

Région de Bruxelles : 50.8
 Communauté germanophone : 6.5
 Le présent avenant entre en vigueur le 1^{er} janvier 2007
 Ainsi conclu à Bruxelles, le 11 décembre 2006.

Pour le Gouvernement fédéral :

Le Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,
 R. DEMOTTE

Brussels Hoofdstedelijk Gewest : 50.8
 Duitstalige Gemeenschap : 6.5
 Dit aanhangsel treedt in werking op 1 januari 2007
 Aldus overeengekomen op Brussel, 11 december 2006.

Voor de Federale Regering :

De Minister van Sociale zaken en Volksgezondheid,
 R. DEMOTTE

Voor de Vlaamse Regering :

De Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin,
 Mevr. I. VERVOTTE

Für die Regierung der Deutschsprachigen Gemeinschaft :

Der Minister für Ausbildung und Beschäftigung, Soziales und Tourismus,
 B. GENTGES

Pour le Gouvernement wallon :

La Ministre de la Santé, de l'Action sociale et de l'Egalité des Chances,
 Mme Ch. VIENNE

Pour le Collège de la Commission communautaire française de la Région de Bruxelles-Capitale :

Le Membre du Collège, compétent pour la Politique de la Santé,

B. CEREXHE

Pour le Collège réuni
 de la Commission communautaire commune
 de la Région de Bruxelles-Capitale :

Le Membre du Collège réuni,
 compétent pour la Politique de la Santé,

B. CEREXHE

Pour le Collège réuni
 de la Commission communautaire commune
 de la Région de Bruxelles-Capitale :

Le Membre du Collège réuni,
 compétent pour l'Aide aux Personnes,

Mme E. HUYTEBROECK

Le Membre du Collège, compétent pour l'Action sociale,
 la Famille et les Sports,
 E. KIR

Voor het Verenigd College
 van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie
 van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest :

Het Lid van het Verenigd College,
 bevoegd voor het Gezondheidsbeleid,

G. VANHENGEL

Voor het Verenigd College
 van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie
 van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest :

Het Lid van het Verenigd College,
 bevoegd voor het Beleid inzake Bijstand aan Personen

P. SMET

**SERVICE PUBLIC FEDERAL SANTE PUBLIQUE,
 SECURITE DE LA CHAINE ALIMENTAIRE
 ET ENVIRONNEMENT**

F. 2007 — 2709

[C — 2007/22908]

22 FEVRIER 2007. — Protocole conclu entre le Gouvernement fédéral et les autorités visées aux articles 128, 130, 135 et 138 de la Constitution, concernant l'organisation d'un trajet de soins pour les jeunes avec une problématique psychiatrique qui tombent sous le champ d'application de l'article 36, 4^o et de l'article 52 de la loi du 8 avril 1965 relative à la protection de la jeunesse, à la prise en charge des mineurs ayant commis un fait qualifié infraction et à la réparation du dommage causé par ce fait, comme sous-partie d'un programme de soins pour les enfants et les jeunes

Vu les compétences respectives dont disposent l'Etat fédéral et les autorités visées aux articles 128, 130, 135 et 138 de la Constitution, ci-après dénommées Communautés/Régions, concernant les soins de santé mentale;

Vu la déclaration commune des Ministres de la Santé publique concernant la politique des soins de santé du 24 juin 2002;

Vu l'amendement (deuxième publication, *Moniteur belge* 9 mars 2005) à la déclaration commune du 24 juin 2002;

Vu la loi du 8 avril 1965 relative à la protection de la jeunesse à la prise en charge des mineurs ayant commis un fait qualifié infraction et à la réparation du dommage causé par ce fait, telle que modifiée par les lois du 15 mai et du 13 juin 2006;

**FEDERALE OVERHEIDSDIENST VOLKSGEZONDHEID,
 VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN
 EN LEEFMILIEU**

N. 2007 — 2709

[C — 2007/22908]

22 FEBRUARI 2007. — Protocol gesloten tussen de Federale Regering en de overheden bedoeld in de artikelen 128, 130, 135 en 138 van de Grondwet, over de organisatie van een zorgtraject voor jongeren met een psychiatische problematiek die vallen onder de toepassing van artikel 36, 4^o en artikel 52 van de wet van 8 april 1965 betreffende de jeugdbescherming, het ten laste nemen van minderjarigen die een als misdrijf omschreven feit hebben gepleegd en het herstel van de door dit feit veroorzaakte schade, als onderdeel van een globaal zorgprogramma voor kinderen en jongeren

Gelet op de respectieve bevoegdheden van de Federale Staat en van de overheden bedoeld in de artikelen 128, 130, 135 en 138 van de Grondwet, hierna de Gemeenschappen/Gewesten genoemd, inzake de geestelijke gezondheidszorg;

Gelet op de gemeenschappelijke verklaring van de Ministers van Volksgezondheid inzake het beleid van de geestelijke gezondheidszorg d.d. 24 juni 2002;

Gelet op het amendement (tweede publicatie, *Belgisch Staatsblad* 9 maart 2005) bij de gemeenschappelijke verklaring van 2002;

Gelet op de wet van 8 april 1965 betreffende de jeugdbescherming het ten laste nemen van minderjarigen, die een als misdrijf omschreven feit hebben gepleegd en het herstel van de door dit feit veroorzaakte schade, zoals gewijzigd door de wetten van 15 mei en 13 juni 2006;

Vu les décisions prises lors du conseil des Ministres fédéraux du 18 octobre 2006 concernant le budget 2007;

Vu l'avis du Conseil national des Etablissements hospitaliers, section « Programmation et agrément » du 12 octobre 2006, sur le projet d'accord de collaboration concernant les jeunes avec une problématique psychiatrique qui tombent sous le champ d'application de l'article 36, 4° et de l'article 52 de la loi du 8 avril 1965 relative à la protection de la jeunesse, à la prise en charge des mineurs ayant commis un fait qualifié infraction et à la réparation du dommage causé par ce fait;

Considérant la nécessité, pour l'élaboration de l'aide en SSM pour ce groupe-cible d'enfants et de jeunes avec une problématique psychiatrique, qui tombent sous le champ d'application de l'article 36, 4° et de l'article 52 de la loi du 8 avril 1965 relative à la protection de la jeunesse, à la prise en charge des mineurs ayant commis un fait qualifié infraction et à la réparation du dommage causé par ce fait, d'offrir des soins optimaux sur mesure et également de permettre la détection et la réponse aux lacunes dans l'offre de soins en visant une continuité dans ceux-ci;

Considérant que l'élaboration d'un trajet de soins pour ce groupe-cible est seulement possible moyennant une bonne organisation et harmonisation entre les acteurs responsables de la Justice et de l'aide à la Jeunesse et l'ensemble des dispensateurs de soins de Santé mentale pour ce groupe-cible;

Il est convenu ce qui suit :

CHAPITRE 1^{er}. — *Concernant la politique à mener :*

L'Etat fédéral et les Communautés et Régions s'engagent lors de la Conférence Interministérielle « Santé publique », sur base des dispositions de ce protocole, à collaborer au développement de soins de santé mentale selon les principes des groupes cibles et des circuits de soins, ainsi qu'à l'organisation d'un réseau de soins intégré dans lequel le patient occupe une place centrale et où la continuité de soins est garantie.

L'Etat Fédéral et les Communautés et Régions s'engagent via le sous-groupe de travail « jeunes avec une problématique psychiatrique qui tombent sous le champ d'application de l'article 36, 4° et de l'article 52 de la loi du 8 avril 1965 relative à la protection de la jeunesse, à la prise en charge des mineurs ayant commis un fait qualifié infraction et à la réparation du dommage causé par ce fait » de la Taskforce SSM, à suivre l'exécution du protocole.

Ce sous-groupe de travail est composé de représentants de l'Autorité fédérale, des Communautés et Régions, du Service public fédéral Santé publique, de l'INAMI, du SPF Justice et des instances judiciaires. Il pourra, si nécessaire, être fait appel au Centre d'expertise fédéral pour les Soins de santé. Les avis qui sont formulés par les organes d'avis des Communautés et Régions concernées peuvent également être pris en compte dans la discussion de ce sous-groupe de travail.

Le suivi ultérieur des mesures qui sont décrites dans ce protocole se déroulera également en concertation avec les dispensateurs de soins, les fédérations de soins, les organismes assureurs et avec les organisations de patients et leur entourage. Dans ce but, il sera fait usage maximal des canaux de concertation existants.

CHAPITRE 2. — *Concernant la programmation et la définition des missions de soins (modules de soins) du trajet de soins de Santé mentale médico-légal pour le groupe-cible des enfants et des adolescents :*

Etant donné que les mesures présentées, ci-après, ont pour but de travailler de façon expérimentale au trajet de soins de santé mentale médico-légal pour le groupe-cible des enfants et des adolescents, il est trop prématuré de faire à ce jour une estimation correcte des besoins ainsi que de la répartition des institutions.

Dans l'attente de déterminer une norme de programmation définitive, il est convenu d'organiser la répartition des moyens complémentaires pour les lits de traitement intensif pour ce groupe-cible et les lits K en fonction des Communautés et des Régions.

Gelet op de beslissingen die genomen zijn tijdens de federale ministerraad van 18 oktober 2006 inzake het budget 2007;

Gelet op het advies van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, Afdeling « Programmatie en Erkenning » d.d. 12 oktober 2006 inzake het ontwerp van samenwerkingsakkoord met betrekking tot jongeren met een psychiatische problematiek die vallen onder de toepassing van artikel 36, 4° en artikel 52 van de wet van 8 april 1965 betreffende de jeugdbescherming, het ten laste nemen van minderjarigen die een als misdrijf omschreven feit hebben gepleegd en het herstel van de door dit feit veroorzaakte schade;

Overwegende de uitdaging om voor de uitbouw van de GGZ-hulpverlening voor deze doelgroep van jongeren met een psychiatische problematiek die vallen onder de toepassing van artikel 36, 4° en artikel 52 van de wet van 8 april 1965 betreffende de jeugdbescherming, het ten laste nemen van minderjarigen die een als misdrijf omschreven feit hebben gepleegd en het herstel van de door dit feit veroorzaakte schade, een optimalisering van de zorg op maat en van de continuïteit in de zorg aan te bieden waardoor lacunes in het zorgaanbod kunnen gedetecteerd en ingevuld worden;

Overwegende dat de uitbouw van een zorgtraject voor deze doelgroep enkel mogelijk is mits een goede organisatie en afstemming tussen de bevoegde actoren van Justitie en van Welzijn en het geheel van de GGZ-zorgverleners voor deze doelgroep;

Wordt overeengekomen wat volgt :

HOOFDSTUK 1. — *Over het te voeren beleid :*

De Federale Staat en de Gemeenschappen en Gewesten komen overeen om in de Interministeriële Conferentie « Volksgezondheid », op basis van de bepalingen van dit protocol, samen te werken met het oog op de ontwikkeling van een geestelijke gezondheidszorg volgens de principes van doelgroepen en zorgcircuits alsook de organisatie van een geïntegreerd zorgnetwerk waarin de patiënt centraal staat en de zorgcontinuïteit wordt gewaarborgd.

De Federale Staat en de Gemeenschappen en Gewesten komen overeen om via de subwerkgroep « jongeren met een psychiatische problematiek die vallen onder de toepassing van artikel 36, 4° en artikel 52 van de wet van 8 april 1965 betreffende de jeugdbescherming, het ten laste nemen van minderjarigen die een als misdrijf omschreven feit hebben gepleegd en het herstel van de door dit feit veroorzaakte schade » van de taskforce GGZ de uitvoering van het protocol op te volgen.

Deze subwerkgroep is samengesteld uit afgevaardigden van de Federale Overheid, de Gemeenschappen en de Gewesten, de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, het RIZIV, de FOD Justitie en de gerechtelijke instanties. Er kan indien nodig ook beroep gedaan worden op het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg. De adviezen die door de adviesorganen van de betrokken Gemeenschappen en Gewesten worden geformuleerd kunnen eveneens in de discussie binnen de subwerkgroep worden aangebracht.

De verdere opvolging van de maatregelen die beschreven worden in dit protocol zal tevens gebeuren in overleg met de zorgverstrekkers, de koepelorganisaties, de verzekeringsinstellingen en met de organisaties van patiënten en hun omgeving. Daartoe wordt maximaal gebruik gemaakt van de bestaande overlegkanalen.

HOOFDSTUK 2. — *Over de programmatie en beschrijving van de zorgopdrachten (zorgmodules) van het forensisch GGZ-zorgtraject voor de doelgroep kinderen en jongeren :*

Gezien de hierna voorgestelde maatregelen tot doel hebben op experimentele wijze te werken aan de uitwerking van een forensisch GGZ-zorgtraject voor kinderen en jongeren is het te voorbarig om vandaag een correcte inschatting te maken van de totale behoeften alsook de wenselijkheid inzake de spreiding van de voorzieningen.

Vandaar dat in afwachting van een definitief vast te leggen programmatienorm, er wordt overeengekomen om de verdeling van de bijkomende middelen voor de intensieve behandelingsbedden voor deze doelgroep en K bedden te organiseren in functie van de Gemeenschappen en Gewesten.

1. Au sein de chaque territoire de fonctionnement juridique qui correspond aux cours d'appel existantes, il est prévu un coordinateur de trajet de soins pour réaliser la fonction de liaison entre la Justice et les acteurs des soins de santé mentale. La création d'une fonction de liaison accentue l'intérêt de lancer un processus de concertation de sorte que pour le groupe-cible enfants et jeunes avec une problématique psychiatrique médico-légale un trajet de soins spécifique puisse être développé. Via cette concertation, on doit rechercher une offre de soins adaptée aux besoins du jeune et de son entourage. Le coordinateur de trajet de soins facilite la concertation avec les différents acteurs des soins de santé mentale jusqu'à ce qu'une offre de soins soit formulée.

Ce coordinateur de trajet de soins doit non seulement collaborer avec les magistrats de référence mais doit aussi étroitement collaborer avec les consultants désignés par les communautés et les régions ainsi que les SSM de par les missions qui leurs sont dévolues par les décrets

2. En vue de l'élaboration d'un trajet de soins médico-légal, pour toute la Belgique le nombre de lits de traitement intensif pour ce groupe-cible est augmenté de 44. Il est convenu de tenir compte dans la distribution de ces lits de traitement intensif complémentaires des principes décrits ci-dessus :

- > pour la Communauté flamande : 21 lits;
- > pour le territoire bilingue de Bruxelles-Capitale : 12 lits;
- > pour la Région wallonne : 11 lits.

Au sein de cette capacité, sont prévus un nombre de lits de crise en vue de garantir une réadmission immédiate des jeunes qui après un traitement dans une unité de traitement intensif, transitent vers le circuit régulier, inclusivement entre autres l'aide à la jeunesse et les Centres de santé mentale.

Une concertation sur le besoin des lits K doit avoir lieu avec les diverses plates-formes de concertation de soins de santé mentale et les différents acteurs des Communautés et Régions concernées. La règle d'équivalence pourra être appliquée à des conditions précises.

Ces conditions concernent :

— le groupe-cible pour lequel cette règle d'équivalence sera appliquée peut uniquement être celui défini dans le présent protocole;

— l'application de la règle d'équivalence est uniquement possible dans les limites du budget disponible et pour maximum les montants mentionnés au point 2;

— la règle d'équivalence a pour but d'apporter, d'une part, une offre de soins de santé mentale vers les structures extérieures aux soins de santé mentale où les jeunes résident via l'offre d'outreachement et, d'autre part, une augmentation du nombre de lits K de crise comme mentionné au point 3. Les lits K de crise complémentaires doivent satisfaire aux mêmes conditions telles que définies au point 3. La création de services K séparés est en d'autres termes exclue.

La valeur de 1 lit de traitement intensif correspond au montant tel que repris dans les décisions lors du conseil des ministres du 18 octobre 2006 concernant le budget 2007 et s'élève à 123.946,76 euros.

— 1 équivalent lit de traitement intensif donne droit à l'ouverture d'1 nouveau lit de traitement intensif.

— 1 équivalent lit de traitement intensif donne droit à l'ouverture d'1,79 nouveaux lits K de crise.

— 1 équivalent lit de traitement intensif donne droit au financement de 0,7 équipe mobile pour l'outreaching.

3. Pour toute la Belgique le nombre de lits K est augmenté de 30. Ces lits K doivent être ajoutés aux lits K déjà existants. Ces lits K doivent garantir, dans le cadre de l'élaboration du trajet de soins SSM pour les jeunes, l'accueil de crise. Au contraire des lits de traitement intensif, dans la phase expérimentale, ces lits de crise ne seront pas limités à l'accueil des jeunes avec une problématique psychiatrique qui tombent sous le champ d'application de l'article 36, 4° et de l'article 52 de la loi du 8 avril 1965 relative à la protection de la jeunesse, à la prise en charge des mineurs ayant commis un fait qualifié infraction et à la réparation du dommage causé par ce fait, mais ils doivent, de préférence, être attribués à cette catégorie. Ces lits de crise seront également accessibles pour les jeunes avec une problématique psychiatrique et un comportement problématique qui sont soumis à d'autres mesures judiciaires.

En vue de la réalisation d'une répartition optimale, dans chaque territoire de fonctionnement juridique, il est convenu de partager comme suit les 30 lits K en unités de trois lits :

- > Pour la Communauté flamande : 15 lits.

1. Binnen elk juridisch werkingsgebied dat overeenkomt met de bestaande hoven van beroep wordt een zorgtrajectcoördinator voorzien om een brugfunctie te realiseren tussen enerzijds de actoren van de geestelijke gezondheidszorg onderling en justitie anderzijds. De creatie van een brugfunctie benadrukt het belang om een overlegproces op gang te brengen zodat voor de doelgroep kinderen en jongeren met een forensische psychiatische problematiek een specifiek zorgtraject kan worden uitgebouwd. Via dit overleg dient een aangepast zorgaanbod gezocht te worden voor de zorgvraag van de jongere en zijn omgeving. De zorgtrajectcoördinator faciliteert het overleg met de verschillende actoren binnen GGZ tot er een voorstel van zorgaanbod geformuleerd wordt.

Deze zorgtrajectcoördinator dient daartoe niet alleen samen te werken met de referentiemagistraten bij justitie maar dient ook nauw samen te werken met consulents die aangeduid zijn door de Gemeenschappen en Gewesten alsook met de centra geestelijke gezondheidszorg zoals deze door de wettelijke bepalingen zijn geregeld.

2. Met het oog op het uitbouwen van een forensisch zorgtraject wordt voor gans België het aantal intensieve behandelingsbedden voor deze doelgroep verhoogd met 44. Er wordt overeengekomen om in de verdeling van deze bijkomende intensieve behandelingsbedden rekening te houden met de boven beschreven principes :

- > voor Vlaamse Gemeenschap : 21 bedden;
- > voor het tweetalig gebied Brussel-Hoofdstad : 12 bedden;
- > voor het Waals Gewest : 11 bedden.

Binnen deze capaciteit worden een aantal crisisbedden voorzien teneinde een onmiddellijke heropname te waarborgen van jongeren die, na een behandeling in intensieve behandelingsseenheid, doormoeten naar het reguliere circuit, inclusief o.a. de Bijzondere Jeugd Bijstand en de Centra Geestelijk Gezondheidszorg.

Een overleg omtrent de noden aan K-bedden dient plaats te hebben met de diverse overlegplatforms binnen de geestelijke gezondheidszorg en de verschillende actoren van de betrokken Gemeenschappen/Gewesten. De equivalentieregel kan onder bepaalde voorwaarden worden toegepast

De voorwaarden betreffen :

— de doelgroep waarvoor deze equivalentieregel wordt toegepast mag enkel betrekking hebben op de doelgroep zoals bedoeld in onderhavig protocol;

— de toepassing van de equivalentieregel is enkel mogelijk binnen de grenzen van het beschikbare budget en voor maximum de in punt 2 vermelde bedragen;

— de equivalentieregel heeft als doel om enerzijds een geestelijk zorgaanbod te brengen naar structuren buiten de geestelijke gezondheidszorg waar de jongeren verblijven via het aanbod van outreachement en anderzijds een verhoging van het aantal crisis K-bedden zoals vermeld in punt 3. De bijkomende crisis K-bedden dienen aan dezelfde voorwaarden te voldoen als omschreven in punt 3. De creatie van aparte K-diensten is met andere woorden uitgesloten.

De waarde van 1 intensief behandelingsbed komt overeen met het bedrag zoals opgenomen in de beslissingen tijdens de ministerraad van 18 oktober 2006 inzake het budget 2007 en bedraagt 123.946,76 euro.

— 1 intensief behandelingsbed -equivalent geeft recht op de opening van 1 nieuw intensief behandelingsbed;

— 1 intensief behandelingsbed equivalent geeft recht op de opening van 1,79 nieuwe crisis K-bedden;

— 1 intensief behandelingsbed -equivalent geeft recht op de financiering van 0,7 mobiele equipe voor outreaching.

3. Voor gans België wordt het aantal K-bedden uitgebreid met 30. Deze bedden dienen aan bestaande K-diensten te worden toegevoegd. Deze K-bedden dienen in het kader van de uit te bouwen forensische ggz-zorgtrajecten voor jongeren crisisopvang te garanderen. In tegenstelling met de intensieve behandelingsbedden dienen deze crisisbedden in de experimentele fase zich niet te beperken tot de opvang van jongeren met een psychiatische problematiek die vallen onder de toepassing van artikel 36, 4° en artikel 52 van de wet van 8 april 1965 betreffende de jeugdbescherming, het ten laste nemen van minderjarigen die een als misdrijf omschreven feit hebben gepleegd en het herstel van de door dit feit veroorzaakte schade, maar ze dienen wel bij voorkeur toegewezen te worden aan deze doelgroep. Deze crisisbedden kunnen ook open staan voor de jongeren met psychiatische problemen die onderworpen zijn aan andere gerechtelijke maatregelen.

Met het oog op de realisatie van een optimale spreiding in elk van de juridische werkingsgebieden, wordt overeengekomen om de 30 K-bedden als volgt te verdelen in eenheden van drie bedden :

- > Voor de Vlaamse Gemeenschap : 15 bedden.

- Pour le territoire bilingue de Bruxelles-Capitale : 6 lits.
- Pour la Région wallonne : 9 lits.

Pour la Communauté germanophone spécifiquement il est accordé l'équivalent de 3 lits K pour la réalisation d'une offre de soins spécifique pour les jeunes avec une problématique psychiatrique.

4. Dans le cadre de la continuité de l'aide, les jeunes peuvent passer des unités traitement intensif vers les structures d'accueil de la Justice et les institutions et les services de l'aide à la Jeunesse. En vue d'éviter que les jeunes soient admis dans les unités de traitement intensif, une équipe d'outreachment sera financée par territoire de fonctionnement en collaboration avec les services de l'aide à la jeunesse, entre autres les structures de l'IPPJ. Ces équipes seront liées aux unités de traitement intensif. Au total, 5 équipes d'outreachment seront réparties comme suit :

- pour la Communauté flamande : 2 équipes;
- pour le territoire bilingue de Bruxelles-Capitale : 1 équipe;
- pour la Région wallonne : 2 équipes.

5. La réalisation des soins de santé mentale sur mesure et d'une continuité de soins pour ce groupe cible n'est possible que lorsque tous les acteurs des SSM ainsi que les partenaires des autres secteurs (e.a. Justice et l'Aide à la Jeunesse) collaborent. Une étape importante consiste en la réunion de tous les partenaires et dans le fait de prévoir l'offre la plus appropriée à travers la concertation sur des situations concrètes. Cette approche de concertation orientée vers le client a reçu le nom de « projet thérapeutique ». Ces projets démarreront au début de 2007. Vu l'importance de réaliser également pour ce groupe cible un projet thérapeutique, le nombre de projets thérapeutiques sera augmenté de 5. Si un projet thérapeutique est sélectionné par le comité d'assurance, le nombre de projets est au maximum :

- pour la Communauté flamande : 2 projets;
- pour le territoire bilingue de Bruxelles-Capitale : 1 projet;
- pour la Région wallonne : 2 projets.

6. Le financement des missions de soins (modules de soins) du trajet de soins de santé mentale médico-légal pour le groupe-cible des enfants et des jeunes, susmentionnés est conditionné préalablement par la signature d'un accord de collaboration fonctionnel par au minimum les différents acteurs des SSM concernés qui prennent dans le territoire de fonctionnement juridique ensemble l'engagement et la responsabilité d'élaborer une offre de soins pour le groupe cible des enfants et des jeunes avec une problématique psychiatrique médico-légale. Il s'agit en premier lieu d'offrir une offre de soins pour les jeunes avec une problématique psychiatrique qui tombent sous le champ d'application de l'article 36, 4° et de l'article 52 de la loi du 8 avril 1965 relative à la protection de la jeunesse, à la prise en charge des mineurs ayant commis un fait qualifié infraction et à la réparation du dommage causé par ce fait.

7. Dans le cadre d'une utilisation optimale des unités de traitement intensif pour les enfants et les jeunes avec une problématique psychiatrique médico-légale, il est important que des critères d'inclusion clairs soient établis. Dès que l'équipe scientifique aura déterminé ces critères, en concertation avec les unités de traitement intensif, ils seront portés à la connaissance des magistrats concernés par le Ministre de la Justice.

De plus, dans le cadre de l'élaboration du trajet de soins médico-légal, il est important d'arriver également à terme, sur le terrain à conclure des accords avec les autres partenaires qui relèvent des compétences du SPF de la Justice, des instances judiciaires et de l'aide à la Jeunesse. Dans ce but, un projet d'accord de collaboration a été rédigé par les autorités compétentes, joint au protocole en annexe 1. Cet accord de collaboration sera testé et évalué par les acteurs de terrain.

Si l'évaluation réalisée par le sous-groupe de travail « jeunes avec une problématique psychiatrique qui tombent sous le champ d'application de l'article 36, 4° et de l'article 52 de la loi du 8 avril 1965 relative à la protection de la jeunesse, à la prise en charge des mineurs ayant commis un fait qualifié infraction et à la réparation du dommage causé par ce fait » de la Taskforce SSM est unanimement et sans réserve positive, le Gouvernement fédéral ainsi que les Communautés et Régions s'engagent à transformer cet accord dans un accord de collaboration formel.

- Voor het tweetalig gebied Brussel-Hoofdstad : 6 bedden.
- Voor het Waals Gewest : 9 bedden.

Specifiek voor de Duitstalige gemeenschap wordt het equivalent van 3 K-bedden toegewezen voor de realisatie van een specifiek zorgaanbod voor jongeren met een psychiatrische problematiek.

4. In het kader van de continuïteit van de hulpverlening stromen jongeren door vanuit de intensieve behandelingsunits naar opvangstructuren van Justitie en voorzieningen en diensten van Welzijn. Teneinde te voorkomen dat jongeren worden opgenomen in de intensieve behandelingsunits, wordt per juridisch werkingsgebied een outreachment equipe gefinancierd, in samenwerking met de diensten van Welzijn o.a. de instellingen, dewelke sorteren onder bijzondere jeugdzorg. Deze teams worden organisatorisch verbonden aan de intensieve behandelingsseenheden. In totaal zullen er vijf outreachment-teams zoals volgt worden verdeeld :

- voor de Vlaamse Gemeenschap : 2 teams;
- voor het tweetalig gebied Brussel-Hoofdstad : 1 team;
- voor het Waals Gewest : 2 teams.

5. De realisatie van een geestelijke gezondheidszorg op maat en een zorgcontinuïteit voor deze doelgroep is slechts mogelijk wanneer alle GGZ-actoren en ook de partners uit andere beleidsdomeinen (o.a. Justitie en Welzijn met betrekking tot deze doelgroep) met elkaar gaan samenwerken. Een belangrijke stap hiertoe bestaat erin om alle partners samen te brengen en via overleg over concrete situaties het meest geschikte aanbod te voorzien. Deze cliëntgerichte overlegbepanding kreeg de naam « therapeutisch project ». Deze projecten zullen begin 2007 starten. Gezien het belang om ook voor deze doelgroep een therapeutisch project te realiseren wordt het aantal therapeutische projecten met 5 verhoogd. Indien geselecteerd door het verzekeringscomité zijn er dit maximaal :

- voor de Vlaamse Gemeenschap : 2 projecten;
- voor het tweetalig gebied Brussel-Hoofdstad : 1 project;
- voor het Waals Gewest : 2 projecten.

6. De financiering van de hierboven beschreven zorgopdrachten (zorgmodules) van het forensisch GGZ zorgtraject voor kinderen en jongeren is voorafgaandelijk geconditioneerd aan de ondertekening van een functioneel samenwerkingsakkoord onderschreven door minstens de verschillende GGZ actoren die in het betrokken juridisch werkingsgebied gezamenlijk het engagement en de verantwoordelijkheid op zich nemen om een zorgaanbod uit te bouwen voor kinderen en jongeren met een forensisch psychiatrische problematiek. Het komt er op aan om daarbij in de eerste plaats een zorgaanbod te bieden voor jongeren met een psychiatrische problematiek die vallen onder de toepassing van artikel 36, 4° en artikel 52 van de wet van 8 april 1965 betreffende de jeugdbescherming, het ten laste nemen van minderjarigen die een als misdrijf omschreven feit hebben gepleegd en het herstel van de door dit feit veroorzaakte schade.

7. In het kader van een optimale aanwending van de intensieve behandelunits voor de forensische kinderen en jongeren, is het belangrijk dat er duidelijke inclusiecriteria worden opgesteld. Van zodra de wetenschappelijke equipe, in samenspraak met de intensieve behandelingsseenheden, deze criteria zal hebben bepaald zullen deze door de Minister van Justitie aan de betrokken magistraten worden bekend gemaakt.

Daarnaast is het in het kader van de uitbouw van het forensische ggz-zorgtraject belangrijk dat men er op termijn ook toe komt om op het terrein goede samenwerkingsafspraken te maken met de andere partners die onder de bevoegdheid vallen van de Federale Overheidsdienst Justitie, de gerechtelijke instanties, en de Vlaamse administratie Welzijn. Hiertoe werd in hoofde van de bevoegde overheden een ontwerp van samenwerkingsakkoord opgesteld dat in bijlage 1 van het protocol wordt toegevoegd. Dit samenwerkingsakkoord dient uitgetest en geëvalueerd te worden door de actoren op het terrein.

Indien de evaluatie gerealiseerd door de subwerkgroep « jongeren met een psychiatrische problematiek die vallen onder de toepassing van artikel 36, 4° en artikel 52 van de wet van 8 april 1965 betreffende de jeugdbescherming, het ten laste nemen van minderjarigen die een als misdrijf omschreven feit hebben gepleegd en het herstel van de door dit feit veroorzaakte schade » van de taskforce GGZ unaniem en zonder voorbehoud positief is, engageren de Federale overheid en de Gemeenschappen en Gewesten zich ertoe om dit akkoord om te zetten in een formeel samenwerkingsakkoord.

Le gouvernement fédéral s'engage, pour le financement de modules de soins du trajet de soins susmentionnés à rendre le budget disponible à partir du 1^{er} janvier 2007 via l'arrêté de financement des hôpitaux.

En attendant la réalisation des concepts acquis lors de l'élaboration expérimentale du trajet de soins médico-légal en un cadre général réglementaire pour circuits et réseaux de soins, les Communautés et Régions s'engagent à soutenir l'avancée des différents modules. En général et sous réserve des moyens disponibles, les Communautés et Régions s'engagent à :

— soutenir si nécessaire, la construction de lits K supplémentaires conformément à la réglementation et aux procédures de l'entité administrative qui est responsable du traitement des demandes pour des subsides infra structurels;

— définir l'offre de soins ambulatoires dans les centres de soins de santé mentale pour le groupe-cible;

— impliquer les administrations compétentes (services d'inspection) en vue de l'évaluation. Dans ce but, les Communautés et Régions recevront, de la part du SPF Santé publique, les informations nécessaires.

Les Communautés et Régions s'engagent spécifiquement à prendre les initiatives suivantes dans le cadre de l'exécution du présent protocole :

la Communauté flamande participera activement à la concertation afin de parvenir répartition optimale de l'offre de soins médico-légale en Flandre, y inclus de Vlaamse rand';

la Région wallonne s'engage à poursuivre la réflexion relative aux mineurs avec une problématique psychiatrique qui tombent sous le champ d'application de l'article 36, 4^o et de l'article 52 de la loi du 8 avril 1965 relative à la protection de la jeunesse, à la prise en charge des mineurs ayant commis un fait qualifié infraction et à la réparation du dommage causé par ce fait.

Il sera possible de maintenir la capacité supplémentaire à laquelle il a été référé dans le chapitre 2, qui ne peut être opérationnelle, à court terme en 2007, dans le portefeuille pour une période de 2 ans à partir de la publication au *Moniteur belge* du protocole lorsqu'il s'agit de structures existantes et de 5 ans lorsqu'il s'agit de constructions nouvelles ou de formes de soins nouveaux.

Les Communautés et Régions s'engagent à soumettre les pièces justificatives nécessaires concernant la capacité du portefeuille lors des évaluations annuelles.

Chaque année, une analyse qualitative et quantitative est effectuée, dans le cadre des tâches déjà existantes, notamment sur base des données qui sont rassemblées via :

— les Communautés et Régions dans le cadre de leur mission d'inspection;

— l'aide à la Jeunesse et la fonction de liaison;

— les magistrats de référence pour la Justice;

— le SPF Santé publique dans le cadre des rapports d'activités qui doivent être fournis par chaque trajet de soins dans le cadre des contrats avec le SPF Santé publique et chacun des trajets de soins SSM médico-légal.

De Federale Overheid verbindt er zich toe om voor de financiering van de hierboven vermelde zorgopdrachten van het zorgtraject vanaf 1 januari 2007 het budget beschikbaar te stellen via het financieringsbesluit van de ziekenhuizen.

In afwachting van de omzetting van de in de experimentele uitbouw van de forensische zorgtrajecten opgedane inzichten in een algemeen regelgevend kader voor zorgcircuits in netwerken, engageren de Gemeenschappen en Gewesten zich ertoe om de uitbouw van de verschillende modules te ondersteunen. Algemeen en in de mate dat de middelen beschikbaar zijn, verbinden de Gemeenschappen en Gewesten zich tot :

— indien nodig, de bouw van bijkomende K bedden te ondersteunen conform de regelgeving en procedures van de administratieve entiteit die verantwoordelijk is voor de behandeling van aanvragen voor infrastructuursubsidies;

— de verdere definiëring van het ambulante zorgaanbod in de centra geestelijke gezondheidszorg voor de doelgroep;

— het betrekken van de bevoegde administraties (inspectiediensten) bij de evaluatie. Hiertoe zullen de Gemeenschappen en de Gewesten vanuit de FOD Volksgezondheid de noodzakelijke informatie ontvangen.

De Gemeenschappen en Gewesten verbinden zich er specifiek toe om in het kader van de uitvoering van dit protocol de volgende initiatieven te nemen :

de Vlaamse Gemeenschap zal actief participeren aan het overleg teneinde een globale optimale spreiding van het forensisch zorgaanbod over Vlaanderen, inclusief de Vlaamse Rand, te bekomen;

de Waalse Gewest verbindt zich er toe om de reflectie omtrent jongeren met een psychiatische problematiek die vallen onder de toepassing van artikel 36, 4^o en artikel 52 van de wet van 8 april 1965 betreffende de jeugdbescherming, het ten laste nemen van minderjarigen die een als misdrijf omschreven feit hebben gepleegd en het herstel van de door dit feit veroorzaakte schade, verder te zetten.

De bijkomende in hoofdstuk 2 bedoelde capaciteit, die eventueel niet op korte termijn in 2007 operationeel kan worden mag in « portefeuille » gehouden worden gedurende een periode van 2 jaar vanaf de publicatie in het *Belgisch Staatsblad* van het protocol wanneer het gaat om bestaande structuren, en van 5 jaar, wanneer het om nieuwbouw of om nieuwe zorgvormen gaat.

De Gemeenschappen en de Gewesten verbinden zich ertoe om bij de jaarlijkse evaluaties de nodige bewijsstukken m.b.t. de capaciteit in portefeuille voor te leggen.

Elk jaar wordt er een kwalitatieve en kwantitatieve analyse uitgevoerd, in het kader van de al bestaande taken, met name op basis van de gegevens die worden ingezameld via :

— de Gemeenschappen en de Gewesten in het kader van hun inspectieopdracht;

— de Vlaamse administratie Welzijn en de brugfunctie;

— de referentiemagistraten voor Justitie;

— de FOD Volksgezondheid in het kader van de activiteitenverslagen die dienen opgeleverd te worden door elk zorgtraject in uitvoering van de overeenkomsten tussen de FOD Volksgezondheid en elk van de forensische GGZ-zorgtrajecten;

— l'INAMI dans le cadre des projets thérapeutiques
 Cette analyse est communiquée pour information aux Communautés et Régions.

Le présent protocole entre en vigueur le 1^{er} janvier 2007.

Ainsi conclu à Bruxelles, le 22 février 2007.

Pour le Gouvernement fédéral :

Le Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,
 R. DEMOTTE

La Ministre de la Justice,
 Mme L. ONKELINX

— het RIZIV in het kader van de therapeutische projecten.
 Deze analyse wordt voor informatie aan de Gemeenschappen en Regio's meegedeeld.

Dit protocol treedt in werking op 1 januari 2007.

Aldus overeengekomen te Brussel, op 22 februari 2007.

Voor de Federale Regering :

De Minister van Sociale zaken en Volksgezondheid,
 R. DEMOTTE

De Minister van Justitie,
 Mevr. L. ONKELINX

Voor de Vlaamse Regering :

De Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin,
 Mevr. I. VERVOTTE

Für die Regierung der Deutschsprachigen Gemeinschaft

Der Minister für Ausbildung und Beschäftigung, Soziales und Tourismus,
 B. GENTGES

Pour le Gouvernement wallon :

La Ministre de la Santé, de l'Action sociale et de l'Égalité des Chances,
 Mme Ch. VIENNE

Pour le Gouvernement de la Communauté française :

La Ministre de l'Enfance, de l'Aide à la Jeunesse et de la Santé,
 Mme C. FONCK

Pour le Collège réuni
 de la Commission communautaire commune
 de la Région de Bruxelles-Capitale :

Le Membre du Collège réuni,
 compétent pour la Politique de la Santé,
 B. CEREXHE

Pour le Collège réuni
 de la Commission communautaire commune
 de la Région de Bruxelles-Capitale :

Le Membre du Collège réuni,
 compétent pour l'Aide aux Personnes,
 Mme E. HUYTEBROECK

Voor het Verenigd College
 van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie
 van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest :

Het Lid van het Verenigd College,
 bevoegd voor het Gezondheidsbeleid,
 G. VANHENGEL

Voor het Verenigd College
 van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie
 van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest :

Het Lid van het Verenigd College,
 bevoegd voor het Beleid inzake Bijstand aan Personen
 Mevr. P. SMET

Pour le Collège de la Commission communautaire française,

Le Ministre, Membre du Collège, chargé de la Santé,
 B. CEREXHE

Projet d'accord de collaboration concernant les jeunes avec une problématique psychiatrique qui tombent sous le champ d'application de l'article 36, 4^o et de l'article 52 de la loi du 8 avril 1965 relative à la protection de la jeunesse, à la prise en charge des mineurs ayant commis un fait qualifié infraction et à la réparation du dommage causé par ce fait

Objectifs

Cet accord de collaboration régit les accords conclus entre la Ministre de la Justice, les Ministres de la Santé publique et les Ministres ayant l'aide à la jeunesse dans leurs attributions, en ce qui concerne l'organisation des réseaux et circuits de soins pour les jeunes avec une problématique tombent sous le champ d'application de l'article 36, 4^o, et de l'article 52 de la loi du 8 avril 1965 relative à la protection de la jeunesse, à la prise en charge des mineurs ayant commis un fait qualifié infraction et à la réparation du dommage causé par ce fait. Il appelle à une collaboration active entre les partenaires du circuit de soins de psychiatrie médico-légale juvénile : les unités de traitement intensif pour les jeunes avec une problématique psychiatrique qui tombent sous le champ d'application de l'article 36, 4^o et de l'article 52 de la loi du 8 avril 1965 relative à la protection de la jeunesse, à la prise en charge des mineurs ayant commis un fait qualifié infraction et à la réparation du dommage causé par ce fait (dénommés ci-après : 'unités de traitement intensif'), les services K réguliers, les Centres de Santé Mentale, le Centre fédéral fermé d'Everberg (Centre De Grubbe), les Institutions Publiques de Protection de la Jeunesse et les services de l'aide à la Jeunesse,

Les objectifs de cet accord de collaboration sont :

Ontwerp van samenwerkingsakkoord met betrekking tot jongeren met psychiatrische problematiek die vallen onder de toepassing van artikel 36, 4^o en artikel 52 van de wet van 8 april 1965 betreffende de jeugdbescherming, het ten laste nemen van minderjarigen die een als misdrijf omschreven feit hebben gepleegd en het herstel van de door dit feit veroorzaakte schade

Doelstellingen

Dit samenwerkingsakkoord regelt de afspraken tussen de Minister van Justitie, de Ministers van Volksgezondheid, en de Ministers die Welzijn in hun bevoegdheden hebben met betrekking tot de organisatie van de netwerken en zorgcircuits voor jongeren met een psychiatrische problematiek die vallen onder de toepassing van artikel 36, 4^o en artikel 52 van de wet van 8 april 1965 betreffende de jeugdbescherming, het ten laste nemen van minderjarigen die een als misdrijf omschreven feit hebben gepleegd en het herstel van de door dit feit veroorzaakte schade. Dit impliceert een actieve samenwerking tussen de partners binnen het zorgcircuit forensische jeugdpsychiatrie : de intensieve behandelingseenheden voor jongeren met psychiatrische problematiek die vallen onder de toepassing van artikel 36, 4^o en artikel 52 van de wet van 8 april 1965 betreffende de jeugdbescherming, het ten laste nemen van minderjarigen die een als misdrijf omschreven feit hebben gepleegd en het herstel van de door dit feit veroorzaakte schade (hierna 'intensieve behandelingseenheden' genoemd), de reguliere K-diensten, de Centra Voor Geestelijke Gezondheidszorg, het gesloten federaal centrum te Everberg, (Centrum De Grubbe), de Gemeenschapsinstellingen van de Bijzondere Jeugdzorg, de Bijzondere Jeugdbijstand,

De doelstellingen van dit samenwerkingsakkoord zijn de volgende :

1. d'organiser la collaboration entre les acteurs et les partenaires du réseau;

2. de rendre accessibles les soins au public-cible, dans le cadre de l'application d'une mesure judiciaire ordonnée par le tribunal de la jeunesse;

3. de préciser les principes et modalités généraux de fonctionnement du réseau, et en particulier l'articulation entre les champs judiciaires et thérapeutiques;

Dès que cet accord de collaboration entrera en vigueur, une évaluation annuelle de celui-ci sera réalisée. Les différents partenaires devront être impliqués dans cette évaluation.

Ladite évaluation sera pilotée par le SPF Santé publique. Elle portera notamment sur les éléments suivants :

1) le profil des jeunes concernés par une admission dans un circuit de soins de psychiatrie médico-légale juvénile;

2) les facteurs motivant l'entrée et la sortie de ces jeunes du circuit de soins de psychiatrie médico-légale juvénile;

3) les points problématiques dans la collaboration entre les différents partenaires du réseau qui éclairent les difficultés rencontrées dans la collaboration entre les partenaires, qui altèrent voire compliquent l'organisation des soins, leur coordination et/ou leur continuité et/ou l'intégration sociale des jeunes.

Lors de l'évaluation intermédiaire une attention particulière sera portée aussi bien :

1. au profil du groupe-cible (opérationnalisation précise des critères d'inclusion et d'exclusion et leur monitoring);

2. à l'entrée (origine, modalités d'admissions, liste d'attente,...);

3. au parcours (modalités de prise en charge et de collaboration,...);

4. et à la sortie des jeunes à travers le circuit de soins (une attention particulière sera portée aux jeunes provenant des institutions communautaires et fédérales, comme les unités de traitement intensif - dans les deux sens et la gestion d'une liste d'attente).

Le coordinateur de la liaison judiciaire pour le trajet de soins est responsable pour signaler au comité d'évaluation du SPF Santé publique les points problématiques concernant le trajet de soins pour ce groupe-cible.

Les conclusions de cette évaluation permettront l'adaptation, la prolongation ou l'interruption de l'expérience.

Admission

Public-cible

1. Sont concernés les mineurs d'âge de 12 ans et plus qui fait l'objet d'une mesure ordonnée par le tribunal de la jeunesse à la suite d'une réquisition par le parquet sur base de l'article 36, 4° et l'article 52 tel que prévu à la loi du 8 avril 1965 relative à la protection de la jeunesse, à la prise en charge des mineurs ayant commis un fait qualifié infraction et à la réparation du dommage causé par ce fait.

Le juge de la jeunesse décide, que le jeune soit placé en institution communautaire publique ou privée, au Centre fédéral fermé d'Everberg (De Grubbe) ou qu'il réside en famille d'accueil ou qu'il soit maintenu dans son milieu de vie, de la tenue d'un examen pluridisciplinaire sous la direction d'un pédopsychiatre ou à défaut d'un psychiatre (pour les adolescents de 15 ans et plus). Cet examen doit consister en un examen (pédo)psychiatrique minutieux et ne peut pas se limiter à une attestation succincte. Cet examen doit concerner les éléments diagnostics justifiant une prise en charge thérapeutique ainsi que les orientations les plus pertinentes, soit vers l'ambulatoire soit vers une hospitalisation, ainsi que le plan de soins. Par examen, on entend ici l'examen médico-psychologique visé à l'article 57bis de la loi du 8 avril 1965 relative à la protection de la jeunesse, à la prise en charge des mineurs ayant commis un fait qualifié infraction et à la réparation du dommage causé par ce fait. Le (pédo)psychiatre traitant ne peut pas être la même personne que le (pédo)psychiatre qui a pratiqué l'examen.

2. S'il ressort de l'examen qu'il y a un diagnostic psychiatrique infanto-juvénile, selon le DSM-IV ou l'ICD-10 (où ce code doit toujours être transformé en un code DSM-IV pour que des comparaisons soient possibles au niveau fédéral) et qu'une admission dans une unité de traitement intensif est indiquée, cet avis est remis au juge de la jeunesse. Ce dernier peut alors demander le placement dans le circuit de soins de psychiatrie médico-légale juvénile. Si toutes les places sont occupées dans le setting recommandé dans le rapport, les partenaires du circuit

1. het organiseren van de samenwerking tussen de actoren en de partners van het netwerk;

2. de zorgverlening toegankelijk maken voor het doelpubliek, in het kader van een gerechtelijke maatregel bevolen door de jeugdrechtbank;

3. het verduidelijken van de algemene principes en de werking van het netwerk en meer bepaald raakvlakken tussen het gerechtelijke en het therapeutische domein;

Zodra dit samenwerkingsakkoord in voege treedt, dient er tenminste een jaarlijkse evaluatie te gebeuren van dit akkoord. De verschillende partners dienen betrokken te worden bij deze evaluatie.

Bij deze evaluatie, die zal gebeuren onder leiding van de FOD van Volksgezondheid, zullen o.a. volgende elementen geëvalueerd worden :

1) profiel van de jongere die in aanmerking komt voor een opname in een zorgcircuit forensische jeugdpsychiatrie;

2) de factoren die de instroom en uitstroom van deze jongeren binnen het zorgcircuit forensische jeugdpsychiatrie rechtvaardigen;

3) knelpunten bij de samenwerking tussen de verschillende partners van het netwerk die de moeilijkheden in de samenwerking tussen de partners verklaren en die de organisatie van de zorgen, hun coördinatie en/of hun continuïteit en/of sociale integratie van de jongere wijzigen en zelfs moeilijk maken.

Bij de tussentijdse evaluatie zal bijzondere aandacht gaan naar zowel :

1. het profiel van de doelgroep (duidelijke operationalisering inclusie- en exclusiecriteria en de monitoring ervan);

2. de instroom (oorsprong, opnamemodaliteiten, wachtlijst,...);

3. de doorstroom (de tenlastnemings- en samenwerkingsmodaliteiten,...);

4. en de uitstroom van jongeren doorheen het zorgcircuit (een bijzondere aandacht voor de jongeren die vanuit de gemeenschapsinstellingen en de federale instellingen zoals de intensieve behandelingseenheden komen - in beide richtingen en het beheer van een wachtlijst).

De zorgtrajectcoördinator is verantwoordelijk om de knelpunten betreffende het zorgtraject voor deze doelgroep aan het evaluatiecomité van de FOD Volksgezondheid te signaleren.

Aan de hand van de conclusies van die evaluatie zal het experiment worden aangepast, verlengd of stopgezet.

Opname

Doelpubliek

1. Een minderjarige vanaf 12 jaar maakt het voorwerp uit van een maatregel van de jeugdrechtbank na een vordering door het parket op basis van artikel 36, 4° en artikel 52 van de wet van 8 april 1965 betreffende de jeugdbescherming, het ten laste nemen van minderjarigen die een als misdrijf omschreven feit hebben gepleegd en het herstel van de door dit feit veroorzaakte schade.

De jeugdrechter beslist tot plaatsing in een privé- of gemeenschapsinstelling, in het gesloten federaal centrum te Everberg, (Centrum De Grubbe) of tot een verblijf in een onthaalgezin en of tot behoud in het thuismilieu en tot het uitvoeren van een grondig pluridisciplinair onderzoek, onder de leiding van een (kinder- en jeugd)psychiater of bij gebrek hieraan een psychiater (voor adolescenten vanaf 15 jaar oud). Dit onderzoek moet een grondig kinderpsychiatrisch onderzoek zijn en mag zich niet beperken tot een beknopte attestering. Dit onderzoek dient betrekking te hebben zowel op de diagnostische elementen die een therapeutische tenlasteneming rechtvaardigen, alsook op de meeste relevante oriëntatie, ofwel naar de ambulante sector ofwel naar een hospitalisatie, alsook op het zorgplan. Onder dit onderzoek wordt het medisch-psychologisch onderzoek verstaan zoals vermeld in art. 57bis van de wet van 8 april 1965 betreffende de jeugdbescherming, het ten laste nemen van minderjarigen die een als misdrijf omschreven feit hebben gepleegd en het herstel van de door dit feit veroorzaakte schade. De behandelend (kinder- en jeugd)psychiater kan niet de (kinder- en jeugd)psychiater zijn die het onderzoek gedaan heeft.

2. Indien uit het onderzoek blijkt dat er een kinderpsychiatrische diagnose is volgens DSM-IV of ICD-10 (waarbij deze code steeds herleid moet worden tot een DSM-IV code om vergelijkingen mogelijk te maken op federaal niveau) en een opname in een intensieve behandelingseenheid aangewezen is, wordt dit advies overgemaakt aan de jeugdrechter. De jeugdrechtbank kan dan de plaatsing in het zorgcircuit forensische jeugdpsychiatrie vragen. Indien de setting die wordt aanbevolen in het rapport volzet is, adviseren de partners van

de soins conseillent, en collaboration avec le coordinateur de la liaison judiciaire pour le trajet de soins, soit que le jeune reste dans son environnement d'origine soit qu'entre-temps une autre mesure doit être prise.

Liste d'attente

L'organisation d'une liste d'attente par setting et par territoire de fonctionnement est proposée aux partenaires du circuit de soins. L'adhésion des partenaires à ce projet devra résulter de la concertation à prévoir entre les partenaires et les instances de concertation régionale.

En collaboration avec tous les acteurs du terrain le coordinateur de la liaison judiciaire pour le trajet de soins de chaque territoire de fonctionnement devra mettre sur pied une liste d'attente par territoire de fonctionnement intégrant les settings concernés et la gérer.

Principes communs à l'organisation et à la gestion des listes d'attente.

1. La hiérarchisation des admissions de la liste doit être laissée à l'appréciation des équipes pluridisciplinaires, sous l'égide de l'autorité médicale, responsables des admissions dans les settings. Leur appréciation doit être indépendante et guidée par le souci clinique d'apporter des soins au patient, sur base des critères suivants :

A. les aspects médico-psycho-sociaux et thérapeutiques (l'indication, le caractère urgent et/ ou critique de la situation, particulièrement si le patient ne dispose pas d'un encadrement psychosocial, éducatif et de soins suffisants);

B. l'intégration du patient dans un circuit de soins organisé par des conventions de collaborations entre institutions (par exemple un projet particulier de soins en réseau);

C. l'ordre de passage chronologique.

Ces informations argumentées (dans le respect des prescriptions légales relatives, notamment au respect de la vie privée ainsi que des exigences de la déontologie médicale) doivent être transmises au coordinateur de la liaison judiciaire pour le trajet de soins.

2. Concernant les jeunes pour qui l'admission dans le circuit de soins de psychiatrie médico-légale juvénile est indiquée, cet avis, basé sur l'examen médico-psychologique sera remis au juge de la jeunesse. Une liste chronologique sera établie en fonction de la date de décision du juge de la jeunesse lorsque tous les éléments requis et indiqués supra auront été transmis aux responsables des settings.

3. Par la suite s'ajouteront systématiquement à cette liste les jeunes qui sont l'objet d'une demande d'admission dans le circuit de soins de psychiatrie médico-légale décidée par le juge de la jeunesse. Ici, la date de décision du juge de la jeunesse détermine l'ordre sur la liste. Que le jeune séjourne ou non en institution n'est pas pris en compte. Lorsqu'une place se libère chez un des partenaires du circuit de soins de psychiatrie médico-légale, cela est communiqué au coordinateur de la liaison judiciaire pour le trajet de soins. Ce coordinateur organise la concertation avec les différents acteurs et vérifie si quelqu'un entre en ligne de compte pour ce setting et le fait savoir au délégué du Service de Protection de la Jeunesse (SPJ) qui suit le jeune ainsi qu'à l'institution communautaire, fédérale (Everberg) ou privée s'il séjourne dans une institution de ce type.

Principes généraux relatifs aux procédures d'admission en psychiatrie médico-légale.

1. Excepté dans le cadre de l'application de la loi du 26 juin 1990 et uniquement conformément au protocole ratifié par le Collège des Procureurs Généraux relatif à cette matière, un patient ne peut être imposé par l'autorité judiciaire dans une unité thérapeutique; l'accord du médecin chef de service est indispensable.

2. Un patient ne peut être intégré dans une unité de traitement intensif que si une place est disponible (pas en surnombre). Sauf exception particulièrement motivée et acceptée par les différents acteurs, un patient mineur de moins de 15 ans ne peut être confié à une unité pour adultes en attendant son intégration dans une unité pour adolescents.

3. Sauf lorsqu'il s'agit d'une admission urgente, un entretien de pré-admission a lieu avec le mineur, et si possible avec les parents (représentants légaux) et le conseiller ou le délégué du SPJ. Les parties concernées sont informées du timing et de la procédure par l'accompagnateur de l'institution où séjourne le mineur ou par le partenaire. Au cours de la procédure d'admission, on précise la façon dont le traitement se déroule; on fixe des objectifs en ce qui concerne la période d'observation et des objectifs de traitement. Lorsqu'il s'agit d'une

het zorgcircuit in samenwerking met de zorgtrajectcoördinator hetzij dat de jongere in zijn oorspronkelijke omgeving blijft, hetzij dat tussentijds een andere maatregel moet genomen worden.

Wachlijst

Het aanleggen van een wachtlijst per setting en per werkingsgebied wordt voorgesteld aan de partners van het zorgcircuit. De instemming van de partners met dit project zal voortvloeien uit het geplande overleg tussen de partners en de regionale overlegstructuren.

In samenwerking met alle actoren zal de zorgtrajectcoördinator van ieder werkingsgebied een wachtlijst per werkingsgebied, met hierin geïntegreerd de betrokken settings, opstellen en beheren.

Gemeenschappelijke principes voor het opstellen en beheren van wachtlijsten.

1. De rangschikking op de lijst moet worden overgelaten aan het oordeel van de pluridisciplinaire teams, onder toezicht van de geneesheer, die verantwoordelijk zijn voor de opnames in de settings. Hun oordeel moet onafhankelijk worden geveld en geleid door de klinische bezorgdheid om aan de patiënt zorg te verstrekken, op basis van volgende criteria :

A. de inhoudelijk medisch, psycho-sociale en therapeutische aspecten (de indicatiestelling, de dringende en/of kritieke aard van de situatie, in het bijzonder wanneer de patiënt niet over een afdoende psychosociale, educatieve en zorgomkadering beschikt);

B. de integratie van de patiënt in de zorgcircuit, opgericht krachtens samenwerkingsovereenkomsten tussen instellingen (bij voorbeeld een bijzonder zorgproject);

C. de chronologische volgorde.

Deze geargumenteerde informatie (met respect van de betreffende wettelijke voorschriften, in het bijzonder met respect voor de privacy en de vereisten van de medische deontologie) moeten overgemaakt worden aan de zorgtrajectcoördinator.

2. Voor de jongeren voor wie een opname in het zorgcircuit forensische jeugdpsychiatrie aangewezen is, wordt dit advies, gebaseerd op een medisch psychologisch onderzoek, overgemaakt aan de jeugdrechter. Er wordt een chronologische lijst volgens datum van beslissing door de jeugdrechter opgesteld wanneer alle noodzakelijke elementen zoals hierboven vermeld werden overgemaakt aan de verantwoordelijken van de settings.

3. Daarna worden jongeren die het voorwerp uitmaken van een vraag tot opname in het zorgcircuit forensische psychiatrie na een beslissing van de jeugdrechter systematisch aan deze lijst toegevoegd. Hierbij is de datum van beslissing door de jeugdrechter bepalend voor de rangschikking op de lijst, ongeacht of de jongere al dan niet in een instelling verblijft. Als er een plaats vrijkomt bij één van de partners van het forensisch psychiatrisch zorgcircuit wordt dit gemeld aan de zorgtrajectcoördinator. Deze coördinator organiseert overleg met de verschillende actoren, kijkt na of er iemand in aanmerking komt voor deze setting en laat dit weten aan de consultant(e) van de jeugdrechtbank die de jongere volgt en aan de gemeenschapsinstelling, federale (Everberg) of de private instelling als de jongere in een dergelijke instelling verblijft.

Algemene principes in verband met de opnameprocedures in de forensische psychiatrie.

1. Uitgezonderd in het kader van de toepassing van de wet van 26 juni 1990 en enkel overeenkomstig het protocol ter zake dat werd geratificeerd door het College van Procureurs-generaal, mag een patiënt door een gerechtelijke overheid niet gedwongen worden tot opname in een therapeutische unit; het akkoord van de geneesheer – hoofd van dienst is absoluut vereist.

2. Een patiënt mag slechts opgenomen worden in een intensieve behandelingsseenheid voor jongeren indien er een plaats beschikbaar is (geen overtal). Behoudens bijzonder gemotiveerde en door de verschillende actoren aanvaarde uitzondering, mag een minderjarige patiënt van minder dan 15 jaar niet worden toevertrouwd aan een unit voor volwassenen in afwachting van zijn opname in een unit voor adolescenten.

3. Behalve wanneer het gaat om een dringende opname, wordt een pre-intakegesprek gestart met de minderjarige, zo mogelijk met de ouders (wettelijke vertegenwoordigers) en de consultant(e). De betrokkenen worden door de begeleider van de instelling waar de minderjarige verblijft of door de partner op de hoogte gebracht van timing en procedure. Tijdens deze intake-procedure wordt het verloop van de opname verduidelijkt en worden doelstellingen voor de observatieperiode en behandelingsdoelstellingen bepaald. Wanneer het gaat om een

admission urgente, un certificat médical circonstancié précisant la symptomatologie, le projet de soins, si possible l'indication du setting et la durée estimée du traitement doit être indiquée pour peu qu'il soit admis par l'autorité médicale du setting.

4. Tous les acteurs s'accordent à respecter les principes inhérents à la pratique médicale psychiatrique (contrat de traitement, droits du patient, consentement éclairé, secret professionnel, etc...) par ailleurs, le patient, comme ses parents (ou tuteurs légaux) sont informés des règles auxquelles il doit se conformer (règlement d'ordre intérieur). Les mineurs isolés (= sans parents ou dans l'attente de la désignation d'un tuteur) sont également acceptés, pour autant qu'il soit précisé avant le début du traitement, où le mineur pourra être hébergé après la prise en charge.

5. S'il s'avère, durant la procédure de pré-admission ou après la procédure d'admission, que la problématique du mineur ne correspond pas aux critères d'inclusion et d'exclusion ou que son admission est contre-indiquée, les différents partenaires du circuit de soins de psychiatrie médico-légale juvénile, les magistrats de la jeunesse et le coordinateur de la liaison judiciaire du trajet de soins, s'engagent à se réunir dans la semaine afin de chercher ensemble une solution. Si l'admission a été réalisée dans le cadre de l'application de l'article 43 de la loi du 8 avril 1965 qui permet l'application par le tribunal de la jeunesse de la loi du 26 juin 1990, la levée de la mesure entraîne le maintien de l'hospitalisation durant 5 jours ouvrables.

6. Chaque partenaire s'engage à ne pas refuser des jeunes sur base de la sévérité de leurs troubles comportementaux si, du moins, il s'agit de jeunes ayant une problématique psychiatrique qui ont besoin d'aide dans un setting d'aide adapté.

7. Excepté dans le cadre de l'application de la loi du 26 juin 1990, si suite à l'admission, durant la période d'appel ou après celle-ci, le mineur refuse la prise en charge, le juge de la jeunesse en est informé rapidement par écrit. Néanmoins, un délai de maintien de l'hospitalisation est convenu pour permettre au Tribunal de prendre, le cas échéant, d'autres dispositions avec l'appui du Conseiller ou du Délégué du SPJ et du coordinateur de la liaison judiciaire pour le réseau de soins. Dans le cadre de l'application de l'article 43 de la loi du 8 avril 1965 qui permet l'application par le tribunal de la jeunesse de la loi du 26 juin 1990, le délai de 5 jours ouvrables est fixé par la loi.

8. Si l'unité de traitement intensif, au moment de l'entretien de préadmission ou d'admission, est d'avis qu'un jeune, qui n'est plus mineur, ne relève plus d'un service de psychiatrie infanto-juvénile, mais plutôt d'un service A, cette éventualité est examinée avec le juge de la jeunesse. Si un jeune est proche de sa majorité au moment où il est décidé de l'admettre dans une unité de traitement intensif, le juge de la jeunesse doit mentionner que la prise en charge sera prolongée après l'âge de 18 ans, afin de permettre un traitement suffisamment long.

Séjour

1. Par la délivrance d'une ordonnance ou d'un jugement, le Juge de la Jeunesse cautionne les principes inhérents à la pratique médicale psychiatrique (contrat de traitement, dispositif thérapeutique, consentement éclairé du patient aux soins,) et les règles auxquelles le patient doit se conformer (règlement d'ordre intérieur) telles que présentées dans le projet thérapeutique et durant la procédure d'admission.

2. Si une interruption (« time-out ») est nécessaire, le jeune, qui séjournait avant l'admission en institution communautaire, peut être réadmis dans ce type d'établissement pour une période maximale de deux semaines renouvelable une fois. Les institutions communautaires s'engagent à prendre le jeune dès qu'une place se libère durant cette période de time-out, le lit est maintenu dans les services qui font partie du circuit de soins. Si, une fois cette période écoulée, le jeune n'a pas réinvestit le processus de soins, le psychiatre peut demander au juge de la jeunesse de mettre fin à l'admission dans le setting (cf. Chapitre Fin d'admission, point 5) et chercher une alternative avec le jeune et tous les partenaires du circuit de soins.

3. Au cours de son séjour, le jeune est suivi par le Service de Protection de la Jeunesse (SPJ). A défaut d'un mandat du juge de la Jeunesse, l'unité traitante peut demander au tribunal de la jeunesse de mandater explicitement le Service de Protection de la Jeunesse de ce suivi

4. La durée de l'admission dans le service de traitement intensif est limitée à 6 mois. Néanmoins, un renouvellement unique de 6 mois peut se faire, moyennant une argumentation suffisante, à la demande du (pédo)psychiatre traitant et avec l'accord du jeune (excepté dans le cadre de l'application de la loi du 26 juin 1990) et de ses parents (ou des tuteurs légaux) Cette demande est soumise au juge de la jeunesse.

dringende opname, is een gedetailleerd medisch certificaat met omschrijving van de symptomatologie, het zorgproject, indien mogelijk de indicatie van de setting en de vermoedelijke duur van de behandeling onontbeerlijk, mits hij opgenomen wordt door de medische overheid van de setting.

4. Alle actoren gaan akkoord om de principes die inherent zijn aan de psychiatrische medische praktijk (behandelingscontract, rechten van de patiënt, « informed consent », beroepsgeheim, enz...) te respecteren en de patiënt en zijn ouders (of wettelijke voogden) op de hoogte te brengen van de in acht te nemen regels (huishoudelijk reglement). Ook alleenstaande minderjarige (= zonder ouders of in afwachting van de aanstelling van een voogd) worden aanvaard, mits vóór het starten van de behandeling duidelijk gemaakt wordt waar de minderjarige na de behandeling terecht kan.

5. Wanneer tijdens of na de pre-intakeprocedure blijkt dat de problematiek van de minderjarige niet overeenstemt met de inclusie en exclusiecriteria en of dat opname niet aan te bevelen is, engageren de verschillende partners van het zorgcircuit forensische jeugdpsychiatrie, de jeugdmagistraten en de zorgtrajectcoördinator zich ertoe om binnen de week bijeen te komen om samen een alternatief te zoeken. Als de opname is gebeurd in het kader van de toepassing van art. 43 van de wet van 8 april 1965 die de toepassing van de wet van 26 juni 1990 door de jeugdrechtbank toelaat, heeft het opheffen van de maatregel het behoud van de hospitalisatie gedurende 5 werkdagen als gevolg.

6. Iedere partner verbindt zich ertoe jongeren niet af te wijzen op basis van de ernst van hun gedragsproblemen indien het tenminste gaat om jongeren met psychiatrische problemen die hulp nodig hebben in een gepaste hulpverleningssetting.

7. Indien, uitgezonderd in het kader van de toepassing van de Wet van 26 juni 1990, volgend op de opname, tijdens of na de periode waarin beroep kan aangetekend worden, de minderjarige het ten laste nemen weigert, wordt de jeugdrechter hiervan onmiddellijk schriftelijk op de hoogte gesteld. Desalniettemin wordt een hospitalisatietermijn overeengekomen om, als het geval zich voordoet, de Rechtbank toe te laten andere schikkingen te nemen met de steun van de sociale dienst van de jeugdrechtbank en van de zorgtrajectcoördinator. In het kader van de toepassing van art. 43 die de toepassing van de wet van 26 juni 1990 door de jeugdrechtbank toelaat, wordt de termijn op 5 werkdagen wettelijk vastgelegd.

8. Als de intensieve behandelingseenheid bij het pre-intake- of intakegesprek van mening is dat een jongere, niet meer thuis hoort op een kinder- en jeugdpsychiatrische dienst, maar beter opgenomen zou worden op een A-dienst, wordt deze mogelijkheid samen onderzocht met de jeugdrechter. Als een jongere zich op het scharnier van meerderjarigheid bevindt op het ogenblik van de beslissing tot opname op een intensieve behandelingseenheid voor jongeren dient de jeugdrechter te vermelden dat de opname verlengd zal worden na de leeftijd van 18 jaar, zodat een voldoende lange behandeling kan plaats vinden.

Verblijf

1. Door het uitspreken van een beschikking of een vonnis, ondersteunt de jeugdrechter de principes die inherent zijn aan de psychiatrische medische praktijk (behandelingscontract, therapeutisch systeem, informed consent van de patiënt) en ook de regels waaraan de patiënt zich dient te houden (huishoudelijk reglement), zoals deze zijn voorgesteld in het therapeutisch project en tijdens de intakeprocedure.

2. Als een time-out periode nodig is, kan de jongere, die voorafgaand aan de opname in een gemeenschapsinstelling verbleef, voor een periode van maximum 2 weken (eenmalig verlengbaar) terug opgenomen worden in een gemeenschapsinstelling voor Bijzondere Jeugdbijstand. De gemeenschapsinstellingen verbinden zich ertoe de jongere op te nemen zodra er een plaats vrijkomt. Tijdens de time-out blijft het bed in de diensten die deel uitmaken van het zorgcircuit behouden. Als de jongere zich na de time-out niet herpakt, kan de psychiater de jeugdrechter vragen de opname in de setting te beëindigen (cfr. Hoofdstuk beëindiging opname, punt 5) en samen met de jongere alsook alle partners van het zorgcircuit zoeken naar een alternatief.

3. Tijdens de behandeling wordt de jongere mee gevolgd door de sociale dienst van de jeugdrechtbank. Bij gebrek aan een mandaat van de jeugdrechter, kan de behandelende unit de jeugdrechtbank verzoeken de sociale dienst van bij de jeugdrechtbank expliciet te belasten met deze opvolging.

4. De opnameduur is, in de intensieve behandelingseenheid, beperkt tot 6 maanden. Toch is een éénmalige verlenging met 6 maanden mogelijk, mits voldoende argumentatie op vraag van de behandelend (kinder- en jeugd)psychiater en met goedvinden van de jongere (uitgezonderd in het kader van de toepassing van de Wet van 26 juni 1990) en diens ouders (of wettelijke voogden). Deze vraag wordt

La durée d'admission dans un service K régulier est en principe non limitée dans le temps. Mais quand on arrive à l'échéance d'une année sans résultat, significatif, une alternative pour le jeune doit être cherchée avec les partenaires.

Fin du traitement/admission dans un setting résidentiel

1. Excepté dans le cadre de nouvelles poursuites liées à la commission d'un nouveau fait qualifié infraction pouvant justifier un placement en IPPJ ou au Centre d'Everberg (De Grubbe), un jeune qui est en fugue, est ramené au setting résidentiel (service K/service de traitement intensif). Le jeune en fugue depuis plus de 10 jours est exclu de ce setting. Durant la période de fugue, la place est maintenue dans le setting. Le Ministre de la Santé publique s'engage à ce que l'Autorité fédérale continue à financer le lit pendant la durée de la fugue.

2. A l'approche de l'expiration de la période de placement, soit l'expiration de l'ordonnance ou du jugement du tribunal de la jeunesse, le setting résidentiel de traitement informe le juge de la jeunesse de ses intentions dans un rapport d'évolution. Toutes les parties concernées se concertent sur l'opportunité et les modalités d'une éventuelle poursuite du traitement. Le Service de Protection de la Jeunesse (SPJ) élabore un rapport à l'attention du juge de la jeunesse, basé sur l'avis du service K ou du service de traitement intensif. Entre la communication du setting au juge de la Jeunesse (rapport d'évolution) et la fin effective du traitement résidentiel Un délai de 5 jours ouvrables est nécessaire, en application de l'art. 43 de la loi du 26 juin 1990.

3. Le traitement prend fin en principe lorsque le jeune devient majeur, sauf si le juge de la jeunesse a décidé, avant l'entame du traitement, de prolonger les mesures ou s'il a décidé de ce prolongement par voie de jugement au cours du traitement, en application de l'article 37 § 3, quatrième alinéa de la loi du 8 avril 1965.

4. La procédure de sortie s'applique :

a) A la fin du traitement : au cours du délai prévu pour le traitement, l'équipe pluridisciplinaire conduite par le (pédo)psychiatre traitant peut juger que le traitement a atteint son terme. Le délégué du Service de Protection de la Jeunesse (SPJ) en est informé. Une audience est planifiée, au cours de laquelle le juge de la jeunesse prendra, éventuellement, une nouvelle décision.

b) En cas d'absence totale de collaboration de la part du mineur : si le mineur ne collabore en aucune façon au traitement (ou fait fi systématiquement des accords passés), et si les tentatives de l'équipe traitante pour y remédier ne donnent aucun résultat, l'équipe pluridisciplinaire conduite par le (pédo)psychiatre peut décider de mettre un terme au traitement, moyennant une motivation argumentée adressée au juge de la jeunesse. Le séjour est néanmoins prolongé de maximum de 5 jours ouvrables, en application de l'art. 43 de la loi du 26 juin, dans le setting. Tous les acteurs concernés s'engagent à se concerter pour trouver une alternative permettant la continuité des soins.

c) Si, au terme d'une période d'observation, il apparaît que le jeune ne répond pas ou plus aux critères d'inclusion et d'exclusion du service de traitement intensif ou si aucun consensus ne peut être trouvé quant aux objectifs de traitement ou à la convention de traitement.

d) Si, au cours du traitement, le patient produit des comportements qui, en vertu de leur gravité et/ou de leur répétition rendent le traitement impossible, une solution alternative doit être cherchée avec toutes les parties concernées.

e) A la demande de l'équipe pluridisciplinaire ou du délégué ou à sa propre initiative, le juge de la jeunesse s'entretiendra, avec le mineur et les autres acteurs concernés. Durant cet entretien, le juge de la jeunesse prendra une nouvelle disposition ou pourra inciter le mineur à collaborer. Si cette incitation à collaborer ne donne aucun résultat, le juge de la jeunesse cherchera une solution alternative d'accueil du mineur.

Communications écrites avec l'autorité judiciaire (Elaboration du Rapport)

En fin de traitement ou lorsque celui-ci est interrompu, l'équipe traitante du setting psychiatrique résidentiel rédige un bref rapport destiné au juge de la jeunesse et contenant les éléments suivants :

- y a-t-il encore ou non nécessité de poursuivre un traitement/accompagnement médical et/ou psychologique ?;

voorgelegd aan de jeugdrechter. De opnameduur in een reguliere K-dienst is in principe niet beperkt in de tijd. Wanneer echter één jaar verlopen is zonder significant resultaat dient men samen met de partners naar een alternatief te zoeken voor de jongere.

Beëindigen van de behandeling/opname in een residentiële setting

1. Uitgezonderd in het kader van nieuwe vervolgingen voortvloeiend uit het plegen van een nieuw feit dat als inbreuk wordt gezien en een plaatsing in een GIBJ of het Centrum van Everberg (De Grubbe) rechtvaardigt, wordt een jongere die vlucht, terug naar de residentiële setting gebracht (K-dienst/intensieve behandelingseenheid). Na meer dan 10 dagen ontvluchting wordt de jongere uitgesloten uit deze setting. Tijdens de ontvluchting blijft de plaats in de setting behouden. De Minister van Volksgezondheid verbindt er zich toe dat de federale overheid dit bed tijdens de ontvluchting verder financiert.

2. Naar het einde van de plaatsingstermijn of het aflopen van de ordonnantie of het oordeel van de jeugdrechtbank, informeert de residentiële behandelingssetting aan de jeugdrechter inzake haar intenties in een evolutierapport. Alle betrokken partijen overleggen over de wenselijkheid en de modaliteiten van een eventueel vervolgotraject. De sociale dienst van de jeugdrechtbank maakt een verslag op voor de jeugdrechter mede op basis van het advies van de K-dienst of de intensieve behandelingseenheid. Tussen de mededeling door de residentiële behandelingssetting aan de jeugdrechter (evolutierapport) en de effectieve beëindiging van de residentiële behandeling is een termijn van vijf werkdagen noodzakelijk, in uitvoering van art. 43 van de wet van 26 juni 1990.

3. De behandeling loopt in principe af als de jongere volwassene wordt, tenzij de jeugdrechter vóór de start van de behandeling beslist heeft tot verlenging van de maatregelen of in de loop van de behandeling bij beschikking of vonnis tot zulk een verlenging beslist, in toepassing van art. 37, § 3, vierde lid wet van 8 april 1965.

4. De uitstroom procedure wordt toegepast :

a. Het afronden van de behandeling : tijdens de voorziene behandeltermijn kan het pluridisciplinaire team onder leiding van de behandelende (kinder- en jeugd)psychiater van oordeel zijn dat de behandeling ten einde loopt. Dit wordt meegedeeld aan de consulente(e) van de jeugdrechtbank. Er wordt een zitting gepland, waarop de jeugdrechter eventueel een nieuwe beslissing zal nemen.

b. Een volledig gebrek aan medewerking door de jongere : als een jongere op geen enkele manier medewerking verleent aan de behandeling of zich (of zich systematisch niet aan de gemaakte afspraken houdt), en de pogingen van het behandelend team om daarin verandering te brengen niets opleveren, kan het pluridisciplinaire team onder leiding van de behandelende (kinder- en jeugd)psychiater beslissen de behandeling te beëindigen, mits hij/zij een grondig beargumenteerde motivatie neerlegt bij de jeugdrechter. Het verblijf wordt niettemin voortgezet gedurende maximaal vijf werkdagen, in uitvoering van art. 43 van de wet van 26 juni 1990, in de setting tot een alternatief via overleg tussen de betrokkene actoren is gevonden. Alle betrokken actoren verbinden zich ertoe te overleggen om een alternatief te zoeken dat de zorgcontinuïteit garandeert.

c. Indien na afronding van een observatie zou blijken dat de jongere niet (meer) voldoet aan de gestelde in- en exclusiecriteria van de intensieve behandelingseenheid of indien geen consensus kan gevonden worden m.b.t. de behandelingsdoelstellingen of het behandelingscontract.

d. Indien de patiënt tijdens de behandeling gedragingen vertoont die omwille van de ernst en/of de herhaling er van de behandeling onmogelijk maken, dient een alternatieve oplossing worden gezocht met alle betrokken partijen.

e) Op vraag van het pluridisciplinaire team of de afgevaardigde of op eigen initiatief, zal de jeugdrechter een onderhoud hebben met de minderjarige en met de andere betrokken actoren. Tijdens dit onderhoud neemt de jeugdrechter een nieuwe maatregel of kan hij de minderjarige aansporen om toch mee te werken. Indien deze aansporing niet werkt, zal de jeugdrechter alternatieve opvang zoeken.

Schriftelijke mededelingen voor de rechtelijke macht (Rapportage)

Bij afronding van de behandeling of wanneer deze wordt onderbroken stelt het behandelend team van de residentiële jeugdpsychiatrische setting een kort rapport op voor de jeugdrechter met volgende elementen :

- is er al dan niet nog een medische en/of psychiatrische begeleiding/behandeling vereist ?;

- un avis argumenté en matière de post-cure, c'est-à-dire une ou des proposition(s) pragmatiques en matière de dispositif de traitement/accompagnement compte tenu de la problématique du jeune;
- une indication éventuelle de la nécessité d'une actualisation de l'examen médico-psychologique ordonné par le Tribunal de la jeunesse avant l'admission (ancien art 50 de la loi du 8 avril 1965).

La Ministre de la Justice communiquera les informations nécessaires aux magistrats de la jeunesse et aux greffes pour une application correcte du présent accord de collaboration.

- gemotiveerd advies rond vervolgzorg, m.a.w. praktisch(e) voorstel(len) qua begeleiding/behandeling rekening houdend met de behandelde problematiek van de jongere
- eventuele indicatie van de noodzaak van updating van het medisch-psychologisch onderzoek waartoe de jeugdrechtbank opdracht gaf voor de opname (vroeger artikel 50 van de wet van 8 april 1965).

De Minister van Justitie staat in voor de nodige informatie aan de jeugd magistraten en aan de griffies met het oog op een correcte toepassing van dit samenwerkingsakkoord.

SERVICE PUBLIC FEDERAL JUSTICE, SERVICE PUBLIC FEDERAL PERSONNEL ET ORGANISATION ET SERVICE PUBLIC FEDERAL EMPLOI, TRAVAIL ET CONCERTATION SOCIALE

F. 2007 — 2710

[2007/201343]

7 JUNI 2007. — Arrêté royal modifiant certains arrêtés royaux relatifs aux régimes d'interruption de la carrière professionnelle et au crédit-temps dans le cadre d'uniformisation des règles relatives à la résidence en Suisse

ALBERT II, Roi des Belges,

A tous, présents et à venir, Salut.

Vu l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs, notamment l'article 7, § 1^{er}, alinéa 3, l, inséré par la loi du 22 janvier 1985;

Vu la loi de redressement du 22 janvier 1985 concernant les dispositions sociales, telle que modifiée à ce jour;

Vu l'arrêté royal du 27 novembre 1985 relatif à l'interruption de carrière professionnelle pour les membres du personnel administratif, du personnel spécialisé, du personnel de maîtrise et des gens de métier ou de service des institutions universitaires, notamment l'article 4, § 4, modifié par l'arrêté royal du 15 juin 2005;

Vu l'arrêté royal du 2 janvier 1991 relatif à l'octroi d'allocations d'interruption, notamment l'article 17, modifié par l'arrêté royal du 15 juin 2005;

Vu l'arrêté royal du 12 août 1991 relatif à l'octroi d'allocations d'interruption aux membres du personnel de l'enseignement et des centres psycho-médico-sociaux, notamment l'article 10, modifié par les arrêtés royaux de 4 juin 1999 et 15 juin 2005;

Vu l'arrêté royal du 19 novembre 1998 relatif aux congés et aux absences accordées aux membres du personnel des administrations de l'Etat, notamment l'article 127, modifié par l'arrêté royal du 15 juin 2005;

Vu l'arrêté royal du 7 mai 1999 relatif à l'interruption de la carrière professionnelle du personnel des administrations, notamment l'article 26, modifié par l'arrêté royal du 15 juin 2005;

Vu l'arrêté royal du 16 mars 2001 relatif aux congés et aux absences accordées à certains membres du personnel des services qui assistent le pouvoir judiciaire, notamment l'article 75, modifié par l'arrêté royal du 15 juin 2005;

Vu l'arrêté royal du 12 décembre 2001 pris en exécution du chapitre IV de la loi du 10 août 2001 relative à la conciliation entre l'emploi et la qualité de vie concernant le système du crédit-temps, la diminution de carrière et la réduction des prestations de travail à mi-temps, notamment l'article 10, modifié par l'arrêté royal du 15 juin 2005;

Vu l'arrêté royal du 10 juin 2002 relatif à l'octroi d'allocations d'interruption aux membres du personnel des entreprises publiques qui ont obtenu une autonomie de gestion en application de la loi du 21 mars 1991 portant réforme de certaines entreprises publiques économiques, notamment l'article 20;

Vu l'avis de l'Inspection des Finances, donné le 20 février 2006;

Vu l'accord de Notre Ministre du Budget, donné le 20 avril 2006;

Vu l'avis du comité de gestion de l'Office national de l'emploi, donné le 11 janvier 2007;

Vu le protocole 156/5 du 20 octobre 2006 du Comité commun à l'ensemble des services publics;

Vu l'avis 42.622/1 du Conseil d'Etat, donné le 29 mars 2007, en application de l'article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 2^o, des lois coordonnées sur le Conseil d'Etat;

FEDERALE OVERHEIDSDIENST JUSTITIE, FEDERALE OVERHEIDSDIENST PERSONEEL EN ORGANISATIE EN FEDERALE OVERHEIDSDIENST WERKGELEGENHEID, ARBEID EN SOCIAAL OVERLEG

N. 2007 — 2710

[2007/201343]

7 JUNI 2007. — Koninklijk besluit tot wijziging van sommige koninklijke besluiten betreffende de stelsels van onderbreking van de beroepsloopbaan en van tijdskrediet in het kader van het eenvormig maken van de regels inzake woonplaats in Zwitserland

ALBERT II, Koning der Belgen,

Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze Groet.

Gelet op de besluitwet van 28 december 1944 betreffende de maatschappelijke zekerheid der arbeiders, inzonderheid op artikel 7, § 1, derde lid, l, bij de wet van 22 januari 1985 ingevoegd;

Gelet op de herstellwet van 22 januari 1985 houdende sociale bepalingen, zoals tot op heden gewijzigd;

Gelet op het koninklijk besluit van 27 november 1985 betreffende de onderbreking van de beroepsloopbaan voor de leden van het administratief, gespecialiseerd, meesters- vak- en dienstpersoneel van de universitaire instellingen, inzonderheid op artikel 4, § 4, gewijzigd bij koninklijk besluit van 15 juni 2005;

Gelet op het koninklijk besluit van 2 januari 1991 betreffende de toekenning van onderbrekingsuitkeringen, inzonderheid op artikel 17, gewijzigd bij koninklijk besluit van 15 juni 2005;

Gelet op het koninklijk besluit van 12 augustus 1991 betreffende de toekenning van onderbrekingsuitkeringen aan de personeelsleden van het onderwijs en de psycho-medisch-sociale centra, inzonderheid op artikel 10, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 4 juni 1999 en 15 juni 2005;

Gelet op het koninklijk besluit van 19 november 1998 betreffende de verloven en afwezigheden toegestaan aan de personeelsleden van de rijksbesturen, inzonderheid op artikel 127, gewijzigd bij koninklijk besluit van 15 juni 2005;

Gelet op het koninklijk besluit van 7 mei 1999 betreffende de onderbreking van de beroepsloopbaan van het personeel van de besturen, inzonderheid op artikel 26, gewijzigd bij koninklijk besluit van 15 juni 2005;

Gelet op het koninklijk besluit van 16 maart 2001 betreffende de verloven en de afwezigheden toegestaan aan sommige personeelsleden van de diensten die de rechterlijke macht terzijde staan, inzonderheid op artikel 75, gewijzigd bij koninklijk besluit van 15 juni 2005;

Gelet op het koninklijk besluit van 12 december 2001 tot uitvoering van hoofdstuk IV van de wet van 10 augustus 2001 betreffende verzoening van werkgelegenheid en kwaliteit van het leven betreffende het stelsel van tijdskrediet, loopbaanvermindering en vermindering van de arbeidsprestaties tot een halftijdse betrekking, inzonderheid op artikel 10, gewijzigd bij koninklijk besluit van 15 juni 2005;

Gelet op het koninklijk besluit van 10 juni 2002 betreffende de toekenning van onderbrekingsuitkeringen aan de personeelsleden van de overheidsbedrijven die in toepassing van de wet van 21 maart 1991 houdende de hervorming van sommige economische overheidsbedrijven bestuursautonomie verkregen hebben, inzonderheid op artikel 20;

Gelet op het advies van de Inspectie van Financiën, gegeven op 20 februari 2006;

Gelet op de akkoordbevinding van Onze Minister van Begroting, gegeven op 20 april 2006;

Gelet op het advies van het beheerscomité van de Rijksdienst voor Arbeidsvoorziening, gegeven op 11 januari 2007;

Gelet op het protocol 156/5 van 20 oktober 2006 van het Gemeenschappelijk Comité voor alle overheidsdiensten;

Gelet op het advies 42.622/1 van de Raad van State, gegeven op 29 maart 2007, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 2^o van de gecoördineerde wetten op de Raad van State;