

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

[C – 2013/24019]

10 DECEMBRE 2012. — Déclaration conjointe pour la réalisation de réseaux et de circuits de soins en santé mentale pour enfants et adolescents

Lors de la réunion du 18 juin 2012, la Conférence Interministérielle (CIM) Santé publique a décidé d'autoriser la mise en place et le démarrage d'un groupe de travail technique 'Réforme de l'offre de soins en santé mentale pour enfants et adolescents' avec pour mission le développement pratique de concepts pertinents pour la politique des soins de santé mentale pour les enfants et adolescents comme rapporté dans les publications du Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE), du Conseil supérieur de la Santé (CSS) et du Conseil national des Etablissements hospitaliers (CNEH).

Le groupe de travail intercabinets (gti) 'taskforce soins de santé mentale' est chargé de former de façon équilibrée le groupe de travail technique ou comité de rédaction.

Ce comité de rédaction, présidé par M. Christiaan Decoster, directeur général de la DG Organisation des Etablissements de Soins du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement (SPF SPSCAE) sera composé d'experts ayant des compétences juridiques, techniques et/ou économiques provenant d'administrations, d'universités, du groupe de travail permanent 'psychiatrie' du CNEH et des organes d'avis et structures de recherches cités précédemment.

Les résultats attendus de ce groupe de travail consisteront en un guide et des scénarios politiques pratiques, c'est-à-dire en des propositions de mesures à implémenter concrètement, la prévision d'un timing, une proposition de budget avec techniques financières, et des propositions détaillées de changement de chaque réglementation concernée.

Dans ce but, le gti 'taskforce soins de santé mentale' s'est réuni les 11 septembre, 16 octobre et 23 novembre 2012.

Au cours de ces réunions, il a été discuté, entre autres, de la déclaration conjointe, reprise en annexe. Celle-ci détaille les motivations de la réforme, les étapes de sa conception et de sa mise en œuvre.

La présente déclaration conjointe constitue la base de la collaboration entre les communautés, les régions et le gouvernement fédéral dans le cadre du groupe de travail technique (ou comité de rédaction).

Actions proposées

Concernant la réforme de l'offre en matière de soins de santé mentale pour enfants et adolescents, la CIM Santé publique

- approuve la Déclaration conjointe pour la réalisation de réseaux et de circuits de soins dans les soins en santé mentale pour enfants et jeunes, comme figurant dans l'annexe du présent document;

- et charge le gti 'taskforce soins de santé mentale' de la poursuite des travaux.

Annexe : Déclaration conjointe pour la réalisation de réseaux et de circuits de soins en santé mentale pour les enfants et les jeunes

Déclaration commune pour la réalisation de réseaux et de circuits de soins en santé mentale pour enfants et adolescents

INTRODUCTION.

La Conférence interministérielle Santé publique marque son accord pour collaborer à une nouvelle politique de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent.

La présente déclaration commune expose dans un premier temps les motifs d'une nouvelle politique. Ensuite, elle éclaire les points de départ de la future politique. La partie la plus importante de la présente déclaration décrit la méthodologie qui sera suivie pour conceptualiser, planifier et mettre en œuvre la nouvelle politique.

o MOTIFS POUR ELABORER UNE NOUVELLE POLITIQUE DE SANTE MENTALE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT.

Pourquoi une nouvelle politique de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent est-elle indispensable ? Cette question a été soumise au groupe de travail intercabinets 'taskforce soins de santé mentale' qui a préparé la présente déclaration.

L'analyse a permis d'identifier un certain nombre de motifs qui peuvent être regroupés selon trois axes : l'insuffisance de l'offre de traitement ou d'accompagnement, le fonctionnement non intégré des soins en santé mentale et la prise en compte insuffisante, lors de la formulation de la politique de santé mentale, des déterminants de la santé ainsi que du contexte socio-économique des patients.

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

[C – 2013/24019]

10 DECEMBER 2012. — Gemeenschappelijke verklaring voor de realisatie van netwerken en zorgcircuits in de ggz voor kinderen en jongeren

Op 18 juni 2012 heeft de Interministeriële Conferentie (IMC) Volksgezondheid beslist om een technische werkgroep 'hervorming ggz-aanbod voor kinderen en jongeren' samen te stellen en op te starten met als missie de praktische uitwerking van de relevante concepten voor het ggz-beleid voor kinderen en jongeren zoals weergegeven in de publicaties van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE), de Hoge Gezondheidsraad (HGR) en de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen (NRZV).

De interkabinettenwerkgroep (ikw) 'taskforce ggz' is belast met de evenwichtige samenstelling van de technische werkgroep of redactiecomité.

Dit redactiecomité, voorgezeten door de heer Chris Decoster, directeur-generaal van het DG Organisatie Gezondheidszorgvoorzieningen van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu (FOD VVVL) wordt samengesteld uit experts met juridische, technische en/of economische competenties afkomstig uit de administraties, uit universiteiten, uit de permanente werkgroep 'psychiatrie' van de NRZV en uit de eerder vermelde adviesorganen en onderzoeksinstellingen.

De verwachte opleveringen van deze werkgroep zullen bestaan uit een gids en praktische beleidsscenario's, m.a.w. concreet te implementeren maatregelen, voorzien van een timing, een begrotingsvoorstel met financieringstechnieken, en gedetailleerde voorstellen tot wijziging van elke relevante regelgeving.

In dit kader vergaderde de ikw 'taskforce ggz' op 11 september, 16 oktober, en op 23 november 2012.

Tijdens deze vergaderingen werd o.a. de in bijlage opgenomen gemeenschappelijke verklaring, besproken. Deze detailleert de motieven van de hervorming, de stappen in de ontwikkeling en de uitvoering.

Voorliggende gemeenschappelijke verklaring vormt de basis voor de samenwerking tussen de gemeenschappen, de gewesten en de federale overheid in het kader van de technische werkgroep (of redactiecomité).

Voorgestelde acties

Betreffende de hervorming van het ggz-aanbod voor kinderen en jongeren verleent de IMC Volksgezondheid

- goedkeuring aan de Gemeenschappelijke verklaring voor de realisatie van netwerken en zorgcircuits in de ggz voor kinderen en jongeren, zoals opgenomen in de bijlage van dit document;

- en belast de ikw 'taskforce ggz' met de verderzetting van de werkzaamheden.

Bijlage : Gemeenschappelijke verklaring voor de realisatie van netwerken en zorgcircuits in de ggz voor kinderen en jongeren

Gemeenschappelijke verklaring voor de realisatie van netwerken en zorgcircuits in de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren

INLEIDING.

De Interministeriële Conferentie Volksgezondheid verklaart zich akkoord om samen te werken aan een vernieuwd beleid inzake geestelijke gezondheid voor kinderen en jongeren.

In onderhavige gemeenschappelijke verklaring worden eerst de motieven voor een vernieuwd beleid uiteen gezet. Vervolgens worden de uitgangspunten voor het toekomstig beleid belicht. Het belangrijkste onderdeel van deze Verklaring beschrijft de methodologie die zal worden gevolgd om het vernieuwde beleid te conceptualiseren, te plannen en uit te voeren.

o MOTIEVEN VOOR DE UITWERKING VAN EEN NIEUW GEESTELIJK GEZONDHEIDSBELIED VOOR KINDEREN EN JONGEREN.

Waarom is een vernieuwing van het geestelijk gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren noodzakelijk? Deze vraag werd voorgelegd aan de interkabinettenwerkgroep 'taskforce geestelijke gezondheidszorg' die onderhavige verklaring heeft voorbereid.

Deze analyse liet toe een aantal motieven te identificeren die gegroepeerd kunnen worden volgens drie assen : het ontoereikend zijn van het aanbod aan behandeling of begeleiding, het niet geïntegreerd werken van de geestelijke gezondheidszorg en het onvoldoende rekening houden met de gezondheidsdeterminanten en met de socio-economische context van patiënten.

1. Une offre insuffisante par rapport aux besoins.

Il existe avant tout un consensus pour affirmer que l'offre actuelle est insuffisante pour couvrir les besoins. Certaines régions présentent un déficit en structures. En outre, la prévalence des affections chez les enfants et les adolescents est assez élevée : c'est ce qu'on peut déduire du fait que plus de la moitié des consultations de santé mentale concerne les enfants.

De même, il convient de signaler que l'offre est très inégalement répartie, ce qui ne garantit pas toujours l'accessibilité de manière suffisante ! Il est dès lors nécessaire d'inventorier l'offre actuelle et de connaître les besoins sur la base de critères objectifs s'appuyant sur la recherche et des références internationales.

À cela il convient d'ajouter que la prévalence des problèmes psychiatriques est sous-estimée. Les troubles latents, non reconnus voire souvent non décelés ont pour conséquence que des traitements sont entamés tardivement, ce qui en accroît la complexité, la difficulté et la durée.

L'offre de soins, notamment à l'enfant et à l'adolescent, n'est pas suffisamment différenciée et ce ne sont dès lors pas toujours les soins les plus appropriés qui peuvent être dispensés. Sont particulièrement visées à cet égard les situations de crise et d'urgence, mais aussi les soins de plus longue durée aux enfants et aux adolescents.

De nos jours, le contexte géographique n'est pas suffisamment pris en compte lors de la définition des besoins. La problématique urbaine exige une approche spécifique différente de celle des zones rurales ou semi-urbaines.

L'offre insuffisante se traduit par les listes d'attente. Ces listes d'attente n'ont pas été identifiées et ne peuvent donc pas être prises en compte lors de la définition des besoins.

2. Le fonctionnement non intégré des soins de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent.

Le système de soins de santé ne fonctionne actuellement pas suffisamment de manière intégrée. Les différentes structures fonctionnent encore trop souvent de façon indépendante les unes des autres, avec pour conséquence que les soins ne forment pas toujours un ensemble continu. Ceci ne garantit pas non plus la continuité des soins et peut avoir des répercussions sur l'évolution du traitement. Le fonctionnement non intégré concerne à la fois les praticiens professionnels et les gestionnaires des établissements et services.

Le fonctionnement non intégré a pour conséquence que le patient n'est pas toujours soigné là où il devrait l'être. Une offre insuffisamment différenciée, comme indiqué plus haut, contribue également à l'émergence de ce genre de situations. De nos jours, on hospitalise encore trop souvent des patients qui pourraient être soignés de manière beaucoup plus efficace à leur domicile. Cet aspect du fonctionnement non intégré peut aussi avoir pour conséquence que le résultat des soins se fasse attendre et/ou qu'il y ait rechute. A contrario, il peut s'avérer qu'une hospitalisation soit nécessaire mais que le patient ne reçoive pas les soins qu'il devrait recevoir, ce qui peut bien évidemment avoir un impact sur la durée (ou/et la continuité) du traitement.

Le fonctionnement non intégré des soins préventifs et des soins curatifs est également à déplorer. En raison de la conceptualisation et de la mise en œuvre de ce système de soins, ces deux formes de soins sont de nos jours organisées séparément, ce qui est loin de garantir l'approche intégrée.

3. Les soins de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent ne tiennent pas compte suffisamment des déterminants de la santé ainsi que du contexte socio-économique.

La santé mentale ne fonctionne pas seulement de manière "non intégrée", aujourd'hui : elle ne tient pas non plus assez compte du contexte de vie du patient. La santé mentale est conçue de manière trop isolée. Et pourtant, il est indispensable pour envisager un rétablissement que, outre les soins médicaux, les déterminants de la santé soient intégrés dans le processus de soins. Songeons par exemple à l'accueil scolaire, à l'aspect relatif au bien-être, mais aussi, par exemple, au développement culturel et au sport.

Plus largement encore, le contexte socio-économique, l'état de santé mentale des parents, des défaillances sur le plan éducatif peuvent influencer négativement le développement mental et/ou la santé mentale des enfants et adolescents.

o POINTS DE DÉPART D'UNE NOUVELLE POLITIQUE DE SANTÉ MENTALE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT.

La nouvelle politique de santé mentale doit s'appuyer sur un certain nombre de points de départ qui peuvent être déduits des motifs pour élaborer une nouvelle politique.

1. Il est clair qu'une politique de la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent doit partir d'une approche globale de toutes les composantes des soins.

1. Een ontoereikend aanbod versus de behoeften.

Vooreerst bestaat er een consensus om te stellen dat het huidige aanbod onvoldoende is om de behoeften te dekken. Bepaalde regio's vertonen een tekort aan voorzieningen. De prevalentie van aandoeningen bij kinderen en jongeren is bovendien vrij hoog : dit kan worden afgeleid uit het feit dat meer dan de helft van de consultaties in de geestelijke gezondheidszorg betrekking heeft op kinderen.

Tevens dient gesignaleerd dat de spreiding van het aanbod zeer verschillend is, waardoor de toegankelijkheid niet steeds voldoende gewaarborgd is ! Het is dan ook noodzakelijk het huidige aanbod te inventariseren en te peilen naar de behoeften op grond van objectieve criteria gestoeld op onderzoek en internationale referenties.

Aanvullend moet opgemerkt worden dat de prevalentie van psychiatrische problemen onderschat wordt. De latente, niet gekende en vaak zelfs verborgen stoornissen, hebben voor gevolg dat behandelingen laattijdig worden aangevat waardoor deze complexer, moeilijker en meer langdurig worden.

Het aanbod aan zorg, inzonderheid voor kinderen en jongeren, is nog onvoldoende gedifferentieerd, waardoor niet steeds de meest geëigende zorg kan worden aangeboden. We denken hierbij inzonderheid aan crisis- en urgentiesituaties, maar ook aan meer langdurige zorg voor kinderen en jongeren.

Bij de vaststelling van de behoeften wordt vandaag onvoldoende rekening gehouden met de geografische context. De stedelijke problematiek vergt een specifieke benadering die anders is dan in meer landelijke of semistedelijke gebieden.

Het ontoereikend aanbod vertaalt zich in wachtlijsten. Deze wachtlijsten zijn niet geïdentificeerd zodat hiermee ook geen rekening kan worden gehouden bij de vaststelling van de behoeften.

2. De niet geïntegreerde werking van de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren.

Het gezondheidszorgsysteem werkt vandaag onvoldoende op een geïntegreerde wijze. De verschillende voorzieningen fungeren nog te dikwijls onafhankelijk van elkaar, wat voor gevolg heeft dat de zorgen niet steeds naadloos op elkaar aansluiten. Hierdoor wordt evenmin continuïteit van zorg gegarandeerd, wat gevolgen kan hebben op de ontwikkeling van de behandeling. Het niet geïntegreerd werken geldt zowel op het niveau van de beroepsbeoefenaars als op het niveau van het beheer van de instellingen en diensten.

Het niet geïntegreerd werken heeft voor gevolg dat de patiënt niet steeds wordt behandeld daar waar hij zou moeten behandeld worden. Een onvoldoende gedifferentieerd aanbod, zoals hierboven reeds werd aangegeven draagt ook bij tot het ontstaan van dit soort situaties. Vandaag worden patiënten nog al te zeer gehospitaliseerd, daar waar een behandeling in het thuismilieu veel efficiënter zou kunnen zijn. Ook dit aspect van de niet geïntegreerde werking kan voor gevolg hebben dat het resultaat van de verzorging uitblijft en/of dat herval gebeurt. Anderzijds kan een hospitalisatie noodzakelijk zijn zonder dat de patiënt de zorgen krijgt die hij zou moeten krijgen, wat uiteraard ook een impact kan hebben op de duur (en/of continuïteit) van de behandeling.

Het niet geïntegreerd werken tussen preventieve en curatieve zorg is eveneens te betreuren. Bij het conceptualiseren en implementeren van het zorgsysteem worden de beide zorgverleningsvormen vandaag afzonderlijk georganiseerd waardoor de geïntegreerde aanpak verre van verzekerd wordt.

3. De geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren houdt onvoldoende rekening met de gezondheidsdeterminanten en de socio-economische context.

De geestelijke gezondheidszorg werkt niet alleen "niet-geïntegreerd", ze houdt vandaag ook onvoldoende rekening met de leefwereld van de patiënt. De geestelijke gezondheidszorg is veel te geïsoleerd geconcipteerd. Om een herstel te kunnen realiseren is het onontbeerlijk dat, naast de medische zorg, de gezondheidsdeterminanten mee worden opgenomen in het verzorgingsproces. We denken hier bijvoorbeeld aan de schoolse opvang, het welzijnsaspect, de culturele ontwikkeling en de sport.

Breder nog kunnen de socio-economische context, de geestelijke gezondheidstoestand van de ouders en ontsporingen in de opvoeding, de mentale ontwikkeling en/of de geestelijke gezondheid van kinderen en jongeren negatief beïnvloeden.

o UITGANGSPUNTEN VOOR DE VERNIEUWING VAN HET GEESTELIJK GEZONDHEIDSBELEID VOOR KINDEREN EN JONGEREN.

Uit de motieven voor de vernieuwing van het geestelijk gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren kunnen een aantal uitgangspunten worden afgeleid die de basis dienen te vormen voor de vernieuwing van het beleid.

1. Het moet duidelijk zijn dat een geestelijk gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren moet uitgaan van een globale aanpak van alle zorgcomponenten.

C'est de ce principe de base que découle l'idée de travailler selon des programmes de soins réalisés par des circuits de soins, en réseaux. Toutes les formes de soins doivent être harmonisées afin de permettre une complémentarité et une continuité des soins.

2. L'approche est en principe générale. Certes, il est possible d'envisager des modules appropriés à des groupes cibles spécifiques.

3. Au sein du concept précité, la dimension 'détection précoce, prévention et promotion de la santé' est essentielle afin de pouvoir prévenir autant que possible les problèmes psychiques et d'éviter d'aboutir à un état de santé psychique critique du patient.

4. Dans la mesure du possible, il est capital que le patient soit traité dans son propre environnement afin que les facteurs liés à l'environnement soient pris en compte dans le traitement. Les soins à domicile doivent par conséquent occuper une place de premier plan dans la nouvelle politique de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent. Le rôle important des travailleurs de la santé de première ligne devra donc être mis en avant.

Les traitements de type hospitalier doivent être réservés aux cas aigus, pour lesquels un traitement à domicile n'est pas possible ou n'est pas souhaitable.

Il existe, en outre, un besoin de soins spécialisés mieux différenciés pouvant être dispensés à domicile, notamment en situation de crise ou d'urgence, mais également pour des soins de plus longue durée.

Dans un contexte d'approche globale et de décloisonnement des soins, le rôle des hôpitaux doit être repensé de manière fondamentale.

L'offre de structures, dans une approche intégrée, doit répondre à l'ensemble des besoins.

Certes, une approche différenciée entre les zones urbaines et les zones rurales est sans doute opportune à cet égard.

5. Lors du traitement, il faut tenir compte des déterminants de la santé pour donner un maximum de chances à la réintégration dans la société. Une concertation doit bien évidemment être menée à cette fin avec les autorités compétentes.

6. Dans la nouvelle approche, il faut aussi tenir compte du contexte socio-économique de façon à prêter suffisamment attention aux groupes à risque qui doivent avoir toutes les chances de bénéficier d'une bonne prise en charge.

7. La politique concerne les enfants et les adolescents et veillera à harmoniser la transition vers les soins pour adultes, notamment en lien avec les projets 107 là où ils existent.

o PHASES DE LA REALISATION DE LA NOUVELLE POLITIQUE RELATIVE À LA SANTE MENTALE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT.

La présente déclaration commune décrit la méthodologie qui sera utilisée pour permettre une nouvelle politique. La réalisation se déroulera en trois phases, chacune étant un jalon de l'itinéraire à parcourir.

Chacune de ces phases doit être approuvée par la Conférence interministérielle.

Une première phase verra l'élaboration de la nouvelle vision politique. Celle-ci, par analogie avec la politique relative aux adultes, se basera sur un guide. Ce guide comportera des accents spécifiques selon les compétences propres aux Communautés et aux Régions.

Le guide devra être présenté aux gouvernements respectifs.

Lors de l'élaboration de la vision politique, l'on tiendra compte des lignes d'action de l'Organisation mondiale de la santé à qui il sera demandé de jouer un rôle de soutien. Aussi, l'Organisation Mondiale de la Santé sera-t-elle invitée à faire part de ses réflexions sur l'approche décrite dans la présente déclaration commune.

Dans la deuxième phase, le guide servira de base au déploiement d'un plan qui traduira la vision politique en actions concrètes.

Enfin (phase 3), sur la base de la vision politique et du plan politique, des projets pilotes seront organisés sur le terrain.

Chaque phase se compose d'un certain nombre d'étapes à entreprendre.

Certaines peuvent, à première vue, paraître superflues et pourront être omises. Le plan d'approche exige cependant une mise à exécution intégrale. Certes, un certain nombre d'étapes pourraient, le cas échéant, être exécutées en parallèle.

Nous aborderons ci-après chacune des trois phases plus dans le détail.

Phase 1. Etapes de l'élaboration d'une politique de la santé mentale en tant qu'élément d'une politique de santé générale.

Uit dit basisprincipe vloeit het idee voort van het werken met zorgprogramma's gerealiseerd door zorgcircuits in netwerken. Alle zorgverleningsvormen moeten op elkaar worden afgestemd zodat een complementariteit en continuïteit van de zorg mogelijk wordt.

2. De aanpak is in beginsel algemeen. Wel kan overwogen worden om voor specifieke doelgroepen in geëigende modules te voorzien.

3. Binnen voormeld concept is de dimensie vroegdetectie, preventie en gezondheids promotie van essentieel belang, zodat psychische problemen zoveel als mogelijk kunnen worden voorkomen en uitmonden in een kritische geestelijke gezondheidssituatie van de patiënt.

4. In de mate van het mogelijke is het van belang dat de patiënt binnen zijn eigen omgeving wordt behandeld zodat bij de behandeling rekening wordt gehouden met de omgevingsfactoren. De thuiszorg dient derhalve een prominente plaats in te nemen in het vernieuwd geestelijk gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren. De belangrijke rol van de eerstelijnsgezondheidswerkers zal dus op de voorgrond moeten worden geplaatst.

Ziekenhuisbehandeling moet worden voorbehouden voor acute situaties waar thuisbehandeling niet mogelijk of niet wenselijk is.

Er is bovendien nood aan meer gespecialiseerde en beter gedifferentieerde zorg die aan de thuisomgeving kan worden aangeboden, inzonderheid voor crisis- en urgentiesituaties maar evenzeer voor meer langdurige zorg.

De rol van de ziekenhuizen dient, binnen een context van globale aanpak en ontschotting van de zorg, fundamenteel te worden herdacht.

Het aanbod aan voorzieningen moet, binnen een geïntegreerde aanpak, beantwoorden aan het geheel van de behoeften.

Hierbij is wellicht een gedifferentieerde aanpak tussen stedelijke en rurale gebieden aangewezen.

5. Bij de behandeling moet rekening worden gehouden met de gezondheidsdeterminanten zodat de kans op reïntegratie in het maatschappelijk leven maximaal is. Uiteraard dient hiervoor overleg te worden gepleegd met de hiervoor bevoegde overheden.

6. Binnen de vernieuwde aanpak moet ook rekening worden gehouden met de socio-economische context, zodat voldoende aandacht gaat naar risicogroepen die alle kansen om te genieten van een goede opvang moeten krijgen.

7. Het beleid beoogt zowel kinderen als jongeren. Er dient te worden over gewaakt dat de overgang naar de zorg voor volwassenen harmonieus verloopt en dit in relatie met de projecten 107 waar deze bestaan.

o MIJLPALLEN IN DE REALISATIE VAN DE VERNIEUWING VAN HET GEESTELIJK GEZONDHEIDSBELID VOOR KINDEREN EN JONGEREN.

De voorliggende Gemeenschappelijke Verklaring beschrijft de methodologie die zal worden gebruikt om een vernieuwd beleid mogelijk te maken. De realisatie zal in drie fasen verlopen, die telkens een mijlpaal in de af te leggen weg betekenen.

Deze mijlpalen dienen ieder door de Interministeriële Conferentie te worden goedgekeurd.

In mijlpaal 1 zal de vernieuwde beleidsvisie worden uitgewerkt. Dit zal, naar analogie met het beleid voor volwassenen, gebeuren op basis van een gids. Hierbinnen zullen, voor de bevoegdheden die eigen zijn aan de Gemeenschappen en Gewesten, eigen accenten kunnen worden gelegd.

De gids dient ook te worden voorgelegd aan de respectievelijke regeringen.

Bij het uitwerken van de beleidsvisie zal rekening worden gehouden met de beleidslijnen van de Wereld Gezondheidsorganisatie aan wie zal gevraagd worden of ze een ondersteunende rol kan spelen. In het licht hiervan zal de Wereld Gezondheidsorganisatie uitgenodigd worden reflecties te geven op de aanpak zoals omschreven in deze Gemeenschappelijke Verklaring.

In mijlpaal 2 zal op basis van de gids een plan worden ontvouwd, waarbij de beleidsvisie wordt vertaald in concrete acties.

Ten slotte zullen in mijlpaal 3 op basis van de beleidsvisie en het beleidsplan, pilootprojecten op het terrein worden georganiseerd.

Elke fase of mijlpaal bestaat uit een aantal te ondernemen stappen.

Een aantal stappen kunnen op het eerste gezicht overbodig lijken en dus weggelaten worden. Het plan van aanpak vergt evenwel een volledige uitvoering. Wel zou men eventueel een aantal stappen parallel kunnen uitvoeren.

Hieronder gaan we dieper in op ieder van de drie mijlpalen.

Mijlpaal 1. Stappen voor de ontwikkeling van een geestelijk gezondheidszorgbeleid als onderdeel van een algemeen gezondheidsbeleid.

Etape 1. Collecter les informations et les données nécessaires à l'élaboration de la politique.

L'élaboration d'une politique de la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent nécessite de connaître :

1. la prévalence des problèmes de santé mentale chez les enfants et les adolescents;
2. leurs besoins qui sont intimement liés aux stades de leur développement;
3. l'identification des ressources financières et humaines disponibles;
4. la manière effective dont les soins sont organisés ainsi que les représentations, opinions et attitudes des professionnels de la santé dans le cadre de la résolution des problèmes de santé.

Degré de réalisation : le groupe de travail intercabinets 'taskforce Soins de santé mentale' a procédé à une ébauche d'inventaire des données, mais a ensuite confié cette mission au groupe de travail permanent 'psychiatrie' du Conseil national des Etablissements hospitaliers.

Le groupe de travail permanent 'psychiatrie' du Conseil national des Etablissements hospitaliers a déclaré que cette étape est en partie réalisée, mais a ajouté qu'il y a encore des lacunes qui devront être comblées en collaboration avec les Communautés et les Régions.

Calendrier : dans les six semaines qui suivent l'élaboration de la déclaration commune sur la méthode de travail à suivre.

Etape 2. Rassembler les faits observés en vue de l'élaboration de stratégies efficaces.

Cette étape consiste à élaborer un cadastre de l'offre et, à partir de l'analyse de ce cadastre, à déterminer les stratégies efficaces.

Les projets en cours peuvent fournir des informations importantes sur la nature des interventions, mais peuvent aussi signaler des facteurs critiques de succès.

Le comité de rédaction étudiera des modèles étrangers afin d'intégrer les éléments exploitables dans le modèle à développer dans notre pays.

Degré de réalisation : cette information, partiellement disponible, doit être complétée. Elle sera mise en commun et fera l'objet d'une communication mutuelle.

Calendrier : une part importante de cette information doit pouvoir être collectée en coopération avec les Communautés et Régions dans les six semaines qui suivent l'approbation de la déclaration commune.

Etape 3 : Lancement du comité de rédaction.

Le comité de rédaction se compose de représentants des instances suivantes :

- pour le groupe de travail permanent 'psychiatrie' du Conseil national des Etablissements hospitaliers : Ann Moens, Denis Henrard, Raf De Rycke, Annick Lampo et Stéphane Hoyoux.
- pour la Flandre : Bart Van Hoof, Isabel Moens et Greet Van Humbeek.
- pour la Commission communautaire française et la Commission communautaire commune : Philippe Henry de Generet ou Martine Staquet, Sophie Verhaegen ou Dominique Segue.
- pour la Région wallonne : Brigitte Bouton et Sophie Vilain XIII.
- pour la Communauté française : Yolande Husden.
- pour la Communauté germanophone : Alfred Velz et Benoît Post.

Outre les représentants précités, siégeront également dans le comité de rédaction : un représentant du ministre fédéral, le coordinateur national du projet art. 107 pour adultes, le chef du service des soins de santé psychosociaux de la DG1 du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, et le directeur général de la DG1 qui présidera le comité de rédaction.

Le comité de rédaction peut faire appel à des experts pour mettre au point certains passages, au sein des groupes de rédaction ad hoc composés à cet effet par le comité de rédaction. A cette fin, le comité de rédaction peut, sans exclusive ni restriction, faire appel aux acteurs du terrain (par exemple les plates-formes de concertation en santé mentale, le CRéSaM : centre de référence en santé mentale,...).

A partir des informations collectées aux étapes 1 et 2, un premier chapitre du guide pourra être rédigé et discuté lors de la première réunion du comité de rédaction.

Stap 1. Informatie en gegevens verzamelen die nodig zijn voor de ontwikkeling van het beleid.

De ontwikkeling van een beleid inzake geestelijke gezondheid van kinderen en adolescenten vereist een kennis over :

1. de prevalentie van mentale gezondheidsproblemen bij kinderen en adolescenten;
2. hun behoeften die nauw verwant zijn aan de ontwikkelingsstadia;
3. de identificatie van de personele en financiële middelen die beschikbaar zijn;
4. de effectieve wijze waarop de zorg is georganiseerd, alsook over het beeld, de opinies en attitudes van gezondheidswerkers in het kader van het oplossen van gezondheidsproblemen.

Realisatiegraad : de 'Taskforce geestelijke gezondheidszorg' heeft een eerste begin van inventarisatie van gegevens gemaakt maar heeft dan de taak doorgegeven aan de permanente werkgroep 'psychiatrie' van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen.

De permanente werkgroep 'psychiatrie' van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen gaf aan dat deze stap deels vervolledigd is maar stelde ook dat er nog wat lacunes zijn die samen met de Gemeenschappen en Gewesten moeten aangevuld worden.

Timing : binnen de zes weken na de totstandkoming van de Gemeenschappelijke Verklaring over de te volgen werkwijze.

Stap 2. Feiten verzamelen die voor de ontwikkeling van effectieve strategieën belangrijk zijn.

Deze stap bestaat uit de totstandkoming van een kadaster van het aanbod en uit het bepalen van effectieve strategieën op basis van de analyse van het kadaster.

Bestaande projecten kunnen belangrijke informatie opleveren inzake de aard van interventies maar kunnen ook kritische succesfactoren aangeven.

Het redactiecomité zal buitenlandse modellen onderzoeken teneinde bruikbare elementen te integreren in het te ontwikkelen model voor ons land.

Realisatiegraad : deze gedeeltelijk beschikbare informatie moet worden vervolledigd. Zij zal worden gebundeld en het voorwerp uitmaken van een gezamenlijke communicatie.

Timing : een belangrijk deel moet kunnen verzameld worden samen met de Gemeenschappen en Gewesten binnen de zes weken na de goedkeuring van de gemeenschappelijke verklaring.

Stap 3. Start van het redactiecomité.

Het redactiecomité bestaat uit vertegenwoordigers van de volgende instanties :

- voor de permanente werkgroep 'psychiatrie' van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen : Ann Moens, Denis Henrard, Raf De Rycke, Annick Lampo en Stéphane Hoyoux.
- voor Vlaanderen : Bart Van Hoof, Isabel Moens en Greet Van Humbeek.
- voor de Franse Gemeenschapscommissie en de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie : Philippe Henry de Generet of Martine Staquet, Sophie Verhaegen of Dominique Segue.
- voor het Waals Gewest : Brigitte Bouton en Sophie Vilain XIII.
- voor de Franse Gemeenschap : Yolande Husden.
- voor de Duitstalige Gemeenschap : Alfred Velz en Benoît Post.

Naast voormelde vertegenwoordigers zullen ook zetelen in het redactiecomité : een vertegenwoordiger van de nationale minister, de nationale coördinator van het project art. 107 voor volwassenen, het diensthoofd Psychosociale gezondheidszorg van DG1 van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketel en Leefmilieu en de directeur-generaal van DG1 die het redactiecomité zal voorzitten.

Het redactiecomité kan beroep doen op experten om bepaalde passages uit te schrijven, binnen schrijfgroepen die daartoe door het redactiecomité worden samengesteld. Het redactiecomité kan hiervoor zonder uitsluiting en beperking beroep doen op de actoren van het terrein (bijvoorbeeld de overlegplatforms van de geestelijke gezondheid, het CRESAM = centre de référence et d'appui en santé mentale,...).

Op basis van de informatie verzameld in de stappen 1 en 2 kan men een eerste hoofdstuk van de gids schrijven en dit op de eerste vergadering van het redactiecomité bespreken.

Calendrier : le comité de rédaction devra avoir commencé début 2013.

Etape 4. Contacter d'autres pays.

Des consultations internationales et des visites sur place peuvent contribuer à l'élaboration de la politique. Ces contacts internationaux sont importants lorsqu'il s'agit de pays qui ont des similitudes en ce qui concerne le niveau de développement économique, l'organisation du système de santé et les dispositions prises par les pouvoirs publics.

Les organisations professionnelles nationales et internationales peuvent jouer un rôle et ont une importance capitale en apportant leur contribution et en favorisant le travail en réseau. Le siège ainsi que les bureaux régionaux de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) facilitent ce type de contact avec d'autres pays.

Degré de réalisation : le soutien de l'OMS doit être demandé. Dans ce contexte, le directeur général de la DG Organisation des établissements de soins a d'ores et déjà chargé son administration de solliciter l'appui nécessaire de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) pour entamer des visites et une concertation internationale.

Calendrier : les contacts internationaux devront avoir lieu dans les six à huit premiers mois d'activité du comité de rédaction.

Etape 5. Définir une vision globale, des valeurs, des principes et des objectifs de la politique.

Au cours de cette étape, il importe de se baser sur les étapes précédentes et sur l'avis du Conseil national des établissements hospitaliers pour définir le modèle fonctionnel. Ce modèle permet de tenir compte des différents besoins et des acteurs et collaborations déjà présents dans les différentes régions. Ce modèle, à l'instar du modèle fonctionnel pour les adultes, devra être global et intégré. En d'autres termes, il définira, d'une part, toutes les fonctions nécessaires qu'une région doit organiser, et, d'autre part, l'importance d'une coopération intersectorielle via le travail en réseau.

Degré de réalisation : ces différentes parties peuvent être définies dans le cadre de groupes de rédaction, par des membres du comité de rédaction et/ou des experts désignés par le comité de rédaction.

Calendrier : pour la réalisation de cette étape, le comité de rédaction doit prévoir quatre à six mois.

Etape 6. Identifier les différents chapitres qui seront développés dans le guide et qui sont importants pour le lancement des projets pilotes, et déterminer les priorités pour l'exécution de ces chapitres.

A ce stade, il est prématuré de déterminer avec précision le contenu du guide.

A titre d'exemple, les éléments suivants pourront être développés :

1. Introduction
 - a) Historique
 - b) Situation actuelle, évolution des soins en santé mentale pour enfants et adolescents
2. Plan stratégique

Une nouvelle offre; vision, valeurs et principes

 - a) Vision
 - b) Valeurs et principes
3. Objectifs généraux
 - a) Quel modèle mettre en place ?
 - b) Travail en réseau - coordination
 - * Définition du réseau; le partenariat, les ressources
 - * Déroulement de l'action
 - * Collaboration inter-sectorielle
4. Appel à projets
5. Suivi et soutien des projets
6. Programme de formations
7. Accompagnement scientifique et évaluation
8. Diffusion de l'information, plan de communication et logo
9. Aspects financiers et juridiques
10. Timing/Planification globale

Pour ces différents chapitres, des groupes de rédaction chargés de détailler les différents sujets peuvent être mis sur pied. Cela permettra également de réunir autour de la table des experts dans des domaines spécifiques.

Degré de réalisation : des membres du comité de rédaction ou des experts désignés par le comité de rédaction peuvent également participer à ces groupes de rédaction.

Calendrier : cette étape prendra aussi de quatre à six mois.

Timing : het redactiecomité dient begin 2013 te worden opgestart.

Stap 4. Contact opnemen met andere landen.

Internationaal overleg en plaatselijke bezoeken, kunnen een bijdrage leveren aan de ontwikkeling van het beleid. Deze buitenlandse contacten zijn belangrijk wanneer het landen zijn met een gelijkaardig niveau van economische ontwikkeling, organisatie van de gezondheidszorg en de stappen die door de overheden van deze landen werden gezet.

De nationale en internationale professionele organisaties kunnen een rol spelen en zijn door hun bijdrage van cruciaal belang. Ze kunnen ook de netwerking stimuleren. Het hoofdkantoor en de regionale kantoren van de « World Health Organization (WHO) » faciliteren dit type van contact met andere landen.

Realisatiegraad: aan de WHO dient de vraag voor ondersteuning te worden gesteld. In dit kader heeft de Directeur-generaal van het DG Organisatie Gezondheidszorgvoorzieningen, zijn administratie reeds opdracht gegeven de nodige ondersteuning van de « World Health Organization (WHO) » te vragen teneinde internationaal overleg en bezoeken op te starten.

Timing : de internationale contacten dienen binnen de eerste zes à acht maanden van de werking van het redactiecomité plaats te hebben.

Stap 5. Een globale visie, waarden, beginselen en doelstellingen van het beleid dienen te worden ontwikkeld.

Tijdens deze fase is het belangrijk om, op basis van de voorgaande stappen en het advies van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, het kader en het functioneel model te omschrijven. Dit model laat toe om rekening te houden met de verschillende behoeften en reeds aanwezige actoren en samenwerking binnen de verschillende regio's. Dit model, dient zoals het functioneel model voor volwassenen, globaal en integraal te zijn. Dit wil zeggen dat er een omschrijving wordt gegeven van alle noodzakelijke functies die een regio dient te organiseren enerzijds en het belang van intersectorale samenwerking via netwerking anderzijds.

Realisatiegraad : deze verschillende onderdelen kunnen worden geschreven in schrijfgroepen door leden van het redactiecomité en/of door experts die het redactiecomité aanduidt.

Timing : het redactiecomité dient voor de realisatie van deze stap vier à zes maanden uit te trekken.

Stap 6. Het Identifieren van de verschillende hoofdstukken die verder in de gids worden ontwikkeld en die belangrijk zijn voor het kunnen opstarten van proefprojecten evenals het bepalen van prioriteiten voor de uitvoering van deze hoofdstukken.

Momenteel is het voorbarig om in detail de inhoud van de gids te bepalen.

Bij wijze van voorbeeld zouden de volgende elementen kunnen worden uitgewerkt :

1. Inleiding
 - a) Historiek
 - b) Huidige situatie, ontwikkeling van geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren
2. Strategisch plan

Een nieuw aanbod; visie, waarden en principes

 - a) Visie
 - b) Waarden en principes
3. Algemene doelstellingen
 - a) Welk model realiseren ?
 - b) Netwerking - coördinatie
 - * Definitie van het netwerk; partners, middelen
 - * Verloop van de actie
 - * Intersectoriële samenwerking
4. Projectoproep
5. Opvolging en ondersteuning van projecten
6. Vormingsprogramma
7. Wetenschappelijke begeleiding en evaluatie
8. Informatieverspreiding, communicatieplan en logo
9. Financiële en juridische aspecten
10. Timing/algemene planning

Voor deze verschillende hoofdstukken kunnen schrijfgroepen opgericht worden waarin de verschillende onderwerpen worden uitgewerkt. Op die manier kan ook specifieke expertise rond de tafel gebracht worden.

Realisatiegraad : ook aan deze schrijfgroepen kunnen leden van het redactiecomité participeren of experts die het redactiecomité aanduidt.

Timing : Deze stap zal vier à zes maanden in beslag nemen.

Etape 7. Identifier les principaux rôles des différents secteurs et partenaires.

Il est essentiel que toutes les parties prenantes et tous les secteurs soient conscients de leurs rôles. La répartition des tâches doit être claire (qui fait quoi ?) et qui assume le rôle de garant dans le travail en réseau.

Phase 2. Elaboration d'un plan relatif à la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent.

Après l'élaboration d'une politique de santé mentale et l'adoption du guide par la Conférence interministérielle Santé publique, la phase suivante consiste à concevoir un plan de mise en œuvre de la vision stratégique. Le guide sert donc de base à l'élaboration de ce plan.

Un plan est un ensemble de stratégies qui représentent les lignes d'action permettant d'atteindre les objectifs politiques pour une population donnée.

Calendrier : l'élaboration d'un tel plan demandera, selon estimation, six mois. A cet égard, l'on prêtera l'attention nécessaire à l'établissement d'un bon plan de communication.

Etape 1. Déterminer les stratégies et les délais.

Il peut être fait référence ici à l'exercice réalisé par l'équipe de recherche dans le cadre de la réforme pour adultes.

Une liste de stratégies est établie pour chaque item décrit à l'étape 6 de la phase 1 et sur lequel des groupes de rédaction ad hoc ont travaillé. Sur cette liste, 2 à 3 stratégies sont finalement sélectionnées. Ensuite, un délai est fixé par stratégie et il est précisé comment mettre en œuvre la stratégie. La définition de la liste de stratégies peut éventuellement déjà être intégrée dans les travaux des groupes de rédaction ad hoc tels que mentionnés à l'étape 6 du développement de la vision stratégique (cf. phase 1).

Les modalités de mise en œuvre de la stratégie sont traduites au moyen d'indicateurs et d'objectifs, les activités principales sont présentées et les coûts y afférents sont précisés (voir étapes 2, 3 et 4).

Etape 2. Indicateurs et buts.

Chaque stratégie doit aller de pair avec un ou plusieurs buts qui définissent le résultat attendu de la stratégie. Les indicateurs permettent de déterminer le niveau de réalisation d'un but.

Ces indicateurs seront fixés suivant les principes SMART¹. Ils seront établis d'une manière intégrée, facilement compréhensible et utilisable, et seront limités en quantité. Des leçons importantes seront tirées du monitoring et des résultats de l'évaluation.

Etape 3. Identifier les actions principales.

Quelles sont les actions nécessaires à quelle stratégie ?

Pour y répondre, il faut se poser les questions suivantes :

Qui en est garant ? Combien de temps cela prendra-t-il ? Quels sont les résultats attendus ? Quels sont les obstacles ou les contretemps potentiels qui pourraient freiner la réalisation de chaque action ?

Etape 4. Préciser les coûts, identifier les ressources disponibles et indispensables, et élaborer le budget.**Phase 3. Mise en œuvre des politiques et des plans en matière de soins de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent.****Etape 1. Diffuser la politique.**

La politique formulée sera publiée dans un guide et diffusée aussi largement que possible. Un plan de communication sera établi. L'organisation d'une journée d'information nationale, par analogie avec la réforme pour les adultes, est une bonne occasion pour démarrer.

Après approbation et signature du guide par la Conférence interministérielle Santé publique, l'autorité fédérale et les Communautés et Régions concernées prendront des initiatives en vue d'informer et de sensibiliser les ministres compétents dans d'autres secteurs (enseignement, logement, bien-être,...) à également intégrer des points d'action dans leurs domaines politiques respectifs.

Etape 2. Mobiliser l'appui des pouvoirs politiques et le financement nécessaire.

Aucune politique ou plan, même s'il est bien conçu et bien documenté, ne peut réussir sans l'appui des pouvoirs politiques et un financement conforme à ses objectifs.

Cet appui politique des différents ministres compétents pour la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent est garanti par l'adoption des trois phases en Conférence interministérielle Santé publique.

Par ailleurs, ces ministres sont aussi représentés dans le comité de rédaction créé pour élaborer le guide.

Stap 7. De belangrijkste rollen van de verschillende sectoren en partners dienen te worden omschreven.

Het is essentieel dat alle belanghebbenden en alle sectoren bewust zijn van hun respectievelijke rol. De taakverdeling moet duidelijk zijn (wie doet wat ?) evenals wie garant moet staan voor de netwerking.

Mijlpaal 2. Het ontwikkelen van een plan voor de geestelijke gezondheid van kinderen en jongeren.

Na de ontwikkeling van het beleid inzake geestelijke gezondheid en de goedkeuring van de gids door de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid wordt in een volgende stap een plan uitgewerkt ter uitvoering van de beleidsvisie. De ontwikkeling van een dergelijk plan gebeurt dus op basis van de gids.

Een plan is een geheel van strategieën die de beleidslijnen weergeven en die het mogelijk maken om de beleidsdoelstellingen van een bepaalde populatie te bereiken.

Timing : De ontwikkeling van een dergelijk plan zal naar schatting 6 maanden in beslag nemen. Hierbij dient ook aandacht besteed te worden aan het opstellen van een goed communicatieplan.

Stap 1. De te volgen strategieën en tijdschema dienen te worden geïdentificeerd.

Hiervoor kan verwezen worden naar de oefening die de onderzoeksequipe deed in het kader van de hervorming voor volwassenen.

Voor elk item dat beschreven werd in stap 6 van mijlpaal 1 en waarrond schrijfgroepen hebben gewerkt, wordt een lijst van strategieën opgesteld. Binnen deze lijst worden uiteindelijk 2 tot 3 strategieën geselecteerd. Vervolgens wordt per strategie een tijdslimiet bepaald en wordt aangegeven hoe die strategie wordt geïmplementeerd. De omschrijving van de lijst van strategieën kan eventueel al geïntegreerd worden in de werkzaamheden van de schrijfgroepen zoals vermeld in stap 6 van de ontwikkeling van de beleidsvisie (zie mijlpaal 1).

De vertaling van de wijze waarop de strategie wordt uitgevoerd gebeurt aan de hand van indicatoren en doelstellingen, de voornaamste activiteiten en de hiermee gepaard gaande kosten (zie stappen 2, 3 en 4).

Stap 2. Indicatoren en doelen.

Elke strategie moet hand in hand gaan met één of verschillende doelen die de uitkomst van de strategie bepalen. Indicatoren maken het mogelijk om de mate waarin de doelstelling wordt gerealiseerd te bepalen.

Deze indicatoren worden vastgelegd volgens de SMART² principes. Zij worden opgemaakt op een geïntegreerde, gemakkelijk te begrijpen en te gebruiken wijze, en worden in hoeveelheid beperkt. Belangrijke lessen zullen getrokken worden uit de monitoring en uit de resultaten van de evaluatie.

Stap 3. Identificeer de belangrijkste acties.

Welke acties zijn er nodig voor welke strategie ?

Om een antwoord hierop te formuleren worden vragen gesteld zoals :

Wie staat borg voor wat ? Hoe lang zal het duren ? Wat zijn de verwachte resultaten ? Wat zijn de mogelijke belemmeringen of tegenlagen die de uitvoering van elke actie in de weg staan ?

Stap 4. Identificeren van de kosten, de beschikbare en noodzakelijke middelen en de ontwikkeling van het budget.**Mijlpaal 3. Uitvoering van het beleid en de plannen voor de geestelijke gezondheidszorg van kinderen en jongeren.****Stap 1. Het geformuleerde beleid verspreiden.**

Het geformuleerde beleid wordt gepubliceerd in een gids en zo ruim mogelijk verspreid. Een communicatieplan zal worden opgesteld. De organisatie van een nationaal informatiedag is, naar analogie met de hervorming voor volwassenen, een goed kick-off moment.

Na goedkeuring en ondertekening van de gids door de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid zullen de federale overheid en de betrokken gemeenschappen en gewesten initiatieven nemen om Ministers die bevoegd zijn in andere domeinen dan de zorg, die integratie moeten mogelijk maken (onderwijs, huisvesting, welzijn,...), te informeren en te sensibiliseren om ook actiepunten in hun respectievelijke beleidsdomeinen op te nemen.

Stap 2. Bevestig de steun van de politieke overheden alsook de noodzakelijke financiering.

Geen enkel beleid of plan, zelfs als het goed is ontworpen en gedocumenteerd, kan slagen zonder de steun van de politieke overheden en de financiering die noodzakelijk is om haar doelstellingen te verwezenlijken.

Deze politieke steun van de verschillende ministers bevoegd voor de geestelijke gezondheid van kinderen en jongeren wordt gegarandeerd door de goedkeuring van de 3 mijlpalen in de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid.

Bovendien worden deze ministers vertegenwoordigd in het redactiecomité dat werd opgericht voor het tot stand komen van de gids.

Comme mentionné plus haut, il est souhaitable que le guide, une fois approuvé par la Conférence interministérielle Santé publique, soit également soumis aux différents gouvernements, tant fédéral que communautaires et régionaux.

Etape 3. Mettre sur pied une structure de soutien.

La mise en œuvre d'une politique et d'un plan relatifs à la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent nécessite la participation de nombreuses personnes possédant des connaissances étendues.

On peut en partie faire appel à l'expérience acquise dans le cadre de la réforme pour les adultes. Dans ce contexte, la désignation d'un coordinateur fédéral constitue une aide non négligeable. Il conviendrait également de désigner un coordinateur par Communauté et Région.

De même, une expertise importante en matière de planification et d'exécution de la politique peut être retirée des expériences avec les adultes.

Etape 4. Créer des projets pilotes dans les zones d'expérimentation.

L'organisation de projets pilotes dans des zones d'expérimentation peut être utile pour :

- tester le modèle fonctionnel;
- avoir un rôle d'émulation et servir d'exemple pour d'autres régions.

Etape 5. Mobiliser les prestataires de services et optimaliser la coordination.

Les chances de réussite de la mise en œuvre du plan augmenteront si les institutions concernées se sentent mobilisées et soutenues sur le plan de l'information, des connaissances, du soutien continu et des ressources humaines et financières.

Ces institutions doivent à leur tour rendre des comptes à intervalles réguliers quant à l'exécution et au suivi du plan stratégique.

Une première étape dans ce processus consiste à identifier les personnes, les équipes ou les organisations du secteur de la santé ou d'autres secteurs qui seront responsables de la mise en œuvre du programme. Tous les secteurs ont un rôle à jouer aussi bien pour le bien-être actuel que pour le bien-être futur de ces jeunes.

Dans le cadre de la réforme des soins en santé mentale de l'adulte, cette identification a été laissée aux projets pilotes moyennant réajustements lors des périodes d'évaluation quand il était constaté qu'il n'y avait pas suffisamment de responsables identifiés. Des rapports périodiques étaient également demandés. Enfin, le coordinateur fédéral visite régulièrement les projets sur le terrain.

Parallèlement à cela, une collaboration intersectorielle permanente avec d'autres partenaires est aussi un élément important. Le rôle des coordinateurs de réseaux dans les différents projets pilotes est incontournable à cet égard.

Calendrier récapitulatif.

Ci-dessous un calendrier offrant un récapitulatif de la planification dans le temps de la réalisation de la nouvelle politique de la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent.

Zoals hierboven reeds werd aangegeven is het wenselijk dat de gids, na goedkeuring op de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid, eveneens wordt voorgelegd aan de verschillende regeringen, zowel op federaal vlak als op het niveau van de diverse gemeenschappen en gewesten.

Stap 3. Ontwikkeling van een ondersteunende structuur.

De implementatie van een beleid en de realisatie van een plan met betrekking tot de geestelijke gezondheid van kinderen en jongeren vereist deelname van veel mensen met uiteenlopende kennis.

Men kan deels beroep doen op de ervaring die men heeft in het kader van de hervorming voor volwassenen. In dit kader is de aanduiding van een federaal coördinator een belangrijke ondersteuning. Het is ook wenselijk dat er een coördinator wordt aangeduid per gemeenschap en gewest.

Ook op basis van ervaringen met de volwassenen kan veel expertise gehaald worden in de planning en de beleidsuitvoering.

Stap 4. Creëren van proefprojecten in experimentele gebieden.

Pilootprojecten die in experimentele gebieden worden opgestart zijn nuttig omwille van :

- het uittesten van het functioneel model;
- trekker en voorbeeldfunctie zijn voor andere regio's.

Stap 5. Empoweren van dienstverleners en optimaliseren van de coördinatie.

De kans op een succesvolle implementatie van het plan neemt toe naarmate de instellingen zich ook gemachtigd en ondersteund voelen op het niveau van informatie, kennis, continue steun en financiële en personele middelen.

Zij moeten ook op hun beurt op regelmatige basis verantwoording geven over de uitvoering en de opvolging van het beleidsplan.

Een eerste stap in dit proces is het identificeren van individuen, teams of organisaties in de sector van de gezondheid of andere sectoren die verantwoordelijk zijn voor de uitvoering van het programma. Alle sectoren hebben een rol te spelen voor zowel de huidige als voor het toekomstige welzijn van deze jonge mensen.

Deze identificatie werd in de hervorming voor de doelgroep volwassenen overgelaten aan de pilootprojecten zelf en daarin gestuurd in de evaluatiemomenten wanneer werd vastgesteld dat dit onvoldoende was. Een rapportage wordt ook op regelmatige basis gevraagd. Tot slot is er ook de federale coördinator die regelmatig bezoeken brengt aan de projecten op het terrein.

Daarnaast is ook een intersectorale samenwerking met andere partners op een permanente basis belangrijk. De rol van netwerkcoördinatoren in de verschillende proefprojecten is hierin onmisbaar.

Samenvattende tijdstabel.

Hieronder volgt een tijdstabel die een overzicht biedt van de planning in de tijd voor het tot stand komen van het vernieuwd beleid van geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren

Ligne du temps		2012		2013												2014												2015			
		11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2		
Approbation Déclaration conjointe	x																														
Étapes du développement d'une politique en SSM																															
Collecter les informations et données	étape 1																														
Rassembler les faits	étape 2																														
Lancement du comité de rédaction	étape 3																														
Contact d'autres pays	étape 4																														
Démarrage des groupes d'écriture																															
Vision globale, des valeurs, des principes et des objectifs	étape 5																														
Identifier les chapitres + priorités pour l'exécution	étape 6																														
Identifier les principaux rôles et responsabilités	étape 7																														
Rédaction finale et remise des différents guides																															
Signature des guides par la CIM																															
Élaboration d'un plan																															
Déterminer les stratégies et les délais	étape 1																														
Indicateurs et buts	étape 2																														
Identifier les activités principales	étape 3																														
Préciser les coûts	étape 4																														
Mise en œuvre des politiques et des plans																															
Diffuser la politique	étape 1																														
(Kick off)																															
(informer et sensibiliser les ministres d'autres domaines)																															
Appui des pouvoirs politiques et le financement nécessaire	étape 2																														
(soumettre aux différents gouvernements)																															
Développer une structure de soutien	étape 3																														
(désignation d'un coordinateur fédéral)																															
(désignation d'un coordinateur par Communauté/Région)																															
Créer des projets pilotes dans les zones d'expérimentation	étape 4																														
(appel et sélection)																															
(approbation CIM)																															
(démarrage des projets pilotes)																															
Responsabiliser les prestataires de services et optimiser la coordination	étape 5																														

Tijdslijn		2012		2013												2014												2015			
		11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2		
Goedkeuring gemeenschappelijke verklaring	x																														
Stappen voor de ontwikkeling van een GGZ-beleid																															
Informatie en gegevens verzamelen	stap 1																														
Feiten verzamelen	stap 2																														
Opstart redactiecomité	stap 3																														
Contact opnemen met andere landen	stap 4																														
Start schrijfgroepen																															
Globale visie, waarden, beginselen en doelstellingen	stap 5																														
Identificeren hoofdstukken + prioriteiten uitvoering	stap 6																														
Omschrijven rollen en verantwoordelijkheden	stap 7																														
Eindredactie en oplevering verschillende gidsen																															
Ondertekening gidsen door de IMC																															
Ontwikkelen van een plan																															
Identificatie van de te volgen strategieën	stap 1																														
Indicatoren en doelen	stap 2																														
Identificatie van de belangrijkste activiteiten	stap 3																														
Identificatie van kosten	stap 4																														
Uitvoering van het beleid en de plannen																															
Verspreiden van het geformuleerde beleid	stap 1																														
(Kick off)																															
(informer en sensibiliseren Ministers andere domeinen)																															
Steun van overheden en noodzakelijke financiering	stap 2																														
(Voorleggen aan verschillende regeringen)																															
Ontwikkeling van een ondersteunende structuur	stap 3																														
(aanstelling federale coördinator)																															
(aanstelling coördinator per Gemeenschap/Gewest)																															
Creëren van proefprojecten in experimentele gebieden	stap 4																														
(oproep en selectie)																															
(goedkeuring IMC)																															
(Start proefprojecten)																															
Empoweren dienstverleners en optimaliseren coördinatie	stap 5																														

Ainsi conclu à Bruxelles, le 10 décembre 2012.

Pour l'Etat fédéral :

La Vice-Première Ministre
et Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,
chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales,
Mme L. ONKELINX

Aldus overeengekomen te Brussel, op 10 december 2012.

Voor de Federale Staat :

Vice-Eerste Minister
en Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,
belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen,
Mevr. L. ONKELINX

Voor de Vlaamse Gemeenschap en het Vlaams Gewest :

De Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin,
J. VANDEURZEN

Pour la Région Wallonne :

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

Pour la Communauté française :

La Ministre de la Culture, de l'Audiovisuel, de la Santé et de l'Egalité des Chances,
Mme F. LAANAN,

Pour la Commission communautaire française de Bruxelles-Capitale :

Le Membre du Collège de la Commission communautaire française (COCOF), chargé de la Fonction publique, de la Politique de la Santé et de la Formation professionnelle des Classes moyennes,
B. CEREXHE

Pour la Commission communautaire commune de Bruxelles-Capitale :

Le Membre du Collège réuni de la Commission communautaire commune (COCOM), chargé de la Politique de la Santé, des Finances, du Budget et des Relations extérieures,
G. VANHENGEL

Le Membre du Collège réuni de la Commission communautaire commune (COCOM), chargé de la Politique de la Santé et de la Fonction publique,
B. CEREXHE

Voor de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie van Brussel-Hoofdstad :

Het Lid van het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (COCOM), belast met Gezondheidsbeleid, Financiën, Begroting en Externe Betrekkingen,
G. VANHENGEL

Het Lid van het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (GGC), belast met Gezondheidsbeleid en Openbaar Ambt,
B. CEREXHE

Für die Deutschsprachige Gemeinschaft :

Pour la Communauté germanophone :
Minister für Familie, Gesundheit und Soziales,
Ministre de la Famille, de la Santé et des Affaires sociales,
H. MOLLERS

Notes

- 1 = Spécifique, Mesurable, Acceptable, Réaliste, lié au Temps.
2 = Specifiek, Meetbaar, Aanvaardbaar, Realistisch, Tijdgebonden.

Nota's

- 1 = Spécifique, Mesurable, Acceptable, Réaliste, lié au Temps.
2 = Specifiek, Meetbaar, Aanvaardbaar, Realistisch, Tijdgebonden.

SERVICE PUBLIC FEDERAL JUSTICE

[C - 2013/09027]

17 JANVIER 2013. — Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 10 août 2001 relatif à l'institution de sections dans les cours du travail, les tribunaux du travail, les tribunaux de commerce et les tribunaux de police

ALBERT II, Roi des Belges,

A tous, présents et à venir, Salut.

Vu le Code judiciaire, l'article 186, alinéa 2, remplacé par la loi du 11 juillet 1994, et alinéa 3;

Vu l'arrêté royal du 10 août 2001 relatif à l'institution de sections dans les cours du travail, les tribunaux du travail, les tribunaux de commerce et les tribunaux de police;

Considérant que la matière du règlement collectif de dettes a été transférée aux tribunaux du travail le 1^{er} septembre 2007;

Considérant qu'un nombre limité de magistrats, de greffiers et de membres du personnel judiciaire est responsable pour ces tribunaux du travail d'Ypres, de Furnes et de Courtrai (section de Courtrai et section de Roulers);

Considérant que l'organisation du règlement collectif de dettes nécessite dans chaque tribunal et section que les magistrats se tiennent de manière permanente en stand by pour prendre les ordonnances urgentes et les décisions dans une compétence qui exige un suivi constant, ce qui n'est plus possible à présent à la section Roulers du tribunal du travail de Courtrai;

Considérant que l'augmentation substantielle des demandes en règlement collectif de dettes et l'actuelle disponibilité limitée des effectifs, conduisent à ce que les demandes en règlement collectif de dettes introduites au tribunal du travail de Courtrai soient centralisées à la section de Courtrai dans un souci de fonctionnement plus efficace de la juridiction dans l'intérêt du justiciable;

Considérant que les avis du premier président de la Cour du travail de Gand du 5 décembre 2012, de l'auditeur du travail près le tribunal du travail de Courtrai, Ypres et Furnes du 30 novembre 2012 et du greffier en chef du tribunal du travail de Courtrai, Ypres et Furnes du 3 décembre 2012 sont favorables;

Vu les avis de l'Inspecteur des Finances, donnés le 20 décembre 2012 et le 21 décembre 2012;

Vu l'urgence motivée par la circonstance qu'aujourd'hui, seuls trois des sept magistrats prévus dans le cadre sont disponibles, de sorte que l'organisation normale du service sur quatre localités est devenue impossible et qu'une centralisation des requêtes en règlement collectif de dettes devant le tribunal du travail de Courtrai, section de Courtrai, s'impose sur-le-champ;

FEDERALE OVERHEIDSDIENST JUSTITIE

[C - 2013/09027]

17 JANUARI 2013. — Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 10 augustus 2001 betreffende de instelling van afdelingen in de arbeidshoven, de arbeidsrechtbanken, de rechtbanken van koophandel en de politierechtbanken

ALBERT II, Koning der Belgen,

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

Gelet op het Gerechtelijk Wetboek, artikel 186, tweede lid, vervangen bij de wet van 11 juli 1994, en derde lid;

Gelet op het koninklijk besluit van 10 augustus 2001 betreffende de instelling van afdelingen in de arbeidshoven, de arbeidsrechtbanken, de rechtbanken van koophandel en de politierechtbanken;

Overwegende dat de materie van de collectieve schuldenregeling overgedragen werd aan de arbeidsrechtbanken op 1 september 2007;

Overwegende dat een beperkt korps van magistraten, griffiers en gerechtspersoneel dient in te staan voor de arbeidsrechtbanken te Ieper, te Veurne en te Kortrijk, (afdeling Kortrijk en afdeling Roeselare);

Overwegende dat de organisatie van de collectieve schuldenregeling in elke rechtbank en afdeling veronderstelt dat magistraten voortdurend stand-by moeten staan om opdringende beschikkingen en beslissingen te nemen in een bevoegdheidsmaterie die een bestendige opvolging vereist, wat in de afdeling Roeselare van de arbeidsrechtbank te Kortrijk thans niet meer mogelijk is;

Overwegende dat de explosieve groei van de verzoeken tot collectieve schuldenregeling en de huidige beperkte inzetbaarheid van het korps er toe leidt dat de verzoeken tot collectieve schuldenregeling bij de arbeidsrechtbank te Kortrijk gecentraliseerd worden bij de afdeling Kortrijk met het oog op het efficiënter functioneren van de rechtsmacht in het belang van de rechtszake;

Overwegende dat de adviezen van de eerste voorzitter van het arbeidshof te Gent van 5 december 2012, van de arbeidsauditeur bij de arbeidsrechtbanken te Kortrijk, te Ieper en te Veurne van 30 november 2012 en van de hoofdgriffier bij de arbeidsrechtbanken te Kortrijk, te Ieper en te Veurne van 3 december 2012 gunstig zijn;

Gelet op de adviezen van de Inspecteur van Financiën, gegeven op 20 december 2012 en op 21 december 2012;

Gelet op het verzoek tot spoedbehandeling, gemotiveerd door de omstandigheid dat op vandaag slechts drie van de zeven magistraten voorzien in het kader beschikbaar zijn zodat de normale organisatie van de dienst op vier locaties onmogelijk geworden is en een centralisatie van de verzoeken tot collectieve schuldenregeling bij de arbeidsrechtbank te Kortrijk, afdeling Kortrijk zich onmiddellijk opdringt;