

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

[C – 2014/24112]

**Aanvullende Gemeenschappelijke Verklaring op de Gemeenschappelijke Verklaring van 10 december 2012
voor de realisatie van netwerken en zorgcircuits in de ggz voor kinderen en jongeren**

Op basis van een Gemeenschappelijke Verklaring beslisten de Ministers bevoegd voor Volksgezondheid en gezondheidsbeleid op 12 december 2012 om samen te werken aan een nieuw beleid inzake geestelijke gezondheid voor kinderen en jongeren. In deze verklaring werden eerst de motieven en uitgangspunten voor de vernieuwing van het geestelijke gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren uitgeklaard. Vervolgens werden de verschillende mijlpalen om het nieuwe beleid te realiseren beschreven.

De Gemeenschappelijke Verklaring van 10 december 2012 werd voorbereid en uitgewerkt door het redactiecomité 'hervorming ggz-aanbod voor kinderen en jongeren'. De verwachte opleveringen van het comité bestaan uit een gids en praktische beleidsscenario's, met andere woorden concreet te implementeren maatregelen voorzien van een timing, een begrotingsvoorstel met concrete financieringstechnieken en gedetailleerde voorstellen tot wijziging van elke relevante regelgeving (1).

Het redactiecomité heeft besloten om in eerste instantie een Aanvullende Gemeenschappelijke Verklaring op te stellen. De voorliggende aanvullende verklaring wil de hoofdlijnen van het nieuwe geestelijke gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren aangeven, gebaseerd op een maatschappelijke situering en actuele wetenschappelijke vaststellingen, en vervolgens omgezet in een strategisch plan en de beschrijving van een nieuw beleidsmodel. Voor de realisatie van dit nieuwe geestelijke gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren heeft het redactiecomité een aangepast timing en algemene planning uitgewerkt.

Deze Aanvullende Gemeenschappelijke Verklaring vormt de basis voor de verdere samenwerking tussen de Gemeenschappen, de Gewesten en de Federale Overheid binnen het kader van het redactiecomité.

Inleiding

Het 'Verdrag inzake de Rechten van het Kind' van de Verenigde Naties (VN) is duidelijk. Artikel 24 § 1 stelt 'De Staten die partij zijn, erkennen het recht van het kind op het genot van de grootst mogelijke mate van gezondheid en op voorzieningen voor de behandeling van ziekte en het herstel van de gezondheid. De Staten die partij zijn, streven ernaar te waarborgen dat geen enkel kind zijn of haar recht op toegang tot deze voorzieningen voor gezondheidszorg wordt onthouden. (2)' Ook het 'Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap' (VN) wijdt artikel 25 aan gezondheid en stelt dat 'personen met een handicap zonder discriminatie op grond van hun handicap recht hebben op het genot van het hoogst haalbare niveau van gezondheid. (3)'

Om deze rechten effectief te waarborgen, is de uitbouw van een toegankelijke, betrokken, positieve, deskundige, kwaliteitsvolle en continue geestelijke gezondheidszorg (ggz) op maat van de noden van ieder kind en jongere cruciaal. De 'health'-definitie van de World Health Organization (WHO) beschrijft geestelijke gezondheid als volgt: "A state of complete physical, mental and social well-being, and not merely the absence of disease (4)". Het belang van een geestelijk gezondheidsbeleid wordt door dezelfde WHO benadrukt in allerhande publicaties, guidelines, ... (5). "Mental health policy defines the vision for the future mental health of the population, specifying the framework which will be put in place to manage and prevent priority mental and neurological disorders."

Het belang van een nieuw geestelijk gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren wordt door Interministeriële Conferentie Volksgezondheid op 10 december 2012 bekrachtigd in de 'Gemeenschappelijk Verklaring voor de realisatie van netwerken en zorgcircuits in de ggz voor kinderen en jongeren'. De Federale Overheid, de Gemeenschappen en Gewesten verbinden zich ertoe om samen, vanuit een duidelijke, coherente en geloofwaardige visie, de verdere ontwikkeling van de ggz kinderen en jongeren te realiseren. De motieven uit de Gemeenschappelijke Verklaring zijn :

1. het ontoreikende aanbod versus de behoeften
2. de niet geïntegreerde werking van de ggz voor kinderen en jongeren
3. de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren houdt onvoldoende rekening met de gezondheidsdeterminanten en de socio-economische context

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

1. Mijlpaal 1 : Stappen voor de ontwikkeling van een geestelijke gezondheidszorgbeleid als onderdeel van een algemeen gezondheidsbeleid
2. Mijlpaal 2 : Het ontwikkelen van een plan voor de geestelijke gezondheid van kinderen en jongeren
3. Mijlpaal 3 : Uitvoering van het beleid en de plannen voor de geestelijke gezondheidszorg van kinderen en jongeren (6)

De samenvattende tijdstabel uit de Gemeenschappelijke Verklaring blijkt niet haalbaar door de korte tijdspanne tussen de ondertekening van de Gemeenschappelijke Verklaring en de verkiezingen in het voorjaar van 2014. Nieuwe beleidsmatige en financiële beslissingen zijn door de aankomende verkiezingen niet mogelijk, noch aangewezen. Hierdoor kan enkel mijlpaal 1 gerealiseerd worden.

Deze Aanvullende Gemeenschappelijke Verklaring aan de Gemeenschappelijke Verklaring beschrijft het gemeenschappelijk kader voor de ontwikkeling van een nieuw beleid geestelijke gezondheid voor kinderen en jongeren als onderdeel van een algemeen gezondheidsbeleid. De inhoudelijke basis en het beschreven kader worden overeenkomstig de Gemeenschappelijke Verklaring vertaald in een gids en een concreet actieplan. Deze zullen na de verkiezingen opgenomen worden in een af te sluiten protocol en ter ondertekening voorgelegd worden aan alle bevoegde ministers waarna mijlpaal 2 en 3 gerealiseerd worden. De timing om begin 2015 te starten met de proefprojecten, blijft behouden.

Het nieuwe geestelijke gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren integreert de huidige ontwikkelingen in de chronische zorg. Een aantal concepten uit de 'Oriëntatienota 'Geïntegreerde visie op de zorg voor chronische zieken in België'' worden meegenomen.

België telt een veelvoud aan inspirerende praktijken. Deze zijn geïnventariseerd a.d.h.v. een enquête en een aantal initiatieven werden uitgenodigd ter hoorzitting. Deze inspirerende praktijken zullen in het kader van het nieuw beleid geëvalueerd en gevalideerd worden.

Naast deze inspirerende praktijken zijn volgende bronnen als uitgangspunt voor de ontwikkeling van het nieuwe beleid genomen :

- Adviezen van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen (NRZV) :
 - o Uitbouw van een ggz-programma voor kinderen en jongeren (2011)
 - o Basisprincipes, randvoorwaarden en criteria voor een geografische gebiedsomschrijving van de proefopstellingen zorgcircuits en netwerken voor de ggz-doelgroep jeugd (2003)
- Advies Hoge Gezondheidsraad kinderen en jongeren : gedragsstoornissen in context (2011) (7)
- Rapporten Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) :
 - o Spoedeisende psychiatrische hulp voor kinderen en adolescenten (2010)
 - o Ontwikkeling van een beleidsscenario (2011)
 - o Organisatie van ggz voor kinderen en jongeren : literatuurstudie en internationaal overzicht (2011)
- Studiedag 'Kinder- en jeugdpsychiatrie vanuit een internationaal perspectief!' met sprekers uit Engeland, Verenigde Staten, Griekenland en Nederland
- Studiebezoeken naar Italië, Frankrijk en Nederland

De overige geraadpleegde bronnen zijn opgenomen in de voetnoten.

Uit de inventarisatie van binnenlandse inspirerende praktijken bleek dat het werkveld vanuit engagement en betrokkenheid talloze vernieuwende initiatieven heeft opgezet en gerealiseerd. Deze initiatieven zullen geëvalueerd, gevalideerd en, in de mate van het mogelijke, geïntegreerd worden in het nieuw geestelijke gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren.

1. Situering van het nieuw beleid geestelijke gezondheid voor kinderen en jongeren

Het nieuw beleid geestelijke gezondheid voor kinderen en jongeren focust prioritair op **kinderen en jongeren van 0 tot 18 jaar en hun context**. Naast hun natuurlijke context (ouders, familie, andere opvoedingsfiguren, vrienden,...) houdt het beleid rekening met het belang van samenwerking en afstemming met alle partners binnen de ggz, bv. privépraktijken (psychologen, psychiaters, ...) alsook het aanbod dat zich richt naar de leeftijdsgroep volwassenen (jongvolwassenen, ouders van kinderen en jongeren, ...) en partners uit belendende sectoren, zoals voorzieningen uit de gehandicaptenzorg, onderwijs, (jongeren)welzijn, justitie,...

De geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren richt zich in hoofdzaak naar kinderen en jongeren met psychische of psychiatrische stoornis en hun context.

1.1. Prevalentie van psychische stoornissen bij kinderen en jongeren

1.1.1. Aantal kinderen en jongeren in België

20,4 % van de Belgische bevolking zijn kinderen en jongeren (van 0 tot 18 jaar). Op 1 januari 2013 telde België **2.258.716 minderjarigen** op een totaal van 11.099.554 inwoners (8). Deze cijfers zijn belangrijk om de prevalentie te plaatsen binnen een Belgische context.

1.1.2. Prevalentie van psychische stoornissen vanuit internationaal onderzoek

Door het gebrek aan Belgisch prevalentieonderzoek wordt in dit hoofdstuk enkel verwezen naar internationale onderzoeken en gegevens. Aangezien deze cijfergegevens mogelijks niet representatief zijn voor de Belgische context, is de nodige voorzichtigheid bij het hanteren ervan aangewezen.

De geestelijke gezondheidsproblemen in onze samenleving worden over het algemeen onderschat. De WHO schatte de prevalentie van psychische stoornissen bij kinderen en jongeren reeds in 2005 op ± 20 % (9). Dit cijfer wordt vaak geciteerd, alhoewel de prevalentiecijfers van "clinically important mental disorders" bij kinderen en jongeren van een aantal toonaangevende onderzoeken variëren van 10 % tot 20 % (10), mede te verklaren door een andere definiëring van een "mental disorder". Uit hetzelfde onderzoek blijkt dat geslacht, leeftijd en vooral het familiaal inkomen significante invloed hebben op het risico op de ontwikkeling van een psychische stoornis. Een aantal studies maakt een onderscheid naar prevalentie op basis van leeftijd : 16 tot 20 % voor kinderen tussen 4 en 11 jaar en 20 tot 25 % voor jongeren tussen 12 en 17 jaar (11). Ander onderzoek schetst volgende gemiddelde prevalentiecijfers : 10 % voor preschoolers, 13 % voor preadolescents en 16 % voor adolescents (12).

o Prevalentie van psychische stoornissen die gespecialiseerde ggz nodig hebben

Ongeveer 4 à 6 % van de kinderen en jongeren zou nood hebben aan "a clinical intervention for an observed significant mental disorder" (13). Dit cijfer komt overeen met het resultaat van een onderzoek van Prof. F.C. Verhulst waarin de prevalentie van stoornissen wordt gecombineerd met manifest disfunctioneren. Hij concludeerde hierbij dat 5 tot 6 % van de kinderen en jongeren in aanmerking kwam voor tweedelijns jeugd-geestelijke gezondheidszorg (14). Een meer recent Nederlands onderzoeksrapport (15) schat dat 7 % van de jongeren jaarlijks behoefte heeft aan ggz-zorg. Daarnaast wordt 10 tot 15 % van de jongeren als risicogroep aangemerkt. Andere onderzoeken geven aan dat 4,2 % van de kinderen van 8 jaar oud aan een ernstige psychiatrische stoornis lijdt (16).

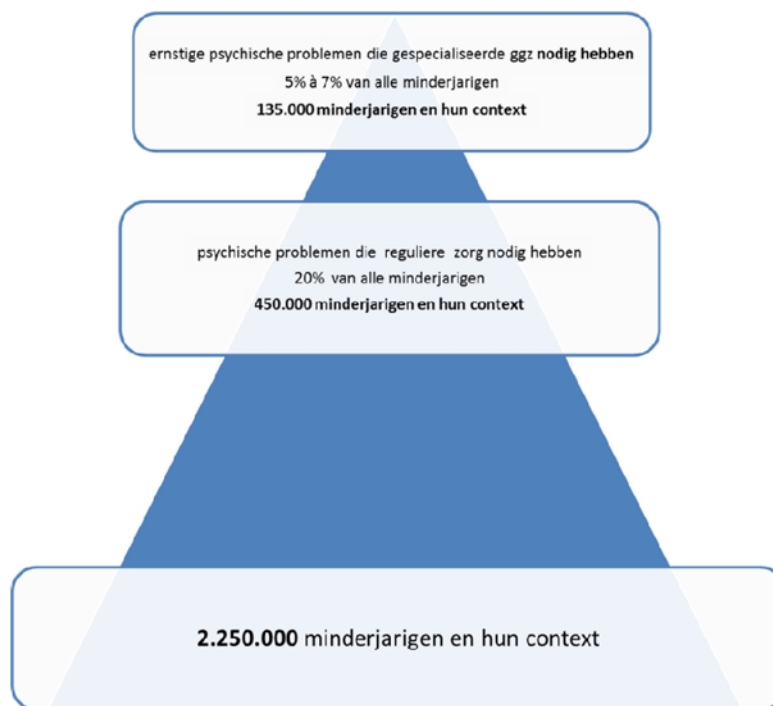
o Kloof tussen prevalentie van psychische stoornissen en klinische zorg

Uit een aantal internationale onderzoeken blijkt dat slechts 16 tot 27 % van de kinderen en jongeren met een psychische stoornis “received specialized mental health services” (17). Andere bronnen geven aan dat “only a small proportion of children with clear evidence of functionally impairing psychiatric disorder receive treatment” (18).

Op basis van de concretisering van het nieuw beleid wordt in de gids, in de mate van het mogelijke, cijfermateriaal m.b.t. het aanbod versus de behoeften in de Belgische context opgenomen.

o Belang van vroegdetectie

Het belang van goede en adequate geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren wordt onderschreven door onderzoek dat aantoonde dat psychische stoornissen bij kinderen en jongeren zich vaak **doorzetten in de volwassenheid**. Er is meer en meer bewijs dat veel chronische psychiatrische problematieken zich reeds manifesteren in de kindertijd en adolescentie (19). Zo zou ongeveer 50 % van de psychische stoornissen bij volwassenen voor de leeftijd van 14 jaar aanvangen (20). Uit Nederlands onderzoek bleek dat ongeveer 3 per 1000 jongeren van 6-19 jaar langdurig zorgafhankelijk is. Van alle jongeren die op jaarbasis voor het eerst geestelijke gezondheidszorg krijgen, wordt circa 8 % langdurig zorgafhankelijk. Het merendeel (89 %) krijgt ambulante zorg (21).



Figuur 1: Extrapolatie internationale prevalentiestudies en WHO-gegevens naar de Belgische populatie

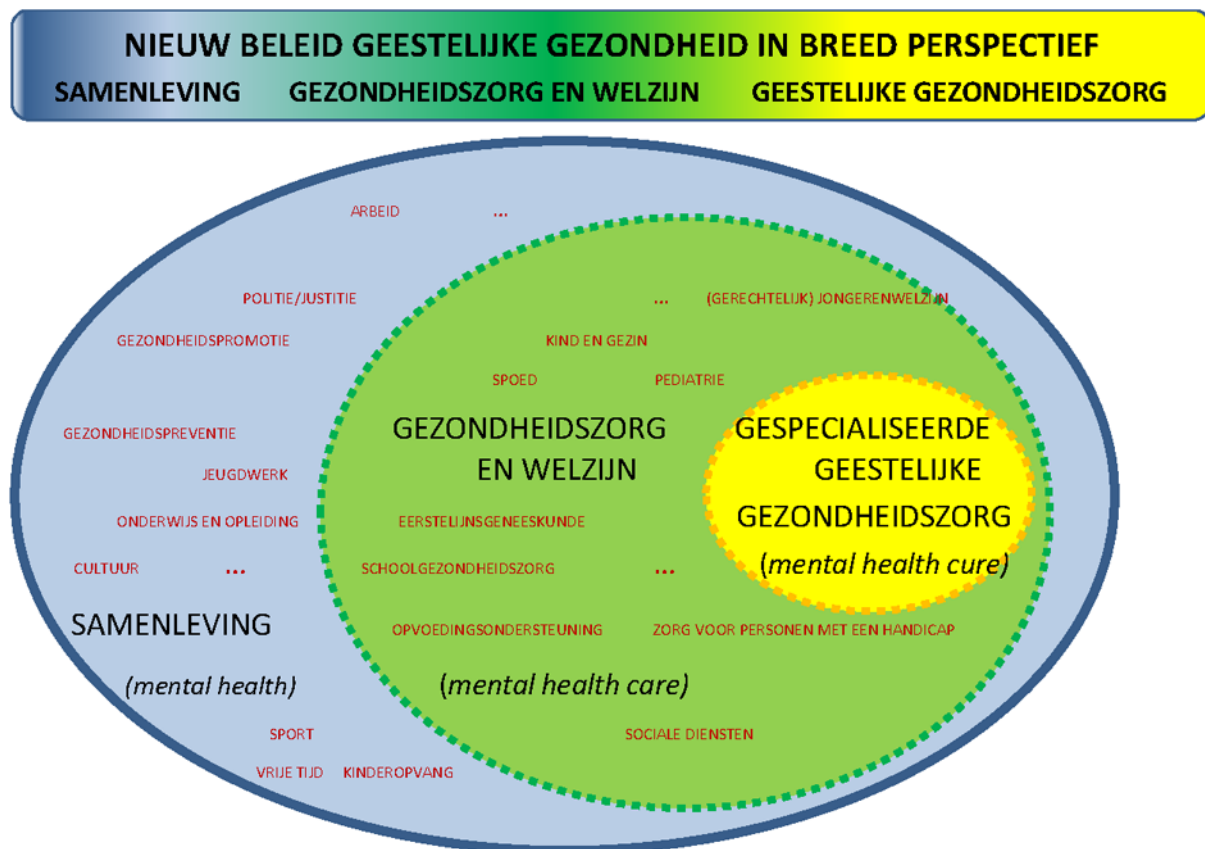
1.2. Ontwikkelingsstadia bij kinderen en jongeren

‘**Ontwikkeling**’ kan gedefinieerd worden als ‘een reeks progressieve veranderingen die tot een hoger niveau van differentiatie en functioneren leidt’(22). Verandering en vooruitgang, door groei, rijping en leren, staan centraal. Er wordt onderscheid gemaakt tussen neurobiologische, cognitieve, emotionele, psychosociale en gewetensontwikkeling.

De verschillende ontwikkelingsstadia vallen veelal samen met **drie leeftijdsgroepen, nl. de infants, peuters en kleuters (0 tot 6j.), de lagere schoolkinderen (7 tot 12j.) en de adolescenten (13 tot 18j.)**. Het nieuw geestelijk gezondheidsbeleid houdt rekening met de specificiteit van deze ontwikkelingsstadia in functie van de leeftijd van het kind of de jongere en met de verschillen op basis van leeftijd naar wetgeving, rechtsposities, beschikbaar zorgaanbod en achterliggende sociale kaart, maar evenzeer op basis van visie en aanpak. Dit impliceert dat het zorgaanbod varieert ngl. de leeftijdsgroep waartoe men zich richt. Er is aandacht voor de **scharnierleeftijd fase 18 tot 23j.**

1.3. Situering zorgaanbod geestelijke gezondheidszorg kinderen en jongeren

België heeft een lange geschiedenis op het vlak van de “verzorging” van mensen met geestelijke gezondheidsproblemen. Dit hoofdstuk geeft een algemene situering van het specifiek ggz aanbod naar kinderen en jongeren dat in de loop der jaren uitgebouwd is, zonder exhaustief te zijn. Naast dit specifiek ggz aanbod nemen veel belendende sectoren een belangrijke rol in de geestelijke gezondheidszorg, zoals zorgvoorzieningen voor personen met een handicap, jongerenwelzijn, Samenwerking en afstemming met deze partners is fundamenteel, zowel op de werkvloer als op overheidsniveau. De Gemeenschappelijke Verklaring stelt dat “*Alle zorgverleningsvormen moeten op elkaar worden afgestemd zodat een complementariteit en continuïteit van de zorg mogelijk wordt.*”.



Figuur 2: Schematische voorstelling zorgaanbod geestelijke gezondheidszorg kinderen en jongeren (niet-exhaustief)

De Gespecialiseerde Geestelijke Gezondheidszorg bestaat uit een aantal sectoren.

De **centra voor geestelijke gezondheidszorg** (CGG) bieden ambulante diagnostiek en/of behandeling aan kinderen en jongeren met psychische stoornissen. Deze hulp kan mobiel, in de eigen leefomgeving, aangeboden worden.

Binnen de psychiatrische en algemene ziekenhuizen zijn erkenningsnormen en programmatiecriteria voor K-bedden (in diensten voor neuropsychiatrie voor observatie en behandeling van kinderen) voorzien. **K-diensten** bieden in principe spoedinterventie in het kader van crisis, observatie of behandeling aan. Zowel volledige ziekenhuisopname als dag- of nachtopname zijn mogelijk. Daarnaast ontwikkelen sommigen ambulante zorgvormen. Adolescenten worden ook, soms onder gedwongen statuut, opgenomen in **A- en T-bedden** aangezien een aantal ziekenhuizen door een regionaal tekort aan voorzieningen in het zorgnetwerk en door het feit dat kinderen van adolescenten gescheiden moeten worden binnen de K-diensten, genoodzaakt was een aanbod voor adolescenten uit te bouwen.

Sommige **centra met een RIZIV-conventie** hebben een specifiek aanbod voor kinderen en jongeren, zoals de Referentiecentra Autisme, Centra voor Ambulante Revalidatie en de Inrichtingen voor psychosociale revalidatie van kinderen en adolescenten met ernstige psychische aandoeningen. Naast diagnostiek en/of behandeling richten een aantal centra zich specifiek op inclusie van het kind of de jongere in de samenleving.

Een aantal organisaties vanuit deze sectoren richt zich op **subpopulaties** en heeft hiervoor een specifieke werking en omkadering uitgebouwd, zoals voor jongeren met een verslavingsproblematiek, kinderen en jongeren met een verstandelijke beperking en psychische en/of ernstige gedragsproblemen, ...

Naast deze structureel gefinancierde ggz-sectoren werden door de verschillende overheden **pilotprojecten** gerealiseerd die zich specifiek naar kinderen en jongeren richten, zoals o.a. :

- Een aantal 'outreachingsteams' voor kinderen en jongeren waarvan sommige zich richten naar kinderen en jongeren met een verstandelijke beperking en psychische en/of ernstige gedragsproblemen.
- Een intensieve behandel eenheid werd uitgebouwd voor kinderen en jongeren met Sterk Gestoord en Agressief (SGA) gedrag.
- Een netwerkcoördinatie, gekoppeld aan de werking van een mobiele equipe, wordt gefinancierd.
- Er werden voor de uitbouw van het zorgtraject voor jongeren met een psychiatrische problematiek die onder een justitiële maatregel vallen o.a. een aantal Intensieve Behandel eenheden voor jongeren gecreëerd die een als Misdrijf Omschreven Feit hebben gepleegd (IBE (MOF)), de zogenaamde ForK-units.
- In iedere regio wordt het Project "Inter-action"(23) gefinancierd.
- Er wordt geïnvesteerd om de specifieke ggz-expertise via outreaching ter beschikking te stellen van belendende sectoren.
- Een aantal projecten rond jongeren met een verslavingsproblematiek werden uitgebouwd.

Deze pilotprojecten worden op een redelijke termijn grondig geëvalueerd en de mogelijkheid tot structurele verankering in het nieuw beleid geestelijke gezondheid wordt voorzien.

De **Overlegplatforms voor geestelijke gezondheidszorg** (OGGZ) zijn ondersteunend aan de zorg en hebben vanuit hun erkenning de opdracht tot het faciliteren van overleg en samenwerking o.a. rond de doelgroep kinderen en jongeren. Deze overlegorganen dragen reeds bij aan de organisatie van het netwerk.

2. Strategisch plan tot nieuw beleid geestelijke gezondheid kinderen en jongeren

2.1. Missie en waarden

Ggz kinderen en jongeren richt zich naar alle kinderen en jongeren met psychische problemen, evenals hun natuurlijke en hulpverlenende context. Kernopdrachten zijn vroegdetectie, screening en toeleiding, diagnostiek, behandeling, inclusie in alle levensdomeinen en ontwikkeling en samen inzetten van expertise. De noden en behoeften van het kind of de jongere en hun context staan centraal. Vanuit een teamwerking en multidisciplinaire aanpak wordt er rekening gehouden met de mogelijkheden en achtergrond van het kind of de jongere, maar eveneens met de krachten en beperkingen van behandelmethoden. Er wordt samengewerkt met andere betrokken organisaties.

Volgende waarden staan centraal binnen de ggz kinderen en jongeren :

- **Samenwerking en wederzijdse ondersteuning** in interdisciplinair teamverband en, op cliëntniveau, met het kind of de jongere, de ouders en andere betrokken hulpverleners
- **Openheid** naar het kind of de jongere, de ouders en alle betrokken hulpverleners vanuit een **gezamenlijke en gedeelde** verantwoordelijkheid en vanuit een visie en reflecties op de toepassing van het beroepsgeheim op alle niveaus (communicatie en informatie-uitwisseling met het kind of de jongere, met de ouders, met de familie, met betrokken hulpverleners,...)
- **Constructief** en werkend vanuit **vertrouwen** en **wederzijds respect** met het kind of de jongere, de familie en betrokken hulpverleners
- **Procesgericht** met het kind of de jongere en zijn familie in het centrum en met respect en openheid voor hun eigenheid
- **Professioneel** en voortbouwend op **engagement, specifieke expertise, vaardigheden, levenslang leren en zich inspirerend op goede praktijken** m.b.t. de doelgroep die ingezet worden vanuit het brede netwerk
- **Engagement en collectieve zorggarantie** op alle niveaus (directies, veldwerkers,...) zodat ieder kind en jongere toegang tot de zorg heeft en de zorg krijgt waar hij recht op heeft
- **Kritisch** vanuit grondige evaluaties met het kind of de jongere en zijn ouders, families, betrokken hulpverleners,...

2.2. Visie

De IMC Volksgezondheid formuleert in de '*Gemeenschappelijk Verklaring voor de realisatie van netwerken en zorgcircuits in de ggz voor kinderen en jongeren*' zeven uitgangspunten die de basis vormen van het nieuw geestelijke gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren. Deze uitgangspunten zullen in deze Aanvullende Gemeenschappelijke Verklaring en bij de verdere ontwikkeling van het nieuw geestelijk gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren verder genuanceerd worden.

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

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

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

D. 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 eerstelijnsgezondheids werkers 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. (24)

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.

E. 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.

F. 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.

G. 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.

Deze uitgangspunten vormen de basis van een **uitdagende visie** op het nieuwe geestelijke gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren, zowel op overheidsniveau als op niveau van de ggz voor kinderen en jongeren :

Alle betrokken **overheden** tekenen samen, in overleg, op basis van een duidelijke, coherente en geloofwaardige visie, een nieuw geestelijk gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren uit. Krachten en middelen worden gebundeld. Er is correcte en evenredige financiering voorzien om het nieuw geestelijk gezondheidsbeleid te realiseren. Een positieve, bottom-up benadering met respect voor en inbreng van de expertise en knowhow van het werkveld staat centraal. Dialoog, transparantie, openheid en participatie en inspraak van kinderen en jongeren en hun context zijn sleutelwoorden in alle beleidsprocessen. Vanuit vertrouwen creëert de overheid voor alle partners van het nieuw geestelijk gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren ruimte om innovatief te zijn, te experimenteren, projecten uit te bouwen, Tegelijk is er aandacht voor de ggz die reeds gerealiseerd en uitgebouwd is en voor de samenwerking die reeds door de gemeenschappen en gewesten uitgebouwd is met belendende sectoren, zoals jongerenwelzijn, gehandicaptenzorg,

Ggz kinderen en jongeren investeert in netwerken, zowel op inhoudelijk als op bestuurlijk vlak; zowel sectoraal als intersectoraal. Uitgangspunt is dat ieder kind of jongere recht heeft op een toegankelijke, betrokken, positieve, deskundige, kwaliteitsvolle en continue ggz op maat van zijn noden. De doeltreffendheid en de impact op het kind en de jongeren worden steeds mee in overweging genomen bij de keuze van de zorg die bij voorkeur wordt aangeboden in de eigen leef- en leeromgeving. Er wordt steeds vertrokken vanuit hun mogelijkheden, maar evenzeer rekening gehouden met hun beperkingen en deze van hun context. De natuurlijke en hulpverlenende context is zo maximaal mogelijk betrokken. Wetenschappelijke studies en evaluaties van gerealiseerde projecten op basis van effectiviteit en efficiëntie maar evenzeer op basis van ethische standpunten, leiden tot bijsturing en verandering. Zowel binnen de zorg, als binnen de netwerken staan dialoog en participatie van kinderen en jongeren en hun context in de verschillende fasen van beslissing centraal. Ggz kinderen en jongeren investeert in preventie en gezondheidspromotie.

De ggz kinderen en jongeren inspireert andere sectoren en neemt het voortouw binnen netwerken om complementariteit en zorgcontinuïteit over sectoren heen te realiseren. Vroegdetectie is cruciaal. Deskundigheid en expertise worden gedeeld en uitgewisseld.

3. Beschrijving model nieuw beleid geestelijke gezondheid kinderen en jongeren

3.1. Netwerking – coördinatie

3.1.1. Netwerking als uitgangspunt nieuw beleid geestelijk gezondheid

Volgens de Gemeenschappelijke Verklaring voor de realisatie van netwerken en zorgcircuits in de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren van 10 december 2012 (B.S. 24 januari 2013) moet het gezondheidsbeleid voor deze doelgroep uitgaan van een globale (25) en geïntegreerde (26) aanpak van alle zorgcomponenten. Uit dat basisprincipe vloeit de idee voort van het werken met zorgprogramma's gerealiseerd door netwerken. Alle zorgverleningsvormen moeten op elkaar afgestemd worden zodat complementariteit en continuïteit van de zorg mogelijk wordt en overlap vermeden wordt. Conform stap 5 van mijlpaal 1 van de voornoemde Gemeenschappelijke Verklaring moet naar analogie met de doelgroep volwassenen een functioneel model worden ontwikkeld dat een omschrijving omvat van het noodzakelijke zorgaanbod dat een werkingsgebied dient te organiseren enerzijds en dat het belang van intersectorale samenwerking via netwerking bevestigt anderzijds.

3.1.2. Definitie van netwerk

De definitie van een netwerk van zorgvoorzieningen luidt volgens art. 11 van de gecoördineerde ziekenhuiswet als volgt : "Een geheel van zorgaanbieders, zorgverstrekkers, instellingen en diensten die samen een door hen nader te omschrijven doelgroep van patiënten en door hen te motiveren gebiedsomschrijving, een of meerdere programma's aanbieden in het kader van een instellingsoverschrijdende juridisch geformaliseerde samenwerkingsovereenkomst."

Een zorgcircuit wordt door hetzelfde art. 11 van de gecoördineerde ziekenhuiswet als volgt omschreven : "Een geheel van zorgprogramma's die worden georganiseerd door middel van een netwerk van zorgvoorzieningen".

Inzake de waarborg voor het behoud van de eigenheid en autonomie van de zorgaanbieders, zorgverstrekkers, instellingen en diensten verwijzen we naar het advies van de NRZV m.b.t. de basisprincipes, randvoorwaarden en criteria voor een geografische gebiedsomschrijving van de proefopstellingen "zorgcircuits en netwerken voor de ggz-doelgroep jeugd" d.d. 13.03.2003. Volgens dat advies mag de functionele samenwerking die beoogd wordt in het kader van de netwerken geenszins tot gevolg hebben dat de juridisch en onafhankelijke partners die deze netwerken vorm geven, op een imperatieve wijze worden opgenomen in nieuwe beheerstructuren voor de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg.

De functionele samenwerking moet vertaald worden in een netwerkoevereenkomst waarin alle partners zich op solidaire en evenwaardige wijze engageren en verantwoordelijkheid opnemen om de vooropgestelde doelstellingen in een eerste fase uit te testen. Deze overeenkomst moet de volgende elementen omvatten : missie van het netwerk, vereiste partners, inzet van middelen (personele, materiële en financiële), te organiseren modules (combinatie van functies en modaliteiten van zorg) en zorgprogramma(s), kwaliteitsparameters, registratie, toegankelijkheid,

Voor de doelgroep kinderen en jongeren is het van cruciaal belang te komen tot overleg en een optimale samenwerking met de partners van de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg (zie hoofdstuk 1.C.) en alle partners die actief zijn in de belendende sectoren, alsook alle andere instanties met wie het aangewezen is samen te werken. Het is fundamenteel dat vertegenwoordiging vanuit de doelgroep 'kinderen en jongeren' en context (ouders, familie, mantelzorgers,...) binnen deze samenwerking een formele plaats krijgt en dat er open netwerken georganiseerd worden die plaats geven aan samenwerking.

3.1.3. Geografische gebiedsomschrijving van een netwerk

De huidige organisatie van de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren moet geleidelijk aan evolueren naar een meer actieve samenwerking tussen en finaal naar netwerken van partners binnen afgebakende werkingsgebieden. Het netwerk moet zelf de gebiedsomschrijving motiveren. De criteria voor de afbakening van een werkingsgebied zijn :

- aanwezigheid van voldoende gedifferentieerd zorgaanbod in functie van de zorgnoden, rekening houdend met prevalentie en incidentie
- sociologisch aaneensluitend geheel van steden en gemeenten rekening houdend met sociale fluxen, regionale eigenheden,...
- een evenwichtige spreiding en optimale toegankelijkheid van het zorgaanbod
- de reeds bestaande samenwerkingspatronen
- regionale context en specificiteit (bv. wetgeving en instructies)

De som van alle werkingsgebieden moet finaal het grondgebied van België volledig dekken.

Conform de Gemeenschappelijke Verklaring kunnen bijkomend voor specifieke doelgroepen en op basis van de verantwoorde zorgnoden, rekening houdend met prevalentie en incidentie, netwerken over werkingsgebieden heen, op supra regionaal niveau, samenwerken en afstemmen.

Binnen een werkingsgebied gelden de volgende voorwaarden inzake toetreding en uitsluiting :

- In de exploratieve fase van het netwerk geldt het principe van vrijwillige toetreding. Elke partner wordt opgeroepen toe te treden tot het netwerk.
- Geen enkele partner kan uitgesloten worden tot toetreding mits het onderschrijven van de missie van het netwerk en de netwerkoevereenkomst.

De voorgestelde parameters voor geografische werkingsgebieden tijdens de exploratieve fase, moeten een veralgemening nadien bevorderen.

3.1.4. Inhoudelijke en organisatorische opdracht van een netwerk

De bestaande netwerken die zich in veel gevallen richten op casuoverleg evolueren naar een casuoverstijgende en meer structurele benadering waarbij een onderscheid gemaakt wordt tussen een inhoudelijke en een organisatorische opdracht.

• Zorginhoudelijke opdracht

Deze opdracht heeft betrekking op de ontwikkeling en realisatie van zorgprogramma's die een globale, geïntegreerde, vraaggestuurde, kwaliteitsvolle, toegankelijke, efficiënte en effectieve geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren en hun context beogen. Om deze opdracht te realiseren, voorziet het netwerk overleg tussen inhoudelijke veldwerkers van betrokken partners.

• Organisatorische opdracht

Uit de netwerkovereenkomst blijkt hoe het netwerk wordt georganiseerd en aangestuurd op verschillende assen. De organisatorische opdracht zal zich concretiseren in een of meerdere organen, zoals een netwerkcomité bestaande uit gemandateerde vertegenwoordigers. De partners in het netwerkcomité zijn bevoegd voor de uitvoering en wijziging van de netwerkovereenkomst, het strategisch beleidsplan, de goedkeuring van begroting en rekening,... Het netwerkcomité kan een beleidsgroep aanstellen bevoegd voor de uitvoering van het operationeel beleid, de opvolging van de netwerkcoördinator,... Een duidelijke en eenvoudige netwerkstructuur is de beste garantie voor een slagkrachtig netwerk. Het is niet de bedoeling een bepaald netwerkmodel op te leggen. Een mozaïek aan modellen kan een meerwaarde betekenen bij het zoeken naar het meest aangewezen model in functie van efficiëntie en effectiviteit.

3.1.5. Netwerkcoördinator

Ieder netwerk stelt een netwerkcoördinator aan die zowel de inhoudelijke als de organisatorische werking ondersteunt en faciliteert. Hij oefent zijn functie uit op basis van een duidelijk mandaat gegeven door het netwerk. Voor het profiel en de opdracht verwijzen we naar de gedragen gids voor de doelgroep 'volwassenen'(27).

3.1.6. Beroepsgeheim en wettelijke aansprakelijkheid

Binnen het netwerk moet voldoende aandacht gaan naar het beroepsgeheim. Hetzelfde geldt voor de wettelijke aansprakelijkheid. De gezamenlijke inzet, ook van middelen, doet vragen rijzen rond de verantwoordelijkheid van elke partner, doch doet tot op heden niets af aan de individuele aansprakelijkheid van elkeen.

3.1.7. Additionele middelen

Naar analogie met de projecten art. 107 voor de doelgroep volwassenen, zijn voor de doelgroep kinderen en jongeren additionele middelen nodig voor de kosten die als gevolg van netwerken worden gegenereerd, zoals de kosten voor de coördinator (personeels- en werkingskosten), procesbegeleiding, evaluatie, vorming, ... Niet alle hiaten in het zorgaanbod kunnen opgelost worden door te rekenen op een vrijwillige reconversie vanuit andere (deel)sectoren. Bijkomende middelen zijn nodig om alle zorgprogramma's in elk werkingsgebied te realiseren.

3.1.8. Kwaliteits- en performantiecriteria

Het is aangewezen op geregelde tijdstippen de kwaliteit en de prestatie van het netwerk te evalueren op basis van een aantal criteria. Zo worden o.a. volgende kwaliteits- en prestatiecriteria onderscheiden :

- Netwerkmismissie (Verloopt de werking van het netwerk conform de missie van het netwerk? Zijn er kritische succesfactoren geformuleerd m.b.t. de missie? ...)
- Cliënten en cliëntennetwerk (Welke meerwaarde levert het netwerk op voor de cliënten en hun netwerk? Worden de cliënten en hun omgeving voldoende actief betrokken via communicatie en overleg? Zijn cliënten en hun omgeving tevreden? ...)
- Dienstverlening (Zijn alle functies, modules van het zorgprogramma aanwezig? Wordt de effectiviteit en de efficiëntie van de dienstverlening gemeten? ...)
- Organisatie (Maakt de organisatiestructuur een goede inhoudelijke en organisatorische werking mogelijk? Beantwoordt de organisatiestructuur aan de principes van deugdelijk bestuur? Is er voldoende duidelijkheid m.b.t. verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid? ...)
- Middelen (bv. Zijn alle noodzakelijke personele, materiële en financiële middelen beschikbaar? Wordt de inzet van de middelen goed gepland en opgevolgd? ...)
- Wettelijke en reglementaire context (Worden alle wettelijke en reglementaire bepalingen nageleefd binnen het netwerk? Is er voldoende afstemming tussen de arbeids- en bezoldigingsvoorwaarden van de ingezette medewerkers?)
- Specifieke criteria (bv. aantal suicides, medicatiegebruik, contacten met justitie, ...)

Deze criteria worden vertaald naar concrete, meetbare indicatoren en dienen ondersteund te worden door een gemeenschappelijke ggz-registratie en intersectorale monitoring van zorgtrajecten.

Binnen het nieuw beleid en op netwerkniveau is er expliciet aandacht voor uitwisseling van informatie via "elektronische dossiers" en wederzijdse communicatie. Het zich laten inspireren vanuit bestaande goede praktijken is evenzeer een aandachtspunt.

3.2. Welk model realiseren? – functies

Het **beleid geestelijke gezondheid** voor kinderen en jongeren gaat breder dan de sector gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg. De overheden hebben de opdracht om oog te hebben voor het brede perspectief van het nieuwe beleid geestelijke gezondheid en om de sectorexterne partners aan te spreken op hun verantwoordelijkheden naar de geestelijke gezondheid van kinderen, jongeren en hun context. Alle partners binnen of buiten het strikte domein van de psychiatrische stoornissen hebben een opdracht aangaande de geestelijke gezondheid van de kinderen en jongeren die hun toevertrouwd worden. Samen blijven ze verantwoordelijk om, in een netwerk, passende antwoorden op de uitdagingen te leveren.

Wij streven naar een model van geestelijke gezondheidsbeleid dat meerdere functies in de samenleving vervult, gebruik makend van de sterktes, de positie en opdrachten van alle actieve partners in de breedste zin. Zij realiseren samen deze doelstelling. Deze samenwerking omvat zowel de partners die professionele zorg leveren, de partners die een bijdrage leveren in de aanvullende voorwaarden aan deze zorg en tenslotte de partners die een actieve rol opnemen door gunstige voorwaarden te scheppen en de geestelijke gezondheid voor de doelgroep in de samenleving actief bevorderen.

Voor de duidelijkheid, hanteren we volgende definities :

PARTNER : elkeen en elke voorziening die bijdraagt tot het beleid geestelijke gezondheid en die zich engageert in tot samenwerking en netwerking

NETWERK : zie punt 3.1.

FUNCTIE : een kernopdracht die in het netwerk wordt gerealiseerd en toelaat een gepast antwoord te geven op de individuele noden van kinderen en jongeren met een ggz-probleem en hun context

PROGRAMMA : de vertaling van de functies in een concreet zorgaanbod van het netwerk. Dit zorgaanbod kan verschillende vormen aannemen (modaliteiten van functies – zie verder). Indien nodig wordt dit verder aangepast naar o.a. kinderen en jongeren met specifieke noden (bv. kinderen en jongeren met een urgente hulpvraag, jongeren met een justitieel statuut in combinatie met een psychiatrische stoornis, infants, ...)

3.2.1. Functies

In het beleid geestelijke gezondheid voor kinderen, jongeren en hun context onderscheiden we vijf functies. De eerste vier functies zijn kernfuncties in de geestelijke gezondheidszorg. De laatste functie is een ondersteunende transversale functie waaraan door alle partners samen wordt vorm gegeven. Het netwerk ontwikkelt deze functies :

A. VROEGDETECTIE, SCREENING EN ORIËNTATIE

Vroegdetectie verwijst naar de analyse van de eerste voorboden van een mogelijke psychische of psychiatrische problematiek met of zonder hulpvraag.

Screening betekent de exploratie van de signalen.

Oriëntatie betekent het actief richten van het kind of de jongere en zijn context naar een gepast hulp- of zorgaanbod.

B. DIAGNOSTIEK

Diagnostiek verwijst naar het holistisch exploreren op basis van het bio-psycho-sociaal model. Vanuit deze multidimensionale benadering krijgt men een zo volledig mogelijk beeld van de problematiek.

C. BEHANDELING

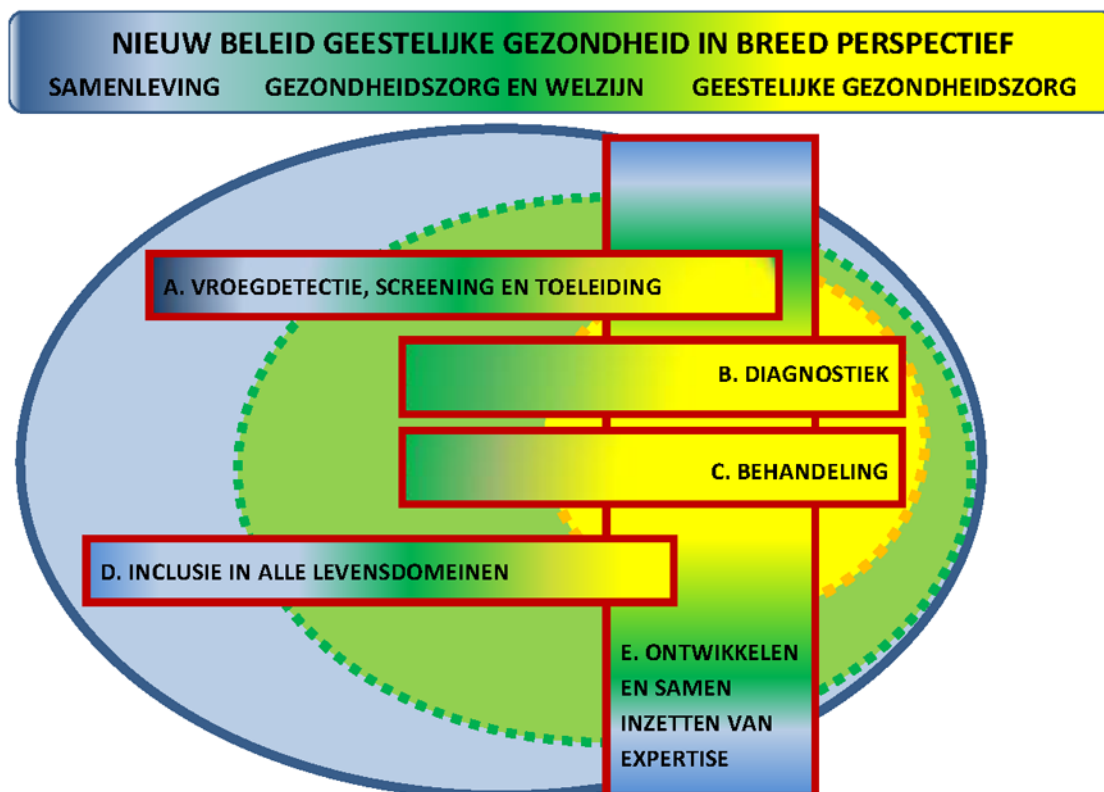
Behandeling verwijst naar het op specialistische, gestructureerde en methodische wijze uitvoeren van activiteiten of het nemen van beslissingen die ingrijpen op het psychisch, sociaal en/of somatisch functioneren. Doel is verbeteren of behouden van het niveau van het functioneren, het verminderen van de lijdensdruk en bevorderen van herstel, waar mogelijk.

D. INCLUSIE IN ALLE LEVENSDOMEINEN

Inclusie staat voor gelijkwaardigheid en volwaardig burgerschap. Tot deze functie horen ondersteunings- of ontwikkelingsactiviteiten die tot doel hebben het kind of de jongere zo volwaardig mogelijk te laten participeren aan de samenleving. Maatschappelijke inclusie bevordert de persoonlijke ontwikkeling en ontplooiing.(28)

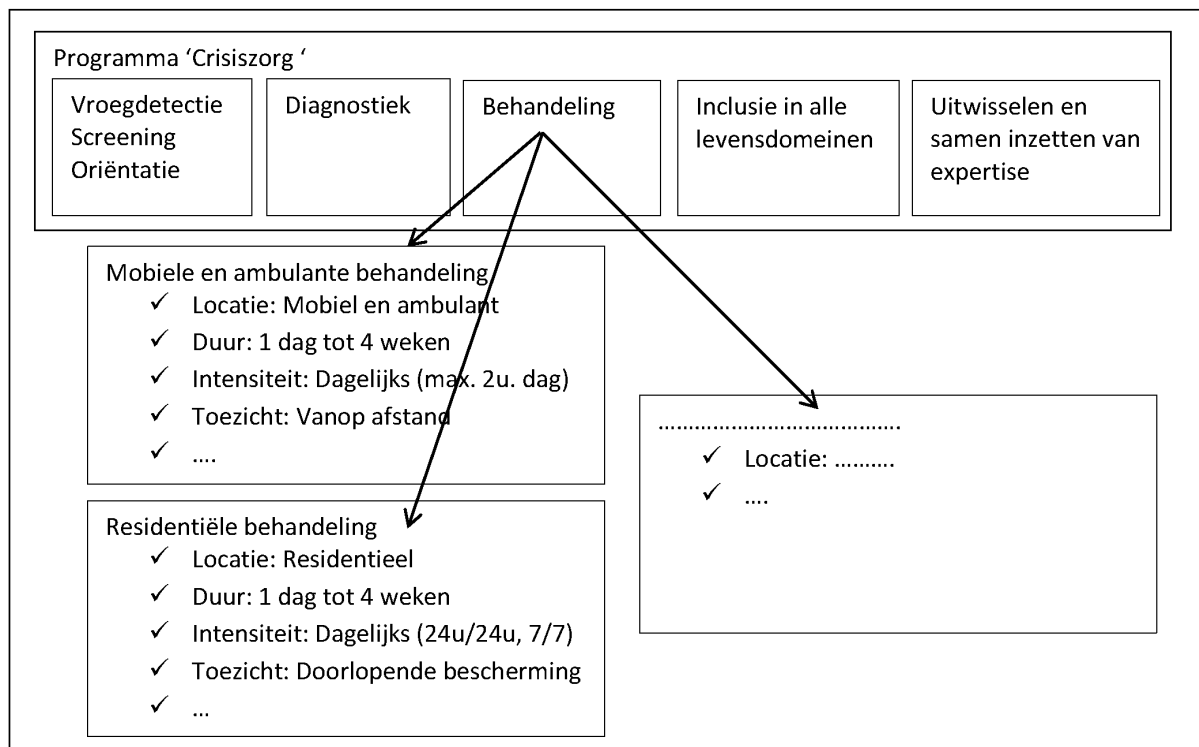
E. UITWISSELEN EN SAMEN INZETTEN VAN EXPERTISE

Elke hulpverlener, discipline, voorziening, sector, ... heeft zijn eigen unieke plaats, competenties en verantwoordelijkheden. Op casusniveau worden competenties en expertise uitgewisseld en gebundeld om de continuïteit en de professionaliteit te verhogen.



Figuur 3: Schematische voorstelling functies

De functies vormen in het nieuwe beleid ggz kinderen en jongeren de basis van één of meerdere programma's. Om deze functies te concretiseren worden er modaliteiten aan gekoppeld. In de onderstaande figuur is ter illustratie één voorbeeldprogramma uitgewerkt, nl. rond 'crisiszorg'. Het voorbeeld gaat enkel dieper in op de functie behandeling. Dergelijk programma wordt door het netwerk geconcretiseerd en aangepast. Er kunnen ook programma's over netwerken heen ontwikkeld en vervolledigd worden. De beschreven modaliteiten zijn louter illustratief.



Figuur 4: Voorbeeldprogramma 'crisiszorg'

Op basis van het concreet actieplan met de strategische doelstellingen en de engagementen vanuit de verschillende overheden zal in de gids vanuit een beleidsoogpunt verder ingaan worden op een aantal prioritaire programma's waarin op een globale wijze meerdere functies met een aantal relevante modaliteiten beschreven worden.

In de gids worden de programma's als een breed kader omschreven waarbinnen de netwerken ruimte en mogelijkheden hebben om deze krijtlijnen op een creatieve en innovatieve manier te vertalen naar concrete programma's op netwerkniveau, rekening houdend met specifieke karakteristieken van het aanbod in het werkingsgebied, opgebouwde expertise, ervaren noden en prioriteiten binnen het netwerk, ... De programma's vertrekken vanuit de noden van ieder kind of jongere en zijn context en vormen de basis van verschillende individuele trajecten doorheen het aanbod van het netwerk.

De programma's kunnen zich richten naar :

- een specifieke zorginhoud, zoals bv. urgentiezorg, crisiszorg, langdurige, actieve aanklappende zorg, ...
- een aantal specifieke leeftijdsgroepen rekening houdend met het ontwikkelingsniveau van het kind of de jongere, zoals bv. zeer jonge kinderen (infants)
- subpopulaties met specifieke karakteristieken, zoals bv. jongeren met een psychiatrische problematiek die onder een justitiële maatregel vallen, jongeren met een verslavingsproblematiek, kinderen en jongeren met een verstandelijke beperking en psychische of psychiatrische problemen

De programma's bouwen voort op de eerder beschreven visie en benadrukken het principe waarbij in de mate van het mogelijke het kind of de jongere binnen zijn eigen omgeving wordt behandeld zodat bij de behandeling rekening wordt gehouden met de omgevingsfactoren.

Bij de uitwerking zullen de relevante adviezen en rapporten, evenals de internationale ervaringen en de resultaten van de enquête en georganiseerde hoorzittingen van binnenlandse inspirerende praktijken meegenomen worden.

3.2.2. Functionele randvoorwaarden

Om deze functies en programma's zo optimaal mogelijk te realiseren, moet het netwerk eveneens investeren in volgende functionele randvoorwaarden :

A. UNIVERSELE PREVENTIE EN PROMOTIE VAN GEESTELIJKE GEZONDHEID

Universele preventie is gericht naar alle kinderen en jongeren. Selectieve preventie is gericht naar specifieke risicogroepen. Het Ottawa Charter (1986) fungeert als basisdocument. Dit charter stelt dat gezondheid de verantwoordelijkheid is van allen. Gezondheidsbevordering vereist immers een gecoördineerde actie door alle betrokkenen : overheden, gezondheids-, sociale en economische sectoren, vrijwillige en niet gouvernementele organisaties, lokale autoriteiten, industrie en media.

B. COMPETENTIEBEVORDERING

De onderlinge uitwisseling van niet-casusgebonden expertise betekent een meerwaarde in het valoriseren van alle basiscompetenties, ongeacht het specifieke werkdomein van een hulpverlener of organisatie.

C. REGISTRATIE, EVALUATIE EN PARTICIPATIE AAN WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK

Elk netwerk ontwikkelt en implementeert een beleid inzake registratie en evaluatie. Elk netwerk investeert in en participeert aan wetenschappelijk onderzoek.

3.2.3. Organisatorische en financieel faciliterende maatregelen

De overheid realiseert een aantal organisatorische en financieel faciliterend maatregelen :

A. WETENSCHAP : ONDERZOEK, VORMING EN EXPERTISE

▪ WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK ALS RUGGENGRAAT

Om het nieuw beleid geestelijke gezondheid te realiseren, moet er geïnvesteerd worden in wetenschappelijk onderzoek, o.a. rond prevalentie en incidentie, gezondheidseconomie (met o.a. de impact van vroegdetectie en tijdige behandeling). Door wetenschappelijke inzichten te vertalen naar de praktijk wordt innovatie gestimuleerd.

▪ VORMING EN OPLEIDING IN HET KADER VAN DIT NIEUW BELEID

Een vormingsaanbod en de mogelijkheid tot participatie aan opleidingen, stages, workshops, intervisies, trainingen, studiedagen, thematische meetings, informatiemomenten, ... ondersteunt het nieuw beleid geestelijke gezondheid.

• REKENING HOUDEN MET INTERNATIONALE ERVARINGEN EN LOKALE EXPERTISE

Bij de uitwerking zal rekening gehouden worden met de relevante adviezen en rapporten, evenals met de internationale ervaringen en de resultaten van de enquête en georganiseerde hoorzittingen van binnenlandse inspirerende praktijken.

B. HET GELIJKHEIDSBEGINSEL EN BESCHIKBAARHEID VAN ADDITIONELE MIDDELEN

Het ongelijk gespreide aanbod dat vandaag beschikbaar is, dekt onvoldoende de noden en hulpvragen, zowel in het algemeen als in specifiek aanbod of in specifieke deelgebieden. Dit impliceert een expliciete overheidskeuze voor extra budget om een antwoord te formuleren op deze noden (cfr. WHO).

De programma's en functies worden ingevuld naar zowel ambulante als residentiële modaliteiten. Het is duidelijk dat het dekken van de noden zich baseert op de definitieve invulling van de prevalentiecijfers inzake kinder- en jeugdpsychiatrie en het reeds beschikbare aanbod terzake. Het dichten van de kloof tussen enerzijds het beschikbare aanbod en de nood aan kinder- en jeugdpsychiatrie in de verschillende regio's kan via verruiming van zowel het ambulante als het residentiële kinder- en jeugdpsychiatrisch aanbod als via de creatie van nieuwe zorgvormen.

Het moet immers de bedoeling zijn om in ons land een evenwichtig aanbod met goede geografische spreiding uit te bouwen.

In de verdere uitwerking van een concreet actieplan zal eveneens rekening worden gehouden met de adviezen van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen (NRZV) met betrekking tot de nood aan bijkomende residentiële capaciteit voor de doelgroep kinderen en jongeren.

C. FLEXIBILITEIT ALS RIJKDOM EN STIMULANS

Een te strakke en complexe regelgeving hypothekeert een dynamische en flexibele werking. Het nieuw beleid geestelijke gezondheid moet radicaal kiezen voor flexibele en aangepaste regelgeving. De uitbouw van of toegang tot noodzakelijke zorg mag niet vertraagd worden door onbedoelde schotten en administratieve beslommingen. Een aanpassing van de regelgeving is noodzakelijk om snel en accuraat te kunnen handelen over alle betrokken partners heen in functie van de vraag.

D. STRUCTURELE VERANKERING VAN INITIATIEVEN NA EVALUATIE

De bestaande pilootprojecten, de op dit ogenblik reeds veelvuldig aanwezige inspirerende praktijken en initiatieven die ontstaan in het kader van dit nieuw beleid, worden grondig geëvalueerd met het oog op structurele erkenning en financiering. Daarnaast worden de gevalideerde inspirerende praktijken naar andere werkingsgebieden overgedragen.

E. INTERSECTORALE SAMENWERKING, ZOWEL OP DE WERKVLOER ALS OP DE OVERHEIDSNIVEAU

Intersectorale samenwerking staat centraal. Doorverwijzingen, van de ene sector naar de andere, moeten continu en zonder breuken in het zorgtraject gerealiseerd worden. Dit impliceert dat er zowel m.b.t. de instroom, uitstroom als de organisatie van vervolgzorg waar nodig intersectoraal overlegd en samengewerkt wordt.

F. COMMUNICATIEPLAN

Gedurende het volledige proces zal bijzondere aandacht besteed worden aan het verstrekken van doelgerichte en coherente informatie. Om dit te bereiken is een communicatieplan van essentieel belang. Dit moet gepland en georganiseerd worden opdat de uitgangspunten van het nieuwe beleid, de visie, de waarden en principes aan alle partners voorgesteld worden. Doel is hen te betrekken van bij de start en te overtuigen van de noodzakelijke samenwerking in het kader van het globale doel.

4. PLANNING VAN DE VERDERE WERKZAAMHEDEN

De planning uit de Gemeenschappelijke Verklaring is niet haalbaar. Hieronder is een aangepaste tijdstabel opgenomen die een overzicht biedt van de planning in de tijd voor het tot stand komen van het nieuw geestelijke gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren.

De inhoud van de aanvullende Gemeenschappelijke Verklaring wordt verder ontwikkeld in een gids die een concreet actieplan bevat. Deze gids wordt onder de vorm van een protocolakkoord voorgelegd aan de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid.

Voor de Federale Staat,
Pour l'Etat fédéral,
Mevr. L. ONKELINX,
Vice-Eerste Minister en Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,
belast met Maatschappelijke Integratie
Vice-première Ministre et Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,
chargée de l'Intégration sociale

Voor de Vlaamse Gemeenschap en het Vlaams Gewest,
J. VANDEURZEN,
Vlaams Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
Pour la Région Wallonne,
Mme E. TILLIEUX,
Ministre de la Santé, de l'Action sociale et de l'Egalité des Chances
Pour la Communauté française,
F. LAANAN,
Ministre de la Culture, de l'Audiovisuel, de la Santé et de l'Egalité des Chances
Pour la Commission communautaire française de Bruxelles-Capitale,
C. FREMAULT,
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
Pour la Commission communautaire commune de Bruxelles-Capitale,
Voor de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie van Brussel-Hoofdstad,
G. VANHENGEL,
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
Lid van het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (COCOM),
belast met Gezondheidsbeleid, Financiën, Begroting en Externe Betrekkingen
C. FREMAULT,
Membre du Collège réuni de la Commission communautaire commune (COCOM), chargé de la Politique de la
Santé et de la Fonction publique
Lid van het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (GGC), belast met Gezond-
heidsbeleid en Openbaar Ambt
Für die Deutschsprachige Gemeinschaft,
Pour la Communauté germanophone,
H. MOLLERS,
Minister für Familie, Gesundheit und Soziales,
Ministre de la Famille, de la Santé et des Affaires sociales

Aldus overeengekomen te Brussel, op 24 februari 2014.

Notas

- (1) Cursieve tekst is letterlijk overgenomen van de bron.
- (2) <http://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/crc.aspx>
- (3) <http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/CRPD/Pages/CRPDIndex.aspx>
- (4) http://www.who.int/topics/mental_health/en/
- (5) http://www.who.int/mental_health/policy/en/
- (6) In de Gemeenschappelijke Verklaring wordt de term 'geestelijke gezondheidszorgbeleid' gehanteerd. Omdat deze term te beperkend is, wordt in de Aanvullende Gemeenschappelijke Verklaring de term 'geestelijk gezondheidsbeleid' gebruikt.
- (7) Het advies is geraadpleegd, maar niet als uitgangspunt genomen.
- (8) <http://statbel.fgov.be/nl/statistiek/cijfers/bevolking/structuur/leeftijdgeslacht/belgie/>
- (9) WHO, 2005, Child and adolescent mental health resources : global concerns, implications for the future. Geneva, p.16. (http://www.who.int/mental_health/resources/child/en/index.html)
- (10) Waddell, C., e.a., 2002, *Child Psychiatric Epidemiology and Canadian Public Policy-making : The state of the science and the art of the possible*, Can J Psychiatry, 827-828.
- (11) Zubrick, S., e.a., 2000, *Mental Health disorders in children and young people : scope, cause and prevention*. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 34, 570-578.
- (12) Roberts, R. E., e.a., 1998, *Prevalence of psychopathology among children and adolescents*, Am J Psychiatrie, 155 : 66, 715.
- (13) WHO, 2005, Child and adolescent mental health resources : global concerns, implications for the future. Geneva, p.16. (http://www.who.int/mental_health/resources/child/en/index.html)
- (14) VERHULST, F.C. (1999). Kinder- en jeugdpsychiatrie. in : A. de Jong, e.a. (red.). *Handboek psychiatrische epidemiologie*, p. 379-398. Maarssen : Elsevier/De Tijdstroom. GGZ Nederland, 2011, *Jeugd- ggz : Investeren in de toekomst! Ambities voor 2011 - 2014*. p.35.
- (15) Sytema, S., e.a. (2006). *Verkenningen in de kinder- en jeugdpsychiatrie*. Trimbo-instituut. p. 5.
- (16) Remschmidt, H., e.a., 2005, *Mental health care for children and adolescents worldwide : a review*. World Psychiatry, 4 :3, 148.
- (17) Waddell, C., e.a., 2002, *Child Psychiatric Epidemiology and Canadian Public Policy-making : The state of the science and the art of the possible*, Can J Psychiatry, 829.
- (18) Costello, E.J., 2005, *10-Year research update review : the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders : I. Methods and public health burden*. Child Adolesc. psychiatry, 40 :10, 982.

(19) Costello, E.J., 2005, *10-Year research update review : the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders : I. Methods and public health burden*. Child Adolesc. psychiatry, 40 :10, 982.

(20) WHO, 2005, mhGAP Mental Health Gap Action Programme - Scaling up care for mental, neurological, and substance use disorders, Geneva, 37. (http://www.who.int/mental_health/evidence/mhGAP/en/index.html)

(21) Sytma, S., e.a. (2006). *Verkenningen in de kinder- en jeugdpsychiatrie*. Trimbos-instituut. p.5-6.

(22) VAN BEEMEN, L. (2009), *Ontwikkelingspsychologie*, Groningen, Noordhoff Uitgevers, p.18.

(23) Intervention intensive auprès d'adolescents et de jeunes adultes ayant un Trouble Envahissant du Développement (TED) et/ou ayant une Déficience Intellectuelle (DI) et présentant des troubles graves du comportement

(24) Deze uitspraak doet geen afbreuk aan de huidige werking.

(25) globaal = allesomvattend, compleet. Alle aspecten van geestelijke gezondheid worden meegenomen, vertrekkend vanuit een globale aanpak.

(26) Geïntegreerd = alle relevante sectoren, diensten, voorziening, partners, ... betreffend. Geïntegreerd verwijst enerzijds naar een horizontale benadering van zorg doorheen alle sectoren en anderzijds naar een verticale benadering doorheen verschillende competenties.

(27) Zie 'Gids naar een betere geestelijke gezondheidszorg door de realisatie van zorgcircuits en zorgnetwerken (p.15)' (www.psy107.be)

(28) Voorbeelden van inclusie zijn leer- of trainingsgeoriënteerde activiteiten, maar ook (psycho-)educatieve interventies gericht op ontwikkelingsstimulering en opvoeding, en dit op een planmatige en methodische wijze. Zowel informatie en kennisoverdracht als gerichte training en het aanleren van vaardigheden zijn instrumenten en hefbomen in deze functie. Activeringsinitiatieven, zoals bv. het aanbrengen van leefstructuur of het zoeken naar vrijetijdsactiviteiten georganiseerd met het oog op het leren invullen van een dagstructuur sluiten hierbij aan. Vaardigheden worden ontwikkeld door het opnemen van een (sociaal, cultureel) leven in de samenleving, maar evenzeer door het behoud en herstel van bv. een regulier of aangepast school- of opleidingstraject.

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

[C – 2014/24112]

Déclaration conjointe complémentaire à la Déclaration conjointe du 10 décembre 2012 pour la réalisation de réseaux et de circuits de soins en santé mentale pour enfants et adolescents

Sur la base d'une Déclaration Conjointe, les ministres ayant la Santé Publique et la politique de santé dans leurs attributions ont décidé en date du 12 décembre 2012 de concevoir ensemble une nouvelle politique de la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent. Cette déclaration aborde en premier lieu les motifs et les fondements de la nouvelle politique de la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent. Elle décrit ensuite les différentes étapes de la réalisation de cette nouvelle politique.

La Déclaration Conjointe du 10 décembre 2012 a été préparée et élaborée par le comité de rédaction « Réforme de l'offre de SSM pour enfants et adolescents ». Il est attendu de ce comité qu'il livre un guide et des scénarios politiques pratiques, en d'autres termes des mesures pouvant être mises en application, accompagnées d'un échéancier, d'une proposition budgétaire avec des techniques de financement et de propositions détaillées de modification de chaque réglementation pertinente (1).

Le comité de rédaction a décidé de rédiger dans un premier temps une Déclaration Conjointe Complémentaire. L'objectif de la présente déclaration complémentaire est de préciser les lignes directrices de la nouvelle politique de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent, basées sur un contexte sociétal donné et une série d'études scientifiques actuelles, et traduites ensuite en un plan stratégique, décrivant un nouveau modèle politique. Le comité de rédaction a élaboré un échéancier adapté et un planning général pour la réalisation de cette nouvelle politique de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent.

Cette Déclaration Conjointe Complémentaire servira de base pour la poursuite de la collaboration entre les Communautés, les Régions et l'Autorité Fédérale dans le cadre du comité de rédaction.

Introduction

La « Convention relative aux droits de l'enfant » de l'Organisation internationale des Nations unies (ONU) est claire. Son article 24, § 1^{er} mentionne : « Les États parties reconnaissent le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux et de rééducation. Ils s'efforcent de garantir qu'aucun enfant ne soit privé du droit d'avoir accès à ces services (2) ». De même, la « Convention relative aux droits des personnes handicapées » (ONU) consacre son article 25 à la santé et déclare que « les personnes handicapées ont le droit de jouir du meilleur état de santé possible sans discrimination fondée sur le handicap (3) ».

Pour garantir effectivement ces droits, le développement d'une politique de soins en santé mentale accessibles, engagés, positifs, spécialisés, permanents et de qualité correspondant aux besoins de chaque enfant ou adolescent est capital. La définition de la santé (« health ») par l'Organisation Mondiale de la Santé décrit la santé mentale comme suit : « A state of complete physical, mental and social well-being, and not merely the absence of disease (4) ». L'importance d'adopter une politique de santé mentale est soulignée par cette même OMS dans diverses publications, recommandations, ... (5). « Mental health policy defines the vision for the future mental health of the population, specifying the framework which will be put in place to manage and prevent priority mental and neurological disorders. »

L'intérêt d'une nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents a été validé par la Conférence interministérielle Santé publique du 10 décembre 2012 dans la « Déclaration Conjointe pour la réalisation de réseaux et de circuits de soins en santé mentale pour enfants et adolescents ». L'État Fédéral, les Communautés et les Régions s'engagent à réaliser ensemble, au départ d'une vision claire, cohérente et crédible, la future politique des soins de santé mentale pour enfants et adolescents en cours d'élaboration. La Déclaration Conjointe s'est fondée sur les motifs suivants :

1. l'offre insuffisante par rapport aux besoins
2. le fonctionnement non intégré des soins de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent
3. les soins de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent ne tiennent pas suffisamment compte des déterminants de la santé ainsi que du contexte socio-économique

La Déclaration Conjointe décrit la méthodologie qui sera utilisée pour permettre une nouvelle politique. La réalisation sera effectuée en trois phases, chacune étant un jalon de l'itinéraire à parcourir :

1. Phase 1. Etapes de l'élaboration d'une politique de santé mentale (6) en tant qu'élément d'une politique de santé générale
2. Phase 2. Elaboration d'un plan relatif à la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent
3. Phase 3. Mise en œuvre de la politique et des plans en matière de soins de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent

Le calendrier récapitulatif issu de la Déclaration Conjointe ne s'avère pas réalisable en raison du bref laps de temps entre la signature de la Déclaration Conjointe et les élections du printemps 2014. De nouvelles décisions stratégiques et financières ne sont pas possibles, ni recommandées, en raison des prochaines élections. Seule la phase 1 peut dès lors être réalisée.

La présente Déclaration Conjointe Complémentaire à la Déclaration Conjointe décrit le cadre commun pour permettre l'élaboration d'une nouvelle politique de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent en tant qu'élément d'une politique de santé générale. Conformément à la Déclaration Conjointe, son contenu de base et le cadre évoqué seront traduits en un guide et un plan d'action concret. Après les élections, ceux-ci seront repris dans un protocole d'accord à conclure, soumis à tous les ministres compétents pour signature. Les phases 2 et 3 pourront ensuite être réalisées. L'échéancier suivant lequel les projets pilotes seront lancés au début de l'année 2015 reste maintenu.

La nouvelle politique de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent intègre les évolutions actuelles relatives aux mesures de soins prises pour les malades chroniques. Une série de concepts issus de la note d'orientation « Vision intégrée des soins aux malades chroniques en Belgique » y sont repris.

La Belgique compte un grand nombre de pratiques novatrices dignes d'intérêt. Celles-ci ont été répertoriées par le biais d'une enquête et un bon nombre d'entre elles ont été invitées à être auditionnées. Ces pratiques novatrices seront évaluées dans le cadre de la nouvelle politique afin d'être reconnues.

La conception de la nouvelle politique s'est appuyée, outre ces pratiques innovantes, sur les sources suivantes :

- Avis du Conseil national des Etablissements hospitaliers (CNEH) :
 - o Développement d'un programme de soins de santé mentale pour enfants et adolescents (2011);
 - o Principes de base, conditions générales et critères pour une définition géographique de la zone des projets pilotes "circuits et réseaux de soins pour le groupe cible SSM jeunes" (2003);
 - o Avis du Conseil supérieur de la Santé : Enfants et adolescents : troubles des conduites dans leur contexte (2011) (7)
- Rapports du Centre fédéral d'expertise des Soins de Santé (KCE) :
 - o L'urgence psychiatrique pour enfants et adolescents (2010)
 - o Développement de scénarios politiques (2011)
 - o Organisation des soins de santé mentale pour enfants et adolescents : étude de la littérature et description internationale (2011)
- Journée d'étude « La psychiatrie infanto-juvénile dans une perspective internationale!? » avec des orateurs provenant de Grèce, d'Angleterre, des Etats-Unis et des Pays-Bas
- Visites d'étude en Italie, en France et aux Pays-Bas

Les autres sources consultées sont reprises dans les notes de bas de page.

L'inventaire des pratiques belges susceptibles d'être une source d'inspiration révèle que les acteurs de terrain, dans une démarche volontariste et engagée, ont élaboré et finalisé de nombreuses initiatives. Ces initiatives seront évaluées, validées et, dans la mesure du possible, intégrées dans la nouvelle politique de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent.

1. Contexte de la nouvelle politique de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent

La nouvelle politique de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent porte prioritairement sur les **enfants et adolescents de 0 à 18 ans et leur entourage**. Outre leur entourage naturel (parents, famille, autres éducateurs, amis, ...), la politique tient compte de l'importance de la collaboration et de l'articulation avec tous les partenaires du secteur de la santé mentale, p.ex. consultations privées (psychologues, psychiatres, ...) ainsi que par ex. du secteur qui s'adresse au groupe cible des adultes (tels que les jeunes adultes, les parents d'enfants ou d'adolescents,...) mais également les partenaires provenant des secteurs connexes, tels que les institutions pour personnes en situation de handicap, l'enseignement, l'action sociale, l'aide à la jeunesse, la justice, ...

Les soins de santé mentale pour enfants et adolescents portent principalement sur les enfants et les adolescents présentant un trouble psychique ou psychiatrique et leur entourage.

1.1. Prévalence des troubles psychiques chez les enfants et les adolescents

1.1.1. Nombre d'enfants et d'adolescents en Belgique

Les enfants et adolescents (de 0 à 18 ans) représentent 20,4 % de la population belge. Au 1^{er} janvier 2013, la Belgique comptait en effet **2.258.716 mineurs d'âge** sur un total de 11.099.554 habitants (8). Ces chiffres sont importants pour situer la prévalence dans le contexte belge.

1.1.2. Prévalence des troubles psychiques selon la recherche internationale

Etant donné le manque de données relatives à ce type de prévalence pour la Belgique ce chapitre se réfère aux données que nous fournissent les études et les recherches internationales. Comme ces chiffres ne sont pas forcément représentatifs du contexte belge, la prudence est requise lors de leur utilisation.

De manière générale, les problèmes de santé mentale sont sous-estimés dans notre société. Il est fort probable que cette sous-estimation puisse être extrapolée au groupe d'âge cible des enfants et adolescents, même si en 2005, l'OMS estimait déjà à **±20 %** la prévalence des troubles psychiques auprès des enfants et des adolescents (9). On cite fréquemment ce chiffre, bien que les chiffres de prévalence des « *clinically important mental disorders* » chez les enfants et adolescents de plusieurs études éminentes varient entre 10 % et 20 %, partiellement en raison d'une définition différente de ce qu'on considère comme "mental disorder" (10). Les mêmes études révèlent que le sexe, l'âge et surtout le revenu familial ont une incidence significative sur le risque de développer un trouble psychique. Plusieurs études établissent une distinction en termes de prévalence en fonction de l'âge : 16 à 20 % pour les enfants de 4 à 11 ans et 20 à 25 % pour les adolescents de 12 à 17 ans (11). Une autre étude évoque les taux de prévalence moyens suivants : 10 % pour les préscolaires, 13 % pour les pré-adolescents et 16 % pour les adolescents (12).

• Prévalence des troubles psychiques nécessitant des soins cliniques spécialisés en santé mentale

Environ 4 à 6 % des enfants et adolescents nécessiterait *“a clinical intervention for an observed significant mental disorder”* (13). Ce nombre correspond aux résultats d'une étude du Prof. F.C. Verhulst qui combine la prévalence des troubles avec un dysfonctionnement manifeste. Il en a conclu que 5 à 6 % des enfants et des adolescents entraînent en compte pour la deuxième ligne des soins en santé mentale pour enfants et adolescents (14). Un rapport récent d'une étude néerlandaise (15) estime que 7 % des adolescents nécessitent chaque année des soins de santé mentale. Toujours d'après cette étude 10 à 15 % des jeunes sont considérés comme groupe à risque. D'autres études indiquent que 4,2 % des enfants âgés de 8 ans souffrent d'un trouble psychique grave (16).

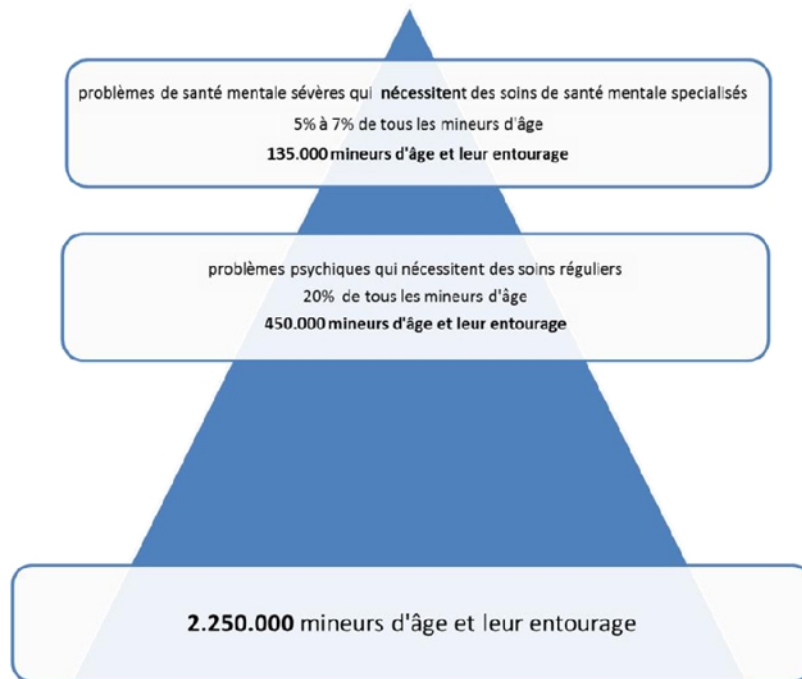
▪ Ecart entre prévalence des troubles psychiques et soins cliniques

Plusieurs études internationales révèlent que seuls 16 à 27 % des enfants et adolescents présentant un trouble psychique *“received specialized mental health services”* (17). D'autres sources indiquent que *“only a small proportion of children with clear evidence of functionally impairing psychiatric disorder receive treatment”* (18).

Dans le cadre de la concrétisation de la nouvelle politique, le guide s'appuiera autant que possible sur les chiffres permettant d'analyser pour la Belgique les besoins par rapport à l'offre.

• Importance de la détection précoce.

L'importance de pouvoir dispenser des soins de santé mentale adaptés et de qualité pour enfants et adolescents est reconnue dans une étude qui démontre que les troubles psychiques chez les enfants et les adolescents **persistent** souvent à l'âge adulte. De plus en plus de preuves attestent que beaucoup de problématiques psychiatriques chroniques se manifestent dès l'enfance et l'adolescence (19). Ainsi, 50 % environ des troubles psychiques chez les adultes apparaîtraient avant l'âge de 14 ans (20). Une étude néerlandaise a démontré qu'environ 3 jeunes sur 1000 âgés de 6 à 19 ans nécessitent des soins de longue durée. Parmi tous les jeunes qui, sur base annuelle, reçoivent des soins de santé mentale pour la première fois, environ 8 % nécessitent des soins de longue durée. La majorité d'entre eux (89 %) reçoit des soins ambulatoires (21).



1^{er} Schéma: Extrapolation des études internationales de prévalence et des données de l'OMS à la population belge

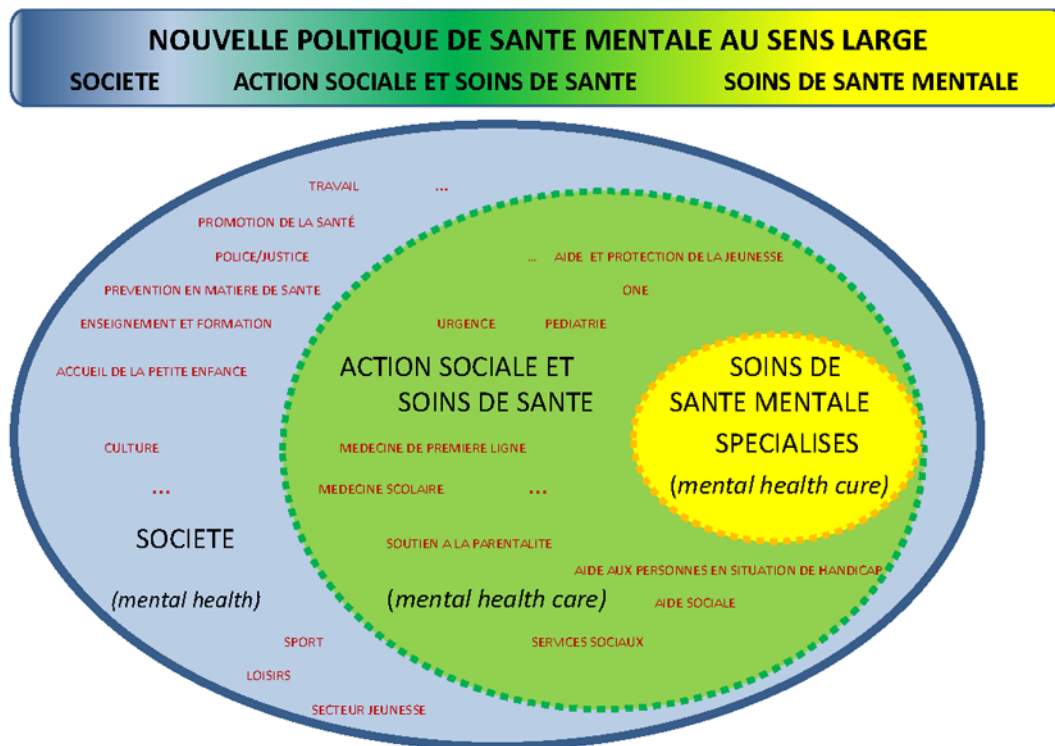
1.2. Stades de développement des enfants et des adolescents

Le « **développement** » peut se définir comme une « série de changements progressifs menant à un niveau supérieur de différenciation et de fonctionnement ». (22) Le changement et la progression, par la croissance, la maturation et l'apprentissage, occupent une place centrale. Il convient de distinguer le développement neurobiologique, cognitif, émotionnel, psychosocial et de la conscience.

Les différents stades de développement coïncident généralement avec **trois tranches d'âge**, à savoir **les nourrissons, les enfants en bas âge et les enfants d'âge préscolaire (0 à 6 ans), les enfants en âge d'école primaire (7 à 12 ans) et les adolescents (13 à 18 ans)**. La nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents doit tenir compte autant que possible de la spécificité de ces stades de développement en fonction de l'âge de l'enfant ou de l'adolescent, mais aussi des différences sur base de l'âge en termes de législation, de statut juridique, d'offre de soins disponible et de contexte socio-économique sous-jacent, mais également de vision et d'approche. Ceci implique une différenciation de l'offre de soins en fonction du groupe d'âge auquel on s'adresse. Il convient également d'être attentif à la tranche d'âge charnière de 18 à 23 ans.

1.3. Contexte de l'offre de soins de santé mentale pour enfants et adolescents

La Belgique connaît une longue histoire en matière de « soins » aux personnes qui présentent des problématiques de santé mentale. Ce chapitre, sans vouloir être exhaustif, décrit le contexte général de l'offre spécifique de soins de santé mentale pour enfants et adolescents, élaborée au fil des années. Outre cette offre spécifique de soins de santé mentale, différents secteurs connexes jouent un rôle important dans le secteur des soins de santé mentale comme les institutions pour personnes en situation de handicap, l'aide à la jeunesse, ... Une collaboration et une harmonisation avec ces partenaires sont fondamentales, tant sur le terrain qu'au niveau des autorités. La Déclaration Conjointe affirme que *“Toutes les formes de soins doivent être harmonisées afin de permettre une complémentarité et une continuité des soins.”*



2^{ème} Schéma: Schéma de l'offre de soins de santé mentale pour enfants et adolescents (non-exhaustif)

Les soins spécialisés en santé mentale comprennent plusieurs secteurs.

Les **Services de santé mentale** (SSM) proposent un diagnostic et/ou un traitement ambulatoire aux enfants et adolescents présentant des troubles psychiques. Ce soutien peut également être proposé de façon mobile au sein même du milieu de vie de l'enfant ou de l'adolescent.

Au sein des hôpitaux généraux et psychiatriques, des normes d'agrément et des critères de programmation sont prévus pour les lits **K** (dans les services de neuropsychiatrie pour l'observation et le traitement d'enfants). Les **services K** offrent en principe une intervention d'urgence en cas de crise, une observation ou un traitement. La prise en charge peut se faire aussi bien en hospitalisation complète qu'en hospitalisation partielle : de jour ou de nuit. Certains services ont développé en outre des formules de soins ambulatoires. Des adolescents sont aussi hospitalisés **en lits A et T**, parfois sous mesure contrainte, en raison d'une pénurie de structures dans le réseau de soins local et compte tenu du fait que dans les services **K** les enfants doivent être séparés des adolescents. Ceci a amené certains hôpitaux à développer une offre pour les adolescents.

Certains **centres conventionnés par l'INAMI** disposent d'une offre spécifique pour enfants et adolescents, tels les centres de référence des troubles du spectre autistique, les centres de rééducation ambulatoire ainsi que des établissements de rééducation psychosociale pour enfants et adolescents atteints d'affections psychiques sévères. Outre le diagnostic et/ou le traitement, certains centres orientent leurs actions sur l'inclusion de l'enfant ou de l'adolescent dans la communauté de vie.

Dans le secteur des soins spécialisés en santé mentale, plusieurs organisations visent des **sous-groupes de population** et, à cet effet, ont développé une action et un encadrement spécifiques, comme pour les jeunes souffrant d'une problématique d'assuétudes, les enfants et adolescents présentant une déficience mentale associée à des problèmes psychiques et/ou comportementaux graves.

Outre le secteur des soins spécialisés en santé mentale financé de manière structurelle, des **projets pilotes** spécifiquement axés sur les enfants et les adolescents ont été initiés par les différentes autorités, parmi lesquels :

- Un certain nombre d'équipes «outreaching» pour enfants et adolescents dont certaines s'adressent aux enfants et adolescents qui présentent un handicap intellectuel et des problèmes psychique et/ou du comportement..
- Une Unité de Traitement Intensif pour enfants et adolescents présentant des troubles graves du comportement et/ou agressifs (PTCA) a été développée.
- Une coordination de réseau, couplée à une équipe mobile est financée.
- Des Unités de Traitement Intensif pour jeunes ayant commis un fait qualifié d'infraction (UTI (FQI)), également appelées « unités ForK », ont notamment été créées dans le cadre du développement du trajet de soins pour adolescents présentant une problématique psychiatrique et faisant l'objet d'une mesure judiciaire.
- Le projet « Inter-action » (23) est financé à raison d'un par région.
- L'expertise spécifique en soins de santé mentale est mise à disposition des secteurs connexes par le biais de l'*Outreaching*.
- Des projets destinés aux jeunes présentant une problématique d'assuétude ont été développés.

Ces projets pilotes seront soumis, dans un délai raisonnable, à une évaluation approfondie avec, à la clé, la possibilité de les inclure structurellement dans la nouvelle politique de santé mentale.

Les **plateformes de concertation en soins de santé mentale** (PCSSM) sont des structures d'appui aux soins et ont pour mission, de par leur agrément, de faciliter la concertation et la collaboration notamment au bénéfice du groupe cible des enfants et adolescents. Ces organes de concertation contribuent déjà à l'organisation du réseau.

2. Plan stratégique pour une nouvelle politique de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent

2.1. Missions et valeurs

Les soins de santé mentale pour enfants et adolescents s'adressent à tous les enfants et adolescents présentant des problèmes psychiques, ainsi qu'à leur entourage naturel et aux intervenants concernés. Leurs missions essentielles sont la détection précoce, le screening et l'orientation, le diagnostic, le traitement, l'inclusion dans tous les domaines de la vie ainsi que l'échange et la valorisation de l'expertise. Les besoins et attentes de l'enfant ou de l'adolescent et de son entourage sont au centre des préoccupations. Dans le cadre d'un travail en équipe et d'une approche multidisciplinaire, il est tenu compte des possibilités et du vécu de l'enfant ou de l'adolescent, mais aussi des points forts et des limites des méthodes de traitement. Une collaboration est assurée avec tous les autres intervenants concernés.

Les soins de santé mentale pour enfants et adolescents s'appuient sur les valeurs fondamentales suivantes :

- **Collaboration et soutien mutuel** en équipe interdisciplinaire et, au niveau de l'utilisateur, avec l'enfant ou l'adolescent, ses parents et les autres intervenants concernés
- **Ouverture d'esprit à l'égard de l'enfant**, de l'adolescent, des parents et de tous les intervenants concernés dans une optique de **responsabilité conjointe et partagée**. Ceci implique une vision et une réflexion sur l'application du secret professionnel à tous les niveaux (communication et échange d'informations avec l'enfant ou l'adolescent, ses parents, sa famille, les intervenants concernés, ...)
- Travail **constructif** dans un climat de **confiance** et de respect mutuel avec l'enfant ou l'adolescent, la famille et les intervenants concernés
- Travail avec l'enfant ou l'adolescent et sa famille, au sein des services **axé sur les processus de prise en charge**, dans le **respect** de leurs particularités et dans un esprit d'ouverture
- **Professionnalisme** fondé sur **l'engagement**, **l'expertise**, les **aptitudes**, la **formation continue** et s'inspirant de **bonnes pratiques** spécifiques au groupe cible, mobilisés dans le cadre du réseau au sens large
- **Engagement et garantie collective en matière de soins** à tous les niveaux (directions, acteurs de terrain, ...) afin que chaque enfant ou adolescent ait accès aux soins et reçoive ceux auxquels il a droit
- Démarche **critique** sur la base d'évaluations approfondies avec l'enfant ou l'adolescent et ses parents, sa famille, les intervenants concernés,...

2.2. Vision

La CIM Santé publique a formulé dans la « *Déclaration Conjointe pour la réalisation de réseaux et de circuits de soins en santé mentale pour enfants et adolescents* » sept principes qui forment la base de la nouvelle politique de santé mentale pour les enfants et les adolescents. Ces principes sont affinés dans la présente Déclaration Conjointe Complémentaire et le seront encore au fil de l'évolution de la nouvelle politique de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent.

A. *Il est clair qu'une politique de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent doit partir d'une **approche globale de toutes les composantes des soins**. C'est de ce principe de base que découle l'idée de travailler selon **des programmes de soins réalisés par des circuits de soins, dans des réseaux**. Toutes les formes de soins doivent être harmonisées afin de permettre une **complémentarité et une continuité des soins**.*

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

C. *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.*

D. *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. (24)

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

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

E. *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.*

F. *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.*

G. *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.*

Ces principes constituent la base d'une **vision ambitieuse** de la nouvelle politique de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent, tant au niveau des autorités que du secteur des soins de santé mentale pour enfants et adolescents :

L'ensemble des **autorités** concernées élaborent conjointement, en concertation, au départ d'une vision claire, cohérente et crédible, une nouvelle politique de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent. Les forces et les moyens sont regroupés afin que cette nouvelle politique bénéficie d'un financement correct et proportionné. Une approche positive incluant les acteurs du terrain et respectueuse de leur expertise et de leur savoir-faire en constitue le socle. Dialogue, transparence, ouverture, participation et implication des enfants et adolescents et de leur entourage sont essentiels aux différentes étapes des processus décisionnels. Dans une relation de confiance, les autorités offrent à l'ensemble des partenaires impliqués dans la nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents une latitude pour innover, expérimenter, développer des projets, ... Simultanément, elles restent attentives aux pratiques de soins de santé mentale déjà développées, et pour les collaborations intersectorielles déjà initiées aux niveaux des communautés et régions, comme c'est le cas par ex. avec l'aide à la jeunesse, l'AWIPH,

Le secteur des soins de santé mentale pour enfants et adolescents investit dans le travail en réseau, tant au niveau du contenu des soins que sur le plan organisationnel, au niveau sectoriel comme intersectoriel. Le principe est que chaque enfant ou adolescent a droit à des soins de santé mentale à la mesure de ses besoins en termes d'accessibilité, d'implication, d'approche positive, d'expertise, de qualité et de continuité. L'efficacité et l'impact sur l'enfant et l'adolescent sont toujours pris en considération lors du choix des soins, qui sont de préférence offerts dans le milieu de vie et d'apprentissage. On part toujours de leurs possibilités, mais il est tout autant tenu compte de leurs limites et de celles de leur entourage. L'entourage naturel et les intervenants sont impliqués autant que possible. Sur base d'études scientifiques et d'évaluations de projets réalisés, en fonction de leur efficacité et de leur efficience mais aussi de considérations éthiques, des ajustements ou des changements peuvent être envisagés. Au niveau des soins comme au sein des réseaux, dialogue et participation des enfants et adolescents et de leur entourage occupent une position centrale à toutes les étapes du processus décisionnel de prise en charge. Ce faisant, les soins de santé mentale pour enfants et adolescents contribuent à la prévention et à la promotion de la santé.

Les soins de santé mentale pour enfants et adolescents inspirent d'autres secteurs et jouent le rôle de leader au sein des réseaux pour assurer la complémentarité et la continuité des soins d'un secteur à l'autre. La détection précoce est cruciale. Il y a partage et échange d'expertise et de savoir.

3. Description du modèle de nouvelle politique de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent

3.1. Travail en réseau – coordination

3.1.1. Travail en réseau comme fondement de la nouvelle politique de santé mentale

Conformément à la Déclaration Conjointe pour la réalisation de réseaux et de circuits de soins en santé mentale pour enfants et adolescents du 10 décembre 2012 (M.B. 24 janvier 2013), la politique de santé propre à ce groupe cible doit partir d'une approche globale (25) et intégrée (26) de toutes les composantes des soins. C'est de ce principe de base que découle l'idée de travailler selon des programmes de soins réalisés par des circuits de soins, dans des réseaux. Toutes les formes de soins se coordonnent afin de permettre complémentarité et continuité des soins et en même temps d'éviter les chevauchements. Conformément à l'étape 5 de la phase 1 de la Déclaration Conjointe précitée, il convient d'élaborer, par analogie avec le groupe cible des adultes, un modèle fonctionnel qui définira, d'une part, l'offre de soins nécessaire qu'une zone d'activité doit organiser, et, d'autre part, l'importance d'une coopération intersectorielle via le travail en réseau.

3.1.2. Définition d'un réseau

La définition d'un réseau d'équipements de soins, conformément à l'article 11 de la loi coordonnée sur les hôpitaux, est la suivante : « un ensemble de prestataires de soins, dispensateurs, institutions et services qui offrent conjointement un ou plusieurs circuits de soins dans le cadre d'un accord de collaboration juridique intra- et extra-muros et ce, à l'intention d'une groupe cible de patients à définir par eux et dans un secteur à motiver par eux ».

Un circuit de soins, conformément à ce même article 11 de la loi coordonnée sur les hôpitaux, est défini comme suit : « un ensemble de programmes de soins qui sont organisés par le biais d'un réseau d'équipements de soins ».

En matière de garantie du maintien de la spécificité et de l'autonomie des prestataires de soins, dispensateurs, institutions et services, il est renvoyé à l'avis du CNEH du 13 mars 2003 concernant les principes de base, conditions générales et critères pour une définition géographique de la zone des projets pilotes « circuits et réseaux de soins pour le groupe cible SSM jeunes ». Conformément à cet avis, la collaboration fonctionnelle visée dans le cadre des réseaux ne peut en aucun cas avoir pour conséquence que les partenaires juridiquement indépendants qui constituent ces réseaux, soient inclus d'office dans de nouvelles structures de gestion pour l'organisation des soins de santé mentale.

La collaboration fonctionnelle doit se traduire dans une convention de réseau par laquelle tous les partenaires s'engagent de manière solidaire en partant d'un principe d'égalité et prennent la responsabilité de mettre à l'épreuve les objectifs fixés durant une première phase test. Les éléments suivants doivent figurer dans cette convention : la mission du réseau, les partenaires requis, l'affectation de moyens (humains, matériels et financiers), les modules (combinaison de fonctions et de modalités de soins) et le(s) programme(s) de soins à organiser, les paramètres de qualité, l'enregistrement, l'accessibilité, ...

Pour le groupe cible des enfants et des adolescents, il est essentiel de parvenir à une concertation et à une collaboration optimale avec les partenaires du secteur des soins spécialisés en santé mentale (cf. chapitre 1.C.) et avec tous les partenaires actifs dans les secteurs connexes. Il est fondamental que le groupe cible des enfants et des adolescents ainsi que leur entourage (parents, famille, intervenants de proximité, ...) soient représentés de façon formelle au sein de cette collaboration et qu'il y ait une réelle possibilité d'élargissement de la collaboration à d'autres ressources.

3.1.3. Définition de la zone d'activité d'un réseau

L'organisation actuelle des soins de santé mentale pour enfants et adolescents doit encore évoluer vers une collaboration plus active entre partenaires pour aboutir finalement à des réseaux de partenaires dans des zones d'activité bien délimitées. Le réseau doit motiver lui-même sa zone d'activité. Les critères de délimitation d'une zone d'activité sont les suivants :

- présence d'une offre de soins suffisamment différenciée en fonction des besoins en soins, en tenant compte de la prévalence et de l'incidence
- ensemble de villes et de communes sociologiquement liées, en tenant compte des flux sociaux, des particularités régionales, ...
- répartition équilibrée et accessibilité optimale de l'offre de soins
- prise en compte des modèles de collaboration déjà existants
- prise en compte du contexte et des spécificités de la région (p. ex. législation et directives)

La somme de toutes les zones d'activité doit, in fine, couvrir tout le territoire de la Belgique.

Conformément à la Déclaration Conjointe, une collaboration et une articulation des réseaux par-delà les zones d'activité, au niveau suprarégional, est également possible pour certains groupes cibles spécifiques, en fonction des besoins justifiés sur le plan des soins et en tenant compte de la prévalence et de l'incidence.

Au sein d'une zone d'activité, les conditions suivantes en matière d'adhésion et d'exclusion sont d'application :

- Le principe de l'adhésion volontaire est d'application dans la phase exploratoire. On ne peut obliger aucun partenaire à adhérer au réseau.
- Sous réserve qu'il souscrive à la mission et à la convention du réseau, on ne peut exclure aucun partenaire d'une adhésion au réseau.

Les critères de délimitation proposés pour les zones d'activité pendant la phase exploratoire doivent favoriser une généralisation à terme.

3.1.4. Mission d'un réseau sur le plan du contenu et de l'organisation

Les réseaux existants qui, dans de nombreux cas, sont axés sur des discussions de cas, évoluent vers une approche plus structurelle dépassant le cadre du cas par cas. Une distinction est établie entre leur mission liée au contenu des soins et leur mission liée à l'organisation.

- Mission liée au contenu des soins

Cette mission porte sur l'élaboration et la réalisation de programmes de soins visant à fournir une offre globale, intégrée, accessible, de qualité, efficace et effective, et axée sur la demande de soins de santé mentale pour les enfants et les adolescents et leur entourage. Pour réaliser cette mission, le réseau organise une concertation entre les travailleurs de terrain impliqués de tous les partenaires concernés.

• Mission liée à l'organisation

La convention de réseau précise la manière dont le réseau est organisé et dirigé selon les différents axes. La mission liée à l'organisation se concrétisera à plusieurs niveaux, tels que notamment au niveau d'un comité de réseau composé de représentants mandatés. L'exécution et l'adaptation de la convention de réseau, le plan de politique stratégique, l'approbation du budget et des comptes relèvent e.a. de la compétence des partenaires du comité de réseau. Le comité de réseau a la possibilité de désigner un groupe stratégique qui sera chargé de l'exécution de la politique opérationnelle, de la supervision du coordinateur de réseau, etc. Une structure claire et simple est la meilleure garantie d'un réseau efficace. L'objectif n'est pas d'imposer un modèle de réseau déterminé. Une mosaïque de modèles peut être une plus-value dans le cadre de la recherche du modèle le mieux indiqué en fonction de l'efficacité et de l'efficacé.

3.1.5. Coordinateur de réseau

Chaque réseau désigne un coordinateur de réseau qui sera chargé d'appuyer et de faciliter le fonctionnement du réseau au niveau de son contenu et de son organisation. Le coordinateur de réseau reçoit un mandat clair de la part du réseau pour l'exercice de sa fonction. En ce qui concerne le profil et la mission du coordinateur de réseau, nous vous renvoyons au guide pour le groupe cible des adultes (27).

3.1.6. Secret professionnel et responsabilités civiles

Dans le cadre du fonctionnement du réseau, il convient de consacrer suffisamment d'attention au secret professionnel. Il en va de même en ce qui concerne les responsabilités civiles. L'investissement commun, en ce compris des moyens, amène des questions sur la responsabilité de chaque partenaire, mais ne change rien jusqu'à nouvel ordre quant à la responsabilité personnelle de chacun.

3.1.7. Moyens additionnels

Par analogie avec les projets « Article 107 » pour le groupe cible des adultes, des moyens additionnels s'avèrent nécessaires pour le groupe cible des enfants et des adolescents pour pouvoir assumer les coûts générés par les réseaux, tels que e.a. le coût du coordinateur (frais de personnel et de fonctionnement), l'encadrement du processus, l'évaluation, la formation. Il ne faut pas s'attendre à ce que des reconversions volontaires au départ d'autres (sous)-secteurs comblent toutes les lacunes de l'offre de soins. La réalisation de tous les programmes de soins dans chaque zone d'activité nécessite des moyens supplémentaires.

3.1.8. Critères de qualité et de performance

Il est recommandé d'évaluer la performance du réseau à intervalles réguliers en se basant sur une série de critères. Les critères de qualité et de performance suivants ont été relevés :

- Mission du réseau (le fonctionnement du réseau est-il conforme à la mission du réseau ? A-t-on formulé des facteurs critiques de succès par rapport à la mission ? ...)
- Usagers et réseau d'usagers (quelle plus-value le réseau apporte-t-il aux usagers et à leur réseau naturel ? Les usagers et leur entourage sont-ils suffisamment impliqués par le biais de la communication et de la concertation ? Les usagers et leur entourage sont-ils satisfaits ? ...)
- Prestation de services (toutes les fonctions, tous les modules du programme de soins sont-ils présents ? L'efficacité et l'efficacé de la prestation de services est-elle mesurée ? ...)
- Organisation (la structure organisationnelle permet-elle au réseau de fonctionner correctement sur le plan du contenu des soins et de l'organisation ? La structure organisationnelle répond-elle aux principes de la gouvernance d'entreprise ? Les responsabilités sont-elles suffisamment claires ? ...)
- Moyens (tous les moyens humains, matériels et financiers nécessaires sont-ils disponibles ? L'affectation des moyens est-elle correctement planifiée et suivie ? ...)
- Contexte légal et réglementaire (toutes les dispositions légales et réglementaires sont-elles respectées au sein du réseau ? Y a-t-il suffisamment de concordance entre les conditions de travail et les conditions de rémunération des collaborateurs affectés ? ...)
- Critères spécifiques (par ex. : nombre de suicides, consommation de médicaments, contacts avec la justice, ...)

Ces critères doivent se traduire par des indicateurs concrets, mesurables et nécessitent d'être soutenus et renforcés par l'enregistrement commun Soins de Santé Mentale et le monitoring intersectoriel des trajets de soins.

Dans le cadre de la nouvelle politique et au niveau du réseau, l'accent est explicitement mis sur l'échange d'informations par "dossiers électroniques" et sur la communication réciproque.

S'inspirer des bonnes pratiques existantes constitue également un point d'attention.

3.2. Quel modèle réaliser ? – fonctions

La politique de santé mentale pour les enfants et les adolescents est plus large que le secteur des soins spécialisés en santé mentale. Partant du cadre de la nouvelle politique au sens large, toutes les autorités concernées mobilisent leur champ de compétences respectives en vue de rencontrer les objectifs relatifs à la santé mentale des enfants, des adolescents et de leur entourage. Tous les partenaires au sein ou en dehors du domaine strict des troubles psychiatriques, sont concernés par la santé mentale des enfants et des adolescents qui leur sont confiés. Leur responsabilité se prolonge dans le réseau en vue de fournir ensemble des réponses appropriées aux défis rencontrés.

Notre ambition est de développer un modèle de politique de santé mentale assurant plusieurs fonctions dans la société en utilisant les points forts, la position et les missions de tous les partenaires concernés au sens le plus large. Tous les partenaires impliqués contribuent ensemble à la réalisation de cet objectif. Cette collaboration concerne à la fois les partenaires qui fournissent des soins professionnels, les autres partenaires qui contribuent aux conditions complémentaires nécessaires aux soins et enfin les partenaires qui jouent un rôle actif en rendant les conditions favorables et en promouvant activement la santé mentale pour le groupe cible dans la société.

Pour la clarté, on utilise les définitions suivantes :

PARTENAIRE : toute personne et toute institution qui contribue à la politique de santé mentale et qui s'engage dans la collaboration et le travail en réseau

RESEAU : voir point 3.1.

FONCTION : Une mission clé qui est réalisée dans le réseau et qui permet d'apporter une réponse adaptée aux besoins des enfants et des adolescents avec une problématique de santé mentale, tant sur le plan individuel que par rapport à leur entourage.

PROGRAMME : La traduction des fonctions en une offre concrète de soins. Cette offre de soins peut prendre différentes formes (modalités des fonctions – voir plus loin). Si nécessaire, cette offre de soins est adaptée e.a. pour les enfants et adolescents qui ont des besoins très spécifiques (par ex. les enfants et adolescents qui nécessitent des soins urgents, les jeunes sous statut judiciaire combiné à une problématique psychiatrique, la petite-enfance, ...)

Un nombre minimal de fonctions globales sont désignées.

3.2.1. Fonctions

Dans la politique de santé mentale pour les enfants, les adolescents et leur entourage, nous distinguons cinq fonctions. Les quatre premières fonctions sont des fonctions essentielles à la santé mentale. La dernière fonction est une fonction de support, transversale, conçue par l'ensemble des partenaires. Le réseau développe ces fonctions :

A. DETECTION PRECOCE, SCREENING ET ORIENTATION

La détection précoce fait référence à l'analyse des premières manifestations d'une possible problématique d'ordre psychique ou psychiatrique, qu'il y ait ou non une demande d'aide.

Le screening consiste en l'analyse des manifestations.

L'orientation consiste à adresser l'enfant ou l'adolescent, et son entourage, vers l'offre de soin ou d'aide adaptée.

B. DIAGNOSTIC

Le diagnostic renvoie à l'analyse holistique basée sur le modèle bio-médico-social. Cette approche multidimensionnelle permet d'atteindre une vision aussi complète que possible de la problématique.

C. TRAITEMENT

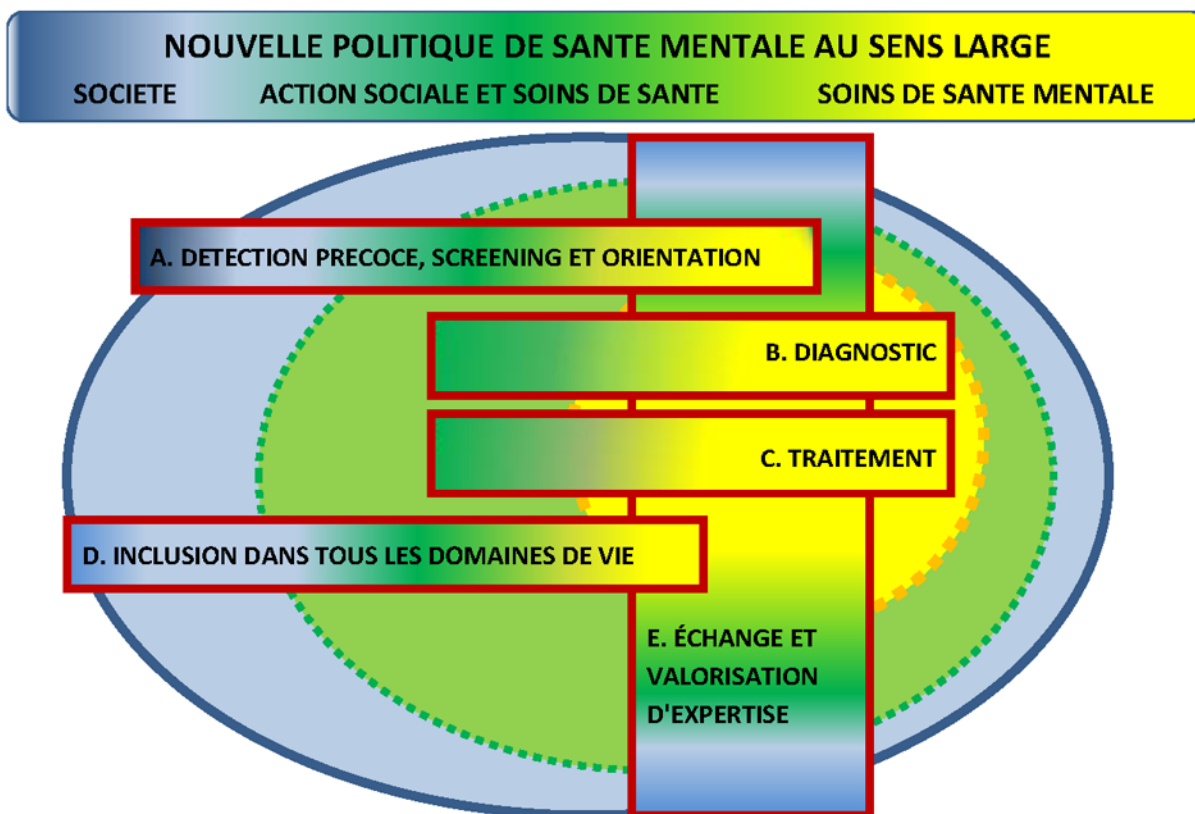
Le traitement regroupe l'ensemble des décisions prises et des actes posés de façon spécialisée, structurée et méthodique qui ont un effet sur le fonctionnement psychique, social et/ou somatique. L'objectif est d'améliorer ou de maintenir le niveau de fonctionnement, de diminuer le poids de la souffrance éprouvée et de viser le rétablissement optimal.

D. INCLUSION DANS TOUS LES DOMAINES DE VIE

L'inclusion signifie l'accès à une égalité de traitement et à une citoyenneté à part entière. Les activités de soutien ou de développement ayant pour objectif de faire participer au mieux l'enfant ou l'adolescent à la société font partie de cette fonction. L'inclusion dans la société facilite le développement et l'épanouissement personnel. (28)

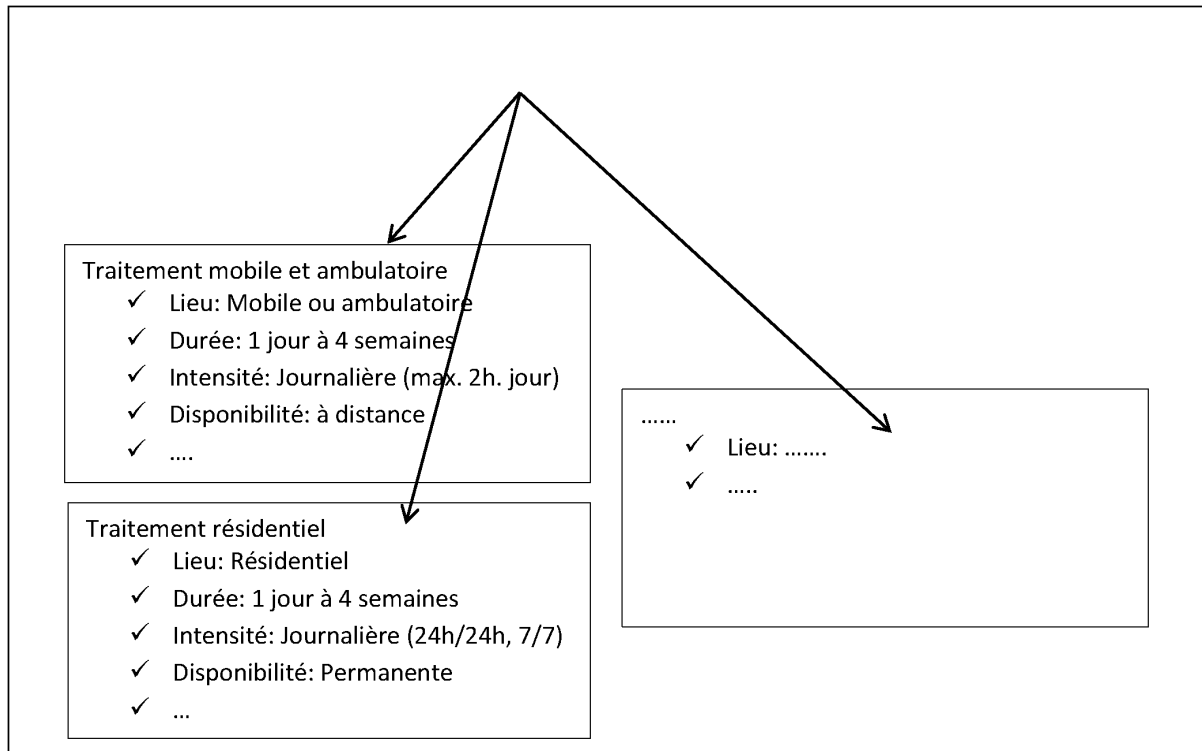
E. ECHANGE ET VALORISATION DE L'EXPERTISE

Chaque prestataire de soins, discipline, institution, secteur, ... a une place, des compétences et des responsabilités propres. Au cas par cas ces compétences et cette expertise sont échangées et mises en commun afin de promouvoir la continuité et le professionnalisme.



3^{ème} Schéma : Schéma des fonctions

Dans la nouvelle politique de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent, les fonctions constituent la base d'un ou de plusieurs programmes. Pour concrétiser ces fonctions, des modalités y sont liées. Dans le schéma ci-dessous un programme est présenté à titre d'exemple, à savoir pour 'les soins de crise'. L'exemple détaille uniquement la fonction de traitement. Considérons qu'au départ de cet exemple, ce programme peut être concrétisé et adapté par le réseau. Les programmes peuvent également être complétés et développés entre plusieurs réseaux afin de garantir la transversalité. Les modalités décrites sont purement illustratives.



4^{ème} Schéma: Exemple de programme pour "les soins de crise", mettant l'accent sur le traitement

Sur la base du plan d'action concret comportant les objectifs stratégiques et les engagements des différents gouvernements, le guide permettra de mettre en avant, selon le point de vue politique adopté, certains programmes prioritaires impliquant globalement plusieurs fonctions et décrivant les modalités pertinentes.

Dans le guide, les programmes sont décrits de façon large afin que les réseaux disposent d'une latitude et de possibilités suffisantes pour traduire les lignes de force de façon créative au niveau du réseau, sous forme de programmes, en tenant compte e.a. des caractéristiques spécifiques de l'offre sur la zone d'activité, l'expertise développée, les besoins rencontrés et les priorités propre au réseau. Ces programmes seront conçus au départ des besoins de l'enfant ou de l'adolescent et de leur entourage et constitueront la base des trajets individuels destinés aux enfants et aux adolescents dans le cadre de l'offre en réseau.

Les programmes peuvent se concentrer :

- sur le contenu de certains soins spécifiques, comme les soins d'urgence, de crise ou de longue durée, les soins actifs contenant, ...
- sur un certain nombre de groupe d'âge spécifiques, compte tenu du degré de développement de l'enfant ou de l'adolescent, comme par ex. les très jeunes enfants et les nourrissons
- à des groupes de population comportant des caractéristiques spécifiques, comme par ex. des jeunes avec une problématique psychiatriques qui sont sous le coup d'une décision de justice, des jeunes qui ont un problème d'assuétude, des enfants ou des jeunes atteints d'une déficience intellectuelle et qui souffrent d'un trouble psychique ou psychiatrique

Les programmes reposent sur la vision décrite précédemment et mettent l'accent sur le principe qui veut que la prise en charge de l'enfant ou de l'adolescent se fasse dans la mesure du possible dans son propre environnement, afin que les facteurs qui y sont liés soient pris en compte dans le traitement.

Leur élaboration s'appuiera sur les avis et rapports déjà validés, l'expérience internationale ainsi que les résultats de l'enquête et des auditions des 'pratiques novatrices' belges.

3.2.2. Conditions préalables en termes de fonctionnement

Afin de réaliser au mieux ces fonctions et programmes le réseau doit également investir dans les conditions préalables suivantes en termes de fonctionnement :

A. PREVENTION UNIVERSELLE ET PROMOTION DE LA SANTE MENTALE

La prévention universelle concerne tous les enfants et adolescents. La prévention sélective concerne les groupes à risque. La Charte d'Ottawa (1986) fait fonction de document de base. En effet, celle-ci stipule que la santé relève de la responsabilité de tous. La promotion de la santé nécessite en effet une action coordonnée de toutes les personnes concernées : les autorités, le secteur des soins de santé, les secteurs sociaux et économiques, les organisations bénévoles et non gouvernementales, les autorités locales, l'industrie et les médias.

B. RENFORCEMENT DES COMPETENCES

L'échange mutuel de l'expertise, non liée à un cas individuel, apporte une plus-value par la valorisation de différents types de compétences de base, quel que soit le domaine de travail spécifique du prestataire de soins ou de la structure.

C. ENREGISTREMENT, EVALUATION ET PARTICIPATION A LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

Chaque réseau développe et implémente une vision portant sur l'enregistrement et l'évaluation. Chaque réseau s'investit et participe à la recherche scientifique.

3.2.3. Série de mesures organisationnelles et enclines à faciliter le financement

L'autorité doit élaborer une série de mesures organisationnelles et enclines à faciliter le financement :

A. SCIENCE : RECHERCHE, FORMATION ET EXPERTISES

• RECHERCHE SCIENTIFIQUE COMME BASE

Afin de mettre en œuvre la nouvelle politique de santé mentale, il y a lieu d'investir dans la recherche scientifique, e.a. quant à la prévalence et l'incidence, l'économie de la santé (dont e.a. l'impact de la détection précoce et de la prise en charge en temps opportun). L'innovation est stimulée par le transfert de connaissances scientifiques dans la pratique.

• FORMATION ET EDUCATION DANS LE CADRE DE CETTE NOUVELLE POLITIQUE

Une offre de formation, la possibilité de participer à des stages, des ateliers, des interventions, des séminaires, des journées d'étude, des rencontres thématiques, des séances d'information, ... soutiennent la nouvelle politique de santé.

• PRISE EN CONSIDERATION DE L'EXPERIENCE INTERNATIONALE ET DE L'EXPERTISE LOCALE

Lors de la phase d'élaboration, les recommandations et les expertises issues de l'expérience internationale ainsi que les résultats obtenus suite aux enquêtes et aux auditions organisées au niveau local seront pris en considération.

B. PRINCIPE DE L'EGALITE ET DISPONIBILITE DE MOYENS ADDITIONNELS

L'offre aujourd'hui disponible est répartie de manière inégale et couvre les besoins et les demandes d'aide de façon insuffisante. C'est un constat qui est fait aussi bien en règle générale qu'en ce qui concerne l'offre destinée à des sous-domaines spécifiques. Cette situation implique le choix explicite des autorités à consacrer des budgets supplémentaires afin de répondre à ces besoins (cf. OMS).

Les programmes et les fonctions devront être couverts tant par l'offre ambulatoire que résidentielle. Il est évident que cette réponse aux besoins repose d'une part sur l'offre disponible et d'autre part sur une connaissance actualisée des taux de prévalence en pédopsychiatrie. Il est possible de combler l'écart qui existe entre cette offre disponible et les besoins en pédopsychiatrie au niveau des différentes régions, en augmentant à la fois l'offre ambulatoire et l'offre résidentielle en pédopsychiatrie notamment par la création de formules de soins novatrices (nouvelles formules de soins).

L'objectif à terme sera de trouver un bon équilibre et une répartition équitable de l'offre sur l'ensemble du territoire.

Lors de l'élaboration du plan d'action, il sera également tenu compte d'avis du Conseil national des Etablissements hospitaliers (CNEH) concernant les besoins supplémentaires nécessaires en termes de capacité résidentielle pour les enfants et les adolescents.

C. FLEXIBILITÉ : FACTEURS DE RICHESSE ET DE STIMULATION

Une réglementation trop stricte et trop complexe hypothèque le fonctionnement dynamique et souple. La nouvelle politique de santé mentale doit opter de manière radicale pour une réglementation flexible et adaptée. La dispensation ou l'accès aux soins indispensables ne doit pas être ralenti par des obstacles involontaires et des difficultés administratives. Il est nécessaire que la réglementation soit adaptée afin de pouvoir agir rapidement et précisément aux niveaux de tous les partenaires concernés en fonction de la demande.

D. ANCRAGE STRUCTUREL DES INITIATIVES APRES EVALUATION

Les projets pilotes actifs depuis un certain temps, les pratiques novatrices et inspirantes déjà identifiées et les initiatives lancées dans le cadre de cette nouvelle politique, font l'objet d'une évaluation approfondie en vue d'être reconnus et financés de manière structurelle. En outre, les initiatives probantes doivent être exportées vers les zones d'activité non couvertes.

E. COOPERATION INTERSECTORIELLE, TANT SUR LE TERRAIN QU'AU NIVEAU DE L'AUTORITE

La coopération intersectorielle occupe une place centrale. Les transferts d'un secteur à l'autre doivent être réalisés dans le cadre des trajets de soins, de façon continue et sans rupture. Cela implique une concertation et une coopération intersectorielle intensive tant au niveau des entrées et des sorties qu'au niveau de l'organisation de la posture.

F. PLAN DE COMMUNICATION

Durant toute la période d'implémentation il convient d'accorder une attention particulière à l'efficacité et la clarté de l'information transmise. Il est donc essentiel de se doter d'un plan de communication. Celui-ci doit être planifié et organisé en vue de présenter à l'ensemble des acteurs concernés les points clés de la nouvelle politique la vision, les valeurs et les principes. L'objectif est de les impliquer dès le départ en insistant sur la nécessaire co-construction du dispositif global.

4. Planning des prochaines étapes de travail

Le calendrier issu de la Déclaration Conjointe n'est pas réalisable. On trouvera ci-dessous un calendrier adapté qui donne un aperçu de la planification dans le temps de la réalisation de la nouvelle politique de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent. Le contenu de la Déclaration Conjointe Complémentaire est traduit et développé dans le guide qui comporte un plan d'action concret. Ce guide sera présenté sous forme de protocole d'accord soumis à la Conférence Inter Ministérielle.

Voor de Federale Staat,
Pour l'Etat fédéral,
Mme L. ONKELINX,
Vice-Eerste Minister en Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie
Vice-première Ministre et Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale

Voor de Vlaamse Gemeenschap en het Vlaams Gewest,
J. VANDEURZEN,
Vlaams Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
Pour la Région Wallonne,
Mme E. TILLIEUX,
Ministre de la Santé, de l'Action sociale et de l'Egalité des Chances
Pour la Communauté française,
Mme F. LAANAN,
Ministre de la Culture, de l'Audiovisuel, de la Santé et de l'Egalité des Chances
Pour la Commission communautaire française de Bruxelles-Capitale,
Mme C. FREMAULT,
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
Pour la Commission communautaire commune de Bruxelles-Capitale,
Voor de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie van Brussel-Hoofdstad,
G. VANHENGEL,
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
Lid van het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (COCOM), belast met Gezond-
heidsbeleid, Financiën, Begroting en Externe Betrekkingen
Mme C. FREMAULT,
Membre du Collège réuni de la Commission communautaire commune (COCOM),
chargé de la Politique de la Santé et de la Fonction publique
Lid van het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (GGC),
belast met Gezondheidsbeleid en Openbaar Ambt
Für die Deutschsprachige Gemeinschaft,
Pour la Communauté germanophone,
H. MOLLERS,
Minister für Familie, Gesundheit und Soziales,
Ministre de la Famille, de la Santé et des Affaires sociales,

Ainsi conclu à Bruxelles, le 24 février 2014.

Notes

- (1) L'italique reprends littéralement du texte de référence.
- (2) <http://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/crc.aspx>
- (3) <http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/CRPD/Pages/CRPDIndex.aspx>
- (4) http://www.who.int/topics/mental_health/en/
- (5) http://www.who.int/mental_health/policy/en/
- (6) La Déclaration Conjointe utilise le terme de "politique des soins de santé mentale". Ce terme étant trop restrictif, il est remplacé dans la Déclaration Conjointe complémentaire par celui de "politique de santé mentale".
- (7) Avis consulté, mais non repris comme source.
- (8) <http://statbel.fgov.be/nl/statistiek/cijfers/bevolking/structuur/leeftijdgeslacht/belgie/>
- (9) WHO, 2005, Child and adolescent mental health resources : global concerns, implications for the future. Geneva, p.16. (http://www.who.int/mental_health/resources/child/en/index.html)
- (10) Waddell, C., e.a., 2002, *Child Psychiatric Epidemiology and Canadian Public Policy-making : The state of the science and the art of the possible*, Can J Psychiatry, 827-828.
- (11) Zubrick, S., e.a., 2000, *Mental Health disorders in children and young people : scope, cause and prevention*. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 34, 570-578.
- (12) Roberts, R. E., e.a., 1998, *Prevalence of psychopathology among children and adolescents*, Am J Psychiatrie, 155 :66, 715.
- (13) WHO, 2005, Child and adolescent mental health resources : global concerns, implications for the future. Geneva, 18. (http://www.who.int/mental_health/resources/child/en/index.html)
- (14) VERHULST, F.C. (1999). Kinder- en jeugdpsychiatrie. in : A. de Jong, e.a. (red.). Handboek psychiatrische epidemiologie, p. 379-398. Maarssen : Elsevier/De Tijdstroom. GGZ Nederland, 2011, *Jeugd- ggz : Investeren in de toekomst! Ambities voor 2011 – 2014*. p.35.
- (15) Sytema, S., e.a. (2006). *Verkenningen in de kinder- en jeugdpsychiatrie*. Trimbos-instituut. p.5.
- (16) Remschmidt, H., e.a., 2005, *Mental health care for children and adolescents worldwide : a review*. World Psychiatry, 4 : 3, 148.
- (17) Waddell, C., e.a., 2002, *Child Psychiatric Epidemiology and Canadian Public Policy-making : The state of the science and the art of the possible*, Can J Psychiatry, 829.
- (18) Costello, E.J., 2005, *10-Year research update review : the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders : I. Methods and public health burden*. Child Adolesc. psychiatry, 40 : 10, 982.
- (19) Costello, E.J., 2005, *10-Year research update review : the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders : I. Methods and public health burden*. Child Adolesc. psychiatry, 40 : 10, 982.

(20) OMS, 2008, Programme d'action Comblen les lacunes en santé mentale (mhGAP) : Élargir l'accès aux soins pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives, Genève, 37. (http://www.who.int/mental_health/evidence/mhGAP/en/index.html)

(21) Sytema, S., e.a. (2006). *Verkenningen in de kinder- en jeugdpsychiatrie*. Trimbos-Instituut. p. 5-6.

(22) VAN BEEMEN, L. (2009), *Ontwikkelingspsychologie*, Groningen, Noordhoff Uitgevers, p. 18.

(23) Intervention intensive auprès d'adolescents et de jeunes adultes ayant un Trouble Envahissant du Développement (TED) et/ou ayant une Déficience Intellectuelle (DI) et présentant des troubles graves du comportement

(24) Cette affirmation n'est pas un désaveu du fonctionnement actuel.

(25) globale = complète, qui englobe tout. Tous les aspects de la santé mentale sont inclus, en partant d'une approche intégrée.

(26) Intégrée = impliquant tous les secteurs, services, structures, partenaires... pertinents. Intégrée se réfère, d'une part, à une approche horizontale des soins au travers des différents secteurs et, d'autre part, à une approche verticale au travers des différentes compétences.

(27) Voir 'Guide vers de meilleurs soins en santé mentale par la réalisation de circuits de soins et réseaux de soins' p. 14 (www.psy107.be)

(28) A titre d'exemple de la fonction d'inclusion on peut citer les activités de soutien ou de développement ayant pour objectif de faire participer au mieux l'enfant ou l'adolescent à la vie en société. Il peut s'agir d'activités orientées vers l'autonomie, l'apprentissage ou la formation, mais également d'interventions (psycho)-éducatives axées sur la stimulation du développement et sur l'éducation, et cela de manière planifiée et méthodique. L'échange d'informations et le transfert de connaissances, de même qu'une formation ciblée et l'apprentissage de compétences, sont des exemples d'outils et de leviers dans cette fonction. Les initiatives d'activation, p. ex. l'apport d'une structure de vie ou la recherche d'activités de loisirs, organisées en vue d'apprendre à structurer sa journée s'inscrivent dans ce cadre. Les aptitudes sont développées par l'accès à une vie (sociale, culturelle) dans la société, mais tout autant par l'accès, le maintien ou la reprise p. ex. d'un parcours scolaire ou de formation régulier ou adapté. Les interventions sont axées autant sur le jeune que sur son entourage (parents, famille,...).

FEDERALE OVERHEIDSDIENST JUSTITIE

[C – 2014/09228]

Notariaat

Bij koninklijk besluit van 11 september 2013, dat in werking treedt op de datum van de eedaflegging van zijn opvolger, is aan de heer Crolla, Ph., op zijn verzoek, ontslag verleend uit zijn ambt van notaris ter standplaats Lommel.

Het is hem vergund de titel van zijn ambt eershalve te voeren.

Bij koninklijke besluiten van 10 april 2014, die in werking treden op de datum van de eedaflegging welke dienen te gebeuren binnen de twee maanden te rekenen vanaf heden :

— is Mevr. De Backere, H., licentiaat in de rechten, kandidaat-notaris, benoemd tot notaris in het gerechtelijk arrondissement Limburg.

De standplaats is gevestigd te Lommel;

— is Mevr. van Hek, B., licentiaat in de rechten, kandidaat-notaris, benoemd tot notaris in het gerechtelijk arrondissement Limburg.

De standplaats is gevestigd te Lommel;

— is de heer De Kesel, B., licentiaat in de rechten, geassocieerd notaris, benoemd tot notaris in het gerechtelijk arrondissement Oost-Vlaanderen.

De standplaats is gevestigd te Kruibeke;

— is de heer Depuydt, B., licentiaat in de rechten, geassocieerd notaris, benoemd tot notaris in het gerechtelijk arrondissement Leuven.

De standplaats is gevestigd te Hoegaarden.

Bij koninklijk besluit van 19 april 2014, dat in werking treedt op de datum van de eedaflegging, is de heer Dusselier, Th., licentiaat in de rechten, geassocieerd notaris ter standplaats Knokke-Heist, benoemd tot notaris in het gerechtelijk arrondissement West-Vlaanderen.

De standplaats is gevestigd te Knokke-Heist.

Bij ministerieel besluit van 17 april 2014, is het verzoek tot associatie van Mevr. De Rop, M., notaris ter standplaats Maldegem, en van Mevr. Leroy, J., kandidaat-notaris, om de associatie "DE ROP + LEROY", ter standplaats Maldegem te vormen, goedgekeurd.

Mevr. Leroy, J., is aangesteld als geassocieerd notaris ter standplaats Maldegem.

SERVICE PUBLIC FEDERAL JUSTICE

[C – 2014/09228]

Notariat

Par arrêté royal du 11 septembre 2013, entrant en vigueur à la date de la prestation de serment de son successeur, est acceptée, à sa demande, la démission de M. Crolla Ph., de ses fonctions de notaire à la résidence de Lommel.

Il est autorisé à porter le titre honorifique de ses fonctions.

Par arrêtés royaux du 10 avril 2014, entrant en vigueur à la date de la prestation de serment, lesquelles doivent intervenir dans les deux mois à partir de ce jour :

— Mme De Backere, H., licenciée en droit, candidat-notaire, est nommée notaire dans l'arrondissement judiciaire de Limbourg.

La résidence est fixée à Lommel;

— Mme van Hek, B., licenciée en droit, candidat-notaire, est nommée notaire dans l'arrondissement judiciaire du Limbourg.

La résidence est fixée à Lommel;

— M. De Kesel, B., licencié en droit, notaire associé, est nommé notaire dans l'arrondissement judiciaire de Flandre orientale.

La résidence est fixée à Kruibeke;

— M. Depuydt, B., licencié en droit, notaire associé, est nommé notaire dans l'arrondissement judiciaire de Louvain.

La résidence est fixée à Hoegaarden.

Par arrêté royal du 19 avril 2014, entrant en vigueur à la date de la prestation de serment, M. Dusselier, Th., licencié en droit, notaire associé à la résidence de Knokke-Heist, est nommé notaire dans l'arrondissement judiciaire de Flandre occidentale.

La résidence est fixée à Knokke-Heist.

Par arrêté ministériel du 17 avril 2014, la demande d'association de Mme De Rop, M., notaire à la résidence de Maldegem, et de Mme Leroy, J., candidat-notaire, pour former l'association « DE ROP + LEROY », avec résidence à Maldegem, est approuvée.

Mme Leroy, J., est affectée en qualité de notaire associée à la résidence de Maldegem.