

L'impact de la pandémie de COVID-19 sur la santé mentale des enfants et des adolescent·es en Belgique

Une enquête qualitative auprès des professionnel·les sur les besoins, les obstacles et les solutions en matière de santé mentale

Ann Morissens, Rebekka Verniest, Clara Noirhomme et Svetlana Sholokhova — Service d'études
Avec nos sincères remerciements aux professionnel·les pour leurs précieuses contributions

Résumé

La pandémie de COVID-19 et les mesures restrictives associées ont eu un impact majeur sur notre société. Une attention particulière a été accordée aux conséquences sur la santé mentale, en particulier celle des enfants et des adolescent·es. Les signaux qui ont émergé à ce sujet étaient souvent alarmants.

Sur la base des résultats de notre précédente étude quantitative sur l'impact de la pandémie de COVID-19 sur l'utilisation des soins de santé mentale par les enfants et les adolescent·es, nous avons déjà des indications de détérioration de la santé mentale (Sholokhova, Noirhomme, Morissens, & Verniest, 2021). Afin de mieux comprendre la réalité qui se cache derrière ces chiffres, nous avons également lancé une étude qualitative. Nous avons interrogé des profils très diversifiés de personnes qui travaillent quotidiennement avec des enfants et des adolescent·es, que ce soit dans le domaine des soins, de l'éducation ou du secteur social.

Les professionnel·les interrogé·es ont confirmé que la santé mentale de nombreux enfants et adolescent·es s'est détériorée pendant la pandémie. Ils ont également souligné les différences majeures en fonction du stade de développement dans lequel se trouvent les enfants et les adolescent·es. L'environnement dans lequel ils grandissent est également déterminant. Il est clair que les enfants et les adolescent·es qui grandissent dans des environnements défavorisés sont généralement plus durement touchés. Plusieurs participant·es à cette étude ont également mentionné spécifiquement l'impact de la fermeture des écoles, car l'environne-

ment scolaire joue un rôle important dans le développement des jeunes et peut être un facteur de protection pour le bien-être mental.

En outre, les entretiens ont également révélé la grande créativité et flexibilité du terrain pour apporter une réponse à la demande de soins existante et nouvelle, tout en tenant compte des mesures restrictives. Afin de ne pas perdre le contact avec les enfants et les adolescent·es et de pouvoir continuer à les soutenir autant que possible, de nombreuses méthodes innovantes ont été utilisées, telles que la téléconsultation. Bien que ces méthodes aient des avantages et aient prouvé leur valeur ajoutée, les participant·es ont également mentionné certaines limites importantes lors de leur utilisation.

Sur la base des signaux du terrain, nous avons formulé quelques recommandations pour mieux soutenir et protéger les enfants et les adolescent·es à l'avenir. Nous sommes pleinement engagés en faveur de soins plus rapides, plus accessibles et plus abordables, de la prévention et de la promotion de la santé mentale et de la recherche d'un outil de suivi. Pour y parvenir, la collaboration et la concertation sont nécessaires, tant entre le gouvernement et le monde professionnel qu'entre les différent·es acteur·rices du terrain.

Mots-clés : Santé mentale, enfants et adolescent·es, demande de soins, offre de soins, école, téléconsultations, prévention et promotion de la santé, COVID-19, recherche qualitative

1. Introduction

La pandémie de COVID-19 qui a frappé le monde en mars 2020 a eu un impact majeur sur notre société et notre vie quotidienne. Les enfants et les adolescent-es n'ont pas été épargnés par les mesures prises en Belgique, bien que le virus ne mettait pas réellement leur vie en danger. Lors du premier confinement, les écoles ont été fermées pendant un certain temps pour laisser place à l'enseignement à distance. Les contacts avec les camarades pendant le temps libre et la pratique de hobbies étaient presque impossibles. Ces restrictions ont donc entraîné des préoccupations croissantes concernant la santé mentale des enfants et des adolescent-es, notamment chez ceux ou celles qui présentaient déjà des symptômes ou chez les enfants et les adolescent-es issus-es de familles dont la situation socio-économique est plus fragile. Ce dernier groupe peut avoir été confronté à un certain nombre de facteurs de stress supplémentaires, tels que le manque d'espace extérieur, le stress financier des parents, l'accès limité à l'ordinateur et à l'internet, et le manque d'un endroit calme pour faire ses devoirs. Pour le groupe d'enfants et d'adolescent-es suivant un trajet de soins de santé mentale, l'accès à l'aide psychologique était limité en raison des règles strictes de distanciation. Mais même après le confinement du printemps 2020, plusieurs mesures qui peuvent avoir un impact sur le bien-être ou le développement social des enfants et des adolescent-es sont restées en place. Ainsi, l'enseignement à distance est resté la norme pour de nombreux élèves du secondaire pendant de plus longues périodes en 2020-2021.

Maintenant que la pandémie de COVID-19 s'est (quelque peu) calmée, il est nécessaire de faire le point sur l'impact de la pandémie et des mesures sur la santé mentale des enfants et des adolescent-es et sur la manière dont les prestataires de soins de santé y ont fait face.

Comme pour le concept de « santé », il est également important d'utiliser une définition large de la « santé mentale ». Ainsi, dans le domaine de la santé mentale également, l'attention ne peut se concentrer uniquement sur la présence ou l'absence de troubles mentaux ou de plaintes, mais il faut également examiner dans quelle mesure une personne « fonctionne bien dans un sens positif » (Vlaams Instituut Gezond Leven), comment elle se sent par rapport aux autres et à elle-même. Il s'agit de se sentir capable d'utiliser ses capacités et ses aptitudes et de faire face aux événements stressants mais aussi

de pouvoir « s'occuper utilement et développer et entretenir des relations positives avec les personnes qui les entourent » (Vlaams Instituut Gezond Leven). Ces différents éléments sont également repris par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) dans sa définition de la santé mentale : « La santé mentale correspond à 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 » (Organisation mondiale de la Santé, 2003).

Déjà avant l'arrivée du COVID-19, il y avait des indications que de nombreux enfants et adolescent-es souffraient de problèmes de santé mentale, et ce de manière croissante. Selon l'OMS, la prévalence des problèmes de santé mentale chez les enfants et les adolescent-es dans le monde est d'environ 20% (Nastasi & Borja, 2016). En matière de santé mentale, les enfants et les adolescent-es méritent une attention particulière. Ils sont en effet extrêmement vulnérables et les facteurs de risque qu'ils rencontrent à un âge précoce déterminent souvent leur développement ultérieur et leur parcours de vie. L'âge médian du développement d'un problème de santé mentale est de 18 ans. Une étude de la littérature montre qu'un jeune sur trois développe un problème de santé mentale avant l'âge de 14 ans. Lorsqu'on considère l'ensemble du groupe des moins de 18 ans, ce chiffre monte jusqu'à 48%. Ces pourcentages varient toutefois en fonction du type de trouble (Solmi, Radua, & Olivola, 2021).

L'enquête de santé de Sciensano de 2018 montre qu'en Belgique 30% des enfants âgés de 2 à 18 ans présentent un ou plusieurs problèmes psychologiques (Gisle, Drieskens, Demarest, & Van der Heyden, 2020). L'étude *Health Behaviour of School Age Children* a également constaté en 2018 une augmentation des problèmes mentaux chez les jeunes en Flandre et notamment que les sautes d'humeur, la nervosité et les problèmes de sommeil augmentaient (Dierckens, Delaruelle, & Deforche, 2021). La crise du COVID-19 a exacerbé davantage ces problèmes (Fegert, Vitiello, Plener, & Clemens, 2020). Dans le même temps, la santé mentale des enfants et des adolescent-es a fait l'objet d'une attention accrue sous différents angles. Au printemps 2021, par exemple, des rapports alarmants ont été publiés sur le bien-être mental des enfants et des adolescent-es, et les pédopsychiatres ont lancé un appel à l'aide face au manque de places et aux longues listes d'attente (Kestens & Crommen, 2022 ; Maes, 2021 ; De Meulenaere, Crommen, & Dancckaerts, 2021). La Taskforce Pédiatrique COVID-19 belge,

un réseau informel créé en mars 2020, s'est également dit particulièrement préoccupée par la situation des enfants, des adolescent-es et de jeunes adultes, chez qui le besoin de contacts sociaux est manifestement élevé (InTijdenVanCorona#8, 2020).

Ce qui précède montre que le bien-être mental des enfants et des adolescent-es s'est détérioré en 2021, en partie à cause des mesures restrictives prises pendant la pandémie de COVID-19. À travers cette étude, nous avons, par le biais d'entretiens approfondis, questionné les expériences de l'ensemble du secteur afin de mieux comprendre l'impact de la pandémie sur le bien-être des enfants et des adolescent-es. Les conséquences pour les prestataires de soins de santé eux-mêmes ont également été discutées. De cette manière, nous obtenons une image transversale de la situation et pouvons également identifier les points sensibles et les défis sur lesquels nous pourrions travailler à l'avenir.

2. Méthode

2.1. Objectifs de l'étude

Depuis le début de la pandémie de COVID-19, la détérioration de la santé mentale des jeunes en Belgique a soulevé plusieurs questions. Nous nous sommes demandé quelles étaient les perspectives en matière de santé mentale des jeunes en Belgique. Nous avons donc voulu comprendre exactement comment les jeunes ont été affectés par la crise qui a découlé de la pandémie. Quels étaient les mécanismes à l'origine de la détérioration de leur santé mentale ? Quels sont les facteurs qui ont eu une influence négative et ceux qui auraient pu avoir une influence positive sur la façon dont les enfants et les adolescent-es ont vécu ces deux dernières années ?

Nous avons également voulu examiner quelles étaient (et sont toujours) les difficultés rencontrées par les acteur-rices de terrain dans le vaste domaine de la santé mentale en Belgique. Quel soutien est disponible pour le jeune public ? Comment les différents services ont-ils géré la situation ? Et qu'est-ce que la pandémie a changé pour eux ? Enfin, nous voulions savoir ce qu'il est possible de mettre en place face à ce que certains appellent « la deuxième pandémie » ou « la bombe à retardement », c'est-à-dire l'explosion des problèmes de santé mentale qui suivra la crise provoquée par la pandémie de COVID-19, dont les signes sont déjà visibles actuellement.

2.2. Déroulement de l'étude

Pour répondre aux questions ci-dessus, les données d'utilisation des soins de santé ne sont pas suffisantes car elles ne reflètent que partiellement la demande de soins de santé. Par définition, une partie de la demande reste non objectivée par ces données, car les services de santé eux-mêmes n'y répondent pas toujours. De plus, la demande de soins, telle qu'elle est exprimée, n'est jamais égale au besoin. Cela est dû, d'une part, au fait qu'une partie de celle-ci reste inexprimée (les personnes perçoivent leur besoin mais ne consultent pas ou ne suivent pas de traitement) et, d'autre part, au fait que le besoin n'est pas toujours perçu par les personnes elles-mêmes (Cès, 2021). De même, la réalité du terrain ne se reflète que partiellement dans les chiffres relatifs à l'utilisation des soins.

Afin de comprendre les difficultés et les obstacles rencontrés par les collaborateurs des différents secteurs pour répondre aux besoins psychologiques des jeunes et soutenir leur bon développement, il est nécessaire d'écouter les personnes concernées. Par conséquent, nous avons décidé de mener une étude qualitative sur les expériences des acteur-rices de terrain dans différents secteurs actifs dans le domaine de la santé mentale des jeunes.

Pour obtenir une vision globale, il convient toutefois d'analyser également les expériences des enfants et des adolescent-es. Bien que leur expérience ait été indirectement abordée dans notre étude (à travers les témoignages des prestataires de soins), nous présentons également dans ce numéro de Santé & Société le rapport de l'UNICEF (Unicef, 2022) sur les expériences des enfants et des adolescent-es souffrant de problèmes de santé mentale en Belgique, qui complète cette étude (vous pouvez en lire davantage sur ce rapport dans la section *Lu pour vous*).

Pour mener à bien notre étude, nous avons recueilli les témoignages des travailleurs de terrain par le biais d'entretiens individuels. Les entretiens ont été menés par les chercheurs dans la langue de la personne interrogée et ont duré une heure en moyenne. Nous avons choisi de mener les entretiens de manière semi-structurée, c'est-à-dire selon un schéma commun de questions ouvertes (décrites dans le guide d'entretien), mais qui pouvaient être posées par le chercheur dans l'ordre souhaité. Les entretiens ont été enregistrés et ensuite transcrits.

L'examen de la littérature et les données quantitatives des études précédentes ont servi de base au guide d'entretien qui comportait deux parties. La première partie était consacrée aux évolutions de la santé mentale des jeunes et de la demande de soins de santé mentale depuis le début de la pandémie. La deuxième partie portait sur la réponse à cette demande de soins et sur l'offre (adaptée) de soins. Les questions ont été formulées en fonction du type de travailleur de terrain, puisque les personnes du secteur des soins de santé ainsi que celles du secteur de l'éducation et du social ont été interrogées.

2.3. Échantillon

Les personnes invitées aux entretiens ont été sélectionnées sur la base de la méthode de *desktop research* et de leur propre réseau. Tou-tes les participant-es sont actif-ves dans une organisation du secteur social, de la santé ou de l'éducation. Le recrutement s'est déroulé de juin à octobre 2021 et n'a pas été aisé en raison de la charge de travail élevée des prestataires de soins suite à l'augmentation des demandes. Les entretiens ont eu lieu au cours des mois d'octobre et de novembre 2021. Lors du recrutement des participant-es, un équilibre a été recherché en termes de langue, d'éducation et de région. Tou-tes les participant-es ont donné leur consentement libre et éclairé pour participer à l'étude.

25 personnes ont participé à l'enquête : 14 néerlandophones et 11 francophones ; 4 hommes et 21 femmes. 9 personnes travaillent en Wallonie, 1 à Bruxelles et 15 en Flandre. Leur âge variait de 25 à 62 ans, la plupart des

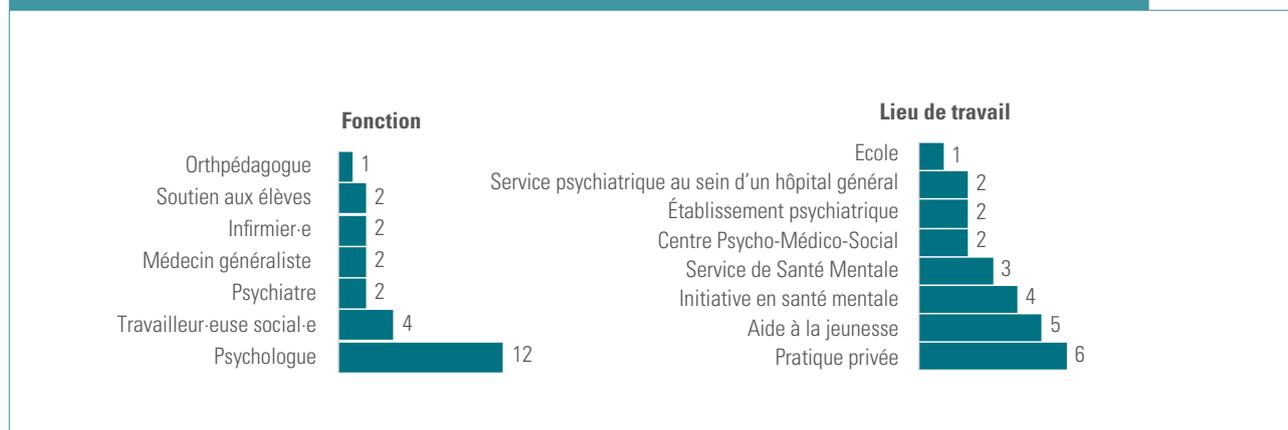
participant-es ayant entre 30 et 50 ans. 21 personnes avaient une formation universitaire et 4 personnes un bachelier professionnalisant. La plupart des participant-es ont plus de 10 ans d'expérience professionnelle et 9 participant-es ont plus de 20 ans d'expérience.

La répartition des participant-es selon le type de formation et le lieu de travail est assez large (voir Figure 1). En outre, près de la moitié des participant-es travaillent en groupe avec d'autres collègues, parfois au sein d'équipes multidisciplinaires. De plus, la moitié des participant-es travaillent spécifiquement avec des enfants et des adolescent-es de tous âges, tandis que l'autre moitié ne travaille qu'avec des adolescent-es ou des enfants à partir de 2-3 ans. Huit participant-es travaillent spécifiquement avec des groupes défavorisés et/ou discriminés.

2.4. Analyse

Les entretiens ont été analysés de manière thématique et codés à l'aide du logiciel *Nvivo*. Le codage a été effectué de manière itérative et a inclus à la fois les thèmes dérivés de l'examen de la littérature et des données de la MC, et les nouveaux éléments provenant des témoignages. Cela signifie que dans les cas où des éléments des témoignages des personnes interrogées n'ont pu être reliés à des données provenant d'autres sources, cela n'a pas porté atteinte au témoignage. En d'autres termes, la littérature et les données quantitatives ont été utilisées pour contextualiser les propos dans la mesure du possible, et non pour les confirmer ou les réfuter.

Figure 1 : Répartition des participant-es par type de fonction et lieu de travail





L'objectif principal de l'analyse des entretiens était d'étudier une série de phénomènes. D'une part, nous cherchions à comprendre ce qui avait été observé à partir des chiffres (tant de notre étude précédente que d'autres études). Comment expliquer, par exemple, que les téléconsultations n'ont pas pu compenser l'offre de consultations ? Ou, plus généralement, comment expliquer la détérioration de la santé des jeunes par l'augmentation des hospitalisations, le recours aux services d'urgence, etc. ? Les principaux résultats de nos analyses concernent l'impact sur la santé mentale des enfants et des adolescent-es (3.1.), l'impact sur l'offre de soins (3.2.), les problèmes rencontrés dans la pratique (3.3.) et le rôle des écoles dans la prévention des problèmes de santé mentale chez les jeunes (3.4.).

D'autre part, les questions auxquelles on cherche des réponses concernaient la manière dont la pandémie a été vécue, non seulement par les enfants et les adolescent-es, mais aussi par les acteur-rices travaillant sur le terrain, ainsi que les leçons à en tirer. Dans la section

4, vous trouverez les recommandations que nous formulons sur la base des résultats de nos entretiens et des recommandations précédemment publiées depuis le début de la pandémie.

2.5. Limites de cette étude

Une première limite de notre étude concerne la généralisation de nos résultats. Nos témoignages ne montrent pas combien de professionnel-les pensent d'une manière ou d'une autre ou combien d'enfants sont confrontés à tel ou tel problème. L'objectif de notre étude était d'identifier les difficultés rencontrées par les jeunes et les professionnel-les qui travaillent avec eux. Deuxièmement, il est possible que certains problèmes et difficultés n'aient pas été abordés lors de nos entretiens. Afin de faire face à cette possibilité, nous avons rédigé les questions qui ont guidé les entretiens en nous basant sur une large étude de la littérature et donc sur les résultats des travaux d'autres chercheurs.

3. Résultats

3.1. Les effets de la pandémie de COVID-19 sur le bien-être des enfants et des adolescent-es

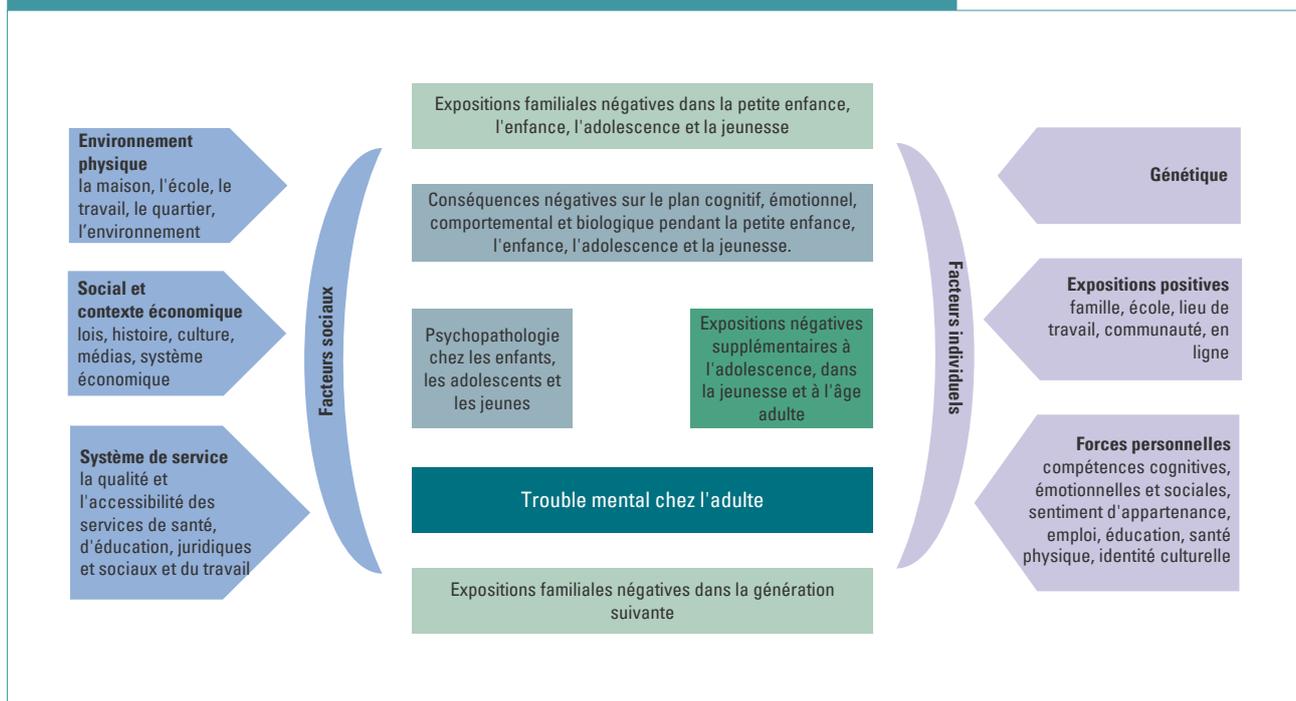
3.1.1. Facteurs de protection et de risque

Avant d'examiner plus en détail les résultats de nos entretiens, nous allons brièvement discuter des facteurs qui réduisent (facteurs de protection) ou augmentent (facteurs de risque) le risque de problèmes mentaux chez les enfants et les adolescent-es. Le risque de développer des problèmes mentaux graves plus tard dans la vie peut déjà avoir son origine dans la petite enfance, l'enfance et l'adolescence (voir Figure 2). La période prénatale joue également un rôle. *L'Infant Mental Health* (IMH) est un sujet qui a gagné en importance à juste titre ces dernières années et qui se concentre sur le bien-être émotionnel et relationnel des très jeunes enfants et sur celui de leurs parents. Les très jeunes enfants peuvent également déjà avoir des problèmes, bien que les symptômes de détresse chez ces enfants soient souvent plus subtils et donc moins susceptibles d'être détectés. Néanmoins, il est important d'y être attentif et de les traiter si nécessaire.

Les facteurs de protection et de risque peuvent être présents tant au niveau individuel (niveau micro) qu'au niveau socio-économique (niveau méso et macro). La famille et l'environnement scolaire jouent un rôle important. Par exemple, une famille dans laquelle l'enfant bénéficie d'un soutien, peut parler de ses problèmes et se sent écouté peut constituer un facteur de protection. Cependant, une famille dans laquelle il y a beaucoup de conflits ou qui connaît des difficultés financières peut être un facteur de risque. Une école dotée d'une politique anti-harcèlement peut être protectrice, car elle met un terme au facteur de risque que constitue le harcèlement. Mais les possibilités d'interaction avec les pairs peuvent aussi être protectrices. En outre, le contexte social et le système de services sont également importants. Dans cette étude, nous sommes particulièrement intéressés par l'accessibilité et la qualité du système de santé mentale et de l'enseignement. Nous partons du principe que s'ils sont accessibles et de qualité, ils peuvent avoir un effet protecteur. Lorsque ce n'est pas le cas, il y aura plutôt un risque accru de problèmes psychologiques.

En plaçant ce schéma général dans le contexte de la pandémie de COVID-19, nous constatons que celle-ci a eu un impact énorme sur les facteurs individuels et sociaux (y compris l'économie, mais aussi le système de santé) et que cela a exercé une pression sur les fac-

Figure 2 : Les origines des pathologies mentales chez les adultes
(Source: Furber, et al., 2015)



teurs de protection, permettant aux facteurs de risque de prendre le dessus. Par exemple, l'effet protecteur de l'interaction sociale avec les pairs a été perdu en raison de la fermeture des écoles. Des situations stressantes sont apparues dans de nombreuses familles (travail à domicile combiné à la garde des enfants, peur de tomber malade, chômage, trop de personnes dans un petit espace, etc.). En partant de l'hypothèse que l'effet protecteur a disparu, nous nous attendons donc à une augmentation des problèmes mentaux chez les enfants et les adolescent-es.

Il est important de faire la distinction entre la maladie mentale et les problèmes de santé mentale. La santé mentale n'est pas un état binaire (être malade ou en bonne santé), mais « consiste en un continuum complexe, avec des expériences allant d'un état de bien-être optimal à des états débilissants de grande souffrance et de douleur émotionnelle » (Organisation mondiale de la santé, 2022, p. 13). Tout comme une personne peut avoir un problème de santé physique et être en bonne santé physique, il est possible d'avoir un niveau de bien-être mental plus élevé même si l'on présente des symptômes modérés ou graves de problèmes de santé mentale (pour en savoir plus, voir l'article de Sholkhova dans ce numéro). Dans la présente étude, nous nous sommes concentrés tant sur les symptômes de la maladie mentale que sur le mal-être des enfants et des adolescent-es dans le contexte de la crise provoquée par la pandémie de COVID-19.

3.1.2. Comment la pandémie a ébranlé les facteurs de protection

Familles sous pression

Sur la base des recherches sur les facteurs de protection des problèmes de santé mentale, nous partons du principe que les enfants et les adolescent-es qui grandissent dans une famille présentant des caractéristiques susceptibles d'avoir un effet protecteur subissent moins de conséquences négatives que les enfants qui grandissent dans une famille où ces facteurs de protection ne sont pas présents ou sont moins présents (Wille, Bettge, & Ravens-Sieberer, 2008). De même, les enfants issus de familles défavorisées sont susceptibles de souffrir davantage des effets de la crise du COVID-19. Les participant-es à notre étude le confirment. La pandémie et les mesures liées ont exercé une pression énorme sur les familles. Cela a certainement augmenté le risque de tensions et de conflits au sein du foyer pendant la période COVID.

En outre, selon les personnes interrogées, il est très difficile pour les parents de combiner le travail à domicile avec le fait de s'occuper des enfants et l'enseignement à domicile. Cette combinaison représentait un énorme défi, en particulier pour les parents de très jeunes enfants. Ces situations peuvent entraîner des tensions au sein d'une famille et donc affecter également le comportement des enfants (Crescentini, et al., 2020 ; Spinelli, Lionetti, Pastore, & Fasolo, 2020).

« Mais en effet, par exemple, si quelqu'un a déjà une certaine situation et qu'elle est principalement renforcée à la maison, par exemple, si vous êtes avec sept enfants dans un appartement, et qu'ils ont tous leurs propres problèmes, alors passer soudainement trois semaines 24/24h tous ensemble dans un petit espace, fera que tout le monde est sur les nerfs ou à fleur de peau, et il ne faudra pas longtemps pour que la situation dégénère. »

Le stress, les autres tensions et la cohabitation permanente dans la même maison ont créé des situations explosives dans certaines familles. Ce sujet a également été abordé lors de nos entretiens. Le secteur de l'aide à la jeunesse, entre autres, a été confronté à un énorme défi car, en raison du confinement, dans certains cas, il a fallu renvoyer des enfants et des adolescent-es qui étaient placés dans des institutions chez eux, même avec des situations familiales potentiellement dangereuses. Dans la forme la plus extrême, des cas de maltraitance ont été signalés.

Le manque de contacts sociaux et d'interactions

Non seulement la famille, mais aussi les contacts sociaux avec les pairs peuvent avoir un effet protecteur et contribuer à la prévention des problèmes mentaux. Malheureusement, la pandémie n'a pas non plus été sans conséquences dans ce domaine non plus, et les jeunes ont été confrontés à la fermeture des écoles, à l'enseignement à distance, à la suppression de leurs loisirs, au port de masques, à l'utilisation du *Covid Safe Ticket*, etc. Toutes ces mesures ont fortement restreint leur cadre de vie, laissant peu de place à la spontanéité. Leur vie était également souvent contrainte de se dérouler sous forme numérique, ce qui signifie qu'ils passaient beaucoup de temps devant des écrans et que les contacts réels *en face à face* restaient limités.

Alors que les parents et la famille sont le point central du réseau des jeunes enfants, un groupe de pairs, en dehors de la famille, est très important pour les adoles-

cent-es et leur développement (Ince & Kalthoff, 2020, p. 28 ; Maes, 2021). Dans des circonstances normales, l'école est un lieu important où les jeunes ont la plupart de ces contacts (Gorrese & Ruggieri, 2013). Avec la fermeture des écoles et les longues périodes d'enseignement à distance, c'est précisément cette interaction, qui offre une protection, qui est mise sous pression. Malheureusement, les restrictions des interactions sociales sont restées une constante, et pas seulement pendant la période de confinement. Même lorsqu'il y a eu des assouplissements, de nombreuses écoles ont maintenu l'enseignement à distance et les activités de loisirs ont souvent été restreintes. Il était donc difficile pour les jeunes de se retrouver comme ils le faisaient auparavant. Bien qu'ils aient pu avoir des contacts en ligne et par téléphone, ce sont les contacts en face à face qui sont importants. Nos répondant-es ont signalé des problèmes de solitude chez les jeunes, qui s'accompagnaient souvent d'anxiété et/ou de dépression.

« C'est des jeunes qui avaient aussi des difficultés, qui se sentaient seuls. Dans les années précédentes, ils avaient une motivation de voilà, je dois aller là ou je peux faire ceci ou cela, pour les discipliner un peu eux-mêmes. Mais maintenant c'est plutôt, pourquoi devrais-je me lever ? Pourquoi devrais-je prendre une douche ? Pourquoi devrais-je sortir de chez moi pour aller au Carrefour ? On voit que le focus se situe purement là. Et en fait c'est aussi logique, c'est ce qui se passe, surtout avec les jeunes ce n'est pas évident. Et puis vous remarquez aussi qu'il y a un impact à ce niveau-là aussi. »

Un autre problème commun auquel les soignants ont été confrontés, et qui n'est pas apparu immédiatement, est le manque de perspective et l'incertitude que les jeunes commencent à éprouver. Cela s'est manifesté principalement dans une phase ultérieure de la pandémie, après la période initiale de confinement, comme l'illustre le témoignage qui suit.

« Et ce que nous entendons beaucoup, c'est que, d'une part, je pense, ce qui est une chose logique lorsqu'il y a une pandémie prolongée, le manque de perspective, le manque de lien social, rend les jeunes anxieux et moroses, beaucoup plus qu'ils ne le seraient normalement, les jeunes qui obtiennent

leur diplôme, qui vont au collège ou à l'université ou qui commencent à travailler. Normalement, c'est plus fluide, et c'est même excitant. Pour de nombreux jeunes, cela a été très problématique et ils sont devenus complètement isolés. »

Le manque de perspective a été dévastateur. Parmi les personnes interrogées, nous avons entendu dire qu'il n'y avait pas seulement une augmentation du nombre d'enfants et d'adolescent-es ayant des problèmes, mais aussi que ces problèmes étaient plus graves et qu'il y avait également plus de réadmissions¹. Il s'agit notamment de pensées suicidaires, de tentatives de suicide, de dépression ou d'automutilation, ainsi que de formes graves de troubles alimentaires ou de symptômes plus sérieux dans d'autres pathologies. Chez les enfants plus jeunes, des problèmes d'anxiété de séparation ont été signalés. Nos participant-es sont également préoccupés par les conséquences à plus long terme de la pandémie. Ils ne s'attendent pas à ce que les problèmes disparaissent immédiatement. En outre, ils indiquent que l'ampleur de ce phénomène n'est pas encore tout à fait claire.

« C'est plus de suicides et d'autres cas plus lourds qui se sont présentés. »

En ce qui concerne les écoles, les personnes interrogées nous ont signalé que la pression sur les enfants et les adolescent-es était élevée après la réouverture, avec un accent été mis sur le rattrapage de l'apprentissage. Les enfants et les adolescent-es ont ainsi parfois été informés que la barre serait à nouveau placée haut, ce qui, au contraire de l'effet escompté, pourrait avoir un effet négatif sur les jeunes.

« À la fin du mois de juin 2020, on a laissé passer beaucoup de jeunes, mais beaucoup d'entre eux, par exemple à l'école, ont reçu en septembre 2020 le message suivant : « maintenant, nous allons resserrer la vis, parce que beaucoup d'entre vous ne seraient pas passés s'il n'y avait pas eu le Corona », et c'est quelque chose que nous remarquons, la combinaison d'un manque de perspective et de la pression de l'école et de la société, cela les tue vraiment. »

La détérioration de la situation de la santé mentale conduit à une saturation du réseau de soins de santé.

¹ Le rapport du Conseil Supérieur de la Santé fait également référence à une enquête auprès des prestataires de soins de santé dans laquelle 58,82% ont indiqué qu'il y a « beaucoup plus de nouvelles demandes que d'habitude » et 92,85% que les cas sont (beaucoup) plus préoccupants que d'habitude (Conseil Supérieur de la Santé, 2021).

Dans la section 3.3, nous abordons l'accessibilité des services de santé mentale pour les enfants et les adolescent-es. La disponibilité de soins de qualité et abordables, tout comme la famille ou l'école, peut avoir un effet protecteur sur le bien-être mental des enfants et des adolescent-es. Nous savons qu'il y avait déjà des problèmes d'accessibilité avant le COVID-19. En outre, pendant la pandémie, nous avons constaté une augmentation des problèmes chez les enfants et les adolescent-es. Ceci en combinaison avec les mesures restrictives auxquelles le secteur des soins, ainsi que les écoles et la société, ont été confrontés. Nous pensons donc que la pandémie n'aura pas rendu la situation plus facile. Dans la section suivante, nous examinerons comment les professionnel-les se sont adaptés-es.

3.2. Adaptations de l'offre (de soins) pendant la pandémie

La crise du COVID-19 a sans aucun doute été un énorme défi pour l'ensemble du secteur de la santé. Néanmoins, les médias belges ont surtout parlé de la pression exercée sur les unités de soins intensifs et, certainement dans la première phase, ont accordé moins d'attention aux autres secteurs de soins, à l'exception des maisons de repos. Mais la pandémie a également entravé le travail des prestataires de soins qui s'occupent et soutiennent les enfants et les adolescent-es ayant des problèmes de santé mentale. Les écoles, les centres psycho-médoco-sociaux (PMS), les structures d'aide à la jeunesse et les travailleurs sociaux et éducateurs de rue ont également dû agir rapidement pour continuer à atteindre et à soutenir les élèves et les jeunes. Nous pensons qu'il est important de savoir comment ce groupe de prestataires de soins de santé et d'autres acteur-rices ont fait face aux restrictions causées par la pandémie de COVID-19 et ce qu'ils et elles ont fait pour atteindre leurs utilisateur-ices, étudiant-es et jeunes. Nous nous concentrons ici sur l'accessibilité et la qualité du soutien apporté aux jeunes.

L'image qui se dégage de nos entretiens est celle d'un grand engagement, d'une grande flexibilité et d'une grande inventivité de la part des différent-es professionnel-les du secteur. Tous les secteurs évoluent rapidement. Les périodes pendant lesquelles aucun soin ou soutien n'a été fourni sont généralement restées limitées. Cependant, malgré les efforts déployés sur le terrain, le manque d'aide et de soutien directement lié à l'environnement dans lequel le jeune évolue pendant une

période plus longue est susceptible d'avoir un impact sur les enfants et les adolescent-es, simplement parce que travailler sur le contexte est souvent important pour résoudre les problèmes.

Les psychologues et psychiatres ont également pu s'adapter rapidement, avec ou sans quelques modifications de leurs services. La plupart des organisations et des prestataires de soins se sont principalement concentrés sur le maintien du contact avec les enfants et les adolescent-es, notamment parce que c'est important pour la poursuite de la thérapie à l'avenir. Ils ont souvent fait preuve de créativité pour ce faire. Dans de nombreux cas, cependant, la famille entière est également impliquée dans la thérapie. En raison des mesures, il n'a pas été possible pendant longtemps d'organiser des séances avec plusieurs personnes et la plupart des organisations ont été contraintes de supprimer ces activités.

Le travail se fait aussi parfois en groupe, afin que les jeunes puissent se soutenir mutuellement et apprendre les uns des autres, mais les mêmes problèmes se sont posés que pour le travail avec la famille en raison des règles de distanciation. En automne 2021, ces activités ont été relancées avec parcimonie lorsque les mesures le permettaient.

« Maintenant que [notre travail de groupe] c'est de retour, nous avons le groupe du mardi... mais je pense que c'est trop risqué de commencer à mélanger des jeunes de différentes écoles... pour ensuite devoir reporter à nouveau. Alors nous remarquons aussi la question... que faisons-nous dans ces groupes ? Eh bien, nous rassemblons certains avec les mêmes problèmes et ils apprennent les uns des autres. Oui, cela a maintenant aussi disparu. »

3.2.1. Assistance à distance, téléconsultations et appels vidéo

À la suite du confinement strict de mars 2020, la plupart des prestataires de soins de santé sont rapidement passés à l'assistance numérique (appels vidéo) ou téléphonique afin d'apporter le soutien et les soins nécessaires à distance. Une enquête intermutualiste auprès des adultes a montré que la plupart des personnes interrogées étaient satisfaites de cette assistance à distance, mais qu'elles la voyaient surtout comme une solution temporaire. Dans le cas d'une assistance fournie par des psychologues ou des psychiatres, le contact numérique a eu lieu avec le prestataire de soins habituel

dans 95% et 76% des cas respectivement. Il s'agissait surtout d'assurer le suivi d'un problème existant (Avalosse, et al., 2020). Mais qu'en est-il de l'utilisation de la téléconsultation avec les enfants et les adolescent-es ? Nos entretiens avec les professionnel·les de la santé montrent qu'ils ont utilisé ces méthodes principalement pour maintenir le contact. Pour certains prestataires de soins, il n'était pas évident de franchir le pas de la téléconsultation. Pour d'autres, le changement s'est déroulé sans trop de problèmes et les résultats ont régulièrement dépassé les attentes.

Avantages de la téléconsultation

De nombreux prestataires de soins ont déclaré avoir été positivement surpris par les possibilités offertes par le travail numérique et les contacts téléphoniques. La tendance à travailler à distance était certes déjà présente dans une certaine mesure, mais elle a pris de l'ampleur avec la pandémie, ce qui signifie qu'elle continuera à porter ses fruits même après la pandémie.

Le gain de temps est considéré comme un avantage important par les prestataires de soins, mais aussi par les jeunes. Pour les prestataires de soins de santé, la pandémie a également permis que les systèmes numériques deviennent plus rapides et plus performants. Ils étaient également utilisés pour la consultation avec d'autres prestataires. De cette façon, ils gagnaient du temps et ne devaient pas raconter la même histoire plusieurs fois.

« Un certain nombre de jeunes, ont trouvé ça chouette et ont dit oui, c'est bien, comme ça je n'ai pas à me déplacer, surtout en hiver, quand il pleut, alors je pense que c'est bien que je puisse vous parler depuis ma chambre et que je n'aie pas à faire tout le chemin à vélo jusqu'au centre [de l'organisation]. Donc il y en avait certains, mais c'était la minorité absolue. »

Un rendez-vous numérique est également plus facile à programmer, surtout dans les emplois du temps chargés. Ce dernier point est principalement un avantage pour les prestataires de soins eux-mêmes, mais aussi pour les familles : il n'est pas toujours facile de fixer des rendez-vous médicaux ou de s'organiser pour se rendre à un rendez-vous. Les consultations numériques sont également plus rapides à mettre en place et peuvent être une solution lorsque quelque chose d'urgent se présente et que le temps manque. C'est la raison pour laquelle certains des prestataires de soins interrogés continueront à utiliser les appels téléphoniques ou vidéo à l'avenir.

« On n'avait pas à se déplacer, on n'avait pas à trouver une baby-sitter pour les enfants, on était aussi à la maison, on se sentait plus en sécurité, et oui, on ne pouvait pas voir comment on était habillé. Donc, beaucoup d'éléments ont fait que, par exemple, il a été décidé de maintenir cela en ligne, même s'il était de nouveau possible de le faire en face à face. Cela a été fait à la demande des patients. »

Certains des professionnel·les que nous avons rencontrés estiment que les applications numériques rendent les choses plus accessibles pour certaines personnes. Un chat, par exemple, est plus anonyme, ce qui signifie que les jeunes sont moins freinés pour raconter leurs histoires. Un chat peut également s'avérer utile pour les jeunes qui ont des difficultés d'interaction sociale. Dans un chat, il n'y a pas de contact direct, ce qui a bien fonctionné pour certains jeunes atteints d'autisme, par exemple.

Limites de la téléconsultation

Toutefois, les contacts téléphoniques et les appels vidéo ne conviennent pas à tout le monde. Par exemple, selon nos répondant·es, ils sont plus adaptés aux adolescent·es qu'aux enfants, mais certainement moins adaptés aux jeunes enfants. Pour ce dernier groupe, des jeux ou d'autres méthodes sont souvent utilisés en thérapie, ce qui est presque impossible dans un environnement numérique. Les enfants et les adolescent·es souffrant d'un handicap mental ou d'un retard mental sont également des groupes pour lesquels le travail à distance ne fonctionne pas bien. Les prestataires de soins ont indiqué qu'ils voyaient précisément ces groupes cibles décrocher lorsqu'ils travaillaient avec des entretiens numériques.

Pour les adolescent·es, le contact numérique peut offrir des opportunités, mais uniquement si la situation familiale s'y prête et que cela est pratiquement organisable. Pour établir un contact numérique, chacun doit disposer des ressources, des équipements et des compétences nécessaires. Cela vaut non seulement pour les enfants et les adolescent·es, mais aussi pour les professionnel·les.

« Je sais que ces derniers mois, la vidéoconférence s'est beaucoup développée chez les psychologues. Mais personnellement je n'y suis pas favorable, car il faut d'abord être bien équipé techniquement, tant le psychologue que la famille. »

Et même lorsque le matériel est disponible, le manque d'intimité peut être un problème. C'est particulièrement vrai

lorsqu'il s'agit de familles vivant sur de petites surfaces, mais aussi dans d'autres situations. Lors d'une consultation en ligne, il se pourrait que les parents ou d'autres membres de la famille puissent entendre l'échange entre le patient et le prestataire. Cela pourrait constituer un obstacle pour les jeunes qui pourraient abandonner le suivi pour cette raison, selon nos répondant-es.

« Nous avons interrogé un certain nombre de jeunes à ce sujet. Nous avons constaté que ce n'était pas très idéal, donc quand les jeunes pouvaient choisir, ils choisissaient très souvent de venir au centre eux-mêmes, simplement parce que tout le monde n'a pas un espace de parole sûr à la maison, donc pour faire un entretien thérapeutique sur quelque chose qui concerne le contexte de la maison ou quelque chose sur soi, il faut avoir un espace sûr et lors de ce premier confinement, beaucoup de gens étaient ensemble à la maison et il n'y avait pas d'espace pour chacun. Donc pour ces jeunes, nous avons trouvé que c'était très difficile. »

Une autre condition préalable au bon fonctionnement des soins à distance est la présence d'un lien entre le prestataire de soins et le patient, comme l'ont également révélé nos entretiens. Cela fonctionne mieux si une relation de confiance a déjà été établie. Ainsi, pour les nouveaux inscrits pendant la pandémie de COVID-19, ce n'était certainement pas une option intéressante. En outre, les prestataires de soins ont noté que l'observation des enfants et des adolescent-es, de leur langage corporel et de toute autre communication non verbale fournit souvent des informations intéressantes et que cela n'est pas vraiment possible par le biais du contact numérique. Les réactions des parents au comportement de l'enfant sont également des sources d'information importantes, que l'on ne peut pas toujours capter à distance.

Une autre limite mentionnée est que si les jeunes ne veulent pas être joints, ils peuvent ne pas décrocher le téléphone ou ne pas se présenter lors d'un appel vidéo. Le seuil d'absence à un rendez-vous dans un contexte en ligne est plus bas que dans un contexte physique. Cela s'applique également au contexte scolaire où l'on peut s'adresser aux élèves en classe, et où l'on peut chercher à établir un contact face à face.

3.2.2. Des solutions sur mesure

En plus de passer aux appels vidéo, de nombreux prestataires de soins ont cherché à sortir de leurs bureaux. Ils

ont réalisé des entretiens en se baladant ou ont rencontré des enfants, des jeunes et leurs parents en plein air, dans le jardin ou sur le trottoir. Si aucun jardin n'était disponible, ils se rendaient parfois dans un lieu public. Parfois, un tel entretien dans le jardin ou sur le trottoir soulevait des problèmes d'intimité, par exemple parce que les voisins pouvaient entendre. En même temps, beaucoup de prestataires de soins interrogés ont vécu ces entretiens à l'extérieur comme une valeur ajoutée, car ils leur permettaient d'apprendre à connaître la personne dans un cadre différent, ce qui se traduisait parfois par une plus grande ouverture. Cependant, pour certains prestataires de soins, il n'a pas été possible d'atteindre la profondeur qu'ils souhaitaient. Ils ont donc choisi de revenir dans leur cabinet dès que possible.

« Nous avons découvert avec les familles de nouveaux modes de soutien, faire des promenades ensemble dans le quartier, par exemple, c'est [une démarche] qui a eu un grand effet, parce que les familles ont alors commencé spontanément à parler de comment elles se sentaient dans leur quartier. On rencontrait des gens en chemin, ce qui permettait de voir que « bon sang, ils vous connaissent bien », et d'avoir une histoire. Donc, cela a bien mieux marché pour identifier le réseau. Ça a vraiment eu des avantages. »

Afin de donner aux familles, soumises à une forte pression, plus de marge de manœuvre, certain-es sont parfois sorti-es des sentiers battus ou ont demandé des dérogations aux règles strictes, ce qui a constitué un obstacle supplémentaire pour les prestataires et les jeunes, en particulier lors du premier confinement.

« Et c'est là que nous avons vraiment cherché à fournir des espaces extérieurs dès que possible, où nous pourrions également sortir avec les enfants. Nous avons aussi trouvé un jardin fermé à [lieu], où nous pouvions voir des enfants. Nous avons donc aussi beaucoup cherché des alternatives. Plusieurs collègues l'ont fait. De mon côté, j'ai demandé une dérogation afin de pouvoir faire le trajet, ce qui était le plus difficile, pour pouvoir à nouveau recevoir les enfants dans la salle de jeu au cabinet le plus vite possible. »

Grâce à leur créativité, à leur flexibilité et à d'énormes efforts, la plupart des prestataires de soins ont réussi à garder le contact avec des enfants et des adolescent-es qu'ils connaissaient déjà. Des ajustements ont été apportés à l'offre, mais ils ont été largement perçus de

manière positive. Nous avons également constaté que des efforts supplémentaires ont été déployés pour trouver des solutions pour les familles les plus vulnérables. Ainsi, l'accessibilité est restée largement intacte, mais c'était moins le cas pour les enfants et les adolescent-es qui n'étaient pas encore connus des prestataires de soins.

3.3. Nouveaux et anciens obstacles à la recherche d'aide pour les problèmes de santé mentale

« Nous n'avons pas le sentiment que les enfants sont aidés de manière structurelle. »

Lors de nos entretiens, nous avons demandé aux professionnel-les quels étaient les principaux points sensibles dans les soins de santé mentale pour enfants et adolescent-es et comment ils pourraient être surmontés à l'avenir. La conclusion générale que l'on peut tirer de leurs réponses est que les problèmes rencontrés ne sont pas nouveaux, même si leur ampleur est sans précédent. En d'autres termes, les signaux d'alarme qui ont été captés concernent les problèmes structurels du secteur des soins et de l'éducation. Quels enseignements peut-on en tirer ?

3.3.1. Longues listes d'attente pour les soins ambulatoires et pénurie de places en institution résidentielle

L'un des problèmes les plus cités lors des entretiens est le problème (bien connu) des longues listes d'attente. Nous savons déjà qu'il s'écoule beaucoup de temps avant que les gens fassent le pas pour demander de l'aide. Mais une fois que les enfants et les adolescent-es ou leurs familles sont prêts à faire ce pas, il s'avère que l'aide n'est pas possible à court terme. Souvent, ces personnes sont déjà engagées dans un trajet avec une personne de confiance, ce qui rend la situation d'autant plus frustrante pour les prestataires de soins qui doivent orienter les enfants et les adolescent-es vers des soins ambulatoires. Ils essaient de soutenir et de guider les jeunes du mieux qu'ils peuvent, mais ont parfois l'impression d'être contraints à endosser un rôle dans lequel ils ne se sentent pas à l'aise et qui les amène parfois à aller au-delà de leur mission principale.

« Il y a des enfants qui sont totalement bloqués, des parents qui ne savent vraiment pas quoi faire avec eux. Il y a donc toujours une ambivalence, soit avec le jeune ou avec les parents, sur la question d'allons-nous accepter de l'aide ? Si nous traversons cela, et s'il y a de la place, ok, nous devrions peut-être faire quelque chose mais, ensuite il faut attendre deux ans de plus avant qu'il y ait une place dans un SSM. Et c'est absurde. »

Les prestataires de soins primaires considèrent également les listes d'attente comme un énorme point d'achoppement. Selon leur expérience, la pandémie de COVID-19 a encore aggravé ce problème.

« Oui, chez nous la liste d'attente est actuellement de deux ans. Nous avons une réunion tous les mardis et je dois dire que j'ai un sentiment très inconfortable à ce sujet tous les mardis, parce que toutes les demandes qui arrivent sont des demandes fondées, spécialisées, de soins de santé mentale ambulatoire. Donc, en fait avec l'équipe nous disons « oui, c'est pour nous » pour les demandes entrantes. Mais bon, nous n'avons tout simplement pas la main-d'œuvre. »

Des problèmes de capacité ont été signalés non seulement pour les soins psychologiques ambulatoires, mais aussi pour les soins de crise. Dans ce cas, les jeunes se voient parfois attribuer une place dans un service pour adultes, qui n'est toutefois pas adapté aux besoins des jeunes. Cependant, même lorsque l'admission dans le service pour enfants et adolescent-es est possible, le suivi après l'admission (de crise) reste difficile car trouver une offre ambulatoire appropriée n'est pas évident. Il n'est par conséquent pas possible de progresser réellement dans un trajet. Au contraire, les prestataires de soins ont l'impression de revenir à la case départ.

« Mais les vrais lits de crise dans les hospitalisations, comme à xx... Nous avons beaucoup de jeunes qui en ont vraiment, vraiment besoin, il y a vraiment trop peu de lits. Ils ne peuvent pas y aller et ensuite ils doivent aller dans un service d'adultes, ce qui n'est pas du tout correct pour un-e adolescent-e d'aller dans un service d'adultes... Ils n'auront plus d'école, parce que dans un service d'adultes ils n'ont pas d'école à l'hôpital. »

2 Dans un SSM, on paie 11 euros par heure pour une consultation standard. Il existe également la possibilité d'avoir un tarif réduit (4 euros en Flandre et négocié en fonction des moyens en Wallonie). En outre, les SSM peuvent également fournir une assistance gratuite dans un certain nombre de cas.

3.3.2. Le coût élevé des soins psychologiques

Outre les longues listes d'attente, le coût élevé a été mentionné par nombre de nos répondant-es comme un obstacle important, en particulier pour les groupes qui ont des difficultés financières. Cela vaut surtout pour les initiatives ambulatoires avec un psychologue ou un thérapeute privé. Ces derniers sont souvent disponibles un peu plus ou plus rapidement, mais ils sont aussi plus chers et leur remboursement est limité. Un SSM (Service de Santé Mentale) peut offrir une aide à moindre coût² (pour plus d'informations et le détail des tarifs, voir l'article de Noirhomme dans ce numéro) mais les listes d'attente y sont très longues, de sorte que ce n'est souvent pas une solution à court terme. Ainsi, en plus d'un accès plus rapide à l'aide psychologique, il y a également un grand besoin d'accessibilité financière.

« Oui, et cela concerne aussi le prix. C'est aussi un aspect important, car nous avons un public qui n'est pas si aisé. »

Le coût n'est pas seulement un obstacle lorsque les parents sont impliqués dans le trajet. Il arrive que des jeunes veuillent consulter un psychologue, par exemple, à l'insu de leurs parents, et le coût constitue alors certainement un énorme obstacle. C'est pourquoi des initiatives telles que *Therapeuten voor jongeren* (TEJO), des thérapeutes pour les jeunes, sont les bienvenues et vraiment nécessaires, car elles sont gratuites et anonymes pour les jeunes. Cette initiative fonctionne grâce à des bénévoles et n'est disponible qu'en Flandre, avec un centre Tejo à Bruxelles. Les jeunes peuvent se rendre dans les centres TEJO pour parler à un thérapeute. Nos entretiens montrent que les prestataires de soins trouvent cette initiative importante et redirigent également les jeunes vers ces centres.

Pourtant, nous constatons que ces initiatives se heurtent aussi à des limites. Il n'est en effet pas facile de répondre à la demande toujours croissante uniquement avec des volontaires, et certainement pas dans des circonstances difficiles comme la pandémie. Les volontaires ont leur travail habituel et doivent également remplir un certain nombre de conditions avant de pouvoir commencer. Dans tous les cas, il s'agit toujours de solutions partielles et donc, par définition, inadaptées aux problèmes structurels. Pensons au déséquilibre entre le financement et le remboursement de la médecine qui se concentre sur la santé physique (« mé-

decine somatique ») par rapport à la santé mentale, qui a été souligné par un certain nombre de répondant-es.

3.3.3. Les problèmes psychologiques chez les enfants et les adolescent-es - un sujet sensible

Contrairement à la recherche de soins pour un problème physique, les prestataires de soins interrogés estiment qu'il y a encore un certain tabou à demander de l'aide pour des problèmes mentaux chez les enfants et les adolescent-es. Les préjugés et la stigmatisation entourent à la fois la maladie mentale elle-même et la réaction à celle-ci. De ce fait, les parents remettent à plus tard la recherche d'une aide spécialisée (sans négliger la difficulté de s'orienter dans le système de santé) ou ne cherchent pas d'aide du tout, et les jeunes ne parlent pas de leurs difficultés.

3.3.4. Autres obstacles

Un certain nombre de répondant-es ont estimé que les jeunes participant à un trajet n'étaient pas suffisamment retenus par les prestataires de soins. Après tout, l'expérience a montré que les jeunes abandonnent rapidement parce qu'ils ne voient pas de résultats assez vite. Cependant, des efforts persistants de la part des prestataires de soins de santé pourraient augmenter le suivi de la thérapie par le patient. Mais le fait qu'il y ait de longues listes d'attente met également la pression sur les professionnel·les pour aider le plus grand nombre de jeunes possible. Cela peut jouer un rôle dans leur décision de garder ou non les jeunes qui se désinvestissent de la thérapie.

« Oui, je pense parfois que lorsque quelqu'un fait enfin un pas vers quelque chose, qu'ils sont déchargés trop rapidement parce qu'ils ne disent de toute façon rien. Construire cette confiance, cela prend déjà tellement de séances. Je trouve aussi cela difficile parfois. Cela ne sert à rien. Il faut laisser la chance plus longtemps, cela ne se fait pas en deux mois. »

Les problèmes de santé mentale sont souvent abordés de manière non-médicamenteuse, bien que pour certains problèmes il soit approprié d'utiliser (également) des médicaments. Cependant, il existe encore un tabou autour de l'utilisation de médicaments psychotropes chez les jeunes. En outre, les jeunes sont souvent préoccupés par les conséquences des médicaments. Il est important que les jeunes aient l'espace nécessaire pour discuter de leurs préoccupations avec leurs théra-

peutes et que ces derniers fournissent ces informations de manière accessible et, si nécessaire, proactive. Cela permettra aux jeunes de prendre des décisions éclairées sur le soutien médicamenteux de leur parcours (avec ou sans leurs parents). Car aujourd'hui, nous constatons que les jeunes reçoivent souvent trop peu d'informations et pas assez de précisions sur les médicaments qui pourraient les aider. Cela entraîne parfois l'arrêt de leur traitement, sans avis médical.

« Et puis encore moins accessibles, les médicaments pour le TDAH. Même là, on a beaucoup de jeunes qui ne veulent plus en prendre à certains moments parce qu'ils ont l'impression que ça change leur personnalité. Mais bien sûr, c'est en combinaison avec le fait qu'ils se cherchent et qu'ils sont en pleine puberté. »

Au cours de nos discussions, nous avons également demandé s'il y avait des groupes difficiles ou impossibles à atteindre. Il nous a été dit à plusieurs reprises que c'était le cas pour les jeunes issus de l'immigration. Une explication possible est que la langue est un facteur important pour obtenir de l'aide pour des problèmes psychologiques. D'une part, il n'est pas facile de s'y retrouver dans le système de santé d'un autre pays, surtout si les informations en langue étrangère sont limitées. D'autre part, pour suivre une thérapie, ainsi qu'un traitement, il faut pouvoir établir un contact fluide avec le prestataire et construire une relation de confiance.

Un autre groupe (plus) difficile à atteindre est celui des enfants et des adolescent-es issus de familles en situation socio-économique précaire, alors qu'il s'agit du groupe dont les besoins en matière de santé sont les plus importants (l'article de Noirhomme dans ce numéro aborde ce sujet plus en détail). Un récent rapport de Recht-Op, une association où les pauvres ont la parole, souligne les besoins spécifiques des jeunes défavorisés. Le fossé avec les services de santé mentale ou les soins de santé mentale est pour eux très profond. Ces jeunes ont souvent traversé beaucoup d'épreuves, ont des bagages lourds et subissent beaucoup de pression. Souvent, ils n'ont parlé à personne de ces problèmes, parce que le pas à franchir pour obtenir de l'aide est trop grand, en raison du tabou et de la méfiance envers l'aide psychologique. Les jeunes ne veulent pas non plus devoir raconter leur histoire à plusieurs reprises à différents thérapeutes. En outre, le système fait qu'il est difficile pour ces jeunes de s'orienter dans l'offre et ils ne sont pas bien informés sur les différentes orga-

nisations qui proposent de l'aide. Pour ces familles, le coût, surtout en ce qui concerne les soins ambulatoires, constitue un énorme obstacle. En outre, les familles vivant dans la pauvreté ont de nombreuses autres préoccupations qui requièrent leur attention, de sorte que la recherche d'une aide pour des problèmes de santé mentale n'est pas considérée comme une priorité absolue (Recht-Op, 2022).

« Je trouve ça très difficile à dire comme ça, mais les gens qui ont une situation socio-économique très faible sont aussi très difficiles à faire entrer dans un trajet ambulatoire. Nous essayons et nous avons des méthodologies autour de ça, mais oui, quand les gens sont très préoccupés par le logement, la nourriture, les vêtements, alors tout ce qui se passe dans la tête et ce qui se passe à l'école est secondaire. »

En même temps, les travailleurs de terrain estiment qu'ils ne disposent pas de ressources suffisantes pour assurer la qualité et la quantité du suivi de ce public particulier. Cela entraîne également des frustrations pour eux.

« Je pense donc vraiment que les Services de Santé Mentale devraient recevoir des ressources sérieuses pour pouvoir travailler avec ces familles. Et puis bien sûr, quand vous commencez à travailler avec de telles familles, vous avez automatiquement beaucoup plus de personnes qui ne se présentent pas. Et je sais que c'est difficile pour les SSM. »

3.4. Les écoles comme lieu central d'interaction et lieu de prévention des problèmes mentaux

L'école occupe une place importante dans la vie des enfants et des adolescent-es. Ce n'est pas seulement un lieu où l'on transmet des connaissances et où les enfants poursuivent leur développement cognitif. L'école est également un lieu où les enfants se font des ami-es, développent des compétences sociales et interagissent avec leurs pairs. Les interactions sociales offrent aux jeunes la possibilité de développer des compétences sociales. L'étude SIGMA montre que de bonnes compétences sociales peuvent avoir un effet protecteur pour les problèmes mentaux (Kirtley, et al., 2019). C'est pourquoi l'école est le lieu où entrent en jeu de nombreux facteurs de protection, mais aussi des facteurs de risque pour le développement d'une maladie mentale.

Dans le débat sur la fermeture ou non des écoles ou sur la prolongation ou non des périodes de vacances, l'accent a été mis, dans la contre-argumentation, sur la prévention ou la réduction des retards d'apprentissage. On a accordé beaucoup moins d'attention à l'importance et à l'effet protecteur des interactions sociales sur le bien-être. Une grande partie des problèmes mentaux rencontrés par les enfants et les adolescent-es, dont nos répondant-es ont témoigné, peuvent être liés à la perte d'interaction sociale due à la perte de hobbies, à la fermeture des écoles ou à l'enseignement à distance.

3.4.1. Comment les écoles ont-elles fait face à la pandémie ?

Nos entretiens montrent que les écoles ont géré la situation de manière très différente. Il y a eu beaucoup de variations dans la façon dont elles ont interagi avec les étudiant-es et dans la façon dont l'enseignement à distance a été organisé pendant le confinement. Certaines écoles ont fait de gros efforts pour maintenir un bon contact avec leurs étudiant-es en général. Pour d'autres, c'était plus difficile. Cela a sans aucun doute eu un impact, non seulement sur les performances scolaires, mais aussi sur le bien-être des élèves. Les personnes interrogées ont souligné que cette situation affectait encore plus les enfants vulnérables, car pour eux, il n'y a généralement pas de situation familiale qui compense ou remédie au manque d'éducation, de soutien ou simplement d'écoute de temps en temps.

« Désolé, mais, je ne comprends pas vraiment que tout cela soit possible. Et, bien sûr, c'est comme ça que les enfants deviennent solitaires. Si vous êtes bien entouré, ce n'est pas si grave, mais dans les situations de vulnérabilité ou chez les enfants ayant de graves problèmes mentaux, cela devient problématique. »

Mais ce qui a aussi souvent fait défaut, même après la réouverture des écoles, c'est l'attention portée au bien-être et l'espace de discussion avec les élèves pour donner une place à tout cela. L'accent a été mis sur les aspects cognitifs et le rattrapage du retard plutôt que sur les ressentis et les besoins des jeunes. Toutefois, sans une base stable et une dose de bien-être chez les enfants, cela n'a guère de sens. Même aujourd'hui, à la suite de la pandémie, l'accent est généralement mis sur l'élimination du retard d'apprentissage causé par la pandémie plutôt que sur son impact sur le bien-être des jeunes. C'est l'une des raisons pour lesquelles les pres-

tataires de soins sont très préoccupés par l'avenir, car ils craignent que les effets des contacts sociaux limités ne soient un risque à retardement.

« L'enseignement dit : vous devez être là, vous devez être en bonne santé et votre esprit doit être ouvert, parce que nous devons tout 'fourrer' dedans. Pour le moment, c'est comme si l'esprit de ces enfants n'était pas disponible pour ça. Oui, leur santé commence à en souffrir. »

3.4.2. Les écoles et le bien-être mental, une histoire de manque de ressources

Parce que les écoles sont un lieu où presque tous les enfants et les adolescent-es sont atteints, elles constituent un excellent endroit pour travailler sur le bien-être mental (Spanemberg, Salum, & Bado, 2020), notamment en raison de l'effet protecteur que peuvent avoir un bon climat scolaire et des enseignant-es compréhensives. L'école est également un lieu où l'on peut capter des signaux et, le cas échéant, entreprendre des démarches en vue d'une aide pour les problèmes mentaux. Mais là aussi, il y a encore des défis à relever. L'école dispose-t-elle de suffisamment de connaissances sur ce sujet, y a-t-il une place pour la détection précoce et, peut-être plus important encore, y a-t-il suffisamment de ressources et d'expertise pour assumer un rôle préventif ? Et y a-t-il suffisamment de place pour la concertation et la collaboration entre les écoles et les autres acteur-rices ?

Nos entretiens montrent que la connaissance des problèmes mentaux et de leurs signes éventuels est souvent limitée dans les écoles et que le travail sur et autour du bien-être mental n'est certainement pas systématique. Ce dernier point signifie que cela dépend beaucoup d'un-e enseignant-e ou de l'école pour qu'un enfant ayant des problèmes reçoive de l'aide ou non. Cela peut être l'une des raisons pour lesquelles, en tant qu'école, on ne tient pas toujours compte de ce qui se cache derrière le comportement (problématique) d'un enfant. En ne tenant pas compte de l'ensemble du contexte (y compris la famille et ses problèmes) et en se concentrant trop sur l'enfant en tant qu'« individu sans contexte », on rate l'occasion de travailler également avec ces autres facteurs externes.

« Nous avons aussi beaucoup, ou en tout cas régulièrement, des enfants qui sont les plus sages à l'école et les plus calmes qui ont des difficultés à la

maison, parfois montrent aussi un comportement très difficile, et puis nous consultons une école et leur demandons d'adapter les choses et l'école dit : ce n'est pas nécessaire parce que ça se passe tout de même bien ? Ensuite, je me dis que cela se passe bien à l'école, mais cela demande beaucoup d'énergie, beaucoup d'efforts et l'enfant ne peut pas continuer comme ça, jour après jour. Nous devons donner beaucoup d'explications et parler avec eux pour qu'ils collaborent. J'ai l'impression que si on fait ça, alors la prochaine fois ce sera plus facile ou ils y penseront plus rapidement, mais on ne travaille qu'avec un seul professeur ... »

Selon les participant-es à l'étude, les écoles manquent de ressources pour mettre en place un cadre structurel sur le bien-être mental. Les écoles qui l'offrent libèrent des ressources sur les heures de travail des enseignant-es, mais toutes les écoles ne peuvent ou ne veulent pas le faire. La plupart des enseignant-es et des accompagnateurs scolaires s'occupent du soutien cognitif des enfants et des adolescent-es et travaillent plutôt de manière corrective.

« Parce que le métier d'accompagnateur scolaire n'existe pas réellement. Nous venons du contingent d'heures des enseignants. Et je trouve cela très étrange maintenant que tout est si important et que nos enfants ne vont pas si bien. Vu sous cet angle, je pense certainement que cela devrait être examiné. »

En plus des enseignant-es et des accompagnateurs scolaires, les travailleurs des PMS jouent un rôle important pour les élèves, également en ce qui concerne leur bien-être mental. Cependant, lors de la pandémie de COVID-19, ils ont également dû assumer d'autres tâches, comme le suivi des contacts à risque. Par conséquent, ils ne pouvaient assumer leurs tâches principales que de manière limitée ou pas du tout (Poppelmonde, 2021). Cependant, ils ont également constaté le besoin croissant de soutien pour le bien-être mental des enfants et des adolescent-es, mais n'avaient pas les ressources nécessaires pour le donner. En Flandre, par exemple, malgré un soutien supplémentaire du gouvernement flamand pour recruter plus de personnel, cela restait un problème à la fin de 2021. Les prestataires de soins interrogés ont également mentionné la combinaison difficile pour les PMS des tâches liées au COVID et de l'exécution de leurs tâches principales, ce qui exerce une pression sur ces dernières.

« Je ne sais même pas si c'est le PMS, ça pourrait l'être, mais c'est pareil que le PMS, ils sont occupés avec des tests stupides et des quarantaines et des mesures. Je pense que tout cela passe inaperçu, ou alors ils ont tous beaucoup plus de résilience que nous le pensons. »

Les PMS dépendent également de la disponibilité d'une aide psychologique externe pour les problèmes plus graves qui nécessitent une redirection. Si cette aide n'est pas immédiatement disponible, ils sont également limités dans leurs possibilités. Le PMS lui-même ne peut agir que s'il y a d'abord une demande de l'école ou des parents. Il semble donc que le signalement ou non d'un enfant/adolescent-e dépende beaucoup de l'enseignant-e ou des parents. Il est fort probable que de nombreux problèmes ne soient pas remarqués ou signalés au PMS et que ces enfants ne reçoivent donc aucune aide. Nos entretiens montrent que l'initiative d'impliquer le PMS est de plus en plus prise par les parents. Le fait que les parents s'adressent au PMS est certainement une évolution positive, même si les parents ne doivent pas être les seuls à pouvoir demander de l'aide pour les jeunes. Ils n'ont pas tous les mêmes possibilités, la même connaissance du système ou la même émancipation. En outre, tous les parents ne perçoivent pas les signaux émis par leur enfant ou n'évaluent pas correctement le besoin objectif d'aide de leur enfant. Une étude menée à Anvers, dans laquelle un instrument de signalement a été utilisé par le PMS, a montré que quatre élèves sur cinq dont la santé psychosociale a été évaluée comme préoccupante ou à risque au moyen de l'instrument de signalement n'étaient pas connus auparavant du PMS (Kluppels, Portzky, & Hoppenbrouwers, 2017).

« Donc un enfant qui est dans une situation familiale normale et agréable et qui a ses hobbies et son école et fait de son mieux... Mais il y a aussi beaucoup d'enfants qui luttent avec des problèmes mentaux. »

4. Recommandations

4.1. Plus de ressources pour des soins ambulatoires plus rapides, accessibles et, surtout, abordables

Les problèmes d'accès aux soins de santé mentale pour enfants et adolescent-es les plus fréquemment mentionnés sont les longues listes d'attente et les coûts élevés.

Ceux-ci peuvent conduire au report ou à la sous-utilisation des soins (Cès, 2021). Le report des soins peut être très problématique, car au plus tôt le trajet de soins est mis en place, au plus on peut éviter des dégâts et des trajets de soins longs et intensifs. Une intervention précoce est importante, en partie parce que les problèmes mentaux en bas âge augmentent le risque de problèmes psychologiques plus tard dans la vie (Solmi, et al., 2021). Pour accroître l'offre et la capacité des soins, des investissements supplémentaires seront toutefois nécessaires.

Selon nos répondant-es, il faut davantage de ressources financières pour investir dans du personnel supplémentaire (qui est également difficile à trouver). Nous tenons à souligner que des investissements ont été réalisés au printemps 2021. 20 millions d'euros ont ainsi été prévus pour du personnel supplémentaire, le nombre de lits en psychiatrie pour enfants et adolescent-es a été augmenté et des équipes qui accompagnent les enfants et les adolescent-es avant et après une hospitalisation ont été déployées (Ceulemans, 2021). En Flandre, le plan de relance a également prévu des ressources supplémentaires pour renforcer la capacité d'accompagnement de crise et pour les réseaux d'apprentissage afin d'adapter l'offre d'assistance aux besoins des enfants et des adolescent-es. Malgré ces investissements supplémentaires de la part des autorités, nous avons entendu dans nos entretiens un appel clair à subventionner encore davantage l'aide ambulatoire pour la rendre accessible pour les enfants et les adolescent-es.

Un autre point d'attention reste l'accessibilité pour les groupes plus vulnérables. Pour eux, le chemin vers l'aide est souvent encore plus difficile et les seuils sont très élevés pour accéder à une aide appropriée. D'une part, il s'agit de libérer des ressources financières pour rendre les soins moins chers, voire gratuits, pour ceux qui en ont besoin. Mais il s'agit également de soutenir les professionnel-les qui ne sont pas toujours familier-es avec ce groupe et leurs sensibilités ou problèmes. Il existe déjà des initiatives importantes (telles que *Yuneco care*) autour de l'accompagnement de familles en situation de vulnérabilité et avec des équipes mobiles qui vont vers elles, mais celles-ci peuvent encore être renforcées. Les *Community Health Workers* pourraient également jouer un rôle de travail social de proximité (*outreach*) dans ce domaine.

De plus, le remboursement actuel des soins psychologiques doit aussi être vraiment revu. Dans la plupart des cas, le remboursement est très limité, surtout pour les

psychologues et cela constitue un obstacle pour beaucoup. Les initiatives gratuites telles que Tejo, mais aussi les centres *Overkop* et la capacité des SSM à offrir la priorité aux familles vulnérables sont certes positives, mais elles ne sont pas suffisantes pour répondre à la demande croissante.

La nouvelle convention des Psychologues de Première Ligne (PPL) a pour objectif de fournir des soins moins coûteux, mais il est trop tôt pour l'évaluer pour le moment. Nous pensons que des efforts encore plus importants doivent être faits pour réduire le coût des soins psychologiques pour les enfants et les adolescent-es. Si cela peut éviter de reporter la recherche d'aide, les problèmes pourront être abordés plus tôt. La réalisation de cet exercice n'incombe pas seulement aux décideurs politiques. Les mutualités peuvent également réfléchir à faire des efforts supplémentaires pour lutter contre le coût élevé des soins de santé mentale, en accordant une attention particulière aux jeunes les plus vulnérables et à leurs familles. Améliorer l'accessibilité est un seul et même objectif qui devra se faire par le biais de diverses actions, de plus de ressources, d'une augmentation des remboursements, mais aussi de la prévention et d'un engagement en faveur de la promotion de la santé et de la réduction de la pauvreté.

4.2. Investir davantage dans la prévention et la promotion de la santé (mentale)

Mieux vaut prévenir que guérir, cela vaut également pour la santé mentale. Si la prévention est efficace, elle entraînera à terme une diminution de la demande de soins psychologiques, ce qui, espérons-le, raccourcira également les listes d'attente. Aujourd'hui, on constate à la fois un manque d'attention à l'égard de la prévention et une offre insuffisante, ce qui aggrave les problèmes mentaux (l'article de Sholokhova sur la prévention dans ce numéro aborde ce sujet plus en détail). Il en résulte des délais de plus en plus longs, des coûts accrus et un système surchargé. La prévention est donc une première étape nécessaire pour parvenir à un changement. Nous considérons qu'il s'agit d'une tâche et d'une responsabilité urgentes pour différent-es acteur-rices (les parents, l'ONE, les accueillant-es, les écoles, les mouvements de jeunesse et associations) et avec des actions variées dans de multiples domaines en lien avec le principe de *health in all policies* (bien-être, secteur social, éducation, logement, lutte contre la pauvreté, etc.).

4.2.1. Soutien des parents

Les recherches montrent que les 1.000 premiers jours de la vie d'un enfant sont très importants (TNO, 2016). À aucune autre étape de la vie, le développement ne se produit aussi rapidement et dans autant de domaines (physique, cérébral, socio-affectif) et autant d'étapes sont franchies (Nederlands Ministerie van Volksgezondheid, 2022). Cette période est également importante pour l'attachement. Cependant, les problèmes d'attachement peuvent donner lieu à d'autres problèmes à un stade ultérieur (Pasco Fearon & Belsky, 2011). Bien que les symptômes de mal-être mental ne soient pas toujours faciles à identifier chez les très jeunes enfants, les recherches montrent qu'ils apparaissent chez 17% des enfants âgés de 0 à 6 ans (von Klitzing, Döhnert, Kroll, & Grube, 2015 ; Skovgaard, 2010).

Nous considérons donc qu'il est important de se concentrer sur le soutien aux parents pendant la période pré et post-natale. Les acteur-rices impliqués dans le suivi des parents et de l'enfant jouent ici un rôle important. Non seulement pour informer les parents, par exemple sur l'importance de la création de liens affectifs mais aussi pour les soutenir, mieux connaître leur bébé, veiller à leur bien-être et les orienter si nécessaire. L'importance des 1.000 premiers jours a entre-temps trouvé une place dans les offres pour jeunes enfants (ONE, Wiegwijs, Buddy aan de wieg, etc.), mais celle-ci peut certainement être étendue et renforcée. Pour les groupes vulnérables, le recours à des experts du vécu peut être précieux pour établir une relation de confiance avec les parents.

Il est également important que les parents puissent passer suffisamment de temps avec leur bébé/enfant et ainsi créer un bon lien avec lui. Ainsi, ils peuvent mieux connaître leur bébé et reconnaître les signes qui peuvent indiquer du stress (Vliegen & Verhaest, 2020). Nous préconisons donc un allongement du congé de maternité et davantage de congés parentaux. Pour que les parents puissent réellement utiliser ces possibilités, il est nécessaire de mieux indemniser le congé de maternité et le congé parental. Cela permettra aux parents de passer plus de temps avec leurs enfants, sans soucis financiers. Outre l'effet positif sur la création de liens, cela réduirait également leur stress, qu'ils pourraient autrement transférer à l'enfant. Cela montre comment l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée des parents (et donc la possibilité d'adapter leur travail) peut avoir un effet direct sur la santé de leurs enfants.

4.2.2. Investir dans une garde d'enfants de qualité

Investir dans les 1.000 premiers jours signifie également veiller à une garde d'enfants de qualité. Malheureusement, nous ne pouvons pas la garantir suffisamment en Belgique aujourd'hui (Calluy, 2022). Les investissements dans ce secteur sont donc également nécessaires. Un statut à part entière pour les accueillant-es d'enfants, de meilleures conditions de travail et un meilleur salaire sont nécessaires pour rendre le métier plus attractif. En outre, un nombre suffisant de places doit être créé et les accueillant-es et les puéricultrices doivent être soutenus de manière adéquate pour faire leur travail. La réduction du nombre maximal d'enfants par puéricultrice est certainement souhaitable. Cela donne à la personne plus de temps pour donner à l'enfant l'attention nécessaire et le stimuler. Comme les très jeunes enfants peuvent également montrer des signaux de stress, mais que ceux-ci ne sont pas toujours faciles à voir ou à interpréter, il est certainement utile d'aborder ce sujet dans les formations ou la formation continue des accueillant-es d'enfants. Des services de garde d'enfants de qualité contribuent positivement au bien-être des plus jeunes enfants et de leurs parents, et méritent donc une attention politique et des ressources suffisantes pour les mettre en place.

4.2.3. Plus d'attention aux écoles comme lieu de prévention des problèmes mentaux

Comme nous l'avons déjà mentionné, outre la famille, l'école est un lieu important pour les enfants et les adolescent-es, notamment pour établir et maintenir des interactions sociales. En outre, l'école est un lieu qui touche tous les enfants et où ils passent beaucoup de temps (Spanemberg, Salum, & Bado, 2020). Pour cette raison, c'est le meilleur endroit pour se concentrer sur la prévention primaire. Cela crée les conditions pour favoriser le développement psychologique et émotionnel des enfants et réduire les facteurs de risque. Mais la prévention secondaire peut également avoir lieu à l'école, afin de détecter précocement les problèmes de santé et/ou les facteurs de risque, tels que les abus au sein de la famille, etc. Nous constatons aujourd'hui que les initiatives sont souvent liées à l'école ou aux enseignants et que la participation se fait sur base volontaire, ce qui perpétue les inégalités sociales en matière de santé. Nous pensons qu'il est important que toutes les écoles puissent travailler de manière structurée pour prévenir les problèmes de santé mentale et promouvoir le bien-être mental des enfants et des adolescent-es.

L'école doit devenir un lieu où l'on prête attention à la santé mentale et où l'on fait des efforts de prévention. Conformément au principe *health in all policies*, travailler sur la santé mentale ne relève pas de la compétence exclusive des ministres du bien-être ou de la santé publique. Mais cela nécessite des ressources supplémentaires. De cette manière, la politique de prise en charge peut être renforcée et, par exemple, des orthopédagogues ou des psychologues supplémentaires peuvent être employés³. Après tout, l'intention n'est pas que les enseignants prennent tout en charge eux-mêmes, même si nous pensons qu'il est logique d'accorder une grande attention au sujet de la santé mentale des enfants et des adolescent-es dans la formation des enseignants. Ce thème devrait également être régulièrement abordé dans la formation continue. De cette manière, une plus grande prise de conscience serait créée et les enseignants pourraient puiser dans leur bagage théorique lorsque les élèves montrent des signaux (d'alarme) ou présentent des problèmes mentaux.

L'inclusion des compétences psychosociales dans les objectifs de réussite pourrait contribuer positivement à la résilience des enfants et des jeunes. Soulever la question de la santé mentale en classe peut également contribuer à donner une image moins stéréotypée et, à terme, à réduire la stigmatisation mais aussi à créer une ouverture d'esprit pour parler de leurs propres problèmes.

Les PMS jouent un rôle central dans le soutien psychologique des élèves. Malheureusement, ils ont aussi trop peu de ressources et trop d'autres tâches à réaliser, et ils se heurtent à des listes d'attente lorsqu'il s'agit de réorientation. Leur financement et leur fonctionnement doivent donc être revus et ils devraient pouvoir se concentrer davantage sur la détection précoce et la signalisation des problèmes de santé mentale. Un suivi plus étroit des enfants et des jeunes à haut risque (par exemple, les enfants dont les parents souffrent de problèmes psychologiques et les jeunes aidants proches) pourrait également faire partie de leurs attributions. D'autres moyens de soutenir les écoles dans cette fonction de prévention devraient être envisagés. Par exemple, une équipe multidisciplinaire de psychologues et/ou d'orthopédagogues et de travailleurs so-

ciaux, pouvant être déployée de manière flexible, peut être mise en place via ou en parallèle des PMS pour soutenir les écoles et les élèves, mais aussi les parents. Cela permettrait de répondre aux besoins de première nécessité des élèves. La collaboration avec les accompagnant-es/consseiller-es des écoles elles-mêmes, qui se concentrent spécifiquement sur le bien-être, est également une possibilité. Aujourd'hui, la mise en place de ce type d'accompagnant-e dépend fortement de l'école. Les écoles ne disposent pas actuellement de moyens spécifiques pour ce faire et celles qui décident de le faire le financent sur base du capital-périodes des enseignants. Cependant, au vu des chiffres alarmants sur le bien-être des jeunes, ce type de soutien devrait être développé. À cette fin, des ressources spécifiques devraient être fournies afin que les écoles puissent investir dans le bien-être, sans devoir sacrifier le volet didactique.

4.2.4. Investir dans la sensibilisation autour de la santé mentale

Notre étude a montré qu'il existait encore une certaine réserve chez certains jeunes ainsi que chez certains parents quant à la recherche d'aide pour les problèmes mentaux. Il est donc important de continuer à sensibiliser toute la population par différents moyens. Bien que des progrès aient lieu, par exemple grâce à des initiatives telles que *Te Gek !?*⁴, il reste encore beaucoup à faire pour briser le tabou qui entoure les problèmes de santé mentale. Une meilleure connaissance et compréhension des problèmes mentaux pourrait également contribuer à réduire le tabou. C'est pourquoi nous appelons toutes les organisations travaillant avec des enfants et des adolescent-es à continuer à sensibiliser. Lancer le dialogue sur les problèmes mentaux dans des lieux où se trouvent de nombreux enfants et adolescent-es, se fait de préférence de manière accessible et au niveau de l'enfant et de l'adolescent-e. Les nouvelles récentes concernant l'augmentation des primes d'assurance pour les personnes souffrant de problèmes de santé mentale ou leur exclusion (Lelong, 2022) sont également inquiétantes du point de vue des enfants et des adolescent-es. Des recherches supplémentaires sur la nature et l'étendue de la discrimination sont cer-

3 Le Pacte d'excellence pour les écoles en Wallonie contient des éléments positifs, mais il a des conséquences possibles sur l'accompagnement des enfants à l'école et cela nécessite certainement une évaluation. Un risque possible est qu'en allouant les fonds par zone et non individuellement, l'aide des logopèdes, etc. sera moins présente dans les écoles. Cela peut avoir un impact individuel pour l'élève, mais peut aussi diminuer les possibilités de détection pour les enseignants car ils apprennent de la présence de ces professionnel-les dans leur classe et à l'école. Les possibilités de prévention et de détection sont donc limitées.

4 Plus d'informations sur www.tegek.be.

tainement nécessaires. Cela suggère qu'une meilleure compréhension et une plus grande sensibilisation sont encore nécessaires.

4.3. Suivi du bien-être des enfants et des adolescent-es

Comme nous l'avons mentionné précédemment, il est important que les signes indiquant que les enfants ou les adolescent-es souffrent de problèmes psychosociaux soient détectés rapidement. Ainsi, une intervention rapide est possible et l'on peut éviter des processus de traitement plus longs ou des problèmes plus graves plus tard dans la vie. Cela peut également réduire la pression sur les soins de santé mentale pour les enfants et les adolescent-es. Malgré les divers signaux d'alarme, les informations sur la prévalence et la nature des problèmes psychologiques sont très fragmentées (Erskine, et al., 2017). Nous disposons de ce type d'informations concernant, par exemple, le cancer ou les vaccinations, mais nous sommes dans le flou lorsqu'il s'agit de la santé mentale des enfants et des adolescent-es. Les politiques avancent ainsi aussi largement à l'aveugle. Nous pensons que des informations suffisantes sont nécessaires, tant sur la demande de soins que sur l'offre, mais aussi sur le suivi et les expériences des enfants et des adolescent-es qui reçoivent de l'aide, pour soutenir et élaborer les politiques publiques. Ces informations sont également nécessaires lorsqu'on envisage de modifier les soins de santé mentale pour les enfants et les adolescent-es. Le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) avait déjà souligné le manque et la fragmentation des informations en 2012. Tant en ce qui concerne l'état de santé mentale des enfants et des adolescent-es (demande d'aide) que l'offre d'aide qui leur est proposée, nous sommes encore trop et trop souvent dans l'ignorance (Vandenbroeck, et al., 2012).

Un suivi systématique et continu des problèmes rencontrés par les enfants et les adolescent-es est nécessaire et contribuera à rendre le système plus accessible et plus efficace. Nos entretiens montrent qu'il convient de faire une distinction entre les différents groupes d'âge (les adolescent-es sont soumis à des risques différents des jeunes enfants), entre les différents états de santé (qu'il s'agisse de problèmes mentaux ou physiques préexistants, d'hospitalisations ou d'admissions dans des établissements résidentiels) et entre les différents contextes de vie (familial, social, économique, etc.). L'ob-

jectif du suivi est donc d'obtenir une image de l'état de santé mentale des jeunes à différents niveaux (selon le concept large de la santé) et de prendre en compte les inégalités sociales de santé, et de pouvoir suivre leur évolution dans le temps.

Nous pensons qu'il faut réfléchir à un outil simple qui permette de garder une vue d'ensemble du bien-être des jeunes à intervalles réguliers. Nous pensons en premier lieu à un système d'enregistrement au niveau national et régional dans la première ligne générale (médecins généralistes, PMS, psychologues, etc.) dans lequel sont stockées les informations relatives à une demande. Ce système pourrait ensuite être élargi pour inclure un certain nombre de moments de suivi au cours desquels les groupes cibles eux-mêmes seraient interrogés sur leurs expériences avec le système de santé mentale.

5. Conclusion

Sur la base de nos résultats, nous formulons quelques points d'attention. Notre première préoccupation est l'accessibilité et la qualité des soins de santé mentale pour les enfants et les adolescent-es. Les listes d'attente excessivement longues pour les soins ambulatoires et hospitaliers sont au cœur des préoccupations des participant-es à notre étude. Les problèmes mentaux, déjà connus depuis longtemps par les travailleurs de la santé sur le terrain, ont été mis en lumière avec la pandémie de COVID-19. Ces problèmes sont souvent lourds à porter, tant pour les jeunes qui y sont confrontés, que ce soit pour la première fois ou non, que pour leurs familles.

Deuxièmement, nous préconisons une approche fondée sur les principes de l'universalisme proportionné, selon lequel l'aide devrait être adaptée aux objectifs de santé que nous voulons atteindre pour tous les groupes cibles, avec un soutien proportionnellement plus important pour les groupes défavorisés. Les initiatives locales, à travers les services sociaux, les associations et parfois le bénévolat, peuvent soutenir ces groupes, mais de manière insuffisante. Ce soutien n'a pas d'effet global et ne parvient pas à réduire de manière significative les inégalités en matière de santé. Le nouvel accord sur les soins psychologiques de première ligne pourrait contribuer à rendre les soins psychologiques plus accessibles financièrement, même si sa mise en œuvre et son impact réel doivent être suivis de près. Il ne faut pas non plus négliger d'autres dimensions de l'accessibilité, telles que la sensi-

bilité (capacité à identifier les besoins) et l'acceptabilité des soins (seuil minimal de qualité perçue pour que les patients aient recours aux soins).

Les problèmes inhérents au système de soins de santé se reflètent en partie dans le manque d'attention et de ressources allouées à la prévention des troubles psychologiques et à la promotion du bien-être mental chez les enfants et les adolescent-es. Il est important ici d'aborder la prévention dans une vision large de la santé et de prendre en compte les différents déterminants de la santé mentale. Il s'agit notamment du soutien aux parents, de la qualité de l'accueil des enfants, de la sensibilisation aux problèmes mentaux et des conditions de vie à l'école.

En effet, l'allocation des moyens aux écoles et aux services qui y opèrent (comme les PMS) est essentielle pour un programme ambitieux et réaliste de prévention et de promotion de la santé pour les enfants et les adolescent-es. Là encore, le point de départ est le principe selon lequel les besoins du public cible doivent guider l'intensité de l'aide qu'il reçoit.

Enfin, dans cette nouvelle phase de la crise socio-économique, déclenchée par la pandémie et exacerbée par la situation instable en Ukraine, il est nécessaire d'as-

surer un suivi qualitatif afin de trouver des solutions concrètes aux problèmes croissants liés à la santé mentale des jeunes. Ce suivi doit servir de base à la réflexion des différents acteur-rices. Cette réflexion doit être organisée de manière transversale et interdisciplinaire, afin que chaque niveau de gouvernance impliqué dans la santé mentale des jeunes puisse y contribuer et que la multitude d'expertises puisse être utilisée. Le suivi doit disposer d'instruments appropriés pour identifier la diversité des situations et les risques accrus pour certains groupes cibles.

Les conclusions de notre étude sont loin d'être positives. La situation sur le terrain est préoccupante, tant pour les jeunes que pour les professionnel-les qui les accompagnent. Néanmoins, l'une des leçons importantes de cette crise est l'ingéniosité et l'engagement des acteur-rices des différents secteurs. Nous ne devons pas sous-estimer leur flexibilité et les solutions innovantes qu'ils et elles ont mises en place, qui visent toujours à apporter le meilleur soutien aux enfants et aux adolescent-es. Cependant, cette crise montre également les limites de ces solutions, qui reposent en grande partie sur la bonne volonté des prestataires de soins de santé. Il est donc urgent de mettre en place des mesures structurelles qui permettront aux gens de faire leur travail non pas *malgré*, mais *grâce* au système de soins de santé.

Bibliographie

- Avalosse, H., Henry, H., Hens, E., Willaert, D., Bruyneel, L., & Kestens, W. (2020). Consultations à distance : *MC-Information*, 282, 46-59.
- Beel, V. (2021, 11 21). Wachttijden voor jeugdhulp zijn ontploft. *De Standaard*. Récupéré sur https://www.standaard.be/cnt/dmf20211117_93783420
- Calluy, K. (2022, 2 21). Kinderpsychiater na drama in Mariakerke: «Onze kinderopvang is niet meer goed genoeg voor het welzijn van onze kinderen». *VRT-NWS*. Récupéré sur <https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2022/02/21/kinderpsychiater-na-drama-in-mariakerke-onze-kinderopvang-is-n/>
- Cès, S. (2021). L'accès aux soins de santé: définitions et enjeux. *MC-Information*, 286, 4-22.
- Ceulemans, P. (2021). Vlaanderen investeert in mentaal welzijn van kinderen en jongeren. *Domus Medica*. Récupéré sur <https://www.domusmedica.be/actueel/vlaanderen-investeert-mentaal-welzijn-van-kinderen-en-jongeren>
- Conseil Supérieur de la Santé. (2021). *Prise en charge psychosociale pendant la pandémie COVID-19 : enfants et jeunes*. Bruxelles: Conseil Supérieur de la Santé.
- Crescentini, C., Feruglio, S., Matiz, A., Paschetto, A., Vidal, E., Cogo, P., & Fabbro, F. (2020). Stuck outside and inside: an exploratory study on the effects of the COVID-19 outbreak on Italian parents and Children's internalizing symptoms. *Frontiers in Psychology*, 11, 586074.
- De Meulenaere, J., Crommen, S., & Danckaerts, M. (2021). *De Staten-Generaal van de Geestelijke Gezondheid 2021 - Focus*.

- Dierckens, M., Delaruelle, K., & Deforche, B. (2021). *Eindrapport studie Jongeren en Gezondheid 2017 – 2020*. Gent: Onderzoeksgroep Gezondheidsbevordering. Récupéré sur https://www.jongeren-en-gezondheid.ugent.be/wordpress/wp-content/uploads/2021/12/Eindrapport_20172020_finaal.pdf
- Erskine, H., Baxter, A., Patton, G., Moffitt, T., Patel, V., Whiteford, H., & Scott, J. (2017). The global coverage of prevalence data for mental disorders in children and adolescents. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 26(4), 395–402.
- Fegert, J., Vitiello, B., Plener, P., & Clemens, V. (2020). Challenges and burden of the Coronavirus 2019 (COVID-19) pandemic for child and adolescent mental health: A narrative review to highlight clinical and research needs in the acute phase and the long return to normality. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 14, 20.
- Furber, G., Segal, L., Leach, M., Turnbull, C., Procter, N., Diamond, M., . . . MsGorry, P. (2015). Preventing mental illness: closing the evidence-practice gap through workforce and services planning. *BMC Health Services Research*, 15, 283.
- Germeys, I. (2021). Waarom hebben jongeren het zo moeilijk tijdens corona? Universiteit van Vlaanderen. Récupéré sur https://www.gezondheid.be/index.cfm?fuseaction=art&art_id=32356
- Gisle, L., Drieskens, S., Demarest, S., & Van der Heyden, J. (2020). *Geestelijke gezondheid: gezondheidsenquête 2018*. Brussel: Scien-sano.
- Gorrese, A., & Ruggieri, R. (2013). Peer attachment and self-esteem: a meta-analytic review. *Personality and Individual Differences*, 55(5), 559-568.
- Guessoum, S., Lachal, J., Radjack, R., Carretier, E., Minassian, S., Benoit, L., & Moro, M. (2020). Adolescent psychiatric disorder during the COVID-19 pandemic and lockdown. *Psychiatry research*, 291, 113264.
- Hafstad, G., & Augusti, E. (2021). A lost generation? COVID-19 and adolescent mental health. *Lancet Psychiatry*, 8(8), 640-641.
- Ince, D., & Kalthoff, H. (2020). *Opgroeien en opvoeden. Normale uitdagingen voor kinderen, jongeren en hun ouders*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- InTijdenVanCorona#8 – Mijn lievelingsdag, na mijn verjaardag, is de dag dat ik weer naar school mag gaan. (2020). Récupéré sur <https://www.huderf30.be/nl/nieuws/intijdenvancorona8-mijn-lievelingsdag-na-mijn-verjaardag-is-de-dag-dat-ik-weer-naar-school-mag-gaan/>
- KBS. (2017). <https://kbs-frb.be/fr/tous-fous-parler-autrement-de-la-sante-mentale>
- Kestens, E., & Crommen, S. (2022, 02 22). Niemand lijkt wakker te liggen van de problemen van kinderen en jongeren: gaan we hen opnieuw in de steek laten? *Knack*.
- Kirtley, O., Achterhof, R., Hiekkaranta, A., Hermans, K., Hagemann, N., & Germeys, I. (2019). *Sigma 2019: Fase I. Rapport Hoe word ik wie ik ben?*
- Kluppels, K., Portzky, G., & Hoppenbrouwers, K. (2017). Signalering van psychosociale problemen bij 15-jarige Antwerpse jongeren via de centra voor leerlingenbegeleiding. *Tijdschr Jeugdgezondheidszorg*(49), 49-56.
- Maes, S. (2021). *COVID-19: l'impact sur la santé mentale des jeunes*. Bruxelles: Yapaka.
- Meherali, S., Punjani, N., Louie-Poon, S., Abdul Rahim, K., Das, J., Salam, R., & Lassi, Z. (2021). Mental Health of Children and Adolescents Amidst COVID-19 and Past Pandemics: A Rapid Systematic Review. *International journal of environmental research and public health*, 18(7), 3432.
- Nastasi, B. K., & Borja, A. P. (2016). Introduction to the Promoting Psychological Well-Being Globally Project. Dans B. K. Nastasi, & A. P. Borja, *International Handbook of Psychological Well-Being in Children and Adolescents*. New York: Springer Science+Business.
- Nearchou, F., Hennessy, E., Flinn, C., Niland, R., & Subramaniam, S. (2020). Exploring the impact of covid-19 on mental health outcomes in children and adolescents: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(22), 8479.
- Nederlands Ministerie van Volksgezondheid, (2022). *Een Kansrijke Start voor iedereen*.
- OECD. (2021a). *Supporting young people's mental health through the COVID-19 crisis*. Paris: OECD.
- OECD. (2021b). *Young people's concerns during COVID-19: Results from risks that matter 2020, OECD Policy Responses to Coronavirus (COVID-19)*. Paris: OECD.
- Organisation mondiale de la Santé. (2003). *Investir dans la santé mentale*. World Health Organisation, Department of Mental Health and Substance Dependence, Noncommunicable Diseases and Mental Health. Genève: OMS.
- Organisation mondiale de la Santé. (2022). *World mental health report: transforming mental health for all*. Genève: Organisation mondiale de la Santé.
- Pasco Fearon, R., & Belsky, J. (2011). Infant-mother attachment and the growth of externalizing problems across the primary-school years. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 52(7), 782–791.
- Pfefferbaum, B. (2021). Challenges for Child Mental Health Raised by School Closure and Home Confinement During the COVID-19 Pandemic. *Current Psychiatry Reports*, 23 (10), 65.
- Poppelmonde, J. (2021, 12 15). Mentaal welzijn van leerlingen? Daar hebben CLB's geen tijd voor. *De Standaard*.
- Recht-Op. (2022). *Op zoek naar een brug tussen jongeren in armoede en psychische hulp*. Antwerpen.
- Rens, E., Smith, P., Nicaise, P., Lorant, V., & Van den Broeck, K. (2021). Mental Distress and Its Contributing Factors Among Young People During the First Wave of COVID-19: A Belgian Survey Study. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 575553.
- Sholokhova, S., Noirhomme, C., Morissens, A., & Verniest, R. (2021). L'impact de la pandémie de COVID-19 sur. *MC-Informations*, 286, 23-45.

- Skovgaard, A. (2010). Mental health problems and psychopathology in infancy and early childhood. An epidemiological study. *Danish medical bulletin*, 57(10), B4193.
- Solmi, M., Radua, J., Olivola, M., Croce, E., Soardo, L., Salazar de Pablo, G., . . . Fusar-Poli, P. (2021). Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Molecular Psychiatry*, 27, 281–295.
- Spanemberg, L., Salum, G., & Bado, P. (2020). How can schools be integrated in promoting well-being, preventing mental health problems and averting substance-use disorders in urban populations? *Current opinion in psychiatry*, 33(3), 255-263.
- Spinelli, M., Lionetti, F., Pastore, M., & Fasolo, M. (2020). Parents' stress and Children's psychological problems in families facing the COVID-19 outbreak in Italy. *Frontiers in Psychology*, 11, 1713.
- TNO. (2016). *Investing in the first 1000 days of life for a healthy future*. Leiden: TNO.
- Unicef. (2022). *Rapport van kinderen en jongeren met mentale gezondheidsproblemen in België. What do you think?* Unicef België.
- Vandenbroeck, P., Dechenne, R., Becher, K., Van den Heede, K., Eyssen, M., Geeraerts, G., & Stroul, B. (2012). *Geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren: ontwikkeling van een beleidsscenario, Synthese*. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.
- Vlaams Instituut Gezond Leven. (Positieve) geestelijke gezondheid. Récupéré sur <https://www.gezondleven.be/themas/mentaal-welbevinden/positieve-geestelijke-gezondheid#:~:text=We%20kunnen%20stellen%20dat%20er,dit%20is%20het%20salutogenetische%20element>
- Vliegen, N., & Verhaest, Y. (2020). *Vroege ontwikkeling alle kansen geven. Infant mental health: geestelijke gezondheidszorg voor baby's, jonge kinderen en ouders*. Kalmthout: Pelckmans.
- von Klitzing, K., Döhnert, M., Kroll, M., & Grube, M. (2015). Mental Disorders in Early Childhood. *Deutsches Arzteblatt international*, 112(21-22), 375–386.
- Wille, N., Bettge, S., & Ravens-Sieberer, U. (2008). Risk and protective factors for children's and adolescents' mental health: results of the BELLA study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17(S1), 133-147.

