

La mise en observation chez les jeunes (0-23 ans) : état de la question à Bruxelles

Foreign hospitalization of young people (0-23 years old): state of the question in Brussels

FEYEAERTS C.¹, WAUTERS A.¹, REIS J.¹, AL-HUSNI AL-KEILANI M.² et DELVENNE V.³

¹Service de Psychiatrie infanto-juvénile, Université libre de Bruxelles (ULB)

²Clinique de l'Adolescent, Service de Psychiatrie du Bébé, de l'Enfant, de l'Adolescent et du jeune Adulte, Hôpital universitaire de Bruxelles (H.U.B), ULB

³Service de Psychiatrie du Bébé, de l'Enfant, de l'Adolescent et du jeune Adulte, Hôpital universitaire de Bruxelles (H.U.B), ULB

RÉSUMÉ

Introduction : La loi belge relative à la protection des malades mentaux permet d'hospitaliser un patient sous contrainte lorsqu'une expertise psychiatrique atteste la présence de trois critères (trouble psychiatrique, danger pour lui-même ou autrui et absence d'alternative). Actuellement, de nombreuses discussions sont en cours afin d'améliorer la procédure menant à une hospitalisation sous contrainte chez les jeunes mineurs et jeunes adultes.

Matériel et méthode : Dans cette étude, nous avons recensé les expertises de patients de 0 à 23 ans, réalisées à Bruxelles entre le 1^{er} janvier 2019 et le 31 décembre 2022 via la Ligne Nixon. Nous avons récolté et encodé les données relatives aux notes des urgences rédigées par les (pédo)psychiatres ayant réalisé l'expertise. Nous avons ensuite analysé statistiquement ces données afin de déterminer les facteurs sociodémographiques, cliniques et ceux en lien avec la procédure de MEO pour les deux populations qui nous intéressent : les mineurs (< 18 ans) et les jeunes adultes (18-23 ans).

Résultats : Les facteurs cliniques divergent dans les deux populations. Les patients mineurs sont expertisés sans distinction de leur genre ou du motif pour lequel ils ont été interpellés. Les professionnels de la santé devraient être attentifs aux symptômes internalisés, psychotiques et sévères, plus prédictifs d'une MEO. Les jeunes adultes quant à eux, sont plus souvent interpellés lorsqu'ils sont de genre masculin et présentent des symptômes psychotiques. Les expertises de cette population sont par ailleurs plus souvent positivées.

Conclusion : Cette étude permet de faire émerger des questions dans le cadre de la pratique des soins contraints et mettent en lumière la nécessité de réaliser d'autres études afin d'étayer la discussion.

Rev Med Brux 2025 ; 46: 649-658

Doi : 10.30637/2025.24-068

Mots-clés : hospitalisation forcée, soins à l'étranger, expertise psychiatrique, législation sur la santé mentale, jeunes en âge de transition, adolescent, enfant

ABSTRACT

Introduction : The Belgian law regarding the protection of mentally ill patients allows for the involuntary hospitalization of a patient when a psychiatric assessment confirms the presence of three criteria (psychiatric disorder, danger to oneself or others, and the absence of alternative solutions). Currently, there are ongoing discussions aimed at improving the procedure for involuntary hospitalization in minors and young adults.

Materials and Methods : In this study, we reviewed psychiatric expertises of patients aged 0 to 23 years, conducted in Brussels between January 1, 2019, and December 31, 2022, through the Nixon Line. We collected and encoded data related to the emergency notes written by the (child)psychiatrists conducting the evaluations. We then statistically analyzed these data to determine the sociodemographic, clinical, and procedural factors associated with involuntary hospitalization for the two populations of interest: minors (< 18 years) and young adults (18-23 years).

Results : Clinical factors differ between the two populations. Minor patients are evaluated regardless of their gender or the reason they were apprehended. Healthcare professionals should be attentive to internalized, psychotic, and severe symptoms, which are more predictive of involuntary hospitalization. Young adults are more frequently expertised if they are male and present psychotic symptoms. This population is also more frequently involuntary hospitalised.

Conclusion : This study raises important questions regarding the practice of involuntary care and highlights the need for further research to support the ongoing discussion.

Rev Med Brux 2025 ; 46: 649-658

Doi : 10.30637/2025.24-068

Keywords : forced hospitalization, foreign care, psychiatric expertise, mental health legislation, transitional-age youth, adolescent, child

INTRODUCTION

Selon la loi du 26 juin 1990, la mise en observation (MEO) est une hospitalisation psychiatrique contrainte, sous contrôle judiciaire, qui a pour but de protéger les patients souffrant d'une pathologie mentale et en situation de danger, pour eux-mêmes ou autrui, quand aucune autre mesure ne peut être envisagée¹. Ces hospitalisations ont une durée limitée (40 jours) mais peuvent faire l'objet d'une prolongation dont la durée ne peut excéder deux ans.

En pratique, lorsque l'état de santé d'un patient requiert une MEO, deux procédures sont possibles : la procédure non urgente et la procédure urgente. Dans le premier cas, une requête, rédigée par toute personne intéressée, ainsi qu'un rapport médical circonstancié (RMC), rédigé par un médecin qui n'a aucun lien avec le patient ou ses proches et datant de moins de 15 jours, doivent être adressés au Juge de Paix si le patient est majeur et au Juge de la Jeunesse si le patient est mineur. Le Juge fixe ensuite une audience endéans les 10 jours où un avocat sera convié pour défendre les intérêts du patient. Au terme de l'audience, le Juge a 3 jours pour notifier sa décision de confirmer ou non l'hospitalisation sous contrainte. Durant toute cette période, le patient conserve sa liberté et ses droits fondamentaux². Dans le second cas, la requête, accompagnée du RMC, est adressée au Procureur du Roi afin qu'il examine la demande de manière urgente. Il désignera alors un service psychiatrique agréé qui accueillera le patient dans l'attente de l'audience. Cette procédure est marquée par une hospitalisation contrainte immédiate. Le Juge organise une audience en présence du patient, d'un avocat et d'une personne de confiance si souhaité par le patient, endéans les 10 jours.

En pratique, à Bruxelles, et étant donné que le RMC doit être rédigé par un médecin qui n'a aucun lien avec le malade ou ses proches³, le Procureur du Roi et le Juge réquisitionnent un psychiatre de garde aux urgences des hôpitaux agréés (CHU Brugmann, H.U.B-Hôpital Erasme, Cliniques Universitaires Saint-Luc, CHU Saint-Pierre) pour évaluer le patient et décider s'il y a lieu d'établir un RMC. Dans le jargon psychiatrique bruxellois, on appelle cela une « expertise ». Les demandes d'expertise sont réparties entre les hôpitaux de manière équitable à Bruxelles grâce à la « Ligne Nixon » qui renseigne l'hôpital vers lequel diriger le patient. Le patient est donc emmené par la police aux urgences psychiatriques, où le psychiatre détermine si le patient présente les critères suivants, de manière cumulative et simultanée : 1) La personne souffre d'une maladie mentale ; 2) La personne représente un danger pour elle-même ou pour autrui ; 3) Il n'existe pas d'alternatives de prise en charge¹.

Si le psychiatre estime que les critères ne sont pas réunis au moment de l'expertise, celle-ci est « négativée » et la procédure s'arrête. Le patient recouvre sa liberté ou est remis aux forces de l'ordre s'il a commis un délit. Dans le cas contraire, l'expertise est « positivée » c'est-à-dire que le Procureur du Roi décide d'une hospitalisation contrainte pour le patient

sur base du RMC rédigé par le psychiatre. En cas de doute, cette décision peut être différée de 24 h, afin que le patient soit réévalué par le psychiatre à distance de son arrivée aux urgences. Cette procédure médico-légale est propre à Bruxelles.

Depuis les années 1950-60, la plupart des pays membres de l'Union européenne ont modifié leurs lois de protection des malades mentaux dans l'optique de favoriser le droit individuel et donc de diminuer le nombre de MEO. Cependant, c'est une augmentation des taux d'admissions involontaires qui a été observée dans la plupart de ces pays⁵. Plusieurs hypothèses ont été suggérées afin d'expliquer ce phénomène : une augmentation des consommation d'alcool et de drogues, des réseaux de soutien fragilisés, un nombre de lits psychiatriques insuffisant et un manque d'alternative à la MEO⁶. Pour le cas particulier des mineurs en Belgique, la procédure et les critères légaux sont identiques, mais c'est le Juge de la Jeunesse qui statue sur la nécessité d'une hospitalisation contrainte lors des procédures non urgentes.

Le recours à cette procédure est moins fréquent chez les patients mineurs que chez les adultes et il existe peu de recherche clinique sur les MEO de patients mineurs qui permettrait d'en évaluer l'adéquation⁴. Cependant, une méta-analyse publiée en 2021 dans le *Lancet Child and Adolescent Health*, incluant 23 études de 11 pays différents, comparant les facteurs cliniques et sociaux des patients mineurs hospitalisés dans des unités pédopsychiatriques de manière volontaire et involontaire, démontrait que les MEO de patients mineurs étaient plus associées aux diagnostics de psychose, d'abus de substances et de déficience intellectuelle ainsi qu'à un risque d'auto ou hétéro-agression. L'appartenance à un groupe ethnique noire, être âgé de 12 ans ou plus, une pathologie plus sévère et un fonctionnement global plus faible étaient également des facteurs d'hospitalisation contrainte⁴.

En 2017, une étude belge visant à déterminer les facteurs de risque associés aux MEO chez les patients mineurs⁸ et comparant un groupe de patients hospitalisés volontairement (118 jeunes) avec un petit groupe de patients hospitalisés contre leur volonté (12 jeunes), a montré que le sexe masculin et les symptômes psychotiques sont des facteurs favorisant une hospitalisation sous contrainte. Sur les 12 patients MEO, seul un tiers avait un dossier ouvert au Service d'Aide à la Jeunesse ou au Tribunal de la Jeunesse, contre plus de la moitié dans l'autre cohorte. Cela laisse penser que ces services permettent d'éviter les MEO. Cependant, cette étude monocentrique a été réalisée sur un très petit échantillon et sur une durée courte (18 mois)⁸.

En 2019, une méta-analyse qualitative sur l'expérience perçue de la MEO par les adultes incluant 56 articles met en évidence les effets délétères et traumatisants des hospitalisations sous contrainte. Comparé aux hospitalisations volontaires, ce type d'hospitalisation est associé à des durées de séjour plus longs, un taux plus élevé de réadmission, un risque plus élevé

d'être à nouveau hospitalisé sous contrainte et une plus grande probabilité de décéder par suicide⁷. Elles peuvent également entraîner une réticence future à s'engager dans des soins de santé mentale⁴.

Dans cette étude, nous avons réalisé une étude rétrospective contrôlée sur une période de 4 ans où nous nous sommes intéressés à deux populations prises en charge en pédopsychiatrie : celle des mineurs (< 18 ans) et celle des jeunes adultes (≥ 18 ans et < 23 ans). Nous avons d'abord cherché à déterminer quels étaient les facteurs sociodémographiques et cliniques entraînant une demande d'expertise, spécifiques pour chacune de ces deux populations. Nous avons ensuite comparé ces facteurs entre les deux populations afin d'évaluer si ces deux populations étaient semblables et souligner l'importance d'une transition réussie entre les services de pédopsychiatrie et de psychiatrie adulte¹¹. Pour finir, nous avons évalué les facteurs socio-démographiques et cliniques dans la population mineure qui favoriseraient une expertise positivée.

METHODOLOGIE

Population

Il s'agit d'une étude rétrospective multicentrique (CHU Brugmann, H.U.B-Hôpital Erasme, CHU Saint-Pierre). Le recrutement de la cohorte a été réalisé par deux chercheurs, à partir des listes de la « Ligne Nixon » qui reprennent la date de la demande d'expertise, le nom, prénom et la date de naissance du patient et l'hôpital vers lequel le patient est dirigé pour l'expertise.

Sur les 7.669 expertises réalisées via la Ligne Nixon entre le 1^{er} janvier 2019 et le 31 décembre 2022, 1.290 correspondaient à des patients âgés de 0 à 23 ans. Nous avons exclu les 420 expertises réalisées à l'Hôpital Saint-Luc car nous n'avons pas reçu d'accord de leur Comité d'Ethique et 23 expertises ont été exclues de la cohorte soit parce qu'elles n'ont pas été réalisées en raison d'un vice de procédure, soit parce que le nom de l'hôpital qui a expertisé le patient n'était pas mentionné.

TABLEAU 1

Données récoltées à partir du dossier des patients.

Type de données	Données récoltées
Sociodémographiques	<ul style="list-style-type: none">GenreStatut socialNationalitéLangue parlée
Spécifiques à l'expertise	<ul style="list-style-type: none">Tiers responsable de la demande de la MEOMotif d'interpellationSymptômes principauxRésultat de l'expertise
Cliniques	<ul style="list-style-type: none">Présence de déficience intellectuellePrise en charge psychologiquePrise en charge pédopsychiatrique/psychiatriqueTraitements psychotropes

Les 847 expertises restantes ont été répartis selon l'âge des patients en 2 groupes en fonction de leur âge : un groupe de mineurs âgés de 0 à 17 ans et un groupe de jeunes adultes âgés de 18 à 23 ans au moment de l'expertise. Le groupe des patients mineurs a ensuite été subdivisé en 2 groupes (MEO positive/ MEO négative) en fonction du résultat de l'expertise.

Pour chaque expertise, les données socio-démographiques et cliniques ont été récoltées à partir du dossier administratif et de la note de passage aux urgences (tableau 1).

Analyses statistiques

Des statistiques descriptives ont permis d'analyser les données sociodémographiques, cliniques et les données spécifiques à l'expertise psychiatrique. Après confirmation graphique de distribution normale des données quantitatives, la moyenne et la déviation standard ont été présentées.

Les données manquantes ont été traitées par exclusion par pairs (*pairwise deletion*).

Les données quantitatives ont été comparées entre les groupes à l'aide d'un test t pour échantillons indépendants et les données qualitatives ont été comparées entre les deux groupes à l'aide du test du chi carré de Pearson. Les comparaisons 2 à 2 post-hoc ont été réalisées avec les résidus ajustés standardisés, après correction du seuil de significativité par la méthode de Bonferroni.

Comités d'Ethique

Les Comités d'Ethique des 3 hôpitaux (CHU Brugmann, H.U.B-Hôpital Erasme, CHU Saint-Pierre) ont donné leurs accords pour la réalisation de cette étude rétrospective (réf. Brugmann CE 2022/101, accepté le 10/05/2022 ; réf. Erasme P2022/426, accepté le 27/10/2022 ; réf. Saint-Pierre CE/22-11-04, accepté le 15/11/2022).

RESULTATS

Comparaison des expertises des patients mineurs et majeurs

Nous avons étudié 847 expertises qui concernaient 175 patients mineurs (représentant 200 expertises car certains expertisés plusieurs fois) et 485 patients entre 18 et 23 ans (représentant 647 expertises). La moyenne totale du nombre d'expertises par patient est de 1,29 (standard déviation de 0,977). Les patients majeurs sont plus souvent expertisés à plusieurs reprises que les patients mineurs ($p=0,003^{**}$), avec une moyenne du nombre d'expertises par patient de 1,15 (déviation standard de 0,421) pour le groupe Mineurs, et une moyenne de 1,33 (déviation standard de 1,108) pour le groupe Majeurs.

Les facteurs sociodémographiques, les facteurs spécifiques aux expertises et les facteurs cliniques ont été comparés dans les deux groupes et montrent certaines différences statistiquement significatives (tableau 2). Concernant le genre, le nombre d'expertise de jeunes hommes est relativement similaire à celui de jeunes femmes pour les mineurs alors que les expertises concernent plus souvent les hommes que les femmes ($p<0.001$) dans le groupe Majeurs. Concernant l'origine, les expertises de mineurs concernent plus souvent des patients de nationalité belge que les expertises de patients majeurs ($p=0.04$). Pour le statut social et la langue parlée, nous n'observons pas de différence statistiquement significative entre les 2 groupes. Les motifs de demande d'expertise chez les patients mineurs sont souvent motivés par des signes d'auto-agressivité (tentative de suicide et gestes auto-agressifs), alors que ce sont plutôt des symptômes de la lignée psychotique chez les patients majeurs (comportements incohérents, $p<0.001$). Les symptômes internalisés (anxiété, idées noires, idées suicidaires, insomnie, repli social...) et externalisés (auto ou hétéro-agressivité, tentative de suicide, consommation de substance...) sont retrouvés de manière similaire dans les 2 groupes alors que les symptômes psychotiques (comportements incohérents, délire, hallucination...) sont plus fréquents lors d'expertises de jeunes adultes. Il n'y a pas de différence entre le taux de déficience intellectuelle dans les 2 groupes.

Les expertises de patients mineurs sont plus souvent négativées que celles des patients majeurs ($p<0.001$). Enfin, les mineurs sont plus souvent suivis par un pédopsychiatre/psychiatre ($p<0.001$) et/ou un psychologue ($p<0.001$) que les jeunes adultes expertisés et ils prennent également plus souvent un traitement psychotrope ($p<0.001$).

Les trois diagnostics les plus régulièrement posés au terme de l'expertise pour les mineurs sont : les troubles anxié-dépressifs pour 42,4 % (troubles anxieux, dépressifs, de stress post-traumatique et de l'adaptation), les troubles psychotique et bipolaire pour 20,5 % (épisodes psychotique, maniaque, schizophrénie et trouble bipolaire) et le trouble du comportement sans diagnostic clair pour 19,9 %.

Pour les jeunes adultes, nous retrouvons : le trouble psychotique/bipolaire (51 %), le trouble anxié-dépressif (18,1 %) et dans une moindre mesure, les troubles de la personnalité (9,2 %) (tableau 3).

Facteurs de MEO chez les mineurs

Sur les 200 expertises réalisées chez les mineurs, 77 expertises ont été positivées (38,5 %), 107 expertises ont été négativées (53,5 %) et 16 expertises n'avaient pas de résultat d'expertise précisé dans la note des urgences (8,0 %).

La comparaison des facteurs sociodémographiques, des facteurs spécifiques aux expertises et les facteurs cliniques entre les expertises positivées et négativées chez les mineurs montre une absence de différence significative au niveau du genre, du statut social, de la nationalité, de la langue parlée ou des motifs d'interpellation entre les deux groupes. Les expertises sont plus régulièrement négativées lorsque c'est la police qui entame les démarches de demande de MEO chez un mineur que lorsqu'elles sont initiées par un service de santé (médecin traitant, pédopsychiatre/psychiatre) ($p<0.001$). Les résultats de l'expertise étaient plus souvent positifs en présence de symptômes internalisés ($p<0.001$) ou psychotiques que de symptômes externalisés ($p<0.001$). En cas de déficience intellectuelle, il n'y a pas de différence significative du résultat de l'expertise. Lorsque le patient était suivi par un pédopsychiatre/psychiatre, l'expertise était plus régulièrement positivée ($p=0.003$). Lorsqu'ils sont suivis par un psychologue, cela n'a pas d'effet sur la décision finale de l'expertise. Enfin, les patients mineurs qui prennent un traitement médicamenteux au moment de l'expertise sont plus à risque de voir leur expertise positivée que ceux qui n'en prennent pas ($p<0.001$) (tableau 4).

Chez les mineurs, les expertises sont positivées dans 90,3 % des cas en présence d'un trouble psychotique ou bipolaire, dans 54,7 % des cas lors d'un diagnostic de trouble anxié-dépressif et dans 16,7 % des cas lors d'un diagnostic de trouble du comportement non spécifié. En cas de diagnostic d'un trouble de l'usage de substance, d'un trouble de la personnalité ou en l'absence de diagnostic, les expertises sont systématiquement négativées.

DISCUSSION

Ce travail avait pour objectif de mieux comprendre la problématique des MEO chez les jeunes de moins de 23 ans, tant au niveau des symptômes cliniques d'appel, que dans la procédure d'expertise et de son issue (positive ou négative) afin de tenter de diminuer le nombre de MEO chez les jeunes et de proposer des pistes alternatives aux soins contraints. Nous avons également pris le soin de comparer les patients mineurs et les jeunes adultes afin d'appuyer l'importance d'une bonne transition des soins pédopsychiatiques vers les soins adultes¹¹.

TABLEAU 2

Comparaison des facteurs sociodémographiques, des facteurs spécifiques aux expertises et des facteurs cliniques dans les groupes Mineurs et Majeurs.

	Mineurs (N=200)		Majeurs (N=647)		Total (N=847)		p-value	
	N	%	N	%	N	%		
Genre^a								
F	101	51.5 %	198	30.9 %	299	35.7 %	<0.001***	
M	95	48.5 %	443	69.1 %	538	64.3 %		
Statut social^b								
Stable	159	87.4 %	525	84.7 %	684	84.9 %	0.294	
Instable	23	12.6 %	99	15.9 %	122	15.1 %		
Nationalité^c								
Belge	156	84.3 %	471	77.0 %	627	78.7 %	0.04*	
Autre	29	15.7 %	141	23.0 %	170	21.3 %		
Langue parlée^d								
Français	169	88.9 %	585	91.5 %	754	91.0 %	0.313	
Autre	21	11.1 %	54	8.5 %	75	9.0 %		
Lancé par^b								
Service de santé	84	45.9 %	274	44.0 %	358	44.4 %	0.301	
Police	61	33.3 %	243	39.0 %	304	37.7 %		
Famille	38	20.8 %	106	17.0 %	144	17.9 %		
Motif d'interpellation^e								
Hétéro-agressivité	53	28.8 %	163	26.2 %	216	26.8 %	<0.001***	
Auto-agressivité	75	40.8 %	144	23.1 %	219	27.1 %		
Comportement incohérent	24	13.0 %	233	37.4 %	257	31.8 %		
Autre	32	17.4 %	83	13.3 %	115	14.3 %		
Symptômes^e								
Internalisés								
Présents	110	60.1 %	334	53.5 %	444	55.0 %	0.128	
Absents	73	39.9 %	290	46.5 %	363	45.0 %		
Externalisés								
Présents	154	84.2 %	505	80.9 %	659	81.7 %	0.332	
Absents	29	15.8 %	119	19.1 %	148	18.3 %		
Psychotiques								
Présents	48	26.2 %	357	57.2 %	405	50.2 %	<0.001***	
Absents	135	73.8 %	267	42.8 %	402	49.8 %		
Résultats d'expertise^f								
Négative	107	58.2 %	257	41.7 %	364	45.5 %	<0.001***	
Positive	77	41.8 %	359	58.3 %	436	54.5 %		

TABLEAU 2 (SUITE)

Déficience intellectuelle^g							
Oui	19	10.4 %	96	15.4 %	115	14.2 %	0.093
Non	164	89.6 %	529	84.6 %	693	85.8 %	
Suivi pédopsychiatrique/psychiatrique^h							
Oui	98	56.3 %	211	35.6 %	309	40.3 %	<0.001***
Non	76	43.7 %	382	64.4 %	458	59.7 %	
Suivi psychologiqueⁱ							
Oui	60	35.1 %	61	10.4 %	121	16.0 %	<0.001***
Non	111	64.9 %	523	89.6 %	634	84.0 %	
Traitements médicamenteux^j							
Oui	87	50.0 %	184	30.9 %	271	35.2 %	<0.001***
Non	68	39.1 %	299	50.2 %	367	47.7 %	
Interruption	19	10.9 %	113	19.0 %	132	17.1 %	

Données manquantes : ^a10, ^b41, ^c50, ^d18, ^e40, ^f47, ^g39, ^h80, ⁱ92, ^j77.

TABLEAU 3

Répartition descriptive des diagnostics chez les patients mineurs et majeurs sur la période du 1^{er} janvier 2019 au 31 décembre 2022.

	Mineurs (N=200)		Majeurs (N=647)		Total (N=847)	
	N	%	N	%	N	%
Diagnostics^a						
Trouble anxiо-dépressif	64	42,4 %	106	18,1 %	170	23,1 %
Trouble psychotique ou bipolaire	31	20,5 %	299	51,0 %	330	44,8 %
Trouble de l'usage de substances	3	2,0 %	50	8,5 %	53	7,2 %
Trouble de la personnalité	6	4,0 %	54	9,2 %	60	8,1 %
Trouble du comportement sans diagnostic clair	30	19,9 %	36	6,1 %	66	9,0 %
Autre	4	2,6 %	7	1,2 %	11	1,5 %
Aucun	13	8,6 %	34	5,8 %	47	6,4 %

^adonnées manquantes : 110

TABLEAU 4

Comparaison des facteurs sociodémographiques, des facteurs propres au déroulé des expertises et des facteurs cliniques en fonction du résultat de l'expertises chez les mineurs.

	MEO Positive (N=77)		MEO Négative (N=107)		Total (N=184)		p-value	
	N	%	N	%	N	%		
Genre								
Féminin	42	46,2 %	49	53,8 %	91	49,5 %	0,296	
Masculin	35	37,6 %	58	62,4 %	93	50,5 %		
Statut social^a								
Stable	67	42,9 %	89	57,1 %	156	87,2 %	0,505	
Autre	8	34,8 %	15	65,2 %	23	12,8 %		
Nationalité^b								
Belge	68	45,9 %	80	54,1 %	148	84,1 %	0,059	
Autre	7	25,0 %	21	75,0 %	28	15,9 %		
Langue parlée								
Français	69	42,3 %	94	57,7 %	163	88,6 %	0,816	
Autre	8	38,1 %	13	61,9 %	21	11,4 %		
Lancé par^c								
Service de Santé	49	59,0 %	34	41,0 %	83	45,9 %	<0,001***	
Police	15	25,0 %	45	75,0 %	60	33,1 %		
Famille ou autre	12	31,6 %	26	68,4 %	38	21,0 %		
Motif d'interpellation^d								
Hétéroagressivité	19	35,8 %	34	64,2 %	53	29,4 %	0,616	
Autoagressivité	34	47,9 %	37	52,1 %	71	39,4 %		
Comportement incohérent	10	41,7 %	14	58,3 %	24	13,3 %		
Autre	13	40,6 %	19	59,4 %	32	17,8 %		
Symptômes^d								
Internalisés								
Présents	58	53,7 %	50	46,3 %	108	60,0 %	<0,001***	
Absents	17	23,6 %	55	76,4 %	72	40,0 %		
Externalisés								
Présents	64	42,4 %	87	57,6 %	151	83,9 %	0,687	
Absents	11	37,9 %	18	62,1 %	29	16,1 %		
Psychotiques								
Présents	36	75,0 %	12	25,0 %	48	26,7 %	<0,001***	
Absents	39	29,5 %	93	70,5 %	132	73,3 %		
Déficience intellectuelle^d								
Oui	7	36,8 %	12	63,2 %	19	10,6 %	0,807	
Non	68	42,2 %	93	57,8 %	161	89,4 %		

TABLEAU 4 (SUITE)

Suivi psychiatrique^e							
Oui	50	52,1 %	46	47,9 %	96	55,8 %	0,003**
Non	22	28,9 %	54	71,1 %	76	44,8 %	
Suivi psychologique^f							
Oui	21	36,2 %	37	63,8 %	58	34,3 %	0,413
Non	48	43,2 %	63	56,8 %	111	65,7 %	
Traitements médicamenteux^g							
Oui	48	56,5 %	37	43,5 %	85	49,7 %	<0,001***
Non	18	26,9 %	49	73,1 %	67	39,2 %	
Interruption	5	26,3 %	14	73,7 %	19	11,1 %	

Données manquantes : ^a5, ^b8, ^c3, ^d4, ^e12, ^f15, ^g13.

Le motif d'interpellation n'est pas prédictif de l'issue de la demande d'expertise. Les patients mineurs sont plus souvent interpellés pour des comportements auto-agressifs, tandis que les jeunes adultes le sont principalement pour des comportements incohérents. Concernant les symptômes qui mènent à une MEO, on retrouve les symptômes externalisés tant dans les expertises de patients mineurs, où ils ne sont pas prédictifs d'une positivation de la mesure que chez les patients majeurs. Les symptômes internalisés sont aussi courants dans le groupe de patients mineurs que celui des majeurs mais dans le groupe « mineurs », ils sont prédictifs d'une fréquence plus élevée d'expertise positivée (53,7 %). Chez les jeunes adultes, nous notons une plus grande fréquence de symptômes psychotiques que chez les mineurs. Cependant, lorsque les symptômes psychotiques sont présents dans l'expertise de mineurs, ils mènent significativement plus souvent à une confirmation de MEO (75 %). Pour finir, la déficience intellectuelle est retrouvée également chez les mineurs et les majeurs et n'entraîne pas plus d'expertises positivées, ce qui diffère de la littérature internationale⁴.

Les diagnostics les plus souvent retenus lors des expertises de patients mineurs à Bruxelles sont : les troubles anxiо-dépressifs (42 %), les troubles psychotiques/bipolaires (20 %) et les troubles du comportement sans diagnostic clair (20 %). Ceci est partiellement discordant avec la littérature internationale qui affirme que les diagnostics de psychose, d'abus de substances et de déficience intellectuelle sont plus souvent associés à des hospitalisations contraintes que volontaires⁴. Ces observations illustrent le flou qui entoure le critère de pathologie mentale nécessaire pour des hospitalisations involontaires et contraintes. Ce critère est laissé à la subjectivité du psychiatre qui réalise l'expertise, le laissant estimer quelle pathologie psychiatrique nécessite une MEO ou non. Ainsi, la déficience intellectuelle est bien reprise dans le DSM-5,

mais considérée comme un trouble du développement. La question de l'amélioration du trouble en cours d'hospitalisation devrait aussi faire partie de la nouvelle proposition de loi. En effet, quel serait le sens d'une hospitalisation contrainte qui n'amènerait pas une amélioration clinique notable. Ce critère est important pour les patients déficients intellectuels, avec un trouble du spectre de l'autisme ou d'autres troubles. Mieux identifier les psychopathologies sur lesquelles les MEO ont un réel impact positif permettrait d'une part une diminution des demandes d'expertise qui ne seraient pas justifiée et d'éviter à ces patients les effets iatrogènes traumatisants d'une telle mesure.

Un travail en amont doit également être réalisé avec les professionnels de la santé mentale mais cela nécessite un accès aux soins aisé et rapide. Lorsque de jeunes patients mineurs présentent des symptômes internalisés (anxiété, idées noires et suicidaires, insomnies, repli social) sévères, on voit qu'ils sont susceptibles, s'ils ne sont pas pris en charge rapidement, de se retrouver en hospitalisation sous mesure de MEO. Les symptômes psychotiques, bien que moins fréquents que les symptômes internalisés, sont plus prédictifs d'une expertise positivée. La détection, la prise en charge et le traitement précoce de ces symptômes permettraient d'éviter ce mode d'entrée en hôpital psychiatrique particulièrement traumatisant pour ces jeunes. Les programmes de prévention et d'intervention précoce en santé mentale chez les jeunes en âge de transition (16-23 ans) mais aussi des patients dits Ultra Haut Risque (UHR) de développer un trouble psychotique devraient permettre une réduction de ces hospitalisations involontaires. Des dispositifs accessibles et accueillants pour les jeunes en difficulté (cfr recommandations COMSMEA jeunes en transition⁹) favoriseraient l'instauration d'une bonne alliance thérapeutique avec ces patients et éviteraient qu'ils refusent ultérieurement les soins. Un programme de transition des soins des pédopsychiatres vers les psychiatres d'adulte

devrait aussi être instauré systématiquement pour les patients qui le nécessitent conformément aux mêmes recommandations nationales, afin d'éviter le décrochage de la continuité de soins¹¹. De plus, cet accompagnement lors de l'entrée à l'âge adulte permet aux patients de mieux identifier leurs symptômes, les prodromes d'une éventuelle décompensation ainsi que les facteurs déclenchants associés. Une bonne conscience morbide et un suivi de soins permet au patient de mieux gérer sa pathologie.

La répartition des genres est différente dans nos deux populations : chez les mineurs, la proportion de filles (51,5 %) est relativement similaire à celle des garçons (48,5 %) et le résultat des expertises ne varie pas en fonction du genre alors que pour les jeunes adultes expertisés, le genre masculin (69,1 %) est plus représenté que le genre féminin (30,9 %). Ces résultats sont concordants avec la littérature internationale qui suppose que les hommes sont plus souvent hospitalisés involontairement en raison d'une perception du risque d'agressivité plus grande et d'attentes quant aux comportements qui ne sont pas similaires entre les genres⁴. Cette différence est certainement moins prononcée chez les adolescents étant donné leur stade de développement psychomoteur et le fait qu'ils soient sous la responsabilité de leurs parents.

Les demandes de MEO de jeunes patients mineurs comme de majeurs proviennent des mêmes types d'intervenants : les services de santé, la police et ensuite les familles des patients. Quand il s'agit de patients mineurs, la MEO demandée par un médecin est positivée dans environ 60 % des cas alors que quand ce sont des policiers qui initient la demande, celle-ci n'est positivée que dans 25 % des cas. Ceci soutient une des propositions de la nouvelle loi sur la MEO de prolonger le temps d'observation médicale à 48 h (antérieurement 24 h) avant de décider de l'hospitalisation contrainte. Nous observons également que les patients mineurs expertisés positivement sont plus souvent suivis par un pédopsychiatre/psychiatre, par un psychologue et prennent plus souvent un traitement psychotrope que les patients adultes expertisés. On peut poser l'hypothèse que leur pathologie est plus sévère et déjà objectivée par un professionnel qui n'a pas pu les aider suffisamment en ambulatoire. Le fonctionnement des patients est plus altéré et nécessite une prise en charge urgente, voire contrainte, ce qui concorde avec la littérature internationale qui précise qu'une maladie plus grave et un fonctionnement globalement plus pauvre sont associés à une hospitalisation contrainte⁴. De plus, les mineurs bénéficient d'un encadrement parental ou, à défaut, d'un encadrement d'institutions d'aide à la jeunesse, qui les soutiennent vraisemblablement dans leurs suivis. Toutefois, le manque de place en unité de soins volontaires ou le manque d'alternative face à une situation aiguë pourrait, dans certains cas, expliquer la demande de MEO pour ces patients déjà pris en charge volontairement.

Un aspect intéressant de cette étude est que, fort heureusement, les expertises des patients mineurs sont plus souvent négativées que celles des jeunes adultes. Au vu des trois critères de la loi, nous pourrions faire trois hypothèses. La première est qu'au moment de l'expertise, le patient ne présente pas de symptômes de décompensation d'une pathologie mentale, souvent encore non identifiée comme telle à cet âge. En effet, dans cette population, les symptômes émergents sont souvent peu spécifiques. Les psychoses avérées et les abus de substances caractérisés sont plutôt des tableaux cliniques rencontrés à l'âge adulte. Ils débutent en fin d'adolescence et nous n'en voyons que les prodromes dans l'enfance et le début de l'adolescence. De plus, une idée très répandue est que certains symptômes sont passagers et propres à l'adolescence, rendant caduque le critère de pathologie mentale¹⁰. Une seconde hypothèse serait que le patient mineur pourrait donner une impression de dangerosité moindre pour lui-même ou pour autrui au moment où il est aux urgences vu son jeune âge ou la présence des parents. On sait pourtant que l'adolescence est caractérisée par une tendance impulsive plus marquée vu le développement préfrontal inachevé. Une troisième hypothèse justifiant le refus de MEO chez un mineur serait que le jeune est demandeur de soins ou qu'il existe une alternative. La loi considère les mineurs comme civillement « irresponsables » et soumis à l'autorité parentale. A défaut, le Service de Protection de la Jeunesse (SPJ) peut contraindre les jeunes patients lorsque leurs parents présentent une défaillance et ont besoin d'accompagnement dans leur parentalité. Une alternative aux MEO de patients mineurs pourrait être que leurs parents ou les instances judiciaires leur imposent des soins psychiatriques sans leur accord, permettant ainsi une hospitalisation dans une unité ouverte sans procédure d'expertise de MEO.

Notre étude présente certaines faiblesses : un design rétrospectif, non prospectif, qui ne permet pas une récolte exhaustive des données puisque basées sur les informations du dossier patient plus ou moins bien collectées. Ainsi, certains éléments sociodémographiques (nationalité et origine du patient, contexte familial, statut social), de la prise en charge ambulatoire et des antécédents psychiatriques ne sont pas toujours répertoriés dans la note des urgences ou encodées « par défaut » dans le dossier administratif du patient. Le peu d'étude existant dans la littérature internationale ne permet pas d'étayer la discussion de manière objective, mais permet justement d'interroger le fonctionnement actuel des MEO à Bruxelles et nourrir la réflexion de futures études.

Toutefois, cette étude reste très informative, par rapport à la plupart des études déjà réalisées chez des patients hospitalisés sous contrainte, vu son focus sur les jeunes mineurs et en âge de transition, dont on sait qu'ils sont ceux qui ont le plus faible accès aux soins en santé mentale⁴. D'autres études devraient investiguer l'expérience vécue par les jeunes et leur famille lors de ces expertises et MEO.

CONCLUSION

La mise en observation est une mesure qui restreint la liberté et qui vise à protéger une personne lorsque celle-ci souffre d'un trouble psychiatrique, représente un danger et qu'il n'existe aucune alternative possible. Chez de jeunes patients, elle peut être extrêmement bouleversante voire traumatisante tant pour la personne concernée que son entourage. C'est pourquoi, il convient de bien évaluer la nécessité de protection face aux risques encourus et de rechercher activement des alternatives vers une aide volontaire. Une amélioration de l'offre de soins pour les jeunes en âge de transition et des programmes de transition de la pédopsychiatrie à la psychiatrie d'adulte devraient réduire encore ces mesures chez les jeunes. Le nouveau projet de loi sur la MEO devrait aussi en limiter l'usage et en améliorer la procédure pour mieux répondre aux besoins des patients. Cependant, de plus amples études devront être réalisées afin d'objectiver les besoins de ces patients nécessitant des soins contraints.

Conflits d'intérêt : néant

BIBLIOGRAPHIE

1. Plateforme Bruxelloise pour la Santé Mentale. (Consulté le 23/04/2023). Justice - Mise en observation [Internet]. <https://platformbxl.brussels/fr/besoin-daide/sante-mentale/justice-mise-en-observation>
2. Plateforme de Concertation en Santé Mentale de la Province de Luxembourg (Consulté le 24/05/2023). Guide de la personne mise en observation [Internet]. <http://media.wix.com/ugd/d52b6cb39b203048c54840a115cb86906b29d.pdf>
3. Ordre des Médecins. (Consulté le 13/05/2023). Rapport médical circonstancié en vue de la protection de la personne des malades mentaux [Internet]. <https://www.ombbw.be/images/documents/rapport-mdical-circonstanci-en-vue-de-la>
4. Walker S, Barnett P, Srinivasan R, Abrol E, Johnson S. Clinical and social factors associated with involuntary psychiatric hospitalisation in children and adolescents: a systematic review, meta-analysis, and narrative synthesis. *Lancet Child & Adolescent Health.* 2021;5(7):501-12.
5. Salize HJ, Dreßing H, Peitz M. Compulsory admission and involuntary treatment of mentally ill patients-legislation and practice in EU-member states. Central Institute of Mental Health Research Project Final Report, Mannheim, Germany. 2002;15:3-4.
6. Weich S, McBride O, Twigg L, Duncan C, Keown P, Crepaz Keay D, et al. Variation in compulsory psychiatric inpatient admission in England: a cross-classified, multilevel analysis. *The Lancet Psychiatry.* 2017;4(8):619-26.
7. Akther SF, Molyneaux E, Stuart R, Johnson S, Simpson A, Oram S. Patients' experiences of assessment and detention under mental health legislation: systematic review and qualitative meta-synthesis. *BJPsych Open.* 2019;5(3):e37.
8. Mertens C, Campforts E, Bal S, Van Berlaer, G., Hubloue, I., & Lampo, A. Bij welke kinderen wordt een gedwongen opname gevraagd? een case-controlstudie. *Tijdschrift voor Geneeskunde.* 2017; 73(8):472-80.
9. Santé Publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire, Environnement. (Consulté le 11/06/2024). Soins de santé mentale pour les enfants et les adolescents [Internet]. <https://www.health.belgium.be/fr/news/soins-de-sante-mentale-pour-les-enfants-et-les-adolescents>
10. Lebel V, Normandin L. Troubles de la personnalité à l'adolescence: État des connaissances et facteurs de risque. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne.* 2015;56(2), 242.
11. Singh SP, Paul M, Ford T, Kramer T, Weaver T. Transitions of care from Child and Adolescent Mental Health Services to Adult Mental Health Services (TRACK Study): a study of protocols in Greater London. *BMC Health Serv Res.* 2008;8: 1-7.

Travail reçu le 2 septembre 2024 ; accepté dans sa version définitive le 26 mars 2025.

AUTEUR CORRESPONDANT :

C. FEYAERTS
H.U.B - Huderf (site Laeken)
Rue J.J. Crocq, 15 - 1020 Bruxelles
E-mail : coriane.feyaerts@hubruxelles.be