

Implémentation de la nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents

Modèle pour la description du programme soins de longue durée

1. Introduction

Le 30 mars 2015, le *Guide vers une nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents* était approuvé par la Conférence Interministérielle Santé publique. Y est posé le fondement d'une nouvelle politique de soins de santé mentale basée sur les besoins des enfants et des adolescents présentant des problèmes psychiques ou psychologiques et de leur entourage. Afin de répondre au mieux à ces besoins, nous optons explicitement pour une approche globale et intégrée de toutes les composantes de soins.

Les champs d'action des réseaux coïncident avec les frontières territoriales des provinces et de la Région de Bruxelles-Capitale. L'ensemble de ces champs d'action couvre le territoire belge dans sa totalité.

Le travail s'articule autour de programmes implémentés par des réseaux qui occupent une place centrale. Autrement dit, il s'agit de l'ensemble des partenaires concernés, de prestataires de soins, d'institutions et de services qui s'adressent aux enfants, aux adolescents et à leur entourage. Ils réalisent ensemble, à partir du réseau, un certain nombre de missions ou de fonctions fondamentales bien définies. Ces fonctions constituent, pour chaque réseau, les activités de base de la future offre de soins à développer dans un ou plusieurs programmes. Afin de les concrétiser, des modalités sont liées aux fonctions. Les programmes émanent toujours des besoins des enfants, des adolescents et leur entourage. Le chapitre 3 du guide développe ceci plus en détails.

2. Implémentation progressive

La nouvelle politique de soins de santé mentale sera implémentée en plusieurs phases.

Dans un premier temps, nous voulons mettre l'accent sur la création et la coordination des réseaux. Dès que des réseaux fonctionnels auront été mis en place sur le terrain, conformément à la vision, aux principes et au modèle décrit dans le guide, la deuxième phase de la nouvelle politique sera mise en œuvre. Le développement d'un programme de soins de crise constitue l'élément central de cette deuxième phase.

La troisième phase concerne la réalisation du programme de soins de longue durée. La quatrième phase concerne, quant à elle, la mise en œuvre du programme de consultation et de liaison

intersectorielle (Cf. Guide, Plan national 2015-2020, actions 13¹,15²,16³,18⁴). Les deux phases seront lancées simultanément.

Compte tenu des trajectoires de soins des enfants et des adolescents, les différents programmes seront transversaux. Dès la phase de démarrage des nouveaux programmes, il est essentiel que les réseaux déploient les efforts nécessaires pour assurer la coordination, la coopération et la continuité entre les différents programmes. Ceci est une condition préalable pour assurer un continuum de soins sur-mesure fondé sur les besoins des enfants, des adolescents et de leur entourage.

3. Financement du réseau

Comme cela a déjà été précisé, un montant annuel de 137.000 euros par réseau est prévu pour le financement de la coordination de réseau.

En plus, un budget de 100.000 euros par an pour les moyens de fonctionnement est prévu, ainsi que 175.000 euros pour le recrutement d'un médecin responsable (38 h). Ces 275.000 euros annoncés peuvent être utilisés intégralement pour la réalisation des différents programmes, en particulier pour les soins de crise, les soins de longue durée, la consultation et la liaison intersectorielle.

Outre les budgets de fonctionnement mis à disposition pour l'opérationnalisation des différents programmes, un financement supplémentaire est prévu au niveau du programme.

Les montants susmentionnés sont recalculés sur la base du nombre réel de mois prestés (en douzièmes).

Le médecin responsable assure le déroulement des missions de base ou fonctions des différents programmes et peut également réaliser des activités cliniques. Dans le cadre du programme soins de longue durée, il/elle est responsable du fonctionnement de l'aide assertive mobile.

Le médecin responsable, en collaboration avec la coordination de réseau, vérifie comment ajuster les programmes afin de mieux répondre aux besoins des enfants et des adolescents présentant des problèmes psychiques ou psychologiques et de leur entourage, et quel rôle il peut jouer à cet égard.

L'organisation et la coordination de la concertation en tant que telles relèvent de la responsabilité exclusive de la coordination de réseau.

Les tâches du médecin responsable sont partagées tout au plus entre deux personnes.

L'utilisation de ces moyens fera l'objet d'une évaluation intermédiaire.

¹ Organiser une coordination des soins et un casemanagement (wrap-around approach) autour des enfants et adolescents présentant une problématique sévère, complexe et multiple et des jeunes avec une problématique psychiatrique qui sont sous le coup d'une décision de justice, nécessitant un travail en réseau intersectoriel, partant des fonctions de liaison pour les adolescents présentant une problématique psychiatrique et faisant l'objet d'une mesure judiciaire, en tenant compte des initiatives existantes. Une attention particulière est accordée aux jeunes adultes de la tranche d'âge charnière allant de 16 à 23 ans.

² Implémenter une offre de base suffisante, de qualité, accessible et abordable de soins en santé mentale spécialisés pour enfants et adolescents dans les limites de la zone d'action de chaque réseau.

³ Renforcer le diagnostic et le traitement en ambulatoire d'enfants et d'adolescents, de préférence après réorientation par un médecin ou un travailleur de santé de première ligne.

⁴ Mettre en place les dispositifs de traitement assertif mobile pour des groupes particulièrement vulnérables ou des jeunes avec une problématique psychiatrique qui sont sous le coup d'une décision de justice, qui sont difficiles à atteindre et qui nécessitent une aide assertive, en tenant compte des initiatives existantes. Une offre adaptée est développée pour les jeunes adultes dans la tranche d'âge charnière allant de 16 à 23 ans.

4. Phase 3: le programme soins de longue durée

Le programme soins de longue durée sera réalisé pour tous les enfants et adolescents qui présentent des problématiques graves, complexes et multiples. L'objectif est d'offrir une collaboration intensive en réseau durant une longue période, une aide continue basée sur les besoins des enfants et des adolescents et de leur entourage. Une aide assertive mobile est jugée nécessaire lorsque l'offre de soins de base ne répond pas (ou plus) aux besoins de l'enfant ou de l'adolescent.

Le programme soins de longue durée est intégré et global. Il s'inscrit dans l'offre de soins de chaque partenaire, prestataires de soins, institutions et services qui s'adressent aux enfants, aux adolescents et à leur entourage.

Il est essentiel, qu'à terme, le réseau harmonise les différents programmes, par exemple, les soins de crise (y compris l'aide d'urgence), les soins de longue durée, de consultation et de liaison intersectorielle qui cadrent dans les programmes d'activité «Offre de base de soins en santé mentale spécialisés pour enfants et adolescents dans un cadre ambulatoire, semi-résidentiel et résidentiel» et «Soins en santé mentale d'outreaching pour les enfants et adolescents par l'organisation des soins de crise» (cfr. Guide, Chapitre 3.2.2), afin que des soins sur mesure et que la continuité des soins soient garanties. Les programmes à développer ne sont pas des contraintes et interfèrent les uns avec les autres. Ainsi des soins intensifs et de courte durée seront également réalisés dans l'aide assertive dans le cadre du programme de soins de longue durée.

Le programme soins de longue durée englobe les fonctions de 'screening et d'orientation', de 'diagnostic', de 'traitement', 'd'échange et de valorisation de l'expertise' (cf. guide, chapitre 3.2⁵). Les partenaires du réseau élaborent le contenu opérationnel de ces fonctions et, ainsi, développent une offre mobile, ambulatoire et (semi-)résidentielle intégrée (cf. guide, programmes d'activités 3 et 4). La collaboration et le travail en réseau occupent donc une position centrale dans chaque programme. Dans le programme soins de longue durée, cela se concrétise, notamment, par la mobilisation d'effectifs de l'offre ambulatoire et (semi-)résidentielle dans l'aide assertive mobile (cf. ci-dessous).

Le groupe cible de ce programme comprend un certain nombre de sous-groupes cibles avec leurs propres caractéristiques, par exemple: les enfants et les adolescents issus de groupes particulièrement vulnérables qui sont difficiles à atteindre, les jeunes présentant une problématique psychiatrique qui sont sous le coup d'une décision de justice, les jeunes présentant une problématique de dépendance et les enfants ou les adolescents ayant une déficience intellectuelle combinée à une problématique psychique ou psychiatrique⁶. La collaboration et la concertation intensive avec l'entourage, les écoles, les maisons d'accueil et de soins, l'aide à la jeunesse, ... s'avère plus que nécessaire dans le cadre de ces groupes cibles.

Les soins de longue durée des différents réseaux s'articuleront au sein de chaque communauté ou région. Ils prennent en compte, dans le cadre de l'offre de soins l'expertise, la vision et le travail quotidien.

Par exemple, en Flandre et Bruxelles, la collaboration entre les partenaires du réseau dans le cadre de «intégrale jeugdhulp» revêt une importance primordiale (cf. Guide, Plan National 2015-2020, action 6⁷). L'appel lancé pour les réseaux de soins intersectoriels et les informations complémentaires transmises par courrier forment une partie du programme des soins de longue durée. Ceci implique

⁵ Ce chapitre dépeint les cinq missions-clés du réseau, à savoir (a) la détection précoce, le dépistage et l'orientation, (b) le diagnostic, (c) le traitement, (d) l'inclusion dans tous les domaines de vie et (e) l'échange et la mise en commun de l'expertise.

⁶ Déclaration conjointe complémentaire, p.16

⁷ Informer et sensibiliser toutes les parties prenantes (gouvernements, administrations, terrain, ...) quant au contenu de la 'Déclaration Conjointe' et de la 'Déclaration Conjointe Complémentaire', avec pour objectif une collaboration et une politique intersectorielles en matière de santé mentale pour enfants et adolescents.

qu'en Flandre et Bruxelles les réseaux ajoutent les propositions de projets « réseaux intersectoriels » en annexe au modèle de soins de longue durée.

Autre exemple, en Wallonie et à Bruxelles, il y a lieu de tenir compte des protocoles de collaboration intersectorielle entre l'aide à la jeunesse et le secteur du handicap. Une collaboration avec les acteurs impliqués dans les initiatives « un jardin pour tous » est essentielle.

5. Financement du programme soins de longue durée

Le financement du gouvernement fédéral est prévu par le biais de conventions B4 avec un hôpital identifié par le réseau. Les moyens reçus transitent par l'hôpital et sont obligatoirement et impérativement transférés dans le réseau.

Les communautés et les régions financent les partenaires relevant de leurs compétences et les missions qui sont dévolues à ces partenaires.

Dans le cadre du financement du programme soins de longue durée, le gouvernement fédéral met à disposition un financement annuel complémentaire de 4.680.000 euros pour la réalisation d'aides assertives mobiles (cf. guide, programme d'activité 4: soins en santé mentale d'outreaching pour enfants et adolescents par le biais de l'organisation d'aides assertives mobiles).

Au lieu de partager les moyens disponibles en 11 (10 provinces et la Région de Bruxelles-Capitale) et de diviser le budget en 11èmes entre les différents réseaux, nous avons décidé de tenir compte d'un certain nombre de variables dans la répartition : le nombre d'enfants et d'adolescents, la prévalence des problèmes psychiques chez les enfants et adolescents et la situation socio-économique des familles.

Sur base de ces variables, un poids spécifique est accordé à chaque champ d'action. Le budget est réparti entre les réseaux au moyen de ces coefficients de pondération. Cette clé de répartition a été développée en collaboration avec le Pr Dr R. Bruffaerts (KULeuven).

5.1. L'aide assertive mobile

Pour la réalisation de soins assertifs mobiles, le gouvernement fédéral met à disposition un financement complémentaire annuel de 4.680.000 euros. Ce budget peut déjà être utilisé par les réseaux qui sont prêts à démarrer. À partir du 1er janvier 2016, les ressources suivantes de l'offre actuelle de soins mobiles financés par le fédéral seront intégrées dans le financement des réseaux (cf. Guide, Plan National 2015-2020, action 4⁸):

- Les 3 équipes mobiles créées dans le cadre du projet pilote '*Double Diagnostic - Mineurs (retard mental + maladie mentale avec trouble du comportement)*', à raison de 115.000 euros par équipe
- Les 12 équipes mobiles qui ne sont pas rattachées aux lits K de crise et créées dans le cadre du projet pilote fédéral '*Adolescents judiciairisés présentant une problématique psychiatrique*', avec un montant spécifique par équipe

En d'autres termes, à partir de 2016, un financement total de 6.991.386,74 euros sera mis à disposition du programme soins de longue durée. Les coefficients de pondération seront appliqués à ce montant pour obtenir une clé de répartition provinciale. Avant que les coefficients de pondération ne puissent être appliqués dans la répartition des moyens, il importe cependant de préciser que chaque réseau doit disposer d'au moins 390.000 euros, soit le financement d'une équipe de 6

⁸ Evaluer et adapter les projets (pilotes) existants, les pratiques susceptibles de servir de modèle et les initiatives nouvelles en vue d'une reconnaissance et d'un financement structurels.

équivalents temps plein (ETP). Or, les facteurs de pondération du Brabant wallon et du Luxembourg sont tels que ces réseaux risquent de ne pas atteindre le seuil de 390.000 euros. Il a été décidé d'accorder *de facto* le montant minimal de 390.000 euros à ces réseaux. Cela implique toutefois une solidarisation des autres réseaux, en l'occurrence un recalcul des coefficients de pondération définitifs (CPD) qui sont corrigés en ne tenant pas compte des réseaux qui reçoivent un financement de base de 390.000 euros.

Les coefficients de pondération définitifs et les coefficients de pondération corrigés (CPC) sont identiques aux coefficients décrits dans le *modèle pour la description du programme de soins de crise*.

Le financement de l'offre actuelle susmentionnée de soins mobiles financés par le fédéral est ensuite déduit par réseau, de sorte à identifier clairement comment le financement complémentaire de 4.680.000 euros a été réparti entre les réseaux. Les moyens de l'offre actuelle susmentionnée de soins mobiles financés par le fédéral sont ajoutés aux moyens alloués aux réseaux concernés.

Tableau 1: Financement fédéral annuel complémentaires en euros pour l'aide assertive mobile à partir de 2016 en euros

Réseau	Financement minimal	Pilote ForK	Piloot Double diagnostic	Total aide assertive mobile (non pondéré)	Pondération CPD (a)	Pondération CPC (b)	Total financement complémentaire (c)
Flandre occidentale	390.000,00	180.671,85	0,00	570.671,85	503.513,20	469.326,17	288.654,32
Flandre orientale	390.000,00	301.721,81	0,00	691.721,81	849.280,47	791.616,89	489.895,08
Anvers	390.000,00	399.961,98	0,00	789.961,98	1.034.702,39	964.449,22	564.487,24
Limbourg	390.000,00	0,00	115.000,00	505.000,00	585.384,97	545.639,10	430.639,10
Brabant Flamand	390.000,00	180.671,85	0,00	570.671,85	524.697,47	489.072,10	308.400,25
R. de Bruxelles c	780.000,00	361.343,70	115.000,00	1.256.343,70	1.272.483,32	1.186.085,54	709.741,84
Brabant Wallon	390.000,00	0,00	0,00	390.000,00	203.601,12	390.000,00	390.000,00
Hainaut	390.000,00	361.343,70	115.000,00	866.343,70	708.752,94	660.630,75	184.287,05
Liège	390.000,00	180.671,85	0,00	570.671,85	747.769,49	696.998,20	516.326,35
Namur	390.000,00	0,00	0,00	390.000,00	437.257,20	407.568,76	407.568,76
Luxembourg	390.000,00	0,00	0,00	390.000,00	123.944,15	390.000,00	390.000,00
TOTAL	4.680.000,00	1.966.386,74	450.000,00	6.991.386,74	6.991.386,74	6.991.386,74	4.680.000,00

(a) $(6.991.386,74/11)*CPD$

(b) $(6.991.386,74 - (390.000*2))/9*CPC$

(c) $(b) - (\text{pilote ForK} + \text{pilote double diagnostic})$

Un réseau prévoit 38h de médecin responsable (voir chapitre 3) qui peuvent être complétées, par la suite, par un maximum de 10h de pédopsychiatre. En effet, chaque réseau bénéficie, de la possibilité de prendre des dispositions en termes de ressources humaines quant à l'engagement d'un pédopsychiatre dans le cadre de l'aide assertive mobile présentant une expertise et une expérience spécifique du travail avec les adolescents qui présentent une problématique psychiatrique et qui sont sous le coup d'une décision judiciaire. Le but étant d'assurer l'expertise et le savoir-faire nécessaire face à ce groupe cible spécifique dans le cadre de l'aide assertive mobile.

Chaque réseau doit estimer le nombre d'heures nécessaires de pédopsychiatrie pour ce groupe cible. Ce pédopsychiatre travaille, en collaboration, avec le médecin responsable. La compensation s'effectue selon le financement prévu pour le médecin responsable (rapport de 175.000 euros pour 38h).

Naturellement, il existe un lien entre ce pédopsychiatre et les unités de traitement intensif pour les jeunes FQI, les unités de traitement intensif pour jeunes FQI/SEP/MEO et/ou les lits de crise K dans le

cadre du projet pilote fédéral '*Adolescents judiciairisés présentant une problématique psychiatrique*'. Nous supposons donc que les participants au projet pilote fédéral s'engagent à utiliser leur expertise pédopsychiatrique de ce groupe-cible dans les réseaux de santé mentale pour enfants et adolescents, qui sont actifs dans le territoire de la cour d'appel concernée, si une demande émane des réseaux concernés.

Le fonctionnement des lits de psychiatrie enfants, qui font partie des unités de traitement intensif pour les jeunes FQI et des unités de traitement intensif pour les jeunes FQI/SEP/MEO dans le cadre du projet pilote fédéral '*Adolescents judiciairisés présentant une problématique psychiatrique*' seront évalués par le réseau dans le courant de 2016 et, ils seront ajustés, si nécessaire, en concertation avec les autorités (cfr. Guide, Plan national 2015-2020, action 4).

Ils constituent un travail primordial dans le cadre du programme soins de longue durée.

5.2. Investissement en matière de casemanagement

Pour assurer la continuité des soins sur mesure pour les enfants et les adolescents qui nécessitent des soins de longue durée, le réseau réalise le casemanagement au niveau de l'utilisateur (cfr. Guide, Plan national 2015-2020, Action 13). Ce casemanagement est intégré à celui du programme de soins de crise. Il est coordonné avec les structures existantes au niveau micro (usager). Le réseau peut financer le casemanagement de plusieurs manières, y compris avec des moyens restants de la coordination du réseau. Ceci résulte de l'intégration maximale de la coordination du réseau assurant le lien entre la justice et les acteurs de la santé mentale (dans le contexte de l'élaboration de trajectoires de soins pour les jeunes judiciairisés) et la fonction de concertation pour les enfants et les adolescents au sein des plateformes de concertation en santé mentale (cfr. *modèle pour la description du réseau*).

6. Modèle pour la description du programme soins de longue durée

Pour obtenir une image claire des propositions, en vue de la réalisation du programme soins de longue durée, les Communautés, Régions et le Gouvernement fédéral ont élaboré un modèle. Chaque réseau provincial complète les différentes parties de ce modèle. Les réseaux ont ainsi la possibilité de se présenter auprès des autorités coopérantes.

7. Modalités pratiques

Le modèle sera transmis, avant le 4 décembre 2015, au groupe de travail intercabinet (gti) '*taskforce soins en santé mentale*' via l'adresse mail suivante : jo.holsbeek@gezondheid.belgie.be.

Chaque réseau complète un modèle qui:

- se compose d'un fichier texte dans le format *.doc ou *.docx
- contient 15 pages maximum, écrites en police Arial 10 et avec un interligne de 1,5
- respecte la structure et l'ordre des parties, tels qu'indiqués dans le modèle
- contient, en annexe, quelques pièces officielles (p.ex. des conventions de collaboration), et représentations géographiques (scannées en fichier pdf imprimable ou en fichier *.doc ou *.docx)

8. Procédure d'évaluation

Sur base du modèle proposé, la présentation et le temps de parole, le gti '*taskforce soins en santé mentale*' évalue si le réseau répond à la vision, aux principes de base et au modèle décrits dans le guide. La décision est communiquée par écrit.

Les réseaux qui sont prêts à entamer la réalisation du programme soins de longue durée pourront utiliser le financement supplémentaire précité à partir du 1er janvier 2016.

Les réseaux qui ne sont pas encore prêts à mettre cette phase de la nouvelle politique en oeuvre, sont informés des points spécifiques à améliorer. Ils remettront un nouveau modèle et le présenteront à partir de mars 2016 au gti '*taskforce soins en santé mentale*'.

L'utilisation du financement précité fera l'objet d'une évaluation intermédiaire approfondie et, le cas échéant, de certains ajustements.

9. Support

Pour soutenir les réseaux, un programme de formation incluant des sessions de coaching sera élaboré. En outre, tous les réseaux seront accompagnés et évalués scientifiquement.

Des informations pertinentes seront publiées sur le site www.psy0-18.be

Modèle

Description du programme soins de longue durée⁹

1. Nom du réseau

- Indiquez le nom du réseau

2. Travail en réseau en fonction du programme soins de longue durée

- Donnez un aperçu des différents moments de concertation et de la façon dont le réseau a réalisé le programme de soins sur le plan du contenu et de l'organisation.
- Indiquez les partenaires des autres secteurs ayant collaboré à la réalisation de ce programme.
- Décrivez de quelle façon le droit à la parole et l'implication des enfants, des adolescents et de leur entourage sont réalisés au cours du processus de concertation et de travail en réseau.

3. Offre de soins de longue durée actuelle

- Décrivez brièvement l'offre mobile, ambulatoire et (semi-)résidentielle actuelle qui s'adresse, au sein de la zone d'activité du réseau, aux enfants et aux adolescents présentant une problématique psychique ou psychiatrique.
- Décrivez quelles conventions ont été conclues en ce qui concerne cette offre d'activités.

4. Mission et vision du programme soins de longue durée

- Expliquez les valeurs concrètes, la vision et la mission du réseau en ce qui concerne le programme soins de longue durée.

5. Description du programme soins de longue durée

5.1. Développement du contenu du programme soins de longue durée

- Décrivez comment le réseau entend réaliser le programme soins de longue durée. Basez-vous sur les programmes d'activités « offre de base de soins en santé mentale spécialisés pour

⁹ Bien que les éléments du présent modèle ne soient pas encore déterminés et clarifiés complètement, décrivez le calendrier spécifique qui sera suivi et la stratégie potentielle. Le contenu de ce modèle est dynamique.

enfants et adolescents dans un cadre ambulatoire, semi-résidentiel et résidentiel » et « soins en santé mentale d'outreaching pour les enfants et adolescents par l'organisation de l'aide assertive mobile » (cf. guide, paragraphe 3.2.2¹⁰).

- Décrivez concrètement quels sont les soins ambulatoires et (semi-)résidentiels en matière de soins de longue durée qui seront développés. Décrivez les partenaires, prestataires de soins, institutions et services s'adressant aux enfants, aux adolescents et à leur entourage qui souhaitent s'engager sur la voie de la complémentarité d'un certain nombre de fonctions de leur offre de base avec des modalités spécifiques en termes de durée, d'intensité, de fréquence, etc. Indiquez ces fonctions et ces modalités, ainsi que les motifs ayant conduit au choix de ces modalités, toujours en restant dans le cadre du programme soins de longue durée.
- Décrivez concrètement l'aide assertive mobile sur le plan du contenu. Indiquez comment se déroule la procédure de notification. Indiquez la durée, l'intensité et la fréquence que l'on cherche à atteindre au niveau des activités de soins, ainsi que les motifs ayant conduit au choix de ces modalités, toujours en restant dans le cadre du programme soins de longue durée.
- Des actions sont-elles entreprises en faveur de groupes cibles spécifiques (tranches d'âge, sous-groupes cibles, ...)? De quelle manière le réseau garanti- il qu'aucun (sous)groupes cible n'est exclu du programme ?
- Décrivez comment les partenaires du réseau concilient leur offre de soins de longue durée entre eux et veillent au réseautage. Décrivez comment le réseau réalise un programme soins de longue durée efficient, effectif, continu et accessible. Comment se déroulent le screening et l'orientation? Quelles sont les modalités de diagnostic et de traitement?
- Décrivez de quelle manière le casemanagement sera réalisé?

5.2. Développement organisationnel du programme soins de longue durée

- Décrivez comment le réseau va opérationnaliser l'offre de soins mobile, ambulatoire et (semi)-résidentielle dans le cadre du programme soins de longue durée. Quelle est la capacité (en termes de personnels, de lits, de places, ...) investie pour ce programme? Comment la multidisciplinarité et l'intersectorialité sont-elles garanties chez les différents partenaires?
- Décrivez le fonctionnement concret et la composition de l'équipe de l'aide assertive mobile. Décrivez les rôles et les affectations du médecin responsable (cf. chapitre 3). Indiquez, comment seront garanties, dans le cadre de l'aide assertive mobile, l'expertise et les connaissances de l'offre ambulatoire (SSM, CRA, ...) et (semi)-résidentielle tant sur le plan sectoriel qu'intersectoriel par l'affectation du personnel. Où sera localisée l'aide assertive mobile? Quelle est la fréquence de rencontres de l'équipe dans son ensemble?
- Décrivez de quelle manière l'aide assertive mobile sera mise en lien avec les soins de crise mobiles. Comment le continuum de soins sur-mesure sera-t-il garanti?
- Le réseau compte-t-il engager un pédopsychiatre (10 heures) pour les adolescents judiciairisés présentant une problématique psychiatrique? Si oui, détaillez ses rôles dans le programme de soins de longue durée en général et spécifiquement dans le cadre de l'aide assertive mobile, les liens avec le programme de soins de crise et la collaboration avec le médecin responsable. Si non, pour quelles raisons? Comment les jeunes qui sont sous le coup d'une mesure judiciaire seront-ils accueillis au sein du réseau?
- Approfondissez la question de l'organisation du casemanagement.
- De quelle manière, les réseaux en Flandre et à Bruxelles ont-ils intégré « les réseaux de soins intersectoriels » dans le programme de soins de longue durée?

¹⁰ Ce chapitre décrit les six programmes d'activités qui sont réalisés, au minimum, au sein du réseau, à savoir (0) prévention universelle et promotion de la santé, (1) détection et intervention précoces, (2) consultation et liaison intersectorielle, (3) offre de base de soins en santé mentale spécialisés pour enfants et adolescents dans un cadre ambulatoire, semi-résidentiel et résidentiel, (4) soins en santé mentale d'outreaching pour les enfants et adolescents par l'organisation de soins de crise, l'aide assertive mobile et la coordination des soins, (5) soutien à l'intégration et à l'inclusion axé sur le rétablissement.

5.3. Financement du programme soins de longue durée

- Elaborez un financement transparent pour le programme soins de longue durée pour 2016, ainsi qu'un plan pluriannuel pour 2017 et 2018. Prenez, également en considération, l'intégration des équipes mobiles du projet pilote '*Double diagnostic – Mineurs (retard mental + maladie mentale avec trouble du comportement)*' et les 12 équipes mobiles, qui ne sont pas rattachées aux lits K de crise et créées dans le cadre du projet pilote fédéral '*Adolescents judiciairisés présentant une problématique psychiatrique*'. Présentez un aperçu détaillé de l'utilisation de ces fonds pour les soins assertifs mobiles et pour l'investissement dans le cadre du casemanagement. Prenez, également, en considération, le financement du médecin responsable et des frais de fonctionnement du réseau. Précisez comment le réseau souhaite utiliser ces frais de fonctionnement.

5.4. Coordination avec les initiatives locales

- Donnez un bref aperçu des initiatives locales pertinentes des partenaires, des prestataires de soins, des institutions et des services des autres secteurs, qui sont axées sur les enfants et les adolescents qui nécessitent des soins de longue durée.
- Expliquez comment s'articule la collaboration et comment les initiatives collaborent en vue de parvenir à une offre de soins de longue durée globale et intégrée au sein de la zone d'activité du réseau.

6. Auto-évaluation du réseau

- Il est recommandé de procéder, à intervalles réguliers, à une évaluation qualitative et de la performance du programme soins de longue durée en se basant sur plusieurs domaines. Le guide décrit, d'ores et déjà, un certain nombre de domaines de qualité et de performance (voir guide, chapitre 3.1.6.). Indiquez les domaines de qualité et de performance que le réseau juge importants par rapport au programme soins de longue durée. Indiquez à quel moment et sur base de quels indicateurs vous évalueriez ces domaines.

7. Personne de contact pour le programme soins de longue durée

- Pour bénéficier de plus amples informations au sujet de ce modèle, veuillez indiquer les coordonnées utiles (prénom, nom, n° de GSM, adresse électronique) d'une personne de contact de votre réseau qui pourra être contactée dans ce cadre.

8. Liste des annexes