est donc remis en question le fait qu'un jeune ait ou n'ait pas commis de délit soit un critère d'inclusion utile pour un traitement psychiatrique intensif. Il arrive que des jeunes ayant commis des faits définis comme délits aient commis que de petits faits. Dans ce cas, pour des raisons stratégiques, il arrive que ces jeunes soient considérés comme présentant des situations d'éducation problématiques. Dans le passé, nous avons constaté que des jeunes ayant commis des faits définis comme délits trouvent plus difficilement une place au sein de l'Aide à la jeunesse ordinaire qu'au sein de l'établissement communautaire. Les chances de traitement auraient été plus grandes si ces jeunes n'étaient pas définis comme ayant commis des faits définis comme délits. (Source : p111 1)*

En 2011, le Conseil national des établissements hospitaliers[6] a déclaré que des recherches supplémentaires étaient nécessaires pour déterminer s'il convient de faire une distinction entre les jeunes FQI et SEP.

> *Les indications d'admission en For-K doivent être nuancées et approfondies davantage, de façon à prévoir à terme une offre à la mesure de chaque jeune de la sous-population. La nécessité d'établir une distinction organisationnelle spécifique entre soins de santé mentale E&A pour situations SEP vs situations FQI se précisera par l'évaluation des projets. Même si d'un point de vue psychopathologique et sous l'angle des faits commis, la distinction n'est pas toujours franche, l'intensité, la gravité et le risque de récidive peuvent être très différents, ce qui rend indispensable une autre politique en matière de sécurité au niveau de l'organisation des soins. (Source : p45 6)*

nécessité d'une actualisation de l'examen médico-psychologique ordonné par le Tribunal de la jeunesse avant l'admission. Source: https://www.etaamb.be/fr/protocole-du-22-fevrier-2007_n2007022908.html

k http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=2007022234&table_name=loi

l http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=2008120839&table_name=loi

Au sein des *focus groups*, certains étaient d'avis que les UTI For-K devraient s'adresser uniquement aux jeunes FQI, parce que cela permettrait une approche plus 'médico-légale' (évaluation des risques, prévention des rechutes) et que la séparation des délinquants et des victimes offrirait davantage de garanties de sécurité. D'autres estimaient par contre qu'il serait discriminatoire de limiter les UTI à des jeunes sous statut judiciaire, par rapport aux jeunes non judiciarisés, pour lesquels il n'existe pas ou peu de possibilités de traitement intensif. Il en va de même pour les jeunes dont les possibilités intellectuelles sont limitées.

Dans la pratique, nous avons également constaté que l'une des UTI n'accepte que les jeunes ayant un statut SEP (bien qu'elle soit également ouverte aux jeunes FQI et MEO d'après son contrat).

On peut également se demander si les jeunes mis en observation pour une 'maladie mentale' ont bien leur place en UTI For-K et s'il y a assez de place pour les accueillir tous. En effet, bien que la mise en observation soit une mesure judiciaire, il s'agit davantage de problématiques psychiatriques aiguës très différentes de celles des jeunes admis sous statut FQI ou SEP. Mais d'autre part, une UTI For-K offre une infrastructure adéquate et l'expertise nécessaire.

Dans les *focus groups* que nous avons organisés, il n'y a eu **aucun consensus** entre les différents groupes, ni même entre les participants d'un même groupe, **sur ce que devrait être le profil d'un jeune dans une UTI For-K**.

> *Chaque UTI For-K a une liste de critères d'inclusion et d'exclusion (par exemple le QI, les problèmes de dépendance, ...) ; c'est le psychiatre du For-K qui décide qui y sera admis. Certains jeunes sont exclus à cause de ces nombreux critères. De plus, ces critères ne sont pas clairs pour nous. (Citation d'un juge de la jeunesse dans un focus group)*

En conclusion, on peut dire **qu'une UTI For-K n'est pas comparable à une autre,** et qu'elles ne sont pas interchangeables, ce qui augmente la confusion et la fragmentation du paysage des soins.

4.2. Un parcours de vie difficile et un long trajet de soins

Les rapports annuels ainsi que l'analyse de la littérature montrent que les jeunes pour lesquels une admission en UTI For-K est envisagée – et éventuellement mise en œuvre – ont invariablement derrière eux un parcours très chaotique et ont souvent grandi dans des situations familiales précaires. On peut par exemple penser à des situations de grande pauvreté, ou à des parents qui ont eux-mêmes des problèmes de santé mentale.

Ces jeunes présentent généralement une **combinaison de problématiques psychiatriques, comportementales et sociales** accumulées au fil du temps. Troubles des apprentissages, troubles du développement, problèmes de comportement, difficultés dans les relations sociales, problèmes psychiatriques, possibilités intellectuelles limitées, comportements sexuellement transgressifs (comme auteur et/ou victime), toxicomanie, etc. Ce parcours les a déjà mis en contact avec une multitude d'organismes d'aide et de soutien mais aussi avec la police et la justice. Des situations de crise ont également pu survenir, ayant éventuellement nécessité une intervention d'urgence.

Certaines études montrent que **les troubles psychiatriques sont fréquents dans la population de mineurs judiciarisés**, avec des prévalences comprises entre 30 et 75 %[7]; ce chiffre est nettement supérieur aux 6 à 16 % constatés dans la population générale des jeunes. D'autres études internationales[8-13] et nationales [7, 14-16] confirment également ces prévalences élevées.

Les rapports annuels et les *focus groups* confirment ces résultats : **les jeunes admis en UTI For-K présentent des problèmes multiples et ont un parcours complexe**. Par ailleurs, on constate que les premiers problèmes apparaissent de plus en plus tôt et que les situations deviennent de plus en plus complexes.

Cependant, les données actuelles des secteurs de la justice, de l'Aide à la jeunesse et des soins de santé ne permettent pas de décrire avec précision le parcours de ces jeunes.

5. LES FOR-K AU SEIN D'UN LABYRINTHE DE SOINS COMPLEXE ET DE COMPÉTENCES FRAGMENTÉES

Toutes nos analyses ont montré que, **étant donné la complexité des problèmes rencontrés par les jeunes, de nombreuses instances sont impliquées** en amont ou en aval d'une hospitalisation For-K. Ce sont notamment les secteurs de l'éducation, l'Aide à la jeunesse, les soins de santé (mentale), l'aide sociale, les assuétudes, les soins aux personnes en situation de handicap, la protection de la jeunesse, la police et la justice. Certains de ces secteurs sont gérés au niveau fédéral, d'autres au niveau des régions ou des communautés. Et au sein même de chaque niveau de pouvoir, différents ministères et départements sont concernés. En outre, tous ces services peuvent avoir une organisation géographique différente au niveau régional, provincial voire à un niveau plus local. La législation peut également varier selon les régions (p. ex. la loi sur la délinquance juvénile) [17]. Cela a pour conséquence que l'alignement et la coordination entre les différents secteurs et organismes est difficile, et que leurs financements proviennent de différentes instances et qu'à ce jour, **aucun organisme ne détient finalement la responsabilité ultime de l'ensemble du parcours d'un jeune**. La complexité du paysage oblige les jeunes à traiter avec de multiples instances différentes et les expose aussi aux nombreuses failles du système, parce qu'ils ne savent pas vers qui se tourner ou parce qu'il n'y a aucune place disponible. Il est également difficile pour les délégués des services de protection de la jeunesse et les juges de la jeunesse de se faire une idée du contenu et de la disponibilité des services.

Au sein de chaque secteur, il existe une multitude d'organismes plus ou moins spécialisés. Certains sont directement accessibles tandis que d'autres le sont seulement après évaluation initiale par un organe spécifique (*intersectorale toegangspoort* en Flandre, SAJ et SPJ en Fédération Wallonie-Bruxelles).

Les données sur les admissions, le type d'aide fournie et les trajectoires de suivi sont insuffisantes et les recoupements entre secteurs souvent impossibles. Il existe également de (longues) listes d'attente dans de nombreux organismes d'aide mais la durée de ces temps d'attente n'est pas toujours connue, et certainement pas pour les jeunes qui sont sur plusieurs listes d'attente.

Le **manque de clarté du paysage des soins** n'est pas un problème nouveau, mais il reste encore et toujours d'actualité [18-23]

> *Nous constatons encore aujourd'hui qu'il est particulièrement difficile d'évaluer correctement, d'une part, les besoins locaux et régionaux en matière d'Aide à la jeunesse, et d'autre part les capacités de soutien existantes. Malgré les nombreuses bonnes volontés, il reste particulièrement difficile pour les forums de concertation régionaux intersectoriels de l'Aide à la jeunesse (Intersectorale regionale overlegfora jeugdhulp – IROJ) de préparer correctement leurs avis sur la planification, en raison de la grande diversité et de la fragmentation des possibilités d'Aide à la jeunesse. (Source: Citation du Ministre Wouter Beke juillet 2020 http://docs.vlaamsparlement.be/pfile?id=1583317 – traduction libre)*

Cela vaut tant pour les secteurs de l'Aide à la jeunesse et de la justice que pour celui de la santé (mentale), et ce pour toutes les régions du pays. Le paysage des soins n'est pas seulement confus, mais aussi inefficient.

Dans la littérature (p. ex. [18, 24-26]) et dans nos entretiens exploratoires, nous avons souvent entendu parler du phénomène de renvoi d'un organisme à l'autre : « *C'est un jeune qui a des problèmes mais qu'on ne peut pas prendre en charge car il ne correspond pas à notre groupe cible* ». Le magazine Confluences a consacré en 2011 un numéro entier aux 'jeunes incasables', qui sont renvoyés de l'un à l'autre dans une succession d'interventions, sans action coordonnée ni véritable solution.

Manque d'aide appropriée

Un thème récurrent dans les *focus groups* était 'le manque de tout', reflet d'une grande pénurie de places dans les services d'aide, malgré la multitude de prestataires. Souvent, les juges de la jeunesse et les services d'aide sont incapables de trouver un service approprié disponible. Cette pénurie de places est également signalée dans la littérature [27-30].

Après avoir longuement essayé, en désespoir de cause, ils mettent leur fierté de côté et appellent les services d'aide. L'un répond « qu'il aurait mieux valu qu'ils interviennent plus tôt » et qu'ils « pourront venir pour un premier entretien dans quatre mois ». S'il s'avère qu'il peut être admis, il sera inscrit sur la liste d'attente. Je traduis pour les profanes : « Avec un peu de chance, dans un an, nous pourrons lui offrir une aide pendant quelques mois. Ensuite, lorsque nous saurons ce qui est le mieux pour lui, nous pourrons l'inscrire sur la liste d'attente d'une autre institution, où le temps d'attente est – au mieux – de quelques mois, mais probablement plutôt entre un et deux ans. » Un autre service dit que leur QI n'est pas assez élevé, qu'ils ne viennent pas de la bonne région, qu'ils ne devraient pas faire de demande parce qu'il n'y a de la place que dans un an et demi au plus tôt, qu'ils ont en fait d'abord besoin d'assistance, qu'ils doivent contacter un médecin, ou encore un thérapeute privé qui n'est pas remboursé et donc inabordable pour beaucoup..." (28– traduction libre)

Selon les participants aux *focus groups*, la pénurie de places dans les services d'Aide à la jeunesse et les services de pédopsychiatrie conduit parfois à la 'judiciarisation', voire à la 'criminalisation' de certains cas, dans l'espoir qu'un statut judiciaire FQI puisse conduire à une admission plus rapide en institution. On parle alors de 'délit prétexte'. Les participants ont également souligné le fait que les jeunes SEP ne peuvent plus être placés en IPPJ, ce qui peut avoir un impact sur le nombre de demandes auprès des UTI For-K. Il peut également y avoir un recours injustifié aux mises en observation.

Nous constatons un recours de plus en plus fréquent à la « mise en observation » pour obliger à trouver une place et à ramener une certaine tranquillité. (Source : citation d'un juge de la jeunesse lors de focus groups – traduction libre)

Une avocate de la jeunesse rapporte que les jeunes qui ont besoin de protection ne peuvent plus être placés en institution fermée. Une de ses clientes, mineure, avait déjà fait plusieurs tentatives de suicide. Dans un tel cas, un contexte protégé comme un service psychiatrique fermé pour mineurs est nécessaire. Mais il y a des listes d'attente. Les établissements de l'Aide à la jeunesse disent qu'ils ne peuvent pas offrir de protection et ne prennent pas la jeune fille en charge. Le tribunal de la jeunesse n'a alors plus d'autre choix que de 'criminaliser' le dossier. (Source : 31 – traduction libre)

En outre, il ressort des *focus groups* (et récemment aussi de discussions au Parlement flamand) que certains organismes tels que les *Sociale Diensten Jeugdrechtbank* (services de protection de la jeunesse) n'ont pas assez de temps pour pouvoir traiter correctement les dossiers qui leur sont soumis[m]. Ceci est également souligné par les jeunes eux-mêmes, qui souhaiteraient pouvoir disposer de davantage de temps avec leur délégué [32, 33].

Des mesures judiciaires basées sur l'offre plutôt que sur les besoins

Malgré la forte prévalence des troubles psychiatriques dans la population des mineurs sous statut judiciaire, les mesures prises par les juges de la jeunesse en Belgique ne comprennent presque jamais (1 à 3 %) une prise en charge psychiatrique ambulatoire ou un placement dans un établissement psychiatrique [7].

Les études de Herz[34] et de Breda[35] expliquent ces chiffres par le faible nombre de places disponibles dans les établissements psychiatriques. D'autres études plus récentes [36-39] suggèrent également que les **décisions des juges de la jeunesse sont souvent basées sur l'offre plutôt que sur les besoins**. Cette observation a également été confirmée dans les *focus groups* et lors de nos visites exploratoires dans les tribunaux de la jeunesse et les services de protection de la jeunesse (SPJ) qui y sont attachés.

En Flandre, le manque de structures d'accueil adéquates dans l'aide de crise et dans l'aide à la jeunesse en général a également été souligné

m https://www.vlaamsparlement.be/commissies/commissievergaderingen/1450461

récemment dans un rapport de la Cour des comptes [20] et dans l'évaluation du décret flamand de l'aide intégrale à la jeunesse (*Vlaamse decreet integrale jeugdhulp*) [40]. On note également un manque de structures d'accueil dans l'Aide à la jeunesse en Wallonie [19] et en Région de Bruxelles-Capitale [41, 42]. Les pénuries de places d'accueil ne se limitent pas au secteur de l'Aide à la jeunesse, mais concernent aussi celui des soins de santé mentale pour enfants et adolescents [43, 44].

Le manque de places dans le secteur de l'Aide à la jeunesse et l'insuffisance des soins psychiatriques préventifs se traduisent par une augmentation des demandes For-K.

De nombreuses initiatives pour améliorer la continuité des parcours de soins

Compte tenu de la complexité du paysage, différentes initiatives ont été menées – et continuent de l'être – afin d'améliorer l'offre de soins et la coordination entre les nombreux acteurs. Cela vaut tant pour le secteur de l'Aide à la jeunesse que pour celui de la santé mentale pour enfants et adolescents, et tant au niveau de la coordination au sein de secteurs qu'avec d'autres secteurs tels que celui de l'enseignement ou du handicap.

Il n'est pas possible de détailler dans le cadre du présent rapport tous les changements intervenus dans l'Aide à la jeunesse ces dernières années. Mais, des éléments importants pour assurer la continuité et la coordination sont l'adoption en 2013 du *decreet integrale jeugdhulp* (décret sur l'aide intégrale à la jeunesse) du côté flamand, et le lancement en 2019 du programme d'aide[n] aux soins de santé mentale spécialisés pour les enfants et adolescents relevant du secteur de l'Aide à la jeunesse, dans lequel les unités For-K sont également impliquées (voir point sur la législation des chapitres 2 et 3 du rapport scientifique).

En Flandre, le décret *Integrale jeugdhulp* (aide intégrale à la jeunesse), introduit en 2013, a récemment fait l'objet d'une évaluation [40]. Il en ressort qu'au cours des dernières années, une meilleure compréhension mutuelle s'est installée, que les secteurs et les organismes se connaissent mieux et que certaines collaborations s'intensifient. Ces collaborations se limitent toutefois souvent aux situations où le besoin se fait sentir, et ne constituent pas véritablement une intégration structurelle préventive. En ce qui concerne la continuité, il est également à noter que le décret s'intéresse principalement à la continuité des processus et pas à la continuité relationnelle, pourtant essentielle selon les praticiens de terrain. **La coordination, qui pourrait favoriser la continuité dans une trajectoire de travail social, est également absente en pratique**. La collaboration optimale entre les secteurs est entravée par le fait que chacun est lié par les attentes et le financement de son propre secteur. Enfin, les chercheurs concluent qu'il y a **un manque de capacité et de disponibilité dans tout le domaine de l'aide volontaire et juridique**, ce qui limite les possibilités d'atteindre les objectifs. L'une des recommandations issues de cette recherche est de clarifier la relation entre l'*Integrale jeugdhulp* et les soins psychiatriques, et de renforcer leur coopération.

Du côté de la Fédération Wallonie-Bruxelles, de nombreuses initiatives ont également été mises sur pied dans le but d'améliorer et d'harmoniser l'accès à l'Aide à la jeunesse et aux soins de santé mentale. Le code Madrane mentionne la nécessité d'accords de coopération entre le secteur de l'Aide à la jeunesse et les autres secteurs. Néanmoins, jusqu'à maintenant, il n'existe encore aucun accord de coopération avec les institutions et organismes de santé mentale. Un projet pilote lancé en 2020 (« Jeune avant tout »)[o] implique différents secteurs et a pour but d'apporter une réponse aux problèmes des jeunes ayant des besoins multiples. Ce projet pilote est actuellement mené avec 10 jeunes et 9 institutions partenaires, coordonnées par un service de santé mentale ambulatoire.

Le principe d'une évaluation de ces initiatives est également prévu dans le code Madrane, mais n'a pas encore eu lieu. Dans le passé, plusieurs initiatives de collaborations entre les différents acteurs ont été développées,

[n] Voir https://radar.be/site/assets/files/1655/hulpprogramma_gespecialiseerde_ggz_voor_kinderen_en_jongeren_die_in_de_jeugdhulp_verblijven_-_radar.pdf en https://www.jovandeurzen.be/nieuws/hulpprogramma-geestelijke-gezondheid-voor-jongeren-in-jeugdhulp-/

[o] http://sante.wallonie.be/?q=node/4520

mais ont dû être arrêtées en 2015 avec la réorganisation des nouveaux réseaux de santé mentale pour enfants et adolescents au niveau provincial.

D'après les participants aux *focus groups*, la prise en charge sous-optimale des jeunes (offre, organisation) entraîne davantage de demandes (injustifiées) auprès des For-K, ce qui complique la collaboration entre l'Aide à la jeunesse, les For-K et les soins de santé mentale en général, et crée des difficultés pour trouver une prise en charge optimale des jeunes après hospitalisation en UTI For-K.

Réseaux santé mentale pour enfants et adolescents

En 2014, un plan fédéral pour **une nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents**[p] a été lancé[45]. L'idée de départ de cette politique est de proposer une approche globale dans laquelle toutes les formes de soins sont coordonnées afin de rendre possibles la complémentarité et la continuité des soins. Pratiquement, douze réseaux de santé mentale ont été créés (1 par province + 1 pour la région bruxelloise + 1 pour la communauté germanophone) et sont chargés de concevoir l'offre de soins de santé mentale extra-muros. Les différents partenaires et organismes concernés par la prise en charge des enfants et adolescents de 0 à 18 ans souffrant de troubles psychiques ou psychiatriques (et de leur environnement familial) ont été invités à y participer. Il leur a également été demandé d'élaborer des programmes de soins spécifiques (soins de longue durée, soins de crise) assurant la continuité des soins et la coopération entre acteurs, afin d'offrir un meilleur suivi, plus continu et davantage basé sur les besoins des jeunes et de leur environnement.

Une des missions des réseaux est la mise en place d'un programme de consultation et de liaison intersectorielle autour de la prise en charge des enfants et adolescents ayant des problèmes psychiques/psychiatriques, en misant sur le partage d'expertises et de pratiques de tous les acteurs concernés. Ce programme doit être intégré, global et avant tout intersectoriel ; il doit être incorporé dans l'offre de consultation et de coordination de tous les partenaires, prestataires de soins, institutions et services qui prennent en charge les enfants, les adolescents et leur environnement familial. Dans le cadre de ce programme, un module doit également être développé pour **le sous-groupe des jeunes ayant des problèmes psychiatriques et faisant l'objet d'une mesure judiciaire**.

Les réseaux sont organisés par province (et non par juridiction de Cour d'Appel comme les UTI For-K). Une des conséquences de cette situation est que, lors de leur mise en place en 2015, tous les réseaux n'ont pas pu bénéficier de l'expertise médico-légale préalable des For-K (les réseaux de Namur, du Luxembourg et du Brabant wallon n'ont pas de For-K dans leur province).

Selon les participants aux *focus groups*, les réseaux ont rempli cette mission chacun à leur manière et, au final, on constate que les soins psychiatriques médico-légaux sont beaucoup plus développés dans certains réseaux que dans d'autres (voir plus loin 10.3).

Avant la mise en place de ces réseaux, les contrats For-K comprenaient une 'fonction de liaison' explicite, assurée par un 'coordinateur de trajet de soins'. Cette fonction devait permettre de jeter des ponts entre les secteurs de la justice et la pédopsychiatrie. Cette fonction a été transférée aux nouveaux réseaux de santé mentale pour enfants et adolescents en 2016, eux-mêmes dirigés par un coordinateur de réseau.

L'abandon de la fonction de coordination au sein des contrats For-K a été déploré par les participants aux *focus groups*. Selon eux, cette fonction de liaison garantissait de bons échanges et une bonne coopération entre les For-K, la justice et de l'Aide à la jeunesse. Depuis lors, dans certaines provinces flamandes, d'autres 'bonnes pratiques' ont vu le jour, comme la *gecoördineerde toeleiding* ('orientation coordonnée' ; il s'agit d'une équipe

p https://www.psy0-18.be/images/template_intersectorale_consult_en_liaison/modle_programme_consultation_et_liaison_intersectorielle_ea.pdf

de soutien pour les délégués du SPJ). Les participants ont suggéré d'inclure ce type de pratique dans les protocoles de coopération.

Une panoplie de coordinateurs

Toutes les initiatives mentionnées ci-dessus ont débouché sur la création de multiples fonctions de coordination, entre les secteurs et entre les offres de soins individuelles. C'est ainsi que chaque jeune se voit attribuer un délégué du SPJ, un case-manager du SAJ, un conseiller d'orientation du réseau de soins, un 'navigateur de crise', une personne de contact qui signale les jeunes au portail intersectoriel, un *jeugdhulpregisseur*, un 'chargé de prévention' de l'Aide à la jeunesse, etc.

De l'avis des participants aux *focus groups*, l'**enchevêtrement de ces fonctions de coordination** est tel que les jeunes et les soignants sont dans l'impossibilité de savoir clairement qui coordonne quoi, ce qui complique la bonne collaboration entre les For-K et les autres acteurs de l'Aide à la jeunesse et de la santé mentale, notamment lors de la sortie d'une UTI For-K.

Pour éviter cela, le gouvernement flamand a récemment lancé le concept '*één gezin – één plan*'[q] (une famille – un plan). Ce programme répond à la nécessité de soutien très étroit des familles dans les périodes d'attente. Les familles, les enfants et les jeunes doivent pouvoir trouver aussi facilement que possible des réponses en matière de santé mentale. Le principe est que la prise en charge soit rapide, préventive et de proximité, et que chaque personne impliquée auprès d'une famille, d'enfants ou d'adolescents soit également responsable de la continuité de la prise en charge au niveau des aides proposées. L'important est que toute demande d'aide soit traitée dans un délai d'un mois et que le point contact reste le même, y compris durant les périodes où la famille ou le jeune sont en attente de la réponse la plus appropriée. Dans les situations plus complexes, où par exemple différents organismes travaillent avec une même famille, un seul plan sera élaboré.

En Fédération Wallonie-Bruxelles a récemment été lancé le 'Projet pour l'Enfant'[r]. Il permet à chaque jeune d'être évalué dès le départ, entre autres, sur ses besoins, ses attentes et ses ressources afin d'assurer son développement psychologique, physique, émotionnel, intellectuel et social, et les services d'Aide à la jeunesse peuvent faire appel à des professionnels d'autres secteurs [46, 47].

q https://www.xn--ngezin-nplan-9dbaha.be/#/ et http://docs.vlaamsparlement.be/pfile?id=1583317

r https://legalworld.wolterskluwer.be/fr/nouvelles/moniteur/premieres-precisions-sur-le-projet-pour-l-enfant-de-la-communaute-francaise-pour-les-enfants-en-difficulte/

6. UTILISATION

6.1. Utilisation des UTI For-K

Il existe plusieurs **bases de données** disponibles, entre autres dans les secteurs de la justice, de l'Aide à la jeunesse, des soins de santé mentale résidentiels, les IPPJ, à côté des données des UTI For-K elles-mêmes,

Cependant, les données sur les demandes d'admissions, le type d'aide fournie et les trajectoires de suivi sont manquantes, et il est quasi impossible d'opérer des recoupements entre les données existantes. Les obligations relatives aux enregistrements sont également différentes et peu claires.

Les **différentes bases de données consultées n'ont pas été très utiles** pour nous informer sur l'utilisation des For-K, ni pour retracer le parcours de soins des jeunes. D'après les participants aux *focus groups*, l'enregistrement des données est rendu difficile par les différences de termes/ d'interprétations utilisés dans les différents secteurs, par l'absence de variables d'identification des lits For-K, de descriptions des prises en charge, d'enregistrements des résultats. De plus, on observe une réticence vis-à-vis du partage de données entre les secteurs de la justice, des soins de santé et de l'Aide à la jeunesse.

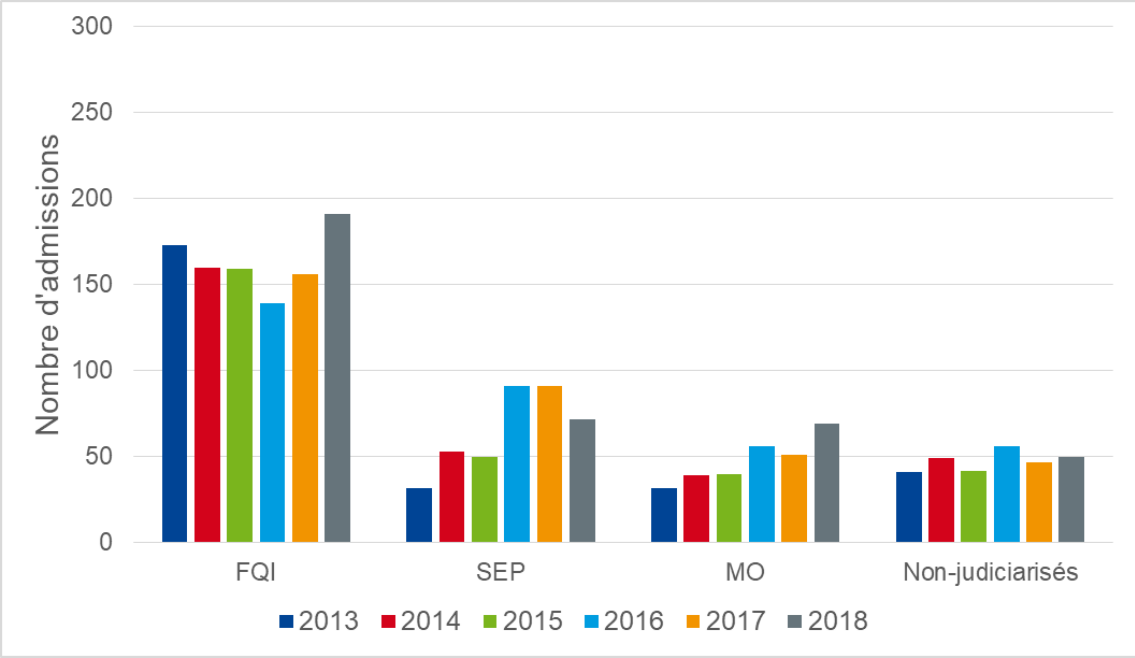
Enfin, on observe également des différences entre les UTI For-K elles-mêmes, quant à la manière dont les données sont enregistrées et conservées.

Les données ci-dessous sont pour la plupart basées sur les rapports annuels des For-K.

Combien de jeunes sont concernés ?

Les rapports annuels rapportent un nombre total d'environ 300 jeunes admis en lits de traitement intensif (pour une durée allant de 6 mois à 1 an) chaque année (309 en 2016, 296 en 2017 et 315 en 2018). Pour les lits de rechute (durée de 14 jours), le nombre est d'environ 80 (Figure 2). Toutes ces admissions concernent principalement des jeunes FQI. Fait surprenant, on y trouve également des jeunes non-judiciarisés (notamment dans l'UTI For-K *La Kapeline*, sur base d'un accord avec l'Aide à la Jeunesse de Mons, Charleroi et Tournai).

Figure 2 – Utilisation des lits UTI For-K pour les années 2013-2018



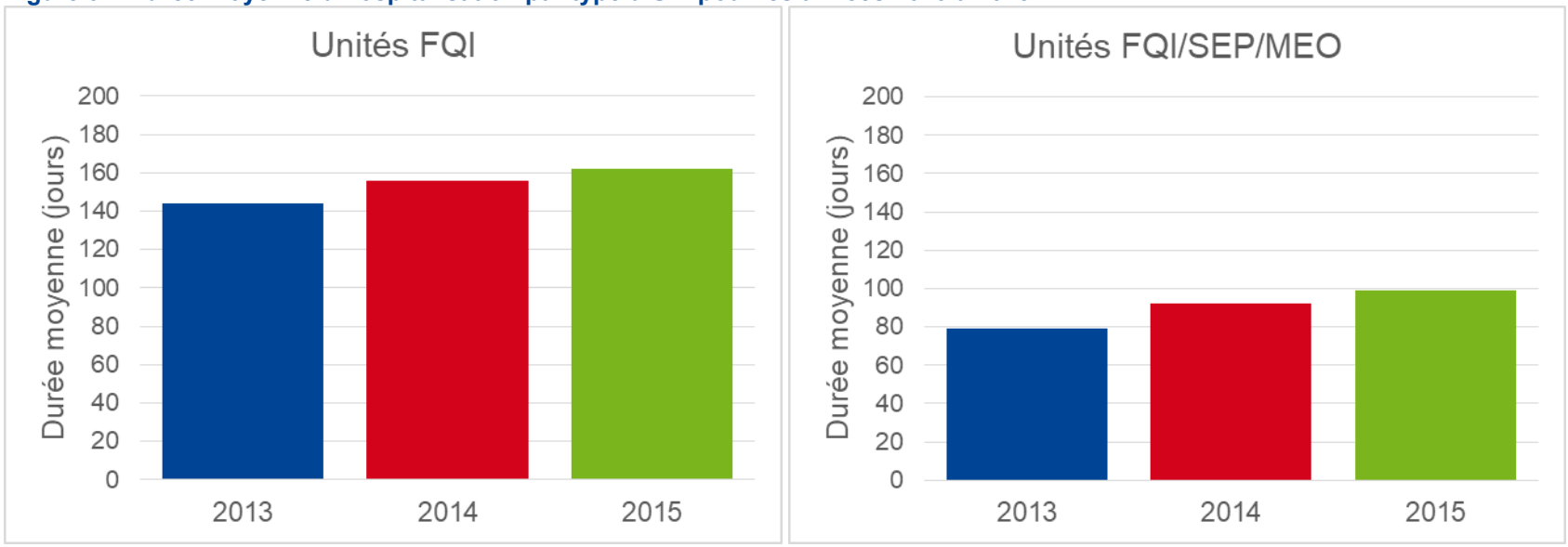
Source : Rapports annuels des UTI For-K

Durée de séjour

D'après les rapports annuels, le taux d'occupation des lits d'UTI était de 80 % partout.

Une enquête menée en 2016 auprès des UTI For-K par le SPF Santé publique montre que la durée moyenne de séjour est de 154 jours pour les UTI accueillant exclusivement des jeunes FQI et de 90 jours pour les UTI accueillant des jeunes FQI/SEP/MEO (années 2013-2015) (Figure 3). D'après les personnes interrogées lors de nos visites exploratoires et des *focus groups,* cette différence s'explique par le fait que les unités FQI/SEP/MEO ont davantage d'admissions de courte durée, comme les mises en observation, les '*time-outs'* ou les admissions de crise. Très peu de jeunes dépassent la durée maximale d'un an (p. ex. parce qu'ils attendent qu'une place d'accueil se libère dans l'établissement souhaité, ou parce qu'ils ont besoin de soins psychiatriques résidentiels supplémentaires). Il est difficile de déterminer si la fin d'une hospitalisation se fait toujours sur avis médical.

Figure 3 – Durée moyenne d'hospitalisation par type d'UTI pour les années 2013 à 2015



Source: Enquête du SPF Santé publique, 2016

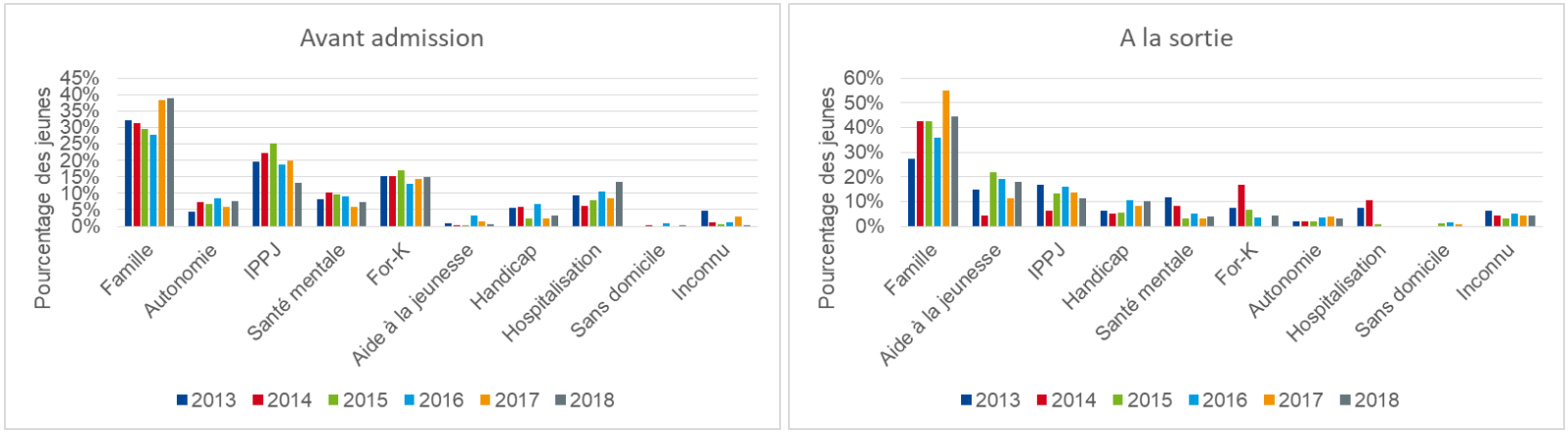
Il n'a pas été possible de trouver des données plus récentes sur les durées de séjour, ni de les calculer à partir du résumé psychiatrique minimum (RPM) car les UTI For-K n'y sont pas identifiées.

Quoi qu'il en soit, on peut conclure que, depuis le lancement du projet pilote, **les UTI existantes sont bien utilisées, et avec un bon taux d'occupation.**

D'où viennent les jeunes et où vont-ils après avoir été admis en UTI For-K?

Comme nous l'avons déjà signalé plus haut, les jeunes admis en UTI For-K ont déjà, pour la plupart, un parcours très chaotique derrière eux. L'admission For-K n'est qu'une étape intermédiaire dans ce parcours. Le manque de données et l'impossibilité de recoupement des bases de données entre elles font qu'il est impossible de décrire les trajectoires de ces jeunes avec précision. Toutefois, les rapports annuels permettent de savoir d'où ils proviennent lorsqu'ils entrent en UTI For-K et où ils vont après ce séjour (Figure 4). C'est le milieu familial qui est le lieu d'hébergement le plus fréquent avant et après le séjour en UTI. On constate également que 10 à 20 % des jeunes proviennent d'une IPPJ.

Figure 4 – Lieu d'hébergement des jeunes avant admission en UTI For-K et à la sortie d'une UTI For-K



Source : Rapports annuels des UTI For-K

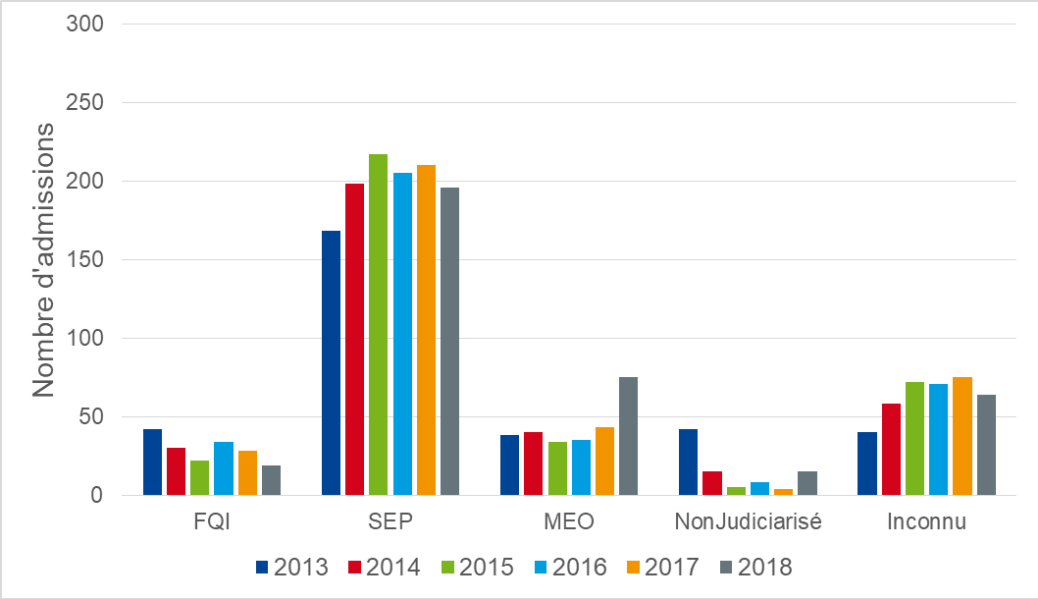
Certains jeunes ont une autre UTI comme lieu d'hébergement post-UTI. Cette situation s'observe principalement au CHJ Titeca qui héberge deux UTI, dont l'une sert d'unité de stabilisation et l'autre d'unité de resocialisation. Le transfert d'un jeune se fait donc parfois d'une UTI à l'autre.

6.2. Utilisation des lits For-K de crise

Comme indiqué au point 3.2, de nombreux lits For-K de crise sont intégrés/mélangés avec des lits de crise des réseaux de santé mentale pour enfants et adolescents, et il existe également une collaboration avec les services de crise de l'Aide à la jeunesse. Par conséquent, **il n'est plus possible de déterminer avec précision le nombre spécifique de demandes et d'admissions de crise dans les lits For-K de crise**.

D'après les rapports annuels, le nombre de demandes pour les lits For-K de crise est estimé à 650 par an. Le nombre d'admissions est quant à lui estimé à 350 par an et reste assez stable (330 en 2013, 341 en 2014, 350 en 2015, 353 en 2016, 360 en 2017 et 369 en 2018). Cela signifie que près de la moitié des demandes d'admission n'aboutissent pas. Parmi les raisons de ces non-admissions, les rapports annuels pointent **le manque de place dans un tiers des cas.** Les admissions concernent principalement les jeunes de type SEP ; les FQI et les MEO représentent chacun environ 10 % des admissions. Il faut encore y ajouter les jeunes non-judiciarisés, qui représentent 5 % des admissions, et enfin un groupe dont le statut judiciaire est inconnu (Figure 5).

Figure 5 – Nombre d'admissions des patients admis en lits de crise For-K par statut judiciaire et par an



Source : Rapports annuels des UTI For-K

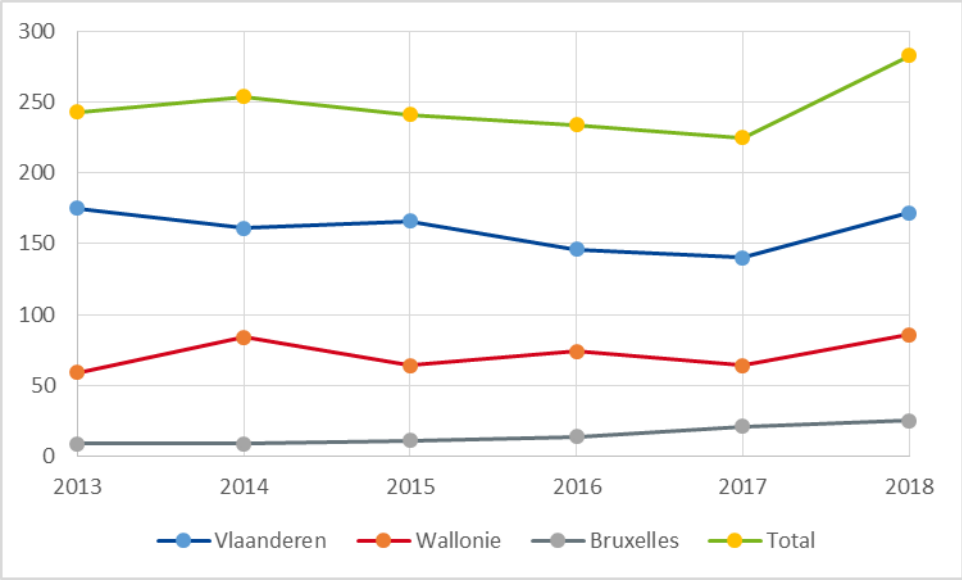
6.3. Mises en observation

Une catégorie particulière de jeunes admis en UTI For-K sont ceux qui tombent sous le coup de la loi de 1990 relative à la protection des personnes atteintes de maladie mentale – on parle alors de 'mises en observation' (MEO). En effet, toute personne qui représente un danger pour elle-même ou pour autrui peut être admise sous contrainte dans un service psychiatrique s'il n'existe aucune solution alternative. La mise en observation peut se faire selon une procédure ordinaire ou selon une procédure d'urgence (voir chapitre 3 du rapport scientifique). Les hôpitaux agréés pour les mises en observation ont une obligation d'admission. Les entités fédérées sont responsables de l'agrément et de la supervision des structures. Il n'existe actuellement aucun inventaire des capacités nécessaires ou réservées (en lits K ou autres) pour ces mises en observation. La législation sur les mises en observation est en cours de révision [48].

Depuis 2007, le statut juridique MEO a été inclus dans le groupe cible de certains contrats For-K. Le libellé des contrats indique que les jeunes MEO peuvent être placés dans des lits UTI. Par contre, il n'est pas clairement établi s'ils peuvent être hébergés dans les lits For-K de crise et, le cas échéant, si cela doit toujours se faire dans le cadre d'une procédure d'urgence, ou si c'est également possible dans le cadre de la procédure normale.

D'après les données du RPM, environ 250 jeunes sont mis en observation chaque année, principalement en Flandre (Figure 6).

Figure 6 – Nombre de mises en observation des jeunes entre 12 et 18 ans par région et par année



Source : RPM

Parmi les jeunes mis en observation, certains sont admis en UTI For-K. Le Tableau 2 montre que le nombre de mises en observation en UTI For-K est passé d'environ 30 en 2013 à environ 70 en 2018. Il est à noter que cela concerne principalement la Wallonie et Bruxelles, tandis qu'en Flandre, à l'inverse, les mises en observation se font plus souvent dans les lits de crise.

Tableau 2 – Nombre de mises en observation (MEO) au sein des UTI For-K par année

Cour d'Appel		2013	2014	2015	2016	2017	2018
Bruxelles	CHJ Titeca –unit 1	6	8	10	10	17	18
	CHJ Titeca – unit 2	3	3	5	4	2	6
	Epsylon – site AREA+	NA	NA	4	14	12	18
	KU Leuven – Fordulas	0	0	0	0	0	0
Liège	ISoSL – Cyprès	0	0	0	NO DATA	0	0
	ISoSL - Caktus	20	25	20	22	17	22
Mons	CHP Les Marronniers – Les Mangroves	0	0	0	3	0	2
	CHU A Paré / CHP Chêne aux Haies – La Kapeline	0	2	0	0	0	0
Gent	PC Caritas – De Branding	0	0	0	0	0	0
	PZ H Familie – De Patio	0	0	0	0	0	0
	PC Sleidinge - Yidam	0	0	1	1	0	2
Antwerpen	Asster – Spika 3	3	1	0	2	3	1
	OPZ Geel	0	0	0	0	0	0
	ZNA UKJA	0	0	0	0	0	0
TOTAAL		32	39	36	56	51	69

Source : Rapports annuels des UTI For-K

Les données disponibles dans les rapports annuels ne permettent pas de déduire la durée des séjours For-K des jeunes avec un statut de MEO.

7. BESOINS

7.1. Besoins en UTI For-K

Il est difficile de quantifier les besoins en lits For-K à partir des données consultées et des informations contenues dans les rapports annuels, mais de nombreux signaux recueillis dans les *focus groups*, les rapports annuels et les entretiens exploratoires indiquent que **l'offre actuelle est insuffisante**. Cette incertitude sur les besoins en lits For-K persistera tant que le profil des jeunes qui ont leur place en UTI For-K ne sera pas défini clairement et sans équivoque, et tant qu'il n'y aura pas d'évaluation systématique pour déterminer dans quelle mesure les jeunes qui y sont admis correspondent à ce profil. Il serait également souhaitable de faire des recherches pour déterminer s'il n'existe pas d'autres approches susceptibles de faire diminuer la demande, comme par exemple des interventions plus précoces, la création d'alternatives aux unités For-K ou encore le développement d'une fonction d'*outreaching* des UTI For-K vers les autres organismes de soins.

Certaines indications permettent cependant d'estimer le nombre de lits d'UTI For-K nécessaires. Une première estimation du nombre de jeunes qui pourraient potentiellement y prétendre peut être déduite des statistiques des parquets de la jeunesse. Le nombre de jeunes entre 12 et 18 ans ayant un statut FQI ou SEP en Belgique est indiqué dans le Tableau 3 ci-dessous. Ainsi, en 2018, il y avait, 38 277 jeunes avec un statut FQI et 29 881 avec un statut SEP, tandis que 5354 cumulaient les deux statuts. Et comme l'on sait, la prévalence de troubles psychiatriques parmi ces jeunes judiciarisés est élevée (voir 4.2).

Tableau 3 – Nombre de jeunes entre 12 et 18 ans en Belgique avec le statut FQI ou SEP

	FQI	SEP	FQI et SEP	Total
2013	34 655	22 139	5 314	62 108
2014	33 738	21 551	5 354	60 643
2015	31 422	21 086	4 937	57 445
2016	33 184	22 273	5 225	60 682
2017	33 256	23 670	5 358	62 284
2018	32 873	24 527	5 354	62 754

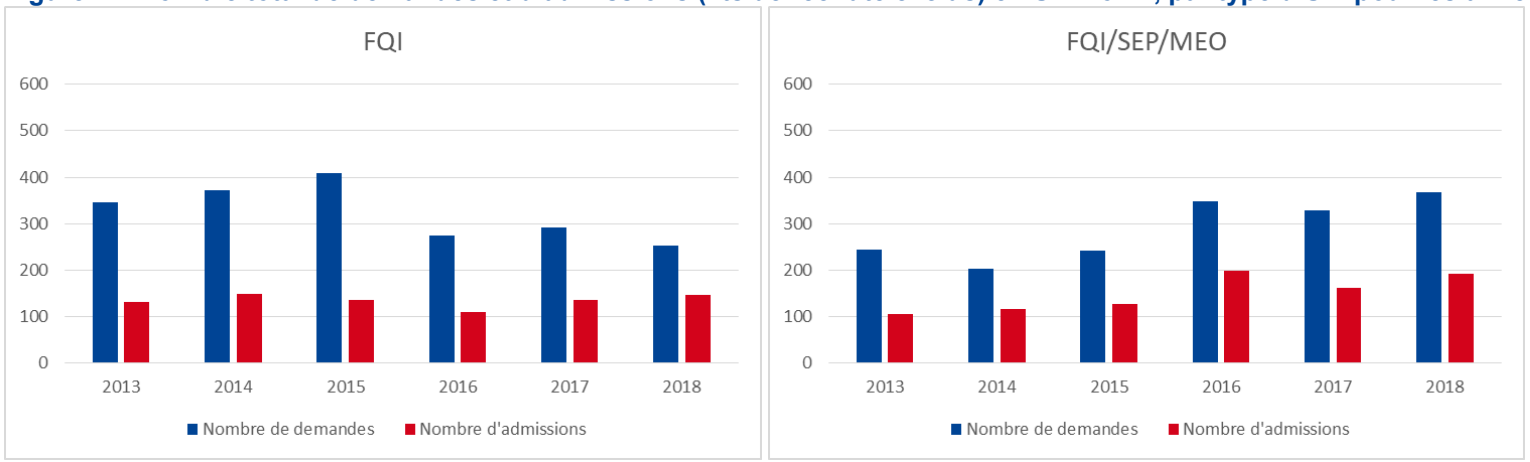
Source : www.om-mp.be

Nous savons en outre qu'en Belgique, les juges de la jeunesse ordonnent une mesure de traitement psychiatrique ambulatoire ou un placement en institution psychiatrique pour 1 à 3 % des jeunes [7], mais ceci comprend à la fois des mesures ambulatoires et résidentielles. Ces chiffres pourraient de surcroît être biaisés car il est ressorti des *focus groups* que les mesures prises par les juges de la jeunesse sont souvent basées sur l'offre plutôt que sur les besoins des jeunes (voir section 5).

Une deuxième estimation des besoins peut être déduite de l'enquête du SPF Santé publique sur les UTI For-K (2016) qui rapporte que ces unités reçoivent environ 600 demandes d'admissions par an, pour environ 350 admissions effectives.

Une troisième estimation, basée sur les rapports annuels des UTI For-K, donne la même image d'un nombre plus élevé de demandes que d'admissions (voir Figure 7). Il convient toutefois de noter ici qu'il n'est pas possible de distinguer si les demandes sont uniques et dans quelle mesure les jeunes concernés répondent aux critères d'admission dans une UTI For-K.

Figure 7 – Nombre total de demandes et d'admissions (lits de rechute exclus) en UTI For-K, par type d'UTI pour les années 2013-2018



Source : Rapports annuels des UTI For-K

Un autre indicateur du besoin en lits UTI For-K est que certains hôpitaux choisissent de consacrer plus de lits que le nombre financé par le projet pilote, et que malgré cela, ces unités sont complètement occupées.

Dans les *focus groups*, les juges de la jeunesse ont indiqué qu'ils se heurtaient souvent à des refus et certains ont même indiqué ne même plus prendre la peine d'appeler les For-K parce « *qu'il n'y avait de toute façon jamais de place* ». D'autres participants ont également signalé que les listes d'attentes sont longues. En revanche, on peut lire dans les rapports annuels des UTI For-K qu'il n'y a presque jamais de refus par manque de place.

Toujours dans les *focus groups*, il a aussi été rapporté que, depuis l'introduction du code Madrane, les jeunes qui ont commis une infraction et qui souffrent d'un problème psychiatrique ou d'un handicap mental ne peuvent plus être placés en IPPJ. Cela devrait potentiellement réduire le nombre de placements en IPPJ, mais au prix d'une hausse des demandes de placement dans les institutions pour jeunes handicapés mentaux ou les établissements psychiatriques.

Enfin, il a également été signalé dans les *focus groups* qu'il était nécessaire d'améliorer la répartition géographique des UTI For-K afin que chaque réseau de santé mentale pour enfants et adolescents puisse développer une offre de soins adéquate.

Toutes les indications ci-dessus vont dans le sens d'un grand besoin en lits UTI For-K. Toutefois, ces besoins ne pourront être précisés que lorsque le groupe cible des UTI For-K sera clairement défini et sa prévalence mesurée, que d'autres groupes cibles seront définis pour des alternatives à

l'admission en For-K (p. ex. voir le projet GES+[s]), et que d'éventuelles possibilités de traitement ambulatoire seront développées.

Étant donné ces incertitudes sur les besoins quantitatifs de lits UTI For-K, il est donc conseillé, **dans un premier temps, d'adapter la programmation des lits UTI For-K à l'offre actuelle dans les régions où il existe actuellement une offre, et de prévoir un certain nombre de lits dans les régions où il n'y a pas d'offre**. Une fois que le groupe cible sera clairement défini (voir point 10.5) et que des données sur les besoins réels seront disponibles, des ajustements de l'offre UTI For-K pourront être envisagés.

7.2. Besoins en lits For-K de crise

Comme déjà indiqué dans les sections 3.2 et 6.2, les lits de crise For-K ne peuvent pas être correctement distingués des autres types de lits de crise et de structures de crise. Les sources que nous avons consultées, notamment les rapports annuels des UTI For-K, sont insuffisantes pour réaliser une estimation des besoins, que ce soit en lits de crise en général ou en lits For-K de crise en particulier. Cette question nécessite des recherches plus approfondies sur le nombre et la manière dont les jeunes en situation de crise (psychiatrique) sont enregistrés et pris en charge via les différents canaux. Ces dernières années, avec l'implantation de la nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents, les réseaux mis en place ont été priés de développer des programmes de soins pour les situations de crise et certains lits For-K de crise font parfois partie de ces programmes de crise. En Flandre, il existe également des collaborations avec les centres de crise (*crisismeldpunten*) de l'Aide à la jeunesse.

[s] Pour une description du projet GES+, voir https://www.vlaamsparlement.be/commissies/commissievergaderingen/1125910/verslag/1126760

8. PRISE EN CHARGE DANS LES UTI FOR-K

Les contrats entre le SPF Santé publique et les For-K décrivent la fonction de traitement intensif comme suit :

> *"Les soins intensifs et la sécurisation ('safe care') pour les jeunes de ce groupe-cible sont dispensés dans une infrastructure adaptée mettant en œuvre une offre de soins permettant de proposer une combinaison de soins et de traitement d'une part, de sécurisation d'autre part. Le diagnostic sera affiné. Dans l'offre de traitement l'accent est mis, au moins, sur des activités structurantes, sur la régulation de l'agression, la formation aux compétences sociales, la formation à l'empathie,… L'offre comprend tant une (psycho) thérapie individuelle qu'une (psycho) thérapie de groupe." (Source: Extrait d'un contrat du SPF Santé publique avec une unité For-K, 2019)*

Les rapports annuels montrent également que chaque UTI For-K accueille un profil de jeunes bien spécifique, mais différent pour chaque UTI. L'approche mise en œuvre est également propre à chaque UTI. La composition du personnel diffère également (en nombre et en qualification) d'une UTI à l'autre.

> **Exemple à Antwerpen**
>
> *Dans l'Unité « Troubles du comportement », le travail s'effectue selon un programme basé la thérapie cognitivo-comportementale (avec une formation à la régulation de l'agressivité, des pulsions et des émotions, aux compétences interpersonnelles et sexuelles, à l'empathie, aux compétences sociales et à la résolution de problèmes). La base théorique de ce programme repose sur le Risk Need Responsiveness Model (Bonta & Andrews), le Good Life Model (T. Ward) et le modèle de prévention des rechutes. Des instruments validés d'évaluation des risques (J-SOAP-D NI et SAVRY) sont*

systématiquement utilisés pour déterminer les objectifs du traitement et les degrés de libertés accordés. Le traitement est également multisystémique, ce qui signifie qu'il implique non seulement le jeune, mais aussi son contexte familial, scolaire et social. (Source : Rapport annuel du ZNA, 2018). (Source : Rapport annuel du ZNA, 2018 – traduction libre)

Exemple à St Truiden

Nous travaillons de manière interdisciplinaire et nous combinons les théories bio-psycho-sociales (psychiatriques), la psychopathologie du développement et l'approche multisystémique. Nous travaillons autant que possible sur base de données probantes, en particulier dans l'UTI, où nous intégrons des principes thérapeutiques cognitifs-comportementaux et contextuels. Nous le faisons via des techniques verbales et non verbales. Un traitement médicamenteux est instauré si nécessaire. Au niveau du groupe, nous utilisons un modèle de traitement intégratif. […] Pour les jeunes qui ont une problématique psychiatrique avec prédominance de troubles du comportement, nous proposons des sessions de groupe incluant les éléments suivants : régulation de l'agressivité, régulation des émotions, résolution de problèmes, communication assertive, limites... En ce qui concerne le travail individuel, nous suivons des protocoles evidence-based concernant, entre autres, la gestion du stress, la régulation des agressions et des émotions, la prévention de la criminalité, la réflexion sur les erreurs et le travail sur les traumatismes (principalement la stabilisation). Ces protocoles sont souvent adaptés individuellement, en fonction des besoins des jeunes, étant donné leurs limites et leurs problèmes de motivation. (Source : Rapport annuel Asster, St Truiden, 2018 – traduction libre)

Exemple à Bruxelles

La prise en charge du jeune est sous-tendue par les concepts de « bientraitance » et de résilience (voir notamment S. HIRSCH, J. BARUDY et B. CYRULNIK et les notes des congrès de 2011 et 2013). Elle est centrée sur le développement d'une relation de confiance basée sur le respect, l'empathie, la disponibilité et l'écoute. Ce lien significatif, support du développement d'une alliance thérapeutique, permet la « co-construction » du projet thérapeutique individualisé. (Source : Annexe du rapport annuel du CHJ Titeca, 2018)

Exemple à Mons

Comment prendre en charge la maladie psychiatrique chez les jeunes lorsque celle-ci s'accompagne parfois du refus d'autorité (parentale, légale…)? Le modèle systémique sera utilisé préférentiellement mais d'autres modèles tels que le modèle comportementaliste ou psychanalytique peuvent s'avérer utiles. Il convient de ne pas nous enfermer dans un seul courant de pensée mais plutôt d'associer les influences de chacun des modèles. (Source : Rapport annuel Les Marronniers, 2018)

Selon Keersmaekers[49] les différentes UTI For-K flamandes utilisent des modèles de prise en charge différents. Il est difficile de déterminer si cela est dû au fait qu'elles accueillent des jeunes de profils différents, ou si elles appliquent des visions différentes sur les formes de prise en charge.

La prise en charge en UTI For-K est-elle efficace ?

Le travail effectué dans les UTI For-K est largement considéré comme très utile ; dans les *focus groups,* personne n'a remis en cause sa valeur. Dans les rapports annuels, les théories (evidence-based) sous-tendant les prises en charge sont souvent décrites en détail. Par contre, on ne trouve pas, en Belgique, d'indicateurs clairs pour évaluer l'efficacité du traitement : à partir de quand une hospitalisation en UTI For-K est-elle considérée comme réussie ? Qui détermine cela ? À quel moment l'indicateur doit-il être mesuré : en fin de séjour, ou un certain temps (combien ?) après la sortie ? Dans quelle mesure les objectifs essentiels sont-ils atteints ? Sont-ils maintenus ?

Les premières évaluations des UTI For-K[1-3] ont étudié des parcours individuels de jeunes pour lesquels il y avait des données suffisantes (c'est-à-dire un très petit nombre) : il en ressort que la tendance était meilleure à la sortie qu'à l'entrée, avec parfois une rechute 3 mois après la sortie.

Comme il persiste encore beaucoup d'incertitudes au sujet de l'efficacité des prises en charge dans les UTI For-K, il conviendrait de mettre en place un système d'évaluation des soins (p. ex. un centre d'évaluation de soins, comme suggéré par Decoene et al.[23]) et des indicateurs de qualité.

9. ET LES JEUNES DANS TOUT ÇA?

Dans cette étude, nous n'avons pas consulté directement les jeunes et leurs proches, en raison du manque de faisabilité dans les délais imposés. Nous avons cependant eu l'occasion d'entendre indirectement leur voix dans les entretiens exploratoires et les *focus groups,* et aussi à travers la littérature, même si les études à ce sujet sont difficiles à trouver. Les études belges se limitent souvent à une (ou plusieurs) institution(s) sans pour autant fournir une vision complète de leurs besoins (et de ceux de leurs proches). Nous pouvons néanmoins retirer plusieurs enseignements de ce corpus de données.

Ce que s'accordent à dire tous les participants aux *focus groups* et aux entretiens exploratoires, c'est que ces jeunes sont en souffrance, quel que soit leur histoire et leur parcours.

Lorsque l'on explore la littérature consacrée à des jeunes présentant des profils similaires à ceux des unités For-K, **tous font unanimement valoir qu'ils ont besoin d'être écoutés et respecté**s, notamment dans les décisions qui les concernent directement et qui peuvent influencer leur avenir. Il est important à leurs yeux que leur contexte de vie, leur famille, leur fratrie et leurs proches soient pris en compte dans les programmes de soins et d'aide. Même ceux qui ont vécu des situations très difficiles au sein de leur famille aspirent à préserver / restaurer la communication avec leurs parents et leurs frères et sœurs [32].

Les jeunes expriment également le besoin d'avoir suffisamment de temps pour passer des moments de qualité avec les intervenants qui s'occupent d'eux. Ils pointent la surcharge de travail administratif des professionnels comme un frein à un soutien adéquat. Ceci est lié à un autre besoin récurrent : ils ont besoin d'avoir confiance dans les professionnels, notamment en ce qui concerne le partage des informations à leur sujet. Enfin, les jeunes associent l'idée d'une trajectoire de vie réussie à une bonne santé mentale, au sentiment d'être en contact avec les autres, au plaisir et à des aides pratiques en matière de finances, de travail et de logement. Cela montre bien qu'ils n'ont pas uniquement besoin de soins de santé mentale mais également d'un accompagnement pluridisciplinaire socioéducatif [50].

L'implication des jeunes dans leur parcours de soins est considérée comme essentielle par Cappon [51], par le Conseil supérieur de la santé [52] et par le Commissariat aux droits de l'enfant [31].

La législation des entités fédérées[t] prévoit des garanties juridiques pour les mineurs, comme le droit à la participation, le droit au respect de la vie familiale, le droit de porter plainte, le droit à l'argent de poche lorsque le jeune séjourne dans un établissement d'Aide à la jeunesse. Cependant, cette législation ne s'applique souvent qu'aux institutions qui relèvent de l'Aide à la jeunesse et donc pas aux For-K. La loi sur les droits du patient est quant à elle toujours applicable et offre des garanties juridiques concernant le droit à disposer d'un dossier et à pouvoir le consulter, le droit de plainte et le droit à la vie privée, mais elle est moins spécifique en ce qui concerne les droits des jeunes en milieu fermé. **Le statut juridique actuel des jeunes en UTI For-K n'est pas suffisamment clair**; un travail est actuellement en cours à ce sujet en Flandre.[u]

10. PISTES D'AMÉLIORATION POUR L'AVENIR

La prise en charge des jeunes sous statut judiciaire qui présentent des problématiques psychiatriques se joue dans un paysage de soins actuellement très complexe. **L'optimisation de l'organisation des soins au sein des UTI For-K n'a de sens que si elle s'accompagne d'une optimisation de l'organisation de l'ensemble des processus de soins ainsi que de tous les secteurs concernés – qui dépendent de compétences différentes**. Nous vous présentons ci-dessous quelques suggestions d'amélioration.

À ce propos, nous souhaitons insister sur l'importance d'impliquer les jeunes dans les futures réformes des For-K, des services de santé mentale et de l'Aide à la jeunesse en général [31, 51, 52]. L'organisme *Cachet*, organisée par et pour les jeunes ayant un parcours au sein de l'Aide à la jeunesse, a déjà promu ce genre d'initiatives et la manière de les mener[53].

10.1. Prévention et interventions précoces

Il ressort tant des *focus groups* que de la littérature. [36, 45, 52, 54-56], que la prévention et l'intervention précoce doivent être considérées comme cruciales. Selon les participants, certaines admissions en For-K pourraient être évitées si certains problèmes étaient identifiés et pris en charge à un stade plus précoce. Les problèmes psychiatriques peuvent parfois déjà être repérés dans l'enseignement, par exemple par les centres psycho-médicaux-sociaux (PMS), et des mesures appropriées peuvent alors être prises pour éviter l'escalade. Cela nécessite toutefois une dotation adéquate en personnel psychiatrique au sein des PMS et/ou des possibilités d'orientation adéquate vers les services de santé mentale pour enfants et adolescents. D'autres possibilités d'interventions précoces peuvent se présenter plus tard dans le parcours du jeune ou grâce à d'autres organismes avec lesquels il entre en contact, comme par exemple les maisons de jeunes ou les associations d'aide en milieu ouvert AMO.

t Par exemple le Décret du 7 mai 2004 relative à la situation juridique des mineurs dans l' «integrale jeugdhulp » et dans le cadre du décret relatif à la loi sur la délinquance juvénile, A.*R.* 4 octobre 2004; Art. 1, 4° Code Madrane.

u https://steunpuntwvg.be/onderzoeksprogramma/rechtspositieregeling-gesloten-opvang-EF59

10.2. Continuité des soins et coopération entre les secteurs

Il ressort des rapports annuels et des *focus groups* qu'il est souvent difficile de faire sortit un jeune d'une UTI For-K, étant donné le manque de modalités d'accueil (résidentielles) appropriées. Ceci peut clairement compromettre la continuité des soins. Ce manque de coopération entre les secteurs est également souligné dans la littérature [40, 57]. Ceci est confirmé par les données, qui montrent que près de la moitié des jeunes retournent à leur situation familiale.

Étant donné que les jeunes admis en UTI For-K ont généralement déjà (eu) des contacts avec d'autres institutions ou d'autres secteurs (p. ex. l'Aide à la jeunesse), il est absolument nécessaire que tous ces acteurs travaillent ensemble afin d'assurer la continuité du processus de prise en charge et de maintenir les résultats obtenus en UTI-For-K. Le phénomène de « renvoi d'un jeune d'une institution à l'autre », si souvent évoqué, doit à tout prix être évité. Il appartient aux réseaux de santé mentale pour enfants et adolescents de continuer à remplir leur mission de coordination de la prise en charge, en coopération avec toutes les autres instances (comme le portail d'accès intersectoriel - *intersectorale toegangspoort*) qui ont également pour objectif la prise en charge coordonnée, et au sein desquelles les autorités judiciaires et l'Aide à la jeunesse sont également impliquées.

Les autorités flamandes ont récemment lancé le programme « *1 gezin / 1 plan* », dont le principe est que le jeune conserve un interlocuteur fixe tout au long de son parcours. La réforme en cours de l'Aide à la jeunesse en Fédération Wallonie-Bruxelles prône également une meilleure collaboration entre les acteurs.

10.3. Outreaching

Au fil des ans, de nombreuses initiatives dites 'd'*outreaching'* ont été mises sur pied pour soutenir les jeunes tout au long de leur accompagnement. **Le terme '*outreaching*' peut cependant revêtir un certain nombre de significations différentes**. Il peut s'agir d'une prise en charge directe, par un organisme spécifique, d'un jeune qui séjourne ailleurs, par exemple la prise en charge d'un jeune par un service For-K avant ou après son admission en UTI, ou d'une prise en charge à domicile par un réseau de soins de santé mentale. Dans ce dernier cas, le terme *'outreaching'* est parfois utilisé à la place de l'expression 'équipes mobiles'.

Le terme '*outreaching*' est également utilisé pour désigner le soutien de prestataires de soins d'un organisme particulier par des prestataires de soins d'un autre organisme ayant une expertise spécifique, par exemple, les prestataires de soins d'un institut médico-pédagogique (IMP) reçoivent un soutien par des psychiatres d'un centre de psychiatrie infantile. Dans ce cas, des termes tels que 'liaison' ou 'passerelle' sont également utilisés.

L'*outreaching* peut être organisé par les réseaux de santé mentale pour enfants et adolescents, mais aussi par l'Aide à la jeunesse, les PMS, les Services de Santé Mentale (*outreaching* médico-légal) et les unités For-K (auparavant, c'était prévu par tous les contrats For-K, maintenant seulement par certains, à leur propre initiative).

Jusqu'en 2015, l'*outreaching* était décrit comme suit dans les contrats For-K:

> *L'outreaching comme forme spécifique de soins de suivi (avant et/ou après traitement intensif), ciblé sur les structures d'accueil (sociales, justice) pour ce groupe cible spécifique de jeunes. L'objectif est d'éviter une admission ou une réadmission dans une UTI de type FOR K. Ces soins de suivi comprennent, entre autres, des évaluations et des interventions de crise. Une attention particulière devra être portée au trajet judiciaire des jeunes. Outre cette mission d'outreaching liée au cas visé, un rôle général de soutien et de consultation est également proposé aux collaborateurs des différents établissements (coaching, avis, formation). (Source : Extrait d'un contrat du SPF Santé publique avec une unité For-K, 2015)*

Un budget avait été prévu au départ pour cette fonction d'*outreaching* dans chaque contrat For-K, mais à partir de 2016, la fonction (et le budget correspondant) ont été supprimés et transférés aux réseaux de santé mentale pour enfants et adolescents. Il ressort des *focus groups* et des rapports annuels que **cela a mené à une dilution, voire à une disparition de la portée spécifique de l'*outreaching* médico-légal**, suite à l'incorporation dans une fonction plus générale visant tous les groupes cibles de ces réseaux. Certains For-K ont néanmoins poursuivi leurs activités d'*outreaching* et de suivi malgré l'interruption du financement, afin de ne pas compromettre le suivi de leurs patients.

L'importance des fonctions d'*outreaching* ressort des *focus groups*, mais aussi des rapports annuels et de la littérature ; il est nécessaire de rétablir cette fonction spécifique dans le cadre de la psychiatrie médico-légale, comme il était précédemment prévu, soit pour chaque hôpital disposant d'une UTI For-K, soit pour chaque réseau de soins de santé mentale pour enfants et adolescents. Un budget spécifique doit être prévu à cet effet. De façon générale, l'*outreaching* devrait être accessible à tous les organismes qui accueillent ou prennent en charge des jeunes sous statut judiciaire qui ont des problèmes psychiatriques.

10.4. Identification des problèmes psychiatriques

Une caractéristique des UTI For-K est que, selon les contrats actuels, elles sont uniquement destinées aux jeunes qui ont des problèmes psychiatriques (sévères) *ET* qui font l'objet d'une mesure judiciaire ordonnée par le tribunal de la jeunesse. Dans le parcours de ces jeunes, le juge de la jeunesse n'intervient qu'assez tard, lorsque le jeune est soupçonné d'un fait qualifié infraction ou lorsqu'une situation éducative problématique est détectée. Il lui appartient alors d'imposer des mesures appropriées sur les conseils du Service de Protection de la Jeunesse (SPJ). Parmi les mesures qui peuvent être imposées aux jeunes, figure notamment l'admission dans un service psychiatrique, dont font partie les UTI For-K.

Cependant, **une des difficultés pour le juge de la jeunesse et le SPJ est que ni l'un ni l'autre ne sont experts dans le diagnostic des problèmes psychiatriques** ; or ce diagnostic est un critère d'admission nécessaire pour les UTI For-K. Le juge de la jeunesse reste donc tributaire d'une évaluation par un pédopsychiatre.

Il n'est pas facile de diagnostiquer un problème psychiatrique (sévère) et les opinions à ce sujet peuvent diverger, comme en témoigne également la littérature [41, 56, 58]. Dans quelle mesure des troubles graves du comportement sont-ils un problème psychiatrique ? Pourquoi les troubles graves du comportement sont-ils parfois utilisés comme critère d'exclusion par certains For-K, et comme critères d'inclusion pour d'autres (p. ex. à l'unité For-K *Karibu* au CHJ Titeca (voir [16], p. 50)) ? Et qu'en est-il des problèmes d'addiction ?

Les rapports annuels ne précisent pas la manière dont le diagnostic psychiatrique est effectué par les UTI For-K, ni quels sont les instruments utilisés.

Le juge de la jeunesse ne dispose pas d'un panel d'experts et de conseillers pouvant produire pour lui des évaluations pédopsychiatriques dans des délais très courts. Lors des *focus groups* et des entretiens exploratoires, ils ont indiqué qu'il leur arrivait d'envisager une admission en For-K mais que celle-ci était souvent refusée pour cause d'absence de problèmes psychiatriques (sévères). La collaboration entre les juges de la jeunesse et les pédopsychiatres serait sous-optimale et se serait détériorée depuis la suppression de la fonction de liaison en 2016, lorsqu'elle a été transférée aux réseaux de santé mentale pour enfants et adolescents. Par ailleurs, du côté francophone, le travail sous mandat n'est pas toujours accepté par tous les acteurs du secteur de la santé mentale, ce qui complique encore la collaboration.

Il ressort des *focus groups* qu'il existe **une zone de tension entre, d'une part, les juges de la jeunesse qui ont souvent besoin d'une place (résidentielle) en urgence pour un jeune et, d'autre part, les psychiatres qui doivent juger si le jeune a besoin d'un traitement psychiatrique intensif**. Les psychiatres mettent en avant les besoins du jeune en matière de soins, tandis que les juges cherchent avant tout un lieu de résidence rapidement disponible. Résultat : les juges de la jeunesse s'adressent à diverses institutions (p. ex. IMP, GES+, For-K, etc.) et choisissent celle qui propose une place en premier. En outre, les juges de la jeunesse attribuent parfois au jeune une qualification fallacieuse qui lui donne de meilleures chances d'obtenir une place puisque de nombreuses unités de For-K admettent principalement des jeunes FQI (voir 5).

Les participants aux *focus groups* ont tenu à souligner que l'admission dans une UTI For-K est une mesure thérapeutique et ne peut être une mesure de placement.

Il est donc absolument nécessaire de **clarifier la marche à suivre pour obtenir une évaluation psychiatrique** : qui doit la mener ? Quand doit-elle être effectuée ? Comment, selon quels critères et avec quels instruments ? En pratique, on constate que l'évaluation psychiatrique est souvent effectuée par l'équipe de l'UTI, parfois avant l'admission, mais parfois aussi pendant les premières semaines d'hospitalisation. La manière dont se déroule cette évaluation peut dépendre de l'expérience du psychiatre qui l'effectue et peut également varier d'un cas à l'autre.

Certains participants aux *focus groups* ont suggéré que l'évaluation soit faite par un psychiatre qui n'a pas de lien avec une UTI For-K. Mais d'autres étaient d'avis que l'admission en For-K est une décision médicale qui ne peut être prise que sur la base d'une évaluation par le médecin responsable de l'unité. Pour certains, l'évaluation psychiatrique devrait se passer plus tôt dans le trajet du jeune. Le rôle du médecin généraliste dans une mise en observation a également été discuté.

En 2011, le CNEH [6] a également déclaré qu'il était « *nécessaire de développer des diagnostics et des indications (préalables) de manière rigoureuse et plus précise, et de filtrer correctement les admissions dans les trajets FOR-K ».*

Quoi qu'il en soit, une **plus grande transparence et une plus grande clarté quant à l'évaluation psychiatrique sont souhaitables, afin de pouvoir aider les juges de la jeunesse** à prendre des mesures adéquates. Le rôle des For-K et des autres instances qui effectuent des observations et évaluations psychiatriques devrait être clarifié. Par exemple, les réseaux de santé mentale pour enfants et adolescents ont également un programme « diagnostic et traitement ». De même, l'Aide à la jeunesse flamande comprend un *Ondersteuningscentrum jeugdzorg* (OCJ) , un *Onthaal-, observatie- en oriëntatiecentrum* (OOOC) et un *Observatie- en behandelcentrum* (OBC) qui fonctionnent comme des équipes multidisciplinaires reconnues par le gouvernement flamand pour évaluer les besoins de soins. En Wallonie et à Bruxelles, il existe des « services résidentiels d'observation et d'orientation » (SROO).

L'évaluation psychiatrique pourrait également être plus uniforme et objective. Les travaux de Tremmery et Danckaerts [59] qui définissent les différents éléments de l'évaluation psychiatrique médico-légale des délinquants pourraient servir ici de source d'inspiration. Selon ces travaux, une évaluation psychiatrique médico-légale comprend idéalement les éléments suivants (déjà approuvés par les psychiatres des unités For-K et des IPPJ, d'après les auteurs) :

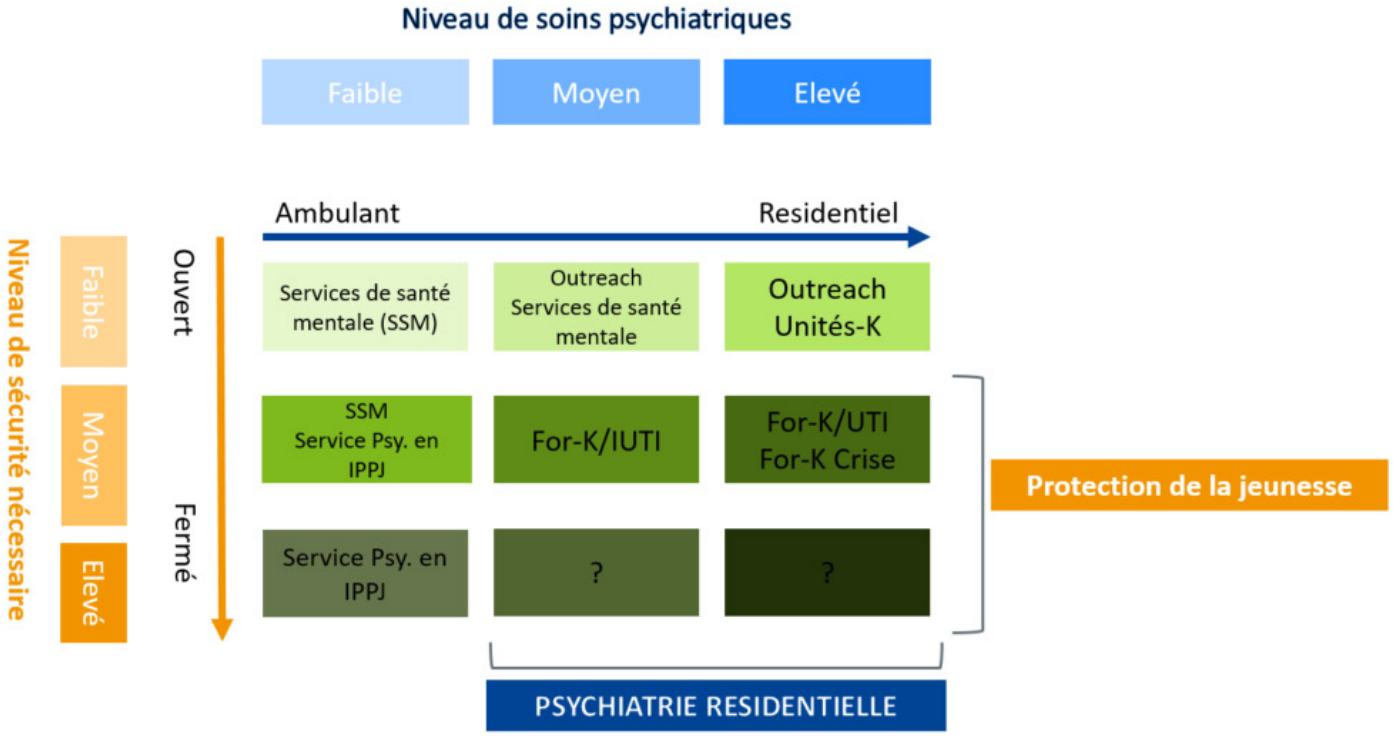
- Identification du problème: anamnèse spéciale, anamnèse psychiatrique générale
- Criminogenèse et antécédents juridiques
- Parcours (psychiatrique)
- Anamnèse du développement
- Anamnèse familiale
- Anamnèse somatique
- Anamnèse scolaire
- Examen d'observation psychiatrique
- Examen psychodiagnostique et pédagogique comprenant p. ex. une évaluation des capacités intellectuelles (test de QI), des échelles de développement, des tests de personnalité (MMPIA et PCL-R-V), des tests socio-émotionnels (CBCL, questionnaires sur la dépression, questionnaires sur les traumatismes, etc.) et un examen neuropsychologique (fonctions exécutives, etc.)
- Évaluation des risques (selon l'infraction, Savry ou J-SOAP D version III)
- Évaluation des soins et traitabilité, avec mise en œuvre de l'évaluation des risques (DUNDRUM 61[vw])

Cette évaluation **conduit à une éventuelle 'proposition d'objectifs de soins' basée sur une échelle de soins psychiatriques et sur une échelle des besoins sécuritaires pour la société**, comme on le voit dans la Figure 8 ci-dessous. Les jeunes qui présentent des besoins élevés en matière de soins psychiatriques combinés à des besoins élevés en matière de sécurité (vis à vis d'eux-mêmes ou d'autrui) rencontrent alors les critères d'inclusion pour une admission en UTI For-K.

v http://www.tara.tcd.ie/handle/2262/39131

w https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/JFP-11-2018-0043/full/html

Figure 8 – Échelle d'évaluation du niveau de soins psychiatrique en fonction du besoin sécuritaire du jeune[59]



Source : Adaptation de [59] – traduction libre

Le développement d'une procédure d'évaluation standardisée pourrait également se faire en collaboration avec le *Vlaams Kwaliteitscentrum Diagnostiek* (Centre flamand de qualité des diagnostics[x]), qui a déjà été impliqué dans l'élaboration de divers guidelines diagnostiques, et qui prévoit également de développer un guideline 'Diagnostic médico-légal (délinquance juvénile) / Orientation et évaluation des risques'[y].

Étant donné qu'une évaluation psychiatrique peut s'étendre sur plus d'une séance et nécessiter une période d'observation, une admission de courte durée en UTI For-K pour observation/diagnostic pourrait être considérée comme une mesure envisageable par le juge de la jeunesse. Cela se produit déjà en pratique, notamment dans la manière dont fonctionnent les UTI For-K, avec une période d'observation et de diagnostic avant l'élaboration d'un plan de traitement. Par exemple au CHJ Titeca, une UTI est destinée à la stabilisation du jeune (incluant le diagnostic et l'observation), et une seconde à un trajet de resocialisation.

10.5. Détermination du groupe cible

Après consultation des différents acteurs, nous avons observé qu'il n'y avait **pas de consensus sur le profil des jeunes devant être admis en UTI For-K**. Seulement les FQI ? Également les SEP ou les MEO ? Voire aussi les jeunes non judiciarisés? Dans les *focus groups*, chacun a présenté des arguments pour autoriser ou non l'admission d'un jeune. Par exemple, limiter l'accès aux UTI For-K aux jeunes FQI offre la possibilité de travailler davantage sur l'aspect criminogène, et permet de protéger les victimes de l'auteur des faits. D'autres estiment qu'il est discriminatoire de limiter les UTI For-K aux jeunes qui ont un statut judiciaire, par rapport aux jeunes non judiciarisés, pour lesquels il n'existe pas ou peu de possibilités de traitement intensif. Idem pour les jeunes avec un retard intellectuel. En ce qui concerne la mise en observation, bien qu'elle soit une mesure judiciaire, elle est plutôt considérée comme un problème psychiatrique aigu peu comparable à ceux des jeunes FQI ou SEP, mais d'un autre côté, l'UTI For-K offre l'infrastructure adéquate pour la prise en charge des MEO.

Sans définition claire du groupe cible, il est impossible de déterminer l'offre de soins nécessaire. Ces discussions ne sont pas nouvelles et plusieurs documents[z] font mention de la présente étude du KCE.

Sur la base des recherches menées dans le cadre de cette étude, **nous souhaitons formuler une proposition, avec toutes les réserves nécessaires.** Les opinions divergent quant au groupe cible, mais il est clair que les jeunes FQI et SEP qui ont des problèmes psychiatriques nécessitent une prise en charge intensive que le UTI For-K actuelles sont en mesure d'offrir. Nous proposons donc de **continuer à réserver les UTI For-K aux jeunes sous statut judiciaire (FQI et SEP) qui répondent à tous les critères suivants** :

a) Il existe une problématique psychiatrique grave / un besoin élevé de soins psychiatriques

b) La problématique psychiatrique est traitable et nécessite un séjour résidentiel d'un an maximum

c) La prise en charge du jeune requiert un environnement sûr/sécurisé

d) Le jeune a au moins 12 ans et pas plus de 17 ans au moment de l'admission.

e) Les critères a à d sont déterminés avant ou pendant une première admission en UTI For-K, de manière standardisée, par une équipe multidisciplinaire d'UTI For-K

x https://portaal.kwaliteitscentrumdiagnostiek.be/kerntaken/

y *Richtlijn Forensische Diagnostiek (jeugddelinquentie) / Oriëntatie & Risicotaxatie*: voir https://portaal.kwaliteitscentrumdiagnostiek.be/wp-content/uploads/2020/05/Kw aliteitscentrumvoorDiagnostiekJaarplan2020-VersieWebsite.pdf

z Notamment: Memorie van toelichting bij het ontwerp van decreet betreffende het jeugddelinquentierecht, *Parl. St*. Vl. Parl. 2017-2018, 1670/1, p. 12 https://www.vlaamsparlement.be/parlementaire-documenten/parlementaire-initiatieven/1271848; Vr. en Antw Vl. Parl. 2019- 2020, 23 december 2020 (Vr. nr. 812 L. Parys) en https://docs.vlaamsparlement.be/pfile?id=1597685 en https://docs.vlaamsparlement.be/pfile?id=1630110

f) Le mandant prend une décision concernant la demande d'envoi dans une unité For-K sur la base du rapport documenté de l'équipe multidisciplinaire.

Il devrait cependant être possible pour certaines UTI For-K de se spécialiser dans certains sous-groupes cibles. Il conviendra par ailleurs de se demander si les groupes mixtes (FQI et SEP) doivent être maintenus. Nous n'avons pas identifié d'arguments scientifiques pour ou contre cette mixité.

Cette délimitation des UTI For-K aux jeunes judiciarisés (FQI et SEP) n'empêche pas de poursuivre la réflexion sur la création d'unités de traitement intensif pour les adolescents non judiciarisés souffrant de graves problèmes psychiatriques.

Les UTI For-K devraient, à notre avis, être réservés au traitement intensif des adolescents qui répondent aux critères mentionnés ci-dessus et ne devraient pas être utilisés pour les soins de crise. En ce qui concerne les mises en observation, elles pourraient se faire en UTI For-K mais seulement après que le jeune ait été admis dans un lit de crise/lit flexible pour évaluer si une admission en UTI For-K est nécessaire. C'est pourquoi, toujours avec les réserves nécessaires, nous proposons que tous les hôpitaux hébergeant une UTI For-K disposent d'un certain nombre de places (sécurisées) pouvant être utilisées de façon flexible pour des admissions initiales à des fins de diagnostic, des situations de rechute, des *time-outs* en provenance d'autres institutions et des situations de crise. Le groupe cible et le nombre nécessaire de **lits flexibles** doivent encore faire l'objet d'une étude plus approfondie en dressant un état des lieux de toutes les demandes d'aide en cas de crise et de toutes les possibilités de prise en charge au sein des secteurs de la santé mentale et de l'Aide à la jeunesse.

10.6. Financement structurel

Dans les rapports annuels et lors des *focus groups*, il a été mentionné à plusieurs reprises que le **financement actuel des UTI For-K est insuffisant** pour couvrir les coûts réels et que, en raison du statut de projet pilote, certaines dépenses ne sont pas possibles, alors qu'elles le seraient avec un financement structurel via le BMF. Le caractère pilote empêche également les hôpitaux d'investir pour l'avenir, par exemple dans de nouvelles infrastructures. Toutes les personnes consultées sont convaincues qu'après 18 ans de financement pilote, **il est temps de passer à un financement structurel**. Les UTI For-K sont en effet devenus une partie intégrante du paysage des soins psychiatriques, de la justice et de l'Aide à la jeunesse.

Pour permettre un financement structurel via le BMF, un certain nombre de mesures doivent toutefois encore être prises. La plus importante est la création d'un (nouvel) index de lit avec une description fonctionnelle et des normes d'accréditation (il pourrait être possible d'étendre aux enfants l'index de lit existant IB 'service de traitement intensif de patients adultes souffrant de troubles graves du comportement et d'agressivité psychiatrique', comme ce fut le cas lors de la création du préfixe IB en 1964[aa]). Les normes d'accréditation, notamment le nombre et le type et les qualifications du personnel nécessaire, devraient être précisées et élaborées par les acteurs des UTI For-K. Ensuite, une analyse économique des coûts du traitement en UTI For-K devrait être effectuée, afin de pouvoir calculer le montant à ajouter au BMF des hôpitaux hébergeant une UTI For-K. Enfin, les autorités compétentes devront estimer le nombre d'UTI et de lits For-K nécessaires (programmation).

En ce qui concerne les lits de crise, la conversion du financement pilote actuel en financement structurel nécessitera dans un premier temps de clarifier dans quelle mesure ces lits de crise doivent être à intégrés dans

[aa] http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/loi_a1.pl?language=fr&la=F&cn=1964102301&table_name=loi&&caller=list&F&fromtab=loi&tri=dd+AS+RANK&rech=1&numero=1&sql=(text+contains+(%27%27))#LNK0001 annexe 21

l'ensemble des lits de crise / réseaux / *crisismeldpunten* des réseaux de santé mentale pour enfants et adolescents et de l'Aide à la jeunesse.

En ce qui concerne les budgets des fonctions spéciales décrites dans les contrats For-K actuels, comme les habitations protégées au CHJ Titeca (Bruxelles) et l'unité SGA du ZNA à Anvers, des décisions distinctes doivent être prises quant à leur maintien et à leur financement.

Lorsque le financement structurel sera décidé, il sera important de définir avec précision le groupe cible des UTI For-K et les bases légales et judiciaires qui seront utilisées pour justifier une admission.

10.7. Adaptation du cadre juridique

Les dispositions présentes dans les législations des différentes entités fédérées relatives à l'Aide et à la protection de la jeunesse, qui pourraient éventuellement servir de base juridique au placement d'un jeune en UTI For-K, ne sont pas toujours conformes aux conditions actuelles de placement telles que déterminées par les contrats For-K. Cela s'explique notamment par le fait que la possibilité de placer un mineur en UTI For-K n'est pas explicitement mentionnée dans la législation des communautés – à l'exception du décret flamand du 15 février 2019 sur la délinquance juvénile. Il n'existe en effet qu'une unique disposition permettant le placement dans un service psychiatrique en général, sans prévoir de modalités spécifiques selon qu'il s'agit d'un service K, d'un service For-K ou d'une autre unité psychiatrique. En outre, il n'y a pas d'uniformité entre les dispositions des différentes entités fédérées (p. ex. la compétence du psychiatre qui doit délivrer le rapport médical, l'ancienneté du certificat, etc.). La possibilité de placer un mineur dans une UTI For-K devrait être explicitement mentionnée dans les législations des différentes entités fédérées. Le groupe cible, les modalités et les conditions de placement (durée, limite d'âge, compétence du psychiatre qui fait le rapport médical, modalités du rapport, etc.) doivent être clairement définis et alignés entre eux. Et il est également nécessaire que les dispositions législatives des entités fédérées soient harmonisées afin de garantir que les jeunes des différentes régions du pays aient un même accès aux soins For-K.

La législation concernant l'Aide à la jeunesse et la délinquance juvénile a beaucoup évolué ces dernières années dans les entités fédérées ; on remarque en particulier une distinction plus stricte entre les jeunes FQI et les jeunes SEP. En Fédération Wallonie-Bruxelles, depuis l'introduction du code Madrane, les jeunes FQI ne peuvent plus être placés dans une IPPJ s'ils souffrent d'un déficit intellectuel ou d'un trouble psychiatrique ; par conséquent, il est possible que le nombre de jeunes en IPPJ diminue et que la demande de soins dans les institutions psychiatriques ou pour handicapés augmente. S'il existe plusieurs motifs juridiques possibles pour placer un jeune dans une UTI For-K (p. ex. via la loi relative à la protection de la personne des malades mentaux ou via le placement pour cause de FQI ou SEP), il faut déterminer la relation entre ces motifs juridiques (quelle règle prévaut, quelle règle est suspendue, etc.). Au moment de la rédaction du présent rapport, la loi relative à la protection de la personne des malades mentaux est en cours de révision. Le gouvernement flamand travaille également à l'amélioration de la situation juridique des mineurs en UTI For-K, afin que leurs droits deviennent concrets et applicables[bb]. Il conviendrait également de prêter attention au statut juridique et à la responsabilité des psychiatres traitants des UTI For-K et où leurs positions par rapport aux juges de la jeunesse.

Après ces discussions, les législations en vigueur pourraient être adaptées et mises en conformité les unes avec les autres.

[bb] Décret du 7 mai 2004 relatif au statut du mineur dans l'aide intégrale à la jeunesse et dans le cadre du décret sur le droit en matière de délinquance juvénile, *M.B.* 4 octobre 2004

10.8. Mise en place d'un système d'évaluation

Bien que les UTI For-K soient généralement considérées comme très utiles**, on déplore actuellement un manque de données sur l'efficacité de leurs prises en charge**. En outre, il est actuellement impossible de suivre le parcours d'un jeune à partir des données disponibles dans les différents secteurs. Les discussions sur l'utilité et la nécessité des UTI For-K seraient facilitées si les autorités et les organismes concernés pouvaient disposer d'un ensemble de résultats souhaités (à court et à long terme), ainsi que la mesure dans laquelle ceux-ci ont été atteints.

Il ressort des *focus groups* que le personnel des For-K lui-même ne dispose pas de critères clairs pour indiquer quand un traitement est considéré comme réussi. Souvent, ils disent observer un effet positif… qui s'annule après la sortie parce que le jeune se retrouve dans un cadre inapproprié sans plus aucun suivi (*outreaching*). Par ailleurs, les objectifs et les résultats poursuivis peuvent varier en fonction du type de jeunes hébergés. Il est donc recommandé que le personnel des UTI For-K soit impliqué dans la mise en place d'un système d'évaluation des soins. Mais il est également important que tous les organismes d'aide (Aide à la jeunesse, soins de santé mentale, IPPJ) puissent apporter leur contribution et être impliqués dans le développement de ce système d'évaluation, étant donné que le parcours du jeune pris dans son entièreté (et donc des trajets avant et après le séjour en UTI For-K) influence l'efficacité du traitement. Enfin, les jeunes eux-mêmes devraient aussi pouvoir apporter leur éclairage sur ce qu'ils considèrent comme des résultats importants.

10.9. Recherches ultérieures

Ce projet a mis en évidence la complexité de la prise en charge des jeunes sous statut judiciaire qui ont des problèmes psychiatriques. De nombreuses questions restent encore sans réponse et il est donc souhaitable d'investir massivement dans la recherche. Quelques exemples :

- L'impact des soins dispensés au sein des UTI For-K, y compris celui des différentes activités et les coûts qui y sont associés ;
- Les effectifs idéaux / nécessaires en personnel (type de prestataires, nombre) pour une UTI For-K ;
- La taille idéale (minimum, maximum) d'un groupe de patients par UTI For-K ;
- Le degré de spécialisation requis et souhaité des UTI For-K en fonction des sous-groupes cibles ;
- Le vécu des jeunes qui sont/ont été admis en UTI For-K ;
- La manière dont les jeunes peuvent être impliqués dans la détermination de leur trajectoire de soins ;
- La manière dont les lits de crise For-K peuvent être intégrés dans le programme de soins de crise des réseaux de santé mentale pour enfants et adolescents et dans les réseaux de l'Aide à la jeunesse
- L'offre de soins nécessaire pour les mises en observation de jeunes et la manière de l'organiser
- Les effets d'un signalement et d'une intervention précoces dans le parcours du jeune, et la mesure dans laquelle cela permet d'éviter une admission dans un service For-K
- Les offres de soins nécessaires pour les jeunes qui ne répondent pas aux critères d'inclusion des For-K ou d'autres organismes de soins et qui ne trouvent pas, à l'heure actuelle, de réponses à leurs besoins dans l'offre existante.
- Le vécu quotidien du personnel des UTI For K et les moyens de les soutenir afin de diminuer les risques pour le personnel et le turnover.

11. CONCLUSIONS

La question initiale « de combien de lits For-K avons-nous besoin ? » ne peut recevoir de réponse univoque. L'offre actuelle répond à un besoin évident et les lits des UTI For-K sont utilisés à leur capacité maximale. Cependant, on ne sait pas combien de jeunes ont besoin ou pourraient bénéficier d'une admission en UTI For-K ou en lits For-K de crise. Il est donc nécessaire de mener des recherches beaucoup plus approfondies sur les alternatives disponibles dans le domaine de l'Aide à la jeunesse et sur leur efficacité mais aussi sur le nombre de jeunes qui répondent aux critères d'admission des For-K et sur le nombre de ceux qui ne peuvent y être placés.

Toutefois, nos recherches montrent qu'il n'y a **pas de consensus** sur la définition du groupe cible visé et que les différentes UTI For-K utilisent des critères d'inclusion et d'exclusion qui leur sont propres. La discussion sur ce point semble exister depuis la création des UTI For-K en 2003 et n'est toujours pas résolue.

Néanmoins, nous arrivons à la conclusion que **l'offre actuelle des UTI For-K peut être maintenue** et pourrait même être étendue, avec des places supplémentaires notamment dans les zones géographiques des réseaux de santé mentale pour enfants et adolescents où il n'y a pas de d'UTI For-K actuellement.

Nous concluons également que la méthode actuelle de financement des projets pilotes ne couvre pas suffisamment les coûts réels et présente plusieurs inconvénients, en comparaison avec un financement via le BMF. Nous pensons donc que le moment est venu d'allouer un financement structurel aux UTI For-K. Si les autorités décident de lever le caractère pilote de ces unités et de les inclure structurellement dans le BMF des hôpitaux psychiatriques, **leur financement devrait être considérablement revu à la hausse** pour permettre de couvrir leurs coûts réels.

Sur la base de nos recherches, nous ne pouvons pas nous prononcer sur les besoins en lits de crise pour les jeunes sous statut judiciaire, ni sur l'organisation souhaitable de ces lits.

Cette étude porte sur la demande et l'offre de soins pour les jeunes sous statut judiciaire qui présentent des problèmes psychiatriques sévères. Nous sommes conscients qu'il existe d'autres groupes cibles pour lesquels l'offre de soins est peut-être insuffisante et qui devraient également faire l'objet d'études plus poussées.

Enfin, nous voudrions souligner que, tout au long de cette étude, nous avons eu l'occasion de rencontrer de nombreuses personnes dont nous avons apprécié l'expertise, l'enthousiasme et l'engagement pour une prise en charge optimale des jeunes et de leurs proches. Cela constitue une excellente base pour l'avenir.

RECOMMANDATIONS[cc]

En lisant les recommandations ci-dessous, il est nécessaire de garder à l'esprit qu'une utilisation optimale des services For-K ne peut être atteinte que si ***l'ensemble de l'offre au niveau de l'aide à la jeunesse, des soins de santé mentale et de la justice fonctionne de manière efficace.*** *Ce qui nécessite des* ***investissements substantiels*** *de la part des autorités compétentes, afin de combler les lacunes actuelles et de stimuler les initiatives d'amélioration en cours.*

A la conférence interministérielle Santé publique, aux ministres compétents en matière de santé publique, au SPF Santé publique, au conseil fédéral des établissements hospitaliers, aux directeurs médicaux et financiers des hôpitaux hébergeant un service For-K, aux médecins responsables de service des UTI For-K

1. **Convertir le financement pilote des unités de traitement intensif (UTI) For-K, lits de rechutes inclus, en un financement structurel au sein du BMF des hôpitaux psychiatriques concernés. À cette fin, la conférence interministérielle devra établir un protocole d'accord, après quoi la programmation, l'agrément et le financement seront élaborés.**
2. **Afin de rendre cette conversion possible, créer un index/type de lit spécifique. Cet index nécessite la spécification et l'élaboration de normes d'agrément en concertation avec le personnel des UTI For-K, notamment en ce qui concerne le niveau de sécurité requis, le nombre, le type et les qualifications du personnel pour la délivrance de soins appropriés…**
3. **Le groupe cible des UTI For-K doit également être spécifié.**
4. **Procéder à une analyse médico-économique des coûts exacts d'un séjour et d'une prise en charge en UTI For-K afin de calculer le montant dont le BMF devra être augmenté pour les hôpitaux avec une UTI For-K. Analyser les coûts non couverts par le BMF qui devraient être couverts par la nomenclature.**
5. **Adapter la législation sur le financement des hôpitaux au sein des Communautés/Régions afin d'inclure le financement d'infrastructures sécurisées/sécurisantes pour les UTI For-K.**

[cc] Le KCE reste seul responsable des recommandations.

A la conférence interministérielle Santé publique, aux ministres compétents en matière de santé publique, au SPF Santé publique, au conseil fédéral des établissements hospitaliers, aux directeurs médicaux et financiers des hôpitaux hébergeant un service For-K

6. **Lors de la conversion du financement pilote des UTI For-K en financement structurel, conserver toutes les UTI For-K actuelles telles que décrites dans les contrats For-K, ainsi que tous les lits actuellement présents dans les UTI, à deux exceptions près, décrites ci-dessous.**
7. **Le projet d'initiative d'habitation protégée du contrat pilote For-K avec le CHJ Titeca ne relève pas de la juridiction fédérale et devra être transféré à la COCOM.**
8. **Le projet d'unité SGA du contrat pilote For-K avec le ZNA n'est pas destiné aux jeunes judiciarisés et ne doit donc pas être repris dans l'offre des UTI For-K.**
9. **Pour ces deux exceptions, le financement pilote pourra être conservé jusqu'à ce qu'une autre forme de financement structurel soit trouvée.**

Au ministre fédéral de la Santé, au SPF Santé publique, aux réseaux de santé mentale pour enfants et adolescents

10. **En plus de la conservation de toutes les UTI For-K et lits UTI actuels, augmenter le nombre d'UTI For-K selon les besoins, afin que chaque réseau de santé mentale pour enfants et adolescents ait facilement accès à des lits UTI For-K, que la répartition géographique de ces lits soit optimalisée et que la présence d'un For-K au sein de chaque réseau soit assurée.**

Au ministre fédéral de la Santé et de la Justice, aux ministres des entités fédérées en charge de la santé et de l'aide à la jeunesse, au SPF Santé publique, aux médecins responsables de service des UTI For-K, aux juges de la jeunesse, aux services de protection de la jeunesse, aux réseaux de santé mentale pour enfants et adolescents

11. **Harmoniser les critères d'admission. Les unités de traitement intensif (UTI) For-K sont des unités de psychiatrie médico-légale et ne devraient donc admettre que les jeunes judiciarisés (FQI/SEP) répondant à tous les critères suivants :**
    a. **Présence de troubles psychiatriques sévères et/ou besoin élevé de soins psychiatriques ;**

b. **Problème psychiatrique traitable dans le cadre d'un séjour psychiatrique résidentiel d'une durée maximale d'un an ;**

c. **Traitement nécessitant un environnement sécurisé (vis-à-vis d'eux-mêmes et/ou vis-à-vis des autres);**

d. **Âge de 12 ans minimum et de 17 ans maximum au moment de la première admission;**

e. **Objectivation des critères a à d avant ou durant la période d'admission initiale en UTI For-K, par une équipe multidisciplinaire de l'UTI For-K, et ce de manière standardisée;**

f. **Le mandant prend une décision concernant la demande d'envoi dans une unité For-K sur la base du rapport documenté de l'équipe multidisciplinaire.**

Au ministre fédéral de la Santé et de la Justice, aux ministres des entités fédérées en charge de la santé et de l'aide à la jeunesse, au SPF Santé publique, aux médecins responsables de service des UTI For-K, aux juges de la jeunesse, aux services de protection judiciaire, aux réseaux de santé mentale pour enfants et adolescents

12. **Appliquer les critères d'inclusion mentionnés au point 11/ à toutes les UTI For-K sans exception. Des critères d'inclusion supplémentaires peuvent toutefois être formulés par les UTI elles-mêmes, soit afin de cibler un groupe cible spécifique (p. ex. auteurs ou victimes de comportement sexuellement transgressif), soit pour spécifier des exigences liées à la prise en charge (p. ex. accueillir uniquement des filles, permettre une bonne cohésion au sein du groupe existant ou exiger un minimum de capacités intellectuelles).**

13. **Déterminer les spécialisations/différenciations souhaitables pour certaines UTI For-K, ainsi que leur éventuelle vocation (supra)régionale et leur répartition sur le territoire..**

Au ministre fédéral de la Santé et de la Justice, aux ministres des entités fédérées en charge de la santé et de l'aide à la jeunesse, au SPF Santé publique, aux juges de la jeunesse

14. **Réserver les UTI For-K au traitement intensif et aux situations de rechutes des jeunes qui répondent aux critères énoncés au point 11/. Ces structures ne devraient de préférence pas être utilisées pour des soins de crise ou comme lieu d'admission initiale des mises en observation.**

Au ministre fédéral de la Santé, au SPF Santé publique, aux médecins responsables de service des UTI For-K, aux réseaux de santé mentale pour enfants et adolescents

15. **Prévoir dans tous les hôpitaux disposant d'une UTI For-K un certain nombre de lits supplémentaires (sécurisés) pouvant être utilisés de manière flexible pour les périodes d'admission initiale (diagnostic/évaluation), les time-outs provenant d'autres institutions, les mises en observation et les situations de crise. Dans un premier temps, les lits For-K de crise pourraient remplir ce rôle.**
16. **Maintenir le financement des lits For-K de crise tel qu'actuellement (par le projet pilote For-K) jusqu'à ce qu'une étude plus approfondie permettre de déterminer s'il est souhaitable/possible de les intégrer dans le programme de soins de crise des réseaux de santé mentale pour enfants et adolescents et les réseaux de crise de l'Aide à la jeunesse, et en prévision de la révision, actuellement en cours, de la loi / politique concernant les mises en observation.**

Aux autorités législatives des entités fédérées

17. **Mentionner explicitement dans les législations des entités fédérées la possibilité de placer un mineur en UTI For-K. Le groupe cible et les modalités du placement (durée, expertises de l'équipe multidisciplinaire qui évalue les critères d'admission, modalités du rapport,...) doivent être clairement définis. Aligner les législations des entités fédérées afin de garantir à tous les jeunes un accès équitable aux UTI For-K.**

Au ministre fédéral de la Santé, aux ministres des entités fédérées en charge de la santé et de l'aide à la jeunesse, au SPF Santé publique, aux réseaux de santé mentale pour enfants et adolescents

18. **Inscrire les UTI For-K dans une offre globale comprenant les offres ambulatoires et résidentielles du secteur des soins psychiatriques médico-légaux pour enfants et adolescents et de l'Aide à la jeunesse. Cette offre globale sera développée par les réseaux de santé mentale pour enfants et adolescents et une attention particulière y sera consacrée à la gestion des situations de crise, à la prévention et aux prises en charge précoces.**

Au ministre fédéral de la Santé, au SPF Santé publique, aux réseaux de santé mentale pour enfants et adolescents

19. **Mettre en place dans chaque réseau de soins de santé mentale pour enfants et adolescents un module d'outreaching spécifique à la psychiatrie médico-légale. Les contrats des réseaux avec le SPF Santé publique devront explicitement mentionner ce module et lui prévoir un financement spécifique.**
20. **Le personnel travaillant dans ce module devra détenir une expertise suffisante en matière de psychiatrie médico-légale et devra collaborer étroitement avec les UTI For-K de leur zone géographique.**

Au ministre fédéral de la Santé et de la Justice, aux ministres des entités fédérées en charge de la santé, de l'aide à la jeunesse et de la justice, au SPF Santé publique, aux réseaux de santé mentale pour enfants et adolescents

21. **Communiquer de manière plus large et mieux coordonnée sur la nature, l'étendue et la disponibilité des soins dans les secteurs de l'aide à la jeunesse, de la santé mentale et de la justice, envers les différents acteurs des secteurs respectifs.**

Au ministre fédéral de la Santé et de la Justice, aux ministres des entités fédérées en charge de l'aide à la jeunesse et de la justice, au SPF Santé publique, aux réseaux de santé mentale pour enfants et adolescents, aux responsables des UTI For-K, aux juges de la jeunesse

22. **Enregistrer les données afin d'offrir un aperçu des besoins dans les secteurs des soins de santé mentale, de l'aide à la jeunesse et de la justice :**
    - **Enregistrer de manière standardisée dans toutes les UTI For-K le nombre de demandes d'admissions, le nombre de jeunes admis, les durées de séjour et leur destination après leur sortie ;**
    - **Soumettre les demandes d'admissions, les admissions réalisées et les durées de séjour dans les UTI For-K à un monitoring adéquat du SPF Santé publique, de manière à ce que les autorités compétentes puissent ajuster l'offre d'UTI et de lits For-K.**
    - **Dans le cadre de l'obligation générale de motivation, indiquer, dans les jugements des juges de la jeunesse et les décisions des directeurs de la protection de la**

jeunesse, la nature des mesures envisagées envers un mineur FQI ou SEP et l'option choisie. Si cette option n'a pas été retenue, en indiquer également les raisons

- Créer (ou optimiser) des systèmes d'enregistrement globaux permettant de connaître à tout moment le nombre, la disponibilité et la spécificité des offres de soins. Ce système devra permettre un suivi longitudinal des besoins et demandes de soins, des listes d'attente, de l'utilisation des soins et de leurs résultats, et ce pour la trajectoire de soins de chaque jeune. Ces systèmes d'enregistrement doivent être déployés au sein des secteurs des soins de santé mentale, de l'aide à la jeunesse et de la justice et le couplage des données des différents secteurs doit être possible au niveau individuel. Bien entendu, les droits d'accès à ces données devront être strictement réglementés de même que l'interopérationnalité entre elles, dans le respect absolu de la vie privée des jeunes et du secret professionnel. La manière dont les données pourront être utilisées (de façon pseudonymisée) à des fins de gestion publique et de recherche devra également être établie.

23. Mener des recherches supplémentaires sur :

- L'impact des prises en charge dispensées au sein des UTI For-K, y compris celui des différentes activités, et les coûts qui y sont associés ;
- Les besoins idéaux et nécessaires en personnel (type de prestataires, nombre) pour une UTI For-K ;
- La taille idéale (minimale / maximale) d'un groupe de jeunes par UTI For-K ;
- Le degré de spécialisation requis et souhaitable des UTI For-K en fonction des sous-groupes cibles ;
- Le vécu des jeunes qui sont/ont été admis en UTI For-K ;
- La façon dont les jeunes peuvent être impliqués dans la détermination de leur trajet de soins.
- La manière dont les lits de crise For-K peuvent être intégrés dans le programme de soins de crise des réseaux de santé mentale pour enfants et adolescents et dans les réseaux de l'Aide à la jeunesse ;
- L'offre de soins nécessaire pour les mises en observation de jeunes et la manière de les organiser ;

- **Les effets d'une détection et d'une intervention précoces dans le parcours du jeune, et la mesure dans laquelle cela permet d'éviter une admission dans une UTI For-K**
- **L'offre de soins nécessaire pour les jeunes qui ne répondent pas aux critères d'inclusion des UTI For-K ou des autres organismes d'aide et de soins, et qui ne trouvent pas de réponses à leurs besoins dans l'offre actuelle.**
- **Le vécu quotidien du personnel des UTI For K et les moyens de les soutenir afin de diminuer les risques pour le personnel et le turnover.**

RÉFÉRENCES

1. de Decker A, Deweerdt K, Nachtergael H, Van der Straete I, Verstraeten K, Bijttebier P, et al. Projet-pilote: l'offre d'un traitement clinique intensif aux adolescents délinquants présentant un trouble psychiatrique. Rapport de l'équipe de recherche. Leuven: UZ Leuven/ KU Leuven/ UCL; 2004.
2. Decoene S, de Decker A, Lambrechts G, Lelièvre V, Van der Straete I, Bijttebier P, et al. Pilootproject: het aanbod van een intensieve klinische behandeling voor delinquente jongeren met een psychiatrische problematiek. Rapport onderzoeksequipe. Leuven: UZ Leuven/ KU Leuven; 2005.
3. Decoene S, Sebrechts E, Rom M, Bijttebier P, Danckaerts M, Grietens H, et al. Pilootproject: het aanbod van een intensieve klinische behandeling voor delinquente jongeren met een psychiatrische problematiek. Jaarverslag onderzoeksequipe 2006. Leuven: UZ Leuven /KU Leuven; 2006.
4. Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen. Advies inzake het ontwerp van samenwerkingsakkoord met betrekking tot jongeren met een psychiatrische problematiek die een delict hebben gepleegd. Brussel; 2006.
5. Cour des comptes. La politique de placement des jeunes dans les institutions publiques de protection de la jeunesse. Bruxelles; 2020.
6. Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen. Advies m.b.t. de uitbouw van een GGZ-programma voor kinderen en jongeren Brussel; 2011.
7. Cappon L. Minderjarigen met een psychiatrische problematiek op de jeugdrechtbank: Genomen maatregelen.: U-Gent; 2015.
8. Colins O, Vermeiren R, Vreugdenhil C, van den Brink W, Doreleijers T, Broekaert E. Psychiatric Disorders in Detained Male Adolescents: A Systematic Literature Review. The Canadian Journal of Psychiatry. 2010;55(4):255-63.

9. Fazel S, Doll H, Långström N. Mental disorders among adolescents in juvenile detention and correctional facilities: a systematic review and metaregression analysis of 25 surveys. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2008;47(9):1010-9.
10. Granski M, Javdani S, Anderson VR, Caires R. A Meta-Analysis of Program Characteristics for Youth with Disruptive Behavior Problems: The Moderating Role of Program Format and Youth Gender. American Journal of Community Psychology. 2020;65(1-2):201-22.
11. Borschmann R, Janca E, Carter A, Willoughby M, Hughes N, Snow K, et al. The health of adolescents in detention: a global scoping review. The Lancet Public Health. 2020;5(2):e114-e26.
12. Beaudry G, Yu R, Långström N, Fazel FS. An Updated Systematic Review and Meta-regression Analysis: Mental Disorders Among Adolescents in Juvenile Detention and Correctional Facilities. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2020.
13. Livanou M, Furtado V, Winsper C, Silvester A, Singh SP. Prevalence of Mental Disorders and Symptoms Among Incarcerated Youth: A Meta-Analysis of 30 Studies. International Journal of Forensic Mental Health. 2019;18(4):400-14.
14. Colins O, Vermeiren R, Schuyten G, Broekaert E. Psychiatric Disorders in Property, Violent, and Versatile Offending Detained Male Adolescents. American Journal of Orthopsychiatry. 2009;79(1):31-8.
15. Devlieger E, Verschuere B. Jeugddelinquentie en psychische klachten. Een studie met de herziene Massachusetts Youth Screening Instrument (MAYSI-2) bij Vlaamse delinquente jongens. Psychologie en Gezondheid. 2010;38(3):138-42.
16. Hoffmann E, Jadot D, Hoffman D, Van Audenaege J, Grajek G, Joiret E, et al. Psychiatric problems and juvenile delinquency: scientific links support calls for innovative management, Belgium. In: Mental health resources for young offenders. European comparative analysis and transfer of knowledge. Brussels: International Juvenile Justice Observatory (IJJO); 2011.
17. Goedseels E, Ravier I. Recente ontwikkelingen in het Belgische jeugdrecht. Justice et sécurité – Justitie en veiligheid. 2020;15.
18. Vandenbroeck P, Dechenne R, Becher K, Van den Heede K, Eyssen M, Geeraerts G, et al. The organisation of mental health services for children and adolescents in Belgium: development of a policy scenario. Brussel: KCE; 2012.
19. Cour des comptes. L'hébergement des jeunes dans le cadre de l'aide à la jeunesse. Communauté française. Bruxelles; 2016.
20. Rekenhof. Crisisjeugdhulp. Analyse van niet-beantwoorde hulpvragen. Verslag van het Rekenhof aan het Vlaams Parlement. Brussel; 2018.
21. Kinderrechtencommissariaat. Jaarverslag 19-20. Laat kinderrechten nooit meer in lockdown gaan. Vlaams Parlement; 2020.
22. Gilbert E, Mahieu V, Goedseels E, Ravier I. Onderzoek naar de beslissingen van jeugdrechters/jeugdrechtbanken in MOF-zaken. Brussel: Nationaal Instituut voor Criminalistiek en Criminologie; 2012.
23. Decoene S, Danckaerts M, Vandevelde S, Vanderplasschen W. Geblokkeerde ontwikkelingstrajecten bij jongeren. Beheersen, interveniëren, voorkomen. Jongerenwelzijn; 2018.
24. Minotte P, Donnay JY. Les situations « complexes ». État des lieux et pistes de travail concernant la prise en charge des adolescents présentant des problématiques psychologiques et comportementales sévères. Institut Wallon pour la Santé Mentale; 2010.
25. Moriau J. L'impossible prise en charge des jeunes à la limite de l'aide à la jeunesse et de la psychiatrie. Journal du droit des jeunes. 2004;233:17.

26. Minotte P. Les situations "complexes" : Etat des lieux et pistes de travail concernant la prise en charge des adolescents présentant des problématiques psychologiques et comportementales sévères. Confluences. 2011;26(Juin):18-20.
27. Debruyne C. Meer continuïteit nodig in zorg voor kwetsbare jongeren. Zorgwijzer. 2018;85.
28. Van Boxstael J. 'Ik kan niet aanvaarden dat kinderen opgroeien in mensonwaardige omstandigheden'. Sociaal.Net. 2020(10/11/20).
29. Bogaerts N. Jongeren met een complexe problematiek moeten te lang wachten op de juiste hulp. Sociaal.Net. 2021.
30. Ackaert L, Cnudde H, Schoevaerts I, Van Rumst S, Vrijens C. Gewoon complex. Jongeren met complexe problematieken en hun ouders en professionals aan het woord. Brussel: Kinderrechtencommissariaat; 2021.
31. Kinderrechtencommissariaat. Jaarverslag 18-19. Kinderen willen écht gehoord worden. Vlaams Parlement; 2019.
32. Cardon M. Des paroles de jeunes placés en I.P.P.J. aux questionnements des professionnels Bruxelles: Université Libre de Bruxelles; 2013.
33. Van den Steene H. Joining perspectives on collaborative care between child and adolescent psychiatry and child welfare to address multiple and complex needs in adolescent girls: a participatory action research. University of Antwerp; 2019.
34. Herz DC. Understanding the Use of Mental Health Placements by the Juvenile Justice System. Journal of Emotional and Behavioral Disorders. 2001;9(3):172-81.
35. Breda CS. Offender Ethnicity and Mental Health Service Referrals from Juvenile Courts. Criminal Justice and Behavior. 2003;30(6):644-67.
36. Vlaamse Vereniging Kinderpsychiaters. De zorgjongeren van de gemeenschapsinstellingen: Over oneigenlijke plaatsingen en kinder- en jeugdpsychiatrie. Knack. 2010.
37. Coene R. De rechtspositie van jongeren in de forensische psychiatrie. Gent: UGent; 2017.
38. Lernout E. Het beslissingsproces en de kennisbasis van Vlaamse jeugdrechters: tussen beslissen en berusten. UGent; 2018.
39. Jongerenwelzijn. Evaluatierapport betreffende het centraal aanmeldpunt voor plaatsing in de gemeenschapsinstellingen en het gesloten federaal centrum De Grubbe. 2013.
40. Roevens E, Op de Beeck L, Pleysier S, Put J, Van Regenmortel T, Hermans K, et al. Evaluatie van het decreet van 12 juli 2013 betreffende de integrale jeugdhulp. Leuven: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin; 2020.
41. Taylor A, Leys M. Jongeren met een complexe gedragsproblematiek in Nederlandstalige voorzieningen in Brussel en West-Vlaams-Brabant.: VUB; 2013.
42. Joachim M. Collaborations intersectorielles : Carences, tensions et malentendus. BIS bruxelles informations sociales. 2012(166/167):20-41.
43. Staten-Generaal van de Geestelijke Gezondheidszorg - Werkgroep Wachttijden. Wachten op psychische hulp. De lengte en beleving van wachttijden in de Vlaamse geestelijke gezondheidszorg. 2020.
44. Fleurent L. La déjudiciarisation de l'Aide à la jeunesse en opposition à sa médicalisation : la médicalisation et la déjudiciarisation de l'Aide à la jeunesse sont-elles au service des besoins de l'enfant?". Université catholique de Louvain; 2019.
45. Federale overheidsdienst volksgezondheid veiligheid van de voedselketen en leefmilieu. Gids naar een nieuw geestelijk gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren. 2015.

46. Segers J. Nouveau code de l'aide à la jeunesse : Priorité donnée à la prévention. Flash Accueil. 2019;37:29-30.

47. Dormont T. « Ton visage me plaît pas et c'est quoi le problème ?! » Usage du projet éducatif individualisé dans l'aide à la jeunesse et problématisation de la relation : Quels enjeux pour l'aide spécialisée ? Ecrire le social. 2019;1:15.

48. Decruynaere F. Wet op gedwongen opname klaar voor actualisering. Vermaatschappelijking en herstelvisie leggen nieuwe klemtonen. Zorgwijzer. 2019.

49. Keersmaekers M. Competenties van jongeren in forensische jeugdpsychiatrie versterken en bekrachtigen. Verbetervoorstellen voor Karus op basis van vergelijkend onderzoek. Leuven: UC Leuven Limburg Moving Minds; 2019.

50. Van Damme L, Colins O, Vanderplasschen W. Vervulling van basisbehoeften bij meisjes voor en na een verblijf in een gemeenschapsinstelling. Welzijn. 2020;31(1):29-33.

51. Cappon L, Vander Laenen F. Gehoord worden is nog geen inspraak: perspectieven van minderjarigen en ouders op de beslissingen genomen door de jeugdrechter. Tijdschrift Jeugd- en Kinderrechten. 2015.

52. Hoge Gezondheidsraad. Participatie van kinderen en jongeren binnen het domein van de Geestelijke Gezondheidszorg. Brussel; 2019.

53. Neyens M. Contouren van een cliëntenforum in de jeugdhulp. Brussel: Cachet; 2019.

54. Comité pour la nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents (COMSMEA). Memorandum COMSMEA-COMGGKJ. 2019.

55. Vandeurzen J. Contouren voor een doeltreffende zorg voor jongeren met een complexe meervoudige problematiek samenwerking tussen jeugdhulpvoorzieningen, gespecialiseerde GGZ en jeugdmagistraten. 2014.

56. Hoge Gezondheidsraad. Kinderen en jongeren: gedragsstoornissen in context. Brussel; 2011.

57. Adriaenssens P, Danckaerts M. Ping pong over kinderpsychiatrie en jeugdzorg. Blog VVK. 2015.

58. Hoge Gezondheidsraad. Klinische orthopedagogiek in België Brussel: Hoge Gezondheidsraad; 2017.

59. Tremmery S, Danckaerts M. Eindverslag overeenkomst 'Samenwerking tussen de VZW Z.org KULeuven en de gemeenschapsinstelling de Grubbe'. Leuven: UPC KU Leuven; 2016.

COLOPHON

Titre :	For-K, Psychiatrie médico-légale pour les adolescents sous statut judiciaire : offre, utilisation et besoins – Synthèse
Auteurs :	Patriek Mistiaen (KCE), Marie Dauvrin (KCE), Christophe De Meester (KCE), Céline Pouppez (KCE), Imgard Vinck (KCE)
Facilitateur :	Christophe Janssens (KCE)
Rédaction de la synthèse :	Patriek Mistiaen (KCE), Christophe De Meester (KCE), Peter Raeymaekers (Lyragen bv), Karin Rondia (KCE)
Relecture :	Jolyce Bourgeois (KCE), Justien Cornelis (KCE), Koen Van den Heede (KCE), Christophe Janssens (KCE), Marijke Eyssen (KCE)
Experts externes et stakeholders :	Gino Ameye (Karus); Sarah Assabah (Fachbereich Jugendhilfe-Ministerium der Deutschsprachigen Gemeinschaft); Damien Bael (Centre Régional de soins Psychiatriques "Les Marronniers"); Veronique Bauffe (la Kapeline (UTA-UTI)); Nathalie Bavastro (COCOF - Service de la santé); Alexandre Beine (Maison d'ADOS AREA+, Epsylon asbl); Stijn Beirens (Agentschap Opgroeien); Emel Bergsoj (« Bru-Stars », Réseau bruxellois en santé mentale pour enfants et adolescents); Séverine Blandiaux (AVIQ); Samia Bounab (Les Brasiers); Anne Bourgeois (Nationale Commissie voor de Rechten van het Kind); Thomas Braet (Agentschap Opgroeien); Wouter Braet (College van de hoven en rechtbanken); Anne-Marie Broux (Service de Protection de la Jeunesse de Huy); Rebecca Buisseret (Service de l'inspection pédagogique des IPPJ et des EMA); Sandra Caers (La Cité Joyeuse); Olivier Caillet (SPF Santé); Marie-Emmanuelle Carabin (IPPJ de Fraipont); Peter Casteur (Agentschap Opgroeien); Charlène Caty (CFWB); Anne Chabeau (CFWB - Fédération Wallonie-Bruxelles - SAJ Verviers); Christèle Charlet (Aviq); Inge Claes (Rechtbank van Eerste Aanleg Antwerpen); Bruno Claessens (Agentschap Opgroeien); Nicole Clarembaux (CFWB - administration); Pascale Constant (UTI de Liège); Rebecca Cools (Hagewinde); Nathalie Cooremans (Tribunal de la famille et de la jeunesse du Brabant wallon); Kathleen Coppens (Bru- Stars: Réseau bruxellois en santé mentale pour enfants et adolescents); Régine Cornet d'Elzius de Peissant (SPF Justice - FOD Justitie, Union Francophone des Magistrats de la Justice - UFMJ); An Coucke (gemeenschapsinstelling De Grubbe - Everberg); Déborah Cuignet (Cabinet de la Ministre Bénédicte Linard); Aurore Dachy (SOS enfants); Samuel Dalaidenne (IPPJ St-Hubert); Florent David (CHJT - Centre Hospitalier Jean Titeca); Paul De Bock (FOD Volksgezondheid); Lieve De Buck (Jeugd- en familierechter rechtbank eerste aanleg Oost-Vlaanderen); Guy De Clercq (CFWB - Fédération Wallonie-Bruxelles - Service de l'aide à la Jeunesse de Mons); Tony De Clippele (ZNA - UKJA - ForK, Pangg 0-18); Christine De Corte (ASSTER, Sint-Truiden, Provinciaal Netwerk); Eric De Doncker (CFWB - IPPJ de Wauthier-Braine); Laetitia De Fays (Service général des IPPJ et des EMA); Letitia De Fays (cfwb); Dominique De Fraene (ULB); Bart De Greef (UPC KU Leuven); Kathleen de Marneffe (La Clairière-Vivalia); Jan De Ridder (Agentschap Opgroeien); Raf De Rycke (Broeders van Liefde); Bart De Smet (Universiteit Antwerpen / Parket Hof van Beroep te Antwerpen); Didier De Vleeschouwer (Kirikou); Julie De Witte (Agentschap Opgroeien); Emmanuel Debecker (UC

Louvain); Geert Decock (Unie van Jeugdadvocaten); France Dehareng (ISOSL); Anne Dekeyser (CFWB); Benjamin Delaunoit (Centre Régional de soins Psychiatriques Les Marronniers); Didier Delbart (CFWB - Braine le château AGAJ); Jean-Marie Delcommune (A.G.A.J); Marianne Delord (CFWB); Maximilien Delsarte (CRP Les Marronniers); Philippe Delvaux (CHJT - Centre Hospitalier Jean Titeca); Anja Demasure (CHJT - Centre Hospitalier Jean Titeca); Marie-Noëlle Derèse (Substitut du procureur du Roi à Bruxelles); Gerald Deschietere (UCLouvain); Valérie Devis (Fédération Wallonie-Bruxelles Aide à la Jeunesse); André Donnet (l'Union francophone des magistrats de la jeunesse; Tribunal de la famille et de la jeunesse du Brabant wallon); Claire-Anne Dupont (CFWB - Bruxelles, Service de la protection de la Jeunesse de Bruxelles); Sofiane El Haik (Cabinet de la Ministre Bénédicte Linard); Tom Elen (Agentschap Opgroeien); Stéphanie Ergo (CFWB - Bruxelles); Georges Estevny (La Cité Joyeuse); Koen Everaert (OPZ Geel); Willi Filz (Netzwerkkoordination im Bereich der seelischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen); Daisy Flossy (VGC); Nadine Forthomme (IPPJ de Fraipont); Anne François (Bru- Stars: Réseau bruxellois en santé mentale pour enfants et adolescents); Elke Frans (Agenstschap Zorg en Gezondheid); Angélique Franssen (UTI de Liège); Jean-Pierre Frennet (CFWB); Valérie Gengoux (SPF Justice -FOD Justitie); Noemie Gérard (la Kapeline (UTA-UTI)); Caroline Geuzaine (Réalism (Liège)); Valentine Godeau (Pédopsychiatre responsable de la Kapeline (UTA-UTI)); Jean-Pierre Gorissen (SPF Santé Publique et de la chaine alimentaire); Jean-Louis Grede (CHJT - Centre Hospitalier Jean Titeca); Rudy Guillaume (Rhéseau); Nele Haedens (Afdeling Ondersteuningscentra Jeugdzorg en Sociale diensten jeugdrechtbank); Julie Helson (Substitut du procureur du Roi à Bruxelles); Camille Henkinbrant (Juge de la jeunesse Tournai); Jo Holsbeek (FOD Volksgezondheid); Charlotte Horemans (Kabinet Minister Elke Van den Brandt); Bernard Jacob (SPF Santé Publique et de la chaine alimentaire); Sébastien Jaffrée (la Kapeline (UTA-UTI)); Tine Jaspers (Medisch Centrum St.-Jozef); Sabrina Kaut (Klinik St Josef, St Vith); Cedric Kemseke (WINGG); Florence Laboureur (CHJT - Centre Hospitalier Jean Titeca); Martine Lahou (OPZ Geel); Annie Lambrecht (Karus); Toon Langeraert (RADAR - Netwerk geestelijke gezondheid kinderen en jongeren Oost-Vlaanderen); Miguel Lardennois (Cabinet de la Ministre Barbara Trachte et du Ministre Alain Maron); Michèle Laurent (Archipel); Marleen Laureys (Hagewinde); François Leclercq (Cabinet de la Ministre Morreale); Harmen Lecok (Kabinet De Block); Delphine Leersnyder (Centre Régional de soins Psychiatriques Les Marronniers); Vincent Lefebvre (SPF Santé); Damien Lerminiaux (CHR Citadelle_REALISM - Réseau Enfants Adolescents Liège Santé Mentale); Erik Leurs (Karus_Branding); Gina Lipkens (OPZ Geel); Liselotte Lowagie (gemeenschapinstelling de Zande - campus Wingene); Ilse Machtelinckx (PC Gent-Sleidinge); Catherine Mailleux (Juge au TPI du Luxembourg, Division Marche en famenne); Bénédicte Mareschal (Parquet du Procureur du Roi de Liège); Magda Massoels (Agentschap Opgroeien); Amandine Masuy (Rhéseau); Cécile Mathys (Université de Liège; Faculté de droit, science politique et criminologie); Michèle Meganck (Juge de la Jeunesse à Bruxelles, Secrétaire de l'UFMJ); Françoise Menil (Tribunal de la famille et de la jeunesse du Brabant wallon); Sofie Merlevede (VIVES); Vanessa Mertens (Les Brasiers); Ingrid Mertes (Klinik St Josef, St Vith); Allal Mesbahi (Service général des IPPJ et des EMA); Ann Moens (Zorgnet-Icuro); Thierry Moreau (UC Louvain); Nicolas Mortier (CHJT - Centre Hospitalier Jean Titeca); Suzanne Moyen (Service de Protection de la Jeunesse de Namur); Françoise Mulkay (Adm. Générale de l'Aide à la Jeunesse); Leila Nadji (De Patio); Terryn Nathalie (SPF Santé Publique et de la chaine

alimentaire); Margit Nemeth (SPFB, COCOF Santé mentale CAT Réseau); Raphael Noiset (Cabinet Glatigny); Eva Nouwen (Agentschap Opgroeien); Lucien Nouwynck (SPF Justice); Sarah Paquet (Ministerium der Deutschsprachigen Gemeinschaft Belgiens); Jean-Philippe Paternostre (I.P.P.J. de Jumet); Jean-Paul Pavanello (Tribunal de la jeunesse); Sabrina Pedulla (Area+); Olivier Peene (PZ Heilige Familie); Nele Pelgrims (Agentschap Opgroeien); Bruno Piccinin (CHJT - Centre Hospitalier Jean Titeca); Laura Piraprez (Gouvernement de la Communauté germanophone); Sarah Pire (IPPJ Saint-Servais); Emilie Plusquin (IPPJ St-Hubert); Muguette Poncelet (Fédération Wallonie-Bruxelles Aide à la Jeunesse -spj Neufchateau); Nathalie Raes (Karus_Branding); Pierre Rans (SPF Justice); Chrystel Raulier (CHP Chêne aux Haies); Florence Remacle (Service de Protection de la Jeunesse de NAMUR); Bénédicte Renaux (Service de Protection de la jeunesse de Nivelles); Genevieve Robesco (SPF Justice); Ruth Romberg (Klinik St Josef, St Vith); Andres Saavedra Ulloa (Cabinet de la Ministre Caroline Desir); Karolien Samyn (Agentschap Opgroeien); Melanie Schafer (Parquet Eupen); Erik Schoentjes (Ugent); Reiner Schwall (Klinik St Josef, St Vith); Patrick Scuvie (CHR Citadelle); Angelique Semail (CFWB); Christiaan Smolders (Agentschap Opgroeien); Yves Stevens (UTI de Liège); Ilena Strzoda (I.P.P.J. de Jumet); Tine Suykerbuyk (jeugdrechtbank Brussel; Unie van Nederlandstalige Jeugdmagistraten); Juan Tecco (la Kapeline (UTA-UTI)); Marie Thonon (Cabinet de Valérie Glatigny); Elien Timmerman (De Patio); Hélène Titelion (service de protection de judiciaire Namur); Philippon Toussaint (Administration générale de l'aide à la jeunesse); Barbara Truyers (Archipel); Johan Tuerlinckx (Agentschap Opgroeien); Veerle Umans (Ligant); Anita Vaassen (IPPJ Saint-Servais); Ann Van der Speeten (Yuneco Vlaams Brabant); Karin Van der Straeten (Délégué général de la Communauté française aux droits de l'enfant); Mélanie Van Gils (CFWB - Bruxelles); Sarah Van Grieken (OPZ Geel; Vlaamse Vereniging Kinder- en Jeugdpsychiatrie); Karen Van Oosterwijck (UPC KU Leuven); Sofie Van Rumst (Kinderrechtencommissariaat); Ellen Van Vooren (Kenniscentrum Kinderrechten vzw (KeKi)); Catherine Vander Putten (Service de Protection de la Jeunesse de Namur); Pierre Vanderlinck (CAP Les Maronniers); Christine Vandermeulen (Epsylon); Jens Vanlanker (Sociale dienst Jeugdrechtbank Antwerpen); Marleen Vanlouwe (Rechtbank van eerste aanleg Oost-Vlaanderen); Jean-Francois Velge (Tribunal de la Jeunesse de Bruxelles); Sylvie Venneman (Agentschap Opgroeien); Yvonne Verheugen (Klinik St Josef, St Vith); Mélanie Veronesi (CFWB - Fédération Wallonie-Bruxelles); Jakob Versteele (UPC KU Leuven); Jan Vervaet (PCGS afdeling Yidam); Sophie VilainXIIII (Aviq); Anne Wallemacq (Parquet du Procureur du Roi de Liège); Liesbeth Watteyn (Agentschap Opgroeien); Karolien Weemaes (FOD Volksgezondheid DG Gezondheidszorg); Didier Wégimont (UTI de Liège); Christine Wilmart (Area+); Eric Wilmart (IPPJ St-Hubert)

Scientific Advisory Board :

Marina Danckaerts (Universitair Psychiatrisch Centrum KU Leuven – Z.org KU Leuven); Amaury de Terwangne (Amaury de Terwangne Christophe Stenmans Avocats); Dirk De Waele (FOD Justitie); Dirk Deboutte (voormalig Universiteit Antwerpen); Eric Delhaye (l'Union francophone des magistrats de la jeunesse); Etienne Joiret (CHJT - Centre Hospitalier Jean Titeca); Daniel Neves Ramos (ZNA); Johan Put (KU Leuven); Isabelle Ravier (Institut National de Criminalistique et de Criminologie); Philippe Vandaele (Jeugdrechtbank Rechtbank van eerste aanleg Antwerpen); Rachel Wickert (Minds et Motion)

Validateurs externes :	Alain Malchair (Université de Liège) ; Stefaan Pleysier (Leuvens Instituut voor Criminologie (LINC), KU Leuven, Faculty of Law) ; Bie Tremmery (Praktijk de Boskeet)
Remerciements :	Célia Primus (KCE)
Intérêts déclarés :	Tous les experts et stakeholders consultés pour ce rapport ont été sélectionnés en raison de leur implication dans le domaine du psychiatrie médico-légale pour les adolescents. A ce titre, il est possible que chacun d'eux présente, jusqu'à un certain point, un inévitable conflit d'intérêt.
Layout :	Ine Verhulst
Couverture :	Photo à gauche : https://www.pexels.com/@jibarofoto
Disclaimer :	• **Les experts externes ont été consultés sur une version (préliminaire) du rapport scientifique. Leurs remarques ont été discutées au cours des réunions. Ils ne sont pas co-auteurs du rapport scientifique et n'étaient pas nécessairement d'accord avec son contenu.** • **Une version (finale) a ensuite été soumise aux validateurs. La validation du rapport résulte d'un consensus ou d'un vote majoritaire entre les validateurs. Les validateurs ne sont pas co-auteurs du rapport scientifique et ils n'étaient pas nécessairement tous les trois d'accord avec son contenu.** • **Finalement, ce rapport a été approuvé à l'unanimité par le Conseil d'administration (voir http://kce.fgov.be/fr/content/le-conseil-dadministration-du-centre-dexpertise).** • **Le KCE reste seul responsable des erreurs ou omissions qui pourraient subsister de même que des recommandations faites aux autorités publiques.**

Date de publication :	21 avril 2021 ((2ème print) ; 1er print : 20 avril 2021)
Domaine :	Health Services Research (HSR)
MeSH :	Adolescent Psychiatry; Forensic Psychiatry
Classification NLM :	WS 463
Langue :	Français
Format :	Adobe® PDF™ (A4)
Dépot légal :	D/2021/10.273/06
ISSN :	2466-6440

Copyright :

Les rapports KCE sont publiés sous Licence Creative Commons « by/nc/nd »
http://kce.fgov.be/fr/content/a-propos-du-copyright-des-publications-du-kce.

Comment citer ce rapport ?

Mistiaen P, Dauvrin M, De Meester C, Pouppez C, Vinck I. For-K, Psychiatrie médico-légale pour les adolescents sous statut judiciaire : offre, utilisation et besoins – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2021. KCE Reports 339Bs. D/2021/10.273/06.

Ce document est disponible en téléchargement sur le site Web du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé.