



Gemeinschaftliche Stellungnahme über die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen*

Zusammenfassung

Am 12. Februar 2019 übernahm Ihre Majestät, Königin Mathilde die Ehrenschirmherrschaft der französischsprachigen und niederländischsprachigen Königlichen Akademie für Medizin von Belgien bestellt. Dieses feierliche Ereignis ging mit einem wissenschaftlichen Symposium über die psychische Gesundheit von Kindern einher, einem Thema, dem Ihre Majestät große Bedeutung beimisst, und das im Einvernehmen mit ihr als vorrangiges Thema gewählt wurde.

Aufbauend auf die Linien, die während der feierlichen Amtseinsetzung festgelegt wurden, hat eine gemeinschaftliche Kommission der Akademien eine strategische Stellungnahme über die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ausgearbeitet. Zu diesem Zweck pflegten wir einen engen Dialog mit den betreffenden Akteuren. Bei den Befragungen der 12 bestehenden Netzwerke und der verschiedenen Partner berücksichtigten wir die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf den Sektor der psychischen Gesundheitsversorgung. Vorrangig war, dass die Stellungnahme an die im Jahr 2015 festgelegten Strategieschwerpunkte und -strukturen und die praktische Situation auf dem Gebiet der psychischen Gesundheitsversorgung für Kinder und Jugendliche anschließt.

Das psychische Gesundheitswesen hat den Zweck, das Wohlbefinden, die kognitive und emotionale Entwicklung, persönliche Erfüllung und Integration in die Gesellschaft zu fördern. Die Stellungnahme geht folglich von einer ganzheitlichen Sichtweise der tatsächlichen Integration der verschiedenen



Avis commun sur la santé mentale des enfants et des adolescents[†]

Résumé

Sa Majesté la Reine Mathilde fut reçue officiellement (comme) membre d'honneur des Académies francophones et flamandes de Médecine de Belgique en date du 12 février 2019. A cette occasion festive, un symposium scientifique fut organisé ayant pour thème la santé mentale des enfants, thème prioritaire choisi par sa Majesté. Effectivement, notre souveraine attache une importance toute particulière parmi d'autres à ce sujet qui fut choisi en accord avec les académies.

Une commission commune aux deux Académies fut créée en continuité avec ce premier symposium afin de formuler un avis concernant la santé mentale des enfants et des adolescents. A cet effet, une concertation étroite fut établie avec les acteurs de terrain. En interrogeant les 12 structures de réseaux existants ainsi que les différents partenaires, la commission a également tenu compte de l'impact de la pandémie de la COVID-19 sur le secteur de la santé mentale. Il lui semblait prioritaire que cet avis soit étroitement lié aux excellentes lignes directrices et structures de gestion qui furent mises en place en 2015 ainsi qu'à celles déjà existantes et fonctionnelles dans le domaine de la santé mentale pour les enfants et adolescents.

La santé mentale a pour but de promouvoir le bien-être, le développement cognitif et émotionnel, l'épanouissement personnel et une intégration dans la société. Cet avis se caractérise par une vision holistique et il recherche une intégration réelle et simultanée des différentes perspectives

*Die Stellungnahme wurde von einem gemeinschaftlichen Ausschuss vorbereitet, der sich zusammensetzt aus Peter Bols (Generalsekretär KAGB), Paul Cosyns, Joke Denekens (Vizevorsitzende), Karlien Dhondt, Geneviève Laureys, Bernard Sabbe (Kommissionsvorsitzender) und Brigitte Velkeniers (Vorsitzende KAGB) für die Königliche Akademie für Medizin von Belgien, sowie Danielle Balériaux, Georges Casimir, Bernard Dan, Jean-Michel Foidart (Ständiger Sekretär ARMB), Alain Malchair und Véronique Delvenne (Vizevorsitzende) für die Académie royale de Médecine de Belgique.

Die Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België (Königliche Akademie für Medizin von Belgien) und die Académie royale de Médecine de Belgique genehmigten die Stellungnahme am 30. Januar 2021.

[†] L'avis a été préparé par une commission commune composée de Peter Bols (secrétaire général KAGB), Paul Cosyns, Joke Denekens (vice-présidente), Karlien Dhondt, Geneviève Laureys, Bernard Sabbe (président de la commission) et Brigitte Velkeniers (présidente KAGB) pour la Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België, et Danielle Balériaux, Georges Casimir, Bernard Dan, Jean-Michel Foidart (secrétaire perpétuel ARMB), Alain Malchair et Véronique Delvenne (vice-présidente) pour l'Académie royale de Médecine de Belgique. La Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België et l'Académie royale de Médecine de Belgique ont approuvé l'avis en date du 30 janvier 2021.

Perspektiven aus, die simultan und auf transdisziplinäre Weise, in reellem Dialog und nicht über eine reine Addition von Aktionen verschiedener Akteure - wie beispielsweise somatische Gesundheitsdienstleister, Psychologen, Sozialarbeiter und Erzieher - angegangen werden muss.

Die Stellungnahme legt den Nachdruck auf eine entwicklungsorientierte Perspektive mit umfangreicher Aufmerksamkeit für den Kontext des Kindes/Jugendlichen und für eine aktive Teilnahme des Kindes/Jugendlichen mit den erforderlichen Freiheitsgraden bei den zu treffenden Entscheidungen. Der Schwerpunkt wurde auf zwei spezifische Lebensperioden gelegt: die ersten drei Lebensjahre und die Adoleszenz, angesichts ihrer großen Bedeutung für die psychische Gesundheit des zukünftigen Erwachsenen. Der Respekt vor dem Kind/Jugendlichen und die Abwesenheit von Stigmatisierung waren ausschlaggebend. Fünf Themen fassen unsere Empfehlungen zusammen: die Definition des Konzeptes der psychischen Gesundheit, Prävention, Partizipation und (De-)Stigmatisierung, die Entwicklung einer Versorgungslandkarte und Datenerfassung.

Die Stellungnahme geht davon aus, dass die vom Staat zur Verfügung gestellten Mittel für Maßnahmen verwendet werden, die ausgehend von evidenzbasierten Protokollen organisiert werden, und zwar auf Basis von biopsychosozialen Daten in Bezug auf Prävention, Diagnose und therapeutische Interventionen.

Zusammengefasst empfehlen die Akademien den Entscheidungsträgern und Akteuren, die an der psychischen Gesundheitsversorgung für Kinder und Jugendliche beteiligt sind, folgendes:

1) Integrieren Sie die biopsychosoziale, ganzheitliche und transdisziplinäre Herangehensweise an das Kind, den Jugendlichen und seine Familie in die **Grundausbildung aller Sozial- und Gesundheitsfachleute.**

2) Setzen Sie stark auf primäre und sekundäre **Prävention**, unter anderem durch die Vereinfachung und Steigerung der **Zugänglichkeit** der psychischen Gesundheitsversorgung für Kinder und Jugendliche. Es besteht ein Bedarf an einer einheitlicheren und gezielteren **Diagnose** zu Beginn des Versorgungsprozesses, die zu fokussierteren **Interventionen** führt. Zudem wird empfohlen, die **Übergangsbetreuung** durch die Schaffung einer Überbrückungsfunktion auszubauen, mit dem Ziel, gefährdete Personen und ihre Familien in einem Kontinuum bis zur psychischen Gesundheitsversorgung für Erwachsene zu begleiten.

transdisziplinäre, die simultan und auf perfekte concertation. Il ne doit pas être une simple addition des activités des différents acteurs tels que dispensateurs de soins somatiques, les psychiatres, les psychologues, et les travailleurs sociaux et éducateurs.

L'avis souligne l'importance d'une perspective orientée vers le développement avec une large attention du contexte de l'enfant/de l'adolescent. Il insiste sur l'importance d'une participation active de l'enfant/de l'adolescent aux décisions qui le concernent, tout en tenant compte des degrés de libertés possibles ou autorisés. Deux périodes de vie ont été spécifiquement choisies, les trois premières années de vie et l'adolescence. Ce choix tient compte de l'importance particulièrement grande de ces deux périodes de vie pour la santé mentale du futur adulte. Le respect pour l'enfant/l'adolescent et l'absence de stigmatisation furent des éléments décisifs et prioritaires. Cinq thèmes résument nos recommandations : la définition du concept de la santé mentale, la prévention, la participation et la (dé)stigmatisation, le développement d'une carte du paysage de soin et un registre des données.

Cet avis suppose que les moyens mis à disposition par le gouvernement soient consacrés à des actions mises en place basées sur des protocoles « evidence based » basés sur des données psychosociales concernant la prévention, le diagnostic et des mesures thérapeutiques.

En résumé, les Académies rendent les avis suivants aux responsables politiques et acteurs de terrain impliqués dans la prise en charge des problèmes de santé mentale des enfants et adolescents :

1) Intégrez une approche biopsychosociale, holistique et transdisciplinaire de l'enfant, des adolescents et de leur famille dans la **formation de base de tous les travailleurs concernés par le bien-être et la santé** de ceux-ci.

2) Accordez une priorité à la **prévention** primaire et secondaire en simplifiant entre autres et en facilitant **l'accès** aux soins de santé mentale pour les enfants et les adolescents. Il y a un urgent besoin d'établir un **diagnostic ciblé** au début d'un parcours de soins qui mène à des interventions les mieux adaptées possibles. Par ailleurs, il convient de recommander de construire un **soin de transition** grâce à la création d'une « fonction pont » permettant d'accompagner des personnes vulnérables et leur famille en continuité vers des soins pour adultes.

3) Veröffentlichen Sie ein **Handbuch und einen praktischen Leitfaden** über **Partizipation** von Kindern und Jugendlichen im Rahmen der psychischen Gesundheitsversorgung als Richtlinie für die Netzwerke und Akteure.

4) Erstellen Sie eine benutzerfreundliche und zugängliche **belgische Versorgungslandkarte** („Road map“) für Benutzer, Gesundheitsdienstleister und Behörden, die quantitative und qualitative Informationen über alle Fürsorge- und Versorgungseinrichtungen für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen enthält.

5) Bauen Sie ein nationales **System einer einheitlichen Datenerfassung** für die psychische Gesundheitsversorgung aus, vorzugsweise innerhalb der bestehenden medizinischen Datenplattformen.

6) Ermöglichen Sie die Einführung eines **nationalen Pilotprojekts**, das alle oben genannten Empfehlungen kombiniert und überdies zur wissenschaftlichen Forschung beiträgt, mittels der Betreuung (von der Schwangerschaft bis zum Erwachsenenalter) und Erfassung einer großen naturalistischen Kohorte.

3) Editez un **manuel et guide pratique** concernant la **participation** des enfants et des adolescents au sein des soins de santé mentale offrant un guide aux réseaux et acteurs dans ce domaine.

4) Constituez une **feuille de route** (« road map ») **des soins en Belgique**, conviviale et facilement accessible, destinée aux utilisateurs, dispensateurs de soins et autorités, afin de fournir une information quantitative et qualitative de toutes les prestations de soins disponibles pour la santé mentale des enfants et adolescents.

5) Construisez un **système national et uniforme d'enregistrement des données** pour la santé mentale, de préférence au sein de plateformes de données médicales déjà existantes.

6) Facilitez la formation d'un **projet pilote national** qui combine toutes les recommandations énumérées ci-dessus et qui par ailleurs contribuerait à une recherche scientifique grâce au suivi (depuis la période de grossesse jusqu'à l'âge adulte) et l'enregistrement d'une cohorte de grande taille et naturaliste.

I. Einleitung

Im Rahmen der Reform und Erneuerung der psychischen Gesundheitsversorgung, die in unserem Land im Jahr 2010 begonnen hat, wurde am 10. Dezember 2012 die ‚Gemeinsame Erklärung für die Realisierung von Netzwerken und Versorgungskreisen in der psychischen Gesundheitsversorgung für Kinder und Jugendliche‘ bekräftigt.

In einer diesbezüglichen Ergänzung (vom 24. Februar 2014) wurden die ersten Schritte skizziert (Meilenstein 1) und gemeinsam mit dem Ansatz für die Entwicklung eines Umsetzungsplans im „Leitfaden für eine neue psychische Gesundheitspolitik für Kinder und Jugendliche“ (Meilenstein 2) ausgearbeitet (am 30. März 2015).

In der Einleitung dieses Leitfadens ist angegeben, dass die Weltgesundheitsorganisation (WHO) die Prävalenz psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen bereits im Jahr 2005 auf ungefähr 20% einschätzte. Zwischen 4 und 6% von ihnen würden ‘a clinical intervention for an observed significant mental disorder’ benötigen. Allerdings haben nur 16 bis 27% der Kinder und Jugendlichen mit einer psychischen Störung tatsächlich spezialisierte psychische Gesundheitsversorgung erhalten.

Viele der psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen dauern bis zum Erwachsenenalter an. So

I. Introduction

Dans le cadre de la réforme et du renouvellement des soins de santé mentale, initiés dans notre pays en 2010, la « Déclaration conjointe pour la réalisation de réseaux et de circuits de soins en santé mentale pour enfants et adolescents » a été approuvée le 10 décembre 2012.

À titre complémentaire (en date du 24 février 2014), les premières étapes ont été esquissées (Phase 1) et mises en œuvre avec le début de l'élaboration d'un plan de réalisation du « Guide vers une nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents » (Phase 2) (en date du 30 mars 2015).

Dans l'introduction de ce guide, il est mentionné que l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a déjà estimé en 2005 la prévalence des troubles mentaux chez les enfants et les adolescents à approximativement 20%. Environ 4 à 6% des enfants et adolescents nécessiteraient « a clinical intervention for an observed significant mental disorder ». Cependant, seuls 16 à 27% des enfants et adolescents souffrant de troubles mentaux ont effectivement reçu des soins de santé mentale spécialisés.

De nombreux troubles mentaux chez les enfants et les adolescents persistent à l'âge adulte. Par exemple,

sollen 50% der psychischen Störungen bei Erwachsenen vor dem Alter von 14 Jahren beginnen, 75% sind im Alter zwischen 14 und 25 Jahren feststellbar.

50% des troubles mentaux chez les adultes commencent avant l'âge de 14 ans, 75% sont détectables entre 14 et 25 ans.

Der Leitfaden geht von folgender Vision aus. Die psychische Gesundheitsversorgung für Kinder und Jugendliche investiert in Netzwerke, sowohl inhaltlich als auch administrativ, sowohl sektoriell als auch intersektoriell. Ausgangspunkt ist, dass jedes Kind bzw. jede(r) Jugendliche Recht auf eine zugängliche, engagierte, positive, fachkundige, qualitativ hochwertige und kontinuierliche psychische Gesundheitsversorgung hat, die an seine/ihre Bedürfnisse angepasst ist.

Le guide se base sur la vision suivante. Les soins de santé mentale pour les enfants et les adolescents investissent dans des réseaux, tant en termes de contenu que de gouvernance, à la fois au niveau sectoriel et intersectoriel. Le principe de base est que chaque enfant ou adolescent a droit à des soins de santé mentale accessibles, engagés, positifs, professionnels, de qualité et continus en fonction de ses besoins.

Die Wirksamkeit und der Einfluss auf das Kind bzw. den/die Jugendliche(n) werden bei der Wahl der Versorgung, die vorzugsweise in der eigenen Lebens- und Lernumgebung angeboten wird, ebenfalls in Erwägung gezogen. Es wird stets von ihren Möglichkeiten ausgegangen, aber ebenso sehr werden die eigenen Beschränkungen und die ihres Kontextes berücksichtigt. Der natürliche und Fürsorgekontext ist möglichst maximal einbezogen. Wissenschaftliche Studien und Evaluierungen realisierter Projekte auf Basis von Effektivität und Effizienz, aber ebenso gut auf Basis ethischer Standpunkte, führen zu Korrektur und Veränderung. Sowohl innerhalb des Gesundheitswesens als auch in den Netzwerken stehen Dialog und Partizipation von Kindern und Jugendlichen und ihr Kontext in den verschiedenen Entscheidungsphasen im Mittelpunkt.

L'efficacité et l'impact sur l'enfant et l'adolescent sont toujours pris en considération dans le choix des soins qui sont de préférence offerts dans l'environnement de vie et d'apprentissage de l'enfant. Leurs capacités constituent toujours le point de départ, mais leurs limites et celles de leur contexte sont également prises en compte. Le contexte naturel et d'assistance est impliqué autant que possible. Les études scientifiques et les évaluations des projets réalisés sur la base de l'efficacité et de l'efficience, mais aussi de points de vue éthiques, conduisent à des ajustements et des changements. Tant dans le cadre des soins que dans celui des réseaux, le dialogue et la participation des enfants et des jeunes et de leur contexte dans les différentes phases de la prise de décision sont essentiels.

Psychische Gesundheitsversorgung für Kinder und Jugendliche investiert in Prävention und Gesundheitsförderung. Die psychische Gesundheitsversorgung für Kinder und Jugendliche inspiriert andere Bereiche und ergreift in den Netzwerken die Initiative, um Komplementarität und Versorgungskontinuität bereichsübergreifend zu schaffen. Früherkennung ist entscheidend. Sachkenntnis und Expertise werden geteilt und ausgetauscht.

Les soins de santé mentale pour les enfants et les jeunes investissent dans la prévention et la promotion de la santé. Les soins de santé mentale pour les enfants et les adolescents inspirent d'autres secteurs et montrent la voie à suivre au sein de réseaux pour assurer la complémentarité et la continuité des soins tous secteurs confondus. La détection précoce est cruciale. L'expertise et le savoir-faire sont partagés et échangés.

Im Nationalen Plan für eine neue psychische Gesundheitspolitik für Kinder und Jugendliche 2015-2020' werden vier strategische Ziele festgelegt: (1) die Verstärkung von Leadership und Politik, (2) und einer globalen, integrierten und am Bedarf orientierten psychischen Gesundheits- und Sozialversorgung ausgehend von einem gesellschaftsorientierten Rahmen; (3) die Implementierung von Strategien zur Förderung der psychischen Gesundheit und Prävention; und (4) die Verstärkung von Versorgungsdaten-, Erfassungs- und Kommunikationssystemen und Studien. Durch den Ausbau von Versorgungskreisen und -Netzwerken (einer pro Provinz plus Brüssel) müssen fünf Funktionen erfüllt werden (Anlage 2, Abbildung 1).

Dans le « Plan national pour une nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents 2015-2020 », quatre objectifs stratégiques ont été définis : 1) renforcer le leadership et la politique de santé mentale pour enfants et adolescents à tous les niveaux ; 2) renforcer l'offre de soins en santé mentale et de l'action sociale pour une prise en compte globale, intégrée et adaptée aux besoins des enfants, des adolescents au plus près de la communauté ; 3) mettre en œuvre des stratégies de promotion de la santé mentale et de prévention de problèmes en santé mentale ; et 4) renforcer les systèmes d'informations relatives aux soins, d'enregistrement et de communication et la recherche dans le domaine de la santé mentale. Moyennant le développement de

Zu diesem Zweck werden fünf Aktivitätenprogramme ausgearbeitet.

Um die Verwirklichung des oben Ausgeführten zu überwachen, wird das „Komitee für die neue psychische Gesundheitspolitik für Kinder und Jugendliche“ (COMGGKJ) gegründet (am 8. März 2017). Dieses Komitee ist ein Beratungsforum, das die Vertreter der betroffenen Sektoren, Fachleute und Akteure aus der Praxis zusammenbringt, mit der Absicht, strategische Empfehlungen zu formulieren.

Die Koninklijke Academie voor Geneeskunde (Königliche Akademie für Medizin von Belgien) (KAGB) und die Académie royale de Médecine de Belgique (ARMB) unterzeichnen die oben beschriebenen Zielsetzungen und Prozesse und möchten deren Ausführung (Meilenstein 3) mittels dieser Stellungnahme unterstützen und verstärken. Auf Basis der wissenschaftlichen Literatur, Stellungnahmen von Experten und einer bei allen Netzwerken im Mai-Juli 2020 durchgeführten Umfrage, sowie einer Beratung mit den wichtigsten Interessengemeinschaften (siehe weiter unten), möchte diese Stellungnahme vorrangige Ziele mit dazugehörigen Empfehlungen zu deren Konkretisierung und Realisierung festlegen.

II. Anlass und Vorgehensweise

Am 12. Februar 2019 wurde Ihre Majestät, Königin Mathilde, zur Schirmherrin beider Akademien für Medizin ernannt. Dieses feierliche Ereignis ging mit einem wissenschaftlichen Symposium über die psychische Gesundheit von Kindern einher, einer Problematik, der Ihre Majestät große Bedeutung beimisst, und das im Einvernehmen mit ihr als vorrangiges Thema gewählt wurde.

Aufbauend auf den Linien, die während der Feier zur Amtseinführung dargelegt wurden, arbeitete eine gemeinschaftliche Kommission der Akademien eine strategische Empfehlung über die psychische Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen aus. Um den Empfehlungen Nachdruck zu verleihen, wird ihnen im Herbst 2021 ein Symposium gewidmet, gleichzeitig auch das erste einer Reihe zweijährlicher Symposien unter der Schirmherrschaft Ihrer Majestät, der Königin.

Die beiden Akademien wollten im Einvernehmen mit den Entscheidungsträgern, der wissenschaftlichen Welt und der Praxis (Gesundheitsdienstleister und Patienten) Engpässe, mögliche Lösungen, bewährte Praktiken, Probeprojekte und Forschungsschwerpunkte identifizieren, auflisten und verarbeiten, um einen breiten Konsens über konkrete,

circuits et de réseaux de soins (un par province plus Bruxelles), cinq fonctions devraient être remplies (annexe 2, figure 1). À cette fin, cinq programmes d'activités seront élaborés.

Pour le suivi de la réalisation de ce qui précède, le « Comité pour la nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents » (COMSMEA) a été créé (en date du 8 mars 2017). Ce comité est un forum consultatif réunissant des représentants des secteurs concernés, des experts et des acteurs de terrain, en vue de formuler des recommandations politiques.

La Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België (KAGB) et l'Académie royale de Médecine de Belgique (ARMB) souscrivent aux objectifs et aux processus décrits ci-dessus, et souhaitent soutenir et renforcer leur mise en œuvre (Phase 3) grâce à cet avis. Sur la base de la littérature scientifique, des avis d'experts, d'une enquête menée auprès de tous les réseaux en mai-juillet 2020 et d'une concertation des principales parties prenantes (voir ci-dessous), cet avis vise à identifier les objectifs prioritaires et les recommandations connexes pour les concrétiser et les réaliser.

II. Contexte et méthode de travail

Le 12 février 2019, Sa Majesté la Reine Mathilde a été nommée membre d'honneur des deux Académies de Médecine. Cet événement festif s'est accompagné d'un symposium scientifique sur la santé mentale des enfants, une thématique à laquelle Sa Majesté attache une grande importance et qui a été choisie comme thème prioritaire en concertation avec la souveraine.

S'inscrivant dans le prolongement des orientations définies lors de la cérémonie, un comité conjoint des académies a rédigé un avis politique sur la santé mentale des enfants et des adolescents. Afin de renforcer ces recommandations, un symposium sera consacré à ce thème à l'automne 2021. Il sera également le premier d'une série de symposiums organisés tous les deux ans sous le patronage de Sa Majesté la Reine.

En concertation avec les décideurs politiques, le monde scientifique et le monde du travail (prestataires de soins et patients), les deux Académies ont souhaité identifier, répertorier et traiter les goulets d'étranglement, les solutions possibles, les bonnes pratiques, les projets pilotes et les axes de recherche afin de dégager un large consensus sur des

umsetzbare Empfehlungen, die etwas bewirken können, zu erreichen.

Vor der Coronakrise (2019 - Anfang 2020) waren bereits Kontakte mit verschiedenen Akteuren geknüpft worden. Die Auswirkungen der Pandemie auf den Sektor der psychischen Gesundheitsversorgung ist nicht zu unterschätzen und wurde in der weiteren Ausarbeitung der Empfehlungen berücksichtigt. Die Akademien stellen erfreut fest, dass verschiedene Aktionspläne und Initiativen diesbezüglich gestartet wurden. Für sie ist es jedoch von entscheidender Bedeutung, dass diese an den - in der Einleitung beschriebenen, im Jahr 2015 gegründeten - Netzwerkstrukturen und dazugehörigen strategischen Schwerpunkten anschließen.

Im Sommer 2020 wurde eine schriftliche Umfrage an die 12 Netzwerke für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen gerichtet. Die Fragen lauteten folgendermaßen:

- Welches sind Ihre Prioritäten auf dem Gebiet der Funktion Ihres Netzwerks (kurz- und langfristig)?
- Welchen Einfluss hat die COVID-19-Krise?
- Was sind die Schwierigkeiten und Hindernisse?
- Falls ein zusätzliches Budget zur Verfügung kommen sollte, wie würden Sie dies verwenden?

Alle Netzwerke antworteten ausführlich und 11 Themen wurden vom gemeinschaftlichen Beratungsgremium als vorrangig ausgewählt, und zwar:

1. Die politische Ebene
2. Die organisatorische Ebene
3. Führungskompetenz
4. Datensammlung
5. Nachhaltigkeit der Netzwerke
6. Wissenschaftliche Forschung
7. Partizipation
8. Öffentliche Information
9. Anpassung der Lehrpläne
10. Destigmatisierung und Integration
11. Versorgungskontinuum, Übergangopsychiatrie und spezifische Untergruppen

Mit diesen Themen als Richtschnur wurden im September 2020 vier Versammlungen der verschiedenen Interessengemeinschaften abgehalten. Die vier Gruppen umfassen Vertreter der akademischen Welt, der Organisationen, der Fachleute und Patienten und schließlich der Entscheidungsträger.

Die Gespräche brachten eine große Menge Informationen ein, die erneut von der gemeinschaftlichen Kommission auf fünf

recommandations concrètes et applicables qui peuvent faire la différence.

Avant la crise du coronavirus (2019 - début 2020), des contacts avaient déjà été noués avec différents acteurs. L'impact de la pandémie sur le secteur de la santé mentale ne doit pas être sous-estimé et a été inclus dans l'évolution des recommandations. Les Académies ont constaté avec satisfaction que divers plans d'action et initiatives sur ce sujet ont été lancés. Cependant, elles considèrent qu'il est primordial que ces derniers soient en accord avec les structures de réseau et les politiques connexes mises en place en 2015, comme décrit dans l'introduction.

Pendant l'été 2020, une enquête écrite a été adressée aux 12 réseaux de santé mentale des enfants et des adolescents. Les questions étaient les suivantes :

- Quelles sont vos priorités pour le fonctionnement de votre réseau (à court et à long terme) ?
- Quel est l'impact de la crise du COVID-19 ?
- Quels sont les freins et les difficultés ?
- Si un budget supplémentaire devait être mis à disposition, comment le dépenseriez-vous de préférence ?

Tous les réseaux ont répondu en détail et 11 thèmes ont été sélectionnés comme priorités par le Comité consultatif conjoint, à savoir :

1. le niveau politique
2. le niveau organisationnel
3. le leadership
4. la collecte de données
5. la durabilité des réseaux
6. la recherche scientifique
7. la participation,
8. l'information du public
9. l'adaptation des programmes de formation
10. la déstigmatisation et l'intégration
11. la continuité des soins, la psychiatrie de transition et les sous-groupes spécifiques

Quatre réunions de parties prenantes ont été organisées en septembre 2020 en utilisant ces thèmes comme ligne directrice. Les quatre groupes comprenaient des représentants du monde universitaire, des organisations, des professionnels et des patients, et enfin des décideurs politiques.

Les discussions ont permis d'obtenir une grande quantité d'informations, qui ont été à nouveau résumées par le comité conjoint en cinq points

grundlegende Schwerpunkte mit hoher Priorität zusammengefasst wurden:

1. **Wissenschaftlicher** Sachstand in Bezug auf eine deutliche **Definition des Konzepts „psychische Gesundheitsversorgung“**, evidenzbasierte biopsychosoziale **Prävention, diagnostische und therapeutische Interventionen**, und die Bedeutung höherer Bildungseinrichtungen in den **Ausbildungen für psychische Gesundheitsversorgung**.
2. **Die Bedeutung von Prävention** in der prä-, peri- und postnatalen Versorgung, Kinder- und Übergangspsychiatrie.
3. **Partizipation und Destigmatisierung**: Vorstellung neuer Konzepte, Modelle und Interventionen, die eingeführt und im belgischen Kontext eingesetzt werden können, Erkundung von Versorgungsprozessen und Versorgungskontinuum durch die Benutzer selbst sowie die Aufklärung der Öffentlichkeit.
4. **Eine (digitale) Versorgungslandkarte für Belgien** mit einer kohärenten Übersicht über alle Dienstleistungen für psychische Gesundheit für Kinder und Jugendliche in der nullten, ersten, zweiten und dritten Linie.
5. **Datenerfassung**: Bedarf an einem allgemeinen System für die verschiedenen Versorgungsbereiche, das Daten für Versorgungskonsum, Versorgungsprozesse und bestehende Lücken generieren kann.

Die vorliegende Stellungnahme wurde gemäß diesen fünf Themen ausgearbeitet.

d'attention fondamentaux assortis d'une haute priorité :

1. État de l'art de la **science** autour d'une **définition claire du concept de « santé mentale »**, des **interventions thérapeutiques, diagnostiques, préventives** biopsychosociales basées sur les preuves, et importance des établissements d'enseignement supérieur dans les **formations** en matière de soins de santé mentale.
2. **L'importance de la prévention** en matière de soins prénataux, périnataux et postnataux, de la psychiatrie infantile et de transition.
3. **Participation et déstigmatisation** : propositions de nouveaux concepts, modèles et interventions pouvant être introduits et appliqués dans le contexte belge, exploration des parcours de soins et du continuum de soins par les utilisateurs eux-mêmes et information du public.
4. **Une feuille de route (numérique) des soins pour la Belgique** avec un aperçu cohérent de tous les services de santé mentale pour les enfants et les jeunes en première, deuxième et troisième ligne.
5. **Enregistrement de données** : nécessité d'un seul système général unique pour les différents secteurs de soins qui puisse générer des données sur la consommation de soins, les trajets de soins et les lacunes existantes.

Le présent avis a été élaboré en fonction de ces cinq thèmes.

III. Stellungnahme

3.1. DEFINITIONEN

3.1.1. Definition des Konzeptes der psychischen Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen

3.1.1.1. Zusammenhang zwischen Gesundheit, psychischer Gesundheit und Wohlbefinden

Die Definition von Gesundheit und folglich psychischer Gesundheit hat sich seit dem Zweiten Weltkrieg erheblich weiterentwickelt. Vor 1945 war „Gesundheit“ schlichtweg die „Abwesenheit von Krankheit“. 1946 veränderte die WHO ihre Perspektive radikal und die neue Definition von Gesundheit lautet seitdem: „ein Zustand des vollständigen körperlichen, psychischen und sozialen Wohlergehens“. In der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte der UN aus dem Jahr 1948 besagt Artikel 25: „Jeder hat das Recht auf einen Lebensstandard, der seine und seiner Familie Gesundheit und Wohl gewährleistet.“

2001 definierte die WHO psychische Gesundheit als „Zustand des Wohlbefindens, in dem eine Person ihre Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen, produktiv arbeiten und einen Beitrag zu ihrer Gemeinschaft leisten kann.“

Das psychische Gesundheitswesen hat den Zweck, das Wohlbefinden, die kognitive und emotionale Entwicklung, die persönliche Erfüllung und die Integration in der Gesellschaft zu fördern. Dies betrifft die gesamte Bevölkerung und umfasst zahlreiche Bereiche, d.h. nicht nur die Medizin und folglich Gesundheit in der strikten Bedeutung des Wortes spielen darin eine Rolle, sondern auch Familie, Schule und soziale Umgebung. Die gesamte Gesellschaft ist hiervon somit der Vektor. Die Aktionsstrategien umfassen unter anderem primäre Prävention, Schulung von Lehrkräften, Unterstützung für Eltern und Familien, sozialen Beistand, Medieninformation, politische Entscheidungen, ...

Ein Arzt hat eine gewisse soziale Legitimität, um sich um das Leiden von anderen zu kümmern und Gesundheitsversorgung anzubieten. Aufgrund dieser Definition von Gesundheit und psychischer Gesundheit der WHO müsste, in allen Disziplinen, eine ganzheitliche Herangehensweise an den Patienten und seine Familie enthalten sein, gestützt auf das biopsychosoziale und kulturelle Modell (Engel, 1977; Engel, 1980), wobei davon ausgegangen wird, dass *die biologischen, psychologischen, sozialen und kulturellen Faktoren auch eine Rolle bei der Aufrechterhaltung der Gesundheit oder der Entwicklung von Krankheit spielen.*

III. Avis

3.1. DÉFINITIONS

3.1.1. Définition du concept de santé mentale chez les enfants et les adolescents

3.1.1.1. Lien entre santé, santé mentale et bien-être

La définition de la santé et donc de la santé mentale a beaucoup évolué depuis la dernière guerre. Avant 1945, la santé équivalait à l'absence de maladie. En 1946, l'OMS change radicalement de perspective avec comme définition de la santé « un état de complet bien-être physique, mental et social ». Dans la déclaration des droits de l'homme de l'ONU, en 1948, il est dit à l'article 25 « Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille ».

En 2001, l'OMS définira la santé mentale comme « un état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté. ».

La santé mentale vise à améliorer le bien-être, le développement cognitif et émotionnel, l'accomplissement personnel et l'intégration dans la société. Toute la population est concernée et de nombreux domaines, au-delà de la médecine et donc de la santé au sens strict, sont impliqués : la famille, l'école, le social. C'est donc la société dans son ensemble qui en est le vecteur. Les stratégies pour agir relèvent de la prévention primaire, de la formation des enseignants, du soutien parental et familial, de l'aide sociale, de l'information médiatique, des décisions politiques, ...

Un médecin a une certaine légitimité sociale pour s'occuper de la souffrance d'autrui, pour soigner. Dans l'objectif de la définition de la santé et de la santé mentale de l'OMS, son approche, dans toutes les disciplines, se devrait d'être une approche holistique du patient et de sa famille, sur le modèle biopsychosocial et culturel (Engel, 1977 ; Engel, 1980), où *les facteurs biologiques, psychologiques, sociaux et culturels sont considérés comme participant simultanément au maintien de la santé ou au développement de la maladie.*

Dies erfordert eine Integration der verschiedenen Perspektiven, simultan und transdisziplinär und nicht mittels einer reinen Addition von Aktionen verschiedener Akteure (somatische Mediziner, Psychologen, Sozialarbeiter, Erzieher, ...), wobei gleichzeitig eine *aktive Partizipation des Patienten* erforderlich ist. Allzu häufig ist die psychologische Behandlung „sekundär“: sekundär in der Zeit, sekundär im Hinblick auf die strikt medizinischen Aspekte. Die eine Behandlung ist jedoch ohne die andere nicht möglich.

3.1.1.2. „Evidenzbasiert“ auf Basis der biopsychosozialen Aspekte in Bezug auf Prävention, Diagnose und therapeutische Interventionen.

Ab der Geburt, und sogar schon während der fetalen Phase, ist das Kind eine psychosomatische Einheit. Danach wird sich die Psyche mit der Entwicklung des innerpsychischen Lebens allmählich von der somatischen Basis abkoppeln. Die Beziehung Soma-Psyche, die meistens latent ist, kann in beide Richtungen plötzlich aktiviert werden. Chronische Erkrankungen, wie beispielsweise Diabetes, beweisen dies täglich.

Angesichts der Bedeutung chronischer Pathologien, mit manchmal einer genetischen Komponente, ist die Entwicklung einer gemeinsamen „somatisch-psychischen“ Vorgehensweise unentbehrlich. Es gibt selbstverständlich Versorgungsabkommen für diese oder jene spezifische Pathologie, aber diese bleiben beschränkt und definitionsgemäß zersplittert.

Es sollten Mittel für eine verallgemeinerte Implementierung dieser Praxis freigemacht werden. Diese Vision ist nicht nur in kurativer Hinsicht nützlich, sie ist auch für die Prävention entscheidend: Die Akzeptanz der Diagnose und der Behandlung könnte unerwünschte Nebenwirkungen in Folge von beispielsweise Ablehnung, Verkennung und Vermeidung nämlich drastisch vermindern.

Die Mittel sind notwendig, werden aber ohne angepasste Ausbildung der Ärzte, bei denen der hypertechnische Lehrplan nur wenig Platz für diese globale, ganzheitliche Herangehensweise an den Patienten lässt, nirgendwo hinführen. Es betrifft hier selbstverständlich nicht nur die chronischen Erkrankungen. Es ist erforderlich, junge zukünftige Ärzte zu lehren, dass technische Lösungen nicht zwangsläufig das psychische Leiden lindern.

Es wurden verschiedene ausschlaggebende Faktoren auf dem Gebiet der primären Prävention in Bezug auf Gesundheit und psychische Gesundheit in der Entwicklung kleiner Kinder identifiziert, wie beispielsweise die Prävention von frühzeitigen toxischen Stresszuständen oder die Prävention von „adverse childhood events“ (ACEs). Die

Ceci nécessite une réelle intégration des diverses perspectives qui doivent être abordées simultanément et de manière transdisciplinaire en réelle concertation et non une simple superposition de l'action de différents intervenants (médecine somatique, psychologues, assistants sociaux, éducateurs, ...) ainsi qu'une *participation active du patient*. Trop souvent, l'approche psychologique est « secondaire », secondaire dans le temps, et secondaire face aux aspects strictement médicaux alors que l'un ne va pas sans l'autre.

3.1.1.2. “Evidence-based” basée sur les aspects bio-psycho-sociaux en matière de prévention, de diagnostic et d'interventions thérapeutiques

Depuis sa naissance, et même dès la vie fœtale, l'enfant est une unité psychosomatique. Ce n'est que progressivement que le psychisme se détache du socle somatique avec l'élaboration d'une vie intrapsychique. La relation soma-psychè, généralement latente, peut s'activer soudainement, dans les deux sens. Les maladies chroniques, comme le diabète, le démontrent au quotidien.

Vu l'importance de ces pathologies chroniques, sans en oublier la composante génétique, le développement d'une prise en charge conjointe « somaticien-psy » serait indispensable. Certes, il existe des conventions de soins pour telle ou telle pathologie précise, mais cela reste limité, et par définition, morcelé.

Des moyens devraient être dégagés pour permettre la mise en place généralisée de cette pratique. Cette vision n'est pas seulement utile sur le plan curatif, elle est aussi cruciale sur le plan préventif : il est évident que l'acceptation du diagnostic et du traitement limiterait drastiquement les effets secondaires des refus/dénis/évitement.

Des moyens sont nécessaires, mais ils ne seront rien sans une formation ajustée des médecins dont le cursus, hyper-technique, ne laisse que peu de place à cette vision globale, holistique des patients. Ceci dépasse bien sûr l'exemple des maladies chroniques. Il s'agit d'apprendre aux jeunes futurs médecins que les solutions techniques ne suppriment pas nécessairement la souffrance morale.

Différents éléments probants ont été démontrés dans la prévention primaire en santé et en santé mentale dans le développement des jeunes enfants comme la prévention des états de stress précoces toxiques ou la prévention face aux « adverse childhood events - ACE ». Les effets du stress et des événements de vie problématiques sur le développement du cerveau du

Auswirkungen von Stress und problematischen Lebensereignissen auf die Entwicklung des Gehirns kleiner Kinder haben lebenslange Folgen, nicht nur für die mentale Gesundheit, sondern auch für die verschiedenen biologischen, immunologischen, kardiovaskulären, neuro-endokrinen oder metabolischen Systeme (National Scientific Council on the Developing Child, 2020). Die Behandlung kann in jedem Alter erfolgen, wobei es jedoch einfacher und kosteneffizienter ist, früh vorzugehen, bevor Probleme auftreten.

Im Hinblick auf die Diagnose und Behandlung pädopsychiatrischer Probleme wird EBM (*evidenzbasierte Medizin*) auch in der Kinderpsychiatrie angewendet. Es gibt zahlreiche internationale Empfehlungen (NIMH, NICE, KCE, HAS ...) in verschiedenen Bereichen, wie beispielsweise Autismusspektrumstörungen, Angst- und depressive Störungen, ADHD, PTSS, ... Es stimmt, dass diese Empfehlungen für bewährte Praktiken in Belgien nicht immer Anwendung finden, manchmal aus ideologischen Gründen, verknüpft mit dem theoretisch-klinischen (psychoanalytischen, systemischen, kognitiv-verhaltensmäßigen, neurobiologischen, genetischen ...) Referenzmodell. Es gibt jedoch große Unterschiede zwischen den Regionen (Flandern, Brüssel und Wallonie).

Sekundäre Prävention kann auch im Übergangsalter zum Erwachsenenalter in Erwägung gezogen werden, beispielsweise mittels Programmen bezüglich „ultra hoher Risiken (UHR)“ für Psychosen.

3.1.1.3. Ausbildung in psychischer Gesundheit

Wenn wir uns der Frage der psychischen Gesundheit aus einem breiteren Standpunkt nähern, muss sich die Gesellschaft fragen, welcher Platz in der Ausübung von politischer Verantwortung und Macht dem „Wohlergehen“ und der optimalen Entwicklung des kleinen Kindes und jeden Individuums, das einen Teil davon darstellt, eingeräumt wird.

Die Ausbildung der verschiedenen Akteure auf dem Gebiet der psychischen Gesundheit ist entscheidend, damit diese zusammenarbeiten können. Universitäten (Medizin, Psychologie) und Hochschulen (KrankenpflegerInnen, SozialarbeiterInnen, ErgotherapeutInnen, LogopädistInnen, ...) müssen eine Grundausbildung mit einer biopsychosozialen Annäherung ermöglichen, mit Aufmerksamkeit für die Determinanten der psychischen Gesundheit, aber auch für die frühzeitige Ermittlung von Anzeichen für ein Leiden bei Kindern und Jugendlichen.

Darüber hinaus müssen sie für die Notwendigkeit der Arbeit in einem transdisziplinären Kontext sensibilisiert werden, denn ein einziger Beruf bietet

jeune enfant ont des conséquences pour toute sa vie, non seulement sur sa santé mentale mais aussi sur les différents systèmes biologiques, immunitaires, cardiovasculaires, neuroendocriniens ou métaboliques (National Scientific Council on the Developing Child, 2020). La prise en charge peut se faire à tout âge mais il est plus aisé et moins coûteux d'intervenir précocement avant l'apparition des troubles.

Concernant le diagnostic et la prise en charge des problèmes pédopsychiatriques, l'EBM (*evidence based medicine*) existe aussi en pédopsychiatrie. Il existe de nombreuses recommandations internationales (NIMH, NICE, KCE, HAS) dans différents domaines comme les troubles du spectre autistique, les troubles anxio-dépressifs, le TDAH, le PTSD, ... Il est vrai que ces recommandations de bonnes pratiques ne sont pas toujours appliquées en Belgique, parfois pour des raisons « idéologiques » liées au modèle de référence théorico-clinique (psychanalytique, systémique, cognitivo-comportemental, neurobiologique, génétique, ...). Il existe de grande disparité entre les régions (Flandre, Bruxelles et Wallonie).

La prévention secondaire peut aussi être envisagée à l'âge de transition vers l'âge adulte comme les programmes concernant les « ultra hauts risques - UHR » de psychoses.

3.1.1.3. Formation en santé mentale

Si l'on considère la question de la santé mentale au sens large, c'est la société elle-même qui doit s'interroger sur la place qui est faite au « bien-être » et au développement optimal des jeunes enfants et de chacun des individus qui la composent dans l'exercice des fonctions de responsabilités politiques et de pouvoir.

La formation des différents intervenants en santé mentale est essentielle pour qu'ils puissent travailler ensemble. Les universités (médecine, psychologie) et les hautes écoles (infirmiers, assistants sociaux, ergothérapeutes, logopèdes, ...) doivent permettre une formation de base à l'approche biopsychosociale, aux déterminants de la santé mentale mais aussi au repérage précoce des signes de souffrance de l'enfant et de l'adolescent.

De plus, ils doivent aussi être informés de la nécessité de travailler dans un contexte transdisciplinaire car une seule profession ne détient pas la vérité et la solution aux problèmes.

niemals die vollständige Wahrheit und alle Lösungen für die Probleme.

Derzeit wird ein neues Ausbildungsprogramm für Psychiatrie und Kinderpsychiatrie in unserem Land erstellt. Dieses Programm soll auf den europäischen Kontext abgestimmt und mit Hilfe der universitären Vertreter der fraglichen Spezialisierungen und der Berufsverbände ausgearbeitet werden. Es umfasst den Lehrplan für den Stoff, der während der fünfjährigen Ausbildung unterrichtet werden muss.

Verschiedene Mitgliedstaaten der UEMS haben ebenfalls ihren Ausbildungslehrplan definiert.

Beispielsweise in England:

https://www.gmc-uk.org/-/media/documents/child-and-adolescent-curriculum-march-2019_pdf-77954454.pdf

3.2. DIE BEDEUTUNG DER PRÄVENTION

Der Gegenstand der Medizin ist *die körperliche und psychische Gesundheit* von Individuen während ihres ganzen Lebens. Die Volksgesundheit muss sich in erster Linie jedoch auf die *Prävention* von Erkrankungen konzentrieren, um deren Auftreten zu vermeiden, sodass die nachteiligen Folgen sowohl in menschlicher als auch wirtschaftlicher Hinsicht vermindert werden.

Prävention von psychischen Problemen bei Kindern und Jugendlichen ist von vorrangiger Bedeutung und erfordert - angesichts der Komplexität der Diagnose - neben der Kenntnis biologischer Parameter eine gute Kenntnis des sozialwirtschaftlichen und pädagogischen Kontextes, eine Evaluierung der familiären Situation, der Ereignisse in den ersten Lebensjahren und der Integration in Schule und Gesellschaft.

Die derzeit am besten entwickelten Ansätze sind die *Versorgungsprozesse*, bei denen die vollständige Behandlung von der Prävention bis zu den praktischsten kurativen Aspekten betrachtet wird. Um dies zu erreichen, ist eine Vision der zu erreichenden Zielsetzungen und der Art und Weise ihrer Realisierung erforderlich. In diesem Konzept ist Prävention nicht vom kurativen Aspekt abgekoppelt, und demzufolge muss die Verteilung der nötigen finanziellen Mittel gut durchdacht sein. Prävention wurde allzu häufig stiefmütterlich behandelt, da deren Nutzen nicht unmittelbar ersichtlich und die kurative Versorgung immer so dringend war, dass diese stets Vorrang gegenüber jedem anderen Aspekt bekam.

Prävention verbessert nicht nur die Lebensbedingungen und die Integration des einzelnen Individuums, sondern der gesamten Gesellschaft. Ein glückliches und gut erzogenes Kind wird selbst für ein externes Gleichgewicht in seiner Umgebung sorgen

Actuellement, un nouveau programme de formation en psychiatrie et en pédopsychiatrie est établi dans notre pays. Il veut s'aligner sur le contexte Européen, construit avec l'aide des représentants universitaires des spécialités concernées ainsi que des associations professionnelles. Il comprend le curriculum des matières qui doivent être enseignées au cours des 5 ans de formation.

Différents pays membres de l'UEMS ont eux aussi défini le curriculum de formation.

Pour exemple en Angleterre:

https://www.gmc-uk.org/-/media/documents/child-and-adolescent-curriculum-march-2019_pdf-77954454.pdf

3.2. L'IMPORTANCE DE LA PRÉVENTION

La médecine vise à *la santé physique et mentale* des individus durant leur vie entière. Mais la santé publique doit viser avant tout à la *prévention* des maladies pour éviter qu'elles ne surviennent et réduire les coûts qu'elles engendrent, sur les plans tant humains qu'économique.

La prévention des troubles mentaux chez les enfants et les adolescents est d'une importance capitale et nécessite, compte tenu de la complexité du diagnostic, la connaissance des paramètres biologiques ainsi qu'une bonne connaissance du contexte socio-économique et d'éducation, une évaluation des rapports familiaux, des événements des premières années de vie, de l'insertion scolaire et sociale.

Les démarches les plus construites aujourd'hui sont *les trajets de soins* où l'ensemble de la prise en charge, depuis la prévention jusqu'aux aspects curatifs les plus pratiques sont pris en compte. Pour y parvenir, il faut une vision des buts à atteindre et de la manière d'y parvenir. Dans ce concept, la prévention n'est pas dissociée du curatif et par conséquent la répartition des fonds nécessaires au financement doit être bien pensée. La prévention a trop souvent été le parent pauvre, car son utilité n'était pas immédiatement apparente et que le curatif était tellement prégnant qu'il l'emportait sur toute autre attitude.

La prévention n'améliore pas seulement les conditions de vie et d'insertion d'un seul individu, mais de toute une société. Ainsi un enfant heureux et éduqué devient lui-même générateur d'équilibre extérieur pour son entourage et l'on peut prévenir ainsi, par exemple, le

und wird somit zur Prävention von beispielsweise Selbsttötung, schwerem Suchtverhalten oder Straffälligkeit beitragen - Probleme, die, wenn sie vielfach auftreten, das ganze gesellschaftliche System destabilisieren. Die Definition der Prioritäten für die psychische Gesundheit von Kindern impliziert eine Konzentration der Anstrengungen in zwei Lebensphasen: einerseits die perinatale Periode bis zum schulfähigen Alter, und andererseits die Adoleszenz, der Übergang zwischen der Kinderzeit und dem Erwachsenenalter.

3.2.1. Die perinatale Periode bis zum schulfähigen Alter.

Pädiater und Kinderpsychiater sind sich darüber einig, dass die drei ersten Lebensjahre im Leben eines Individuums ausschlaggebend sind, und dass die Art und Weise, in der sie ablaufen, das gesamte weitere Leben des Kindes bestimmen werden. Es fällt jedoch auf, dass die Rahmenbedingungen dieser Periode und die Finanzierung vieler dazugehöriger Aspekte von den Verantwortlichen unter dem Gesichtspunkt einer optimalen Zukunft für unsere Kinder nicht gut durchdacht wurden.

Es ist von großer Bedeutung, früh auf Risikofaktoren und Probleme hinzuweisen und auf die richtige Weise in Angriff zu nehmen, sodass rasch die richtige Fürsorge geboten und eine größere Wirkung erzielt werden kann.

Diese Periode kann in drei aufeinanderfolgende Perioden unterteilt werden: pränatale, perinatale und postnatale Periode.

3.2.1.1. Die pränatale Periode

Risikofaktoren für Beziehungsprobleme zwischen Eltern und Kinder können bereits vor der Geburt des Kindes identifiziert werden.

Das soziale Umfeld, in dem ein Kind geboren wird, das Einkommen und das Ausbildungsniveau der Eltern sowie ihre eigene körperliche und psychische Gesundheit werden mitbestimmen, wie das Kind sein Leben beginnen wird. In unserem Land werden nahezu 20% der Kinder in einem ungünstigen wirtschaftlichen Kontext geboren, unter dem gesetzlich festgelegten Mindestniveau (also unterhalb der Armutsschwelle). Das ist vor allem bei Einelternfamilien der Fall, wo meistens eine alleinstehende Mutter für die Bedürfnisse und die Erziehung ihres Kindes sorgen muss.

Wenn die Variablen, die die Prognose eines Kindes beeinflussen, einer multivariaten statistischen Analyse unterzogen werden, und dies sowohl bei einer akuten Erkrankung als auch bei einer chronischen Krankheit, erweist sich das Bildungsniveau der Mutter stets als

suicide, les addictions graves ou la délinquance, qui, au contraire, lorsqu'ils sont fréquents déstabilisent l'ensemble du corps social. La définition des priorités en santé mentale de l'enfant conduit à privilégier les efforts sur deux moments de la vie : la période périnatale jusqu'à l'âge scolaire d'un part et d'autre part l'adolescence, période de transition entre l'enfance et l'âge adulte.

3.2.1. La période périnatale jusqu'à l'âge scolaire

Les pédiatres et pédopsychiatres sont d'accord pour considérer que les trois premières années de la vie sont décisives dans la vie d'un individu et que la manière dont elles vont se passer conditionnera tout l'avenir de l'enfant. Il est cependant singulier de constater que l'encadrement de cette période et son financement sur bien des aspects ne sont pas conçus adéquatement par les responsables pour que soit optimisé l'avenir de nos enfants.

Il est très important d'identifier les facteurs de risque et les problèmes à un stade précoce, de les traiter correctement, afin de pouvoir apporter rapidement l'aide adéquate et d'obtenir un impact plus important.

Il paraît judicieux de diviser cette périodes en trois parties successives : prénatale, périnatale et postnatale.

3.2.1.1. La période prénatale

Les facteurs de risque des problèmes de relation parents-enfants peuvent être identifiés avant même la naissance de l'enfant.

Le milieu social dans lequel un enfant va naître, les revenus et le niveau d'éducation de ses parents, leur propre santé physique et mentale notamment vont conditionner la manière dont il va commencer son existence. Dans notre pays, près de 20% des enfants naissent dans un contexte économique défavorable, inférieur au niveau minimal établi par le législateur, et donc sous le seuil de pauvreté. C'est en particulier le cas pour les familles mono-parentales où la mère seule, le plus souvent, doit subvenir aux besoins et à l'éducation de son enfant.

Lorsque l'on soumet à une analyse statistique multivariée les variables qui influencent le pronostic d'un enfant, que ce soit dans une affection aiguë ou dans un maladie chronique, c'est le diplôme de sa mère qui revêt la signification la plus importante. La

wichtigster Faktor. Die Position und das Schicksal der Frau in allen Gesellschaften sind folglich entscheidend. Sämtlich Rahmenbedingungen für Aufsicht und Interventionen während der Schwangerschaft sind wichtig: der behandelnde Arzt, der Gynäkologe, die Agentur „Kaleido“, die sozialen Dienste, das ÖSHZ, ...

3.2.1.2. Die perinatale Periode

Die Periode in der Geburtsklinik spielt eine entscheidende Rolle, wenn ihr kein sozialer Beistand und keine Diagnose vorausgegangen sind. Sie betrifft grundsätzlich alle Akteure, die eine soziale, medizinische und psychologische Diagnose stellen können. Bedauerlicherweise ist der Aufenthalt in der Geburtsklinik für die Patienten, die wirklich einen Bedarf dafür haben, derzeit oft sehr kurz. Diese Periode bietet jedoch die Möglichkeit für die Organisation einer langfristigen Behandlung, wenn das Versorgungsprogramm genau und mit ausreichender Aufmerksamkeit erstellt wird.

3.2.1.3. Die postnatale Periode, bis 6 Jahre

Die psychomotorische Entwicklung des Kindes nach der Geburt umfasst einige entscheidende Phasen, die eine optimale Umgebung erfordern, gemeinsam mit geeigneten Stimulanzen, Liebe und Serenität, ein Rahmen, der die familiäre, soziale und zukünftige schulische Integration fördert. Es ist bekannt, dass die ersten tausend Tage ausschlaggebend sind. Bedauerlicherweise ist die Finanzierung für diese Lebensperiode unzureichend. Es fehlt an einer globalen positiven Vision und das Pflegepersonal für kleine Kinder ist unterbesetzt und läuft überdies unter ungünstigen Umständen.

Aus der klinischen Praxis wissen wir, dass die meisten Probleme, wie beispielsweise übermäßiges Heulen, Probleme beim Füttern und Essen, Schlafprobleme, Verhaltensprobleme und somatische Probleme bei (sehr) kleinen Kindern oft keine somatische Ursache haben, sondern durch eine Störung des Wohlbefindens des Kindes verursacht werden.

Psychosoziale Gefährdungen bei Eltern sind Risikofaktoren für emotionale, Verhaltens- und Schlafstörungen bei (sehr) kleinen Kindern.

Misshandlung oder (emotionale) Verwahrlosung in den ersten Lebensmonaten führt im Alter von drei Jahren bei nahezu der Hälfte der Kinder zu Entwicklungsproblemen oder Verhaltensstörungen, und misshandelte oder verwahrloste Kinder sind einer größeren Gefahr ausgesetzt, Verhaltensprobleme und schlechte Schulleistungen zu entwickeln. Zudem weist die Untersuchung nach, dass Probleme in der Grundschule und im späteren Alter ihren Ursprung in

place et le sort de la femme dans toutes les sociétés est donc essentiel. Toutes les structures qui vont monitorer la grossesse et intervenir sont importantes : le médecin traitant, le gynécologue, l'Office Nationale de l'Enfance, les services sociaux, les CPAS....

3.2.1.2. La période périnatale

La maternité joue un rôle essentiel quand l'aide sociale et le diagnostic ne l'ont pas précédée. Elle rassemble en principe tous les acteurs susceptibles d'établir un diagnostic social, médical et psychologique. Malheureusement, pour les patients qui en ont vraiment besoin, le séjour en maternité est actuellement très bref. Mais cette période offre l'opportunité d'une prise en charge de longue durée si le programme de soins est établi avec précision et générosité.

3.2.1.3. La période postnatale, jusqu'à 6 ans

Le développement psychomoteur de l'enfant après sa naissance comporte une série de phases déterminantes qui nécessitent un environnement optimal, des stimulations appropriées, amour et sérénité, un encadrement qui promeut l'insertion familiale, sociale, scolaire future. On sait que les mille premiers jours sont décisifs. Malheureusement les financements destinés à cette période de la vie sont insuffisants ; une vision globale positive manque ; le personnel qui s'occupe de la petite enfance est en nombre insuffisant ; son statut est particulièrement peu favorable.

La pratique clinique nous a appris que la plupart des problèmes tels que les pleurs excessifs, les problèmes de nutrition et d'alimentation, les troubles du sommeil, les troubles du comportement et les problèmes somatiques chez les (très) jeunes enfants n'ont souvent pas de cause somatique, mais sont dus à une perturbation du bien-être de l'enfant.

Les vulnérabilités psychosociales des parents sont des facteurs de risque de troubles émotionnels, comportementaux et du sommeil chez les (très) jeunes enfants.

La maltraitance ou la négligence (affective) au cours des six premiers mois de la vie entraîne des problèmes de développement ou des troubles du comportement chez près de la moitié des enfants à l'âge de trois ans. Les enfants qui ont été maltraités ou négligés sont plus susceptibles de développer des problèmes de comportement et de mauvais résultats scolaires. Les recherches montrent également que les problèmes survenus à l'école primaire et plus tard trouvent leur

den ersten Kinderjahren finden, und dass chronisch asoziales Verhalten in einem höheren Alter häufig auf ein Muster zurückzuführen ist, das bereits sehr früh im Leben begonnen hat.

Derzeit gibt es in unserem Land zu wenig Daten, um Risikofamilien systematisch erkennen zu können. Darüber hinaus werden die verfügbaren Daten noch nicht strukturell oder auf Bevölkerungsniveau verknüpft.

3.2.2. Übergangsvorsorge: psychische Gesundheitsvorsorge zwischen 17 und 23 Jahren

3.2.1.2. Problemskizze

Eine zweite sehr sensitive Periode ist jene der Adoleszenz. Alles, was geschehen ist, bevor das Kind dieses Alter erreicht, ist selbstverständlich von großer Bedeutung. Aber während dieser Emanzipationsperiode erlebt das Kind oft verletzliche Momente, an denen es sich gemobbt oder bedroht fühlen kann. Es kann Selbstmordgedanken oder eine Suchtneigung aufweisen, die zu Straffälligkeit anregen können. Wir müssen Jugendliche destigmatisieren, ihnen in diesem Übergang helfen, sie mit Wohlwollen respektieren, damit sie in der Lage sind, ein heilsames Gleichgewicht zu erreichen.

Aus der Fachliteratur geht hervor, dass Jugendliche zwischen 16 und 25 Jahren, die mit psychischen Gesundheitsproblemen kämpfen, unterschiedliche Bedürfnisse haben und Gefährdungen zeigen, die eine Herausforderung für die Fürsorgenetze und Sozialarbeiter darstellen. Die Europäische Union hat das Milestone-Projekt unterstützt, um die psychische Gesundheitsvorsorge während dieser Übergangsperiode zu verbessern. Signorini *et al.* (2018) haben in einem zusammenfassenden Artikel die wichtigsten Schlussfolgerungen in Bezug auf diese typische Betreuungsphase formuliert. Die Kluft zwischen der Versorgung für Kinder/Jugendliche und Erwachsene ist eine Realität. Es zeigt sich jedoch, dass genau zu diesem Zeitpunkt eine spezifische Betreuung notwendig ist. Eine europäische Untersuchung ergibt, dass es wenig offizielle Dokumente gibt, die in föderalen oder regionalen Leitlinien genehmigt wurden. Darüber hinaus gibt es nur wenig normiert und wissenschaftlich fundierte Protokolle, und Jugendliche und ihre Familien haben in Bezug auf die Versorgungsleistung in einer derartigen Übergangsperiode selten Mitsprache.

Die Spezifität dieser Altersgruppe unterscheidet sich in vielerlei Hinsicht von den vorhergehenden und folgenden Lebensphasen. Demzufolge ist angezeigt, dieses Übergangsalter als vollwertige Bevölkerungsgruppe zu betrachten und spezifische psychische Gesundheitsversorgungsleistungen vorzusehen.

origine dans la petite enfance et que le comportement antisocial chronique dans la vie ultérieure peut souvent être attribué à un schéma qui a commencé très tôt dans la vie.

À l'heure actuelle, les données sont insuffisantes dans notre pays pour détecter systématiquement les familles à risque. En outre, les données disponibles ne sont pas encore reliées entre elles au niveau structurel ou au niveau de la population.

3.2.2. Soins de transition : soins de santé mentale entre 17 et 23 ans

3.2.2.1. Schéma du problème

Une deuxième période très fragile est l'adolescence, Tout ce qui s'est passé avant que l'enfant n'arrive à cette échéance a évidemment une grande importance. Mais la période d'émancipation le conduit souvent à des moments de fragilité où il peut se sentir harcelé, agressé, et devenir parfois suicidaire ou au contraire soumis à des addictions, le conduisant parfois à la délinquance. Destigmatiser ces jeunes, les aider dans leur transition, et les respecter avec bienveillance leur permettra d'accéder à une forme utile d'équilibre.

La littérature scientifique montre que les jeunes de 16 et 25 ans qui sont confrontés à des problèmes de santé mentale ont des besoins différents et des vulnérabilités qui représentent des défis pour les réseaux et les assistants sociaux. L'Union européenne a soutenu le projet Milestone dans le but d'améliorer les soins de santé mentale pendant cette période de transition. Signorini *et al.* (2018) ont formulé dans un article de synthèse les principales conclusions concernant cette phase typique des soins. Le fossé entre les soins aux enfants/jeunes et les adultes est une réalité. Néanmoins, il semble que des soins soient précisément nécessaires à ce moment-là. Les recherches européennes montrent qu'il existe peu de documents officiels approuvés par les politiques fédérales ou régionales. De plus, il existe peu de protocoles normalisés et scientifiquement fondés. De plus les jeunes et leurs familles n'ont guère leur mot à dire dans les soins pendant une telle période de transition.

La spécificité du groupe d'âge diffère à bien des égards des phases précédentes et suivantes de la vie. Par conséquent, il est utile d'envisager l'âge de transition comme un groupe de population à part entière et d'y greffer des soins de santé mentale.

Das Ziel der psychischen Gesundheitsversorgung während des Übergangsalters besteht in erster Linie darin, die Kontinuität der Betreuung zu gewährleisten und anschließend den Übergang zu einem Betreuungsmodell für Erwachsene zu ermöglichen. Anlage 1 enthält Beispiele von Versorgungsmodellen sowie auch einige Empfehlungen, auf die sich die Politik konzentrieren kann.

3.3. PARTIZIPATION & DESTIGMATISIERUNG

3.3.1. Einleitung

3.3.1.1. Ausgangspunkt und Vorgehensweise

In den oben genannten Umfragen, bei denen die Anforderungen für Kinder und Jugendliche im Kontext des psychischen Wohlbefindens und der Gesundheitsversorgung formuliert wurden, haben verschiedene Netzwerkkoordinatoren einheitlich die Partizipation und die (De-)Stigmatisierung als wichtige Themen aufgeführt denen man in den kommenden Jahren Gestalt verleihen muss. Mit dieser Stellungnahme möchten die Akademien auf innovativer und effizienter Weise den Kindern und Jugendlichen Mitspracherecht in den verschiedenen Bereichen der psychischen Gesundheitsversorgung geben. Mittels Literaturstudien (bestehende nationale und internationale Initiativen, Programmvorlagen) wurden kurz einige Grundsätze als notwendiger Hintergrund skizziert, um einen Operationalisierungsprozess umsetzen zu können. Eine Reihe von Initiativen sind derzeit auf föderaler Ebene (Unesco, Pilotprojekt FÖD) in vollem Gange. Die Stellungnahme wird in Übereinstimmung mit diesen laufenden Prozessen einen zusätzlichen Anstoß und Anreiz zur Entwicklung von operativen Instrumenten durch Entscheidungsträger bieten.

Die Wirkung eines partizipativen Prozesses hat schon an sich einen erheblichen Einfluss auf die Destigmatisierung. Nicht nur verstärken Kinder und Jugendliche Fähigkeiten und Kompetenzen, die zu einer Verbesserung des Problemlösungsvermögens, der Kommunikation und der Identitätsentwicklung beitragen können; gerade durch diesen Partizipationsprozess fühlen sie sich weniger einsam und weniger „anders“. Eine grössere gesellschaftliche Einbeziehung von Kindern und Jugendlichen sorgt für eine breitere demokratische Tragfläche im sozialen Leben und vereinfacht die allmähliche Übernahme von Verantwortung auf individueller und kollektiver Ebene im Hinblick auf die vielen Aspekte der psychischen Gesundheit (Unicef, 2001).

3.3.1.2. Theoretischer Hintergrund

L'objectif des soins de santé mentale pendant l'âge de transition est avant tout d'assurer la continuité des soins et de favoriser ensuite la transition vers un modèle de soins pour adultes. L'annexe 1 illustre des modèles de soins ainsi qu'un certain nombre de recommandations sur lesquelles la politique peut se concentrer.

3.3. PARTICIPATION & DÉSTIGMATISATION

3.3.1. Introduction

3.3.1.1. Point de départ et procédure

Dans les questionnaires susmentionnés, dans lesquels les besoins des enfants et des jeunes en matière de bien-être psychologique et de soins de santé ont été formulés, divers coordinateurs de réseau ont uniformément identifié les thèmes participation et (dé)stigmatisation comme des sujets importants qui devront être façonnés dans les années à venir. Fortes du présent avis, les Académies entendent accéder à cette demande de manière novatrice et efficace pour donner aux enfants et aux jeunes la possibilité de s'exprimer dans différents domaines des soins de santé mentale. Grâce à une recherche documentaire (initiatives nationales et internationales existantes, notes de politiques), quelques principes de base ont été brièvement exposés comme contexte nécessaire à la mise en œuvre d'un processus d'opérationnalisation. Un certain nombre d'initiatives sont en cours au niveau fédéral (Unesco, projet pilote SPF). Conformément à ces processus en cours, l'avis donnera un élan et une impulsion supplémentaires au développement d'instruments opérationnels par les décideurs politiques.

L'effet d'un processus participatif exerce une influence importante sur la déstigmatisation. Non seulement les enfants et les jeunes renforcent les aptitudes et les compétences qui peuvent contribuer à une meilleure résolution des problèmes, à la communication et au développement de l'identité, mais c'est précisément grâce à ce processus participatif qu'ils se sentent moins seuls et moins « différents ». Une plus grande implication sociale des enfants et des jeunes assure une base démocratique plus large dans la vie sociale et facilite l'acquisition progressive de responsabilités au niveau individuel et collectif autour des nombreux aspects de la santé mentale (Unicef, 2001).

3.3.1.2. Contexte théorique

Für weitere Informationen: siehe Literaturliste und Anlage 1.

Partizipation bekommt anhand von Gesetzen und Vorschriften eine rechtliche Form. Ein Schlüsselinstrument ist hier die „UN-Kinderrechtskonvention“ (Unicef, 2001). Die wissenschaftliche Literatur gibt in diesem Kontext die Partizipationsscheibe als analytischen Rahmen an, der die Auslegung von Partizipation visualisiert (Herbots und Put, 2015). Vier Basiskomponenten eines Partizipationsprozesses werden zusammengebracht: Warum bzw. mit welchem Ziel findet die Partizipation statt, in welchem Kontext (*Mikroniveau: individuell, Mesoebene: Vorkehrung, Makroebene: föderale Politik*), mit welchen Akteuren und auf welche Manier (*informieren, verstehen, entscheiden*). Partizipation wird definiert als ein Prozess, ein Mittel und ein Ziel.

3.3.2. Partizipationsmodell für die psychische Gesundheitsversorgung für Kinder und Jugendliche in der Praxis (siehe auch Anlage 1)

3.3.2.1. Bestehende Initiativen

In Belgien sind bereits einige partizipative Prozesse für Kinder und Jugendliche in der Gesellschaft aktiv (z.B. Netzwerk gegen Armut, Kind & Gesellschaft, Cachet, ...). Ausgehend von diesen Erfahrungen können und werden derzeit wichtige Entwicklungen untersucht und formuliert. Wir verweisen diesbezüglich auf das Pilotprojekt im Auftrag des FÖD Volksgesundheit, Sicherheit der Nahrungskette und Umwelt (Bal und Werthen, 2019-2021) und das laufende, von Unicef organisierte Projekt Unicef („What do you think?“ , 2020).

3.3.2.2. Methoden

Alle Kinder können mitwirken. Das bedeutet, dass - wenn eine ausreichende Verbindung mit der psychischen Gesundheitsversorgung besteht - auch Kinder ohne psychische Probleme sollen teilnehmen können falls sie es wünschen. Die Wahl der Methoden, um diesen Prozess zu einem Erfolg zu bringen, ist sehr wichtig. Anlage 1 verweist auf die Bedeutung dieser Methoden und illustriert dies anhand von Weblinks mit einigen internationalen Beispielen von Partizipationsmodellen in der psychischen Gesundheitsversorgung für Kinder und Jugendlichen.

3.3.3. Richtlinien für Entscheidungsträger

Teilnahme von Kindern und Jugendlichen muss eine Selbstverständlichkeit werden. Es müssen ein breites Forum und eine Tragfläche vorhanden sein, in der in der Mitwirkung ein fester Bestandteil wird. Dieser komplexe Prozess gemäß der obigen Beschreibung kann jedoch nur dann Sinn haben, wenn die oben

Pour plus d'informations : voir la bibliographie et l'annexe 1.

La participation revêt une forme juridique par le biais de la législation et de la réglementation. Un instrument clé est la « Convention relative aux droits de l'enfant » (Unicef, 2001). Dans ce contexte, la littérature scientifique mentionne le disque de participation comme un cadre analytique qui visualise l'interprétation de la participation (Herbots et Put, 2015). Quatre éléments de base d'un processus de participation sont réunis : pourquoi ou dans quel *but* la participation a-t-elle lieu, dans quel *contexte* (*niveau micro : individuel, niveau méso : offre, niveau macro : politique fédérale*), avec quels *acteurs* et de quelle *manière* (*informer, comprendre, décider*). La participation est définie comme un processus, un moyen et une fin.

3.3.2. Modèle participatif de soins de santé mentale pour les enfants et les jeunes en pratique (cf. Annexe 1 complémentaire)

3.3.2.1. Initiatives existantes

En Belgique, un certain nombre de trajets participatifs pour les enfants et les jeunes sont déjà actifs dans la société (par exemple Netzwerk tegen Armoede, Kind & Samenleving, Cachet...). Sur la base de ces expériences, des développements importants peuvent être et sont actuellement étudiés et formulés. Nous faisons référence au projet pilote commandé par le SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement (Bal et Werthen, 2019-2021) et au projet en cours, mis en place par l'Unicef (« What do you think? », 2020).

3.3.2.2. Méthodologies

Tous les enfants peuvent participer. Autrement dit, s'il existe un lien suffisant avec les soins de santé mentale, les enfants sans problèmes mentaux devraient également pouvoir participer s'ils le souhaitent. Le choix des méthodes pour mener à bien ce processus est très important. L'annexe 1 fait référence à l'importance de ces méthodologies et l'illustre à l'aide de liens internet avec un certain nombre d'exemples internationaux de modèles participatifs de soins de santé mentale pour les enfants et les adolescents.

3.3.3. Lignes directrices pour les décideurs politiques

La participation des enfants et des jeunes doit devenir une évidence. Il faut disposer d'un large forum et d'une assise dans laquelle la participation devient incontournable. Cependant, ce processus complexe, tel que décrit ci-dessus, ne peut avoir de sens que si les

genannten Prinzipien, die ausreichend studiert wurden, auch umgesetzt werden.

Durch die Initiative des Pilotprojekts (Bal und Werthen, 2019-2021) weisen die Entscheidungsträger bereits auf die Bedeutung der Partizipation von Jugendlichen an der psychischen Gesundheitsversorgung hin., Entscheidend ist, dass die Politik Folgeinitiativen einsetzt um diesen Partizipationsprozess innerhalb der Netzwerke zu aktivieren. Diese Fortsetzung kann sich auf zwei Aufgaben fokussieren: Bündelung einer theoretischen Denkarbeit und Initiierung aktiver Pilotprojekte. Diese Empfehlungen werden in Anlage 1 genauer erläutert.

3.4. EINE VERSORGUNGS-LANDKARTE („ROAD MAP“) FÜR DIE PSYCHISCHE GESUNDHEITSVERSORGUNG FÜR KINDER UND JUGENDLICHE.

Der „Leitfaden zu einer neuen psychischen Gesundheitspolitik für Kinder und Jugendliche“ definiert die folgenden 5 Funktionen, die von den teilnehmenden Einrichtungen realisiert werden müssen (Anlage 2, Abbildung 1):

1. Früherkennung, Screenshot und Orientierung;
2. Diagnose;
3. Behandlung;
4. Inklusion in allen Lebensbereichen;
5. Austausch und gemeinsamer Einsatz von Expertise.

Im „Spectrum of Interventions for Mental Health“ von Mrazek und Haggarty wird zwischen Prävention, Früherkennung, Früh- und Standardbehandlung und langfristiger Betreuung unterschieden (Anlage 2, Abbildung 2).

Es wird für ein stufenweises Betreuungsmodell plädiert, das in der „WHO Service Organization Pyramid for an Optimal Mix of Services for Mental Health“ (Anlage 2, Abbildung 3) und im „Schema neue psychische Gesundheitspolitik für Kinder und Jugendliche“ (Anlage 2, Abbildung 4) dargestellt wird.

Für eine optimale Realisierung der beschriebenen Funktionen und Interventionen im Gesundheitssektor selbst und außerhalb des Sektors wäre eine benutzerfreundliche und detaillierte Übersicht über das verfügbare Fürsorgeangebot, d.h. über alle betroffenen Einrichtungen und Akteure, besonders nützlich. Es besteht der Eindruck, dass die jetzige Betreuungslandschaft uneinheitlich ist und eine große Anzahl von Betreuungsinstanzen vorhanden ist, dass jedoch die Übersicht und die globale Kenntnis darüber, wer was macht und wo, unzureichend sind. Es besteht Bedarf, alle Puzzleteile zu einem Ganzen

principes susmentionnés, qui ont été suffisamment étudiés, sont également mis en œuvre.

En créant le projet pilote (Bal et Werthen, 2019-2021), les décideurs politiques indiquent déjà l'importance accordée à la participation des jeunes aux soins de santé mentale. Il est essentiel que la politique prenne des initiatives subséquentes pour activer ce processus participatif au sein des réseaux. Ce suivi peut se concentrer sur deux manières : mettre en commun des réflexions théoriques et lancer des projets pilotes actifs. Ces conseils sont expliqués plus avant dans l'annexe 1.

3.4. UNE FEUILLE DE ROUTE (« ROAD MAP ») DES SOINS DE SANTÉ MENTALE DESTINÉS AUX ENFANTS ET AUX ADOLESCENTS

Le « Guide vers une nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents » définit les 5 fonctions suivantes à réaliser par les établissements participants (annexe 2, figure 1) :

1. Détection précoce, dépistage et orientation ;
2. Diagnostic ;
3. Traitement ;
4. Inclusion dans tous les domaines de vie ;
5. Échange et valorisation de l'expertise.

Le « Spectrum of Interventions for Mental Health » de Mrazek et Haggarty fait une distinction entre la prévention, la détection précoce, le traitement précoce et standard et les soins à long terme (annexe 2, figure 2).

Nous préconisons une organisation graduelle des soins (stepped care) comme le montre la « WHO Service Organization Pyramid for an Optimal Mix of Services for Mental Health » (annexe 2, figure 3) et le « Schéma de la nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents » (annexe 2, figure 4).

Pour une réalisation optimale des fonctions et des interventions décrites, au sein du secteur des soins lui-même et au niveau extra-sectoriel, un aperçu convivial et détaillé de l'éventail des soins disponibles, en d'autres termes de tous les établissements et acteurs concernés, serait particulièrement utile. On a l'impression que le paysage actuel des soins est disparate et qu'un grand nombre de prestataires de soins sont disponibles, mais que la vue d'ensemble et la connaissance globale des intervenants, de leur action et du lieu où ils pratiquent sont insuffisantes. Il est nécessaire de rassembler toutes les pièces du

zusammenzufügen. Dabei denkt man an ein Inventar oder Kataster, das wir anschließend als Versorgungslandkarte („Road map“) angeben werden, die einfach konsultiert werden kann, unter anderen mittels eines elektronischen Tools oder einer App.

3.4.1. Vorteile

Eine solche Versorgungslandkarte könnte mindestens in folgenden drei Bereichen vorteilhaft sein:

- a. Die Verbesserung der Zugänglichkeit der Versorgung, indem jedes Kind, jede(r) Jugendliche oder Betroffene rasch die Informationen erhalten kann, welche Einrichtung er in seiner Region für seine Frage oder sein Problem in Anspruch nehmen kann;
- b. Die Verbesserung der Versorgungskontinuität, indem jedes Kind, Jugendliche(r) oder Betroffener rasch prüfen kann, welche Einrichtungen für den weiteren Verlauf in Frage kommen;
- c. Die Erhöhung der Partizipation von Kindern und Jugendlichen bei der eigenen Skizzierung eines Versorgungsprozesses, der zu ihrem Problem am besten passt.

3.4.2. Zielgruppe

Eine detaillierte Versorgungslandkarte kann sehr praktisch sein, nicht nur für die Benutzer, in erster Instanz Kinder, Jugendliche und ihre unmittelbar Beteiligten, sondern auch für die Gesundheitsdienstleister und Praktiker, und auch für Behörden.

Benutzer müssten selbst auf relativ einfache Art und Weise suchen können, was ihnen die psychische Gesundheitsfürsorge zu bieten hat, z.B. an ihrem Wohnort oder in ihrer Provinz, oder für ihr spezifisches Problem bzw. für ihre Alterskohorte. Sie müssten nach speziellen Arten der Fürsorge suchen können, zu Hause oder ambulant oder eher stationär.

Gesundheitsdienstleister könnten anhand eines solchen Instruments einen besseren Überblick bekommen, wer eigentlich womit beschäftigt ist oder auf welche (Unter-) Zielgruppe man sich richtet oder worauf man sich spezialisiert. Aus einem sollen Wissen könnten sich interessante Kooperationen und Synergien ergeben, die weiter reichen als - zweifellos äußerst sinnvollen - bestehenden formellen und informellen Kontakten zwischen Gesundheitsdienstleistern.

3.4.3. Organisation und Daten

puzzle. Il faut penser à un inventaire ou à un cadastre que nous appellerons à l'avenir feuille de route des soins (« road map »), facile à consulter, par exemple via un outil ou une application électronique.

3.4.1. Avantages

Une telle feuille de route des soins pourrait être avantageuse dans au moins les trois domaines suivants :

- a. Améliorer l'accessibilité aux soins en permettant à tout enfant, adolescent ou personne concernée de savoir rapidement à quel établissement de sa région il peut s'adresser pour sa question ou son problème ;
- b. Améliorer la continuité des soins en permettant à tout enfant, adolescent ou personne concernée de vérifier facilement quels sont les services disponibles pour les trajets subséquents ;
- c. Accroître la participation des enfants et des jeunes à la conception d'un parcours de prise en charge le mieux adapté à leur problème.

3.4.2. Public cible

Une feuille de route détaillée des soins peut être très utile, non seulement pour les utilisateurs, principalement les enfants, les jeunes et leurs parents les plus proches, mais aussi pour les prestataires de soins et les acteurs de terrain, ainsi que pour les autorités.

Les utilisateurs eux-mêmes devraient pouvoir rechercher de manière relativement simple ce que les soins de santé mentale ont à offrir, par exemple dans leur lieu de résidence ou leur province, ou pour leur problème spécifique, ou encore pour leur cohorte d'âge. Ou bien ils doivent pouvoir rechercher des types d'assistances spécifiques à domicile, ambulatoires ou plus résidentielles.

Les prestataires de soins pourraient utiliser un tel instrument pour mieux comprendre qui fait quoi ou à quel (sous-)groupe cible ils s'adressent ou dans lequel ils se spécialisent. Des collaborations et des synergies intéressantes pourraient résulter de ces connaissances. Des collaborations qui vont au-delà des contacts formels et informels existants, sans aucun doute extrêmement utiles, entre les prestataires de soins.

3.4.3. Conception et données

Die vorgeschlagene Versorgungslandkarte müsste zwei Bereiche umfassen:

- a. Eine Sammlung der quantitativen Daten in Bezug auf die föderalen, regionalen und lokalen Einrichtungen. Dabei handelt es sich beispielsweise um eine Beschreibung der Kontaktdaten (auch über Websites und soziale Medien) und der Größe und Art der Einrichtung (Präventionsmaßnahmen; ambulant, Poliklinik, selbstständige Fürsorger; halb-stationär und stationär). Diese quantitativen Daten sind bereits in großem Maße vorhanden, aber nunmehr über die verschiedenen Behörden gestreut, und müssten folglich in einer Datenbank gesammelt werden.
- b. Eine Sammlung der qualitativen Daten aus den Sektoren selbst, beispielsweise: Mit welchen Problemen kann man sich an wen wenden und für welche Art von Intervention? Welche Spezialisierungen sind vorhanden? Welche Erfahrungen stehen zur Verfügung, mit welchen Ergebnissen oder Resultat?

Für die Erstellung einer solchen Versorgungslandkarte scheint ein Einvernehmen mit den betroffenen Behörden (z.B. über eine interministerielle Konferenz) eine *conditio sine qua non*, wonach eine Arbeitsgruppe von Personen mit den entsprechenden Kompetenzen die Landkarte ausarbeiten muss. Dabei geht es um Kompetenzen in Bezug auf die verschiedenen Arten, Ebenen und Bereiche der Versorgung, in Bezug auf den Aufbau und das Management von Datenbanken und in Bezug auf die rechtlichen, wirtschaftlichen und ethischen Implikationen. Es empfiehlt sich, in einem partizipativen Prozess das Wissen und die Kompetenzen der Kinder und Jugendlichen selbst in Anspruch zu nehmen.

3.5. DATENERFASSUNG

Dieser Punkt hängt in großem Maße von der Definition ab, die man für psychische Gesundheit handhaben möchte.

Die Evaluierung der psychischen Gesundheit kann in der systematischen Evaluierung der globalen Gesundheitsbedürfnisse aufgenommen werden. Sie muss demzufolge in einer allgemeinen Gesundheitsdatenbank aufgenommen werden, wie dies in Dänemark, Finnland (*Register of Primary Health Care Visits*), Großbritannien (*British Mental Case register*) und den Niederlanden (elektronische medische dossiers van huisartsen en *International Classification for Primary Care*) (siehe Anlage 1) geschehen ist.

La feuille de route de soins proposée devrait comporter deux volets :

- a. Une collecte de données quantitatives, concernant les installations fédérales, régionales et locales. Cela concerne, par exemple, une description des coordonnées (également via les sites web et les réseaux sociaux), ainsi que de la taille et de la nature de l'établissement (actions de prévention ; ambulatoire, policlinique, assistants sociaux indépendants ; semi-résidentiel et résidentiel). Ces données quantitatives sont déjà disponibles dans une large mesure, mais elles sont actuellement disséminées entre les différentes autorités, et devraient donc être rassemblées dans une base de données unique.
- b. Une collecte des données qualitatives des secteurs eux-mêmes, par exemple : quels problèmes peuvent être soumis à qui et pour quel type d'intervention ? Quelles sont les spécialisations disponibles ? Quelle est l'expérience disponible, avec quels résultats ou effets ?

Un accord des autorités concernées (par exemple via une conférence interministérielle) semble être une *conditio sine qua non* pour l'élaboration d'une telle feuille de route, après quoi une task force composée de personnes ayant les compétences nécessaires devra élaborer la feuille de route. Cela concerne les compétences relatives aux différents types, niveaux et secteurs de soins, à la construction et à la gestion des bases de données, ainsi qu'aux implications juridiques, économiques et éthiques. Il est recommandé d'utiliser les connaissances et les compétences des enfants et des jeunes eux-mêmes dans un processus participatif.

3.5. ENREGISTREMENT DES DONNÉES

Ce point dépend largement de la définition de ce que l'on souhaite étudier en santé mentale.

L'évaluation de la santé mentale peut entrer dans l'évaluation systématique des besoins en santé globale. Il faut dès lors l'inclure dans une banque de données de santé générale comme l'a fait le Danemark, la Finlande (*Register of Primary Health Care Visits*), la Grande Bretagne (*British Mental Case register*) ou encore la Hollande (dossiers médicaux informatiques des généralistes et *International Classification for Primary Care*). (cfr annexe 1)

Für Daten in Bezug auf psychische Gesundheit ist ein quantitativer Ansatz nach Diagnosen möglich. Der FÖD hat sich für die MPG (Minimale Psychiatrische Gegevens) zur Sammlung der (psychiatrischen und kinderpsychiatrischen) Krankenhausdaten entschieden. Dieses System wird derzeit aufgegeben und konnte niemals gut genutzt werden, unter anderem aufgrund der eingeschränkten Gültigkeit der Diagnosen (DSM-IV) in der Kinderpsychiatrie.

Eine andere Möglichkeit ist ein qualitativer Ansatz auf Basis der Versorgungseinrichtungen, wie beispielsweise in Norwegen (Mathiassen und Arnesen, 2018), indem man zu dem Zeitpunkt, an dem Kinder und Jugendliche das erste Mal ambulante Versorgungsleistungen in Anspruch nehmen, Daten über ihre psychische Gesundheit erfasst, und zwar auf Basis der englischen Kriterien des Child Outcomes Research Consortium (<http://www.corc.uk.net/>). Jugendliche und Kinder wurden gebeten, drei Fragebögen auszufüllen (*the Strength and Difficulties Questionnaire* (SDQ), *the Children's Global Assessment Scale* (CGAS) und *the Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents* (HoNOSCA)), für eine qualitative Evaluierung der angebotenen Dienstleistungen.

Anhand der jährlichen Kontrollen und der Sammlung von Daten für jeden Patienten verfügt die Agence pour une Vie de Qualité (AVIQ) über kostbare Informationen in Bezug auf die Problematik von Jugendlichen, die in der Wallonie die Services de Santé Mentale (SSM) in Anspruch nehmen möchten. Im Gegensatz zu Erwachsenen wird die Diagnosedimension für Jugendliche unter 18 Jahren aufgrund mangelnden Konsenses über den Referenzpunkt nicht erfasst.

Es stellt sich heraus, dass es keine einheitlichen zentralen Datenbanken für die verschiedenen Formen der Fürsorge gibt, weder zwischen den verschiedenen Gemeinschaften (flämische, französische, deutschsprachige Gemeinschaft) noch zwischen den Regionen (Flandern, Brüssel, Wallonie).

Am 21. März 2016 erteilte eine interministerielle Konferenz über Volksgesundheit in Belgien eine Stellungnahme für die Erstellung einer Reihe minimaler Angaben für die gemeinschaftliche Registrierung in allen Einrichtungen, die im Sektor der psychischen Gesundheitsversorgung arbeiten. Genauso wie in Norwegen schlug die Konferenz vor, die HoNOS (*Health of the Nation Outcome Scales*) für das Risikoprofil der Patienten zu registrieren, sowie die CANSAS-Skala (*Camberwell Assessment of Need short appraisal*) für die Pflegebedürfnisse der Patienten. Für die Einführung der gemeinsamen Registrierung wurde das internationale Klassifikationssystem ICD10 gewählt, das

L'approche de la collecte des données en santé mentale peut être quantitative en terme de diagnostics. C'était l'option du RPM (Résumé Psychiatrique Minimum) que le SPF avait choisi pour la collecte des données d'hospitalisation (psychiatrique et pédopsychiatrique). Celui-ci est en passe d'être abandonné et n'a jamais pu être exploité entre autre en raison de la faiblesse de la validité des diagnostics (DSM-IV) en pédopsychiatrie.

Une autre option est une approche qualitative sur les dispositifs de soins comme l'a fait la Norvège par exemple (Mathiassen et Arnesen, 2018) en collectant des données de santé mentale des enfants et des adolescents au moment où ils font une première demande de soins ambulatoires sur base des critères anglais du child outcomes research consortium (<http://www.corc.uk.net/>). Les jeunes et leur parents remplissaient 3 questionnaires (*The Strength and Difficulties Questionnaire* (SDQ), *the Children's Global Assessment Scale* (CGAS) and *the Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents* (HoNOSCA)) afin d'avoir une évaluation qualitative des services proposés.

L'Agence pour une Vie de Qualité (AVIQ), via les contrôles annuels et le recueil de données pour chaque patient, dispose d'une information précieuse sur la problématique des jeunes qui consultent les Services de Santé Mentale (SSM) en Wallonie. Toutefois, contrairement aux adultes, la dimension diagnostique n'est pas complétée pour les moins de 18 ans faute de consensus sur le référentiel.

Il semble qu'il n'y ait pas de bases de données centrales uniformes pour les différentes formes d'aide, ni entre les communautés (flamande, francophone, germanophone) et les régions (Flandre, Bruxelles, Wallonie).

La 21 mars 2016 en Belgique, une conférence interministérielle de Santé Publique a remis un avis pour l'établissement d'un ensemble de données minimales en vue d'un enregistrement commun dans l'ensemble des établissements travaillant dans le secteur de la santé mentale. Comme en Norvège, il proposait l'enregistrement des HoNOS (*Health of the Nation Outcome Scales*) pour le profil de risque des patients et de l'échelle CANSAS (*Camberwell Assessment of Need short appraisal*) pour les besoins en soins des patients. Pour le codage de l'enregistrement commun, le système de classification international proposé est celui de l'ICD10 devenu

mittlerweile ICD11 geworden ist. Dieser Vorschlag wurde nicht umgesetzt, ließe sich jedoch ganz einfach wieder aktivieren.

l'ICD11. Cette proposition n'a pas été implémentée mais pourrait aisément être réactivée.

IV. Schlussfolgerungen und Stellungnahmen

Die Akademien für Medizin möchten sich mit dieser Stellungnahme im Geiste von Respekt, Wohlwollen und Empathie für den Patienten und seine Familie deutlich von jeder Form der Stigmatisierung und negativen Beurteilung distanzieren. Sie formulieren folgende Empfehlungen für die Entscheidungsträger in der psychischen Gesundheitsversorgung für Kinder und Jugendliche:

1) Zunächst einmal ist ein biopsychosozialer, ganzheitlicher und entwicklungsorientierter Ansatz beim Umgang mit einem Kind, einem/einer Jugendlichen oder einer Familie erforderlich. Körper und Geist sind voneinander abhängig. Es besteht ein reeller Bedarf an einer transdisziplinären Zusammenarbeit durch die Integration biologischer, psychologischer, sozialer, umgebungsbezogener und kultureller Gesichtspunkte von Krankheit und Gesundheit. Dieser Ansatz betrifft die Untersuchung aller Organsysteme und die **Grundausbildung aller Sozial- und Gesundheitsberufe**. Es besteht beispielsweise ein Bedarf an der Erweiterung des Lehrgangs über medizinische Psychologie und einer soliden klinischen Ausbildung aus einem transdisziplinären Gesichtspunkt, sodass diese Arbeitsweise einen Bestandteil der zu erwerbenden Basiskompetenzen darstellt.

2) Es ist erforderlich, intensiv auf **primäre Prävention** (prä-, peri- und postnatal bis zu 3 Jahren) zu setzen, die größtenteils die Determinanten von Gesundheit und psychischer Gesundheit bestimmt. Besondere Aufmerksamkeit muss auch der **sekundären Prävention** (Ermittlung von frühen Anzeichen einer Psychopathologie, auch im Übergangsalter) gewidmet werden. Somit muss die Zugänglichkeit der psychischen Gesundheitsversorgung für Kinder und Jugendliche vereinfacht und erhöht werden. Anschließend muss eine ganzheitliche, biopsychosoziale und umgebungsbezogene Diagnose durchgeführt werden, um in eine optimale evidenzbasierte Versorgung und Behandlung zu münden. Die daraus resultierenden Versorgungsprozesse müssen kontinuierlich überwacht werden. Es wird empfohlen, eine Auflistung aller beabsichtigten evidenzbasierten diagnostischen und therapeutischen Interventionen zu erstellen, um eine einheitlichere und gezieltere Diagnose zu Beginn des Prozesses zu ermöglichen, das zu gezielteren Interventionen führt. Die Partizipation von Kindern und Jugendlichen ist dabei von Beginn des Prozesses an entscheidend.

Der Ausbau einer **Übergangsbetreuung** durch die Schaffung einer Überbrückungsfunktion mit dem Zweck, gefährdete Patienten und ihre Familien in

IV. Conclusions et recommandations

Avec cet avis, dans un esprit de respect et de bienveillance pour le patient et sa famille, les Académies de Médecine souhaitent clairement prendre leurs distances avec toute forme de stigmatisation et d'évaluation négative. Elles formulent les recommandations suivantes à destination des décideurs afin d'améliorer la prise en charge de la santé mentale des enfants et des adolescents :

1) Il faut tout d'abord une approche biopsychosociale, holistique et développementale dans l'abord d'un enfant, d'un adolescent ou d'une famille. Le corps et l'esprit sont interdépendants. Il existe une réelle nécessité de collaboration transdisciplinaire en intégrant tous les aspects biologiques, psychologiques, sociaux, environnementaux et culturels comme participant simultanément au maintien de la santé ou au développement de la maladie. Cette approche concerne l'étude de tous les systèmes organiques et donc la **formation initiale de tous les travailleurs sociaux et de santé**, en élargissant, par exemple, le cours de psychologie médicale et les mises en situations cliniques sous un angle transdisciplinaire, afin que cela s'intègre vraiment dans leurs compétences de base.

2) Il faut un engagement ferme pour la **prévention primaire** (pré, péri et postnatale jusqu'à 3 ans) dont on sait qu'elle conditionne largement les déterminants de santé et de santé mentale. Il faut aussi une attention particulière à la **prévention secondaire** (détection des signes précoces de psychopathologie, notamment à l'âge de transition). L'accessibilité des services de santé mentale pour les enfants et les jeunes devrait être facilitée et accrue. Une évaluation diagnostique holistique biopsychosociale et environnementale devrait être réalisée pour se poursuivre par une prise en charge, voire des traitements, fondés sur des données probantes, si elles existent, avec une surveillance continue. La liste de toutes les interventions diagnostiques et thérapeutiques fondées sur des données probantes doit être accessible et actualisée afin de permettre un diagnostic plus clair et ciblé, dès le début du processus qui mène à des interventions également ciblées. La participation des enfants et des jeunes dans le processus est cruciale dès le début.

Développer les **soins de transition** en créant une fonction de passerelle dans le but d'orienter les patients vulnérables et leurs familles dans une

einer Kontinuität zur psychischen Gesundheitsversorgung für Erwachsene zu begleiten. Diese Überbrückungsfunktion kann innerhalb der Netzwerke von einer Person erfüllt werden, aber ebenso gut auch von einem virtuellen Navigator (Lotse), der die spezifischen Betreuungsmöglichkeiten für Jugendliche im Übergang in der Fürsorgelandschaft anbietet.

Wichtig dabei ist eine Verlagerung vom Individuum zur Population: Screening ist entscheidend, um alle Pflegebedürfnisse zu ermitteln. Die Einrichtung eines **Datenregisters** (siehe weiter unter Punkt 5), das die Betreuung ab der Schwangerschaft garantiert und Untergruppen mit einem besonderen Risiko (Armut und Prekarität, ethnisch-kulturelle Minderheiten, familiäre Gewalt und Kindesmisshandlung, Einelternfamilien, frühe und posttraumatische Stresssituationen, ..) identifiziert, kann durch bestehende geeichte Kanäle realisiert werden, wie z.B. die Agentur „Opgroeien“ in Flandern und das Office de la Naissance et de l’Enfance (ONE) in Brüssel und der Wallonie, Kaleido in Ostbelgien (für weitere Infos: siehe Empfehlung 6 im Zusammenhang mit dem Pilotprojekt). Neben somatischen Daten müssen die wesentlichen psychosozialen Daten gesammelt werden. Die Zusammenarbeit mit der primären Linie, genauer gesagt dem Hausarzt und dem Kinderarzt, sollte verstärkt werden.

3) Die Veröffentlichung eines **Handbuchs und praktischen Drehbuchs für die Partizipation** von Kindern und Jugendlichen in der psychischen Gesundheitsversorgung als Leitfaden für die Netzwerke und alle Akteure, die an der psychischen Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen beteiligt sind. Zu diesem Zweck kann man sich auf die Weiterentwicklung und Erweiterung der bestehenden Pilotprojekte in Bezug auf Partizipation basieren, mit dem Ziel der Realisierung eines nationalen strukturierten Pilotprojekts.

4) Die Erstellung einer **belgischen Versorgungslandkarte** („Road map“), die ganz einfach beispielsweise auch über eine App oder einen elektronischen Schalter für Benutzer, Gesundheitsdienstleister und Behörden zugänglich ist. Diese Landkarte umfasst sowohl quantitative als auch qualitative Informationen über alle Einrichtungen, die in der nullten, ersten, zweiten und dritten Linie Fürsorge und Versorgung in Bezug auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen bieten. Dabei handelt es sich um Organisationen oder selbstständige Fürsorger, die in der Prävention, der Früherkennung und/oder der Basis- und spezialisierten Versorgung tätig sind.

5) Der Ausbau eines **Systems einer einheitlichen Datenerfassung** für die psychische Gesundheitsversorgung für ganz Belgien,

continuité vers les soins de santé mentale pour adultes. Cette fonction de passerelle peut être assurée par une personne au sein des réseaux, mais aussi par un navigateur virtuel qui fournit les possibilités de prise en charge spécifiques aux jeunes en transition dans le paysage des soins.

Il est important ici de passer de l’individu à la population : le dépistage est essentiel pour détecter tous les besoins en soins. Le démarrage d’un **registre de données** (voir point 5) qui garantit le suivi de la grossesse et des sous-groupes à risque particulier (pauvreté et précarité, minorités ethnoculturelles, violences intrafamiliales et maltraitance des enfants, familles monoparentales, états de stress précoces et post-traumatique,...) peut se faire par le biais des organismes existants, tels que Agentschap Opgroeien en Flandre et l’Office de la Naissance et de l’Enfance (ONE) à Bruxelles et en Wallonie (pour plus d’informations: voir recommandation 6 concernant le projet pilote). En plus des données somatiques, les données psychosociales essentielles doivent être collectées. Le lien avec la première ligne, plus particulièrement le médecin généraliste et le pédiatre, mérite d’être renforcé.

3) La publication d’un **manuel et d’une feuille de route pratique**, comme guide pour les réseaux et pour tous les acteurs impliqués, pour accroître la **participation** des enfants et des jeunes dans le cadre des soins et services en santé mentale. Cela peut s’appuyer sur l’expansion et le développement des projets pilotes déjà existants sur la participation des jeunes, afin de mettre en place un projet pilote national structuré.

4) La création d’une **feuille de route belge**, facilement accessible aux usagers, aux prestataires de soins de santé et aux gouvernements, par exemple via une application ou un site internet. Cette carte comprendrait des renseignements quantitatifs et qualitatifs sur tous les lieux qui fournissent de l’aide et des soins en santé mentale pour les enfants et des jeunes, de première, deuxième et troisième ligne, y compris des organisations ou de travailleurs de soins indépendants, travaillant dans les domaines de la prévention, du dépistage précoce et/ou des soins de base et spécialisés.

5) Le développement d’un **système uniforme d’enregistrement des données** pour les services de santé mentale pour l’ensemble de la Belgique, de

vorzugsweise innerhalb der bestehenden medizinischen Datenplattformen. Als Leitfaden kann hierfür das Protokollabkommen aus dem Jahr 2016 „in Bezug auf die Festlegung eines minimalen Datensets für eine gemeinschaftliche Erfassung in allen Einrichtungen, die in Bezug auf psychische Gesundheit aktiv sind“ genutzt werden, das von der Interministeriellen Konferenz Volksgesundheit verabschiedet wurde, das jedoch nie verwirklicht wurde.

6) Schließlich, die Einführung eines **nationalen Pilotprojekts**, das alle oben genannten Empfehlungen kombiniert, mittels Monitorings und Erfassung ab der Schwangerschaft und mit ersten Messmomenten bei 9 und 18 Monaten. Die Überwachung einer solchen großen Kohorte (Minimum N = 10 000) bis zum Erwachsenenalter dient mit dazu, die Organisation valider Screenings und Früherkennung, der evidenzbasierten Diagnose und Intervention, der Versorgungslandkarte und der Partizipation der Kinder und Jugendlichen und ihrer Familien zu unterstützen. Zudem muss dieses Pilotprojekt eine erhebliche Erweiterung der wissenschaftlichen Forschung bewirken.

préférence au sein des plateformes de données médicales existantes. Comme guide, l'accord de protocole de 2016 « en ce qui concerne l'établissement d'un ensemble de données minimales en vue d'un enregistrement commun dans l'ensemble des établissements travaillant dans le secteur de la santé mentale » peut être utilisé, approuvé par la Conférence Interministérielle sur la santé, dont la mise en œuvre n'a jamais été réalisée.

6) Enfin, le déploiement d'un **projet pilote national**, qui combine toutes les recommandations ci-dessus, avec le suivi et l'enregistrement pendant la grossesse et les premiers mois, de mesures spécifiques développementales à 9 et à 18 mois. La surveillance d'une cohorte naturaliste aussi importante (minimum N = 10 000) jusqu'à l'âge adulte devrait appuyer l'établissement d'un dépistage valide, de diagnostics et d'interventions fondées sur des données probantes, de la carte du paysage des soins et de la participation des enfants et des jeunes, ainsi que de leurs familles elles-mêmes. Le projet participera également à permettre une expansion significative de la recherche scientifique.

Teil 3.1: Begriffsbestimmungen

Verschiedene Faktoren erklären die Sorge um die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen: die neuen Technologien, die ungezügelter Zugang zu Wissen und sozialen Netzwerken verschaffen; der individuelle Druck und die Bedeutung von Selbstständigkeit und Freiheit, mit einer Schwächung der sozialen Unterstützung (Risiko von psychischen Problemen); die weltweite wirtschaftliche Konkurrenz, verknüpft mit einem unumkehrbaren Verlust von Arbeitsplätzen, was zu mehr Druck in der Schule und im Berufsleben führt.

Die epidemiologischen Daten sind schwer zu interpretieren, zeigen jedoch, dass eine von drei Personen ein Kind oder Jugendlicher ist, und dass psychiatrische Probleme in dieser Altersgruppe stark repräsentiert sind, mit unzureichenden Betreuungsstrukturen in der Kinderpsychiatrie. Darüber hinaus sind psychiatrische Probleme mittlerweile die wichtigste Ursache für den Verlust gesunder Lebensjahre (DALY's) bei Kindern und Jugendlichen.

Die psychische Gesundheit richtet sich folglich auf das Wohlergehen; die Betreuung von behinderten Personen möchte diese besser in der Gesellschaft integrieren; die Psychiatrie versorgt Menschen mit Schwierigkeiten und Leiden in Folge ihres psychischen Funktionierens. Die Psychiatrie für Kinder und Jugendliche ist eine medizinische Disziplin, die Jugendliche, die durch ihr Funktionieren leiden und die eine Entwicklungsstörung erleben, zu betreuen versucht. Dies umfasst die Behandlung - durch Fachärzte in transdisziplinären Teams - von akuten oder chronischen Problemen und die Prävention von Komplikationen und Rückfällen mittels vorgeschriebener Behandlungen, mit oder ohne Medikation. Das Ziel ist die Verbesserung des Funktionierens des/der Jugendlichen und seiner/ihrer Umgebung und seiner/ihrer Integration in die Gesellschaft, um zu seiner/ihrer Responsabilisierung (*empowerment*) und Genesung (*recovery*) zu führen.

Wenn wir uns die psychische Gesundheit ansehen, ist es entscheidend, dass die Akteure, die auf diesem Gebiet arbeiten, eine deutliche Definition im Kopf haben, was damit gemeint wird. Abhängig vom Entwicklungsniveau eines Landes, sehen wir, dass die Konzepte von psychischer Gesundheit und die zu erreichenden Zielsetzungen sehr unterschiedlich sind. Wenn es um Wohlergehen gemäß der Definition der WHO geht, sprechen wir nicht über die Psychiatrie. Ein Arzt hat eine gewisse soziale Legitimität, um sich das Leiden von Anderen zu kümmern und

Partie 3.1: Définitions

Différents aspects expliquent les préoccupations pour la santé mentale des enfants et des adolescents : les nouvelles technologies permettant un accès sans limite à la connaissance, aux réseaux sociaux virtuels ; la pression individualiste et l'importance d'être autonome et libre avec un affaiblissement du support social (risque troubles mentaux); la compétition économique mondialisée associée à la pénurie d'emplois irréversible, augmentant les exigences scolaires et professionnelles.

Les données épidémiologiques sont complexes à interpréter mais montrent que un humain sur trois est un enfant ou un adolescent et que les troubles psychiatriques sont aux premiers plans dans cette tranche d'âge avec des structures de soins insuffisantes en pédopsychiatrie. De plus, les problèmes psychiatriques sont dorénavant la première cause de perte d'années de vie sans incapacité (DALYs) chez les enfants et les adolescents.

La santé mentale s'intéresse donc au bien-être ; le soin aux personnes handicapées vise à mieux intégrer des sujets différents dans la société ; la psychiatrie soigne des humains en rupture et en souffrance du fait de leur fonctionnement mental. La psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent est une discipline médicale dont l'objectif est de soigner des jeunes en souffrance dans leur fonctionnement et qui les place en situation de rupture de développement. Elle implique la prise en charge, par des médecins spécialisés travaillant en équipes transdisciplinaires, de problèmes aigus ou chroniques, la prévention des complications et des récurrences via des traitements, médicamenteux ou pas, qui sont prescrits. L'objectif est d'améliorer le fonctionnement du jeune et de son environnement, son inclusion dans la société, de conduire à sa responsabilisation (*empowerment*) ainsi qu'à son rétablissement (*recovery*).

Si l'on considère la santé mentale, il est indispensable que les acteurs qui se réclament de ce champ aient en tête une définition claire de ce qu'ils entendent par là. En fonction du niveau de développement d'un pays, on voit que la notion de santé mentale et les objectifs à atteindre sont très différents. S'il s'agit de bien-être, selon la définition de l'OMS, alors il ne s'agit pas de psychiatrie. Un médecin a une certaine légitimité sociale pour s'occuper de la souffrance d'autrui, pour soigner. Pour des raisons éthiques il ne doit pas utiliser

Gesundheitsversorgung anzubieten. Aus ethischen Gründen darf er die Legitimität nicht missbrauchen, um zu bestimmen, was zum Glück oder Wohlbefinden eines Individuums führen wird.

Neben dem ethischen Aspekt gibt es auch den ökonomischen Aspekt: Die Finanzierung des Wohlbefindens beruht auf Steuern, während jene der Medizin auf einem privaten oder öffentlichen Versicherungssystem beruht. Es stimmt, dass die primäre Prävention von psychischen Problemen essenziell ist und mehr in den Bereich des psychischen Wohlbefindens als in den Bereich der Psychiatrie gehört. Kinderpsychiater und Neurowissenschaftler können jedoch bestätigen, dass Traumata wie Gewalt in der Familie, Krieg, gezwungene Migration oder sexueller Missbrauch zu schweren psychiatrischen Störungen führen können.

Die Beziehung zwischen Soma und Psyche und die Bedeutung davon bei chronischen Erkrankungen bei Kindern.

Nehmen wir das Beispiel von Diabetes Typ 1, der bei einem Kind festgestellt wird (häufig geschieht dies zufällig). Das Kind wird plötzlich mit Angst konfrontiert, die es weder in kognitiver Hinsicht einfach beherrschen kann (das Geschehen und seine Folgen verstehen), noch in emotionaler Hinsicht (Warum ich? Muss ich jetzt sterben?). Die häufig gewählte Lösung ist Leugnen, da Diabetes - außer den gelegentlichen Episoden von Unwohlsein - eine stille Erkrankung ist und die angekündigten Folgen weit weg und völlig abstrakt erscheinen. Dieses Beispiel kann auf alle chronischen Erkrankungen verallgemeinert werden, auch wenn sie besser ‚sichtbar‘ sind. Wir dürfen auch den Schock der schlechten Nachrichten für die Familie nicht vergessen.

Konkret gesehen müssten systematisch gemeinsame Konsultationen durch einen Kinderarzt/Psychologen organisiert werden, um von Anfang an eine globale Behandlung und Begleitung für den jungen Patienten und seine Familie zu gewährleisten. Um auf das Beispiel von Diabetes zurückzukommen: Die psychologische Unterstützung des Kindes und der Familie bei der Annahme der Diagnose und möglicherweise noch mehr bei der Annahme der schweren therapeutischen Folgen ist genauso wichtig (nicht mehr, aber auch nicht weniger) wie die konkrete Erläuterung der Modalitäten der medizinischen Kontrolle.

Teil 3.2: Die Bedeutung der Prävention

Übergangsvorsorgung: psychische Gesundheitsversorgung zwischen 17 und 23 Jahren

a) Versorgungsmodelle

cette légitimité pour décider de ce qui doit faire le bonheur ou le bien-être d'un sujet.

A l'éthique s'ajoute l'économique : le financement du bien-être repose sur l'impôt, alors que celui de la médecine repose sur un système assurantiel, public ou privé. Certes, la prévention primaire des troubles psychiques est essentielle et relève bien plus du domaine de la santé mentale que de la psychiatrie. Toutefois, les pédopsychiatres et les neuroscientifiques peuvent témoigner que les traumatismes comme la violence intrafamiliale, la guerre, les migrations forcées, les abus sexuels peuvent conduire à des troubles psychiatriques sévères.

La relation soma-psyché : importance dans les maladies chroniques de l'enfant

Prenons l'exemple d'un diabète de T1, découvert dans l'enfance, découverte souvent fortuite. L'enfant se trouve brusquement confronté à une angoisse qu'il ne peut facilement maîtriser ni sur le plan cognitif, vraiment comprendre ce qui lui arrive et les conséquences, ni sur le plan émotionnel, pourquoi moi, vais-je mourir ? Le déni est souvent la solution choisie, puisqu'au-delà de malaises épisodiques, la maladie est silencieuse, et les conséquences annoncées sont si lointaines et totalement abstraites. Cet exemple est généralisable à l'ensemble des maladies chroniques, même quand elles sont plus « visibles ». En outre, n'oublions pas le choc de l'annonce au niveau familial.

Concrètement, des consultations conjointes pédiatre/psy devraient être systématisées, pour permettre d'emblée une prise en charge globale du jeune patient et de sa famille. Pour reprendre l'exemple du diabète, le soutien psychologique du jeune et de sa famille dans l'acceptation du diagnostic et peut-être plus encore dans l'acceptation des contraintes thérapeutiques lourdes qui vont suivre, est tout aussi important, pas plus, pas moins, mais autant, que les explications concrètes sur les modalités du suivi médical.

Partie 3.2: L'importance de la prévention

Soins de transition : soins de santé mentale entre 17 et 23 ans

a) Modèles de soins

Eine wichtige Randbemerkung ist, dass Versorgungsmodelle für diese Zielgruppe eigentlich nicht unabhängig vom aktuellen sozialgesellschaftlichen Kontext gesehen werden können. Derzeit gibt es tatsächlich besonders wenig spezifische Aufmerksamkeit und gibt es kaum organisierte (administrative, kulturelle oder finanzielle) Initiativen für diese Altersgruppe. Die Spezifität der Altersgruppe unterscheidet sich jedoch in vielerlei Hinsicht von den vorhergehenden und folgenden Lebensphasen, wodurch es sinnvoll ist, auch über das Übergangsalter als Bevölkerungsgruppe an sich nachzudenken, und die psychische Gesundheitsversorgung darauf aufzubauen. Ein wichtiges Beispiel hierfür ist die Abwesenheit dieser Altersgruppe in der Kommunikation über die COVID-19-Pandemie als Gruppe mit eigenen spezifischen Bedürfnissen, Strukturen und Lösungen.

Die Versorgungsmodelle für das Übergangsalter werden am besten anhand einiger Grundprinzipien geprüft. Diese werden in einer systematischen Literaturübersicht (Nguyen *et al.*, 2017) formuliert. Das Ziel der psychischen Gesundheitsversorgung während des Übergangsalters ist primär die Gewährleistung der Versorgungskontinuität und in zweiter Linie die Förderung des Übergangs zu einem erwachsenen Versorgungsmodell. Die Zielsetzungen können im Hinblick auf die Intensität unterschiedlich sein, wobei jedoch folgende Grundprinzipien gelten:

- Abzielen auf ein integriertes Versorgungsmodell
- Nutzung eines Kooperationsmodells
- ein patienten- und familienorientiertes Versorgungsmodell

Beispiele (Nguyen *et al.*, 2017):

- TIP-Modell (transition to independent proces): die Anwesenheit eines Fazilitators (Laienhelfers) in der 1-zu-1-Versorgung. Die Qualifikationen eines solchen Fazilitators sind in diesem Modell beschrieben.
- TSI-Modell (transition service integration): Dieses Modell handhabt eine gemeinschaftliche Verantwortung mit Arbeitsgemeinschaften und gemeinschaftlichen Protokollen, Vereinbarungen und Beratungsmomenten.

b) Politische Empfehlungen

Entscheidungsträger können verschiedene Strategien anwenden, um die Versorgungsleistung in der Übergangphase in der psychischen Gesundheitsversorgung/den Netzwerken zu implementieren, abhängig vom gewählten Modelltyp. Ausgangspunkt für diesen Vorschlag ist die

Une remarque importante mise en exergue est que les modèles de soins pour ce groupe cible sont indissociables du contexte social actuel. En effet, à l'heure actuelle, ce groupe d'âge fait l'objet de très peu d'attention spécifique et quasiment aucune initiative organisée (administrative, culturelle ou financière) ne lui est destinée. Cependant, la spécificité de ce groupe d'âge diffère à bien des égards des phases précédentes et suivantes de la vie. Par conséquent, il est utile de réfléchir également à l'âge de transition en tant que groupe de population à part entière et d'y greffer les soins de santé mentale. Un exemple important est l'absence de ce groupe d'âge dans la communication sur la pandémie COVID-19 en tant que groupe avec des besoins, des structures et des solutions spécifiques.

La meilleure façon de tester les modèles de soins pour l'âge de transition est de les confronter à un certain nombre de principes de base. Ceux-ci ont été formulés dans une revue systématique (Nguyen *et al.*, 2017). L'objectif des soins de santé mentale pendant l'âge de transition est avant tout d'assurer la continuité des soins et de promouvoir la transition vers un modèle de soins pour adultes.

Si les objectifs peuvent être différents en intensité, il n'en reste pas moins que les principes de base suivants sont applicables :

- viser un modèle de soins intégrés
- utiliser un modèle de collaboration
- modèle de soins axé sur le patient et la famille

Exemples (Nguyen *et al.*, 2017):

- Modèle TIP (transition to independent proces) : la présence d'un animateur dans les soins 1-1. Les qualifications d'un tel animateur (facilitator) sont décrites dans ce modèle.
- Modèle TSI (transition service integration) : ce modèle utilise une responsabilité commune avec des partenariats et des protocoles, accords et concertations communs.

b) Recommandations politiques

Les décideurs politiques peuvent utiliser différentes stratégies pour mettre en œuvre les transitions dans les soins de santé mentale/réseaux, selon le type de modèle choisi. Le point de départ de cette proposition est la constatation scientifique que les jeunes vulnérables de ce groupe d'âge ont simplement besoin

wissenschaftliche Feststellung, dass gefährdete Jugendliche in dieser Altersgruppe gerade eine Intensivierung der Versorgung benötigen, die ihrer Altersphase angepasst ist. Folgende Empfehlungen sind hier festzuhalten:

d'une intensification des soins adaptés à leur phase d'âge. Les conseils suivants peuvent être pris en compte :

- Identifizieren von Jugendlichen (17-23 Jahre), die gefährdet sind und die Übergangsversorgung hier auch effizient auf die Bedürfnisse abstimmen. Dies impliziert, dass in den Netzwerken eine transparente Datensammlung verfügbar sein muss, um diese Jugendliche hinreichend kartieren zu können.
- Organisation der Anwesenheit eines „Fazilitators“ oder „Navigators“ (Lotse), der eine Brücke zwischen dem Patienten/der Familie und den Gesundheitsdienstleistern/Netzwerken bildet. Dem kann auf verschiedene Manieren Gestalt verliehen werden:
 - Personale Überbrückungsfunktion, wobei ein individueller Kontakt innerhalb der Netzwerke vorgesehen wird: 1-zu-1-Versorgung (eher TIP-Modell);
 - Auftrag für die Visualisierung dieser spezifischen Alterskategorie in der Versorgungslandschaft (road map) der Netzwerke, ein virtueller Navigator.
- Aufmerksamkeit für transdisziplinäre Abstimmung durch die Altersphasen (Kind/Adoleszent-Erwachsener): Honorierung dieser Abstimmung (eher TSI-Modell).
- Identifizieren, welche Faktoren bei der Einleitung einer Behandlung wichtig sind, welche die Kontinuität fördern und welche nicht, mittels Partizipation erfahren, welche Werte und Vorteile bei einem Übergangmodell wichtig sind.
- Schaffung/Förderung eines Übergangmodells mit breiten gesellschaftlichen Themen (innerhalb aber auch außerhalb der spezialisierten Versorgung), und dies sowohl in administrativen, partizipativen als auch finanziellen Initiativen (Ausbildung, finanzielle Beihilfen, Sozialdienst, Wohnformen, Informationen über Sexualität, Identität ...) fördern.
- Identifier les jeunes (17 à 23 ans) « at risk » et adapter efficacement les soins de transition en fonction des besoins. Cela implique qu'une base de données transparente doit être disponible dans les réseaux afin de pouvoir recenser suffisamment ces jeunes.
- Organiser la présence d'un « facilitator » ou d'un « navigator » qui constitue une passerelle entre le patient/la famille et les prestataires/réseaux de soins. Cela peut être organisé de différentes manières :
 - fonction de passerelle en personne avec un contact individuel au sein des réseaux soins 1 sur 1 (anciennement modèle TIP) ;
 - tâche dans la visualisation de cette catégorie d'âge spécifique dans la feuille de route de soins (road map) des réseaux, un navigateur virtuel ;
- Attention à la concertation transdisciplinaire, toutes phases d'âge (enfants/adolescents - adultes) confondues : respect de cette concertation (plutôt modèle TSI) ;
- Identification des facteurs importants pour commencer un traitement, et les facteurs propices à la continuité et ceux qui ne le sont pas, et, par le biais de la participation, recensement des valeurs et des avantages déterminants pour un modèle de transition ;
- Création/stimulation d'un modèle de transition avec des thèmes sociaux à large assise (dans le cadre et en dehors des soins spécialisés), et stimulation de celui-ci dans les initiatives administratives, participatives et financières (formation, interventions financières, services sociaux, logement, information sur la sexualité, l'identité, etc.).

Teil 3.3: Partizipation und (De-)Stigmatisierung

Partie 3.3 : Participation et (dé)stigmatisation

a) Theoretischer Hintergrund

a) Contexte théorique

Verschiedene Modelle in Bezug auf Kinder- und Jugendpartizipation integrieren die Partizipation in der gesetzlichen Regelung in Bezug auf die Rechte des Kindes. In diesen Modellen wird der Nachdruck auf einige wichtige Aspekte gelegt.

Das Kind anzuhören, reicht nicht aus, um von Partizipation sprechen zu können. Es muss auch ein Ort/Raum vorgesehen werden, in dem Jugendliche die Möglichkeit bekommen, ihre Meinung zu äußern, es gibt ein Publikum, (das zuhört) und einen inhärenten Einfluss des Gesagten (es wird entsprechend ihrer Meinung gehandelt) (Lundy, 2007).

Dieser theoretische Hintergrund wird von anderen Autoren visuell durch die Partizipationsscheibe dargestellt, in der die 4 Pfeiler „Ziel, Intensität, Kontext und Akteure“ implementiert werden (Herbots und Put, 2015).

Um eine strategische Partizipation für Kinder und Jugendliche zu verstehen, sind einige Basisprinzipien entscheidend.

1. *Partizipation ist ein Recht für jedes Kind.*
2. *Partizipation kann niemals eine Verpflichtung sein*
3. *Alle Altersgruppen müssen einbezogen werden*

Die effektive Einrichtung von Partizipation von Kindern und Jugendlichen erhöht die Chance, dass das Tabu, mit dem psychische Gesundheitsprobleme belegt sind, durchbrochen wird. Es gibt auch indirekte Formen der Partizipation (u.a. ein unbürokratisches Beschwerdeverfahren, Stimulieren von Erfahrungs- und Erlebnisuntersuchung bei Kindern und Jugendlichen in der Jugendfürsorge).

- b) Einem Partizipationsprozess Gestalt verleihen

Partizipation ist ein Prozess sozialer Aktion. Um der strategischen Partizipation Gestalt zu verleihen, sind gemäß den verschiedenen wissenschaftlichen Untersuchungen und Publikationen drei Randbedingungen von entscheidender Bedeutung: Verbundenheit, Herausforderung und Fähigkeit.

Es ist wichtig zu verstehen, dass ein partizipativer Prozess eine Mentalitätsänderung erfordert. Die Meinung der Jugendlichen ist komplementär, sie sind vollwertige Personen. Dies ist ein langsamer Wachstumsprozess, der auch Offenheit bei Jugendlichen für andere Meinungen erfordert. Zusätzliche Hindernisse werden von Cachet und Nevermind (beide Partizipationsprojekte innerhalb der Jugendfürsorge-Netzwerke) folgendermaßen formuliert.

Différents modèles de participation des enfants et des jeunes intègrent la participation dans la réglementation légale en matière des droits de l'enfant. Ces modèles mettent l'accent sur certains aspects importants.

Il ne suffit pas d'écouter les enfants pour parler de participation. Il convient également de prévoir un lieu/espace où les jeunes ont la possibilité d'exprimer leurs opinions, où il y a un public (qui écoute) et une influence inhérente de ce qui est dit (on agit en fonction de leur avis) (Lundy, 2007).

Ce contexte théorique est représenté visuellement par d'autres auteurs à travers le disque de participation dans lequel les 4 piliers « objectif, mode, contexte et acteurs » sont mis en œuvre (Herbots et Put, 2015).

Afin de comprendre la participation des enfants et des jeunes aux politiques, un certain nombre de principes de base sont essentiels.

1. *La participation est un droit pour chaque enfant*
2. *La participation ne peut jamais être une obligation*
3. *Toutes les phases d'âge doivent être incluses*

En instaurant efficacement la participation des enfants et des jeunes, on augmente les chances de détabouiser les problèmes de santé mentale. Il existe également des formes indirectes de participation (entre autres, une procédure de plainte accessible, la stimulation de la recherche sur l'expérience et le vécu des enfants et des jeunes dans le domaine de la protection de la jeunesse).

- b) Façonner un processus de participation

La participation est un processus d'action sociale. Selon les diverses études et publications scientifiques, trois conditions-cadres sont cruciales pour façonner la participation politique : appartenance et défi et aptitude.

Il est important de prendre conscience qu'un processus participatif exige un changement de mentalité. Les avis des jeunes sont complémentaires, car ce sont des personnes à part entière. Il s'agit d'un processus de croissance lente qui demande également l'ouverture des jeunes à d'autres opinions. D'autres obstacles ont été formulés comme suit par Cachet et Nevermind (il s'agit de deux projets de participation au sein des réseaux d'aide à la jeunesse) :

1. Jugendliche erfahren, dass es schwierig ist, an Partizipation zu glauben, weil sich dadurch wenig verändert.
2. Teilnehmen ist eine passive Beschreibung von Partizipation, nur wenn man für den Prozess mitverantwortlich ist, kann man seine eigenen Interessen in den Mittelpunkt stellen.
3. Es sind viel Zeit und Anstrengungen nötig, damit Jugendliche lernen, mitzuwirken und genügend Freiraum muss vorhanden sein.
4. Man spricht von einer *Scheinpartizipation*, wenn die Meinung von Jugendlichen im Nachhinein erfragt wird, weiter nichts mit ihrem Beitrag getan wird oder wenn Jugendliche nicht verstehen können, was die Finalität eines Prozesses ist, an dem sie beteiligt werden. Partizipation auf diese Weise hat keinen Wert.

1. Les jeunes constatent qu'il est difficile de croire à la participation, car elle ne permet pas de changer grand-chose.
2. La participation a pour eux une connotation passive. Seul le copropriétaire du trajet peut donner la priorité à ses propres intérêts.
3. Il faut beaucoup de temps et d'efforts pour que les jeunes apprennent à participer, cette latitude doit être disponible.
4. On parle de *participation factice* quand on ne demande l'avis des jeunes que lorsque des décisions ont déjà été prises, ou bien sans les prendre au sérieux, ou sans qu'ils comprennent correctement le but du processus dans lequel ils sont impliqués. De cette façon, la participation n'est pas de qualité.

Unter Bezugnahme auf die in 3.3.1.2 beschriebene Partizipationsscheibe sehen wir in den bestehenden Prozess diese oben genannten Grundprinzipien zurückkommen. In Anlage 1 wird ausführlicher auf die Erfahrungen der bestehenden Initiativen eingegangen.

Pour en revenir au disque de participation tel que formulé au point 3.3.1.2, nous voyons ces aspects fondamentaux mentionnés précédemment dans les trajets existants. L'annexe 1 présente plus en détail les expériences des initiatives existantes.

Verbundenheit

Es muss eine Verbundenheit zwischen dem Thema und den Kindern/Jugendlichen geben. Der Ausgangspunkt ist die Umwelt der Kinder und Jugendlichen in Bezug auf das Thema. In diesem Fall umfasst dies psychische Gesundheit. *Erlebnisuntersuchungen* (*Erleben, Erfahrung, Erwartungen*) können ein Schritt sein, um das Umfeld von Kindern und Jugendlichen in der psychischen Gesundheit besser kennenzulernen. Ein Beispiel aus der Praxis: UNICEF beginnt dieses Jahr noch mit einer solchen Erlebnisuntersuchung innerhalb der psychischen Gesundheitsversorgung von Kindern. 'What do you think?' ist eine erste Konsultationsphase und richtet sich an Kinder und Jugendliche, die in der psychiatrischen Abteilung des Krankenhauses oder in einem Zentrum für psychische Gesundheit aufgenommen sind.

Appartenance

Il doit y avoir un lien entre le thème et les enfants/jeunes gens. Le point de départ est le vécu des enfants et des jeunes en ce qui concerne le thème. Dans ce cas, cela inclut la santé mentale. *Les recherches sur le ressenti* (*vécu, expérience, attentes*) peuvent constituer une étape pour mieux connaître le vécu des enfants et des jeunes dans le cadre de la santé mentale. Illustrons notre propos d'un exemple tiré de la pratique : l'Unicef lance cette année une telle recherche sur le ressenti dans le cadre des soins de santé mentale des enfants. « What do you think? » est une première phase de consultation qui s'adresse aux enfants et aux jeunes qui sont admis dans le service psychiatrique de l'hôpital ou dans un centre de soins de santé mentale.

Kinder bilden in dem Prozess keine gesonderte Gruppe. Es ist auch Verbundenheit mit Erwachsenen erforderlich, sie sind ein weiterer „Stakeholder“. Es wird empfohlen, *Schlüsselfiguren* zu ernennen (Begleiter), die einen engen Kontakt mit der Basis haben und die Funktionsweise der psychischen Gesundheitsversorgung gut kennen. Dieser Begleiter hat einen guten Kontakt mit dem *Fazilitator*, der wiederum einfachen Zugang zum politischen Kontext hat. Dieser ist am besten eine externe Figur (kein Entscheidungsträger, kein direkt Betroffener). Im Partizipationsprojekt „Netzwerk gegen Armut“ ist beispielsweise der Jugendarbeiter derjenige, der den Auftrag hat, die Jugendlichen an der Initiative zu beteiligen. Er wird vom Fazilitator unterstützt, der

Les enfants ne forment pas un groupe distinct dans le processus. Ils ont également besoin de partager un sentiment d'appartenance avec des adultes, ils constituent une autre « partie prenante ». Il est conseillé de désigner des *personnes clés* (accompagnateurs) qui sont en contact étroit avec la base et le fonctionnement des soins de santé mentale. Cet accompagnateur entretient facilement des contacts avec le *facilitator* qui à son tour a un accès aisé au contexte politique. Il est préférable qu'il soit une personne extérieure (pas un décideur politique, pas de personne directement concernée). Dans le cadre du projet de participation « Netwerk tegen Armoede », c'est l'éducateur par exemple qui a pour mandat de faire participer les jeunes à l'initiative. Il est soutenu

durch die Anwesenheit des Jugendarbeiters Vertrauen aufbauen kann und auf diese Weise zudem auch Kindern und Jugendlichen bestimmte strategische Fertigkeiten übermitteln kann.

Herausforderung

Eine zu große oder zu kleine Herausforderung untergräbt die Motivation. Die Wahl der Methoden, um ein gutes Gleichgewicht zu erreichen, ist dabei sehr wichtig (siehe weiter unten).

Kapazität

Wenn Jugendliche zu wenig Kapazität haben (kognitive, soziale, emotionale, moralische Kompetenzen), bestehen geringe Erfolgsaussichten (Herbots und Put, 2015). Die partizipativen Prozesse und ihre Methoden müssen zudem die verschiedenen entwicklungspsychologischen Phasen widerspiegeln. Das Wissen über die Organisation des Netzwerks der psychischen Gesundheitsversorgung für Jugendliche ist entscheidend, um partizipieren zu können. Bildung wird hier gelegentlich erforderlich sein. Kompetenzen können mittels Unterstützung durch die Politik erhöht werden. Die Politik sieht beispielsweise einen Fazilitator, Mittel und Zeit vor. Das Vorsehen von Entschädigungen (zumindest die jeweiligen Unkosten) kann das Engagement verstärken, weil es auf diese Weise buchstäblich wertgeschätzt wird (Cachet, Nevermind, 2013).

Kontext

Im Kontext des Betriebs muss eine Verwaltungsphilosophie vorhanden sein, die Partizipation zulässt. Im Rahmen der psychischen Gesundheitsversorgung gibt es hier zunehmend positive Überzeugungen. Auch international wird in der psychischen Gesundheitsversorgung die Bedeutung der Partizipation der Jugendlichen immer mehr in den Mittelpunkt gerückt. Die politischen Strukturen sind häufig „adult oriented“, wodurch die Eingliederung der Partizipation der Jugendlichen häufig künstlich ist und man auf hierarchische Strukturen stößt (Tisdall und Elsley, 2015). Partizipation als ein permanentes Teilhaben zu betrachten, und zwar von Anfang an, ist das ideale Szenario. Indem man überdies Erfahrungsexperten einen festen Platz in der Politik einräumt, die eine systematische Patientenprüfung ausführen können, ist ein langfristiger Dialog zwischen Entscheidungsträgern und Kindern und Jugendlichen möglich (Tisdall und Davis, 2004).

Reflexionsinstrument

Die Verwendung eines Reflexionsinstruments wird dringend empfohlen. Es sind die Fragen, die sich der politische Akteur stellt, bevor der Prozess eingeleitet

par l'animateur (facilitator) qui, grâce à la présence de l'éducateur, peut établir un climat de confiance et, de cette manière, inculquer aux enfants et aux jeunes certaines compétences politiques.

Défi

Un défi trop ou pas assez ambitieux étouffe la motivation. Le choix des méthodologies permettant d'atteindre un bon équilibre est très important à cet égard (voir ci-dessous).

Aptitude

Si les jeunes manquent d'aptitudes (compétences cognitives, sociales, émotionnelles, morales), les chances de réussite sont minces (Herbots et Put, 2015). Les processus participatifs et leurs méthodes devront également refléter les différentes phases de la psychologie du développement. La connaissance de l'organisation du réseau de santé mentale pour les jeunes est essentielle pour pouvoir participer. Une formation sera parfois nécessaire dans ce cadre. Les compétences peuvent être renforcées grâce à un soutien politique. Par exemple, la politique prévoit un animateur (facilitator), des ressources et du temps. L'indemnisation (au moins des dépenses de chacun) peut renforcer l'engagement, car il est ainsi valorisé au sens littéral du terme (Cachet, Nevermind, 2013).

Contexte

Dans le cadre du fonctionnement, une philosophie de gouvernance doit permettre cette participation. Dans le cadre des soins de santé mentale, nombreux sont ceux à être de plus en plus convaincus du caractère positif de cette évolution. À l'international également, l'importance de la participation des jeunes occupe une place toujours plus centrale dans les soins de santé mentale. Cependant, les structures politiques sont souvent « adult oriented ». Résultat : l'inclusion de la participation des jeunes est souvent artificielle et les femmes et les hommes se heurtent à des structures hiérarchiques (Tisdall et Elsley, 2015). Le scénario idéal est de considérer la participation d'emblée comme avoir une appartenance permanente à. De plus, en donnant aux experts par le vécu une place permanente dans la politique, eux qui peuvent effectuer un test systématique auprès des patients, un dialogue à long terme entre les décideurs politiques, les enfants et les jeunes est possible (Tisdall et Davis, 2004).

Instrument de réflexion

L'utilisation d'un instrument de réflexion est fortement recommandée. Ce sont les questions que l'acteur politique se pose avant le début du trajet, mais

wird, aber auch währenddessen und nach dessen Beendigung. Das Instrument (eine Art Drehbuch) muss mit allen Beteiligten besprochen und abgestimmt werden, auch mit den Jugendlichen (Tisdall und Elsley, 2015).

Verschiedene bestehende Initiativen im Rahmen der strategischen Partizipation von Jugendlichen wurden im Visionstext von KeKi (Keki, 2015) aufgelistet.

c) Methoden

Voraussetzung für Partizipation ist ein klarer Plan. Wie weiter oben gemäß den Grundprinzipien angegeben wurde (das Ziel, der Kontext, die Akteure und die Intensität der Partizipation müssen festgelegt werden).

Es kann eine direkte Partizipation sein oder eine Partizipation durch Vertreter (z.B. Eltern in der perinatalen Versorgung).

Die verwendeten Methoden werden alle verschiedenen Akteure auf sichere Art und Weise in Interaktion bringen, wodurch das Vertrauen wächst und die Teilnehmer in gleichwertiger Weise partizipieren können. Weil in einer Gruppe immer mehr und weniger dominante Persönlichkeiten präsent sind, geht die Methode am besten darauf ein, indem sie diese Dominanz durchbricht.

Die verschiedenen komplexen Entwicklungsphasen, die Jugendliche durchmachen, werden in den Bedarf an verschiedenen einsetzbaren Methoden münden (z.B. präventive Versorgung von Neugeborenen, Adolozentenbetreuung, ...). Einige Beispiele: Fokusgruppen, Workshops, Flyer, Film, Besprechungen, ...

Kinder und Jugendliche können in jeder strategischen Phase einbezogen werden. Die Methoden müssen dann angepasst werden (z.B. Methoden, die Brainstorming ermöglichen, sind nicht dasselbe wie Methoden, die Prioritäten festlegen). „Weet ik veel!“, das Handbuch für Kinder- und Jugendlichenpartizipation, verfasst von Van Gils (2006), bietet eine Auflistung von Mitsprachetechniken.

Zudem wurde von KeKi in ihrer strategischen Stellungnahme eine Datenbank über Informationen verschiedener Methoden inkludiert (KeKi, 2015). Einige Beispiele:

- Participatiewijzer, Movisie (Niederlande)
- Vereniging Vlaamse Jeugdendiensten (VVJ): 9 Tools, die sich für die Partizipation von sozial gefährdeten Jugendlichen eignen
- Gesellschaftsaufbau: der Partizipationshebel, Methoden und Handhaben.

aussi pendant et après celui-ci. L'instrument (une sorte de script) doit être examiné et harmonisé avec tous les acteurs concernés, y compris les jeunes (Tisdall et Elsley, 2015).

Plusieurs initiatives existantes dans le contexte de la participation politique des jeunes sont énumérées dans le texte de vision KeKi (Keki, 2015).

c) Méthodologies

Avant tout, la participation suppose un plan clair. Comme il a été mentionné ci-dessus selon les principes de base (l'objectif, le contexte, les acteurs et le mode de la participation doivent être définis).

La participation peut prendre une forme directe ou représentative (p. ex., les parents dans les soins périnataux).

Les méthodologies utilisées permettront d'amener l'ensemble des différents acteurs à interagir de manière sûre, ce qui renforcera la confiance et permettra aux participants de participer sur un pied d'égalité. Étant donné que des personnalités plus ou moins dominantes sont présentes dans un groupe, la méthodologie répondra le mieux à cette situation en brisant cette domination.

Les différentes phases complexes de développement que traversent les jeunes conduiront à la nécessité de différentes méthodes applicables (par exemple, soins préventifs néonataux, soins aux adolescents, ...). Quelques exemples : groupes de discussion, ateliers, prospectus, film, réunions, ...

Les enfants et les jeunes peuvent être impliqués dans chaque phase de la politique. Les méthodologies doivent ensuite être adaptées (par exemple, les méthodologies qui facilitent le remue-méninges ne sont pas les mêmes que celles qui fixent les priorités). « Weet ik veel! », le manuel pour la participation des enfants et des jeunes rédigé par Van Gils (2006), énumère les techniques de participation.

KeKi a également inclus une base de données sur les informations provenant de différentes méthodologies dans ses conseils politiques (KeKi, 2015). Quelques exemples :

- Participatiewijzer, Movisie (Pays-Bas)
- Vereniging Vlaamse Jeugdendiensten (VVJ) (Association flamande des conseillers et services pour la jeunesse) : 9 outils, adaptés à la participation des jeunes socialement vulnérables

- Mc Creary Centre Society (Kanada): Bereich Gesundheit und Wohlbefinden. Inkludiert zudem Gesprächsmethoden, die auch von Jugendlichen mitgestaltet wurden.
 - <http://www.youngdigital.net>: Ressourcen, um Kinder und Jugendliche über digitale Medien einzubeziehen. Praxishandbuch
 - Structure de la société : le levier de la participation, les méthodes et les outils
 - Mc Creary Centre Society (Canada) : domaine Santé et Bien-être. Comprend également des méthodes de discussion qui ont été conçues conjointement par des jeunes.
 - [Http://www.youngdigital.net](http://www.youngdigital.net) : ressources pour faire participer les enfants et les jeunes par le biais des médias numériques Practical Guide
- d) Richtlinien für Entscheidungsträger d) Lignes directrices pour les décideurs politiques

Bildung für die Netzwerke und Fürsorger in den Netzwerken

Die Entwicklung eines Handbuchs und praktischen Drehbuchs über die Partizipation von Kindern und Jugendlichen, insbesondere innerhalb der psychischen Gesundheitsversorgung.

Dieses Handbuch muss ein wichtiger Leitfaden für alle Netzwerke sein:

- Ziele, Akteure, Kontext und Intensität sind deutlich umrissen und einheitlich;
- Beschreibung der möglichen Methoden je nach Altersgruppen, abhängig von der Zielsetzung;
- Beschreibung des funktionalen Rahmens: nötige Mittel und Personen;
- Kinder und Jugendliche in die Verfassung dieses Handbuchs einbeziehen, als partizipativer Prozess an sich;
- Arbeitsweise: Die Zusammenstellung eines praktischen Drehbuchs erfolgt am besten transdisziplinär und nicht top down oder bottom up (durch Strategiemitarbeiter, Netzwerkkoordinatoren, Fürsorger und Partizipanten).

Einleiten von Pilotprojekten („Testphase“), z.B. in einigen Netzwerken mit verfügbarer Infrastruktur, wie im Drehbuch beschrieben.

Anbieten von Bildung (internationale Beispiele, Organisieren von Bildungsmomenten), Supervision und Intervention durch Projektmitarbeiter (Fazilitator).

Vorsehen von ausreichenden Mitteln, um die oben genannten Basisanforderungen, die Partizipation zum Erfolg führen können, verwirklichen zu können: Finanzierung Projektmitarbeiter (Fazilitator), eventuelle finanzielle Vermittlung in Bezug auf Wertschätzung usw. ...

Informieren von Kindern, Jugendlichen und ihren Eltern

Formation pour les réseaux et les aidants au sein des réseaux

L'élaboration d'un manuel et d'un script sur la participation des enfants et des jeunes, en particulier dans le cadre des soins de santé mentale.

Ce manuel devrait être un guide important pour tous les réseaux :

- à la fois les objectifs, les acteurs, le contexte et le mode sont clairement définis et uniformes ;
- description des méthodologies possibles en fonction des groupes d'âge, selon l'objectif ;
- description du cadre fonctionnel : ressources et personnes nécessaires ;
- associer les enfants et les jeunes à la rédaction de ce manuel, comme un processus participatif en soi ;
- méthode de travail : il est préférable que la compilation d'un manuel pratique se fasse de manière transdisciplinaire et non de manière descendante ou ascendante (par le personnel politique, les coordinateurs de réseau, les aidants et les participants).

Démarrer des projets pilotes (« phase test »), p. ex., dans certains réseaux avec l'encadrement disponible décrit dans le script.

Fournir la formation (exemples internationaux, organisation de moments de formation), la supervision et l'intervention par des collaborateurs de projet (facilitator).

Fournir des ressources suffisantes pour répondre aux exigences de base mentionnées ci-dessus pour que la participation puisse mener au succès : financement du collaborateur de projet (facilitator), médiation financière éventuelle en ce qui concerne l'évaluation, etc.

Informier les enfants, les jeunes et leurs parents

Partizipation zunehmend visualisieren: starten einer Kampagne, entwickelt in partizipativem Kontext (über Medien, Plakate auf öffentlichen Straßen, Websites von Gemeinden und Städten, in den Netzwerken selbst, Link über Krankenkassen oder andere Websites, auf denen eine Übersicht über psychische Gesundheitsversorgung zur Verfügung gestellt wird).

Einbettung in das breite sozial-gesellschaftliche Gewebe

Partizipation von Kindern und Jugendlichen auch in verschiedenen anderen Bereichen als der psychischen Gesundheitsversorgung weiterhin entwickeln und stimulieren (z.B. Stadtplanung, Raumordnung, Bildung, ...).

Wissenschaftliche Forschung über die Implementierung und die Auswirkungen von Partizipation

Partizipation in der psychischen Gesundheitsversorgung kann für eine bessere Analyse - Anschluss - Implementierung - Evaluierung der Politik sorgen. Es wird folglich in der Zukunft erforderlich sein, die Auswirkungen der Partizipation zu messen, damit der Prozess nicht ausgehöhlt wird. Das bedeutet, dass mögliche Vorteile der Partizipation in praktischen Instrumenten zusammengefasst werden müssen. Das Messen führt nicht nur zu einigen wichtigen Erkenntnissen, sondern kann an sich stimulierend sein und das Engagement weiter steigern. Eine Beratungsplattform in Anwesenheit der Entscheidungsträger, der Netzwerke und der Kinder/Jugendlichen/Eltern, um dies zu realisieren, ist hierfür entscheidend.

Teil 3.5: Datenerfassung

Eine sehr aktuelle finnische Studie (Lundqvist, 2020) evaluiert die Daten über die Gesundheit und das Wohlbefinden von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien auf Basis der Gesundheitsbilanzen, die in den Zentren für Kindergesundheitsversorgung und den Gesundheitseinrichtungen in den und über die Schulen erstellt werden. Die erfassten Daten werden an das *Register of Primary Health Care Visits* übermittelt.

Dänemark verwendet verschiedene Datenbanken, um die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zu ermitteln, von denen ein Elternteil an einer psychiatrischen Erkrankung leidet: das *Danish Civil Registration System* (dies bietet Daten über jedes Individuum: Name, Geschlecht, Geburtsdatum, Adresse, Identifikation der Eltern) und das *Danish Psychiatric Central Research Register* (Thorup et al., 2017).

Augmenter de plus en plus la visibilité de la participation : lancement de campagnes, développées dans un contexte participatif (via les médias, des affiches le long des routes publiques, les sites web des communes et des villes, au sein des réseaux eux-mêmes, lien via les mutualités ou d'autres sites web où un aperçu des soins psychiques est disponible).

Intégration au tissu social largo sensu

Continuer à développer et à stimuler la participation des enfants et des jeunes dans divers domaines autres que les soins de santé mentale (par exemple, l'urbanisme, l'aménagement du territoire, l'éducation...).

Recherche scientifique sur la mise en œuvre et les effets de la participation

La participation aux soins de santé mentale peut permettre une meilleure analyse-adhésion-mise en œuvre-évaluation de la politique. Il sera donc nécessaire de mesurer les effets de la participation à l'avenir afin de ne pas fragiliser le trajet. Autrement dit, les avantages potentiels de la participation devraient être regroupés en instruments pratiques. La mesure ne fournit pas seulement des informations importantes, mais peut en soi être stimulante et renforcer l'engagement. Pour y parvenir, il est essentiel de disposer d'une plateforme de concertation en présence des décideurs politiques, des réseaux et des enfants/jeunes/parents.

Partie 3.5 : Enregistrement des données

En Finlande, une étude très récente (Lundqvist, 2020) évalue les données sur la santé et le bien-être des enfants, des adolescents et de leurs familles à partir des bilans de santé effectués dans les centres de santé infantile et les établissements de santé scolaire. Les données enregistrées sont transférées vers le *Register of Primary Health Care Visits*.

La Danemark utilise différentes bases de données pour déterminer la santé mentale des enfants et des adolescents dont un parent présente un maladie mentale: le *Danish Civil Registration System* qui fournit des données pour chaque individu sur le nom, le sexe, la date de naissance, l'adresse, l'identification des parents et le *Danish Psychiatric Central Research Register* (Thorup et al., 2017).

In den Niederlanden wurden die Identifikation von psychischen Gesundheitsproblemen bei Kindern und Jugendlichen sowie auch die angewendete Behandlung während eines Zeitraums von fünf Jahren (2004-2008) aus den elektronischen medizinischen Akten der Hausärzte geholt. Die Diagnosen wurden mit Hilfe der *International Classification for Primary Care* (ICPC) erfasst.

En Hollande, l'identification de problèmes de santé mentale chez les enfants et les adolescents, ainsi que le traitement institué, sur une période de cinq ans 2004-2008 ont été extraites des dossiers médicaux électroniques des médecins généralistes. Les diagnostics ont été enregistrés à l'aide de la *International Classification for Primary Care* (ICPC).

Bibliographie

- Bal S, Werthen S. Pilotproject 'Participatie in de netwerken geestelijke gezondheid van kinderen en jongeren'. 2019-2021. *In Vorbereitung*.
- Cachet & Nevermind (2013). Visietekst Cliëntparticipatie. Brussel: Cachet.
- Engel GL. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*. 1977;198:129-96.
- Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. *Am. J. Psychiatry*. 1980;137:535-44.
- Herbots K, Put J. The Participation Disc. A Concept Analysis of (a) Child ('s Right to) Participation, *The International Journal of Children's Rights*. 2015;23(1), 154-188.
- Kenniscentrum kinderrechten (KeKi, 2015). Beleidsadvies 2015/4 op vraag van de Vlaamse overheid.
- Lundqvist A, Haapala E, Jääskeläinen S, Sundman J, Mäntymaa P, Nieminen T, Ruokokoski E, Peltomäki H. FinChildren Register: National monitoring of child and adolescent health and well-being in Finland. *European Journal of Public Health*. 2020;30(S5).
- Lundy L. Voice is not enough: conceptualizing Article 12 of the United Nations Convention on the Rights of the Child. *British Educational Research Journal*. 2007;33,927-942.
- Mathiassen B, Arnesen Y. Use of register data in child and adolescents mental health services to improve quality of care. 2018. Conference Poster: The International Forum on Quality and Safety in Healthcare.
- National Scientific Council on the Developing Child (2020). Connecting the Brain to the Rest of the Body: Early Childhood Development and Lifelong Health Are Deeply Intertwined Working Paper No. 15. Retrieved from www.developingchild.harvard.edu.
- Nguyen T *et al.* Preventing youth from falling through the cracks between child/adolescent and adult mental health services: a systematic review of models of care. *Community Ment. Health J*. 2017; 53:375-382.
- Signorini G. *et al.* The Interface between child/adolescent and adult mental health services: Results from a European 28-country survey. *Eur.Child & Adolescent Psychiatry*. 2018;27:501-511.
- Thorup AAE, Laursen TM, Munk-Olsen T, Ranning A, Mortensen PB, Plessen KJ, Nordentoft M. Incidence of child and adolescent mental disorders in children aged 0-17 with familial high risk for severe mental illness - A Danish register study. *Schizophr Res*. 2018;197:298-304.
- Tisdall EKM, Davis J. Making a difference? Bringing children and young people's views into policymaking. *Children & Society*. 2004;18(2):131-142.
- Tisdall EKM, Elsley S. Involving children and young people in research and consultation. Continuing professional development in Edinburgh University, March-April 2015.
- Unicef (2001). The participation rights of adolescents: a strategic approach. United Nations Children's Fund, UNICEF Programme division, New York.

ANLAGE / ANNEXE 2

Abbildung / Figure 1. Schema von Funktionen / Schéma des fonctions

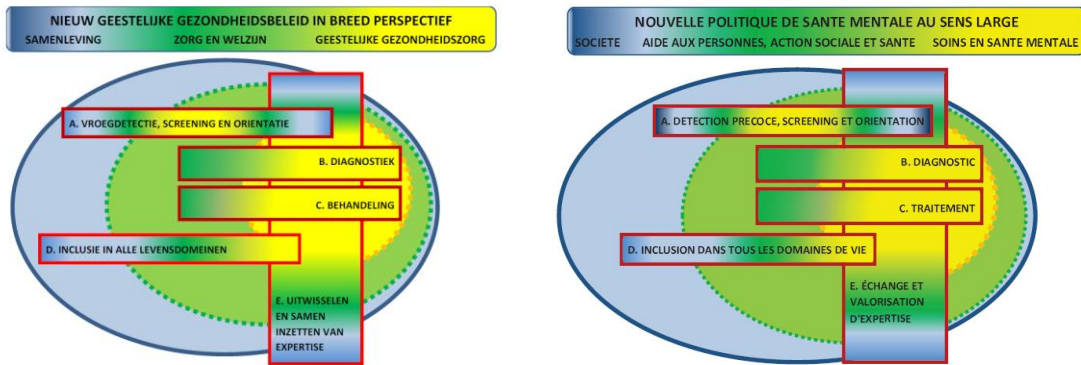


Abbildung / Figure 2. Spectrum of Interventions for Mental Health

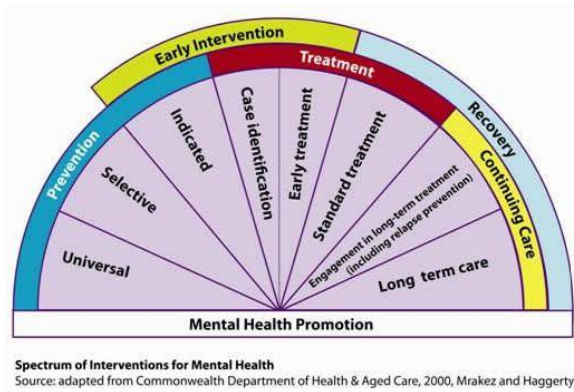


Abbildung / Figure 3. WHO Service Organization Pyramid for an Optimal Mix of Services for Mental Health

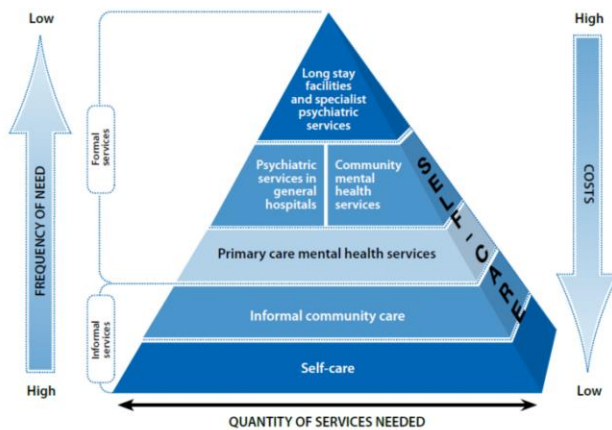


Abbildung / Figure 4. Schema neue psychische Gesundheitspolitik für Kinder und Jugendliche / Schéma de la nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents

