

eChapitre 3 —

SERVICES DE SANTÉ MENTALE POUR ENFANTS ET ADOLESCENTS AU ROYAUME-UNI : ORGANISATION ET CONTEXTE LÉGAL

Alexandra Garcia Rosales⁽¹⁾

Les dispositifs de soins en santé mentale pour enfants et adolescents au Royaume-Uni sont organisés de manière stratifiée afin d'utiliser les ressources à bon escient et de réduire la stigmatisation de la pathologie psychiatrique. Les professionnels de santé mentale pour enfants et adolescents sont conscients que toute difficulté au cours du développement n'est pas nécessairement l'expression d'une pathologie. Cela est particulièrement évident pendant l'adolescence ou dans une expérience de deuil.

Nous expliquerons de manière sommaire le cadre législatif en vigueur. Il vise à préserver les prérogatives parentales et à prendre en considération les opinions des enfants et adolescents en fonction de leur maturité et de leur âge. À chaque fois que la liberté ou l'autonomie d'un patient sont limitées, des contre-pouvoirs, pour ainsi dire, sont mis en place pour que le patient ou sa famille puissent exprimer leurs divergences en faisant appel à des tiers (tribunal, représentant indépendant).

Les différents échelons de soin [7]

Les soins sont stratifiés en fonction de la gravité et des besoins des enfants et des adolescents.

Premier échelon (*tier 1*)

Les professionnels qui travaillent à cet échelon ne sont pas des spécialistes (par exemple, pédopsychiatre, psychologue d'enfants ou d'adolescents). Il s'agit de médecins généralistes, d'infirmiers des écoles, de professeurs, de travailleurs sociaux et de volontaires.

Ces professionnels ont un rôle de prévention et de détection précoce. Ils peuvent s'occuper de problèmes simples et sans

gravité. Ils envoient les patients et leurs familles aux deuxième et troisième échelons, si besoin est. Leurs interventions visent à une certaine normalisation des problèmes qui ne requièrent pas une intervention plus spécialisée.

Deuxième échelon (*tier 2*)

Les professionnels qui travaillent à cet échelon sont des spécialistes de santé mentale d'enfants et d'adolescents qui ne sont pas des pédopsychiatres (par exemple, infirmiers, psychologues, médecins généralistes, pédiatres, écoles, services pour la jeunesse). Leur intervention a généralement lieu à l'école. Les praticiens conseillent les professionnels du premier échelon et offrent des interventions de courte durée aux patients et à leurs familles. Les évaluations et les interventions seront généralement unidisciplinaires. Si le cas est plus complexe et l'intervention de plusieurs professionnels est nécessaire, le patient sera envoyé au prochain échelon.

Troisième échelon (*tier 3*)

Ce service est organisé pour évaluer et traiter la pathologie plus complexe et sévère dans la communauté. Les patients sont pris en charge par une équipe multidisciplinaire qui inclut généralement des pédopsychiatres. L'équipe peut être composée de psychologues, de travailleurs sociaux, d'infirmiers, de psychothérapeutes d'enfants et d'adolescents, de thérapeutes occupationnels et d'art-thérapeutes.

En fonction des besoins de la population locale, ce service peut parfois être divisé en quatre sous-équipes spécialisées :

- neuropsychiatrie pour l'évaluation et le traitement du retard mental, du trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) et des troubles du spectre autistique ;
- pathologie de l'adolescence ;

(1) Pédopsychiatre, Oxleas NHS Foundation Trust, London.

- équipe spécialisée pour enfants placés ;
- générique : par exemple dépression dans l'enfance, encopré- sie, troubles du lien, état de stress post-traumatique.

Un patient peut voir plus d'un professionnel. Des réunions d'équipe ont lieu régulièrement pour que l'équipe soutienne les professionnels en première ligne avec un patient et une famille donnée et pour faciliter une réflexion sur les cas.

Un professionnel est désigné comme coordonnateur de soins. Ce professionnel organise les soins, contacte les autres professionnels à l'intérieur et à l'extérieur du service (école, médecins généralistes, services sociaux, médecins d'autres spécialités) et fait en sorte que l'information soit partagée avec tous les services.

Le coordonnateur de soins est chargé de la mise en place de la politique d'approche à la planification des soins (*care programme approach policy*) [5] telle qu'elle a été définie par le ministère de la Santé dans les cas suivants :

- diagnostic de pathologie psychiatrique sévère avec un niveau élevé de complexité ;
- risques : suicidaire, délinquance, par exemple ;
- problèmes sociaux : abus, difficultés financières et de logement, problèmes cognitifs, patient qui prend soin d'un membre de sa famille ;
- problèmes physiques ;
- patients/familles qui ont du mal à maintenir le contact avec les services ;
- implication de plusieurs services : services sociaux, équipes pour la prévention de la délinquance juvénile, plusieurs services de santé mentale (hospitalisation, équipes dans la communauté, services spécialisés comme, par exemple, en troubles du comportement alimentaire).

Dans la pratique, des réunions de coordination avec tous les services impliqués, le patient et sa famille sont régulièrement organisées (tous les 3 ou 6 mois) pour discuter et décider le plan de soins. Le programme de soins inclut :

- une revue de tous les besoins du patient : physique, psychiatrique, logement, social, éducatif ;
- un plan d'actions : les différentes actions (par exemple, psychothérapie 2 fois par semaine), la ou les personnes responsables d'une action donnée et un calendrier pour chaque intervention ;
- le diagnostic, même s'il est provisionnel ;
- un plan de crise ;
- le cas échéant, le traitement psychopharmacologique ;
- les signes avant-coureurs de décompensation ;
- la prise en charge de problèmes d'alcool et drogues.

Ce plan est distribué à toutes les personnes impliquées, signé par le patient et sa famille et revu tous les 3 ou 6 mois. Le patient et sa famille sont les protagonistes de ce processus et, autant que possible, le patient et sa famille participent activement dans la réunion et expriment leurs préférences, opinions et possibles critiques.

Pour les patients âgés de 17 ans, un processus de transition vers les services de santé mentale pour adultes doit être envisagé, sous forme parfois de réunions de coordination.

Pour les patient souffrant de psychose, des services spécialisés existent, qui travaillent généralement en collaboration avec les services de santé mentale pour enfants et adolescents jusqu'au dix-huitième anniversaire, moment à partir duquel ces services prennent les patients complètement en charge.

Émergence du troisième échelon et demi (*tier 3 and a half*)

Dans le contexte légal britannique que nous expliquerons bientôt et les coupes budgétaires qui s'imposent dans ces temps d'austérité, des services spécialisés dans la réduction de la fréquence et de la durée des hospitalisations psychiatriques sont en train de se développer. Ces services peuvent faire partie des services ambulatoires ou être intégrés dans les services d'hospitalisation pour accélérer le retour du patient dans la communauté. Ces équipes sont chargées de donner un traitement intensif dans la communauté : thérapies de groupe dans la communauté, visites à domicile, rencontres à l'école des patients, contact intensif (journalier, plusieurs fois par jour par exemple) avec les patients et leurs familles, soutien direct des familles/écoles pour les aider à gérer les risques dans la communauté.

Quatrième échelon (*tier 4*)

Les unités d'hospitalisation et les unités ultraspecialisées font partie de cet échelon. Certaines unités ultraspecialisées pourraient être l'équivalent de centres référents en France. Il existe des unités spécialisées pour les troubles du comportement alimentaire, les troubles de la personnalité, la neuropsychiatrie, des unités de pédopsychiatrie médicoolégales.

Ces unités couvrent des étendus géographiques plus vastes que les autres échelons, le problème de l'accessibilité à ses services se pose souvent.

Les patients qui ont été pris en charge par ces unités doivent être suivis dans le cadre de la politique d'approche à la planification des soins. Une réunion peut, par exemple, être organisée au tout début de l'hospitalisation et une autre a généralement lieu pour planifier le retour dans la communauté.

Politiques et législations

La politique du rétablissement (*recovery model*) [3]

Cette politique a été élaborée par le ministère de la Santé. Le patient est le protagoniste de ses soins. Les professionnels doivent aider le patient non pas à subir le processus, mais à se l'approprier. Les patients deviennent des experts quant à leurs difficultés et aux moyens de les résoudre ; ainsi développent-ils leur résilience. Pour cela, la relation entre patient et professionnel doit être éminemment respectueuse, dans un esprit de collaboration. Le professionnel constitue une source de soutien, de conseil au patient pour l'aider à atteindre les objectifs fixés par le patient (par exemple, rester à l'école, trouver un poste à temps partiel, sortir de l'hôpital). Toutes les recommandations cliniques anglaises élaborées par le National Institute for Clinical Excellence (NICE) contiennent un feuillet pour le patient et sa famille.

La loi de santé mentale que nous expliquerons en détail plus loin s'inscrit dans cette philosophie. La loi de santé mentale exige que le praticien utilise l'« option la moins restrictive », Ainsi le recours à l'hospitalisation et au traitement involontaire doit-il être justifié de manière exhaustive.

Loi des enfants (Children Act, 2004) [2]

Cette loi stipule les conditions dans lesquelles les services sociaux peuvent ou doivent être contactés. Le bien-être de l'enfant est défini dans un contexte large : physique, social, éducatif et émotionnel.

Il existe trois cas de figures :

- l'enfant court un risque de dommage/tort significatif (*risk of significant harm*) par exemple dans le cas d'abus physique, émotionnel ou sexuel ou de négligence/abandon. Dans ces cas-là, l'enfant peut être l'objet d'un plan de protection (*child protection plan*). Ce plan est revu à intervalles réguliers. Les travailleurs sociaux essaient, autant que possible, d'éviter que l'enfant soit placé, en faisant de leur mieux pour soutenir les parents ;

- l'enfant peut bénéficier de l'intervention des services sociaux, si les parents en sont d'accord. L'enfant ne court pas un risque de dommage tort/significatif. C'est le cas par exemple d'enfants handicapés pris en charge par leurs parents. Les services sociaux peuvent emmener les enfants en vacances, obtenir une aide à domicile, trouver des activités appropriées une ou deux fois par semaine pour que les parents puissent se reposer ;

- le troisième cas correspond aux enfants qui n'entrent pas les deux cas de figure précédents.

Les parents ont la responsabilité parentale (*parental responsibility*). Les mères biologiques ont automatiquement la responsabilité parentale. Père et mère ont la responsabilité parentale lorsqu'ils sont mariés. Les pères ont automatiquement la responsabilité parentale si l'enfant est né après le 1^{er} décembre 2003 et le nom du père est inscrit sur le certificat de naissance. Les parents qui ont la responsabilité parentale doivent être impliqués dans les décisions concernant leurs enfants au moins jusqu'à leur seizième anniversaire.

Le cas Gillick est une exception à cette règle, et une jurisprudence a été établie avec la définition de la compétence selon Fraser. Dans le cas Gillick, une adolescente de moins de 16 ans est allée chez son généraliste pour être traitée avec un contraceptif oral. La patiente ne voulait pas que ses parents soient informés, elle avait l'intention d'être sexuellement active avec ou sans traitement. Le médecin avait estimé que sa compréhension et son intelligence étaient suffisantes pour lui permettre de consentir en toute légalité. Au fur et à mesure que l'enfant/adolescent a la capacité de comprendre, de peser le pour et le contre de ses décisions de santé, les opinions de l'adolescent deviennent de plus en plus importantes, et les opinions parentales ont de moins en moins de poids. Dans le cas Gillick, les parents n'ont pas été informés du traitement reçu par leur fille, leurs opinions n'ont pas été prises en considération.

La définition de compétence selon Fraser est la suivante : un enfant pourra ou non être considéré capable de consentir à une intervention donnée selon sa maturité, sa compréhension et la nature du consentement nécessaire. L'enfant doit être capable de faire une évaluation raisonnable des avantages et des inconvénients du traitement proposé et, si ce consentement est donné d'une manière appropriée et juste, il pourra être considéré comme un consentement vrai, autrement dit légal.

Loi de capacité mentale (*mental capacity act*) [2]

Cette loi s'applique aux enfants et adultes de 16 ans et plus.

A priori, un individu a la capacité mentale de prendre des décisions à moins de prouver le contraire.

Le professionnel doit identifier une déficience du cerveau ou de la pensée ou un trouble qui empêche le cerveau ou la pensée de fonctionner normalement. Ce trouble peut être temporaire ou permanent.

Le cas échéant, le professionnel doit pouvoir répondre aux questions suivantes :

- ce trouble ou cette déficience empêche-t-il la personne de prendre une décision à un moment donné ?

- la personne comprend-elle la nature de la décision et pourquoi elle doit la prendre ?

- la personne est-elle capable de comprendre, de retenir et de soupeser l'information pertinente à cette décision ?

- la personne peut-elle communiquer sa décision (en parlant, en utilisant le langage des signes ou en utilisant d'autres moyens) ?

Hospitalisation volontaire et involontaire, l'usage de la loi de santé mentale

Enfants et adolescents de moins de 16 ans

HOSPITALISATION VOLONTAIRE

- Le patient est compétent selon la définition de Fraser et accepte l'hospitalisation.

- Le patient n'est pas compétent selon la définition de Fraser et ses parents acceptent l'hospitalisation. Il s'agit d'une hospitalisation dans la zone de contrôle parental. Pour déterminer si la décision d'hospitaliser est dans la zone de contrôle parental, le praticien doit pouvoir répondre positivement aux deux questions suivantes :

- étant donné les mœurs et les décisions prises par la justice quant aux droits de l'homme, pourrait-on attendre cette décision d'un parent ?

- existe-t-il des indices indiquant que les parents n'agissent pas dans l'intérêt de l'enfant ou de l'adolescent ?

Les paramètres de la zone de contrôle parental varieront d'un cas à l'autre. Ils sont déterminés par les normes sociales, mais aussi par les circonstances des parents et des enfants.

Pour déterminer les paramètres de la zone parentale, le professionnel doit clarifier :

- la nature et le niveau d'intrusion, en particulier si la liberté de l'individu va être restreinte. Il est probable que plus une intervention est extrême, moins il est probable qu'elle se situe dans la zone de contrôle parental ;

- le patient résiste au traitement/intervention ;
- les mœurs et ce qui est généralement attendu des parents.

Plus nous nous éloignons de ces références, plus il est probable que ces décisions se situent en dehors de la zone de contrôle parental ;

- l'âge, la maturité et le niveau de compréhension de l'enfant ou de l'adolescent ;

- un possible conflit d'intérêts entre les parents et l'enfant, qui pourrait suggérer que les parents n'agissent pas dans l'intérêt de l'enfant.

Dans le cas d'abus ou de négligence, les services sociaux, selon la loi de l'enfant, peuvent prendre des décisions dans l'intérêt de l'enfant en limitant la responsabilité parentale des parents.

- Dans les deux cas de figure restant, le praticien doit considérer l'utilisation de la loi de santé mentale. Si cette loi ne peut pas être utilisée, il faut en appeler aux tribunaux, sauf en cas d'urgence :

e3-4

- le patient est compétent selon la définition de Fraser et refuse l'hospitalisation ;
- le patient n'est pas compétent selon la définition de Fraser et la décision d'hospitaliser est en dehors de la zone de contrôle parental.

HOSPITALISATION INVOLONTAIRE

Voir plus loin, « Hospitalisation involontaire d'adolescents de 16 ans et plus » [4, 6].

Hospitalisation d'adolescents de 16 ans et plus

HOSPITALISATION VOLONTAIRE

- Le patient a la capacité mentale selon la Loi de Capacité Mentale de consentir à l'hospitalisation.
- Le patient n'a pas la capacité mentale et sa liberté ne va pas être restreinte. Le patient est hospitalisé dans le cadre de la loi de capacité mentale.
- Dans les deux cas de figure restant, le praticien doit penser à utiliser la loi de santé mentale. Si cette loi ne peut pas être utilisée, il faut en appeler aux tribunaux, sauf en cas d'urgence :
 - le patient a la capacité mentale mais refuse d'être hospitalisé ;
 - le patient n'a pas la capacité mentale et sa liberté va être restreinte.

HOSPITALISATION INVOLONTAIRE [4, 6]

Évaluation selon les articles 2 et 3 en pédopsychiatrie. Le patient doit être informé du processus d'évaluation dans le cadre de la loi de santé mentale. Le parent le plus proche (*nearest relative*) ou le professionnel de santé mentale accrédité (*approved mental health professional*), qui est généralement un travailleur social, organise l'évaluation dans le cadre de la loi de santé mentale. Le patient doit être évalué par deux médecins indépendants (par exemple, un généraliste, un psychiatre d'adultes), dont l'un est spécialisé en pédopsychiatrie. Chacun des psychiatres écrit une recommandation. De préférence, l'un des deux psychiatres doit déjà connaître le patient. Le professionnel de santé mentale accrédité prend la décision de demander une hospitalisation involontaire qui sera informée par les recommandations des médecins. Dans la pratique, le parent le plus proche ne remplit pas cette fonction car il n'est pas expert en pathologie psychiatrique et peut, bien souvent, manquer de recul. Généralement, le parent le plus proche est le père ou la mère, mais cela peut changer selon les circonstances, par exemple si le parent le plus proche n'agit pas dans l'intérêt du patient.

L'évaluation peut avoir lieu avec les trois professionnels ou l'un après l'autre. Le professionnel de santé mentale accrédité doit avoir vu le patient dans les quatorze derniers jours avant de compléter le processus. Une recommandation médicale n'est valable que pendant 5 jours.

Article 2 : évaluation et traitement. Une personne peut être hospitalisée de manière involontaire pour évaluation, selon l'article 2 de la loi de santé mentale dans les conditions suivantes :

- l'individu souffre d'un trouble mental de nature ou de sévérité qui requiert une hospitalisation involontaire pour évaluation (ou pour évaluation suivie de traitement) pour une période de temps limitée ;
- l'individu doit être hospitalisé dans l'intérêt de sa santé ou pour sa protection ou celle du public.

La durée maximale d'hospitalisation involontaire selon l'article 2 est de 28 jours.

Le patient peut quitter l'hôpital et rentrer chez lui :

- si le responsable clinique l'autorise ;
- si le parent le plus proche (généralement le père ou la mère) le désire avec 72 heures de préavis ;
- si trois membres de la direction de l'hôpital l'autorisent ;
- si le tribunal de revue de la santé mentale l'autorise ;
- si le responsable clinique peut éviter que le patient quitte l'hôpital en écrivant un rapport aux directeurs de l'hôpital ;
- si le patient a quitté l'hôpital sans autorisation (sans congé selon l'article 17) et les 28 jours se sont écoulés.

Un patient sujet à l'article 2 peut demander à avoir un représentant de santé mentale indépendant (*independent mental health advocate*).

Article 3 : traitement uniquement. Une personne peut être hospitalisée de manière involontaire pour être traitée selon l'article 3 de la loi de santé mentale dans les conditions suivantes :

- l'individu souffre d'un trouble mental de nature ou de sévérité qui requiert un traitement en régime hospitalier ;
- l'individu doit être hospitalisé dans l'intérêt de sa santé ou pour sa protection ou pour celle du public ;
- un traitement médical indiqué est disponible.

Le parent le plus proche doit consentir à l'hospitalisation. Si le parent le plus proche n'œuvre pas dans l'intérêt du patient, il peut être déplacé.

Cette hospitalisation peut durer au maximum 6 mois. L'hospitalisation selon l'article 3 peut être renouvelée pendant 6 mois supplémentaires et après pour 1 an.

Le patient peut quitter l'hôpital et rentrer chez lui :

- si le responsable clinique l'autorise ;
- si le parent le plus proche (généralement le père ou la mère) le désire avec 72 heures de préavis ;
- si trois membres du management de l'hôpital l'autorisent ;
- si le tribunal de revue de la santé mentale l'autorise ;
- si le patient a quitté l'hôpital sans autorisation et 28 jours se sont écoulés ;
- une absence est autorisée (congé selon l'article 17) après 6 mois ;
- le responsable clinique peut empêcher que le patient quitte l'hôpital autorisé par le parent le plus proche. Le parent le plus proche a 28 jours pour solliciter le tribunal de revue de santé mentale.

Un patient sujet à l'article 3 peut demander à avoir un représentant de santé mentale indépendant (*independent mental health advocate*).

Congé selon l'article 17. Un patient hospitalisé selon l'article 2 ou 3 peut être autorisé à quitter l'hôpital sous les conditions déterminées (durée, lieu, accompagnement) par le clinicien responsable. L'article 17 peut être utilisé, par exemple, pour que le patient rentre chez lui pendant le week-end. Si le patient ne rentre pas l'hôpital, la police est immédiatement contactée pour essayer de trouver le patient et le ramener à l'unité d'hospitalisation. La durée maximale du congé est de 7 jours consécutifs.

Ordre de traitement supervisé dans la communauté : une extension de l'article 3. Seuls les patients assujettis à l'article 3 peuvent faire l'objet d'un traitement supervisé dans la communauté. Les patients peuvent quitter l'hôpital et doivent se tenir à une série de conditions déterminées par les responsables cliniques

d'hospitalisation et de l'équipe ambulatoire (par exemple, tests réguliers de toxiques dans les urines, aller aux rendez-vous fixés par son psychiatre en ambulatoire, prendre ses médicaments 90 p. 100 du temps, etc.) Si le patient ne remplit pas ces conditions, il est rappelé à l'hôpital par son clinicien responsable dans la communauté.

Tribunal de revue de santé mentale. Le patient et/ou sa famille peuvent demander la réunion d'un tribunal de santé mentale pour examiner la pertinence et la justification de l'utilisation de l'article 2, 3 ou d'un ordre de traitement supervisé dans la communauté.

Article 136. Il s'applique aux personnes avec un trouble mental qui sont trouvés dans un lieu public par la police. La police peut emmener une personne dans un endroit de sûreté (*place of safety*) (par exemple unité psychiatrique) pour une évaluation dans le cadre de la loi de santé mentale s'ils estiment que la personne souffre d'un trouble psychiatrique et constitue un danger pour elle-même ou pour les autres. L'évaluation doit avoir lieu dans les 72 heures qui suivent.

Article 135. Si un patient ne reçoit pas les soins dont il a besoin, le professionnel de santé mentale accrédité peut demander un mandat selon l'article 135 pour autoriser la police à entrer dans le lieu où se trouve le patient et l'emmener à un endroit de sûreté. Une évaluation dans le cadre de la loi de santé mentale doit avoir lieu dans les 72 heures qui suivent.

Conclusion

Tous les systèmes que nous avons décrits exigent une série de revues régulières, par exemple du plan de soins, de la pertinence d'une hospitalisation involontaire. La collaboration, la participation et la transparence constituent les bases de tout ce dispositif. Il y a un appel à la responsabilité, aux décisions informées, au partage de l'information (le patient est expert en lui-même et le psychiatre est un expert en traitement psychopharmacologique par exemple).

La philosophie de ce système est très louable, mais implique une certaine éducation de la population ainsi qu'une grande humilité de la part des professionnels de santé mentale.

BIBLIOGRAPHIE

1. Children Act, 2004.
2. DEPARTMENT FOR CONSTITUTIONAL AFFAIRS. Mental capacity act. Code of Practice, TSO, 2007.
3. DEPARTMENT OF HEALTH. The journey to recovery. The Government's vision for mental health care, 2001.
4. DEPARTMENT OF HEALTH. Mental health act. Code of Practice ; TSO, 2008
5. DEPARTMENT OF HEALTH. Refocusing the care programme. Approach policy and positive practice guidance, 2008.
6. KAPLAN T. Emergency department handbook. Children and adolescents with mental health problems. RCPsych Publications, 2009.
7. RICHARDSON G, PARTRIDGE IJ. Child and adolescent mental health services : an operational handbook, 2nd ed. RCPsych Publications, 2010.

Annexe : vignettes cliniques

- Ian est un jeune adolescent de 17 ans qui souffre d'une connectivité et de douleurs chroniques. Il a été récemment diagnostiqué d'un trouble du spectre autistique. Il se trouve de plus en plus isolé chez lui. Son psychiatre pense qu'il est déprimé. Il n'arrive pas à faire quoi que ce soit sans douleur et sans être extrêmement fatigué. Ian a peur de prendre des antidépresseurs parce qu'il est très sensible aux effets secondaires médicamenteux. Ian a peur de la transition vers les services pour adultes et rapporte être fatigué de raconter son histoire à d'innombrables spécialistes. La mère d'Ian est « au bout du rouleau ». Elle souhaiterait que les services sociaux l'aident à prendre soin d'Ian. Son infirmière des services de santé mentale convoque tous les professionnels impliqués dans le cas d'Ian à une réunion dans le cadre de la politique d'approche à la planification des soins. Tous ensemble décident d'adresser Ian à une équipe ultraspécialisée après son dix-huitième anniversaire en régime résidentiel pour lui et sa mère. En attendant, le psychiatre commencera à prescrire un antidépresseur à Ian avec une surveillance étroite. Les thérapeutes occupationnels soutiendront Ian dans une réintégration progressive à temps partiel au lycée. Les sessions de kinésithérapie seront programmées en dehors des horaires scolaires. Les services sociaux enverront une aide à domicile pour que la mère d'Ian puisse assister régulièrement à des séances avec son psychologue. Une nouvelle réunion a été fixée pour préparer avec les services pour adultes la transition.

- Jennifer est une patiente de 10 ans qui a été hospitalisée après avoir eu une réaction maniaque à un antidépresseur. Jennifer dormait 2 heures par nuit, avait plusieurs fois essayé de se jeter par la fenêtre car elle pensait qu'elle pouvait voler. Elle s'était coupée les avant-bras en tentant de casser les fenêtres qui avaient été verrouillées auparavant. Jennifer avait aussi tenté de voler avec son petit frère. De toute évidence, les parents ne pouvaient pas prendre en charge Jennifer chez eux avec le soutien de l'équipe de santé mentale ambulatoire et demandèrent une hospitalisation.

Jennifer n'était pas compétente selon la définition de Fraser. Ses parents ont consenti à l'hospitalisation dans la zone de contrôle parental. Jennifer dut recevoir à plusieurs reprises des psychotropes intramusculaires pour traiter son agitation, à son insu. Le pédopsychiatre d'hospitalisation décida de continuer le traitement dans le cadre de la zone de contrôle parental car il avait le soutien des parents. L'article 2 aurait pu être utilisé si les parents avaient refusé l'hospitalisation et/ou le traitement des épisodes d'agitation. Les parents ont collaboré de manière étroite avec le pédopsychiatre d'hospitalisation pour prendre les décisions dans l'intérêt du patient.

- Dennis est un patient de 15 ans diagnostiqué pour un premier épisode psychotique. Dennis pense que ses parents veulent l'empoisonner et que son pédopsychiatre ambulatoire fait de même avec les médicaments prescrits. Dennis entend des voix qui lui disent de poignarder ses parents avec les couteaux de cuisine. Il dort très peu et guette aux fenêtres, en prenant des photographies des plaques d'immatriculation des voitures stationnées dans la rue. Malgré tout, Dennis prend ses médicaments avec le soutien de ses parents. Il reconnaît qu'une petite partie de lui pense que sa tête lui joue des tours. Parfois, il se souvient que ses parents l'aiment.

Le père de Dennis travaille à la maison et sa mère travaille dans la City. Le père de Dennis, avec le soutien de la voisine, peut le surveiller toute la journée et lui donner ses médicaments. Les parents

ont mis sous clef tous les couteaux et autres objets tranchants. Le pédopsychiatre de l'équipe de l'échelon 3 et demi leur rend visite une fois par semaine. Dennis va régulièrement au groupe de thérapie occupationnelle où il participe à l'élaboration d'un journal des patients. Il écrit de brefs articles sur les motos, sujet qui l'a toujours passionné. Dennis et ses parents vont au centre ambulatoire une fois par semaine : Dennis a sa thérapie individuelle pendant que ses parents ont une séance avec le thérapeute systémique. Les parents sont heureux de s'occuper de Dennis chez eux et savent qui contacter en cas de difficulté.

Dennis se sent mieux. Il a demandé à voir ses proches amis et voudrait réintégrer son collège progressivement. Il a recommencé à contacter ses camarades de classe sur Facebook. Son infirmier a donné des séances de psycho-éducation sur la psychose à ses professeurs.

L'option la moins restrictive a été utilisée avec succès.

- Matthew est un patient de 15 ans souffrant d'un trouble dépressif majeur récurrent. Il a déjà hospitalisé à l'âge de 13 ans en utilisant l'article 2 après une overdose de paracétamol, pendant 28 jours, et il est ensuite resté à l'hôpital sous la zone de contrôle parental.

Lorsqu'il est rentré chez lui, il a arrêté les médicaments parce que sa mère a honte de lui et lui dit de prendre les antipsychotiques qu'elle prend habituellement. La mère de Matthew a été hospitalisée. La police a trouvé Matthew tout seul chez lui et a contacté les services sociaux. Les services sociaux assument en partie la responsabilité parentale et ont placé Matthew. Matthew recommence à avoir des idées suicidaires. Sa famille d'accueil ne se sent pas en mesure de le contenir dans la communauté pour

très longtemps. Matthew doit être hospitalisé selon l'article 3. Les services sociaux font office de parent le plus proche et consentent à l'hospitalisation.

- Agnès est une jeune fille de 16 ans. Elle consomme régulièrement du cannabis et de l'alcool. Elle a été diagnostiquée étant enfant comme atteinte de trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité. Elle a des idées noires et projette de se suicider. Elle vole régulièrement des cannettes bières dans différents supermarchés du quartier. Elle vient voir son psychiatre en expliquant son plan suicidaire en détail et quitte la consultation brusquement en pleurs. Son psychiatre contacte la police, leur demande de chercher Agnès et recommande l'utilisation de l'article 136. Le psychiatre informe le père d'Agnès. Il a convaincu Agnès de revenir en consultation le lendemain. Il la surveillera de très près pendant la nuit. Le lendemain matin, le père d'Agnès vient en consultation. Agnès refuse de venir en consultation et dit qu'elle va se barricader dans sa maison si un psychiatre tente de venir la voir. Le psychiatre contacte le professionnel de santé mentale accrédité pour demander un mandat selon l'article 135.

- Beverley est une jeune fille de 14 ans diagnostiquée avec une dépression grave, hospitalisée selon l'article 2. Son psychiatre lui donne congé selon l'article 17 pour acheter un cadeau d'anniversaire à sa mère, accompagnée de son père pour quelques heures. Son père l'emmène dans un centre commercial. Beverley s'éclipse. Son père essaie en vain de la retrouver. L'équipe d'hospitalisation contacte la police. Les parents et l'équipe d'hospitalisation essaient de contacter Beverley sur son portable et chez ses amis. Beverley revient indemne à l'unité d'hospitalisation de son plein gré avec un rasoir qu'elle remet aux infirmiers.