

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

Modèle pour la description du programme de soins de crise

1. Introduction

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. Y est posé le fondement d'une nouvelle politique de soins de santé mentale basée sur les besoins des enfants et des adolescents présentant des problèmes psychiques ou psychologiques et de leur entourage. Afin de répondre au mieux à ces besoins, nous optons explicitement pour une approche globale et intégrée de toutes les composantes de soins.

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

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

2. Implémentation progressive

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

Dans un premier temps, nous voulons mettre l'accent sur la création et la coordination des réseaux. La concordance entre, d'une part, le développement du réseau sur le terrain et, d'autre part, le planning tel qu'indiqué dans le modèle de description du réseau sera suivie, évaluée et, le cas échéant, adaptée.

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

deuxième phase (cf. guide, Plan national 2015-2020, actions 11¹, 13², 15³, 16⁴ et 17⁵). Le programme de soins de crise est global. Cela signifie qu'il s'inscrit dans l'offre de crise de tous les partenaires concernés, prestataires de soins, institutions et services qui s'adressent aux enfants, aux adolescents et à leur entourage.

Les troisième et quatrième phases sont planifiées dès 2016 et comprendront la réalisation des programmes *assertive care* et de *liaison*.

3. Financement du réseau

Comme cela a déjà été précisé dans les Directives de coordination des réseaux pour enfants et adolescents, un montant annuel de 100.000 euros par réseau est prévu pour le financement de la coordination de réseau. Dès qu'un réseau est prêt à démarrer, un budget de 100.000 euros par an pour les moyens de fonctionnement est prévu, ainsi que 175.000 euros pour le recrutement d'un médecin responsable (38 h). Ces montants sont recalculés sur la base du nombre réel de mois prestés (en douzièmes).

Les moyens de fonctionnement peuvent être utilisés pour assurer le fonctionnement quotidien des différents programmes, pour l'hébergement (loyer), les frais de déplacement, les moyens logistiques, ICT...

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

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

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

Pour 2015, les 275.000 euros annoncés peuvent être utilisés intégralement pour la réalisation du programme de soins de crise. À partir de 2016, ce budget sera également investi dans la réalisation des autres phases de la nouvelle politique. La gestion des moyens disponibles sera entre-temps évaluée.

Le financement du gouvernement fédéral est prévu par le biais de conventions B4 avec des hôpitaux qui font partie du réseau. Ces hôpitaux doivent investir les moyens dans le réseau auquel ils appartiennent. Ils transmettent intégralement et immédiatement les moyens reçus au réseau dont ils

¹ Implémenter une fonction de liaison rapide et efficace au départ des soins en santé mentale vers les médecins généralistes, les médecins scolaires, les pédiatres et les services d'urgences, et de SPHG et de pédiatrie des hôpitaux généraux spécifiquement pour les enfants et adolescents nécessitant des soins urgents liés à une problématique psychique sévère.

² Organiser une coordination des soins et un casemanagement (wrap-around approach) autour des enfants et adolescents présentant une problématique sévère, complexe et multiple et des jeunes avec une problématique psychiatrique qui sont sous le coup d'une décision de justice, nécessitant un travail en réseau intersectoriel, partant des fonctions de liaison pour les adolescents présentant une problématique psychiatrique et faisant l'objet d'une mesure judiciaire, en tenant compte des initiatives existantes. Une attention particulière est accordée aux jeunes adultes de la tranche d'âge charnière allant de 16 à 23 ans.

³ Implémenter une offre de base suffisante, de qualité, accessible et abordable de soins en santé mentale spécialisés pour enfants et adolescents dans les limites de la zone d'action de chaque réseau.

⁴ Renforcer le diagnostic et le traitement en ambulatoire d'enfants et d'adolescents, de préférence après réorientation d'un médecin ou d'un travailleur de santé de première ligne.

⁵ Mettre en place des dispositifs de diagnostic et de traitement intensifs mobiles dans le cadre de vie et d'apprentissage d'enfants et d'adolescents qui se trouvent dans une situation de crise nécessitant une aide intensive urgente, en tenant compte des initiatives existantes.

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

4. Programme de soins de crise

Le programme de soins de crise en santé mentale est intégré et global. Il s'inscrit dans l'offre de crise de tous les partenaires concernés, prestataires de soins, institutions et services qui s'adressent aux enfants, aux adolescents et à leur entourage.

Le programme de soins de crise est destiné aux enfants et adolescents qui se trouvent dans une situation de crise sans danger vital. Le but consiste à proposer une aide intensive sur mesure, dans les plus brefs délais, de préférence endéans quelques jours. Dans un premier temps, la stabilisation de la crise est visée afin d'en prévenir toute aggravation.

Les soins de crise sont de courte durée, mais restent actifs aussi longtemps qu'il est nécessaire ou recommandé et ce, toujours en fonction des besoins de l'enfant, de l'adolescent et de son entourage.

Le programme de soins de crise englobe les fonctions de dépistage, d'orientation, de diagnostic, de traitement, d'échange et de mise en commun de l'expertise (cf. guide, chapitre 3.2⁶).

Les partenaires du réseau élaborent ces fonctions et, ce faisant, développent une offre de crise intégrée mobile, ambulatoire et (semi-)résidentielle (cf. guide, programmes d'activité 3 et 4). Comme dit précédemment, les soins de crise doivent être intégrés dans l'offre de crise existante.

La collaboration et le travail en réseau occupent donc une position centrale dans chaque programme. Dans le programme de soins de crise, cela se concrétise notamment par la mobilisation d'effectifs de l'offre ambulatoire et (semi-)résidentielle dans les soins mobiles de crise d'outreaching (cf. ci-dessous).

L'aide urgente ou les soins d'urgence font partie intégrante du programme de soins de crise⁷, mais peuvent s'en distinguer en tant que forme d'aide spécifique⁸.

L'aide urgente s'adresse aux enfants et adolescents en situations d'urgence vitale. Cette forme d'aide est proposée immédiatement ou dans un délai de quelques heures, et requiert une collaboration intensive avec des médecins généralistes, des médecins scolaires, des pédiatres, des services des urgences, des services pédiatriques et des services SPHG,... (cf. guide, Plan national 2015-2020, action 11).

Nous optons pour une implémentation progressive de l'aide urgente dans le programme de soins de crise : les réseaux peuvent déjà commencer l'implémentation - et le mentionner dans le présent template - mais n'y sont pas encore obligés. L'aide d'urgence sera implémentée lors d'une phase ultérieure.

5. Financement du programme de soins de crise

Le financement du gouvernement fédéral est prévu par le biais de conventions B4 avec des hôpitaux qui font partie du réseau. Ces hôpitaux doivent investir les moyens dans le réseau auquel ils appartiennent. Ils transmettent intégralement et immédiatement les moyens reçus à leur réseau. Les communautés et les régions financent les partenaires relevant de leurs compétences et les missions qui sont dévolues à ces partenaires.

⁶ Ce chapitre dépeint les cinq missions-clés du réseau, à savoir (a) la détection précoce, le dépistage et l'orientation, (b) le diagnostic, (c) le traitement, (d) l'inclusion dans tous les domaines de vie et (e) l'échange et la mise en commun de l'expertise

⁷ KCE reports 135B - L'urgence psychiatrique pour enfants et adolescents

⁸ Avis du CNEH concernant la mise en place d'un programme de SSM pour enfants et adolescents

Dans le cadre du financement du programme de soins de crise, le gouvernement fédéral met à disposition un financement annuel complémentaire de 4.680.000 euros pour la réalisation de soins de crise mobiles (cf. guide, programme d'activité 4 : soins de santé mentale d'outreaching pour enfants et adolescents par le biais de l'organisation de soins de crise mobiles), ainsi qu'un investissement complémentaire annuel de 4.332.540 euros pour le soutien des soins de crise mobiles, ambulatoires et (semi-)résidentiels (cf. guide, programme d'activité 3 : offre de base en soins de santé mentale spécialisés pour enfants et adolescents dans un cadre ambulatoire, semi-résidentiel et résidentiel).

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

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

Les coefficients de pondération ont été calculés en passant par différentes étapes. Pour le calcul du premier coefficient de pondération (c'est-à-dire la pondération sur base de la répartition démographique et de la répartition du nombre d'enfants et d'adolescents par province), nous avons procédé comme suit.

Tout d'abord, des estimations fiables indiquent qu'en Europe, en moyenne 20% des enfants et adolescents souffrent de problèmes d'ordre psychique. Partant de là, on peut calculer, tant au niveau fédéral que provincial, le nombre d'enfants et d'adolescents atteints de problèmes psychiques. Théoriquement, une province belge moyenne compte en moyenne 42.684 jeunes présentant des problèmes psychiques. Les provinces plus peuplées comptent toutefois plus de jeunes ayant des problèmes psychiques que les provinces moins peuplées de jeunes. Illustrons cela par un exemple : en province d'Anvers, le nombre d'enfants et d'adolescents atteints d'une problématique psychique est estimé à 77.951. Si nous considérons séparément, dans chaque province, le nombre estimé d'enfants et d'adolescents atteints de troubles psychiques (en l'occurrence 77.951 pour la province d'Anvers) par rapport à la moyenne théorique (en l'occurrence 42.684), nous pouvons définir un premier coefficient de pondération, à savoir $77.951/42.684$, ou 1,82623465467154. Cette méthode de travail a été systématiquement répétée pour les autres provinces et la Région de Bruxelles-Capitale.

Le deuxième coefficient de pondération (c'est-à-dire la pondération sur base du statut socio-économique de la population par province) a été calculé de manière analogue. Partant des données de l'Enquête de santé nationale 2013 et des statistiques récentes du SPF Économie et du SPF Santé publique, on a déterminé, pour chaque province et pour la Région de Bruxelles-Capitale, le coefficient de pondération fondé sur le lien entre un bas revenu/revenu moyen par individu (en comparaison avec un revenu moyen/revenu élevé par individu) et l'apparition de problèmes psychiques. En ce qui concerne la Belgique, ceci nous permet d'avancer que les personnes qui ont un bas revenu ou un revenu moyen ont 1,41 fois plus de chances de présenter un problème psychique. Ce rapport diffère d'une province à l'autre. À l'instar du calcul du premier coefficient de pondération, on a systématiquement comparé le chiffre provincial à la moyenne belge, ce qui a permis de calculer le deuxième coefficient.

Enfin, la combinaison des deux types de coefficient et leur multiplication l'un par l'autre permet d'obtenir un coefficient de pondération définitif pour chaque réseau. Ce coefficient de pondération indique comment répartir au mieux le budget en fonction d'une répartition qui tient compte de la structure de la population et du revenu (cf. tableau 1).

Tableau 1: Coefficients de pondération définitifs par réseau (CPD)

Réseau	Coefficient de pondération définitifs
Flandre occidentale	0,79220981622033
Flandre orientale	1,33622778187339
Anvers	1,62796405261654
Limbourg	0,92102395720000
Brabant flamand	0,82554040191777
Région de Bruxelles-Capitale	2,00208013708469
Brabant wallon	0,32033878319202
Hainaut	1,11512674345627
Liège	1,17651400551992
Namur	0,68796498189503
Luxembourg	0,19500933850000

5.1. Soins de crise mobiles

Pour la réalisation des soins de crise mobiles, le gouvernement fédéral met à disposition un financement complémentaire annuel de 4.680.000 euros. Ce budget peut déjà être utilisé par les réseaux qui sont prêts à démarrer. À partir du 1er janvier 2016, les ressources suivantes de l'offre actuelle de soins mobiles financés par le fédéral seront intégrées dans le financement des réseaux (cf. guide, Plan national 2015-2020, action 4⁹) :

- Les 13 équipes mobiles créées dans le cadre du projet pilote fédéral '*SSM-jeunes concernant les soins psychiatriques pour enfants et adolescents séjournant à domicile au moyen de l'outreaching*', à raison de 145.962,17 euros par équipe
- Les 3 équipes mobiles rattachées aux lits K de crise et créées dans le cadre du projet pilote fédéral '*Adolescents judiciairisés présentant une problématique psychiatrique*', à raison de 180.671,85 euros par équipe

En d'autres termes, à partir de 2016, un financement total de 7.119.523,76 euros sera mis à la disposition du programme de soins de crise. Les coefficients de pondération seront appliqués à ce montant pour obtenir une clé de répartition provinciale. Avant que les coefficients de pondération ne puissent être appliqués à la répartition des moyens, il importe cependant de préciser que chaque réseau doit disposer d'au moins 390.000 euros, soit le financement d'une équipe de 6 équivalents temps plein (ETP). Or, les facteurs de pondération du Brabant wallon et du Luxembourg sont tels ~~si bas~~ que ces réseaux risquent de ne pas atteindre le seuil de 390.000 euros. Il a été décidé d'accorder *de facto* le montant minimal de 390.000 euros à ces réseaux. Cela implique toutefois une solidarisation des autres réseaux, en l'occurrence un recalcul des CPD qui sont corrigés en ne tenant pas compte des réseaux qui reçoivent un financement de base de 390.000 euros.

⁹ Evaluer et adapter les projets (pilotes) existants, les pratiques susceptibles de servir de modèle et les initiatives nouvelles en vue d'une reconnaissance et d'un financement structurels.

Tableau 2: Coefficients de pondération corrigés par réseau (CPC)

Réseau	Coefficient de pondération corrigé
Flandre occidentale	0,6800310042748400
Flandre orientale	1,1470147198915500
Anvers	1,3974404342854900
Limbourg	0,7906047537072860
Brabant flamand	0,7086418990161370
Région de Bruxelles-Capitale	1,7185807830002400
Brabant wallon	N.A.
Hainaut	0,9572221193424280
Liège	1,0099167977169000
Namur	0,5905474887651250
Luxembourg	N.A.

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

Tableau 3: Financement fédéral annuel complémentaire en euros pour les soins de crise mobiles à partir de 2016

Réseau	Financement minimal	Pilote Lits K de crise	Pilote Outreach	Total soins de crise mobile (non pondéré)	Pondération CPD (a)	Pondération CPC (b)	Total financement complémentaire (c)
Flandre occidentale	390.000,00	0,00	145.962,17	535.962,17	512.741,51	479.008,08	333.045,91
Flandre orientale	390.000,00	0,00	145.962,17	535.962,17	864.845,95	807.947,45	661.985,28
Anvers	390.000,00	0,00	291.924,34	681.924,34	1.053.666,25	984.345,20	692.420,86
Limbourg	390.000,00	180.671,85	145.962,17	716.634,02	596.113,81	556.895,29	230.261,27
Brabant flamand	390.000,00	0,00	145.962,17	535.962,17	534.314,05	499.161,35	353.199,18
Région de Bruxelles-Capitale	780.000,00	0,00	145.962,17	925.962,17	1.295.805,19	1.210.553,75	1.064.591,58
Brabant wallon	390.000,00	0,00	291.924,34	681.924,34	207.332,69	390.000,00	98.075,66
Hainaut	390.000,00	180.671,85	145.962,17	716.634,02	721.742,85	674.259,15	347.625,13
Liège	390.000,00	180.671,85	145.962,17	716.634,02	761.474,49	711.376,84	384.742,82
Namur	390.000,00	0,00	145.962,17	535.962,17	445.271,18	415.976,65	270.014,48
Luxembourg	390.000,00	0,00	145.962,17	535.962,17	126.215,78	390.000,00	244.037,83
TOTAL	4.680.000,00	542.015,55	1.897.508,21	7.119.523,76	7.119.523,76	7.119.523,76	4.680.000,00

(a) $(7.119.523,76/11)*CPD$

(b) $(7.119.523,76 - (390.000*2))/9*CPC$

(c) $(b) - (\text{pilote lits K de crise} + \text{pilote outreach})$

5.2. Investissements en faveur des situations de crise

Afin d'encourager les partenaires (semi-)résidentiels à élaborer des soins de crise (semi-)résidentiels, un budget fédéral supplémentaire de 4.332.540 euros a été prévu pour les investissements en faveur des situations de crise.

Les réseaux ayant choisi d'intégrer au moins 10% de leur offre résidentielle pour enfants et adolescents - en l'occurrence des lits K agréés - dans le programme de soins de crise, peuvent prétendre à ce budget. En plus de ces 10% d'offre de crise résidentielle, les services K peuvent intégrer, dans le programme de soins de crise, des lits k (kj ou kn) ainsi que des centres conventionnés INAMI avec leur offre (semi-)résidentielle pour enfants et adolescents. L'offre de crise d'autres partenaires, prestataires de soins, institutions et services qui s'adressent aux enfants, aux adolescents et à leur entourage est également intégrée. Les investissements en faveur des situations de crise sont intégrés dans le programme global de soins de crise en santé mentale. Le réseau recherche un équilibre proportionné entre le financement complémentaire et l'intégration de l'offre (semi-)résidentielle dans le programme de soins de crise.

Au sein du réseau, les soins de crise mobiles collaborent étroitement à l'utilisation de la capacité de crise(semi-)résidentielle.

La réglementation existante en matière de taux d'occupation ne s'applique pas à ces soins de crise (semi-)résidentiels. De cette manière, le réseau peut toujours garantir une offre résidentielle disponible afin de permettre une prise en charge très rapide, de courte durée et flexible en cas de crise. Le personnel lié à cette offre (semi-)résidentielle doit être mobilisé de façon flexible dans les soins de crise mobiles du réseau.

Pour la répartition des moyens, le mode de calcul appliqué est le même que pour les soins de crise mobiles. Avant que les coefficients de pondération ne puissent être appliqués dans la répartition des moyens, il importe, cependant, de préciser que chaque réseau doit disposer d'au moins 144.418 euros, soit le financement de deux lits K de crise.

Tableau 4 : Investissements fédéraux annuels complémentaires en euros en faveur des situations de crise

Netwerk	Pondération CPD (a)	Pondération CPC (b)
Flandre occidentale	312.025,52	305.538,23
Flandre orientale	526.296,39	515.354,22
Anvers	641.201,76	627.870,61
Limbourg	362.761,19	355.219,07
Brabant flamand	325.153,35	318.393,12
Région de Bruxelles-Capitale	788.553,84	772.159,11
Brabant wallon	126.170,96	144.418,00
Hainaut	439.211,93	430.080,32
Liège	463.390,36	453.756,07
Namur	270.966,89	265.333,25
Luxembourg	76.807,80	144.418,00
TOTAL	4.332.540,00	4.332.540,00

(a) $(4.332.540/11)*DWC$

(b) $(4.332.540 - (144.4184*2))/9*GWC$

En fonction des besoins locaux, un réseau peut utiliser maximum 60% de ces investissements pour intensifier l'encadrement de personnel des soins de crise (semi-)résidentiels et des soins de crise mobiles. Le réseau répartit les moyens entre tous les partenaires qui s'engagent à élaborer ces soins de crise.

Un réseau consacre au moins 40% des investissements pour assurer un 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, le réseau assume un rôle de case-management au niveau des situations (cf. guide, Plan national 2015-2020, action 13). Cela signifie qu'en cas de crise, une concertation est organisée entre tous les partenaires concernés, les enfants, les adolescents et leur entourage, afin de proposer une solution à court terme. On doit s'accorder avec les structures de concertations existantes au microniveau (le client). Le réseau peut financer le case-management de plusieurs façons : p. ex. avec les 40% consacrés à la flexibilité du financement par situation, avec les éventuels moyens restants de la coordination de réseau par une intégration maximale ; avec notamment, la fonction de liaison entre la justice et les acteurs des soins de santé mentale (dans le cadre de l'élaboration du trajet de soins pour les jeunes judiciairisés) ou encore et la fonction de concertation pour enfants et adolescents des plates-formes de concertation en soins de santé mentale,...

Le fonctionnement des lits de crise (et des lits de rechute) - qui font partie des unités de traitement intensif pour jeunes FQI -, des unités de traitement intensif pour jeunes FQI/SEP/AF, ainsi que des lits de crise K dans le cadre du projet pilote fédéral '*Adolescents judiciairisés présentant une problématique psychiatrique*' sera évalué par le réseau pour le 1^{er} juillet 2016 et, si nécessaire, adapté en concertation avec le gouvernement (cf. guide, Plan national 2015-2020, action 4¹⁰).

6. Modèle pour la description du programme de soins de crise

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

7. Modalités pratiques

Le modèle sera transmis, avant le 18 septembre 2015, au groupe de travail intercabinet (gti) '*taskforce soins en santé mentale*' via l'adresse mail suivante : jo.holsbeek@sante.belgique.be.

Chaque réseau complète un modèle qui :

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

¹⁰ Evaluer et adapter les projets (pilotes) existants, les pratiques susceptibles de servir de modèle et les initiatives nouvelles en vue d'une reconnaissance et d'un financement structurels.

8. Procédure d'évaluation

Sur la base du modèle proposé , la présentation et le temps de parole, le gti '*taskforce soins en santé mentale*' évalue si le réseau répond à la vision, aux principes de base et au modèle décrits dans le guide. La décision est communiquée par écrit. Les réseaux qui sont prêts à entamer la réalisation du programme de soins de crise pourront utiliser le financement supplémentaire précité à partir du 1er octobre 2015.

Les réseaux qui ne sont pas encore prêts à mettre cette phase de la nouvelle politique en oeuvre, sont informés des points spécifiques à améliorer. Ils remettront un nouveau modèle et le présenteront à partir de décembre 2015 au gti '*taskforce soins en santé mentale*'. L'utilisation du financement précité fera l'objet d'une évaluation intermédiaire approfondie et, le cas échéant, de certains ajustements.

9. Support

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

Des informations pertinentes seront publiées sur un site web (actuellement toujours en cours de réalisation). Un helpdesk (support technique) sera également mis à disposition.

Modèle

Description du programme de soins de crise¹¹

1. Nom du réseau

- Indiquez le nom du réseau.

2. Travail en réseau en fonction du programme de soins de crise

- Donnez un aperçu des différentes étapes qui ont jalonné la concertation et permis au réseau de réaliser le programme de soins de crise sur le plan du contenu et de l'organisation.
- Indiquez les partenaires des autres secteurs ayant collaboré à la réalisation de ce programme et comment ils ont collaboré.
- Décrivez de quelle façon le droit à la parole et l'implication des enfants, des adolescents et de leur entourage sont réalisés au cours du processus de concertation et de travail en réseau.

3. Offre de crise actuelle

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

4. Contexte du programme de soins de crise

- Détaillez les déterminants de santé locaux spécifiques et le contexte socio-économique propre au programme de soins de crise au sein de la province.

5. Mission et vision du programme de soins de crise

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

¹¹ Bien que les éléments du présent modèle ne soient pas encore déterminés et clarifiés complètement, décrivez le calendrier spécifique qui sera suivi et la stratégie potentielle. Le contenu de ce modèle est dynamique.

6. Description du programme de soins de crise

6.1. Développement du contenu du programme de soins de crise

- Décrivez comment le réseau entend réaliser le programme de soins de crise. À cet égard, basez-vous sur les programmes d'activités 'Offre de base en soins de santé mentale spécialisés pour enfants et adolescents dans un cadre ambulatoire, semi-résidentiel et résidentiel' et 'Soins en santé mentale d'outreaching pour les enfants et adolescents par l'organisation de soins de crise mobiles' (cf. guide, chapitre 3.2.2¹²).
- Décrivez de façon très concrète les soins de crise ambulatoires et (semi-)résidentiels qui sont réalisés. Décrivez les partenaires, prestataires de soins, institutions et services s'adressant aux enfants, aux adolescents et à leur entourage qui souhaitent s'engager sur la voie de la complémentarité d'un certain nombre de fonctions de leur offre de base avec des modalités spécifiques en termes de durée, d'intensité, de fréquence, etc. Indiquez ces fonctions et ces modalités, ainsi que les motifs ayant conduit au choix de ces modalités, toujours en restant dans le cadre du programme de soins de crise.
- Décrivez concrètement les soins de crise mobiles sur le plan du contenu. Indiquez comment se déroule la procédure de notification. Indiquez la durée, l'intensité et la fréquence que l'on cherche à atteindre au niveau des activités de soins, ainsi que les motifs ayant conduit au choix de ces modalités, toujours en restant dans le cadre du programme de soins de crise.
- Décrivez concrètement l'investissement en faveur des situations de crise sur le plan du contenu. Expliquez le contenu des propositions du réseau ainsi que la définition et la poursuite du déroulement du case-management (cf. guide, Plan National 2015-2020, action 13).
- Des actions sont-elles entreprises en faveur de groupes cibles spécifiques (tranches d'âge, sous-groupes cibles, ...) ? Indiquez comment la tranche d'âge charnière des 16-23 ans est prise en compte.
- Décrivez comment les partenaires du réseau concilient les différentes fonctions de crise entre elles et veillent au réseautage. Décrivez comment le réseau réalise un programme de crise efficient, effectif, continu et accessible. Comment se déroulent le screening et l'orientation? Quelles sont les modalités de diagnostic et de traitement?
- Décrivez la synchronisation portant sur le contenu avec l'offre de crise existante.

6.2. Développement organisationnel du programme de soins de crise

- Décrivez comment le réseau va opérationnaliser l'offre de soins de crise mobile, ambulatoire et (semi-) résidentielle du programme de soins de crise. Quelle est la capacité (personnel, lits, places, ...) investie dans le programme de soins de crise? Comment la multidisciplinarité et l'intersectorialité sont-elles garanties chez les différents partenaires? Référez-vous, notamment, à l'implication minimale de 10% de l'offre résidentielle existante dans le programme de soins de crise dans le cadre des investissements en faveur des situations de crise. Montrez que le volume du financement supplémentaire pour les investissements en faveur des situations de crise est équilibré par rapport à l'intégration de la capacité (semi-)résidentielle dans le programme de soins de crise. Qu'a-t-on convenu en ce qui concerne le time-out, etc.?
- Détaillez le fonctionnement concret et la composition de l'équipe de soins de crise mobiles. Décrivez le rôle et les missions du médecin responsable (cf. chapitre 3). Indiquez comment l'expertise et les connaissances de l'offre ambulatoire (Services de Santé mentale, CRA, ...) et

¹² Ce chapitre décrit les six programmes d'activités qui sont réalisés, au minimum, au sein du réseau, à savoir (0) prévention universelle et promotion de la santé, (1) détection et intervention précoces, (2) consultation et liaison intersectorielle, (3) offre de base de soins en santé mentale spécialisés pour enfants et adolescents dans un cadre ambulatoire, semi-résidentiel et résidentiel, (4) soins en santé mentale d'outreaching pour les enfants et adolescents par l'organisation de soins de crise, l'aide assertive mobile et la coordination des soins, (5) soutien à l'intégration et à l'inclusion axé sur le rétablissement.

(semi-)résidentielle sont garanties tant sur le plan sectoriel qu'intersectoriel par l'affectation de personnel au niveau des soins de crise mobiles. Où seront localisés les soins de crise mobiles ? Quelle est la fréquence de rencontre de l'équipe ?

- Dans le cadre des investissements en faveur des situations de crise, concentrez vos propositions sur les aspects organisationnels. Concentrez-vous sur les aspects organisationnels des propositions dans le cadre des investissements en faveur des situations de crise. Comment ce financement est-il utilisé? Qu'a convenu le réseau quant aux questions de savoir où et comment ce financement supplémentaire est utilisé? Détaillez l'organisation du case-management.

6.3. Financement du programme de soins de crise

- Le réseau a-t-il une préférence quant à un partenaire résidentiel auquel les autorités fédérales pourraient confier le financement supplémentaire en faveur du programme de soins de crise? Indiquez ses coordonnées.
- Elaborez un financement transparent pour le programme de soins de crise pour la période restante en 2015, ainsi qu'un plan pluriannuel pour 2016 et 2017. Lors de l'établissement de ce plan pluriannuel, tenez compte de l'intégration des équipes mobiles du projet pilote fédéral '*SSM-jeunes concernant les soins psychiatriques pour enfants et jeunes séjournant à domicile au moyen de l'outreaching*' et des équipes mobiles rattachées aux lits K de crise du projet pilote fédéral '*Adolescents judiciairisés présentant une problématique psychiatrique*'. Donnez un aperçu détaillé de l'utilisation du financement pour les soins de crise mobiles, de l'investissement en faveur des situations de crise et du case-management. Tenez également compte du financement pour le médecin responsable et les moyens de fonctionnement du réseau. Précisez comment le réseau souhaite utiliser ces moyens de fonctionnement.

6.4. Coordination avec les initiatives locales en matière de crise

- Donnez un bref aperçu des initiatives locales pertinentes des partenaires, des prestataires de soins, des institutions et des services des autres secteurs, qui s'adressent aux enfants et aux adolescents se trouvant en situation de crise.
- Expliquez comment le programme de soins de crise et les initiatives en question collaborent en vue de parvenir à une offre de crise globale et intégrée sur le territoire de la province.

7. Auto-évaluation du réseau

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

8. Personne de contact pour le programme de soins de crise

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

9. Liste des annexes