ANNEXE 1 :

Convention internationale relative aux droits des enfants

Convention de réseau archipel
Réseau intersectoriel de santé mentale pour les jeunes (0-23ans) du Brabant wallon

archipel

CONVENTION INTERNATIONALE RELATIVE AUX DROITS DE L'ENFANT

Adoptée et ouverte à la signature, ratification et adhésion par l'Assemblée générale des Nations Unies dans sa résolution 44/25 du 20 novembre 1989

Entrée en vigueur le 2 septembre 1990, conformément à l'article 49

Préambule

Les Etats parties à la présente Convention,

Considérant que, conformément aux principes proclamés dans la Charte des Nations Unies, la reconnaissance de la dignité inhérente à tous les membres de la famille humaine ainsi que l'égalité et le caractère inaliénable de leurs droits sont le fondement de la liberté, de la justice et de la paix dans le monde,

Ayant à l'esprit le fait que les peuples des Nations Unies ont, dans la Charte, proclamé à nouveau leur foi dans les droits fondamentaux de l'homme et dans la dignité et la valeur de la personne humaine, et qu'ils ont résolu de favoriser le progrès social et d'instaurer de meilleures conditions de vie dans une liberté plus grande,

Reconnaissant que les Nations Unies, dans la Déclaration universelle des droits de l'homme et dans les pactes internationaux relatifs aux droits de l'homme, ont proclamé et sont convenues que chacun peut se prévaloir de tous les droits et de toutes les libertés qui y sont énoncés, sans distinction aucune, notamment de race, de couleur, de sexe, de langue, de religion, d'opinion politique ou de toute autre opinion, d'origine nationale ou sociale, de fortune, de naissance ou de toute autre situation,

Rappelant que, dans la Déclaration universelle des droits de l'homme, les Nations Unies ont proclamé que l'enfance a droit à une aide et à une assistance spéciales,

Convaincus que la famille, unité fondamentale de la société et milieu naturel pour la croissance et le bien-être de tous ses membres et en particulier des enfants, doit recevoir la protection et l'assistance dont elle a besoin pour pouvoir jouer pleinement son rôle dans la communauté,

Reconnaissant que l'enfant, pour l'épanouissement harmonieux de sa personnalité, doit grandir dans le milieu familial, dans un climat de bonheur, d'amour et de compréhension,

Considérant qu'il importe de préparer pleinement l'enfant à avoir une vie individuelle dans la société, et de l'élever dans l'esprit des idéaux proclamés dans la Charte des Nations Unies, et en particulier dans un esprit de paix, de dignité, de tolérance, de liberté, d'égalité et de solidarité,

Ayant à l'esprit que la nécessité d'accorder une protection spéciale à l'enfant a été énoncée dans la Déclaration de Genève de 1924 sur les droits de l'enfant et dans la Déclaration des droits de l'enfant adoptée par l'Assemblée générale le 20 novembre 1959, et qu'elle a été reconnue dans la Déclaration universelle des droits de l'homme, dans le Pacte international relatif aux droits civils et politiques (en particulier aux articles 23 et 24), dans le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (en particulier à l'article 10) et dans les statuts et instruments pertinents des institutions spécialisées et des organisations internationales qui se préoccupent du bien-être de l'enfant,

Ayant à l'esprit que, comme indiqué dans la Déclaration des droits de l'enfant, «l'enfant, en raison de son manque de maturité physique et intellectuelle, a besoin d'une protection spéciale et de soins spéciaux, notamment d'une protection juridique appropriée, avant comme après la naissance»,

Rappelant les dispositions de la Déclaration sur les principes sociaux et juridiques applicables à la protection et au bien- être des enfants, envisagés surtout sous l'angle des pratiques en matière d'adoption et de placement familial sur les plans national et international, de l'Ensemble de règles minima des Nations Unies concernant l'administration de la justice pour mineurs (Règles de Beijing) et de la Déclaration sur la protection des femmes et des enfants en période d'urgence et de conflit armé,

Reconnaissant qu'il y a dans tous les pays du monde des enfants qui vivent dans des conditions particulièrement difficiles, et qu'il est nécessaire d'accorder à ces enfants une attention particulière,

Tenant dûment compte de l'importance des traditions et valeurs culturelles de chaque peuple dans la protection et le développement harmonieux de l'enfant,

Reconnaissant l'importance de la coopération internationale pour l'amélioration des conditions de vie des enfants dans tous les pays, en particulier dans les pays en développement,

Sont convenus de ce qui suit :

Première partie

Article premier

Au sens de la présente Convention, un enfant s'entend de tout être humain âgé de moins de dix-huit ans, sauf si la majorité est atteinte plus tôt en vertu de la législation qui lui est applicable.

Article 2

1. Les Etats parties s'engagent à respecter les droits qui sont énoncés dans la présente Convention et à les garantir à tout enfant relevant de leur juridiction, sans distinction aucune, indépendamment de toute considération de race, de couleur, de sexe, de langue, de religion, d'opinion politique ou autre de l'enfant ou de ses parents ou représentants légaux, de leur origine nationale, ethnique ou sociale, de leur situation de fortune, de leur incapacité, de leur naissance ou de toute autre situation.

2. Les Etats parties prennent toutes les mesures appropriées pour que l'enfant soit effectivement protégé contre toutes formes de discrimination ou de sanction motivées par la situation juridique, les activités, les opinions déclarées ou les convictions de ses parents, de ses représentants légaux ou des membres de sa famille.

Article 3

1. Dans toutes les décisions qui concernent les enfants, qu'elles soient le fait des institutions publiques ou privées de protection sociale, des tribunaux, des autorités administratives ou des organes législatifs, l'intérêt supérieur de l'enfant doit être une considération primordiale.

2. Les Etats parties s'engagent à assurer à l'enfant la protection et les soins nécessaires à son bien-être, compte tenu des droits et des devoirs de ses parents, de ses tuteurs ou des autres personnes légalement responsables de lui, et ils prennent à cette fin toutes les mesures législatives et administratives appropriées.

3. Les Etats parties veillent à ce que le fonctionnement des institutions, services et établissements qui ont la charge des enfants et assurent leur protection soit conforme aux normes fixées par les autorités compétentes, particulièrement dans le domaine de la sécurité et de la santé et en ce qui concerne le nombre et la compétence de leur personnel ainsi que l'existence d'un contrôle approprié.

Article 4

Les Etats parties s'engagent à prendre toutes les mesures législatives, administratives et autres qui sont nécessaires pour mettre en oeuvre les droits reconnus dans la présente Convention. Dans le cas des droits économiques, sociaux et culturels, ils prennent ces mesures dans toutes les limites des ressources dont ils disposent et, s'il y a lieu, dans le cadre de la coopération internationale.

Article 5

Les Etats parties respectent la responsabilité, le droit et le devoir qu'ont les parents ou, le cas échéant, les membres de la famille élargie ou de la communauté, comme prévu par la coutume locale, les tuteurs ou autres personnes légalement responsables de l'enfant, de donner à celui-ci, d'une manière qui corresponde au développement de ses capacités, l'orientation et les conseils appropriés à l'exercice des droits que lui reconnaît la présente Convention.

Article 6

1. Les Etats parties reconnaissent que tout enfant a un droit inhérent à la vie.

2. Les Etats parties assurent dans toute la mesure possible la survie et le développement de l'enfant.

Article 7

1. L'enfant est enregistré aussitôt sa naissance et a dès celle-ci le droit à un nom, le droit d'acquérir une nationalité et, dans la mesure du possible, le droit de connaître ses parents et d'être élevé par eux.

2. Les Etats parties veillent à mettre ces droits en oeuvre conformément à leur législation nationale et aux obligations que leur imposent les instruments internationaux applicables en la matière, en particulier dans les cas où faute de cela l'enfant se trouverait apatride.

Article 8

1. Les Etats parties s'engagent à respecter le droit de l'enfant de préserver son identité, y compris sa nationalité, son nom et ses relations familiales, tels qu'ils sont reconnus par la loi, sans ingérence illégale.

2. Si un enfant est illégalement privé des éléments constitutifs de son identité ou de certains d'entre eux, les Etats parties doivent lui accorder une assistance et une protection appropriées, pour que son identité soit rétablie aussi rapidement que possible.

Article 9

1. Les Etats parties veillent à ce que l'enfant ne soit pas séparé de ses parents contre leur gré, à moins que les autorités compétentes ne décident, sous réserve de révision judiciaire et conformément aux lois et procédures applicables, que cette séparation est nécessaire dans l'intérêt supérieur de l'enfant. Une décision en ce sens peut être nécessaire dans certains cas particuliers, par exemple lorsque les parents maltraitent ou négligent l'enfant, ou lorsqu'ils vivent séparément et qu'une décision doit être prise au sujet du lieu de résidence de l'enfant.

2. Dans tous les cas prévus au paragraphe 1 du présent article, toutes les parties intéressées doivent avoir la possibilité de participer aux délibérations et de faire connaître leurs vues.

3. Les Etats parties respectent le droit de l'enfant séparé de ses deux parents ou de l'un d'eux d'entretenir régulièrement des relations personnelles et des contacts directs avec ses deux parents, sauf si cela est contraire à l'intérêt supérieur de l'enfant.

4. Lorsque la séparation résulte de mesures prises par un Etat partie, telles que la détention, l'emprisonnement, l'exil, l'expulsion ou la mort (y compris la mort, quelle qu'en soit la cause, survenue en cours de détention) des deux parents ou de l'un d'eux, ou de l'enfant, l'Etat partie donne sur demande aux parents, à l'enfant ou, s'il y a lieu, à un autre membre de la famille les renseignements essentiels sur le lieu où se trouvent le membre ou les membres de la famille, à moins que la divulgation de ces renseignements ne soit préjudiciable au bien-être de l'enfant. Les Etats parties veillent en outre à ce que la présentation d'une telle demande n'entraîne pas en elle-même de conséquences fâcheuses pour la personne ou les personnes intéressées.

Article 10

1. Conformément à l'obligation incombant aux Etats parties en vertu du paragraphe 1 de l'article 9, toute demande faite par un enfant ou ses parents en vue d'entrer dans un Etat partie ou de le quitter aux fins de réunification familiale est considérée par les Etats parties dans un esprit positif, avec humanité et diligence. Les Etats parties veillent en outre à ce que la présentation d'une telle demande n'entraîne pas de conséquences fâcheuses pour les auteurs de la demande et les membres de leur famille.

2. Un enfant dont les parents résident dans des Etats différents a le droit d'entretenir, sauf circonstances exceptionnelles, des relations personnelles et des contacts directs réguliers avec ses deux parents. A cette fin, et conformément à l'obligation incombant aux Etats parties en vertu du paragraphe 1 de l'article 9, les Etats parties respectent le droit qu'ont l'enfant et ses parents de quitter tout pays, y compris le leur, et de revenir dans leur propre pays. Le droit de quitter tout pays ne peut faire l'objet que des restrictions prescrites par la loi qui sont nécessaires pour protéger la sécurité nationale, l'ordre public, la santé ou la moralité publiques, ou les droits et libertés d'autrui, et qui sont compatibles avec les autres droits reconnus dans la présente Convention.

Article 11

1. Les Etats parties prennent des mesures pour lutter contre les déplacements et les non-retours illicites d'enfants à l'étranger.

2. A cette fin, les Etats parties favorisent la conclusion d'accords bilatéraux ou multilatéraux ou l'adhésion aux accords existants.

Article 12

1. Les Etats parties garantissent à l'enfant qui est capable de discernement le droit d'exprimer librement son opinion sur toute question l'intéressant, les opinions de l'enfant étant dûment prises en considération eu égard à son âge et à son degré de maturité.

2. A cette fin, on donnera notamment à l'enfant la possibilité d'être entendu dans toute procédure judiciaire ou administrative l'intéressant, soit directement, soit par l'intermédiaire d'un représentant ou d'une organisation approprié, de façon compatible avec les règles de procédure de la législation nationale.

Article 13

1. L'enfant a droit à la liberté d'expression. Ce droit comprend la liberté de rechercher, de recevoir et de répandre des informations et des idées de toute espèce, sans considération de frontières, sous une forme orale, écrite, imprimée ou artistique, ou par tout autre moyen du choix de l'enfant.

2. L'exercice de ce droit ne peut faire l'objet que des seules restrictions qui sont prescrites par la loi et qui sont nécessaires :

a) Au respect des droits ou de la réputation d'autrui; ou

b) A la sauvegarde de la sécurité nationale, de l'ordre public, de la santé ou de la moralité publiques.

Article 14

1. Les Etats parties respectent le droit de l'enfant à la liberté de pensée, de conscience et de religion.

2. Les Etats parties respectent le droit et le devoir des parents ou, le cas échéant, des représentants légaux de l'enfant, de guider celui-ci dans l'exercice du droit susmentionné d'une manière qui corresponde au développement de ses capacités.

3. La liberté de manifester sa religion ou ses convictions ne peut être soumise qu'aux seules restrictions qui sont prescrites par la loi et qui sont nécessaires pour préserver la sûreté publique, l'ordre public, la santé et la moralité publiques, ou les libertés et droits fondamentaux d'autrui.

Article 15

1. Les Etats parties reconnaissent les droits de l'enfant à la liberté d'association et à la liberté de réunion pacifique.

2. L'exercice de ces droits ne peut faire l'objet que des seules restrictions qui sont prescrites par la loi et qui sont nécessaires dans une société démocratique, dans l'intérêt de la sécurité nationale, de la sûreté publique ou de l'ordre public, ou pour protéger la santé ou la moralité publiques, ou les droits et libertés d'autrui.

Article 16

1. Nul enfant ne fera l'objet d'immixtions arbitraires ou illégales dans sa vie privée, sa famille, son domicile ou sa correspondance, ni d'atteintes illégales à son honneur et à sa réputation. 2. L'enfant a droit à la protection de la loi contre de telles immixtions ou de telles atteintes.

Article 17

Les Etats parties reconnaissent l'importance de la fonction remplie par les médias et veillent à ce que l'enfant ait accès à une information et à des matériels provenant de sources nationales et internationales diverses, notamment ceux qui visent à promouvoir son bien-être social, spirituel et moral ainsi que sa santé physique et mentale. A cette fin, les Etats parties :

a) Encouragent les médias à diffuser une information et des matériels qui présentent une utilité sociale et culturelle pour l'enfant et répondent à l'esprit de l'article 29;

b) Encouragent la coopération internationale en vue de produire, d'échanger et de diffuser une information et des matériels de ce type provenant de différentes sources culturelles, nationales et internationales;

c) Encouragent la production et la diffusion de livres pour enfants;

d) Encouragent les médias à tenir particulièrement compte des besoins linguistiques des enfants autochtones ou appartenant à un groupe minoritaire;

e) Favorisent l'élaboration de principes directeurs appropriés destinés à protéger l'enfant contre l'information et les matériels qui nuisent à son bien-être, compte tenu des dispositions des articles 13 et 18.

Article 18

1. Les Etats parties s'emploient de leur mieux à assurer la reconnaissance du principe selon lequel les deux parents ont une responsabilité commune pour ce qui est d'élever l'enfant et d'assurer son développement. La responsabilité d'élever l'enfant et d'assurer son développement incombe au premier chef aux parents ou, le cas échéant, à ses représentants légaux. Ceux-ci doivent être guidés avant tout par l'intérêt supérieur de l'enfant.

2. Pour garantir et promouvoir les droits énoncés dans la présente Convention, les Etats parties accordent l'aide appropriée aux parents et aux représentants légaux de l'enfant dans l'exercice de la responsabilité qui leur incombe d'élever l'enfant et assurent la mise en place d'institutions, d'établissements et de services chargés de veiller au bien-être des enfants.

3. Les Etats parties prennent toutes les mesures appropriées pour assurer aux enfants dont les parents travaillent le droit de bénéficier des services et établissements de garde d'enfants pour lesquels ils remplissent les conditions requises.

Article 19

1. Les Etats parties prennent toutes les mesures législatives, administratives, sociales et éducatives appropriées pour protéger l'enfant contre toute forme de violence, d'atteinte ou de brutalités physiques ou mentales, d'abandon ou de négligence, de mauvais traitements ou d'exploitation, y compris la violence sexuelle, pendant qu'il est sous la garde de ses parents ou de l'un d'eux, de son ou ses représentants légaux ou de toute autre personne à qui il est confié.

2. Ces mesures de protection doivent comprendre, selon qu'il conviendra, des procédures efficaces pour l'établissement de programmes sociaux visant à fournir l'appui nécessaire à l'enfant et à ceux à qui il est confié, ainsi que pour d'autres formes de prévention, et aux fins d'identification, de rapport, de renvoi, d'enquête, de traitement et de suivi pour les cas de mauvais traitements de l'enfant décrits ci-dessus, et comprendre également, selon qu'il conviendra, des procédures d'intervention judiciaire.

Article 20

1. Tout enfant qui est temporairement ou définitivement privé de son milieu familial, ou qui dans son propre intérêt ne peut être laissé dans ce milieu, a droit à une protection et une aide spéciales de l'Etat.

2. Les Etats parties prévoient pour cet enfant une protection de remplacement conforme à leur législation nationale.

3. Cette protection de remplacement peut notamment avoir la forme du placement dans une famille, de la kafalah de droit islamique, de l'adoption ou, en cas de nécessité, du placement dans un établissement pour enfants approprié. Dans le choix entre ces solutions, il est dûment tenu compte de la nécessité d'une certaine continuité dans l'éducation de l'enfant, ainsi que de son origine ethnique, religieuse, culturelle et linguistique.

Article 21

Les Etats parties qui admettent et/ou autorisent l'adoption s'assurent que l'intérêt supérieur de l'enfant est la considération primordiale en la matière, et :

a) Veillent à ce que l'adoption d'un enfant ne soit autorisée que par les autorités compétentes, qui vérifient, conformément à la loi et aux procédures applicables et sur la base de tous les renseignements fiables relatifs au cas considéré, que l'adoption peut avoir lieu eu égard à la situation de l'enfant par rapport à ses père et mère, parents et représentants légaux et que, le cas échéant, les personnes intéressées ont donné leur consentement à l'adoption en connaissance de cause, après s'être entourées des avis nécessaires;

b) Reconnaissent que l'adoption à l'étranger peut être envisagée comme un autre moyen d'assurer les soins nécessaires à l'enfant, si celui-ci ne peut, dans son pays d'origine, être placé dans une famille nourricière ou adoptive ou être convenablement élevé;

c) Veillent, en cas d'adoption à l'étranger, à ce que l'enfant ait le bénéfice de garanties et de normes équivalant à celles existant en cas d'adoption nationale;

d) Prennent toutes les mesures appropriées pour veiller à ce que, en cas d'adoption à l'étranger, le placement de l'enfant ne se traduise pas par un profit matériel indu pour les personnes qui en sont responsables;

e) Poursuivent les objectifs du présent article en concluant des arrangements ou des accords bilatéraux ou multilatéraux, selon les cas, et s'efforcent dans ce cadre de veiller à ce que les placements d'enfants à l'étranger soient effectués par des autorités ou des organes compétents.

Article 22

1. Les Etats parties prennent les mesures appropriées pour qu'un enfant qui cherche à obtenir le statut de réfugié ou qui est considéré comme réfugié en vertu des règles et procédures du droit international ou national applicable, qu'il soit seul ou accompagné de ses père et mère ou de toute autre personne, bénéficie de la protection et de l'assistance humanitaire voulues pour lui permettre de jouir des droits que lui reconnaissent la présente Convention et les autres instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme ou de caractère humanitaire auxquels lesdits Etats sont parties.

2. A cette fin, les Etats parties collaborent, selon qu'ils le jugent nécessaire, à tous les efforts faits par l'Organisation des Nations Unies et les autres organisations intergouvernementales ou non gouvernementales compétentes collaborant avec l'Organisation des Nations Unies pour protéger et aider les enfants qui se trouvent en pareille situation et pour rechercher les père et mère ou autres membres de la famille de tout enfant réfugié en vue d'obtenir les renseignements nécessaires pour le réunir à sa famille. Lorsque ni le père, ni la mère, ni aucun autre membre de la famille ne peut être retrouvé, l'enfant se voit accorder, selon les principes énoncés dans la présente Convention, la même protection que tout autre enfant définitivement ou temporairement privé de son milieu familial pour quelque raison que ce soit.

Article 23

1. Les Etats parties reconnaissent que les enfants mentalement ou physiquement handicapés doivent mener une vie pleine et décente, dans des conditions qui garantissent leur dignité, favorisent leur autonomie et facilitent leur participation active à la vie de la collectivité.

2. Les Etats parties reconnaissent le droit à des enfants handicapés de bénéficier de soins spéciaux et encouragent et assurent, dans la mesure des ressources disponibles, l'octroi, sur demande, aux enfants handicapés remplissant les conditions requises et à ceux qui en ont la charge, d'une aide adaptée à l'état de l'enfant et à la situation de ses parents ou de ceux à qui il est confié.

3. Eu égard aux besoins particuliers des enfants handicapés, l'aide fournie conformément au paragraphe 2 du présent article est gratuite chaque fois qu'il est possible, compte tenu des ressources financières de leurs parents ou de ceux à qui l'enfant est confié, et elle est conçue de telle sorte que les enfants handicapés aient effectivement accès à l'éducation, à la formation, aux soins de santé, à la rééducation, à la préparation à l'emploi et aux activités récréatives, et bénéficient de ces services de façon propre à assurer une intégration sociale aussi complète que possible et leur épanouissement personnel, y compris dans le domaine culturel et spirituel.

4. Dans un esprit de coopération internationale, les Etats parties favorisent l'échange d'informations pertinentes dans le domaine des soins de santé préventifs et du traitement médical, psychologique et fonctionnel des enfants handicapés, y compris par la diffusion d'informations concernant les méthodes de rééducation et les services de formation professionnelle, ainsi que l'accès à ces données, en vue de permettre aux Etats parties d'améliorer

leurs capacités et leurs compétences et d'élargir leur expérience dans ces domaines. A cet égard, il est tenu particulièrement compte des besoins des pays en développement.

Article 24

1. Les Etats 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. Les Etats parties s'efforcent d'assurer la réalisation intégrale du droit susmentionné et, en particulier, prennent les mesures appropriées pour :

a) Réduire la mortalité parmi les nourrissons et les enfants;

b) Assurer à tous les enfants l'assistance médicale et les soins de santé nécessaires, l'accent étant mis sur le développement des soins de santé primaires;

c) Lutter contre la maladie et la malnutrition, y compris dans le cadre de soins de santé primaires, grâce notamment à l'utilisation de techniques aisément disponibles et à la fourniture d'aliments nutritifs et d'eau potable, compte tenu des dangers et des risques de pollution du milieu naturel;

d) Assurer aux mères des soins prénatals et postnatals appropriés;

e) Faire en sorte que tous les groupes de la société, en particulier les parents et les enfants, reçoivent une information sur la santé et la nutrition de l'enfant, les avantages de l'allaitement au sein, l'hygiène et la salubrité de l'environnement et la prévention des accidents, et bénéficient d'une aide leur permettant de mettre à profit cette information;

f) Développer les soins de santé préventifs, les conseils aux parents et l'éducation et les services en matière de planification familiale.

3. Les Etats parties prennent toutes les mesures efficaces appropriées en vue d'abolir les pratiques traditionnelles préjudiciables à la santé des enfants.

4. Les Etats parties s'engagent à favoriser et à encourager la coopération internationale en vue d'assurer progressivement la pleine réalisation du droit reconnu dans le présent article. A cet égard, il est tenu particulièrement compte des besoins des pays en développement.

Article 25

Les Etats parties reconnaissent à l'enfant qui a été placé par les autorités compétentes pour recevoir des soins, une protection ou un traitement physique ou mental, le droit à un examen périodique dudit traitement et de toute autre circonstance relative à son placement.

Article 26

1. Les Etats parties reconnaissent à tout enfant le droit de bénéficier de la sécurité sociale, y compris les assurances sociales, et prennent les mesures nécessaires pour assurer la pleine réalisation de ce droit en conformité avec leur législation nationale.

2. Les prestations doivent, lorsqu'il y a lieu, être accordées compte tenu des ressources et de la situation de l'enfant et des personnes responsables de son entretien, ainsi que de toute autre considération applicable à la demande de prestation faite par l'enfant ou en son nom.

Article 27

1. Les Etats parties reconnaissent le droit de tout enfant à un niveau de vie suffisant pour permettre son développement physique, mental, spirituel, moral et social.

2. C'est aux parents ou autres personnes ayant la charge de l'enfant qu'incombe au premier chef la responsabilité d'assurer, dans les limites de leurs possibilités et de leurs moyens financiers, les conditions de vie nécessaires au développement de l'enfant.

3. Les Etats parties adoptent les mesures appropriées, compte tenu des conditions nationales et dans la mesure de leurs moyens, pour aider les parents et autres personnes ayant la charge de l'enfant à mettre en oeuvre ce droit et offrent, en cas de besoin, une assistance matérielle et des programmes d'appui, notamment en ce qui concerne l'alimentation, le vêtement et le logement.

4. Les Etats parties prennent toutes les mesures appropriées en vue d'assurer le recouvrement de la pension alimentaire de l'enfant auprès de ses parents ou des autres personnes ayant une responsabilité financière à son égard, que ce soit sur leur territoire ou à l'étranger. En particulier, pour tenir compte des cas où la personne qui a une responsabilité financière à l'égard de l'enfant vit dans un Etat autre que celui de l'enfant, les Etats parties favorisent l'adhésion à des accords internationaux ou la conclusion de tels accords ainsi que l'adoption de tous autres arrangements appropriés.

Article 28

1. Les Etats parties reconnaissent le droit de l'enfant à l'éducation, et en particulier, en vue d'assurer l'exercice de ce droit progressivement et sur la base de l'égalité des chances :

a) Ils rendent l'enseignement primaire obligatoire et gratuit pour tous;
b) Ils encouragent l'organisation de différentes formes d'enseignement secondaire, tant général que professionnel, les rendent ouvertes et accessibles à tout enfant, et prennent des mesures appropriées, telles que l'instauration de la gratuité de l'enseignement et l'offre d'une aide financière en cas de besoin;
c) Ils assurent à tous l'accès à l'enseignement supérieur, en fonction des capacités de chacun, par tous les moyens appropriés;
d) Ils rendent ouvertes et accessibles à tout enfant l'information et l'orientation scolaires et professionnelles;
e) Ils prennent des mesures pour encourager la régularité de la fréquentation scolaire et la réduction des taux d'abandon scolaire.

2. Les Etats parties prennent toutes les mesures appropriées pour veiller à ce que la discipline scolaire soit appliquée d'une manière compatible avec la dignité de l'enfant en tant qu'être humain et conformément à la présente Convention.

3. Les Etats parties favorisent et encouragent la coopération internationale dans le domaine de l'éducation, en vue notamment de contribuer à éliminer l'ignorance et l'analphabétisme dans le monde et de faciliter l'accès aux connaissances scientifiques et techniques et aux méthodes d'enseignement modernes. A cet égard, il est tenu particulièrement compte des besoins des pays en développement.

Article 29

1. Les Etats parties conviennent que l'éducation de l'enfant doit viser à :
a) Favoriser l'épanouissement de la personnalité de l'enfant et le développement de ses dons et de ses aptitudes mentales et physiques, dans toute la mesure de leurs potentialités;
b) Inculquer à l'enfant le respect des droits de l'homme et des libertés fondamentales, et des principes consacrés dans la Charte des Nations Unies;
c) Inculquer à l'enfant le respect de ses parents, de son identité, de sa langue et de ses valeurs culturelles, ainsi que le respect des valeurs nationales du pays dans lequel il vit, du pays duquel il peut être originaire et des civilisations différentes de la sienne;
d) Préparer l'enfant à assumer les responsabilités de la vie dans une société libre, dans un esprit de compréhension, de paix, de tolérance, d'égalité entre les sexes et d'amitié entre tous les peuples et groupes ethniques, nationaux et religieux, et avec les personnes d'origine autochtone;
e) Inculquer à l'enfant le respect du milieu naturel.

2. Aucune disposition du présent article ou de l'article 28 ne sera interprétée d'une manière qui porte atteinte à la liberté des personnes physiques ou morales de créer et de diriger des établissements d'enseignement, à condition que les principes énoncés au paragraphe 1 du présent article soient respectés et que l'éducation dispensée dans ces établissements soit conforme aux normes minimales que l'Etat aura prescrites.

Article 30

Dans les Etats où il existe des minorités ethniques, religieuses ou linguistiques ou des personnes d'origine autochtone, un enfant autochtone ou appartenant à une de ces minorités ne peut être privé du droit d'avoir sa propre vie culturelle, de professer et de pratiquer sa propre religion ou d'employer sa propre langue en commun avec les autres membres de son groupe.

Article 31

1. Les Etats parties reconnaissent à l'enfant le droit au repos et aux loisirs, de se livrer au jeu et à des activités récréatives propres à son âge et de participer librement à la vie culturelle et artistique.

2. Les Etats parties respectent et favorisent le droit de l'enfant de participer pleinement à la vie culturelle et artistique et encouragent l'organisation à son intention de moyens appropriés de loisirs et d'activités récréatives, artistiques et culturelles, dans des conditions d'égalité.

Article 32

1. Les Etats parties reconnaissent le droit de l'enfant d'être protégé contre l'exploitation économique et de n'être astreint à aucun travail comportant des risques ou susceptible de compromettre son éducation ou de nuire à sa santé ou à son développement physique, mental, spirituel, moral ou social.

2. Les Etats parties prennent des mesures législatives, administratives, sociales et éducatives pour assurer l'application du présent article. A cette fin, et compte tenu des dispositions pertinentes des autres instruments internationaux, les Etats parties, en particulier :
a) Fixent un âge minimum ou des âges minimums d'admission à l'emploi;
b) Prévoient une réglementation appropriée des horaires de travail et des conditions d'emploi;
c) Prévoient des peines ou autres sanctions appropriées pour assurer l'application effective du présent article.

Article 33

Les Etats parties prennent toutes les mesures appropriées, y compris des mesures législatives, administratives, sociales et éducatives, pour protéger les enfants contre l'usage illicite de stupéfiants et de substances psychotropes, tels que les définissent les conventions internationales pertinentes, et pour empêcher que des enfants ne soient utilisés pour la production et le trafic illicites de ces substances.

Article 34

Les Etats parties s'engagent à protéger l'enfant contre toutes les formes d'exploitation sexuelle et de violence sexuelle. A cette fin, les Etats prennent en particulier toutes les mesures appropriées sur les plans national, bilatéral et multilatéral pour empêcher :

a) Que des enfants ne soient incités ou contraints à se livrer à une activité sexuelle illégale;

b) Que des enfants ne soient exploités à des fins de prostitution ou autres pratiques sexuelles illégales;

c) Que des enfants ne soient exploités aux fins de la production de spectacles ou de matériel de caractère pornographique.

Article 35

Les Etats parties prennent toutes les mesures appropriées sur les plans national, bilatéral et multilatéral pour empêcher l'enlèvement, la vente ou la traite d'enfants à quelque fin que ce soit et sous quelque forme que ce soit.

Article 36

Les Etats parties protègent l'enfant contre toutes autres formes d'exploitation préjudiciables à tout aspect de son bien- être.

Article 37

Les Etats parties veillent à ce que :

a) Nul enfant ne soit soumis à la torture ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants. Ni la peine capitale ni l'emprisonnement à vie sans possibilité de libération ne doivent être prononcés pour les infractions commises par des personnes âgées de moins de dix-huit ans;

b) Nul enfant ne soit privé de liberté de façon illégale ou arbitraire. L'arrestation, la détention ou l'emprisonnement d'un enfant doit être en conformité avec la loi, n'être qu'une mesure de dernier ressort, et être d'une durée aussi brève que possible;

c) Tout enfant privé de liberté soit traité avec humanité et avec le respect dû à la dignité de la personne humaine, et d'une manière tenant compte des besoins des personnes de son âge. En particulier, tout enfant privé de liberté sera séparé des adultes, à moins que l'on estime préférable de ne pas le faire dans l'intérêt supérieur de l'enfant, et il a le droit de rester en contact avec sa famille par la correspondance et par les visites, sauf circonstances exceptionnelles;

d) Les enfants privés de liberté aient le droit d'avoir rapidement accès à l'assistance juridique ou à toute autre assistance appropriée, ainsi que le droit de contester la légalité de leur privation de liberté devant un tribunal ou une autre autorité compétente, indépendante et impartiale, et à ce qu'une décision rapide soit prise en la matière.

Article 38

1. Les Etats parties s'engagent à respecter et à faire respecter les règles du droit humanitaire international qui leur sont applicables en cas de conflit armé et dont la protection s'étend aux enfants.

2. Les Etats parties prennent toutes les mesures possibles dans la pratique pour veiller à ce que les personnes n'ayant pas atteint l'âge de quinze ans ne participent pas directement aux hostilités.

3. Les Etats parties s'abstiennent d'enrôler dans leurs forces armées toute personne n'ayant pas atteint l'âge de quinze ans. Lorsqu'ils incorporent des personnes de plus de quinze ans mais de moins de dix-huit ans, les Etats parties s'efforcent d'enrôler en priorité les plus âgées.

4. Conformément à l'obligation qui leur incombe en vertu du droit humanitaire international de protéger la population civile en cas de conflit armé, les Etats parties prennent toutes les mesures possibles dans la pratique pour que les enfants qui sont touchés par un conflit armé bénéficient d'une protection et de soins.

Article 39

Les Etats parties prennent toutes les mesures appropriées pour faciliter la réadaptation physique et psychologique et la réinsertion sociale de tout enfant victime de toute forme de négligence, d'exploitation ou de sévices, de torture ou de toute autre forme de peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, ou de conflit armé. Cette réadaptation et cette réinsertion se déroulent dans des conditions qui favorisent la santé, le respect de soi et la dignité de l'enfant.

Article 40

1. Les Etats parties reconnaissent à tout enfant suspecté, accusé ou convaincu d'infraction à la loi pénale le droit à un traitement qui soit de nature à favoriser son sens de la dignité et de la valeur personnelle, qui renforce son respect pour les droits de l'homme et les libertés fondamentales d'autrui, et qui tienne compte de son âge ainsi que de la nécessité de faciliter sa réintégration dans la société et de lui faire assumer un rôle constructif au sein de celle-ci.

2. A cette fin, et compte tenu des dispositions pertinentes des instruments internationaux, les Etats parties veillent en particulier :

a) A ce qu'aucun enfant ne soit suspecté, accusé ou convaincu d'infraction à la loi pénale en raison d'actions ou d'omissions qui n'étaient pas interdites par le droit national ou international au moment où elles ont été commises;

b) A ce que tout enfant suspecté ou accusé d'infraction à la loi pénale ait au moins le droit aux garanties suivantes :

I) Etre présumé innocent jusqu'à ce que sa culpabilité ait été légalement établie;

II) Etre informé dans le plus court délai et directement des accusations portées contre lui, ou, le cas échéant, par l'intermédiaire de ses parents ou représentants légaux, et bénéficier d'une assistance juridique ou de toute autre assistance appropriée pour la préparation et la présentation de sa défense;

III) Que sa cause soit entendue sans retard par une autorité ou une instance judiciaire compétentes, indépendantes et impartiales, selon une procédure équitable aux termes de la loi, en présence de son conseil juridique ou autre et, à moins que cela ne soit jugé contraire à l'intérêt supérieur de l'enfant en raison notamment de son âge ou de sa situation, en présence de ses parents ou représentants légaux;

IV) Ne pas être contraint de témoigner ou de s'avouer coupable; interroger ou faire interroger les témoins à charge, et obtenir la comparution et l'interrogatoire des témoins à décharge dans des conditions d'égalité;

V) S'il est reconnu avoir enfreint la loi pénale, faire appel de cette décision et de toute mesure arrêtée en conséquence devant une autorité ou une instance judiciaire supérieure compétentes, indépendantes et impartiales, conformément à la loi;

VI) Se faire assister gratuitement d'un interprète s'il ne comprend ou ne parle pas la langue utilisée;

VII) Que sa vie privée soit pleinement respectée à tous les stades de la procédure.

3. Les Etats parties s'efforcent de promouvoir l'adoption de lois, de procédures, la mise en place d'autorités et d'institutions spécialement conçues pour les enfants suspectés, accusés ou convaincus d'infraction à la loi pénale, et en particulier :

a) D'établir un âge minimum au-dessous duquel les enfants seront présumés n'avoir pas la capacité d'enfreindre la loi pénale;

b) De prendre des mesures, chaque fois que cela est possible et souhaitable, pour traiter ces enfants sans recourir à la procédure judiciaire, étant cependant entendu que les droits de l'homme et les garanties légales doivent être pleinement respectés.

4. Toute une gamme de dispositions, relatives notamment aux soins, à l'orientation et à la supervision, aux conseils, à la probation, au placement familial, aux programmes d'éducation générale et professionnelle et aux solutions autres qu'institutionnelles seront prévues en vue d'assurer aux enfants un traitement conforme à leur bien-être et proportionné à leur situation et à l'infraction.

Article 41

Aucune des dispositions de la présente Convention ne porte atteinte aux dispositions plus propices à la réalisation des droits de l'enfant qui peuvent figurer :

a) Dans la législation d'un Etat partie; ou

b) Dans le droit international en vigueur pour cet Etat.

Deuxième partie

Article 42

Les Etats parties s'engagent à faire largement connaître les principes et les dispositions de la présente Convention, par des moyens actifs et appropriés, aux adultes comme aux enfants.

Article 43

1. Aux fins d'examiner les progrès accomplis par les Etats parties dans l'exécution des obligations contractées par eux en vertu de la présente Convention, il est institué un Comité des droits de l'enfant qui s'acquitte des fonctions définies ci-après.

2. Le Comité se compose de dix-huit experts de haute moralité et possédant une compétence reconnue dans le domaine visé par la présente Convention.*1/* Ses membres sont élus par les Etats parties parmi leurs ressortissants et siègent à titre personnel, compte tenu de la nécessité d'assurer une répartition géographique équitable et eu égard aux principaux systèmes juridiques.

3. Les membres du Comité sont élus au scrutin secret sur une liste de personnes désignées par les Etats parties. Chaque Etat partie peut désigner un candidat parmi ses ressortissants.

4. La première élection aura lieu dans les six mois suivant la date d'entrée en vigueur de la présente Convention. Les élections auront lieu ensuite tous les deux ans. Quatre mois au moins avant la date de chaque élection, le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies invitera par écrit les Etats parties à proposer leurs candidats dans un délai de deux mois. Le Secrétaire général dressera ensuite la liste alphabétique des candidats ainsi désignés, en indiquant les Etats parties qui les ont désignés, et la communiquera aux Etats parties à la présente Convention.

5. Les élections ont lieu lors des réunions des Etats parties, convoquées par le Secrétaire général au Siège de l'Organisation des Nations Unies. A ces réunions, pour lesquelles le quorum est constitué par les deux tiers des Etats parties, les candidats élus au Comité sont ceux qui obtiennent le plus grand nombre de voix et la majorité absolue des voix des représentants des Etats parties présents et votants.

6. Les membres du Comité sont élus pour quatre ans. Ils sont rééligibles si leur candidature est présentée à nouveau. Le mandat de cinq des membres élus lors de la première élection prend fin au bout de deux ans. Les noms de ces cinq membres seront tirés au sort par le président de la réunion immédiatement après la première élection.

7. En cas de décès ou de démission d'un membre du Comité, ou si, pour toute autre raison, un membre déclare ne plus pouvoir exercer ses fonctions au sein du Comité, l'Etat partie qui avait présenté sa candidature nomme un autre expert parmi ses ressortissants pour pourvoir le poste ainsi vacant jusqu'à l'expiration du mandat correspondant, sous réserve de l'approbation du Comité.

8. Le Comité adopte son règlement intérieur.

9. Le Comité élit son bureau pour une période de deux ans.

10. Les réunions du Comité se tiennent normalement au Siège de l'Organisation des Nations Unies, ou en tout autre lieu approprié déterminé par le Comité. Le Comité se réunit normalement chaque année. La durée de ses sessions est déterminée et modifiée, si nécessaire, par une réunion des Etats parties à la présente Convention, sous réserve de l'approbation de l'Assemblée générale.

11. Le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies met à la disposition du Comité le personnel et les installations qui lui sont nécessaires pour s'acquitter efficacement des fonctions qui lui sont confiées en vertu de la présente Convention.

12. Les membres du Comité institué en vertu de la présente Convention reçoivent, avec l'approbation de l'Assemblée générale, des émoluments prélevés sur les ressources de l'Organisation des Nations Unies dans les conditions et selon les modalités fixées par l'Assemblée générale.

Article 44

1. Les Etats parties s'engagent à soumettre au Comité, par l'entremise du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies, des rapports sur les mesures qu'ils auront adoptées pour donner effet aux droits reconnus dans la présente Convention et sur les progrès réalisés dans la jouissance de ces droits :

a) Dans les deux ans à compter de la date de l'entrée en vigueur de la présente Convention pour les Etats parties intéressés;

b) Par la suite, tous les cinq ans.

2. Les rapports établis en application du présent article doivent, le cas échéant, indiquer les facteurs et les difficultés empêchant les Etats parties de s'acquitter pleinement des obligations prévues dans la présente Convention. Ils doivent également contenir des renseignements suffisants pour donner au Comité une idée précise de l'application de la Convention dans le pays considéré.

3. Les Etats parties ayant présenté au Comité un rapport initial complet n'ont pas, dans les rapports qu'ils lui présentent ensuite conformément à l'alinéa b du paragraphe 1 du présent article, à répéter les renseignements de base antérieurement communiqués.

4. Le Comité peut demander aux Etats parties tous renseignements complémentaires relatifs à l'application de la Convention.

5. Le Comité soumet tous les deux ans à l'Assemblée générale, par l'entremise du Conseil économique et social, un rapport sur ses activités.

6. Les Etats parties assurent à leurs rapports une large diffusion dans leur propre pays.

Article 45

Pour promouvoir l'application effective de la Convention et encourager la coopération internationale dans le domaine visé par la Convention :

a) Les institutions spécialisées, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance et d'autres organes des Nations Unies ont le droit de se faire représenter lors de l'examen de l'application des dispositions de la présente Convention qui relèvent de leur mandat. Le Comité peut inviter les institutions spécialisées, le Fonds des Nations

Unies pour l'enfance et tous autres organismes qu'il jugera appropriés à donner des avis spécialisés sur l'application de la Convention dans les domaines qui relèvent de leurs mandats respectifs. Il peut inviter les institutions spécialisées, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance et d'autres organes des Nations Unies à lui présenter des rapports sur l'application de la Convention dans les secteurs qui relèvent de leur domaine d'activité;

b) Le Comité transmet, s'il le juge nécessaire, aux institutions spécialisées, au Fonds des Nations Unies pour l'enfance et aux autres organismes compétents tout rapport des Etats parties contenant une demande ou indiquant un besoin de conseils ou d'assistance techniques, accompagné, le cas échéant, des observations et suggestions du Comité touchant ladite demande ou indication;

c) Le Comité peut recommander à l'Assemblée générale de prier le Secrétaire général de procéder pour le Comité à des études sur des questions spécifiques touchant les droits de l'enfant;

d) Le Comité peut faire des suggestions et des recommandations d'ordre général fondées sur les renseignements reçus en application des articles 44 et 45 de la présente Convention. Ces suggestions et recommandations d'ordre général sont transmises à tout Etat partie intéressé et portées à l'attention de l'Assemblée générale, accompagnées, le cas échéant, des observations des Etats parties.

Troisième partie

Article 46

La présente Convention est ouverte à la signature de tous les Etats.

Article 47

La présente Convention est sujette à ratification. Les instruments de ratification seront déposés auprès du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies.

Article 48

La présente Convention restera ouverte à l'adhésion de tout Etat. Les instruments d'adhésion seront déposés auprès du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies.

Article 49

1. La présente Convention entrera en vigueur le trentième jour qui suivra la date du dépôt auprès du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies du vingtième instrument de ratification ou d'adhésion.

2. Pour chacun des Etats qui ratifieront la présente Convention ou y adhéreront après le dépôt du vingtième instrument de ratification ou d'adhésion, la Convention entrera en vigueur le trentième jour qui suivra le dépôt par cet Etat de son instrument de ratification ou d'adhésion.

Article 50

1. Tout Etat partie peut proposer un amendement et en déposer le texte auprès du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies. Le Secrétaire général communique alors la proposition d'amendement aux Etats parties, en leur demandant de lui faire savoir s'ils sont favorables à la convocation d'une conférence des Etats parties en vue de l'examen de la proposition et de sa mise aux voix. Si, dans les quatre mois qui suivent la date de cette communication, un tiers au moins des Etats parties se prononcent en faveur de la convocation d'une telle conférence, le Secrétaire général convoque la conférence sous les auspices de l'Organisation des Nations Unies. Tout amendement adopté par la majorité des Etats parties présents et votants à la conférence est soumis pour approbation à l'Assemblée générale de l'Organisation des Nations Unies.

2. Tout amendement adopté conformément aux dispositions du paragraphe 1 du présent article entre en vigueur lorsqu'il a été approuvé par l'Assemblée générale des Nations Unies et accepté par une majorité des deux tiers des Etats parties.

3. Lorsqu'un amendement entre en vigueur, il a force obligatoire pour les Etats parties qui l'ont accepté, les autres Etats parties demeurant liés par les dispositions de la présente Convention et par tous amendements antérieurs acceptés par eux.

Article 51

1. Le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies recevra et communiquera à tous les Etats le texte des réserves qui auront été faites par les Etats au moment de la ratification ou de l'adhésion.

2. Aucune réserve incompatible avec l'objet et le but de la présente Convention n'est autorisée.

3. Les réserves peuvent être retirées à tout moment par notification adressée au Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies, lequel en informe tous les Etats parties à la Convention. La notification prend effet à la date à laquelle elle est reçue par le Secrétaire général.

Article 52

Tout Etat partie peut dénoncer la présente Convention par notification écrite adressée au Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies. La dénonciation prend effet un an après la date à laquelle la notification a été reçue par le Secrétaire général.

Article 53

Le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies est désigné comme dépositaire de la présente Convention.

Article 54

L'original de la présente Convention, dont les textes anglais, arabe, chinois, espagnol, français et russe font également foi, sera déposé auprès du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies.

EN FOI DE QUOI les plénipotentiaires soussignés, dûment habilités par leurs gouvernements respectifs, ont signé la présente Convention.

Annexe

Déclaration et réserve de la République Française

1 - Le Gouvernement de la République déclare que la présente Convention, notamment l'article 6, ne saurait être interprétée comme faisant obstacle à l'application des dispositions de la législation française relative à l'interruption volontaire de grossesse.

2 - Le Gouvernement de la République déclare, compte tenu de l'article 2 de la Constitution de la République Française, que l'article 30 n'a pas lieu de s'appliquer en ce qui concerne la République.

3 - Le Gouvernement de la République Française interprète l'article 40, paragraphe 2, b, v, comme posant un principe général auquel la loi peut apporter des exceptions limitées. Il en est ainsi, notamment, pour certaines infractions relevant en premier et dernier ressort du tribunal de police ainsi que pour les infractions de nature criminelle. Au demeurant, les décisions rendues en dernier ressort peuvent faire l'objet d'un recours devant la cour de cassation qui statue sur la légalité de la décision intervenue.

1/ L'Assemblée générale des Nations Unies, dans sa résolution 50/155 du 21 décembre 1995, a approuvé l'amendement qui consiste à remplacer, au paragraphe 2 de l'article 43 de la Convention relative aux droits de l'enfant, le mot "dix" par le mot "dix-huit". L'amendement est entré en vigueur le 18 novembre 2002 après son acceptation par une majorité des deux tiers des États parties (128 sur 191).

ANNEXE 2 :

Convention B4

Convention de réseau archipel
Réseau intersectoriel de santé mentale pour les jeunes (0-23ans) du Brabant wallon

archipel

Direction générale Soins de Santé
Service de Soins de Santé psychosociaux
Cellule SSM

Contact
Jo Holsbeek
02 524 86 01
jo.holsbeek@gezondheid.belgie.be

REF : PSY/JoH/SMEA/2019-2021/007lapetitemaisonacis

Convention concernant l'implémentation de la

Nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents

Financement du réseau

Entre les soussignés,

d'une part
L'État belge,
représenté par Madame Maggie DE BLOCK,
Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,
Finance Tower, Boulevard du Jardin Botanique 50 boîte 175 à 1000 Bruxelles,
dénommé ci-après 'l'État',

d'autre part
la Petite Maison ACIS, Rue des Acacias 8 à 1450 Chastre,
valablement représenté conformément à ses statuts par Monsieur Bernard DACHY, directeur général,
dénommé ci-après 'le contractant',
également partenaire dans le réseau santé mentale pour enfants et adolescents Archipel,
dénommé ci-après 'le réseau',
créé dans le cadre de la nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents comme décrite dans le *Guide vers une nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents*,
dénommé ci-après 'le guide'.

Vu l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux, et considérant que le financement faisant l'objet de présente convention répond aux critères prévus dans l'article 63 § 2 de l'arrêté précité.

Il est convenu ce qui suit:

Article 1er Objet

§1 Transfert du financement du contractant au réseau.

1.1. Le contractant transfère immédiatement et intégralement au réseau le financement spécifié à l'article 3, au fur et à mesure qu'est effectué le versement du budget des moyens financiers (BMF).

1.2. Le contractant est responsable du transfert immédiat et intégral du financement et non de sa gestion.

§2 Le contractant est partenaire dans le réseau qui est développé conformément aux dispositions concernant le développement du réseau, la coordination du réseau, la formalisation du réseau, le développement d'un plan stratégique, le psychiatre de réseau, le développement d'un programme de soins de cirse, le développement d'un programme de soins de longue durée, le développement d'un programme de consultation et liaison intersectorielle, le renforcement de l'offre d'aide pour enfants et adolescents présentant un double diagnostic et le financement décrits à l'annexe 1 de la présente convention.

Article 2 Durée

§1 Cette convention s'inscrit dans un programme pluriannuel et est exécutée en trois années d'activité :

Année d'activité 1 : du 1er janvier 2019 au 31 décembre 2019
Année d'activité 2 : du 1er janvier 2020 au 31 décembre 2020
Année d'activité 3 : du 1er janvier 2021 au 31 décembre 2021

§2 Au cas où les moyens budgétaires nécessaires ne seraient pas disponibles et sous réserve d'un délai de préavis d'un mois notifié par lettre recommandée avec accusé de réception, l'Etat peut mettre fin unilatéralement à la convention, sans indemnité de préavis.

§3 L'État et le contractant peuvent également mettre fin unilatéralement à la convention en cas de manquements aux obligations décrites dans la présente convention, sous réserve d'un délai de préavis d'un mois notifié par lettre recommandée avec accusé de réception, et sans indemnité de préavis.

Article 3 Financement

§1 Pour l'année d'activité 1, le contractant remplit les obligations décrites dans la présente convention pour le prix forfaitaire de 1.531.004,58 euros, et ce pour autant que les moyens budgétaires nécessaires soient mis à disposition. Ce montant est octroyé au contractant dans son budget des moyens financiers (BMF).
Le forfait de l'année d'activité 1 se compose des éléments suivants :

1.1 142.534,80 euros pour l'engagement et la mise à disposition de minimum 1 équivalent temps plein (ETP) pour la coordination du réseau.
Ce montant englobe les coûts liés à la rémunération de la ou des personnes en charge de la coordination du réseau et les frais de fonctionnement qui découlent de la coordination du réseau.

1.2. 75.570,30 euros de moyens de fonctionnement pour le réseau.

1.3. 182.070 euros pour l'engagement et la mise à disposition de minimum 1 ETP psychiatre de réseau, soit 38 heures par ETP, occupé par maximum 2 pédopsychiatres.
Ce montant englobe les coûts liés à la rémunération du psychiatre de réseau.

1.4. 556.008,49 euros pour le développement d'un programme de soins de crise.

1.5. 405.756 euros pour le développement d'un programme de soins de longue durée.

1.6. 101.439 euros pour le développement d'un programme de consultation et liaison intersectorielle.

1.7. 67.626 euros pour le renforcement de l'offre d'aide pour enfants et adolescents présentant un double diagnostic.

§2 Pour l'année d'activité 2, le contractant remplit les obligations décrites dans la présente convention pour le prix forfaitaire de 1.561.624,67 euros, et ce pour autant que les moyens budgétaires nécessaires soient mis à disposition. Ce montant est octroyé au contractant dans son budget des moyens financiers (BMF).
Le forfait de l'année d'activité 2 se compose des éléments suivants :

2.1. 145.385,50 euros pour l'engagement et la mise à disposition de minimum 1 équivalent temps plein (ETP) pour la coordination du réseau.
Ce montant englobe les coûts liés à la rémunération de la ou des personnes en charge de la coordination du réseau et les frais de fonctionnement qui découlent de la coordination du réseau.

2.2. 77.081,70 euros de moyens de fonctionnement pour le réseau.

2.3. 185.711,40 euros pour l'engagement et la mise à disposition de minimum 1 ETP psychiatre de réseau, soit 38 heures par ETP, occupé par maximum 2 pédopsychiatres.
Ce montant englobe les coûts liés à la rémunération du psychiatre de réseau.

2.4. 567.128,66 euros pour le développement d'un programme de soins de crise.

2.5. 413.871,12 euros pour le développement d'un programme de soins de longue durée.

2.6. 103.467,78 euros pour le développement d'un programme de consultation et liaison intersectorielle.

2.7. 68.978,52 euros pour le renforcement de l'offre d'aide pour enfants et adolescents présentant un double diagnostic.

§3 Pour l'année d'activité 3, le contractant remplit les obligations décrites dans la présente convention pour le prix forfaitaire de 1.592.857,17 euros, et ce pour autant que les moyens budgétaires nécessaires soient mis à disposition. Ce montant est octroyé au contractant dans son budget des moyens financiers (BMF).
Le forfait de l'année d'activité 3 se compose des éléments suivants :

3.1. 148.293,21 euros pour l'engagement et la mise à disposition de minimum 1 équivalent temps plein (ETP) pour la coordination du réseau.
Ce montant englobe les coûts liés à la rémunération de la ou des personnes en charge de la coordination du réseau et les frais de fonctionnement qui découlent de la coordination du réseau.

3.2. 78.623,34 euros de moyens de fonctionnement pour le réseau.

3.3. 189.425,63 euros pour l'engagement et la mise à disposition de minimum 1 ETP psychiatre de réseau, soit 38 heures par ETP, occupé par maximum 2 pédopsychiatres.
Ce montant englobe les coûts liés à la rémunération du psychiatre de réseau.

3.4. 578.471,23 euros pour le développement d'un programme de soins de crise.

3.5. 422.148,54 euros pour le développement d'un programme de soins de longue durée.

3.6. 105.537,14 euros pour le développement d'un programme de consultation et liaison intersectorielle.

3.7. 70.358,09 euros pour le renforcement de l'offre d'aide pour enfants et adolescents présentant un double diagnostic.

Article 4 Comité d'accompagnement et de suivi

§1 Le comité d'accompagnement et de suivi se compose :

- d'une représentation du cabinet de la ministre fédérale compétente pour la Santé publique
- du coordinateur de projet fédéral et de l'équipe de coordination
- du directeur général de la direction générale Soins de Santé du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement
- du chef du Service Soins de Santé psychosociaux du SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement
- du chef du Service Financement des Hôpitaux du SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement
- d'experts désignés par la ministre fédérale compétente pour la Santé publique

§2 Son rôle consiste à :

- transmettre aux coordinateurs de réseau les directives de la ministre fédérale compétente pour la Santé publique, du coordinateur de projet fédéral et de l'équipe de coordination ainsi que ses propres directives relatives aux travaux du réseau
- faciliter les relations entre les différents services de la ministre fédérale compétente pour la Santé publique et le contractant ainsi que la diffusion des renseignements
- surveiller les travaux
- assurer la coordination entre tous les réseaux
- analyser les rapports d'activités et transmettre ses résultats à la ministre fédérale
- proposer de mettre fin à la présente convention

Article 5 Réceptions

§1 Le contrat de travail du personnel qui assure la coordination du réseau, avec un aperçu du nombre d'ETP engagés et mis à disposition, des personnes qui occupent ces ETP (prénom, nom, adresse électronique, numéro de téléphone ou GSM) et des dates d'entrée en service, est communiqué par mail, avant le 1er avril 2019, au service Soins de Santé psychosociaux du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, à l'adresse suivante : jo.holsbeek@gezondheid.belgie.be
Ce contrat de travail, est communiqué à la même adresse pour tout nouveau membre du personnel qui assure la coordination du réseau, dans les 30 jours qui suivent l'occupation. En cas de modification du nombre d'ETP occupés, un nouvel aperçu est communiqué à la même adresse dans les 30 jours qui suivent la modification.

§2 La convention de réseau conclue, avec les éléments obligatoires élaborés tels que présentés à l'annexe 3 de la présente convention, est, avant le 31 décembre 2019, publiée, via une URL spécifique/sur un site web spécifique du réseau pour tous les partenaires du réseau et est mis à la dispositon du service Soins de Santé psychosociaux du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, par mail à l'adresse suivante : jo.holsbeek@sante.belgique.be
Dès qu'une nouvelle convention est conclue, celle-ci est communiquée à la même adresse dans les 30 jours qui suivent la conclusion de la convention.

§3 Le plan stratégique est, avant le 31 décembre 2019, publié, via une URL spécifique/sur un site web spécifique du réseau pour tout les partenaires du réseau et est mis à la dispositon du service Soins de Santé psychosociaux du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, par mail à l'adresse suivante : jo.holsbeek@sante.belgique.be,.
Dès qu'un nouveau plan stratégique est établi, celui-ci est communiqué à la même adresse dans les 30 jours.

§4 Un aperçu détaillé de l'affectation des moyens de fonctionnement est communiqué par mail, dans un tableau Excel, au service Soins de Santé psychosociaux du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, à l'adresse suivante : jo.holsbeek@sante.belgique.be.
L'aperçu de l'année d'activité 1 est communiqué avant le 1er avril 2020. L'aperçu de l'année d'activité 2 est communiqué avant le 1er avril 2021. L'aperçu de l'année d'activité 3 est communiqué avant le 1er avril 2022.

§5 Un aperçu des 10% de lits K qui, dans le cadre du programme de soins de crise, sont réservés, dans le champ d'action du réseau, aux enfants et adolescents qui se trouvent dans une situation de crise à caractère non vitale, est communiqué par mail, dans un tableau Excel, au service Soins de Santé psychosociaux du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, à l'adresse suivante : jo.holsbeek@sante.belgique.be, avant le 1er avril 2019.
Pour chaque lit, l'institution, le service et le local sont renseignés, ainqi que l'adresse à laquelle le lit se trouve, de même que la personne responsable du service (prénom, nom, fonction, adresse électronique, numéro de téléphone ou GSM).
Si cette offre spécifique est modifiée, un nouvel aperçu est communiqué à la même adresse dans les 30 jours qui suivent la modification.

§6 Dans le cadre du programme de soins de crise, les données suivantes sont communiquées par mail, dans un tableau Excel, au service Soins de Santé psychosociaux du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, à l'adresse suivante : jo.holsbeek@sante.belgique.be :

- pour les soins de crise mobiles : un aperçu détaillé du nombre d'ETP engagés et mis à disposition, des personnes qui occupent ces ETP (prénom, nom, adresse électronique, fonction, numéro de téléphone ou GSM) et des dates d'entrée en service
- pour l'intensification de l'encadrement en personnel des soins de crise (semi-)résidentiels et mobiles : un aperçu détaillé du nombre d'ETP engagés et mis à disposition, des personnes qui occupent ces ETP (prénom, nom, adresse électronique, fonction, numéro de téléphone ou GSM) et des dates d'entrée en service
- pour le financement flexible par cas : un aperçu détaillé de l'affectation des moyens

Les données de l'année d'activité 1 sont communiquées avant le 1er avril 2020. Les données de l'année d'activité 2 sont communiquées avant le 1er avril 2021. Les données de l'année d'activité 3 sont communiquées avant le 1er avril 2022.

§7 Dans le cadre du programme de soins de longue durée, les données suivantes sont communiquées par mail, dans un tableau Excel, au service Soins de Santé psychosociaux du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, à l'adresse suivante : jo.holsbeek@sante.belgique.be :

- pour l'aide mobile de longue durée : un aperçu détaillé du nombre d'ETP engagés et mis à disposition, des personnes qui occupent ces ETP (prénom, nom, adresse électronique, fonction, numéro de téléphone ou GSM) et des dates d'entrée en service
- pour le case-management : un aperçu détaillé de l'affectation des moyens

Les données de l'année d'activité 1 sont communiquées avant le 1er avril 2020. Les données de l'année d'activité 2 sont communiquées avant le 1er avril 2021. Les données de l'année d'activité 3 sont communiquées avant le 1er avril 2022.

§8 Dans le cadre du programme de consultation et liaison intersectorielle, les données suivantes sont communiquées par mail, dans un tableau Excel, au service Soins de Santé psychosociaux du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, à l'adresse suivante : jo.holsbeek@sante.belgique.be :

- pour encourager, organiser et gérer l'échange de l'expertise et des expériences de terrain de toutes les personnes impliquées dans l'offre d'aide pour tous les enfants et adolescents présentant des problèmes psychiques ou psychiatriques et leur entourage et pour participer ou organiser, des journées d'étude, symposiums, workshops, etc. : un aperçu détaillé de l'affectation des moyens et du nombre d'ETP engagés et mis à disposition, des personnes qui occupent ces ETP (prénom, nom, adresse électronique, fonction, numéro de téléphone ou GSM) et des dates d'entrée en service

Les données de l'année d'activité 1 sont communiquées avant le 1er avril 2020. Les données de l'année d'activité 2 sont communiquées avant le 1er avril 2021. Les données de l'année d'activité 3 sont communiquées avant le 1er avril 2022.

§9 Dans le cadre du renforcement de l'offre d'aide pour enfants et adolescents présentant un double diagnostic, les données suivantes sont communiquées par mail, dans un tableau Excel, au service Soins de Santé psychosociaux du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, à l'adresse suivante : jo.holsbeek@sante.belgique.be :

- un aperçu détaillé du nombre d'ETP engagés et mis à disposition, des personnes qui occupent ces ETP (prénom, nom, adresse électronique, fonction, numéro de téléphone ou GSM) et des dates d'entrée en service

Les données de l'année d'activité 1 sont communiquées avant le 1er avril 2020. Les données de l'année d'activité 2 sont communiquées avant le 1er avril 2021. Les données de l'année d'activité 3 sont communiquées avant le 1er avril 2022.

§10 Un rapport d'activité des travaux du réseau sur base d'un template est communiqué par mail, sous la forme d'un fichier texte portant l'extension *.docx ou *.pdf, au service Soins de Santé psychosociaux du SPF Santé publique, Pour l'année d'activité 1, le rapport d'activité est communiqué avant le 1er avril 2020. Pour l'année d'activité 2, le rapport d'activité est communiqué avant le 1er avril 2021. Pour l'année d'activité 3, le rapport d'activité est communiqué avant le 1er avril 2022.

Article 6 Contrôles et révisions

§1 Contrôles

1.1. La convention de réseau détermine qui est chargé, à la demande de l'État, de fournir tous les documents, données, pièces justificatives, ... nécessaires au contrôle de l'utilisation effective et de la conformité aux dispositions de la présente convention du financement octroyé pour chaque composante du budget total.

1.2. L'affectation des forfaits maximums de 1.531.004,58 euros pour l'année d'activité 1, 1.561.624,67 euros pour l'année d'activité 2 et 1.592.857,17 euros pour l'année d'activité 3 doit être démontrée de manière précise selon les modalités définies dans la présente convention.

1.3. La convention de réseau détermine qui est chargé, à la demande de l'État, de collaborer :

- aux inspections, aux visites et aux réunions de suivi organisées par l'État et les autorités communautaires ou régionales
- aux recherches scientifiques actuelles et futures et à toutes les activités de formation et d'apprentissage qui sont organisées à l'initiative de l'État et des autorités communautaires ou régionales dans le cadre de la nouvelle politique de santé mentale
- aux enregistrements de données conformément aux directives du comité d'accompagnement et de suivi visé à l'article 4
- à toutes les activités et initiatives du coordinateur de projet fédéral et de l'équipe de coordination

1.4. Le contractant conserve la responsabilité finale du respect des dispositions du présent article.

§2 Révisions

Si les ETP réels ou les charges réelles sont inférieures aux ETP ou aux montants financés, les composantes du financement mentionnées à l'article 3 seront en partie ou intégralement récupérées en vue de limiter le financement aux ETP ou aux coûts fixés réellement.

Article 7 Sanctions

§1 En cas de non-exécution totale ou partielle des obligations décrites dans la présente convention, l'État se réserve le droit de récupérer la totalité ou une partie des montants octroyés dans le cadre de la présente convention.

§2 Les sanctions éventuelles sont :

- le remboursement intégral du financement, si la coordination du réseau n'est pas remplie et que les moyens de fonctionnement ne sont pas utilisés
- le remboursement intégral du financement, si aucune convention de réseau n'est conclue, publiée et rendue accessible via une URL spécifique/sur un site web spécifique du réseau et implémentée conformément aux éléments obligatoires décrits à l'annexe 3 de la présente convention
- le remboursement intégral du financement, si aucun plan stratégique n'a été élaboré, publié et rendu accessible via une URL spécifique/sur un site web spécifique du réseau et implémenté
- le remboursement proportionnel du financement pour l'intensification de l'encadrement en personnel des soins de crise (semi-)résidentiels et mobiles et pour le financement flexible par cas si le réseau réserve moins que 10% des lits K agréés dans son champ d'action pour les enfants et adolescents qui se trouvent dans une situation de crise à caractère non vital
- le remboursement proportionnel du financement en fonction des manquements constatés par rapport au guide et aux obligations mentionnées dans la présente convention

§3 La décision de récupérer les montants octroyés, ou une partie de ceux-ci, est prise sur proposition du comité d'accompagnement et de suivi. La décision est notifiée par écrit au contractant.

§4 Les montants seront récupérés via la sous-partie C2 du BMF.

Article 8 **Protection des données**

§1 Le contractant s'engage à respecter l'article 32 du Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, relatif à la sécurité du traitement.

§2 En application du Livre XI "Propriété intellectuelle" et des dispositions concernant la protection juridique des programmes d'ordinateur du Code de droit économique, le contractant est considéré comme l'auteur des résultats de l'étude, des programmes et du logiciel. Cet auteur cède tous les droits patrimoniaux sur les résultats d'enquête, les programmes et le logiciel à l'Etat.

§3 Les résultats du projet ne peuvent être publiés, diffusés ou présentés en public ni utilisés pour d'autres études que moyennant l'autorisation explicite de l'Etat. Après avoir pris connaissance des résultats du projet, le service compétent du SPF Santé publique donne éventuellement l'autorisation de les diffuser en tout ou en partie.

Article 9 **Annexe**

Cette convention et ses 3 annexes constituent l'entièreté de l'accord entre l'État et le contractant.

Article 10 **Loi applicable et juridiction compétente**

La présente convention est soumise à la loi belge. En cas de litige, seuls les tribunaux de Bruxelles seront compétents.

Fait en deux exemplaires, le 30 NOV. 2018

Pour le contractant :
A Chastre

Le directeur-général,

Bernard DACHY

Pour l'État belge:
A Bruxelles

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,

Maggie DE BLOCK

Annexe 1

A la convention concernant l'implémentation de la nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents – Financement du réseau

Développement du réseau

1. Cadre général

Tous les acteurs, services, institutions, prestataires de soins, etc., pertinents des secteurs concernés travaillent de concert, en tant que partenaires, pour élaborer un réseau transversal de santé mentale pour enfants et adolescents dont le champ d'action se compose du territoire de la province. Le réseau contribue au développement d'une responsabilité collective, partagée auprès de tous les acteurs, services et institutions qui, dans son champ d'action, s'engagent en faveur des enfants et adolescents en vue d'harmoniser leur politique. Le réseau offre une aide intégrale et intégrée à tous les enfants et adolescents de 0 à 23 ans et présentant des problèmes psychiques et/ou psychiatriques dans le champ d'action, dans le but de répondre le plus rapidement possible et de manière continue aux besoins de ces enfants, adolescents et de leur entourage. Dans ce contexte, des initiatives spécifiques sont prises pour les adolescents qui se situent dans la tranche d'âge charnière des 16-23 ans et leur entourage. Pour des (sous-)groupes cibles spécifiques ou des problèmes spécifiques, le réseau collabore avec d'autres réseaux.
Afin de garantir le développement efficace et effectif d'une offre d'aide intégrale et intégrée, le réseau développe et coordonne les structures et organes transversaux nécessaires qui facilitent, encouragent et gèrent la coopération intersectorielle, telle que décrite au chapitre 3, 3.2. de cet annexe 1.
Le réseau développe au minimum :

- un programme de soins de crise
- un programme de soins de longue durée
- un programme de consultation et liaison intersectorielle

En outre, le réseau organise et coordonne le renforcement de l'offre de soins pour les enfants et adolescents qui présentent un double diagnostic.
Compte tenu du fait que les trajectoires de soins des enfants et adolescents croiseront les différents programmes, le réseau garantit la coordination et la coopération entre ces programmes et l'ensemble des acteurs qui en font partie, de sorte à assurer un continuum d'aide ou de soins sur mesure.

2. Coordination du réseau

2.1. La mission de la coordination du réseau est de faciliter et de gérer le réseau. La mission, le profil et les tâches de la coordination du réseau sont définis à l'annexe 2 de la présente convention.

2.2. Le réseau désigne la coordination du réseau.

2.3. La coordination du réseau est intégrée. Cela signifie, d'une part, que la coordination du réseau concerne tous les acteurs, services, institutions, prestataires de soins, etc., pertinents des secteurs concernés qui, travaillent de concert, en tant que partenaires, pour élaborer un réseau transversal de santé mentale pour enfants et adolescents. D'autre part, cela signifie que toutes les formes de coordination, de concertation, de collaboration et de travail en réseau qui s'inscrivent au sein du champ d'action du réseau et qui portent une action vers les enfants et adolescents de 0 à 23 ans présentant des problèmes psychiques et/ou psychiatriques, seront concernés dans le réseau.

3. Organisation du réseau

3.1. Le réseau est formalisé par la conclusion d'une convention de réseau. Les acteurs, services, institutions, prestataires de soins, etc., qui concluent la convention de réseau sont partenaires dans le réseau.

La convention de réseau précise au moins les éléments obligatoires définis à l'annexe 3 de la présente convention.

3.2. Le réseau est transversal et se caractérise par une collaboration intersectorielle. Au sein des principaux organes du réseau, maximum 1/3 du total des membres représentent les soins de santé mentale, maximum 1/3 du total des membres représentent le secteur des soins de santé et de l'aide sociale (comme p. ex. les intervenants de première ligne, les soins et l'accompagnement de personnes handicapées, etc.) et au moins 1/3 du total des membres représentent d'autres secteurs qui n'appartiennent pas au secteur des soins de santé mentale, des soins de santé ou de l'aide sociale (comme p. ex. les représentants des enfants, des adolescents et de leur famille, l'enseignement, le sport, l'emploi, etc.).

3.3. Le réseau élabore un plan stratégique. Le plan stratégique décrit concrètement la façon dont tous les partenaires du réseau, en collaboration avec les acteurs, services, institutions, prestataires de soins, etc., pertinents des secteurs concernés, organisent, via notamment, le développement de programmes, une offre d'aide intégrale et intégrée pour tous les enfants et adolescents de 0 à 23 ans présentant des problèmes psychiques et/ou psychiatriques au sein du champ d'action du réseau, dans le but de répondre le plus rapidement possible et de manière continue aux besoins de ces enfants et adolescents et de leur entourage.
Le plan stratégique est dynamique et peut à tout moment être adapté pour mieux satisfaire aux besoins des enfants et adolescents et de leur entourage.
Tous les partenaires du réseau et tous les autres acteurs, services, institutions, prestataires de soins, etc. pertinents sont informés du plan stratégique et y ont facilement accès.
Le plan stratégique est implémenté dans le champ d'action du réseau.

4. Psychiatre de réseau

4.1. Le psychiatre de réseau est un pédopsychiatre qui effectue principalement des activités cliniques. Il/Elle travaille en étroite collaboration avec les autres pédopsychiatres et intervenants du réseau afin de garantir une aide ou des soins ambulatoires, mobiles ou (semi-)résidentiels sur mesure de manière continue. En outre, le psychiatre de réseau, en étroite collaboration avec les personnes qui assurent la coordination du réseau, est chargé de coordonner l'exercice des missions de base ou fonctions dans les programmes du réseau.

4.2. Le réseau désigne un ou maximum 2 psychiatres de réseau.

4.3. Dans les programmes de soins de crise, de soins de longue durée, de consultation et de liaison intersectorielle et le renforcement de l'offre de soins en santé mentale pour enfants et adolescents présentant un double diagnostic, le psychiatre de réseau assume essentiellement un rôle clinique et collabore étroitement avec l'ensemble des intervenants responsables du fonctionnement mobile. Il/Elle organise des intervisions dans un cadre multidisciplinaire, assure des soins (mobiles) à la demande et en concertation mutuelle avec des intervenants et assure, à la demande et en concertation mutuelle avec le médecin traitant, des consultations ambulatoires ou à domicile pour les enfants, les adolescents et leurs parents. Il/Elle vient en appui du médecin traitant et, à la demande de ce dernier et d'un commun accord, reprend le traitement si la complexité de la problématique l'exige.

4.4. Si, dans le cadre de l'aide mobile de longue durée du programme de soins de longue durée, le réseau décide d'un soutien, le psychiatre de réseau est assisté par un pédopsychiatre qui dispose d'une expérience et d'un savoir-faire spécifiques aux adolescents présentant une problématique psychiatrique et faisant l'objet d'une mesure judiciaire. La collaboration étroite entre le psychiatre de réseau et ce pédopsychiatre doit permettre de garantir et renforcer l'expertise et le savoir-faire indispensables pour ce groupe cible spécifique dans l'aide mobile de longue durée.

4.5. Le psychiatre de réseau, en collaboration avec les personnes qui assurent la coordination du réseau, vérifie comment ajuster et affiner les programmes afin de mieux répondre aux besoins des enfants et des adolescents présentant des problèmes psychiques ou psychiatriques et de leur entourage. Si le réseau décide de renforcer cette fonction stratégique, il emploiera au maximum un pédopsychiatre supplémentaire. L'organisation et la coordination de la concertation en tant que telles relèvent toutefois de la responsabilité exclusive de la coordination du réseau.

5. Développement du programme de soins de crise

5.1. Le réseau développe un programme de soins de crise dans le but d'offrir dans les plus brefs délais, au plus tard dans les 72 heures, une aide intensive sur mesure pour tous les enfants et adolescents présentant des problèmes psychiques ou psychiatriques et leur entourage, confrontés à une situation de crise à caractère non vitale. Les soins de crise sont de courte durée et intensifs. Le programme comprend l'offre de crise de tous les partenaires du réseau, acteurs, services, institutions, prestataires de soins, etc., qui s'adressent aux enfants, aux adolescents et à leur entourage dans le champ d'action du réseau.
Le programme concrétise les fonctions de détection précoce, de screening et d'orientation, de diagnostic, de traitement, d'échange et de mise en commun de l'expertise, telles que reprises dans le guide. Les partenaires du réseau développent ces fonctions et génèrent de la sorte une offre en soins de crise mobiles, ambulatoires et (semi-)résidentiels intégrés.

5.2. L'offre de crise mobile propose une aide flexible et multidisciplinaire aux enfants et adolescents dans leur environnement de vie, d'apprentissage et de jeu. L'offre est également utilisée en vue de soutenir l'aide plus généraliste.

5.3. Le réseau réserve 10% des lits K agréés dans son champ d'action pour les enfants et adolescents qui se trouvent dans une situation de crise à caractère non vital. La réglementation actuelle relative aux taux d'occupation, telle que mentionnée dans l'Arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux, ne s'applique pas à cette offre de crise (semi-)résidentielle spécifique. Le personnel rattaché à ces lits est employé de manière flexible dans les soins de crise mobiles.
Le réseau assure la mise en œuvre de cette offre (semi-)résidentielle spécifique, et pas uniquement les partenaires du réseau où se situent les lits K agréés. En d'autres termes, tous les partenaires du réseau sont égaux dans le cadre de cette mission de gestion.

5.4. Le réseau intensifie l'encadrement en personnel des soins de crise (semi-)résidentiels et mobiles.

5.5. Le réseau encourage le financement flexible par cas, p. ex. pour l'organisation de trajets de crise sur mesure ou en prévention de situations de crise imminentes. Pour organiser des trajets de crise sur mesure de manière continue, le réseau réalise un case-management au niveau des clients : une concertation est organisée entre les enfants, les adolescents, leur entourage, les intervenants et les partenaires concernés du réseau, afin de proposer une solution à court terme. Ce case-management est entièrement intégré avec le case-management des autres programmes du réseau.

6. Développement du programme de soins de longue durée

6.1. Le réseau développe un programme de soins de longue durée dans le but de proposer une aide continue sur mesure de plus longue durée aux enfants et adolescents qui présentent des problématiques graves, complexes et multiples, et à leur entourage. Le programme comprend l'offre d'aide de longue durée de tous les partenaires du réseau, acteurs, services, institutions, prestataires de soins, etc. qui s'adressent aux enfants, aux adolescents et à leur entourage dans le champ d'action du réseau.
Le programme concrétise les fonctions de screening et d'orientation, de diagnostic, de traitement, d'échange et de mise en commun de l'expertise, telles que reprises dans le guide. Les partenaires du réseau développent ces fonctions et génèrent de la sorte une offre en soins mobiles, ambulatoires et (semi-) résidentiels intégrés.

6.2. Le programme de soins de longue durée cible une série de sous-groupes, comme p. ex. les enfants et les adolescents issus de groupes particulièrement vulnérables qui sont difficiles à atteindre, les jeunes présentant une problématique psychiatrique et 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 de santé mentale (trouble du comportement et/ou troubles psychiatriques), etc. La collaboration et la concertation intensive avec l'entourage, les écoles, les maisons d'accueil et de soins, l'aide à la jeunesse, ... s'avèrent plus que nécessaires dans le cadre de ces groupes cibles.

6.3. Le programme de soins de longue durée stimule le développement d'une aide mobile de longue durée et permet la réalisation d'investissements dans des trajets de longue durée.

6.4. L'aide mobile de longue durée propose une aide flexible et multidisciplinaire aux enfants et adolescents dans leur environnement de vie, d'apprentissage et de jeu.
En collaboration avec les autres partenaires du réseau, l'aide mobile de longue durée est responsable de la mise en œuvre et de l'utilisation de l'offre d'aide ambulatoire et (semi-)résidentielle de longue durée dans le champ d'action du réseau. L'offre est également utilisée en vue de soutenir l'aide plus généraliste.

6.5. Si le réseau décide de soutenir l'aide mobile de longue durée, le psychiatre de réseau est assisté par un pédopsychiatre, possédant une expérience et une expertise spécifiques en matière d'adolescents qui présentent une problématique psychiatrique et qui sont sous le coup d'une décision judiciaire. L'étroite collaboration entre les deux professionnels permet de garantir et de renforcer l'expertise et le savoir-faire indispensables pour ce groupe cible spécifique.
Ce pédopsychiatre travaille en étroite concertation avec les unités de traitement intensif pour jeunes FQI, les unités de traitement intensif pour jeunes FQI/SEP/MEO, et les lits de crise K dans le cadre du projet pilote "Jeunes sous mesures judiciaires présentant une problématique psychiatrique".

6.6. Le personnel rattaché à l'offre ambulatoire et (semi-)résidentielle de longue durée dans le champ d'action du réseau est employé de manière flexible dans l'aide mobile de longue durée.
Le réseau est responsable de la mise en œuvre de cette offre ambulatoire et (semi-)résidentielle spécifique. En d'autres termes, tous les partenaires du réseau sont égaux dans le cadre de cette mission de gestion.

6.7. Pour organiser des trajets de crise sur mesure de manière continue, le réseau réalise un case-management au niveau des clients : une concertation est organisée entre les enfants, les adolescents, leur entourage, les intervenants et les partenaires concernés du réseau, afin de proposer une solution à court terme. Ce case-management est entièrement intégré avec le case-management des autres programmes du réseau.

7. Développement du programme de consultation et liaison intersectorielle

7.1. Le réseau développe un programme de consultation et liaison intersectorielle dans le but d'encourager, d'organiser et de gérer l'échange de l'expertise et des expériences de terrain de toutes les personnes impliquées dans l'offre d'aide pour tous les enfants et adolescents présentant des problèmes psychiques ou psychiatriques et leur entourage. Le programme comprend l'offre de consultation et liaison de tous les partenaires du réseau, acteurs, services, institutions, prestataires de soins, etc., qui s'adressent aux enfants, aux adolescents et à leur entourage dans le champ d'action du réseau.
Le programme concrétise la fonction d'échange et de mise en commun de l'expertise, telle que reprise dans le guide.

7.2 Le programme de consultation et liaison intersectorielle se compose d'initiatives organisées au profit de :

- tous les enfants, adolescents, et leur entourage
- sous-groupes cibles spécifiques comme p. ex. les nourrissons, enfants en bas âge et enfants en âge préscolaire (0 à 6 ans), les enfants de parents souffrant de problèmes psychiques ou d'assuétude, les jeunes sous mesures judiciaires présentant une problématique psychiatrique, les jeunes présentant une problématique d'assuétude, les enfants et adolescents qui présentent un diagnostic TDAH, etc.
- enfants et adolescents à titre individuel et leur entourage (initiatives telles que p. ex. l'intervision, la supervision, le coaching, le soutien d'activités et intervenants en matière d'accompagnement et d'aide, ou d'autres secteurs, etc.)

8. Renforcement de l'offre d'aide pour enfants et adolescents présentant un double diagnostic

8.1. Le réseau renforce et intensifie l'offre d'aide pour enfants et adolescents souffrant d'un double diagnostic, c'est-à-dire qui présentent une déficience intellectuelle combinée à des problèmes de santé mentale (trouble du comportement et/ou troubles psychiatriques), en vue de rendre l'aide plus accessible à ce groupe cible, d'améliorer la formation du personnel et de prévoir des places en milieu spécialisé uniquement pour les cas les plus complexes.

8.2. Le réseau réalise une offre en soins de crise et "time out", développe une aide mobile et offre au groupe cible des possibilités d'observation et de traitement de courte et longue durée. Cette aide pour enfants et adolescents présentant un double diagnostic est intégrée dans les programmes développés par le réseau.

8.3. Dans le champ d'action du réseau, l'encadrement personnel de maximum 2 services hospitaliers ciblant les enfants et adolescents présentant un double diagnostic est renforcé. L'aide mobile, aussi bien les soins de crise que de longue durée, ainsi que les activités et initiatives d'autres programmes, sont renforcés de manière spécifique afin de pouvoir offrir à ce groupe cible une expertise suffisante. Le case-management pour enfants et adolescents atteints de double diagnostic est développé. Les collaborations déjà existantes constituent le point de départ de ces renforcements et développements.

9. Financement

9.1. Le forfait de 1.531.004,58 euros de l'année d'activité 1 se compose des éléments suivants :

9.1.1. 142.534,80 euros pour l'engagement et la mise à disposition de minimum 1 ETP pour la coordination du réseau.

Ce montant englobe les coûts liés à la rémunération de la ou des personnes en charge de la coordination du réseau et les frais de fonctionnement qui découlent de la coordination du réseau.

Si au moins 1 ETP est engagé et mis à disposition pour toute l'année d'activité 1, et s'il y a un excédent sur ce montant, cet excédent sera, dans la même année d'activité, utilisé comme moyens de fonctionnement ou sera investi dans le programme de soins de crise, de soins de longue durée, de consultation et liaison intersectorielle et/ou pour le renforcement de l'offre de soins en santé mentale pour enfants et adolescents présentant un double diagnostic. Si le réseau décide de renforcer la fonction stratégique, il sera également utilisé pour l'engagement de maximum 0,11 ETP (4 heures), occupé par maximum 1 pédopsychiatre, qui aidera les personnes en charge de la coordination du réseau et le psychiatre de réseau à ajuster et affiner les programmes en vue de mieux répondre aux besoins des enfants et adolescents présentant des problèmes psychiques ou psychiatriques et leur entourage.

9.1.2. 75.570,30 euros de moyens de fonctionnement pour le réseau.

Par moyens de fonctionnement pour le réseau, il convient d'entendre le financement pour l'achat de matériel et de services utilisés dans le cadre du fonctionnement quotidien des différents programmes du réseau et des missions du (des) psychiatre(s) de réseau. Plus spécifiquement, il faut entendre par là l'achat de matériel et de services utilisés pour le logement (location), les déplacements, les équipements logistiques, l'informatique, ... et dont le lien direct avec la réalisation et le développement du réseau est irréfutablement démontré. Par moyens de fonctionnement, ne sont pas compris le financement pour l'achat de voiture, le déploiement d'initiatives propres en matière de suivi scientifique et d'accompagnement, les initiatives de formation personnelle.

9.1.3. 182.070 euros pour l'engagement et la mise à disposition de minimum 1 ETP psychiatre de réseau, soit 38 heures par ETP, occupé par maximum 2 pédopsychiatres.

Ce montant englobe les coûts liés à la rémunération du psychiatre de réseau. Durant l'exercice de sa fonction pour le réseau, le psychiatre de réseau ne peut pas recourir à la nomenclature des prestations médicales.

Si au moins 1 ETP est engagé et mis à disposition pour toute l'année d'activité 1, et s'il y a un excédent sur ce montant, cet excédent sera, dans la même année d'activité, utilisé comme moyens de fonctionnement ou sera investi dans le programme de soins de crise, de soins de longue durée, de consultation et liaison intersectorielle et/ou pour le renforcement de l'offre de soins en santé mentale pour enfants et adolescents présentant un double diagnostic.

9.1.4. 556.008,49 euros pour le développement d'un programme de soins de crise. Ce montant se compose des éléments suivants :

9.1.4.1. 405.756 euros pour l'engagement et la mise à disposition de minimum 6 ETP pour les soins de crise mobiles.

9.1.4.2. 90.151,49 euros pour l'engagement et la mise à disposition de minimum 1,33 ETP pour l'intensification de l'encadrement en personnel des soins de crise (semi-)résidentiels et mobiles, à condition que le réseau réserve 10% des lits K agréés dans son champ d'action aux enfants et adolescents qui se trouvent dans une situation de crise à caractère non vitale.

9.1.4.3. 60.100,99 euros pour le financement flexible par cas, à condition que le réseau réserve 10% des lits K agréés dans son champ d'action aux enfants et adolescents qui se trouvent dans une situation de crise à caractère non vitale.

9.1.5. 405.756 euros pour le développement d'un programme de soins de longue durée, et plus particulièrement pour l'engagement et la mise à disposition de minimum 6 ETP pour l'aide mobile de longue durée. Si le réseau décide de soutenir l'aide mobile de longue durée, ce montant financera également un maximum de 0,26 ETP (10 heures), occupé par maximum 1 pédopsychiatre, possédant une expérience et une expertise spécifiques en matière de jeunes sous mesures judiciaires qui présentent une problématique psychiatrique, pour assister le psychiatre de réseau.

9.1.6. 101.439 euros pour le développement d'un programme de consultation et liaison intersectorielle, plus particulièrement pour encourager, organiser et gérer l'échange de l'expertise et des expériences de terrain de toutes les personnes impliquées dans l'offre d'aide pour tous les enfants et adolescents présentant des problèmes psychiques ou psychiatriques et leur entourage et pour participer ou organiser, des journées d'étude, symposiums, workshops, etc.

9.1.7. 67.626 euros pour le renforcement de l'offre d'aide pour enfants et adolescents présentant un double diagnostic, plus particulièrement pour l'engagement et la mise à disposition de minimum 1 ETP.

9.2. Le forfait de 1.561.624,67 euros de l'année d'activité 2 se compose des éléments suivants :

9.2.1. 145.385,50 euros pour l'engagement et la mise à disposition de minimum 1 ETP pour la coordination du réseau.

Ce montant englobe les coûts liés à la rémunération de la ou des personnes en charge de la coordination du réseau et les frais de fonctionnement qui découlent de la coordination du réseau.

Si au moins 1 ETP est engagé et mis à disposition pour toute l'année d'activité 2, et s'il y a un excédent sur ce montant, cet excédent sera, dans la même année d'activité, utilisé comme moyens de fonctionnement ou sera investi dans le programme de soins de crise, de soins de longue durée, de consultation et liaison intersectorielle et/ou pour le renforcement de l'offre de soins en santé mentale pour enfants et adolescents présentant un double diagnostic. Si le réseau décide de renforcer la fonction stratégique, il sera également

utilisé pour l'engagement de maximum 0,11 ETP (4 heures), occupé par maximum 1 pédopsychiatre, qui aidera les personnes en charge de la coordination du réseau et le psychiatre de réseau à ajuster et affiner les programmes en vue de mieux répondre aux besoins des enfants et adolescents présentant des problèmes psychiques ou psychiatriques et leur entourage.

9.2.2. 77.081,70 euros de moyens de fonctionnement pour le réseau.

Par moyens de fonctionnement pour le réseau, il convient d'entendre le financement pour l'achat de matériel et de services utilisés dans le cadre du fonctionnement quotidien des différents programmes du réseau et des missions du (des) psychiatre(s) de réseau. Plus spécifiquement, il faut entendre par là l'achat de matériel et de services utilisés pour le logement (location), les déplacements, les équipements logistiques, l'informatique, ... et dont le lien direct avec la réalisation et le développement du réseau est irréfutablement démontré. Par moyens de fonctionnement, ne sont pas compris le financement pour l'achat de voiture, le déploiement d'initiatives propres en matière de suivi scientifique et d'accompagnement, les initiatives de formation personnelle.

9.2.3. 185.711,40 euros pour l'engagement et la mise à disposition de minimum 1 ETP psychiatre de réseau, soit 38 heures par ETP, occupé par maximum 2 pédopsychiatres.

Ce montant englobe les coûts liés à la rémunération du psychiatre de réseau. Durant l'exercice de sa fonction pour le réseau, le psychiatre de réseau ne peut pas recourir à la nomenclature des prestations médicales.

Si au moins 1 ETP est engagé et mis à disposition pour toute l'année d'activité 2, et s'il y a un excédent sur ce montant, cet excédent sera, dans la même année d'activité, utilisé comme moyens de fonctionnement ou sera investi dans le programme de soins de crise, de soins de longue durée, de consultation et liaison intersectorielle et/ou pour le renforcement de l'offre de soins en santé mentale pour enfants et adolescents présentant un double diagnostic.

9.2.4. 567.128,66 euros pour le développement d'un programme de soins de crise. Ce montant se compose des éléments suivants :

9.2.4.1. 413.871,12 euros pour l'engagement et la mise à disposition de minimum 6 ETP pour les soins de crise mobiles.

9.2.4.2. 91.954,52 euros pour l'engagement et la mise à disposition de minimum 1,33 ETP pour l'intensification de l'encadrement en personnel des soins de crise (semi-)résidentiels et mobiles, à condition que le réseau réserve 10% des lits K agréés dans son champ d'action aux enfants et adolescents qui se trouvent dans une situation de crise à caractère non vitale.

9.2.4.3. 61.303,01 euros pour le financement flexible par cas, à condition que le réseau réserve 10% des lits K agréés dans son champ d'action aux enfants et adolescents qui se trouvent dans une situation de crise à caractère non vitale.

9.2.5. 413.871,12 euros pour le développement d'un programme de soins de longue durée, et plus particulièrement pour l'engagement et la mise à disposition de minimum 6 ETP pour l'aide mobile de longue durée. Si le réseau décide de soutenir l'aide mobile de longue durée, ce montant financera également un maximum de 0,26 ETP (10 heures), occupé par maximum 1 pédopsychiatre, possédant une expérience et une expertise spécifiques en matière de jeunes sous mesures judiciaires qui présentent une problématique psychiatrique, pour assister le psychiatre de réseau.

9.2.6. 103.467,78 euros pour le développement d'un programme de consultation et liaison intersectorielle, plus particulièrement pour encourager, organiser et gérer l'échange de l'expertise et des expériences de terrain de toutes les personnes impliquées dans l'offre d'aide pour tous les enfants et adolescents présentant des

problèmes psychiques ou psychiatriques et leur entourage et pour participer ou organiser, des journées d'étude, symposiums, workshops, etc.

9.2.7. 68.978,52 euros pour le renforcement de l'offre d'aide pour enfants et adolescents présentant un double diagnostic, plus particulièrement pour l'engagement et la mise à disposition de minimum 1 ETP.

9.3. Le forfait de 1.592.857,17 euros de l'année d'activité 3 se compose des éléments suivants :

9.3.1. 148.293,21 euros pour l'engagement et la mise à disposition de minimum 1 ETP pour la coordination du réseau.

Ce montant englobe les coûts liés à la rémunération de la ou des personnes en charge de la coordination du réseau et les frais de fonctionnement qui découlent de la coordination du réseau.

Si au moins 1 ETP est engagé et mis à disposition pour toute l'année d'activité 3, et s'il y a un excédent sur ce montant, cet excédent sera, dans la même année d'activité, utilisé comme moyens de fonctionnement ou sera investi dans le programme de soins de crise, de soins de longue durée, de consultation et liaison intersectorielle et/ou pour le renforcement de l'offre de soins en santé mentale pour enfants et adolescents présentant un double diagnostic. Si le réseau décide de renforcer la fonction stratégique, il sera également utilisé pour l'engagement de maximum 0,11 ETP (4 heures), occupé par maximum 1 pédopsychiatre, qui aidera les personnes en charge de la coordination du réseau et le psychiatre de réseau à ajuster et affiner les programmes en vue de mieux répondre aux besoins des enfants et adolescents présentant des problèmes psychiques ou psychiatriques et leur entourage.

9.3.2. 78.623,34 euros de moyens de fonctionnement pour le réseau.

Par moyens de fonctionnement pour le réseau, il convient d'entendre le financement pour l'achat de matériel et de services utilisés dans le cadre du fonctionnement quotidien des différents programmes du réseau et des missions du (des) psychiatre(s) de réseau. Plus spécifiquement, il faut entendre par là l'achat de matériel et de services utilisés pour le logement (location), les déplacements, les équipements logistiques, l'informatique, ... et dont le lien direct avec la réalisation et le développement du réseau est irréfutablement démontré. Par moyens de fonctionnement, ne sont pas compris le financement pour l'achat de voiture, le déploiement d'initiatives propres en matière de suivi scientifique et d'accompagnement, les initiatives de formation personnelle.

9.3.3. 189.425,63 euros pour l'engagement et la mise à disposition de minimum 1 ETP psychiatre de réseau, soit 38 heures par ETP, occupé par maximum 2 pédopsychiatres.

Ce montant englobe les coûts liés à la rémunération du psychiatre de réseau. Durant l'exercice de sa fonction pour le réseau, le psychiatre de réseau ne peut pas recourir à la nomenclature des prestations médicales.

Si au moins 1 ETP est engagé et mis à disposition pour toute l'année d'activité 3, et s'il y a un excédent sur ce montant, cet excédent sera, dans la même année d'activité, utilisé comme moyens de fonctionnement ou sera investi dans le programme de soins de crise, de soins de longue durée, de consultation et liaison intersectorielle et/ou pour le renforcement de l'offre de soins en santé mentale pour enfants et adolescents présentant un double diagnostic.

9.3.4. 578.471,23 euros pour le développement d'un programme de soins de crise. Ce montant se compose des éléments suivants :

9.3.4.1. 422.148,54 euros pour l'engagement et la mise à disposition de minimum 6 ETP pour les soins de crise mobiles.

9.3.4.2. 93.793,61 euros pour l'engagement et la mise à disposition de minimum 1,33 ETP pour l'intensification de l'encadrement en personnel des soins de crise (semi-)résidentiels et mobiles, à condition que le réseau réserve 10% des lits K agréés dans son champ d'action aux enfants et adolescents qui se trouvent dans une situation de crise à caractère non vitale.

9.3.4.3. 62.529,08 euros pour le financement flexible par cas, à condition que le réseau réserve 10% des lits K agréés dans son champ d'action aux enfants et adolescents qui se trouvent dans une situation de crise à caractère non vitale.

9.3.5. 422.148,54 euros pour le développement d'un programme de soins de longue durée, et plus particulièrement pour l'engagement et la mise à disposition de minimum 6 ETP pour l'aide mobile de longue durée. Si le réseau décide de soutenir l'aide mobile de longue durée, ce montant financera également un maximum de 0,26 ETP (10 heures), occupé par maximum 1 pédopsychiatre, possédant une expérience et une expertise spécifiques en matière de jeunes sous mesures judiciaires qui présentent une problématique psychiatrique, pour assister le psychiatre de réseau.

9.3.6. 105.537,14 euros pour le développement d'un programme de consultation et liaison intersectorielle, plus particulièrement pour encourager, organiser et gérer l'échange de l'expertise et des expériences de terrain de toutes les personnes impliquées dans l'offre d'aide pour tous les enfants et adolescents présentant des problèmes psychiques ou psychiatriques et leur entourage et pour participer ou organiser, des journées d'étude, symposiums, workshops, etc.

9.3.7. 70.358,09 euros pour le renforcement de l'offre d'aide pour enfants et adolescents présentant un double diagnostic, plus particulièrement pour l'engagement et la mise à disposition de minimum 1 ETP.

Fait en deux exemplaires, le 30 NOV. 2018

Pour le contractant :
A Chastre

Le directeur-général,

Bernard DACHY

Pour l'État belge:
A Bruxelles

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,

Maggie DE BLOCK

Annexe 1 faisant partie intégrante de la convention concernant l'implémentation de la nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents – Financement du réseau.

Annexe 2

A la convention concernant l'implémentation de la nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents – Financement du réseau

Mission, profil et tâches du personnel qui remplit la coordination de réseau

1. Mission

La mission de la coordination du réseau est de faciliter la création et l'organisation d'un réseau de soins opérationnel en santé mentale pour enfants et adolescents.
Cette mission fait partie de la nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents et est directement liée à la coordination de cette nouvelle politique par le gouvernement fédéral, les communautés et les régions.

La coordination du réseau est désignée par tous les partenaires impliqués du réseau. Le champ d'action du réseau coïncide avec le territoire de la province.

La coordination du réseau est intégrée. Cela signifie, tout d'abord, que la coordination du réseau concerne tous les partenaires, les organisations impliquées... dont les actions sont portées vers les enfants et adolescents de 0 à 18 ans, présentant des problématiques de santé mentale ou psychiatriques, et leur entourage. En outre, une attention particulière est portée aux adolescents qui se situent dans la tranche d'âge charnière de 16 à 23 ans.
D'autre part, cela signifie que toutes les formes de coordination, de concertation, de collaboration et de travail en réseau qui s'inscrivent au sein du champ d'action du réseau et qui portent une action vers ce public cible fusionneront dans le réseau.

2. Profil

Comme décrit dans le *Guide vers une nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents* et dans le *WHO Mental Health Action plan 2013-2020*, la coordination du réseau doit réunir des aptitudes spécifiques parmi lesquelles :

- *Leadership en contexte*
  Pouvoir synthétiser les connaissances, avoir des connaissances transdisciplinaires et de bonnes compétences d'analyse, posséder des connaissances interorganisationnelles et intersectorielles, avoir une bonne compréhension des interdépendances et des systèmes stratégiques, disposer de solides compétences en matière de réseau.
- *Leadership personnel et participatif*
  Disposer des compétences interpersonnelles nécessaires, avoir du charisme, être capable de motiver et de 'responsabiliser' les partenaires du réseau, y compris la représentation des enfants, des adolescents et de leur entourage, pour entreprendre des actions, être à l'écoute, faire preuve d'empathie, renforcer la participation et la concertation.
- *Leadership au niveau de l'équipe*
  Pouvoir faciliter et obtenir la collaboration, être capable de former des coalitions et des équipes.
- *Leadership organisationnel*
  Pouvoir créer un environnement d'apprentissage dans lequel la réflexion est encouragée ; créer par le biais de stratégies de responsabilisation et de processus de prise de décision une forme de leadership avec un bon rapport coût-efficacité, être constamment orienté vers l'amélioration des processus ; pouvoir établir des priorités.
- *Leadership visionnaire*
  Pouvoir inspirer des personnes, pouvoir développer une vision, la partager et la diffuser.
- *Leadership politique*
  Être capable d'établir un agenda, disposer des techniques de négociation et de médiation nécessaires.
- *Leadership éthique*

Avoir l'intégrité et l'autodiscipline nécessaires ; tenir compte de la dimension morale qui encourage l'initiative individuelle et collective et la prise de responsabilité.

- *Entrepreneuriat au niveau politique*
  Disposer des aptitudes entrepreneuriales nécessaires, de la créativité nécessaire afin de pouvoir innover et expérimenter, être capable de mettre en pratique des idées novatrices.
- *Une expérience en matière de soins en santé mentale ou dans d'autres secteurs* qui s'adressent aux enfants et aux adolescents peut-être une plus-value, mais ne constitue pas un critère déterminant.

3. <u>Tâches</u>

La coordination du réseau :

- informe tous les partenaires et les secteurs concernés qui s'adressent aux enfants et aux adolescents, sur le champ d'action du réseau, de l'existence, du fonctionnement et du développement du réseau
- réalise un inventaire de tous les partenaires et les projets existants qui s'adressent aux enfants et aux adolescents, sur le champ d'action du réseau, connaît les législations et a la responsabilité de réaliser une cartographie et une mise à jour permanente de ces partenaires et projets, l'offre qu'ils proposent et les méthodes de collaboration
- stimule et réalise de la correspondance et de la collaboration entre tous les acteurs, les services et les institutions qui s'adressent aux enfants et aux adolescents, sur le champ d'action du réseau
- s'implique dans les partenariats et dans les réseaux de coopération pertinents pour ce groupe cible
- rencontre les pouvoirs organisateurs, les directions et les professionnels de terrain de ces partenaires et projets
- développe, avec les personnes mandatées de l'ensemble des partenaires impliqués, le comité de réseau et intègre la/les personne(s) mandatée(s) de chaque nouveau partenaire dans le comité de réseau
- développe la participation et l'empowerment des enfants, des adolescents et de leur entourage aux différents niveaux du réseau
- concrétise et opérationnalise des programmes sur base des programmes d'activités (cf. guide, chapitre 3.2.2.)
- s'accorde avec des forums de consultation existants en matière de soins en santé mentale pour enfants et adolescents et en matière d'aide à la jeunesse et avec les collaborations intersectorielles déjà initiées au niveau des communautés et régions
- participe aux :
  - coaching organisés dans le cadre de la nouvelle politique
  - réunions organisées par le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement et de la coordination fédérale
- est exclusivement responsable pour l'organisation et la coordination de la concertation au sein du réseau

Fait en deux exemplaires, le 30 NOV. 2018

Pour le contractant :	***Pour l'État belge:***
A Chastre	**A Bruxelles**
Le directeur-général,	**La Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,**
Bernard DACHY	**Maggie DE BLOCK**

Annexe 2 faisant partie intégrante de la convention concernant l'implémentation de la nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents – Financement du réseau.

Annexe 3

A la convention concernant l'implémentation de la nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents – Financement du réseau

Les éléments obligatoires de la convention de réseau santé mentale pour enfants et adolescents

1. **L'objet de la convention de réseau**

- La mission et la vision du réseau: un engagement explicite du réseau à offrir des soins adaptés, et à assurer la continuité des soins pour les usagers et leur entourage, en tenant toujours compte du principe de subsidiarité. (Cela signifie que les soins sont, de préférence, dispensés à domicile ou en ambulatoire, et l'utilisation des soins (semi)résidentiels n'est envisagée, uniquement lorsque cela s'avère nécessaire.)
- Confirmation de la composition intersectorielle du réseau: dans les organes principaux du réseau maximum un tiers du nombre total des personnes représentent les soins en santé mentale, maximum un tiers du nombre total des personnes représentent le secteur des soins en santé et de l'aide sociale (comme par exemple l'aide de première ligne, soins et accompagnement des personnes avec un handicap, ...) et au moins un tiers du nombre total des personnes représentent d'autres secteurs ne faisant pas partie du secteur des soins en santé mentale, des soins en santé ou de l'aide sociale (comme p.ex. les représentants des enfants, adolescents et leur entourage, enseignement, sport, emploi, ...).
- Référence à l'élaboration et l'implémentation du plan stratégique : la description concrète de la façon dont tous les partenaires du réseau en collaboration avec les acteurs concernés, les services, les institutions, les fournisseurs de soins en santé, ... des secteurs concernés organisent une offre d'aide globale et intégrée pour le groupe cible dans le territoire d'action du réseau au moyen de l'élaboration de programmes afin de répondre aussi rapidement que possible et de manière continue aux besoins de ce groupe cible.

2. **Le public cible**

- Une brève description du public cible.

3. **Le champ d'action**

- Une présentation du champ d'action géographique : l'ensemble du territoire de la province.

4. **Empowerment**

- La présentation de la stratégie visant à atteindre une participation efficace des enfants, des adolescents et de leur entourage dans le réseau et dans les soins et l'aide.
- Un plan d'action afin d'implémenter la stratégie.

5. **La coordination de réseau**

- Les coordonnées (prénom, nom, adresse mail, numéro de téléphone ou du portable) de la (des) personne(s) qui assure(nt) la coordination du réseau.
- Une description de la mission et des tâches du personnel remplissant la coordination du réseau.

6. La représentation

- Les coordonnées (prénom, nom, adresse mail, numéro de téléphone ou du portable) des personnes qui représentent le réseau, pour autant que le réseau est représenté par des personnes autres que les personnes qui remplissent la fonction de coordination de réseau.

7. Les partenaires du réseau

- Les coordonnées de chaque partenaire du réseau :
  - Le nom, l'adresse et les coordonnées de l'institution, du service ou de l'initiative
  - Les coordonnées (prénom, nom, adresse mail, numéro de téléphone ou du portable) de la direction de cette institution, service ou initiative
  - Les coordonnées du président du conseil d'administration de cette institution, service ou initiative
  - Les coordonnées de(s) personne(s) mandatée(s) pour représenter l'institution le service ou l'initiative au comité de réseau
  - Les coordonnées de(s) personne(s) mandatée(s) pour représenter l'institution, le service ou l'initiative au sein d'autres structures de concertation du réseau

8. La structure et le fonctionnement du réseau

- Un organigramme de réseau avec mention spécifique de tous les organes et pour chaque organe:
  - les objectifs spécifiques
  - la composition
  - les éventuelles procédures de décisions spécifiques
- Accords écrits concernant:
  - les modifications, le renouvellement, ou la résiliation de la convention de réseau
  - la médiation dans le cadre de conflits entre partenaires
  - les mandats
    - les procédures de décision: conditions de fréquentation, quorum décision, procédure au cas où le quorum de présence n'est pas atteint
  - les modalités d'entrée et de sortie des partenaires dans le réseau
  - la gestion financière du réseau:
    - > la création d'un organe qui s'occupe de la gestion financière et qui est responsable du contrôle interne de l'allocation des moyens complémentaires
    - > la composition de cet organe
    - > le nom du partenaire qui reçoit le financement du réseau
  - flux d'information entre les partenaires du réseau en ce qui concerne: suivi et évaluation, sanctions, temps de travail et gestion du personnel mis à disposition du réseau

9. Le droit d'instruction

- En Belgique, il existe une interdiction de principe de la mise à disposition d'employés. Cette interdiction est décrite dans la loi du 24 juillet 1987 sur le travail temporaire, le travail intérimaire et la mise à disposition de salariés au profit des utilisateurs. Cette loi prévoit des exceptions à cette interdiction. Le réseau utilise l'exception prévue à l'article 31, paragraphe 1 section 3 de la loi. Afin d' utiliser cette exception, le réseau reprend textuellement le texte suivant dans la convention de réseau.

  "Chaque Partenaire du Réseau entreprend de remplir les tâches pour lesquelles il s'est engagé en vertu du présent accord et à les réaliser uniquement avec ses propres employés pour lesquels il assume l'entière responsabilité hiérarchique. L'employeur partenaire s'engage à confier ces tâches à des travailleurs professionnellement qualifiés.

  En vertu du présent accord, les employés soumis à un engagement partenarial ne peuvent, en aucun cas être considéré comme employé d'un autre Partenaire/Réseau. Un autre Partenaire/Réseau ne pourra en aucun cas avoir le droit d'exercer de l'autorité sur l'employé. L'autorité patronale de l'Employeur partenaire en verrait contrecarrée.

Cependant, les Partenaires reconnaissent que suivant les objectifs stratégiques spécifiques du Réseau, les employés (des différents partenaires) devront donner mutuellement des directives pour développer l'offre d'aide en santé mentale à l'attention des enfants et des adolescents.

Un autre Partenaire/Réseau, dans le cadre de la réalisation du présent Accord de réseau et conformément à l'article 31 § 1 de la loi du 24 Juillet 1987 relative au travail temporaire, au travail intérimaire et à la mise à disposition de salariés au profit des utilisateurs (dénomée ci-dessous «loi du 24 Juillet, 1987»), donne uniquement des instructions à un employé d'un Employeur partenaire en ce qui concerne:

- *le bien-être et la sécurité au travail*
- *les différents types d'instructions, reprises ci-dessous, qui peuvent être données quotidiennement et directement dans le cadre de réunions de concertation*

Les exemples donnés concernent des types de directives citées à titre d'illustration non exhaustives. Ces exemples peuvent être adaptés et variés librement, sans qu'une modification du présent Accord ne soit nécessaire.

- *des directives relatives au timing/planning des tâches à effectuer (par exemple: quelles visites à domicile doivent être réalisées et quand, la participation aux réunions de concertation)*
- *des directives concernant l'accès à des lieux de fonctionnement du Réseau (par exemple: les endroits où ont lieu les réunions de concertation, les lieux qui nécessitent l'utilisation de matériel spécifique)*
- *des directives concernant les conditions, les procédures et pratiques spécifiques qui doivent être prises en compte lors de l'exécution des tâches (par exemple: les conventions spécifiques, les pratiques, les exigences de qualité au sein du Réseau, ...)*
- *des instructions relatives à la rédaction de rapports opérationnels dans le cadre des tâches à réaliser (par exemple: la manière dont ils doivent être effectués (écrit/oral), fréquence, ...)*
- *des instructions concernant la façon d'exécuter correctement les tâches attribuées à un employé par l'employeur partenaire en vertu du présent Accord*
- *des tâches professionnelles spécifiques, comprenant la formation spécifique et l'éducation permettant de mener à bien les tâches spécifiques dans le cadre du Réseau*
- *des directives visant à prévenir/minimiser les dommages (par exemple, l'interdiction d'exercer à nouveau certaines tâches en raison d'erreurs manifestes)*

Les éléments suivants incombent dans tous les cas à l'Employeur partenaire en ce qui concerne ses salariés respectifs et ne peuvent en aucun cas faire partie de la loi d'instruction d'un autre Partenaire/Réseau mentionné ci-dessus.

- *la politique de recrutement (procédés, entretiens, sélection et critères de recrutement)*
- *la politique relative à la formation et à l'éducation, hormis ce qui est nécessaire à la réalisation de tâches spécifiques au sein du réseau*
- *le contrôle des horaires de travail et les dispositions quant aux heures supplémentaires, les pauses ou les jours de repos compensatoires*
- *l'autorisation et la justification des absences (maladie, congés, vacances, ...)*
- *les dispositions concernant les mesures disciplinaires et de licenciement*
- *les rapports hiérarchiques (évaluations et interviews de performance, ...)*

Pour permettre à un autre Partenaire/Réseau de donner des directives (voir ci-dessus), conformément à la loi du 24 juillet 1987, les partenaires s'engagent à transmettre, dès le début de l'accord (la convention), le nom d'une personne de contact permanente à la coordination du réseau et aux autres partenaires. Il revient à la coordination du réseau de tenir à jour une liste de ces contacts. Les éléments pour lesquels il n'existe pas de droit d'instruction écrit, conformément à l'article 31, paragraphe 1 section 3 de la loi du 24 juillet 1987 devront être notifiés au responsable hiérarchique. Dans le cas où un partenaire désigne une autre personne responsable, il est tenu d'en informer, par écrit, la coordination du réseau, ainsi que tous les partenaires du réseau.

Pour plus de renseignements concernant ce modèle de clause de droit d'instruction, vous pouvez prendre contact avec la coordination de réseau au numéro de téléphone suivant: …"

10. <u>Les annexes</u>

- La convention B4 concernant l'implémentation de la nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents – financement du réseau – est ajouté en annexe de la convention de réseau.
- Le réseau reprend textuellement le texte suivant dans un article spécifique de la convention de réseau :

  "Cette convention et ses [x] annexes constituent l'entièreté de l'accord entre les partenaires du réseau [y]."

  dans lequel [x] est remplacé par le nombre de pièces jointes faisant partie de l'accord de réseau, de préférence suivi d'une liste des pièces jointes et [y] par le nom du réseau.

11. <u>La formalisation</u>

- L'accord de chaque partenaire et de la coordination du réseau au moyen de:
  - prénom, le nom et la signature de la direction du partenaire du réseau
  - prénom, le nom et la signature du président du conseil d'administration du partenaire du réseau
  - prénom, le nom et la signature de la (des) personne(s) qui assure(nt) la coordination du réseau.
- La garantie de la consultation rapide et accessible de la convention de réseau par tous les partenaires du réseau et par toutes les personnes concernées par les activités du réseau.
- La date et le lieu auxquels la convention de réseau a été conclue

Fait en deux exemplaires, le 30 NOV. 2018

Pour le contractant :	***Pour l'État belge :***
A Chastre	**A Bruxelles**
Le directeur-général,	**La Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,**
Bernard DACHY	**Maggie DE BLOCK**

Annexe 3 faisant partie intégrante de la convention concernant l'implémentation de la nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents – Financement du réseau.

ANNEXE 3 :

Les partenaires signataires

Convention de réseau archipel
Réseau intersectoriel de santé mentale pour les jeunes (0-23ans) du Brabant wallon

archipel

Annexe 3- Partenaires du réseau archipel ayant signés la convention 2018

Les partenaires doivent être recontactés par la coordinatrice de réseau pour renouveler la convention réseau 2020-2022

Nom de l'institution	Adresse	Direction	Nom du représentant signataire mandaté	Pôle	Mission	Public-cible
SRJ Mosaix	5, rue du Soleil Levant 1420 BRAINE L'ALLEUD 02/3849814	Dominique VAN LANDSCHOOT direction.generale@lamaisonfamiliale.be	Dominique VAN LANDSCHOOT	**société**		
SAS'J Les Glycines	5, rue du Soleil Levant 1420 BRAINE L'ALLEUD 02/3849814	Dominique VAN LANDSCHOOT direction.generale@lamaisonfamiliale.be	Dominique VAN LANDSCHOOT	**société**		
SAS Cerf-Volant	5, rue du Soleil Levant 1420 BRAINE L'ALLEUD 02/3849814	Dominique VAN LANDSCHOOT direction.generale@lamaisonfamiliale.be	Dominique VAN LANDSCHOOT	**société**		
AMO La Chaloupe	Rue du Monument,1 1340 OTTIGNIES-LLN	Luc DESCAMPS Direction.lachaloupe@gmail.com	Luc DESCAMPS	**société**		

	010/417053 lachaloupeamo@gmail.com					
Caritas international, projet Logis de Louvranges	Venelle Notre-Dame des Champs, 70 1300 WAVRE 010/881640	Nathalie BRAUN, coordinatrice projet des Logis de Louvranges n.braun@caritasint.be	François CORNET, directeur général de CARITAS Nathalie BRAUN, coordinatrice projet des Logis de Louvranges	**Société**		
CPAS de Chaumont-Gistoux	Rue Zaine, 9 1325 CHAUMONT-GISTOUX 010/687250	Arianne BAUWENS, directrice générale Arianne.bauwens@publilink.be	Arianne BAUWENS, directrice générale Nathacha VERSTRAETEN, présidente du CPAS	**Social/santé**		
Clinique St Pierre	Avenue Reine Fabiola, 9 1340 OTTIGNIES 010/437211	Philippe PIERRE, directeur général Philippe.pierre@cspo.be	Philippe PIERRE	**Social/santé**		
ASBL Le Goëland	Faubourg de Bruxelles, 57 1400 NIVELLES 067/221119	Bernard POUCET direction@legoelandasbl.be	Bernard POUCET	**Social/santé**		

	www.legoelandasbl.be					
COO VAN DURME	Avenue du Golf, 44B 1640 RHODE-St-GENESE 02/3582850	Sandrine WILMOTTE coovandurme@gmail.com	Sandrine WILMOTTE	**Social/santé**		
ECCOSSAD, SISD du Brabant wallon	Espace du Cœur de Ville, 1 1340 OTTIGNIES 010/411237	Thomas HOSSELET Thomas.hosselet@eccossad.be	Thomas HOSSELET	**Social/santé**		
Centre Emergences	Vieux Chemin de Louvain,53 1320 BEAUVECHAIN 0499/505013	Anne-Françoise MEULEMANS Af.meulemans@centremergences.be	Anne-Françoise MEULEMANS	**Social/santé**		
Centre local de promotion de la santé du Brabant wallon	Parc des Collines, Avenue Einstein, 3 1300 WAVRE 010/621762	Maryline NICOLET, directrice nicolet@clps-bw.be	Maryline NICOLET, directrice	**Social/santé**		
ASBL Aide Enfants Familles du Brabant wallon	Chaussée de Charleroi, 4 1471 GENAPPE 067/772647	Isabelle GILAIN, coordinatrice Enfantsfamilles.bw@skynet.be	Fabienne DESCAMPS, présidente de l'ASBL	**Social/santé**		

CJES La Clairière	Avenue des Hannetons, 58 1170 WATERMAEL-BOITSFORT 02/6617811	Caroline ADOLPHY, directrice c.adolphy@laclairiere.be	Caroline ADOLPHY	**Social/santé**		
ASBL Amarrage	Rue de la Croix, 68 1420 BRAINE L'ALLEUD 02/3860016	Thierry VERDEYEN, directeur général Thierry.verdeyen@amarrage.be	Thierry VERDEYEN	**Social/santé**		
SRJ La Clé des Champs	Drève de l'Infante, 67 1410 WATERLOO 02/ 3510742	Vincent CHEVALIER, directeur direction@cledeschamps-srj.be	Vincent CHEVALIER, directeur	**Soins spécialisés en Santé mentale**		
SSM de Louvain-la-Neuve	Grand'place, 43 1348 LOUVAIN-LA-NEUVE 010/474408	Sandrine NEUVILLE, directrice administrative Sandrine.neuville@uclouvain.be	Sandrine NEUVILLE, directrice administrative Bernard JADOULLE, directeur médical Muriel MEYNCKENS, directrice thérapeutique	**Soins spécialisés en Santé mentale**		

Centre médical pédiatrique Clairs Vallons	Rue de Mont-St-Guibert, 24 1340 OTTIGNIES 010/480211	Thierry GUISLAIN, directeur administratif Thierry.guislain@clairsvallons.be	Carine DE BUCK, directrice médicale Thierry GUISLAIN, directeur administratif	**Soins spécialisés en Santé mentale**		
Centre hospitalier neurologique William Lennox	Allée de Clerlande, 6 1340 OTTIGNIES 010/430211	Jean-Michel BERNARD, directeur général Jean-michel.bernard@chnwl.be	Jean-Michel BERNARD, directeur général Anne FREDERICK, directrice médicale	**Soins spécialisés en Santé mentale**		
ASBL Esquirol	Rue les Culots, 18 1421 OPHAIN 02/6470902	Etienne JOIRET etiennejoiret@yahoo.fr	Etienne JOIRET, Président de l'ASBL	**Soins spécialisés en Santé mentale**		
SSM Safrans	Rue Jules Hans, 43 1420 BRAINE L'ALLEUD 02/3846846	Alain ROZENBERG, directeur administratif Rozenberg.alain@gmail.com	Alain ROZENBERG, directeur administratif	**Soins spécialisés en Santé mentale**		
Plate-forme de concertation en santé mentale du Brabant wallon	Chemin Jean Lanneau, 39 1420 BRAINE L'ALLEUD 02/3860907	Nathalie DE MONTPELLIER, coordinatrice pfsmbw@skynet.be	Sylvie VANHOLSBEEK, présidente de l'ASBL	**Soins spécialisés en Santé mentale**		

La Petite Maison ACIS ASBL	Rue des Acacias, 8 1450 CHASTRE 010/653950	Evelyne CHAMBEAU, directrice evelyne.chambeau@acis-group.org	Bernard DACHY, directeur général	**Soins spécialisés en Santé mentale**		

ANNEXE 4 :

Quelques précisions pour expliquer la vision

Convention de réseau archipel
Réseau intersectoriel de santé mentale pour les jeunes (0-23ans) du Brabant wallon

archipel

Annexes 4: Quelques précisions pour expliquer la vision

1. **La mise au centre** de l'enfant signifie :
    - Réaliser une ligne du temps, synthétisant ce qui a déjà été réalisé avec lui et offrant une vue sur ce qui reste possible à réaliser dans le futur en fonction de ses besoins via une mise en contexte, un historique du suivi de la personne prise en charge. L'idée du réseau est de transité d'une vision « individualiste » vers une vision « collective » de la prise en charge.
    - Mettre **les situations vécues**, les cas pratiques au **centre des discussions** lors des rencontres et réunions.

2. **Concret** invite à se rendre compte de la situation de manière « macro », faisant écho à la mise en contexte proposée ci-dessus.
3. **Cohérent** souligne le désire de proposer le service adéquat aux besoins de l'usager.
4. **Complet** signifie « de manière plus collective », faisant écho au désir d'une transition vers une vision « collective » de la prise en charge.

ANNEXE 5 :

SANTÉ MENTALE
Secret professionnel et pratiques de réseau

Convention de réseau archipel
Réseau intersectoriel de santé mentale pour les jeunes (0-23ans) du Brabant wallon

archipel

SANTÉ MENTALE
Secret professionnel et pratiques de réseau

En tant que patient.e

En tant que soignant.e

En tant que service

LA LIGUE DES DROITS DE L'HOMME

TABLE DES MATIÈRES

1. LE SECRET PROFESSIONNEL 4

L'objectif 4

Le texte 5

La définition 6

2. LE TRAVAIL EN RÉSEAU 10

Le contexte 10

Le(s) réseau(x) 11

3. À QUOI DOIS-JE FAIRE ATTENTION ? 16

En tant que patient.e 16

En tant que soignant.e en santé mentale 18

En tant que service de soins en santé mentale 23

POUR ALLER PLUS LOIN 24

© Février 2016

Editeur responsable : Alexis Deswaef, 22 rue du Boulet - 1000 Bruxelles

Ce document est la propriété de la Ligue des droits de l'Homme asbl. La reproduction est autorisée moyennant la mention de la source.

Rédaction : Commission « Psychiatrie et droits humains »
Traduction NL : Plate-forme de Concertation pour la Santé Mentale en Région de Bruxelles-Capitale
Illustration : Pascale Fransolet
Graphisme : Helena Almeida
Soutiens : Fédération Wallonie-Bruxelles, Province du Brabant wallon, Plate-forme de Concertation pour la Santé Mentale en Région de Bruxelles-Capitale

Le secret professionnel est un élément essentiel du travail en santé mentale[1]. Il s'agit non seulement d'un élément de base de l'éthique professionnelle, mais aussi du ciment de la confiance entre soignant et soigné, confiance sans laquelle les soins sont tout simplement impossibles. Le travail de collaboration entre soignants, issus de multiples services, qui s'impose aujourd'hui, a mis le secret professionnel à rude épreuve. Par méconnaissance de la loi, souvent, mais aussi parce que respecter le secret complique parfois la prise en charge du patient.

Avec cette brochure, nous souhaitons rappeler quelques points essentiels comme **l'absolue nécessité de l'accord du patient dans le cadre du secret professionnel partagé** (même entre médecins) et mettre en évidence des éléments moins connus comme le fait que **les aidants-proches sont susceptibles d'être inclus dans le secret professionnel partagé**.

Nous souhaitons surtout présenter le secret professionnel comme un élément susceptible **d'améliorer et non de bloquer le travail en réseau**. Respecter le secret n'est pas incompatible avec la collaboration entre services. Son application systématique peut nécessiter quelques changements dans la prise en charge mais elle permettra surtout, nous en sommes convaincus, d'améliorer la qualité des soins, de renforcer l'alliance thérapeutique et de **s'assurer que le patient soit bien au centre de sa prise en charge**.

Cette brochure se compose de trois parties. La première présente les dispositions juridiques relatives au secret professionnel : définition, objectifs, exceptions, etc. La deuxième partie aborde le contexte spécifique qui justifie cette brochure : les collaborations toujours croissantes entre services dans le cadre de la prise en charge des patients. Enfin, la troisième aborde plus spécifiquement le secret professionnel partagé, au sein d'une équipe mais également dans le cadre d'une collaboration entre services. Cette partie **s'adresse aux patients, aux soignants et aux services** et tente, pour chacun, de dégager quelques éléments clef à garder en tête.

Nous espérons que cette brochure donnera quelques points de repère à ceux qui sont en demande et nourrira la réflexion chez les patients, dans les familles et dans les équipes soignantes !

La Commission « Psychiatrie et droits humains » de la Ligue des droits de l'Homme

[1] Tout au long de cette brochure, nous parlerons de « santé mentale » et de « secteur de la santé mentale » en référence à l'ensemble des services qu'ils soient hospitaliers ou ambulatoires, qu'ils soient spécialisés dans la prise en charge de pathologies psychiatriques avérées ou qu'ils accueillent un public plus large.

1

LE SECRET PROFESSIONNEL

L'OBJECTIF

Le secret professionnel vise d'abord **la protection de la vie privée**. Pour diverses raisons, nous pouvons nous trouver dans des situations qui nous obligent à livrer des éléments de notre histoire intime, pour être soigné (médecin, psychologue), pour être défendu (avocat, notaire) ou pour être aidé (assistant social, aide sociale). Nous devons pouvoir nous confier sans crainte que cela nous nuise, faute de quoi nous ne serons pas valablement soignés, défendus, aidés. Le secret professionnel nous donne la garantie que nos confidences ne sont pas diffusées. Il est **la condition de la confiance**.

Les dispositions du code pénal concernant le secret sont importantes pour la cohésion sociale. Il s'agit d'**une loi pénale** et comme toutes les lois pénales, elle touche à un de nos principes fondamentaux. Les lois pénales protègent les valeurs de la société. Au-delà du respect de la vie privée des personnes individuelles, les dispositions concernant **le secret professionnel rendent** en effet **possible l'exercice de professions essentielles** (médecins, avocats, etc.) pour la vie sociale. Sans secret professionnel, pas de confiance entre le médecin et son patient, entre l'avocat et son client. Et donc pas

de système de santé ni de système judiciaire au bénéfice de tous. C'est pourquoi cette loi est aussi qualifiée de **loi d'ordre public**.

Au fil du temps, cependant, l'interprétation du secret professionnel a évolué d'une conception absolue (le praticien ne peut être libéré du secret sous aucun prétexte) vers une **conception relative** : le secret professionnel n'étant pas un but en soi, il **peut s'effacer devant une valeur jugee superieure**, dans des conditions très strictes. Certaines législations permettent ainsi aux personnes soumises au secret professionnel de communiquer certaines informations dans certains cas spécifiques, quand l'intérêt particulier du patient est en jeu, l'intérêt de tiers, pour raisons de sécurité ou de santé publique.

LE TEXTE

L'article 458 du code pénal belge aborde le secret professionnel de la manière suivante : « *Les médecins, chirurgiens, officiers de santé, pharmaciens, sages-femmes et toutes autres personnes dépositaires, par état ou profession, des secrets qu'on leur confie, qui, hors le cas où ils sont appelés à rendre témoignage en justice ou devant une commission d'enquête parlementaire et celui où la loi les oblige à faire connaître ces secrets, les auront révélés, seront punis d'un emprisonnement de huit jours à six mois et d'une amende de cent euros à cinq cents euros*[2]. »

Preuve de son importance, le secret professionnel se retrouve dans de nombreux autres textes : les Codes de déontologie des médecins, psychologues ou assistants sociaux, la Convention européenne des droits de l'homme (art. 8 al .1er) : « *Toute personne a droit au respect de sa vie privée et familiale, de son domicile et de sa correspondance* » ou encore la Constitution belge (art.22) : « *Chacun a droit au respect de sa vie privée et familiale sauf dans les cas et conditions fixés par la loi* ».

[2] Actuellement, les amendes sont à multiplier par 200 et oscillent donc entre 20.000 et 100.000 euros.

Secret médical et secret professionnel, c'est pareil !

Enfin, presque... Le secret professionnel est visé par l'article 458 du code pénal et le secret médical par le code de déontologie. Tous les codes de déontologie comprennent une disposition relative au secret professionnel. Ils peuvent être plus sévères mais ne peuvent autoriser ce que la loi interdit.

LA DÉFINITION

Un secret...

En vertu de l'article du code pénal concernant le secret professionnel, les soignants se voient obligés de se taire. Il s'agit d'une **obligation de ne pas révéler de secret** et non d'un droit de ne pas parler. Cela signifie que ce n'est pas au soignant de décider s'il peut parler au non. Seule la loi ou des circonstances exceptionnelles peuvent le libérer de son secret.

...à propos de

Le secret porte sur les **confidences** mais aussi sur **tous les faits sus et surpris**, toutes les constatations que les praticiens ont pu faire dans l'exercice de leur profession. Peu importe que les faits soient déjà connus ou pas : le praticien qui parle viole quand même le secret. Ce faisant, il risque de donner plus de crédit à l'information divulguée, de par sa qualité de professionnel. Ce n'est pas non plus parce que d'autres professionnels parlent que l'on peut se considérer autorisé à en faire autant.

...qui s'impose à

Le secret s'impose **à toute personne qui reçoit des confidences dans le cadre de sa profession**. Cela concerne notamment les médecins, infirmiers, psychologues, assistants sociaux et bien d'autres professions en-dehors du secteur de la santé mentale. La loi mentionne également les personnes qui **par leur état** reçoivent des confidences. Ainsi, le personnel d'entretien, d'accueil ou de sécurité, mais également les aidants-proches sont inclus dans le secret.

...sauf en cas de

Il existe des exceptions au secret professionnel qui sont justifiées par des questions d'organisation collective ou de santé publique, par l'intérêt du patient ou par des circonstances exceptionnelles. À titre d'exemple, citons le **travail d'expertise** nécessaire au lancement de la procédure de mise en observation (loi du 26 juin 1990) ; le médecin qui, dans le cadre de la défense sociale, communique avec l'assistant de justice ; la possibilité de dénoncer des mauvais traitements « *lorsqu'il existe un dommage grave et imminent pour l'intégrité physique ou mentale d'une personne vulnérable* » (art. 458bis du code pénal). Bien entendu, le secret n'est que partiellement levé, uniquement pour les informations qu'il est nécessaire de transmettre.

L'état de nécessité, ensuite, est une notion juridique importante pour l'application du secret professionnel. À la différence des autres exceptions, cet élément n'est pas présent dans la loi, mais résulte d'interprétations réalisées par la doctrine et la jurisprudence. Il y a « état de nécessité » quand un professionnel doit choisir entre deux valeurs qui s'imposent à lui : respecter le secret professionnel ou choisir de protéger quelqu'un d'un danger considéré comme plus important. Il peut parfois n'y avoir d'autres solutions que de commettre une infraction - briser le secret - pour sauvegarder l'intérêt du patient ou d'une autre

personne. Dans ce cas, l'état de nécessité implique qu'il n'y a pas eu d'infraction. Mais attention, n'importe quel danger ne peut justifier de briser le secret : il doit s'agir d'un **péril grave et imminent** pour un droit ou intérêt du patient ou d'une autre personne. Cela peut être un risque suicidaire ou la mise en danger de proches, par exemple. Et ce péril ne peut pas non plus être évité par un autre moyen que de briser le secret.

Le secret ne peut être invoqué vis-à-vis du patient !

Le secret professionnel n'est pas de mise entre un praticien et un patient. Par contre, la loi du 22 août 2002 sur les droits du patient donne au praticien un pouvoir d'appréciation dans certaines circonstances. Il lui est possible de ne pas divulguer certaines informations au patient, à titre exceptionnel, « *si la communication de celles-ci risque de causer manifestement un préjudice grave à la santé du patient* » (ce qu'on appelle l'exception thérapeutique). Il faut pour cela consulter un autre praticien, ajouter une motivation écrite au dossier, informer la personne de confiance s'il y en a une et, bien entendu, transmettre les informations dès que le préjudice est susceptible d'être évité.

Enfin, notons que **le secret professionnel partagé** n'est pas non plus une exception à proprement parler, mais une manière de faire circuler le secret entre des soignants qui travaillent tous dans l'intérêt du patient. C'est une pratique qui n'est pas décrite par la loi mais qui est admise sous **plusieurs conditions cumulatives** : obtenir l'accord du patient, être tous soumis au secret professionnel, intervenir dans le cadre de la même prise en charge et ne partager

que ce qui est nécessaire. Nous en parlerons plus loin, dans la troisième partie de cette brochure.

...avec des sanctions à la clef

Le secret professionnel est régi par le code pénal qui prévoit donc des **sanctions pénales : peines d'emprisonnement et amendes**. Sachez que de bonnes intentions ne changent rien à l'infraction qui demeure même en l'absence de volonté de nuire. Celui qui divulgue un secret est également susceptible de rendre des comptes **au niveau civil**, par exemple sur base de l'article 1382 du Code civil qui stipule : « *Tout fait quelconque de l'homme, qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé, à le réparer* ». Enfin, le praticien qui travaille dans le cadre d'un code de déontologie peut se retrouver à répondre devant **ses autorités disciplinaires** d'un comportement réprouvé par les **règles déontologiques**, même s'il n'est pas poursuivi pénalement.

2

LE TRAVAIL EN RÉSEAU

LE CONTEXTE

Depuis les années 50, les soins de santé mentale ont très largement changé. Le système de santé s'est progressivement réorganisé pour **accompagner les patients dans leur milieu de vie** plutôt que de les soigner uniquement à l'hôpital. De nouveaux services sont apparus : services de santé mentale, centres de réadaptation fonctionnelle, habitations protégées, etc.

Plus récemment, des équipes mobiles offrant un accompagnement au domicile du patient ont été mises sur pied. Ces dernières années ont également vu **l'élargissement des problématiques prises en charge** par le secteur de la santé mentale. Les souffrances sociales ont maintenant une place importante aux côtés des pathologies psychiatriques. Ce qui multiplie encore les services impliqués.

En plus de l'accompagnement des services spécialisés en santé mentale, les patients bénéficient souvent de l'accompagnement de services sociaux, de soins à domicile, d'accompagnement à la vie journalière, d'aide juridique, de gestion budgétaire, etc.

Le constat s'impose : étant donné la multiplicité de l'offre de soins dans la communauté, **la collaboration entre services est devenue une réalité quotidienne**. Une bonne communication entre soignants est un enjeu crucial pour assurer la cohérence des interventions et éviter que les patients ne se «perdent» dans l'ensemble des services à leur disposition.

LE(S) RÉSEAU(X)

Jadis associé à la résistance à l'occupant, aujourd'hui mesuré en barrettes sur notre téléphone portable, le réseau est multiple. Dans le secteur de la santé mentale également : travail en réseau, réseaux de services, réseaux confessionnels, réseau du patient... Ces termes s'opposent parfois, se recouvrent souvent. Pour nous y retrouver, nous distinguerons **deux aspects du réseau** :

- les « ressources du réseau », c'est-à-dire tout ce que peut apporter le maillage de relations plus ou moins formalisées entre institutions, entre soignants ou dans l'entourage du patient.

- les « pratiques de réseau », c'est-à-dire la mobilisation plus ou moins coordonnée d'une série d'acteurs et de services autour de la situation d'un patient en particulier.

Les ressources : réseaux personnels et institutionnels

Le réseau personnel, tout d'abord, renvoie à l'ensemble des **relations sociales d'une personne**. Tout un chacun se construit et entretient un réseau social qui lui offre ressources et soutien. Ce réseau sera également présent dans le cadre d'un parcours de soins et de rétablissement. Un réseau secondaire (les intervenants psycho-médico-sociaux) va s'ajouter au réseau primaire (les proches).

Les soignants ont également un réseau personnel. Dans leur vie privée, bien entendu, mais aussi **au niveau professionnel. Il est composé de toutes les personnes avec lesquelles ils interagissent dans le cadre de leur travail** : un collègue direct à qui on demande conseil, des soignants d'autres services avec lesquels il y a des suivis conjoints, des personnes rencontrées lors d'inter-visions ou dans le cadre d'une formation, etc.

Dans ce contexte, le secret professionnel mérite notre attention : il faut particulièrement veiller à l'**anonymisation des informations quand on sollicite l'avis d'un collègue** qui n'est pas impliqué dans le suivi du patient en question. Il faut trouver une formulation des éléments clefs de la situation du patient qui ne puisse permettre qu'on le reconnaisse.

Le réseau institutionnel, ensuite, renvoie aux **relations « officielles » entre services de soins**. À la différence du réseau personnel, qui se construit via des relations interpersonnelles, le réseau institutionnel prend forme à travers des partenariats entre services de soins. Les objectifs peuvent être diversifiés : apprendre à se connaître, cerner un problème commun et trouver une solution (par exemple, préciser les modalités de collaboration adaptées à certaines situations), mettre en œuvre un projet (par exemple, construire une nouvelle offre de soins), ou se positionner vis-à-vis des pouvoirs publics.

Un réseau institutionnel **se formalise généralement via divers mécanismes de collaboration** : des conventions de partenariat, des obligations légales (par exemple les conditions d'agrément ou les contraintes judiciaires), des prises de participation financière, des membres de conseils d'administration liés à d'autres services, le fait de se retrouver au sein d'une même fédération ou d'être unis par une histoire institutionnelle.

Le terme de réseau est cependant devenu tellement commun qu'on l'utilise parfois pour faire simplement référence à l'ensemble des services disponibles dans une zone, quels que soit leurs liens institutionnels. On parle par exemple d'orienter vers « le réseau », tout court.

À ce niveau aussi, le secret professionnel mérite notre attention : les services de soins, qui s'associent, doivent avoir conscience de leur responsabilité de **penser l'application du secret professionnel dans les nouveaux cadres d'interventions qu'ils développent**.

Les pratiques : interventions en réseau

L'intervention en réseau, finalement, est **une modalité de prise en charge qui s'appuie sur les réseaux personnels et/ou institutionnels** que nous avons évoqués plus haut. C'est ce que nous appelons communément les « pratiques de réseau ». Il ne s'agit pas à proprement parler d'un réseau, mais plutôt d'un assemblage singulier de ressources qui **se constitue dans le cadre de l'accompagnement d'un patient**.

Pratiquement, un ensemble de personnes, professionnelles ou non, va se mobiliser pour faire face à une situation. Cette situation peut nécessiter une intervention à court terme (comme la gestion d'une situation de crise, par exemple) ou l'organisation d'un suivi complexe au long cours. Chaque personne impliquée va mobiliser ses ressources. Le patient et les soignants impliqués vont mobiliser leur réseau personnel.

Le réseau institutionnel, quant à lui, constitue le cadre de l'intervention. Il pourra par exemple faciliter l'accès aux soins s'il existe des projets ou des accords pour améliorer les liens entre certains services par exemple.

L'intervention en réseau va créer **un assemblage unique, spécifique à chaque situation**, construit à partir du réseau institutionnel et des réseaux personnels des personnes impliquées.

Ces interventions nécessitent au quotidien le partage d'informations protégées par le secret professionnel. C'est donc **cet aspect qui va mobiliser notre attention dans le reste de la brochure**.

Dans la suite de cette brochure, nous nous concentrerons sur ce que nous avons appelé plus haut « les pratiques de réseau », à savoir la mobilisation d'une série d'acteurs et de services autour de la situation d'un patient en particulier. Même si le développement des « ressources du réseau », qu'elles soient personnelles ou institutionnelles, nécessitent également d'être attentifs au secret professionnel, c'est dans le travail quotidien, auprès des patients que les questions sont les plus aiguës.

3

À QUOI DOIS-JE FAIRE ATTENTION ?

EN TANT QUE PATIENT.E

Le secret professionnel oblige vos soignants à garder pour eux les informations personnelles que vous leur avez confiées. Vous n'avez pas besoin de le leur demander. Cela fait partie de leurs obligations, en tant que professionnel de la santé.

Il peut arriver que certains soignants, pour mieux vous aider, doivent partager certaines informations avec d'autres soignants, qu'ils soient membres du même service ou d'un autre service qui vous accompagne. Dans ce cas, ces soignants doivent vous demander **votre accord à l'avance** et vous dire **quelles** informations vont être transmises, à **qui** et **pourquoi**.

Mais ce n'est pas toujours possible. Dans certaines situations, vos soignants seront peut-être obligés de communiquer entre eux sans que vous ne le sachiez à l'avance. C'est ce qu'on appelle « **l'état de nécessité** ». Il est justifié en cas de « **péril grave et imminent** » pour vos intérêts et uniquement s'il n'est pas possible de faire autrement.

NOTRE CONSEIL

Posez des questions ! Discutez avec vos soignants des situations qui pourraient nécessiter un échange d'information entre professionnels sans que vous le sachiez à l'avance (en cas de crise par exemple).

Vous voulez que vos soignants communiquent avec vos proches ?
Désignez une ou plusieurs personnes de confiance

En règle générale, vos soignants ne peuvent communiquer des informations vous concernant à vos proches. Si vous souhaitez que certains de vos proches aient accès à vos informations médicales, le plus simple est de les désigner comme « personne de confiance » en vertu de la loi du 22 août 2002 sur les droits du patient.

Il vous suffit de **signaler oralement, à vos soignants, la ou les personnes que vous désignez comme personne de confiance**. Vous ne devez pas signer de documents. Votre soignant indiquera les noms de ces personnes dans le dossier médical. Il faudra également préciser ce à quoi ces personnes auront accès : aux consultations avec vous, à des informations de vos soignants sans votre présence, au dossier médical, etc. Mais bien entendu, vous pouvez changer d'avis à tout moment et désigner d'autres personnes quand vous le souhaitez et la personne de confiance ne pourra jamais prendre de décisions à votre place.

Les droits du patient vous protègent egalement

La loi du 22 août 2002 sur les droits du patient protège également votre vie privée et votre intimité en tant que patient, en plus de la qualité des soins, du choix du praticien, du droit à l'information, du consentement libre et éclairé et de l'accès direct au dossier médical. Dans le cadre de l'application de cette loi, il est possible de déposer plainte auprès d'un service de médiation si vous estimez qu'un de vos droits n'est pas respecté.

Toutes les informations sur les droits du patient et les contacts avec des médiateurs sont disponibles par téléphone au 02 524 85 21 et sur **www.droitsdupatient.be**.

EN TANT QUE SOIGNANT.E EN SANTÉ MENTALE

À l'intérieur d'une équipe, vous pouvez être amené à partager des informations à propos des patients. **Plusieurs grandes conditions cumulatives** se dégagent des codes de déontologie des médecins, des psychologues et des assistants sociaux pour encadrer cette pratique. Elles définissent ce qu'on appelle habituellement **le secret professionnel partagé**. Ces balises doivent également s'appliquer, avec la plus grande prudence, dans le cadre d'un travail en réseau.

Condition #1 : obtenir l'accord de la personne concernée

L'accord préalable du patient ou de ses représentants légaux est la première condition, indispensable, au partage d'informations. Un accord oral suffit, mais il est préférable qu'un écrit soit ajouté dans le dossier médical.

Si le patient refuse, le secret ne peut pas être divulgué. Le soignant ne peut alors que tenter de convaincre le patient qu'une telle communication est dans son intérêt ou imaginer une autre solution permettant la prise en charge adéquate du patient.

Au quotidien, il n'est cependant pas toujours facile de demander systématiquement à un patient l'autorisation de parler de sa situation en équipe. Avoir un accord global du patient sur la communication au sein de l'équipe, tout en lui indiquant la manière dont il peut limiter la circulation de l'information à son propos semble être une bonne solution.

Dans le cadre d'une collaboration entre soignants travaillant dans des institutions différentes, la situation est plus compliquée. **Le contact avec des soignants extérieurs à l'équipe doit toujours être soumis à l'autorisation préalable du patient**. Il est toutefois possible de discuter au préalable avec le patient des dispositions à prendre dans certaines situations. Il s'agit, par exemple, de préciser quelles sont les personnes à contacter en cas de crise.

NOS CONSEILS

Considérez toujours le patient comme un interlocuteur. Cherchez en permanence les modalités les plus adéquates pour lui communiquer les informations concernant sa prise en charge. Une telle communication ouverte ne peut qu'améliorer l'alliance thérapeutique.

Créez un document qui informe les patients sur la manière dont l'information à leur propos circule au sein de l'équipe et avec les services partenaires. Idéalement, faites le signer aux patients. Prévoyez des modalités concrètes qui permettent au patient de contrôler la circulation de l'information. Sélectionnez avec lui les soignants avec lesquels un échange est utile et acceptable, discutez d'un plan de crise impliquant certains soignants, etc.

Condition #2 : être tous tenus au secret

Condition #3 : intervenir dans le cadre de la même prise en charge

Ces conditions ne semblent pas poser de problèmes au sein d'une équipe soignante. Il faut cependant avoir en tête que des liens hiérarchiques ne peuvent justifier un partage du secret : les impératifs de gestion administrative ne sont pas les impératifs de soins.

Quand des soignants issus d'équipes distinctes collaborent, ils doivent **s'assurer qu'ils interviennent dans le cadre de la même prise en charge**, c'est-à-dire que leur mission auprès du patient s'articule avec les missions des autres soignants, dans l'intérêt du patient. N'oublions pas qu'il faut s'assurer de cette cohérence dans le cadre spécifique de chaque prise en charge. Une vision commune du soin ou une bonne inter-connaissance entre deux services ne suffisent pas. Il faut actualiser cette vision dans le cadre de la prise en charge de chaque patient.

NOTRE CONSEIL

Posez-vous systématiquement la question :
« *Intervenons-nous dans le cadre de la même prise en charge ?* » avant d'échanger des informations avec une autre personne, tout particulièrement si elle est issue d'un autre service de soin.

**Un aidant-proche est impliqué dans les soins ?
Il est également soumis au secret professionnel !**

Le secret professionnel concerne toutes les personnes qui, par état ou par profession, sont dépositaires de secrets. Les aidants-proches et toute personne active dans l'accompagnement du patient est donc susceptible de recevoir et de partager des informations dans le cadre du secret professionnel partagé. Bien entendu, les quatre conditions du secret professionnel partagé vont également s'appliquer.

En tant que soignant, il est très important d'avoir ces conditions en tête quand il s'agit de partager des informations avec des aidants-proches : il faut s'assurer systématiquement de l'accord du patient et ne partager que le strict nécessaire pour leur permettre d'aider correctement le patient en bonne intelligence avec les soignants. Par ailleurs, il ne faut pas hésiter à rappeler aux aidants-proches leurs responsabilités vis-à-vis des secrets dont ils sont les dépositaires.

Condition #4 : ne partager que les informations nécessaires

Même si les trois premières conditions sont remplies, toutes les informations ne sont pas bonnes à communiquer. **Seules les informations nécessaires au travail en équipe ou en réseau et dans l'intérêt de la personne concernée** peuvent être transmises, à l'exclusion des confidences limitées spécifiquement par le patient à l'un des soignants. À chacun d'estimer ce qu'il est nécessaire de divulguer dans chaque situation, dans l'intérêt du patient.

NOTRE CONSEIL

Discutez avec vos collègues du principe général et du type d'informations à communiquer dans chaque situation. Participez à des lieux d'intervision à ce propos (sans bien entendu rompre le secret). Il n'est pas évident pour un soignant de se constituer seul une position sur le sujet. Des discussions au sein d'une équipe ou entre services partenaires permettent de créer une culture commune qui vous soutiendra dans vos choix, sur le terrain.

Entre médecins ? Les quatre conditions doivent également être remplies !

Elles sont cumulatives ! Cela signifie qu'être tous tenus au secret professionnel ne suffit jamais, même entre médecins. Il faut aussi qu'ils interviennent dans la même prise en charge, qu'ils ne partagent que ce qui est nécessaire et... qu'ils aient l'accord de la personne.

EN TANT QUE SERVICE DE SOINS EN SANTÉ MENTALE

L'attention au respect du secret professionnel n'est pas seulement de la responsabilité des soignants. Les services de soins peuvent soutenir les soignants dans cette démarche. De plus, les services sont de plus en plus souvent amenés à s'insérer dans des réseaux de collaboration. À ce niveau aussi, un consensus sur la manière d'envisager l'application du secret professionnel doit pouvoir être atteint.

NOTRE CONSEIL

Rédigez et distribuez aux patients un document qui précise la manière dont le service - ou le réseau de services - gère la circulation de l'information à leur propos, en interne et avec les services partenaires. Favorisez la discussion au sein des équipes à ce propos. À partir de ces discussions, précisez les balises concrètes qui encadrent la circulation de l'information. Distribuez largement la présente brochure - ou d'autres brochures résumant les règles du secret professionnel - aux patients et aux professionnels.

Il est par ailleurs nécessaire de s'assurer que les professions non soignantes (accueil, entretien, hôtellerie, sécurité, administration, etc.) sachent qu'elles sont également soumises au secret professionnel, non « par profession », mais « par état » et connaissent leurs obligations.

POUR ALLER PLUS LOIN...

Bibliographie

Barthélemi E, Meersseman C., *Confidentialité et secret professionnel : enjeux pour une société démocratique*, Temps d'Arrêt/Lectures, YAPAKA.be, 2011.

Lambert P., *Secret professionnel*, Bruylant, 1985.

Lemaire J-M., *La sélection, la transformation et la circulation de l'information*, L'observatoire, Créateur d'échange et de transversalité, 2013 ; (77).

Meersseman C., *L'éthique professionnelle : la confidentialité au cœur de la relation d'aide, le difficile pari de la confiance entre usager et professionnel*, L'observatoire, Créateur d'échange et de transversalité, 2013 ; (77).

Moreau T., *Le Code de déontologie des psychologues et le respect des dispositions légales relatives au secret professionnel*, Journal Droits des Jeunes, 2014 ; (340).

Nouwynck L., *La position des différents intervenants psycho-médico-sociaux face au secret professionnel dans le travail avec les justiciables*, Les cahiers de Prospective Jeunesse, 2002 ; 2-22.

Schamps G., *Le secret médical et l'assureur : Commentaire du nouvel article 95 de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre*, Revue droit de la santé, 2004 ; 131-150.

Schamps G., *Les droits du patient et le secret médical*, Séminaire du Centre Lennox, 2006.

Schamps G., *Les Droits du patient en Belgique*, Séminaire organisé par la Faculté de droit et science politique de l'Université Montesquieu–Bordeaux IV, 2013.

Servais J-F., *Balises juridiques du secret professionnel partagé*, L'observatoire, Créateur d'échange et de transversalité, 2013 ; (77).

Thunus S., *Du secret professionnel au secret professionnel partagé : approches sociologiques*, L'observatoire, Créateur d'échange et de transversalité, 2013 ; (77).

Liens utiles

Comité de vigilance en travail social **www.comitedevigilance.be**

Union professionnelle francophone des assistants sociaux **http://ufas.be**

Deontologie van de maatschapelijk assistente **www.diversiteit.be/deontologie-van-de-maatschappelijke-assistenten**

Ligue des droits de l'Homme **www.liguedh.be**

Liga voor mensrechten **www.mensenrechten.be**

Ordre des médecins / Orde der artsen **http://ordomedic.be**

Commission des psychologues / Psychologencommissie **www.compsy.be**

Informations sur les droits du patient, Service Public Fédéral Santé Publique **www.droitsdupatient.be**

Patientenrecheten **www.patientenrechten.be**

Psytoyens asbl, Concertation des usagers en santé mentale **www.psytoyens.be**

Similes francophone asbl, Familles et amis de personnes atteintes de troubles psychiques / Similes Vlaanderen, Vereniging voor gezinsleden **http://similes.org/wordpress** **http://nl.similes.be**

Steunpunt Algemeen Welzijnswerk **www.kennisplein.be**

Uilenspiegel vzw, vereniging voor mensen met een psychische kwetsbaarheid **www.uilenspiegel.net**

NOTES

En parcourant cette brochure, nous espérons que vous trouverez des éléments de réponses à certaines des questions qui hantent le secteur de la santé mentale et de psychiatrie, que vous soyez patient, soignant ou responsable de service.

- En tant que patient.e

Mes soignants se parlent-ils ? Pourquoi ? Quelle influence puis-je avoir sur leurs échanges ?

- En tant que soignant.e

Comment collaborer avec d'autres soignants, au bénéfice du patient, tout en respectant ce qu'il me confie ?

- En tant que responsable de service

Comment informer les patients des pratiques du service et soutenir les soignants dans leur application du secret ?

La Commission « Psychiatrie et droits humains » est un groupe de réflexion actif au sein de la Ligue des droits de l'Homme asbl. Elle est composée d'avocats, de médecins, de psychiatres, de familles préoccupées par la thématique…tous bénévoles. Ce collectif suit l'actualité belge concernant la santé mentale avec une grille de lecture « droits de l'Homme ». Il réagit via des interpellations, communiqués, lobby… à des actualités brûlantes, mais travaille également sur des chantiers de fond, pouvant durer plusieurs années. Il veille aussi à la sensibilisation et l'information des personnes précarisées.

N'hésitez pas à nous contacter pour poursuivre cette réflexion ou organiser une animation sur ce thème :

Ligue des droits de l'Homme asbl
Rue du Boulet, 22 - 1000 Bruxelles
Tél.: 02/209.62.80
e-mail : ldh@liguedh.be
www.liguedh.be

LA LIGUE DES DROITS DE L'HOMME
Le Brabant wallon
FÉDÉRATION WALLONIE-BRUXELLES

ANNEXE 5 bis :

SANTÉ MENTALE
Secret professionnel et pratiques de réseau
- Actualisation -

Convention de réseau archipel
Réseau intersectoriel de santé mentale pour les jeunes (0-23ans) du Brabant wallon

archipel

Annexes 5 bis : Santé mentale, secret professionnel et pratiques de réseau

A la date de l'approbation de la convention de réseau par le comité de réseau, 16 décembre 2019, les articles du code pénal en vigueur relatifs au secret professionnel sont rédigés comme suit :

Art. 458. Les médecins, chirurgiens, officiers de santé, pharmaciens, sages-femmes et toutes autres personnes dépositaires, par état ou par profession, des secrets qu'on leur confie, qui, hors le cas où ils sont appelés à rendre témoignage en justice (ou devant une commission d'enquête parlementaire) et celui où la loi, le décret ou l'ordonnance les oblige ou les autorise à faire connaître ces secrets, les auront révélés, seront punis d'un emprisonnement d'un an à trois ans et d'une amende de cent euros à mille euros ou d'une de ces peines seulement.

Art. 458bis. Toute personne qui, par état ou par profession, est dépositaire de secrets et a de ce fait connaissance d'une infraction prévue aux articles 371/1 à 377, 377quater, 379, 380, 383bis, §§ 1er et 2, 392 à 394, 396 à 405ter, 409, 423, 425, 426 et 433quinquies, qui a été commise sur un mineur ou sur une personne qui est vulnérable en raison de son âge, d'un état de grossesse, de la violence entre partenaires, d'actes de violence perpétrés au nom de la culture, de la coutume, de la religion, de la tradition ou du prétendu "honneur", d'une maladie, d'une infirmité ou d'une déficience physique ou mentale peut, sans préjudice des obligations que lui impose l'article 422bis, en informer le procureur du Roi, soit lorsqu'il existe un danger grave et imminent pour l'intégrité physique ou mentale du mineur ou de la personne vulnérable visée et qu'elle n'est pas en mesure, seule ou avec l'aide de tiers, de protéger cette intégrité, soit lorsqu'il y a des indices d'un danger sérieux et réel que d'autres mineurs ou personnes vulnérables visées soient victimes des infractions prévues aux articles précités et qu'elle n'est pas en mesure, seule ou avec l'aide de tiers, de protéger cette intégrité.

Art. 458ter. § 1er. Il n'y a pas d'infraction lorsqu'une personne qui, par état ou par profession, est dépositaire de secrets, communique ceux-ci dans le cadre d'une concertation organisée soit par ou en vertu d'une loi, d'un décret ou d'une ordonnance, soit moyennant une autorisation motivée du procureur du Roi.

Cette concertation peut exclusivement être organisée soit en vue de protéger l'intégrité physique et psychique de la personne ou de tiers, soit en vue de prévenir les délits visés au Titre Iter du Livre II ou les délits commis dans le cadre d'une organisation criminelle, telle qu'elle est définie à l'article 324bis.

La loi, le décret ou l'ordonnance, ou l'autorisation motivée du procureur du Roi, visés à l'alinéa 1er, déterminent au moins qui peut participer à la concertation, avec quelle finalité et selon quelles modalités la concertation aura lieu.

§ 2. Les participants sont tenus au secret relativement aux secrets communiqués durant la concertation. Toute personne violant ce secret sera punie des peines prévues à l'article 458.

Les secrets qui sont communiqués pendant cette concertation, ne peuvent donner lieu à la poursuite pénale que des seuls délits pour lesquels la concertation a été organisée.

Art. 458quater. Les articles 458bis et 458ter ne sont pas applicables à l'avocat en ce qui concerne la communication d'informations confidentielles de son client lorsque ces informations sont susceptibles d'exposer son client à des poursuites pénales.

ANNEXE 6 :

Coordonnées de la fonction de coordination

Convention de réseau archipel
Réseau intersectoriel de santé mentale pour les jeunes (0-23ans) du Brabant wallon

archipel

Annexe 6: Coordonnées fonction de coordination

La coordination de réseau est actuellement assurée par Mme Barbara Truyers

Adresse :

Place Henri Berger,13 à 1300 Wavre

Téléphones :

0474/29.92.16

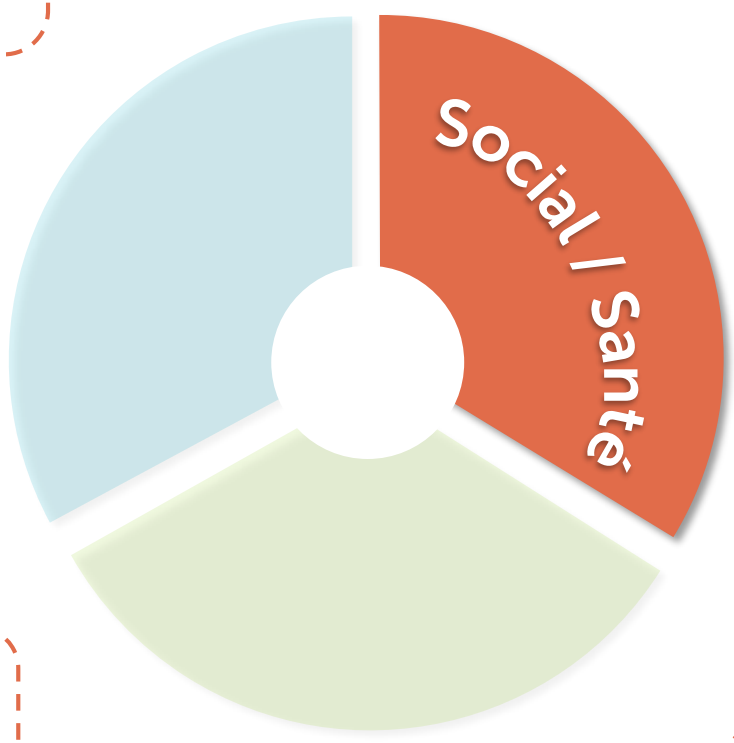
Adresse mail

b.truyers@archipelbw.be

ANNEXE 7 :

Liste des partenaires du réseau

Membres du comité réseau: Pôle social/santé



Maisons médicales
Valérie SPEIDEL
Maison médicale Espace Santé

Services sociaux

Secteur handicap

Service urgence des hôpitaux

Aide et protection à la jeunesse
Pierre SCHULTE
Le Traversier
Thierry VERDEYEN
L'Amarrage

ONE
Isabelle GILLAIN
SOS Enfants

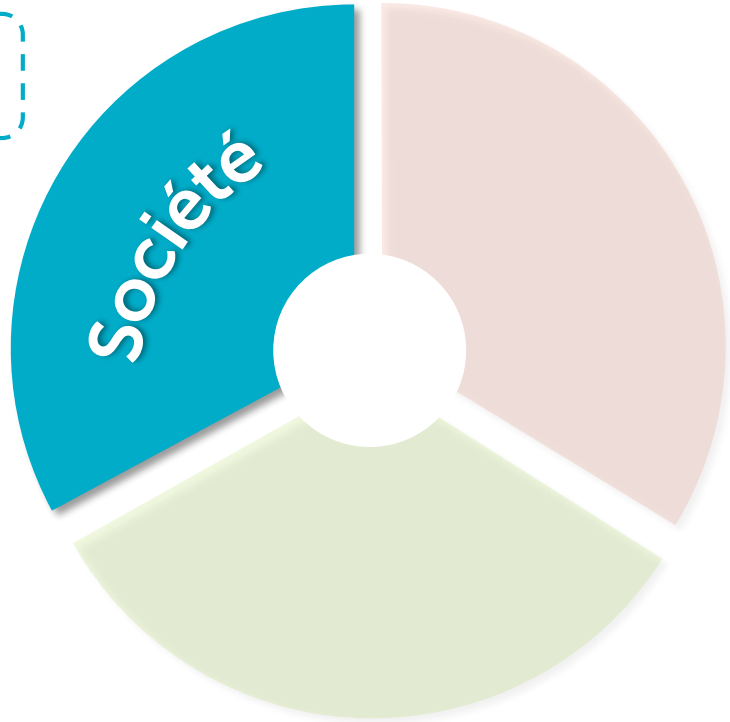
Médecins généralistes

Pédiatres
Marianne MICHEL
Clinique Saint-Pierre

Hôpitaux généraux

Invités permanents
Thérèse BINCZYK
Service d'aide à la jeunesse
Bénédicte RENAUX
Service de protection de la jeunesse
Maury LIBOUTON
ONE

Membres du comité réseau: Pôle société



Loisirs

Culture

Accueil petite enfance

Sport

Enseignement / Formation

Bérangère DROMELET
Collège des directions du BW Centre et Est

Michel COSYN
Collège des directions du BW Centre et Est

Secteurs jeunesse

Police / Justice

Prévention jeunesse
Luc DECAMPS
La Chaloupe

Prévention santé
Maryline NICOLET
CLPS

Emploi

Invités permanents:
MARC ANTOINE RION
Chargé de prévention
Cécile GUILBAU
Le parquet jeunesse de Nivelles

Membres du comité réseau: Soins spécialisés en santé mentale

Conventions INAMI

Jean-Luc GILLET
Antenne 110

Frédérique LEGROS
Clairs Vallons

Centres thérapeutiques

Psychologues indépendants

Hôpitaux pédopsy

Pascal FAVERON
William Lennox

Patrick KAISIN
La petite maison

Sylvie VANHOLSBEEK
Le Domaine

Pédopsychiatres indépendants

Equipes mobiles

Ambulatoire

Delphine GEYSEN
Un pass dans l'impasse

Alain ROZENBERG
Le Safran

Dominique THEYS
SSM de Wavre

Hôpital de jour

Soins psy à domicile

Invités permanents:

Nathalie de MONPELLIER
Plate-forme de concertation en santé mentale

Membres du comité réseau: Intersectoriels

Barbara TRUYERS
La coordinatrice

Invités permanents:

Michèle LAURENT et Sara BARBERA PERA
psychiatres de réseau,
Etienne JOIRET
Agent de liaison Jeunes judiciarisés, jeunes et consommations, MENA
Claire DELFORGE
Agent de liaison petite enfance, Parentalités fragilisées, Concertations autour de situations complexes
Dominique POTELLE
Agent de liaison scolarité et besoins spécifiques
Sarah, BERTRAND
Agent de liaison communication
Bernard KOTTONG, Marc *L'HOIR*
Des représentants de programme
Jean-Marc Hennaut
Case manager
Geneviève Loots
Coordinatrice du réseau 107
Murielle MAKUCH,
Coordinatrice fédérale adjointe, membre de l'expert Team
Bernard JACOB
Coordinateur fédéral membre de l'expert Team
JO HOLSBEEK
Attaché soins en santé mentale, soins de santé psychosociaux
+ les différentes instances politiques impliquées dans la Nouvelle Politique en santé mentale pour les enfants et les adolescents.

Membres du GT Coordination

Barbara TRUYERS
Coordinatrice du réseau
Michèle LAURENT
Sara BARBERA PERA
Psychiatres de réseau
Etienne JOIRET
Agent de liaison Jeunes judiciarisés, jeunes et consommations, MENA
Claire DELFORGE
Agent de liaison petite enfance, Parentalités fragilisées, Concertations autour de situations complexes
Dominique POTELLE
Agent de liaison scolarité et besoins spécifiques
Sarah, BERTRAND
Agent de liaison communication
Jean-Marc Hennaut
Case manager

Membres du conseil de gestion

Thierry GUISLAIN
trésorier
Anne DUCHENE
responsable financière de l'hôpital B4 (la petite maison)
Catherine DE PAUW
comptable (Société Hedges)
Barbara TRUYERS
Coordinatrice

Membres du Groupe RH/finances

Les employeurs

Evelyne CHAMBEAU
La petite maison

François DE SLOOVER, Denis MELOTTE
Clinique Saint-Pierre

Luc DESCAMPS
La Chaloupe

Marie MARCHAND
Service de santé mentale de Wavre

Etienne JOIRET
Asbl Esquirol

Thierry GUISLAIN
Clairs Vallons

Nolwenn DOFFENIES
CHJ Titeca

Philippe NASSOGNE
Le Domaine

Thierry VERDEYEN
L'amarrage

Géraldine WOITRIN
CHN William Lennox

Pierre SCHULTE
Le traversier

Philippe RENARD
AMO Carrefour J

Thierry Guislain
Trésorier

Evelyne Chambeau
Directrice générale de l'hôpital B4 (la petite maison)

Barbara Truyers
Coordinatrice

Les invités permanents

Michèle LAURENT
Sara BARBERA
PERA
Psychiatres de réseau

ANNEXE 8 :

Critères élections

Convention de réseau archipel
Réseau intersectoriel de santé mentale pour les jeunes (0-23ans) du Brabant wallon

archipel

Annexe 8: Critères nécessaires pour être mandaté au comité réseau

Pôle société

1) De la disponibilité
2) De l'empathie, de l'écoute, une ouverture d'esprit
3) Une représentativité, une légitimité
4) Être diffuseur de l'info dans les deux sens par rapport à son secteur
5) Connaissance du réseau
6) Avoir une préoccupation du jeune, de son bien-être et de son épanouissement
7) Pouvoir se mettre dans une position systémique, de continuum (de la prévention et de la promotion en passant par le soin et le rétablissement)
8) Avoir une préoccupation de faire remonter les besoins au politique.

Pôle Soins spécialisés en santé mentale

1) Avoir une ouverture d'esprit se traduisant notamment par une souplesse par rapport à différents modèles
2) Pouvoir avoir une vision critique et constructive
3) Avoir une vision stratégique
4) Avoir une capacité de synthèse
5) Être enthousiaste avec une envie de construire
6) Être capable de travailler en collectif sur un mode participatif et horizontal
7) Avoir des connaissances, une expérience dans les soins spécialisés en santé mentale.
8) Avoir une connaissance des acteurs des soins spécialisés en santé mentale et de l'aide intersectorielle
9) Avoir des compétences multiples (de terrain, de la clinique, de la finance, des ressources humaines…)
10) Avoir une représentation des sous-secteurs du pôle
11) Avoir une représentation territoriale de l'ensemble de la province
12) Avoir un engagement de présence aux réunions et plus si nécessaire
13) Avoir une pratique de terrain en contact avec les jeunes
14) Avoir une appropriation de la nouvelle politique
15) Être représentant du projet, des missions du réseau et pas de son institution tout en étant légitimé par celle-ci.

Pôle Social-Santé

1) Être centré/avoir un intérêt pour le bien-être et les besoins de l'enfant
2) Avoir un sens du respect du cadre de chacun, bienveillance et bientraitance
3) Avoir une capacité de simplifier
4) Être engagé
5) Avoir une disponibilité, une régularité

6) Être ouvert aux idées novatrices en acceptant les débats contradictoires en essayant de comprendre les différents paradigmes
7) Avoir une vision, une ouverture inter/trans disciplinaire (une ouverture d'esprit, une vision à 360°) et pouvoir se mettre en méta-analyse
8) Être centré sur des objectifs en lien avec le terrain
9) Avoir une ouverture à la co-construction avec les familles
10) Savoir communiquer, diffuser, faire remonter l'information
11) Avoir une connaissance du terrain
12) Posséder un esprit de collaboration et d'écoute
13) Pouvoir être légitimé par son institution

ANNEXE 9 :

Coordonnées des pédopsychiatres, agents de liaison, case manager et de la médiation

Convention de réseau archipel
Réseau intersectoriel de santé mentale pour les jeunes (0-23ans) du Brabant wallon

archipel

Annexe 9- Coordonnées des psychiatres, agents de liaison, case manager et de la médiation

Les pédopsychiatres du réseau archipel

- Le Dr Sara Barbera Pera : s.barberapera@archipelbw.be
- Le Dr Michèle Laurent : m.laurent@archipelbw.be

Elles assument conjointement la responsabilité des 2 équipes mobiles du réseau.
Coordonnées des équipes mobiles :

14/2 rue des Carabiniers à 1300 Wavre

010/ 86 76 46

equipesmobiles@archipelbw.be

Les agents de liaison du réseau archipel

1.1.1 Petite enfance, les parentalités fragilisées et groupe de concertations autour de situations complexes

Claire DELFORGE

0474/89. 10. 30

c.delforge@archipelbw.be

1.1.2 Adolescents, les jeunes judiciarisés, jeunes et consommations, MENA

Etienne JOIRET

0494/38.10.11

e.joiret@archipelbw.be

1.1.3 Scolarité et besoins spécifiques

Dominique POTELLE

0474/84.64.21

d.potelle@archipelbw.be

1.1.4 Communication

Sarah BERTRAND

0473/20.36.26

s.bertrand@archipelbw.be

Case manager :

Jean-Marc HENNAUT

0468/09.77.20

jm.hennaut@archipelbw.be

En cas de litige entre les partenaires, la médiation est assurée par une médiatrice indépendante

Madame Isabelle Gillion

Rue Guillaume Kennis, 28

1030 Bruxelles

Tél. 0478/57 43 60

igimediation@gmail.com

ANNEXE 10 :

Gestion financière du réseau

Convention de réseau archipel
Réseau intersectoriel de santé mentale pour les jeunes (0-23ans) du Brabant wallon

Annexe 10: Gestion financière du réseau

Le budget du réseau est arrêté par le Groupe RH/finances et validé par le comité réseau. Le suivi se fait de manière trimestrielle par le conseil de gestion. Aucune décision financière ne peut être prise en dehors du cadre budgétaire sans l'accord du groupe RH/finances.

Le budget est approuvé par le Comité de réseau. La gestion financière quotidienne est assurée par la coordination dans le respect du budget validé.

Pour la réalisation de cette tâche, la coordination est assistée par le conseil de gestion et le groupe RH/finances.

Les moyens de fonctionnement du réseau sont assurés par un financement versé par le SPF santé publique sur le compte de l'hôpital-receveur (La Petite Maison à Chastre) par le biais d'une Convention B4.

L'hôpital-receveur rétrocède l'intégralité des subsides reçus dans le cadre de cette convention via le budget des moyens financiers de son hôpital au réseau archipel.

L'hôpital contractant, perçoit dans son budget des moyens financiers (BMF), au nom et pour le compte du réseau archipel.

Les financements sont repris dans la convention « B4 » signée avec le SPF Santé publique.

Tout montant reçu par l'hôpital contractant dans le cadre de son B4 et relatif au financement du Réseau, sera transféré chaque mois (1/12ème), avec un délai de 2 mois (délai de réception) au bénéfice du Réseau archipel, sur le compte archipel IBAN BE .....porté par la Clinique Saint-Pierre Ottignies (CSPO) à partir de janvier 2020.

Le comité réseau est pleinement responsable devant le SPF santé publique de la bonne utilisation de ces subventions et du respect des règles et conditions prévues pour ces subventions.

Le comité réseau, le groupe RH/finances et le conseil de gestion archipel donnent toute assistance à l'hôpital-receveur dans l'accomplissement de ses obligations envers les autorités publiques relatives à ses subventions notamment pour l'établissement des documents, rapports, informations à soumettre au vu des conventions B4 de subsides.

Le comité réseau archipel veille à associer l'hôpital-receveur à toute initiative concernant ces subventions.

Principes en cas de sanction ou de révision négative :

Toute sanction ou révision négative qui serait appliquée par le SPF Santé Publique, et plus particulièrement sur base de l'article 7 de la convention « B4 », donnera lieu à un remboursement via le compte dédicacé au réseau archipel des sommes réclamées à l'hôpital contractant de la convention B4.
En cas de sanction ou de révision négative, lors du contrôle de l'exercice de financement, l'hôpital contractant enverra, une déclaration de créance au réseau archipel.

Celui-ci s'engage à honorer dans les quinze jours calendrier le montant qui lui sera réclamé. En cas de non remboursement du montant dû dans le délai prévu le réseau autorise l'hôpital contractant à déduire la somme due des rétrocessions futures au réseau.

Après analyse par le groupe RH/finances si la responsabilité d'un partenaire est engagée, celui-ci remboursera les montants réclamés.

Dans ce cas, le comité de gestion du réseau archipel enverra, une déclaration de créance au partenaire concerné.

Celui-ci s'engage à honorer dans les quinze jours calendrier le montant qui lui sera réclamé. Le non remboursement du montant dû dans le délai prévu entraine la suspension du paiement des tranches suivantes.

En cas de retrait d'un partenaire du comité réseau ou du groupe RH/finances, celui-ci reste responsable pour tous montants récupérés par le SPF Santé Publique liés aux dépenses dont il était responsable durant son adhésion.

Si la responsabilité, dont question ci-avant, n'est pas reconnue ou ne peut être identifiée, les montants récupérés ou rejetés par le SPF Santé Publique seront pris en charge par le réseau.

Toute subvention non dépensée par le Réseau sera ristournée à l'hôpital contractant, laquelle remboursera le SPF Santé Publique dans le cadre de son BMF.

En cas d'arrêt de la nouvelle politique et si des révisions conduisent à des récupérations ou à des sanctions qui ne pourraient plus être déduites sur les rétrocessions futures et pour lesquels, la responsabilité, dont question ci-avant, n'est pas reconnue ou ne peut être identifiée, les montants récupérés ou rejetés par le SPF Santé Publique seront pris en charge, par les partenaires employeurs à part égale.

ANNEXE 11 :

Balises utiles au bon fonctionnement du personnel

Convention de réseau archipel
Réseau intersectoriel de santé mentale pour les jeunes (0-23ans) du Brabant wallon

archipel

Balises

utiles au bon fonctionnement du personnel mis à disposition au sein d'archipel

réseau intersectoriel de santé mentale

pour les jeunes (0-23 ans) du Brabant wallon

Document à destination des travailleurs et des employeurs

archipel

1. Table des matières

1. TABLE DES MATIÈRES 2

2. HISTORIQUE DU DOCUMENT 3

3. PRÉAMBULE 3

4. INTRODUCTION 4

5. MODALITÉS DE TRAVAIL COMMUNES À TOUS LES TRAVAILLEURS 4

6. MODALITÉS DE TRAVAIL SPÉCIFIQUES POUR LE PERSONNEL AU SEIN DES ÉQUIPES MOBILES 7

7. MODALITÉS DE TRAVAIL SPÉCIFIQUES POUR LES TRAVAILLEURS HORS ÉQUIPES MOBILES 9

2. Historique du document

A la rédaction et réflexion : Marie-Madeleine Hendrickx (coordinatrice), Evelyne Chambeau (Directrice générale de la petite maison et Hôpital B4), Etienne Joiret (ASBL Esquirol), Barbara Truyers (coordinatrice)

Dates des rencontres 2019: 8/03, 15/10, 27/11

3. Préambule

3.1. Les présentes balises ont été approuvées par le Groupe RH/finances en date du .../.../20.....et par le comité réseau en date du .../.../ 20.... Elles entrent en vigueur à la date du....

3.2. L'employeur reste le responsable hiérarchique de l'employé dans le respect du loi du travail, du règlement de travail et du ROI de l'employeur.

3.3. Les présentes balises sont applicables sous réserve de l'accord de l'employeur et de l'employé. L'accord de l'employé est consigné dans le dossier de l'employeur. Une copie est transmise à la coordination du réseau.

3.4. Elles visent:

- une harmonisation des pratiques, pour faciliter une bonne organisation de la mise à disposition du personnel au sein du réseau.

- Une gestion concertée pour le personnel mis à disposition au sein d'archipel .

3.5. Les présentes balises ne peuvent être modifiées que sur proposition du Groupe RH/finances qui s'assure de l'accord unanime des employeurs. Il organise, via la coordination et les responsables fonctionnels, une concertation avec les employés. Les modifications seront validés par le comité de réseau.

3.6. Chaque travailleur mis à disposition du réseau a un(e) *responsable fonctionnel* identifié au sein du dit réseau.

3.7. Les responsables fonctionnels:

Les responsables fonctionnels des équipes mobiles sont: les psychiatres

Les responsables fonctionnels des psychiatres de réseau sont Paul de Bock et Jo Holsbeek du SPF Santé. En ce qui concerne le volet clinique, le responsable fonctionnel est l'employeur via son médecin chef ou médecin directeur.

Le responsable fonctionnel des agents de liaisons et du case manager est: le coordinateur du réseau.

Les responsables fonctionnels du coordinateur sont Paul de Bock et Jo Holsbeek du SPF Santé

3.8. Le réseau archipel via les responsables fonctionnels doit veiller au respect, pendant la durée de la mise à disposition, de la législation en matière de règlementation et de protection du travail applicables sur le lieu du travail. Il s'agit, notamment, des dispositions qui ont trait à la durée de travail, aux jours fériés, au repos du dimanche, au travail des femmes, au travail des jeunes, au travail de nuit, aux règlements de travail, à la santé et à la sécurité des travailleurs ainsi qu'à la salubrité du travail et des lieux de travail.

3.9. Ces présentes balises répondent à la demande du SPF concernant le flux d'information en lien avec la gestion du personnel mis à disposition.

4. Introduction

4.1. Le 30 mars 2015, le Guide « Vers une nouvelle politique de soins de santé mentale pour enfants et adolescents » était approuvé par la Conférence Interministérielle Santé publique et signé par 9 ministres. Le fondement y est posé d'une nouvelle politique de santé mentale basée sur les besoins des jeunes et des enfants ayant des problèmes psychiques ou psychologiques et de leur entourage. En pratique, des réseaux intersectoriels de santé mentale sont mis en place sur toutes les provinces belges afin de regrouper 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, de tous les secteurs (ONE, AVIQ, AAJ…mais aussi enseignement, culture, loisirs etc.) autour d'une Convention de réseau. Ils réalisent ensemble, à partir du réseau, un certain nombre de missions (programmes) dans une approche globale et intégrée.

En Brabant wallon, le réseau archipel regroupe des partenaires de tous les secteurs concernés par la santé mentale des enfants et des adolescents.

4.2. Les programmes de soins de crise et de longue durée proposent aux enfants en situation de crise une aide intensive sur mesure en réorganisant l'offre de base des différents partenaires.

Dans ce cadre, des équipes mobiles sont créées. Il s'agit d'équipes intersectorielles et multidisciplinaires qui travaillent sous la responsabilité de deux pédopsychiatres.

L'équipe mobile Wei-Ji intervient sur le lieu de vie de l'enfant ou du jeune dans des situations de crise aigüe (qui pourraient dé, éventuellement, dégénérer rapidement en urgences vitales).

L'équipe mobile EMOSA prend en charge des situations multifactorielles complexes quand le réseau ne parvient plus à offrir une aide suffisante.

Ces équipes sont composées de personnes mises à disposition pour un certain nombre d'heures – généralement un mi-temps- par des partenaires du réseau provenant des différents secteurs. Cela permet de mettre en commun des expertises de travail très diverses pour être le plus adéquat possible dans les prises en charge des jeunes en difficultés.

4.3. Le programme de consultation et de liaison intersectorielle est réalisé au bénéfice de tous les enfants et les adolescents du Brabant wallon. L'objectif est de faciliter l'échange de l'expertise et des expériences de terrain de toutes les personnes impliquées pour offrir des soins continus basés sur les besoins de l'enfant, de l'adolescent et plus spécifiquement pour ceux qui présentent des problèmes psychiques et leur entourage.

Ce programme est intégré, global et principalement intersectoriel. Il est intégré dans l'offre de consultation et de liaison intersectorielle de chaque partenaire, prestataires de soins, institutions et services qui se centrent sur le public cible des enfants, les adolescents et leur entourage.

5. Modalités de travail communes à tous les travailleurs

5.1. Le travailleur conserve (évidemment) sa qualité de travailleur chez l'employeur pendant toute la durée de la mise à disposition et demeure soumis à l'ensemble des dispositions réglementaires applicables chez son employeur, en ce compris les dispositions reprises par la commission paritaire de celui-ci.

5.2. Pour le bien de chacune des parties et pour la réussite de la mission, une étroite collaboration est mise sur pied entre l'employeur, le réseau archipel et le travailleur mis à disposition. Les parties se tiennent mutuellement informées de la bonne exécution des mesures prévues dans le présent document et des problèmes rencontrés. L'employeur désigne la personne ou le service qui sera l'interlocuteur du réseau et il en informe les parties.

5.3. L'employeur gère la situation administrative et assure le coût de la mise à disposition selon les règles propres à son organisation. La rétrocession du coût est effectuée via la comptable réseau.

5.4. Entretiens de développement

5.4.1. L'employeur accepte d'organiser avec le responsable fonctionnel du membre du personnel une procédure d'entretien de développement. Cet entretien sera organisé une fois par an. L'entretien sera retranscrit par écrit et gardé dans le dossier du personnel. Tous trois signent ce document. Une copie signée sera transmise à l'employé et au responsable fonctionnel.

5.4.2. Chaque employeur nomme une personne déléguée–chargée de l'entretien de développement avec le responsable fonctionnel.

5.4.3. Cet entretien se déroule sous l'autorité de l'employeur.

5.5. Congés des travailleurs

3.5.1 L'octroi des congés s'opère en fonction du régime des congés en vigueur chez l'employeur. Pour l'activité des travailleurs dans le réseau, l'octroi des congés se fait selon les demandes du réseau en concertation avec l'employeur. En fonction de l'organisation du service les responsables fonctionnels signent les feuilles de congés. Ces dernières sont transmises par l'employé pour accord à son employeur.

3.5.2. En début d'année, les travailleurs reçoivent de la part de l'employeur un document stipulant le nombre de jours de congés annuels, de congés complémentaires (congé d'ancienneté,...) et de congés extra-légaux auxquels ils ont droit. Chaque travailleur reste soumis au règlement de travail de son employeur (voir avenant du contrat de travail).

5.6. Note de frais de transport pour utilisation de sa voiture privée

5.6.1 Chaque travailleur remplit les formulaires de défraiement et y accroche les pièces justificatives (tickets de parking pendant les visites à domicile ou les déplacements). Ces formulaires sont remis à la référente accueil et liaison (pour les équipes mobiles), au responsable fonctionnel pour les autres. Après signature pour accord du responsable fonctionnel, ces dernières sont transmises par l'employé (sauf organisation différente du service) pour accord à son employeur qui se charge du paiement.

5.6.2 Il est demandé lors des déplacements, de rationnaliser au maximum l'usage des véhicules privés.

5.6.3 Une assurance omnium mission est prise par le réseau.

5.7. Accident de travail

En cas d'accident de travail ou sur le chemin du travail, l'employé informera dans les plus brefs délais son employeur et son responsable fonctionnel. Il fera parvenir sans délai à l'employeur la relation circonstanciée de l'accident et répondra à toutes demandes d'information complémentaires.

5.8. Absence des travailleurs

3.8.1 En cas d'absence quel qu'en soit la raison, le travailleur doit prévenir son employeur et son responsable fonctionnel (la référente accueil pour les équipes mobiles qui se chargera de communiquer cette absence aux responsables fonctionnels, aux autres collègues et aux patients).

3.8.2. Cette absence doit être communiquée le plus tôt possible par le travailleur et justifiée (certificat médical…) selon les dispositions reprises dans le ROI de son employeur.

3.8.3. Si le responsable fonctionnel et/ou la référente accueil constate une absence sans en avoir été prévenu, il en informe l'employeur.

5.9. Contentieux/ Recadrage

5.9.1 Le responsable fonctionnel doit informer l'employeur - par un écrit circonstancié - de tout dysfonctionnement constaté dans le chef de l'employé. L'employeur prévoit alors un contact avec le responsable fonctionnel et prend les dispositions nécessaires. Si :

- **le responsable fonctionnel constate une faute** (qu'il présume grave) dans le chef de la personne mise à disposition, il est tenu d'avertir immédiatement par écrit l'employeur et au plus tard dans les 24 heures ouvrables qui suivent le constat de la faute présumée.
- **La fin de la mise à disposition est envisagée,** le groupe RH/finances est systématiquement informé. Le cas échéant, un avis est demandé au groupe RH/finances pour soutenir une procédure équitable et respectueuse des droits de toutes les parties en regard des spécificités du réseau archipel et des présentes balises;
- **Des procédures sont envisagées,** (licenciement, avertissement, …) c'est l'employeur qui, en se basant sur le dossier de l'employé, le réalisera -ou non en fonction de son analyse - dans le respect de la procédure en usage dans son institution (rencontre, avertissement,…);
- Si une personne est engagée dans les liens d'un contrat à durée indéterminée pour remplacer le travailleur mis à disposition et que celui-ci revient à son poste de travail initial de sa propre initiative, il ne pourra réintégrer son institution que lorsque le préavis du travailleur remplaçant aura été presté. Si, par contre, c'est le réseau qui décide de mettre un terme à la mise à disposition, le réseau se met d'accord avec l'employeur et paie l'éventuel préavis du travailleur remplaçant
- S'il est demandé à un employeur d'engager expressément un travailleur exclusivement pour le réseau, le préavis de cette personne, si elle ne convient pas, sera payé par le réseau

5.9.2 Les modalités de préavis sont décidées par l'employeur après concertation avec le réseau représenté par la coordination qui prend en compte l'avis du responsable fonctionnel, et le cas échéant, l'avis du groupe RH/finances.

6. Modalités de travail spécifiques pour le personnel au sein des équipes mobiles

6.1. Pour les équipes mobiles, c'est la référente accueil et liaison qui est l'interlocuteur des employeurs.

6.2. Le travail s'effectue au sein d'une des deux équipes mobiles intersectorielles, pluridisciplinaires et complémentaires sous la direction des deux pédopsychiatres du réseau.

Ceux-ci disposent tous deux de l'autorité fonctionnelle sur le personnel mis à disposition au sein des équipes mobiles pour lui confier les tâches nécessaires à la réalisation de la mission et superviser leur réalisation. Les pédopsychiatres sont dénommés ci-après « responsables fonctionnels ».

6.3. Le travailleur effectue ses prestations au départ des bâtiments des équipes mobiles du réseau. Dans le cadre des déplacements effectués lors du temps de travail presté pour le réseau, c'est cette adresse qui sert d'adresse de départ et d'arrivée pour le calcul des frais de déplacement

6.4. Horaires du service

6.4.1. Les travailleurs prestent les heures de travail prévues selon l'horaire établi dans leur contrat de travail. Un planning de base est réalisé pour chaque équipe. Ce planning de base peut être adapté en fonction des rendez-vous (modification à communiquer par après dans les horaires prestés à la référente accueil et liaison) avec l'accord du travailleur. Le réseau doit respecter la législation sociale sur les horaires de travail.

Le planning de base est établi selon les principes suivants :

- Horaire presté du lundi au vendredi entre 9h et 17h pour l'équipe assertive.
- Horaire presté du lundi au vendredi de 8h30 à 18h00 pour l'équipe de crise.
- Les heures complémentaires prestées doivent être récupérées au plus vite dans les semaines suivantes (avec accord des responsables) et ne peuvent pas faire l'objet de « jours de congé » cumulés
- Les travailleurs doivent rendre à la fin de chaque mois l'horaire presté et l'horaire prévisionnel pour le mois suivant à la référente accueil et liaison. Un document reprenant les éventuelles heures complémentaires ou de récupérations prestées y sera associé. La référente accueil et liaison enverra une copie aux différents employeurs après signature des responsables fonctionnels.
- Les heures supplémentaires (plus de 11h/jour et/ou 50h/semaine) ne sont pas acceptées sauf cas exceptionnel validé par l'employeur et le responsable fonctionnel et sont dès lors payées par le réseau.

Exceptions :

- Les travailleurs bénéficient d'un quota horaire pour formation, variable selon l'employeur, pour assister à des conférences, colloques, séminaires,....
- Si ce temps est pris sur le temps de travail en équipe mobile, il doit être discuté avec le responsable fonctionnel et l'employeur et ne pas nuire à la continuité des soins. Les heures consacrées en soirée ou en week-end à des réunions de présentations des équipes mobiles sont également comptabilisées dans les heures prestées après accord du responsable fonctionnel.

- Le SPF prend en charge les formations spécifiques au travail en équipes mobiles ; d'autres formations potentiellement pertinentes doivent faire l'objet d'une discussion en équipe et de l'accord du responsable fonctionnel.. Les frais de formation effectués pour le travail en équipes mobiles ne sont en aucun cas imputables aux employeurs.

  Toute demande de formation, émanant du travailleur ou à la demande d'archipel et ayant un impact sur les heures prestées en dehors d'archipel, doit recevoir l'accord préalable de l'employeur.

6.4.2. Horaires des psychiatres

Les psychiatres prestent chacune respectivement 18h et 20h/semaine.

6.5. Modalités particulières des demandes de congés

6.5.1. Les desiderata de congés sont à communiquer à l'employeur et au responsable fonctionnel. Le responsable fonctionnel, après avoir reçu tous les propositions, propose une organisation en fonction des desideratas de chacun et des principes mis en avant par les équipes à savoir :

- Les travailleurs de la même fonction sont invités à trouver une organisation à l'amiable pour assurer une permanence quotidienne de chaque fonction pendant les périodes de vacances les plus demandées.
- Des congés de plus de 3 semaines d'affilée (week-ends et jours fériés inclus) ne sont pas souhaitable pour soutenir une bonne continuité des soins.
- En cas de conflits au sein de l'équipe mobile entre les travailleurs concernant les desiderata de congé, le responsable d'équipe propose une solution selon les principes suivants.
  - Les membres de familles monoparentales sont prioritaires.
  - Les travailleurs qui ont des enfants en âge scolaire sont prioritaires pour prendre leurs congés pendant les congés scolaires
  - Les travailleurs mariés ou en cohabitation légale ont droit à 2 semaines de congés simultanées avec leur conjoint (week-ends et jours fériés inclus), endéans la période de congé principale (du 1er mai au 30 septembre).
  - Les travailleurs qui dans le cadre de leur contrat de travail doivent prendre des congés obligatoires

6.5.2. Le planning de congés est discuté en équipe et reçoit l'accord des responsables fonctionnels. Chaque employé complètera sa feuille de congé concernant l'équipe mobile et la remettra à la référente accueil et liaison. Cette dernière la transmettra à l'employeur dans le respect du planning prévu chez l'employeur.

6.5.3. Ces propositions de congé sont transmises pour la fin du mois de février par la référente accueil et liaison à l'employeur qui les valide pour la fin du mois de mars au plus tard.

6.5.4 Une fois les congés principaux validés, ils ne peuvent être modifiés sans l'accord du salarié sauf cas de force majeure.

6.6. Modalités particulières concernant les absences du travailleur équipe mobile

L'employeur transmet-une copie des pièces justificatives à la référente accueil et liaison de l'équipe mobile

L'ensemble des documents justificatifs est consigné dans le classeur « Horaires - États de prestations Travailleurs » sous la responsabilité de la référente accueil et liaison des équipes mobiles.

7. Modalités de travail spécifiques pour les travailleurs hors équipes mobiles

7.1. Pour les heures prestées au sein du réseau archipel, le travailleur est sous la supervision du responsable fonctionnel désigné.

Le responsable fonctionnel donne les instructions nécessaires à la réalisation de la mission, supervise et évalue son travail.

7.2. Le travailleur effectue ses prestations au départ des bâtiments de l'utilisateur sis au 13, Place Henri Berger à Wavre. Dans le cadre des déplacements effectués lors du temps de travail presté pour l'utilisateur, c'est cette adresse qui sert d'adresse de départ et d'arrivée pour le calcul des frais de déplacement. Le travailleur gère les déplacements en « bon père de famille » pour limiter le coût et les déplacements.