

Avis du groupe de travail mixte « Psychiatrie » (infanto-juvénile)
Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes

Juin 2016

Critères spécifiques d'agrément des médecins spécialistes, des maîtres de stage et des services de stage

Psychiatrie et psychothérapie infanto-juvénile (titre niv. 2)

avis du 23 juin 2016 du Conseil Supérieur des médecins spécialistes et des généralistes à condition de tenir compte des remarques formulées dans la lettre à madame la Ministre

Composition du groupe de travail :

- Président : Pr Wilfried De Backer
- Secrétaire : M. Patrick Waterbley
- Membres :
 - Pr Dominique Charlier
 - Dr Sofie Crommen
 - Pr Marina Danckaerts
 - Pr Véronique Delvenne
 - Dr Marc H.M. Hermans
 - Pr Annick Lampo
 - Pr Alain Malchair
 - Dr Eric Schoentjes

1

I. CONTEXTE

Historique :

En Belgique, les deux premiers lieux de formation en psychiatrie infanto-juvénile ont été créés en 1963 à l'Université d'Anvers (Pr Dellaert) et en 1965 à la KU Leuven (Pr Fontaine) dans les sections de psychiatrie infanto-juvénile de l'époque. Depuis 1973, des plans de formation distincts sont élaborés pour les médecins spécialistes en formation qui souhaitent explicitement se spécialiser en psychiatrie infanto-juvénile. Dans ce cadre, un certain nombre de dispositions issues des critères d'agrément des médecins spécialistes en psychiatrie ont systématiquement été transgressées afin de pouvoir assurer une formation axée sur la psychiatrie infantile. Cette pratique a persisté pendant près de 30 ans, jusqu'à ce qu'en 2002¹, dans le cadre des nouvelles dispositions légales de la spécialité en psychiatrie,

¹ A.M. du 3 janvier 2002 établissant les critères d'agrément des médecins spécialistes en psychiatrie, en particulier en psychiatrie de l'adulte, et des médecins spécialistes en psychiatrie, en particulier en psychiatrie infanto-juvénile, M.B. du 21 février 2002.

des critères distincts aient été définis pour les stages, les services de stage et les maîtres de stage en psychiatrie infanto-juvénile et que, pour le même titre professionnel en psychiatrie, deux trajets différents puissent être suivis, avec un trajet comprenant minimum 3 années de stage en psychiatrie infanto-juvénile, donnant accès au titre professionnel en « psychiatrie et particulièrement en psychiatrie infanto-juvénile ». Il existe donc pour l'instant deux trajets de formation séparés avec des critères distincts, mais menant à un seul et même titre professionnel niveau 2.

En se fondant sur ces deux trajets, la Belgique a notifié le titre « Child Psychiatry » à côté du titre « Psychiatry » à l'annexe V de la Directive 2005/36/CE relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles.

Lors de l'instauration du « Master in de Specialistische Geneeskunde » au sein des universités flamandes en 2007, les objectifs finaux de la psychiatrie infanto-juvénile ont été déterminés à un niveau interuniversitaire à la demande du « VLIR² », et la psychiatrie infanto-juvénile est devenue l'une des 30 orientations du ManaMa « Specialistische Geneeskunde ».

Les arrêtés royaux qui règlent la planification de l'offre médicale (2002 et 2008) imposent des nombres minimaux, spécifiquement pour la psychiatrie infanto-juvénile : 20 psychiatres infanto-juvéniles (8 francophones et 12 néerlandophones) (arrêté royal du 30.05.2002 (MB 14.06.2002 Ed. 1) et arrêté royal du 12.06.2008 (MB 18.06.2008)). Alors que dans la plupart des autres spécialités, des quotas maximaux sont imposés, la psychiatrie infanto-juvénile a été reconnue comme étant une profession problématique et s'est vue imposer des quotas minimaux au lieu d'un quota maximal.

2

Situation en Europe :

Dans 22 des 28 États membres de l'UE, il existe un titre professionnel séparé en psychiatrie infanto-juvénile (Directive 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles, p. 111-112)³. Parmi nos voisins, les Pays-Bas constituent une exception, mais il y existe néanmoins une mention distincte.

Au sein de l'UEMS (Union européenne des médecins spécialistes), la psychiatrie infanto-juvénile fait partie des 41 spécialités indépendantes reconnues, avec une section européenne séparée : UEMS-CAP (UEMS Child and Adolescent Psychiatry). L'UEMS a récemment publié de nouvelles normes en ce qui concerne la formation en psychiatrie infanto-juvénile : *Training Requirements for the Specialty of Child and Adolescent Psychiatry, European Standards of Postgraduate Medical Specialist Training*, Avril 2014, (<http://www.uemscap.eu/training>) ainsi qu'un modèle de livre de bord européen de formation (UEMS Logbook Child and Adolescent Psychiatry, Janvier 2014, <http://www.uemscap.eu/training>).

² VLIR = Vlaamse Interuniversitaire Raad.

³ Directive 2005/36/CE du 7 septembre 2005 du Parlement européen et du Conseil relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles, *J.O. L. 255*, 30 septembre 2005, err., *J.O. L. 271*, 16 octobre 2007, err. *J.O. L. 93*, 4 avril 2008.

II.1. Facteurs environnementaux

Au cours des 40-50 dernières années, la psychiatrie infanto-juvénile est apparue comme une spécialité indépendante, tant en ce qui concerne l'aspect scientifique que l'exercice professionnel.

II.1.1. La science (cf. annexe 1 – objectifs finaux) :

La psychiatrie et la psychothérapie infanto-juvénile correspondent à une vaste discipline qui se charge de l'étude scientifique et de la pratique en matière de prévention et de détection précoce, de diagnostic et de traitement, ainsi que des activités visant à promouvoir l'intégration sociale de problématiques psychiques et psychiatriques graves chez l'enfant et l'adolescent.

La psychiatrie infanto-juvénile a sa propre nosologie et sa propre phénoménologie, en fonction de l'âge. Le concept de développement est un élément central dans tous les modèles de travail et de réflexion. Les connaissances scientifiques et les instruments sont dès lors spécifiques. Le contenu et le mode d'examen diagnostique, les contextes obligatoires de vie (famille et école), ainsi que les tableaux cliniques les plus fréquents sont spécifiques à la psychiatrie infanto-juvénile. Les conclusions et les interventions thérapeutiques sont également adaptées à l'âge de développement. Par conséquent, le transfert de connaissances et la pratique scientifique sont en grande partie spécifiques à la psychiatrie infanto-juvénile.

La théorie du développement psychopathologique et le modèle bio-psycho-social de la psychiatrie infanto-juvénile et de la psychiatrie adulte ont également des similitudes. Il existe également de nombreux chevauchements dans les syndromes psychopathologiques étudiés ainsi que dans les leviers importants visant à enclencher certains processus de changement chez les patients psychologiquement vulnérables (psychothérapie et psychobiologie/pharmacologie). Il est dès lors fortement recommandé de prévoir, lors de la formation en psychiatrie infanto-juvénile, des modules de connaissances communs avec la psychiatrie adulte dans la formation théorique ainsi qu'un stage en psychiatrie adulte, et vice versa.

Nosologie et phénoménologie : la manifestation des syndromes et la symptomatologie varient selon l'âge du patient. Certains syndromes apparaissent presque exclusivement durant l'enfance (p.ex. mutisme sélectif, trouble d'anxiété de séparation, ...). Les trois grands syndromes chez l'enfant diffèrent des syndromes chez l'adulte. Chez l'enfant, il s'agit de troubles du développement (TSA, TDAH)⁴, de troubles de l'attachement et de troubles du comportement. Chez l'adulte, les grands syndromes sont la psychose, les troubles de l'humeur et les troubles de la personnalité. Pour de nombreux syndromes spécifiques à l'âge adulte, les troubles précurseurs sont encore largement aspécifiques pendant l'enfance.

⁴ TSA = Troubles du Spectre Autistique ; TDAH = Trouble du Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité

Développement : le concept de « développement » en psychiatrie infanto-juvénile n'est pas un concept théorique ; il correspond à la réalité, ici et maintenant. Tout ce qui se forme durant le « développement » a lieu dans l'ici et maintenant et peut y subir des influences (au sens positif comme au sens négatif du terme). Tous les phénomènes à étudier et tous les « sujets » (jeunes patients) sont « en développement ». Cela implique des connaissances adaptées et cela nécessite également d'autres compétences. Les normes relatives à ce qui est « normal » évoluent avec l'âge (p.ex. le développement cognitif, socio-émotionnel, psychomoteur, moral, le développement de l'identité, ...). La compréhension et l'accessibilité (versus la disponibilité à jouer) de l'enfant se modifient avec l'âge ; la méthode d'examen (observation) et la thérapie doivent dès lors être adaptées en fonction de l'âge du patient. Le substrat neurobiologique est en développement (développement du cerveau) : tous les facteurs neurobiologiques sont encore « en cours de développement » – le cerveau se développe (neurogenèse, synaptogenèse, myélinisation, pruning, ...) et peut subir une influence directe (il doit être protégé dans l'ici et maintenant). Les interactions gènes-environnement et les influences précoces de l'environnement ont encore lieu de manière ad hoc (facteurs adjutants/correctifs dans l'environnement éducatif). La famille agit en tant que facteur potentiel de protection et/ou autre cause partielle de pathologie dans l'ici et maintenant. La psychiatrie infanto-juvénile ne doit donc pas passer en revue les expériences parent-enfant mais doit en permettre la gestion immédiate. Les ouvrages scientifiques de référence en psychiatrie infanto-juvénile, comme p.ex. Rutter's *Child and Adolescent Psychiatry* (Wiley-Blackwell, 2010, p. 1248) en sont à leur 5^{ème} édition (1^{ère} édition : 1976).

L'enfant et son cadre de vie : l'objet de l'étude de la psychiatrie infanto-juvénile est donc « l'enfant en développement » et, en même temps, « l'enfant dans son cadre de vie ». Dans leur fonctionnement et dysfonctionnement socio-émotionnel, les enfants doivent être envisagés dans leur milieu familial (ou le milieu de remplacement du milieu familial). La psychiatrie infanto-juvénile est également la psychiatrie de la famille. Par ailleurs, un deuxième contexte pertinent apparaît très tôt dans le développement ; il est partiellement à l'origine des syndromes cliniques et/ou il est confronté aux conséquences qui en découlent : le contexte scolaire. Il constitue également l'objet de l'étude interactive de la psychiatrie infanto-juvénile.

Continuité et discontinuité : la psychopathologie du développement en tant que science souligne aussi bien la continuité que la discontinuité du développement, qu'il s'agisse d'une homo-continuité (uniformité dans l'expression) ou d'une hétéro-continuité (similitude des mécanismes sous-jacents mais autre expression). La discontinuité intervient notamment lors de l'acquisition de nouvelles compétences (p.ex. autorégulation, métacognition, ...) et/ou en cas d'événements ou de changements cruciaux dans le cadre de vie. L'adolescence est en outre une période de transition très importante, qui est le théâtre d'une réorganisation importante en raison, d'une part, de l'augmentation des compétences propres à l'adolescent et, d'autre part, des tournants importants dans sa vie sociale. Il est préférable, pour cette tranche d'âge, de faire aussi bien appel à la psychiatrie infanto-juvénile qu'à la psychiatrie de l'adulte, en vue de garantir si nécessaire une période transitoire sans encombre.

II.1.2. L'exercice de la profession

Les méthodes, les instruments, les principes thérapeutiques, les trajets et l'organisation des soins, les partenaires et les réseaux de soins, la nomenclature et les dispositions légales sont spécifiques à la psychiatrie infanto-juvénile. Par conséquent, les rôles respectifs du médecin, du manager et du communicateur sont donc spécifiques à la spécialité.

La présence obligatoire des contextes éducationnels : entre 0 et 18 ans, deux contextes sont inévitablement présents dans la vie de l'enfant/de l'adolescent : le contexte familial (ou le contexte de remplacement du milieu familial) et le contexte scolaire (obligation scolaire). Ces deux contextes sont donc TOUJOURS présents dans chaque facette de la relation avec l'enfant. Les opinions et les perceptions de chacune des parties (enfant / parent / éducateur / école) sont souvent divergentes et chacune de ces valeurs uniques contribue à l'image globale de la situation de l'enfant. La formation pratique est basée sur l'exploitation de ces multiples dimensions. Même si les différentes parties partagent une vision complémentaire, il existe souvent des conflits. Lors de chaque phase de l'intervention en psychiatrie infanto-juvénile (notification du problème, évaluation, traitement), il y a lieu de travailler avec ces contextes.

Diagnostic et instrument diagnostique : la psychiatrie infanto-juvénile a des instruments diagnostiques qui lui sont propres. Les instruments varient en fonction de l'âge, pour ce qui est du contenu (groupes cibles, critères et items adaptés à l'âge), de la forme (adaptée aux capacités perceptuelles et cognitives de l'enfant) et des normes. Étant donné les capacités d'introspection et de métacognition limitées du jeune enfant et la présence des contextes obligatoires susmentionnés, le rapportage par des tiers est TOUJOURS pris en compte, à côté de l'auto-rapportage. L'interprétation et l'intégration de ces informateurs multiples et de la symptomatologie en rapport avec l'âge de développement constituent la tâche clé de la réflexion diagnostique.

Méthodes de traitement : chez les enfants, des options de traitement spécifiques et la priorisation des différents choix thérapeutiques sont d'application. Les formes de travail spécifiques sont p.ex. la thérapie par le jeu, la thérapie de médiation, l'orthopédagogie / la formation des parents, la stimulation du développement (p.ex. reconnaissance des émotions, formation à l'empathie). Les formes de travail classiques ont leur propre définition (ergothérapie, thérapie psychomotrice, thérapie par la musique). La médiation des interventions thérapeutiques via le contexte naturel de l'enfant/de l'adolescent est évidente. De nombreuses formes de thérapie sont donc axées sur les parents / éducateurs. Les psychotropes agissent sur un substrat cérébral « en développement » dans un corps avec d'autres équilibres métaboliques et compositions corporelles. Par conséquent, la pharmacocinétique et la pharmacodynamique sont fonction de l'âge. L'efficacité des psychotropes diffère par rapport aux adultes et il faut faire preuve d'une plus grande réserve.

Psychothérapie⁵ : les connaissances et les compétences psychothérapeutiques constituent une part essentielle et indissociable de la formation de psychiatre et de psychothérapeute infanto-juvénile, et

⁵ Par exercice de la psychothérapie, on entend l'accomplissement habituel d'actes autonomes ayant pour objet ou présentés comme ayant pour objet, dans le but d'éliminer ou d'alléger les difficultés, les conflits ou les troubles psychiques d'un individu, l'accomplissement d'interventions psychothérapeutiques basées sur un cadre de référence psychothérapeutique, à l'égard de cet individu ou d'un groupe d'individus, considéré comme un système à part entière, dont fait partie cet individu (Loi du 04.04.2014 réglementant les professions des soins de santé mentale).

font donc partie intégrante du trajet de formation. Les différentes orientations psychothérapeutiques⁶ connaissent une application chez l'enfant et l'adolescent. Il y a lieu, cependant, de chaque fois procéder à une transposition radicale du cadre de réflexion dans la pratique, le stade de développement de l'enfant (cognitif, émotionnel, social), auquel est adaptée la méthodologie, faisant office de fil conducteur. Dans la plupart des formations thérapeutiques existantes, seule une petite partie du temps de formation est spécifiquement consacrée aux applications chez l'enfant et l'adolescent. C'est la raison pour laquelle une psychothérapie éclectique et/ou intégrative spécifiquement axée sur le traitement de l'enfant et de l'adolescent, et leur contexte est tout autant défendable dans un trajet de formation en psychiatrie infanto-juvénile qu'une formation complète dans l'une des orientations spécifiques.

Structures de traitement : les structures de traitement de la psychiatrie infanto-juvénile sont spécifiques. En ambulatoire, il y a des contacts avec le patient (l'enfant, l'adolescent), mais il y a au moins autant de contacts lors des discussions de famille, des discussions dans le cadre de la médiation et des tables rondes. Outre les pratiques de pédopsychiatrie ambulatoire, les polycliniques et les centres de soins de santé mentale (CSSM), les centres de revalidation ambulatoire (CRA), les centres pour les troubles du développement (CTD) et les centres de référence pour l'autisme sont des partenaires ambulatoires importants. L'examen pédopsychiatrique et l'examen psychométrique nécessitent tous deux une infrastructure et du matériel de testing spécifique. Les structures résidentielles sont organisées pour un groupe d'âge déterminé. Les infirmiers et/ou les éducateurs constituent l'équipe qui « vit » avec les jeunes. Ces intervenants sont en permanence en contact direct avec les jeunes qui y séjournent et exercent donc, outre le rôle thérapeutique, un rôle d'éducateur. L'intensité des échanges est très forte. Dans la mesure du possible, les enfants et les adolescents réintègrent leur milieu familial le week-end. Chaque week-end est préparé avec soin au moyen de discussions avec la famille et l'enfant, puis évalué. Il n'existe pas d'autres formes de séjour ou d'habitation chroniques dans les structures psychiatriques. Les enfants et les jeunes qui présentent de sérieux problèmes liés aux émotions et au comportement, qui ont (temporairement) besoin d'un milieu de remplacement du milieu familial, séjournent dans des centres multifonctionnels d'aide intégrale à la jeunesse, où les pédopsychiatres mettent en œuvre le traitement médical. L'enseignement constitue une partie essentielle du programme thérapeutique pour enfants et adolescents en structure pédopsychiatrique résidentielle, soit au moyen d'une collaboration directe avec une école hospitalière, soit au moyen de personnel enseignant attribué au service K.

Nomenclature : l'INAMI a prévu une nomenclature spécifique pour les honoraires ambulatoires, les honoraires de liaison, les honoraires des urgences et de surveillance, adaptée à la méthode de travail au moyen de la médiation, avec les contextes obligatoires, les discussions de table ronde et le fonctionnement de week-end.

⁶ Sont reconnus comme cadres de référence psychothérapeutique dans lesquels doit s'inscrire toute intervention psychothérapeutique accomplie par un psychothérapeute habilité : la psychothérapie à orientation psychanalytique et psychodynamique, la psychothérapie à orientation comportementale et cognitive, la psychothérapie à orientation systémique et familiale, et la psychothérapie d'orientation humaniste centrée sur la personne et expérientielle (Loi du 04.04.2014 réglementant les professions des soins de santé mentale).

Trajets de soins et partenaires de réseau : les trajets pour enfants et la façon dont les modules SSM sont organisés au sein d'un réseau plus large d'institutions de la jeunesse ont une structure organisationnelle qui leur est propre. Il faut collaborer avec des secteurs spécifiques dans un paysage d'aide et de soins spécifique. La psychiatrie infanto-juvénile a ses référents primaires spécifiques ainsi que des trajets entrant et sortant qui lui sont propres :

- Les partenaires SSM : CSSM, CRA, CTD et centres de référence pour le spectre de l'autisme, équipes mobiles, réadaptation (semi-)résidentielle, service K généraux (y compris leurs policliniques, les activités de liaison et de consultation), les services K spécifiques (unités de traitement médico-légales, unités de traitement intensif pour les patients présentant un double diagnostic, assuétudes chez les mineurs), pratiques ambulatoires
- Partenaires de l'aide intégrale à la jeunesse :
 - o Enseignement : les centres psycho-médicosociaux, les coordinateurs de soins, l'enseignement spécial ;
 - o Bien-être : Kind & Gezin, Vertrouwenscentra, JongerenAdviesCentra, Centra Algemeen Welzijnswerk ;
 - o Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap : service d'accompagnement à domicile, centres multifonctionnels (centres d'observation et de traitement, instituts médico-pédagogiques) ;
 - o Aide spéciale à la jeunesse : Bureaux d'aide spéciale à la jeunesse, centres de jour, Centres d'accueil et d'observation, homes ;
 - o Justice : Tribunal de la jeunesse, institutions communautaires ;
- Soins de santé : néonatalogues, pédiatres, neurologues pédiatriques, psychiatres pour adultes, médecins généralistes, médecins de la jeunesse.

7

Réseaux et circuits de soins : les soins de santé mentale pour enfants et adolescents sont organisés en réseaux provinciaux avec les partenaires précités et la collaboration intersectorielle conformément au « *Plan national pour une nouvelle politique de soins de santé mentale pour enfants et adolescents 2015-2020* ». Ce guide est basé sur celui consacré aux jeunes adultes et aux adultes, mais tient également compte de la spécificité du groupe cible des 0-18 ans. À cet égard, une attention particulière est consacrée à la phase charnière des 16-23 ans.

Cadre légal : le cadre légal relatif à la psychiatrie infanto-juvénile diffère du cadre légal prévu pour les adultes ; le Tribunal de la jeunesse est compétent pour toutes les décisions judiciaires concernant les jeunes.

- Droit de la jeunesse : ensemble de règles juridiques et jurisprudence relatives aux mineurs et à leurs parents (protection des mineurs à l'égard de la société et protection de la société par rapport à la délinquance juvénile). Les juges de la jeunesse interviennent auprès des situations d'éducation préoccupantes et des faits qualifiés infraction (FQI) ;
- Loi relative à la protection de la personne des malades mentaux : c'est le juge de la jeunesse qui est compétent pour les mineurs ;
- Obligation scolaire : de 6 à 18 ans (à temps plein jusque 15 ans) ;
- Convention relative aux droits de l'enfant : droit à la prévention, à la participation et à la protection ;

- Les droits du patient : le mineur qui peut être estimé apte à apprécier raisonnablement ses intérêts peut exercer ses droits de manière autonome ; le cas échéant, la volonté du patient prime sur celle de son (ses) parent(s) ;
- Droits parentaux ;
- Secret professionnel (Droits de l'enfant versus droits parentaux ; au sein de la famille : risque de dommages collatéraux ; art. 458bis : droit d'informer le parquet de certaines infractions à l'égard de mineurs ; « secret professionnel partagé » avec d'autres secteurs de l'aide à la jeunesse intégrale).

II.1.3. Expertise de la réadaptation intégrée dans la formation

La réadaptation fonctionnelle pluridisciplinaire de l'enfant et de l'adolescent, accompagnée d'un diagnostic et d'un traitement, s'adresse à un grand nombre de groupes cibles relevant du domaine médical de la psychiatrie infanto-juvénile : trouble du spectre de l'autisme, TDAH, troubles complexes du développement, déficience intellectuelle, troubles du comportement et de l'humeur. C'est ainsi que depuis le 1^{er} janvier 2015, il est obligatoire pour les Centres de réadaptation ambulatoire pour enfants et adolescents de disposer d'un psychiatre infanto-juvénile en tant que coordinateur des processus de réadaptation.

Par le passé, il était possible de demander un agrément supplémentaire en tant que médecin spécialiste en réadaptation (titre de niveau 3) pour ces groupes cibles, si on pouvait démontrer avoir suivi un stage sous la direction d'un médecin spécialiste en réadaptation. Il était important de démontrer les compétences suivantes :

1. les techniques d' « évaluation du handicap » ; il s'agit d'élaborer un bilan pluridisciplinaire fonctionnel ;
2. les techniques permettant d'établir le pronostic d'évolution et la possibilité de récupération du handicap ; il s'agit d'élaborer un planning de réadaptation.

Dans le cadre d'une demande d'avis de la ministre, le Conseil supérieur suit une procédure d'avis en la matière, avec une possible intégration de la réadaptation fonctionnelle dans certains titres de niveau 2.

Étant donné que les compétences et domaines de connaissances suivant(e)s font partie intégrante de la formation en psychiatrie infanto-juvénile (cf. également les objectifs finaux), il est proposé que le titre professionnel de niveau 2 en psychiatrie et psychothérapie infanto-juvénile mène automatiquement à un agrément en réadaptation pour ces groupes cibles :

1. La reconnaissance et l'élaboration d'un plan d'approche pluridisciplinaire ciblé et spécifique pour ces groupes cibles présentant des limitations fonctionnelles, qui a pour objectif d'améliorer leur intégration sociale et/ou d'au moins éviter une nouvelle restriction de leurs activités.
2. Lors de l'élaboration de ce plan, il est tenu compte, en partenariat, de l'adolescent et de son contexte ainsi que des éventuelles possibilités et restrictions de ce contexte.
3. Outre l'approche holistique de l'adolescent présentant des limitations fonctionnelles résultant de l'une des problématiques précédemment mentionnées, la coordination de toutes les disciplines (médicales et non médicales) est également importante.

Conclusion générale : les connaissances et les compétences spécifiques à acquérir en psychiatrie infanto-juvénile pour l'exercice de la profession de pédopsychiatre, y compris l'expertise de la réadaptation, nécessitent une formation spécifique poussée avec suffisamment d'années de formation scientifique et pratique spécifique en psychiatrie infanto-juvénile.

II.2. Approche

Compte tenu de tous ces éléments, il est évident que la psychiatrie infanto-juvénile est une spécialité distincte, avec une large palette de connaissances et de compétences à acquérir au cours de la formation dans des services de stage spécifiques. Étant donné la complexité et la diversité de la spécialité, il faut prévoir une marge suffisante durant la formation, ainsi que la possibilité de se familiariser avec certains domaines connexes spécifiques (p.ex. pédiatrie, neurologie pédiatrique, génétique clinique). Afin d'acquérir ces compétences et ces connaissances de façon suffisamment qualitative et de les préserver à l'avenir, le groupe de travail demande d'apporter les adaptations suivantes aux critères d'agrément de la formation professionnelle :

1. un titre professionnel distinct de niveau 2 « médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie infanto-juvénile » ;
2. ce titre professionnel donne également accès à toutes les activités de réadaptation fonctionnelle et professionnelle de l'enfant et de l'adolescent pour les groupes cibles de psychiatrie infanto-juvénile, puisque ces compétences finales ont été intégrées dans la formation professionnelle ;
3. le maintien de critères d'agrément distincts pour la formation, les places de stage et les maîtres de stage en psychiatrie infanto-juvénile (tel que prévu dans les critères fixés au 03.01.2002).
4. une proposition d'adaptation de ces critères : cf. V.

9

III. DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES – DEMANDE et OFFRE

La « Convention relative aux droits de l'enfant » (ONU) est claire. Son article 24, § 1^{er} stipule : « *Les États parties reconnaissent le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux et de rééducation. Les États parties s'efforcent de garantir qu'aucun enfant ne soit privé du droit d'avoir accès à ces équipements de soins de santé* » .

En 2005 déjà, l'OMS avait évalué la prévalence des troubles psychiques chez les enfants et les adolescents à ± 20 % (OMS, 2005, *Child and adolescent mental health resources: global concerns, implications for the future*. Geneva, p.16. http://www.who.int/mental_health/resources/child/en/index.html). Environ 4 à 6% des enfants et

des adolescents auront besoin d'une intervention clinique relative à un trouble mental significatif observé (« *a clinical intervention for an observed significant mental disorder* », OMS 2005). D'après un rapport d'étude néerlandais, 7% des adolescents auraient besoin de soins de santé mentale sur une base annuelle (Sytema, S., e.a. (2006). *Verkenningen in de kinder- en jeugdpsychiatrie*. Trimbos-instituut. p.5.). Une extrapolation à la situation belge montre que près de 135 000 enfants et adolescents ont besoin de soins de santé mentale.

En 2012⁷, 278 médecins en Belgique portaient le titre professionnel en « Psychiatrie, et particulièrement en psychiatrie infanto-juvénile », dont 84 francophones, 186 néerlandophones et 8 parlant une autre langue. La majorité d'entre eux appartiennent à la plus jeune génération : 65,5% ont moins de 45 ans, 29% sont âgés entre 45-65 ans et 5,5% ont plus de 65 ans. Trois-quarts sont des femmes : 74,1%. En Belgique, de nombreux médecins portent encore les anciens titres « Psychiatrie » (N= 1126) ou « Neuropsychiatrie » (N= 403). Parmi eux se trouveraient également des médecins qui exercent de facto la psychiatrie infanto-juvénile. Quant au nombre de spécialistes, le groupe professionnel de la psychiatrie infanto-juvénile est comparable à la gériatrie (N= 283), l'endocrinologie (N= 274), la rhumatologie (N= 279), la radiothérapie (N= 276) et la neurochirurgie (N= 240). Au cours de la période 2004-2012, le nombre de psychiatres infanto-juvéniles actifs a augmenté de 63,5% ; dans les autres spécialités moins fréquentes précédemment citées, l'augmentation se situait entre 0-30%. La psychiatrie infanto-juvénile en tant que titre professionnel est donc une spécialité moins fréquente qui est en pleine expansion. Depuis 2002, la psychiatrie infanto-juvénile est reconnue comme étant une profession en pénurie ; de ce fait, cette spécialité été exclue du calcul pour le quota et un quota minimal a été imposé, au lieu d'un quota maximum (minimum 20 spécialistes à former par an).

En 2014, on dénombrait en Belgique 298 pédopsychiatres (229 femmes et 69 hommes). Il y avait 98 pédopsychiatres en formation.

IV. DÉFINITION ET CHAMP D'ACTION DE LA DISCIPLINE

La psychiatrie infanto-juvénile (Kinder- en jeugdpsychiatrie, Verhulst, Verheij & Danckaerts 2014) peut se définir comme suit :

La psychiatrie infanto-juvénile est la spécialité médicale axée sur le diagnostic et le traitement des enfants et des adolescents qui présentent des troubles psychiatriques (ou un risque de troubles psychiatriques), âgés de 0 à 18 ans. La prévention et la détection précoce, ainsi que les activités visant à promouvoir l'intégration sociale des patients présentant des troubles psychiques et psychiatriques graves dans cette catégorie d'âge, relèvent également de cette spécialité.

La tranche d'âge des 16-21 ans correspond à une période transitoire flexible au cours de laquelle le patient doit pouvoir être encadré, selon son cas, par un psychiatre infanto-juvénile et/ou un psychiatre

⁷ Cadastre des médecins - tableau de synthèse Plancad 2012

de l'adulte⁸. Le contexte de vie⁹ (famille, école), la maturité de l'adolescent et la nature de la psychopathologie¹⁰ font que nous tendons plutôt vers l'une ou vers l'autre discipline au cours de cette période transitoire. Il convient de garantir une transition graduelle aisée en cas de continuité de la psychopathologie.

Le fondement scientifique de la psychiatrie infanto-juvénile est le domaine de la psychopathologie développementale. Pour les pédopsychiatres, la connaissance du développement physique, cognitif, émotionnel, social et moral normal de l'enfant est indispensable à la compréhension de l'apparition et de l'évolution des troubles psychiatriques. En psychiatrie infanto-juvénile, l'enfant souffrant d'un trouble psychique/psychiatrique occupe une position centrale et le psychiatre est censé appliquer ses connaissances scientifiques et ses compétences thérapeutiques pour traiter l'enfant dans son contexte global. Les enfants et les jeunes dépendent tellement de leur contexte (familial) que leur fonctionnement a souvent un lien direct avec leur situation familiale. L'attachement et l'éducation sont des éléments centraux dans l'évaluation et le traitement de l'enfant et de son cadre de vie.

Les compétences finales de la discipline sont inventoriées à l'annexe 1.

V. CRITÈRES DE FORMATION et D'AGRÈMENT et MAINTIEN DE L'AGRÈMENT

11

V.1. Conditions d'accès

Qualification professionnelle de niveau 1 : médecin

V.2. Compétences finales

V.2.1. Connaissances et compétences spécifiques à la discipline. Cf. annexe 1

V.3. Durée et structure de la formation

Cf. schéma à l'annexe 2.

V.3.1. La durée de la formation est de cinq ans.

⁸ Un adolescent peut occuper un lit K (k) jusqu'à ses 18 ans. À partir de ses 15 ans, il peut également occuper un lit A (a) ou T. Au sein des structures VAPH pour adolescents, les jeunes peuvent généralement y séjourner jusqu'à l'âge de 21 ans ; dans les structures VAPH pour adultes, ils peuvent y séjourner à partir de 18 ans.

⁹ Contexte de vie : lorsqu'il est question d'un adolescent de 19 ans qui se trouve encore dans l'enseignement secondaire et vit encore dans le contexte familial, il est logique que l'on fasse appel à un psychiatre infanto-juvénile ; en revanche, s'il s'agit d'un adolescent de 17 ans qui travaille en contrat d'apprentissage et habite seul, il est plus logique qu'il soit soigné par un psychiatre de l'adulte.

¹⁰ Psychopathologie : dans certains cas, il faudra faire appel à une expertise plus spécifique de la psychiatrie de l'adulte chez un mineur (p.ex. en cas de psychose ou de manie récidivante) ou, inversement, il faudra faire appel à une expertise de la psychiatrie infanto-juvénile chez une personne majeure (TSA, TDAH).

V.3.2. La formation comprend au minimum 3 années de stage dans un service agréé de formation en psychiatrie infanto-juvénile. Le candidat doit accomplir minimum 12 mois de stage avec des enfants de moins de 12 ans et minimum 12 mois de stage avec des jeunes de 12 ans et plus.

V.3.3. La formation comprend au minimum 1 année de stage dans un service de stage agréé de formation en psychiatrie de l'adulte. Une année de formation en psychiatrie adulte peut être cumulée à ce que nous appelons le « stage de rotation » au point V.3.6.

V.3.4. Au moins 2 années de formation doivent être accomplies dans un centre de formation pouvant offrir toute la durée de la formation (cf. VI.2.1).

V.3.5. Le candidat doit satisfaire aux critères généraux d'agrément des médecins spécialistes (AM 23.04.2014). Il doit accomplir un stage de minimum 1 an et de maximum 3 an dans un hôpital qui n'est pas désigné comme hôpital universitaire ou dans un hôpital dont le service de stage n'est pas désigné comme universitaire (dérogation à l'art. 10 de l'AM du 23.04.2014¹¹). Il peut s'agir le cas échéant de l'année de formation en psychiatrie de l'adulte.

12

V.3.6. Durant la formation, le candidat peut effectuer un **stage de rotation** dans un service agréé pour la formation d'une discipline connexe pertinente¹² ou une année supplémentaire de stage dans un service agréé en psychiatrie adulte, pourvu qu'il soit satisfait au point V.3.2.

V.3.7. Afin d'acquérir certaines compétences spécifiques en psychiatrie infanto-juvénile et/ou dans une (sous-)discipline connexe pertinente, le candidat peut, sous la supervision et la responsabilité du maître de stage coordinateur, effectuer des **stages spécifiques** dans des services qui sont renommés pour cette (ces) compétence(s) spécifique(s) mais qui ne satisfont pas à tous les critères d'agrément en tant que service de stage (par exemple les centres multifonctionnels (CMF), les institutions communautaires, les centres de réadaptation, les centres de soins de santé mentale, la génétique clinique, ...).

¹¹ L'article 10 de l'AM du 23.04.2014 stipule qu'un tiers au minimum et deux tiers au maximum est accompli dans un hôpital qui n'est pas désigné comme hôpital universitaire ou dans un hôpital dont le service de stage n'est pas désigné comme universitaire. Lorsqu'il s'agit d'une formation de cinq ans, cela correspond à minimum 20 et maximum 40 mois. Cependant : en psychiatrie infanto-juvénile, les lieux de stage s'engagent fermement avec un médecin spécialiste en formation pour une durée minimale d'un an, les trajets thérapeutiques qui concernent les enfants, les adolescents et leur contexte étant souvent de longue durée. Les minima et les maxima doivent donc être équivalents à un an. Par ailleurs, il se fait que l'année de stage en psychiatrie de l'adulte peut être accomplie dans un service de stage aussi bien universitaire que non universitaire. Nous affirmerions dans ce cas que, si le MSF doit accomplir minimum 24 mois dans un service de stage non universitaire et que ce MSF en question se voit attribuer un lieu de stage en psychiatrie de l'adulte dans un service universitaire, il sera contraint par la force des choses d'accomplir encore 24 mois en pédopsychiatrie dans un service non universitaire et pourra encore accomplir maximum 24 mois en psychiatrie infanto-juvénile dans un service universitaire. Une formulation alternative serait que nous considérons, du point de vue de la formation en psychiatrie infanto-juvénile, que l'année en psychiatrie de l'adulte est « non universitaire » par définition (peu importe où elle est accomplie). Nous pourrions alors formuler que minimum 24 mois et maximum 36 mois doivent être accomplis dans un service non universitaire.

¹² La pédiatrie et la neurologie sont en tout cas reconnues comme étant des disciplines pertinentes. Le candidat souhaitant intégrer une année dans une autre discipline dans son plan de stage, devra en démontrer sa pertinence pour la formation.

Ces services doivent satisfaire à certaines exigences spécifiques afin de pouvoir garantir suffisamment de supervision et d'accompagnement (cf. plus loin).

La durée totale des stages spécifiques est de maximum un an.

Une place de stage pour un stage spécifique nécessite une convention écrite avec un service de stage agréé.

V.3.8. Le candidat spécialiste suit une formation à la fois théorique et pratique en psychiatrie infanto-juvénile. La formation théorique vise à enseigner au candidat psychiatre infanto-juvénile les connaissances, compétences et attitudes lui permettant d'assurer les fonctions de médecin, de scientifique, de communicateur et de manager.

V.3.9. Le candidat se forme en psychothérapie au cours de ces cinq années et pendant les stages.

V.3.10. Le candidat doit se conformer aux critères transversaux en rédigeant durant la formation au moins un article concernant un sujet clinique ou scientifique relatif à la psychiatrie infanto-juvénile, qui ait été publié ou accepté pour une publication dans une revue médicale faisant autorité avec une procédure de validation par des pairs. À cet égard, les dispositions plus spécifiques figurent à l'annexe 3.

V.3.11. Au terme de sa formation, le candidat spécialiste doit, en vue de son agrément, apporter la preuve qu'il satisfait aux objectifs finaux fixés en psychiatrie infanto-juvénile et qu'il est apte à exercer la spécialité concernée de manière indépendante et sous sa propre responsabilité. Le candidat doit réussir une évaluation finale organisée de façon paritaire par l' (les) association(s) professionnelle(s) de la spécialité concernée et par les établissements universitaires sous le contrôle du ministre.

Pour cette évaluation finale, on utilisera :

- 1° le carnet de stage et les pièces probantes y afférentes ;
- 2° les formulaires d'évaluation annuelle établis par les maîtres de stage et les rapports d'entretiens de planification, de fonctionnement et d'évaluation annuels rédigés par le candidat ;
- 3° la ou les publication(s) visée(s) au point V.3.10. ;
- 4° l'attestation facultaire¹³.

V.4. Critères pour l'autorisation (le maintien) de l'exercice de la profession

V.4.1. Maintien :

Le médecin spécialiste conserve son autorisation d'exercer la profession pourvu qu'il puisse attester d'une activité clinique et/ou académique sans interruption de plus de cinq ans.

Le médecin spécialiste est tenu de maintenir et de développer ses compétences

¹³ Art. 21, 4° de l'AR du 21 avril 1983 fixant les modalités de l'agrément des médecins spécialistes et des médecins, MB 27 avril 1983. généralistes.

par une formation pratique et scientifique (accréditation).

V.4.2. Re-entry :

Un stage de rattrapage de 6 mois est fixé par tranche de 5 années d'interruption.

| |
|-------------------------------|
| VI. MAÎTRES / ÉQUIPE DE STAGE |
|-------------------------------|

VI.1. Les maîtres de stage doivent satisfaire aux critères généraux d'agrément de l'AM du 23.04.2014.

VI.2. Une distinction est faite entre le maître de stage pouvant offrir une formation complète (toutes les années du trajet de formation professionnelle, y compris les années supérieures de formation) et le maître de stage pouvant offrir une formation partielle.

VI.2.1. Le maître de stage pouvant offrir toutes les années de la formation satisfait à **toutes** les conditions suivantes :

- est agréé depuis au moins 5 ans comme pédopsychiatre ;
- offre au sein de son service ou de son réseau un large éventail de possibilités diagnostiques et de traitement, qui englobent une bonne base de la psychiatrie infanto-juvénile et qui garantissent l'acquisition des objectifs finaux de façon exhaustive et diversifiée ;
- dispose d'au moins 20 places d'hospitalisation (K, k : complet ou partiel) ;
- dispose d'une polyclinique en psychiatrie infanto-juvénile comprenant une équipe pluridisciplinaire qui réalise chaque année au moins 2000 contacts patients : en ambulatoire, en équipe mobile et/ou en consultation ¹⁴ ;
- prévoit une mission de liaison structurée et intégrée, destinée aux enfants et aux jeunes hospitalisés dans un service de pédiatrie ou un autre service hospitalier.
- dispose d'un service des urgences prenant en charge des situations d'urgence en psychiatrie infanto-juvénile ;
- pendant les heures de service normales, un maître de stage ou un médecin spécialiste en psychiatrie infanto-juvénile mandaté par lui, avec un agrément d'au moins 3 ans, est toujours présent dans le service de stage.

¹⁴

Il y a trois modalités pour les contacts patients en psychiatrie infanto-juvénile: 1) un contact en ambulatoire suppose que le patient et/ou celui/celle qui s'occupe de son éducation se rendent au lieu (la polyclinique, la pratique) où l'entretien a lieu ; 2) un contact mobile implique que le médecin/thérapeute se déplace au sein du contexte de vie du jeune ; 3) un contact en consultation signifie que le médecin/thérapeute se rend à un autre service (hospitalier) où le jeune séjourne.

VI.2.2. Le maître de stage pouvant offrir une formation partielle (maximum 2 années) :

- est agréé depuis au moins 5 ans comme pédopsychiatre ;
- dispose d'au moins 20 places d'hospitalisation (K, k : complet ou partiel) **ou** dispose d'une policlinique en psychiatrie infanto-juvénile comprenant une équipe pluridisciplinaire qui réalise chaque année au moins 2000 contacts patients : en ambulatoire, en équipe mobile et/ou en consultation (cf. note de bas de page 14) ;
- pendant les heures de service normales, un maître de stage ou un médecin spécialiste en psychiatrie infanto-juvénile mandaté par lui, avec un agrément d'au moins 3 ans, est toujours présent dans le service de stage.

VI.2.3. Le superviseur qui assure un stage spécifique (d'une durée de maximum 1 an) :

- est agréé depuis au moins 5 ans comme pédopsychiatre ;
- propose une offre de stage qui est complémentaire à l'offre complète ou partielle de formation dans les services de stage, et qui est une plus-value pour la formation du candidat ;
- est présent dans le service de stage pendant un nombre d'heures fixe (minimum 40%) ;
- garantit que lui ou un médecin mandaté issu du service de stage avec lequel une convention a été conclue, sera toujours disponible pour le médecin spécialiste en formation pendant les heures de service normales ;
- garantit la responsabilité de la supervision, de la qualité et de la sécurité de la formation professionnelle et des soins ;
- conclut une convention reprenant les garanties susmentionnées avec un service de stage agréé.

VII. SERVICES DE STAGE

VII.1. Le service de stage doit satisfaire aux critères généraux d'agrément de l'AM du 23.04.2014.

VII.2. Une distinction est faite entre le service de stage pouvant offrir une formation complète (toutes les années du trajet de formation professionnelle, y compris les années supérieures de formation) et le service de stage pouvant seulement offrir une formation partielle.

VII.2.1. Le service de stage pouvant offrir une formation complète satisfait à **toutes** les conditions suivantes :

- offre au sein de son service ou de son réseau un large éventail de possibilités diagnostiques et de traitement, qui englobent une bonne base de la psychiatrie infanto-juvénile et qui garantissent l'acquisition des objectifs finaux de façon exhaustive et diversifiée, tant pour les années inférieures que pour les années supérieures de formation.
- dispose d'au moins 20 places d'hospitalisation (K, k : complet ou partiel) ;
- dispose d'une policlinique en psychiatrie infanto-juvénile comprenant une équipe pluridisciplinaire qui réalise chaque année au moins 2000 contacts patients : en ambulatoire, en équipe mobile et/ou en consultation (cf. note en bas de page 14) ;
- prévoit une mission de liaison structurée et intégrée, destinée aux enfants et aux jeunes hospitalisés dans un service de pédiatrie ou un autre service hospitalier.
- dispose d'un service des urgences prenant en charge des situations d'urgence en psychiatrie infanto-juvénile.

VII.2.2. Le service de stage pouvant offrir une formation partielle (maximum 2 ans)

- dispose d'au moins 20 places d'hospitalisation (K, k : complet ou partiel) **ou** dispose d'une une équipe pluridisciplinaire qui réalise chaque année au moins 2000 contacts patients : en ambulatoire, en équipe mobile et/ou en consultation (cf. note de bas de page 14).

| |
|---------------------------|
| VIII. NOMBRE DE CANDIDATS |
|---------------------------|

16

VIII.1. La proportion (médecins spécialistes agréés en psychiatrie infanto-juvénile (avec minimum 3 années d'ancienneté) dans le service de stage (y compris le maître de stage) / candidats en formation), exprimée en équivalents temps plein est de minimum 0,5. Par maître de stage et collaborateur(s) à temps plein, maximum 2 candidats spécialistes peuvent donc être formés.

VIII.2. Par tranche de 20 places d'hospitalisation (complet ou partiel), maximum 3 candidats peuvent être formés au sein du service de stage et/ou par tranche de 1000 contacts patients en équipe mobile, en ambulatoire ou en consultation (cf. note en bas de page 13) dans l'équipe pluridisciplinaire, maximum 1 candidat peut être formé au sein du service de stage.

| |
|--------------------------|
| IX. MESURES TRANSITOIRES |
|--------------------------|

IX.1. Les psychiatres infanto-juvéniles ayant obtenu le titre professionnel en « psychiatrie et particulièrement en psychiatrie infanto-juvénile », ont jusqu'à 2 ans après la publication de cet AR pour introduire une demande en vue d'obtenir ce titre professionnel en psychiatrie infanto-juvénile.

IX.2. Les médecins spécialistes qui ont suivi une partie de cette formation (p. ex. dans le cadre d'une autre spécialisation (psychiatrie, pédiatrie)) et qui souhaitent être agréés en tant que psychiatres infanto-juvéniles, peuvent demander une réduction de leur plan de stage par le biais de la commission d'agrément, qui tiendra compte de ces stages déjà effectués.