

PROTOCOLE CONCLU LE 22 FÉVRIER 2007 ENTRE LE GOUVERNEMENT FÉDÉRAL ET LES AUTORITÉS VISÉES AUX ARTICLES 128, 130, 135 ET 138 DE LA CONSTITUTION, CONCERNANT L'ORGANISATION D'UN TRAJET DE SOINS POUR LES JEUNES AVEC UNE PROBLÉMATIQUE PSYCHIATRIQUE QUI TOMBENT SOUS LE CHAMP D'APPLICATION DE L'ARTICLE 36, 4° ET DE L'ARTICLE 52 DE LA LOI DU 8 AVRIL 1965 RELATIVE À LA PROTECTION DE LA JEUNESSE, À LA PRISE EN CHARGE DES MINEURS AYANT COMMIS UN FAIT QUALIFIÉ INFRACTION ET À LA RÉPARATION DU DOMMAGE CAUSÉ PAR CE FAIT, COMME SOUS-PARTIE D'UN PROGRAMME DE SOINS POUR LES ENFANTS ET LES JEUNES

M.B. 26/06/07

Chapitre 1^{er}. - Concernant la politique à mener

L'État fédéral et les Communautés et Régions s'engagent lors de la Conférence interministérielle «*Santé publique*», sur base des dispositions de ce protocole, à collaborer au développement de soins de santé mentale selon les principes des groupes cibles et des circuits de soins, ainsi qu'à l'organisation d'un réseau de soins intégré dans lequel le patient occupe une place centrale et où la continuité de soins est garantie.

L'État Fédéral et les Communautés et Régions s'engagent via le sous-groupe de travail «*jeunes avec une problématique psychiatrique qui tombent sous le champ d'application de l'article 36, 4° et de l'article 52 de la loi du 8 avril 1965 relative à la protection de la jeunesse, à la prise en charge des mineurs ayant commis un fait qualifié infraction et à la réparation du dommage causé par ce fait*» de la Taskforce SSM, à suivre l'exécution du protocole.

Ce sous-groupe de travail est composé de représentants de l'Autorité fédérale, des Communautés et Régions, du Service public fédéral Santé publique, de l'INAMI, du SPF Justice et des instances judi-

ciaires. Il pourra, si nécessaire, être fait appel au Centre d'expertise fédéral pour les soins de santé. Les avis qui sont formulés par les organes d'avis des Communautés et Régions concernées peuvent également être pris en compte dans la discussion de ce sous-groupe de travail.

Le suivi ultérieur des mesures qui sont décrites dans ce protocole se déroulera également en concertation avec les dispensateurs de soins, les fédérations de soins, les organismes assureurs et avec les organisations de patients et leur entourage. Dans ce but, il sera fait usage maximal des canaux de concertation existants.

Chapitre 2. - Concernant la programmation et la définition des missions de soins (modules de soins) du trajet de soins de Santé mentale médico-légal pour le groupe-cible des enfants et des adolescents

Étant donné que les mesures présentées, ci-après, ont pour but de travailler de façon expérimentale au trajet de soins de santé mentale médico-légal pour le groupe-cible des enfants et des adolescents, il est trop prématuré de faire à ce jour une estimation cor-

recte des besoins ainsi que de la répartition des institutions.

Dans l'attente de déterminer une norme de programmation définitive, il est convenu d'organiser la répartition des moyens complémentaires pour les lits de traitement intensif pour ce groupe-cible et les lits K en fonction des Communautés et des Régions.

1. Au sein de chaque territoire de fonctionnement juridique qui correspond aux cours d'appel existantes, il est prévu un coordinateur de trajet de soins pour réaliser la fonction de liaison entre la Justice et les acteurs des soins de santé mentale. La création d'une fonction de liaison accentue l'intérêt de lancer un processus de concertation de sorte que pour le groupe-cible enfants et jeunes avec une problématique psychiatrique médico-légale un trajet de soins spécifique puisse être développé. Via cette concertation, on doit rechercher une offre de soins adaptée aux besoins du jeune et de son entourage. Le coordinateur de trajet de soins facilite la concertation avec les différents acteurs des soins de santé mentale jusqu'à ce qu'une offre de soins soit formulée.

Ce coordinateur de trajet de soins doit non seulement collaborer avec les magistrats de

référence mais doit aussi étroitement collaborer avec les consultants désignés par les communautés et les régions ainsi que les SSM de par les missions qui leurs sont dévolues par les décrets.

2. En vue de l'élaboration d'un trajet de soins médico-légal, pour toute la Belgique, le nombre de lits de traitement intensif pour ce groupe-cible est augmenté de 44. Il est convenu de tenir compte dans la distribution de ces lits de traitement intensif complémentaires des principes décrits ci-dessus :

- pour la Communauté flamande : 21 lits;
- pour le territoire bilingue de Bruxelles-Capitale : 12 lits;
- pour la Région wallonne : 11 lits.

Au sein de cette capacité, est prévu un nombre de lits de crise en vue de garantir une réadmission immédiate des jeunes qui après un traitement dans une unité de traitement intensif, transitent vers le circuit régulier, inclusivement entre autres l'aide à la jeunesse et les Centres de santé mentale.

Une concertation sur le besoin des lits K doit avoir lieu avec les diverses plates-formes de concertation de soins de santé mentale et les différents

acteurs des Communautés et Régions concernées. La règle d'équivalence pourra être appliquée à des conditions précises.

Ces conditions concernent :

- le groupe-cible pour lequel cette règle d'équivalence sera appliquée peut uniquement être celui défini dans le présent protocole;
- l'application de la règle d'équivalence est uniquement possible dans les limites du budget disponible et pour maximum les montants mentionnés au point 2;
- la règle d'équivalence a pour but d'apporter, d'une part, une offre de soins de santé mentale vers les structures extérieures aux soins de santé mentale où les jeunes résident via l'offre d'outreachement et, d'autre part, une augmentation du nombre de lits K de crise comme mentionné au point 3. Les lits K de crise complémentaires doivent satisfaire aux mêmes conditions telles que définies au point 3. La création de services K séparés est en d'autres termes exclue.

La valeur de 1 lit de traitement intensif correspond au montant tel que repris dans les décisions lors du Conseil des Ministres du 18 octobre 2006 concernant le budget 2007 et s'élève à 123.946,76 euros.

- 1 équivalent lit de traitement intensif donne droit à l'ouverture d'1 nouveau lit de traitement intensif.
- 1 équivalent lit de traitement intensif donne droit à l'ouverture d'1,79 nouveaux lits K de crise.
- 1 équivalent lit de traitement intensif donne droit au financement de 0,7 équipe mobile pour l'outreachement.

3. Pour toute la Belgique le nombre de lits K est augmenté de 30. Ces lits K doivent être ajoutés aux lits K déjà existants. Ces lits K doivent garantir, dans le cadre de l'élaboration du trajet de soins SSM pour les jeunes, l'accueil de crise. Au contraire des lits de traitement intensif, dans la phase expérimentale, ces lits de crise ne seront pas limités à l'accueil des jeunes avec une problématique psychiatrique qui tombent sous le champ d'application de l'article 36, 4° et de l'article 52 de la loi du 8 avril 1965 relative à la protection de la jeunesse, à la prise en charge des mineurs ayant commis un fait qualifié infraction et à la réparation du dommage causé par ce fait, mais ils doivent, de préférence, être attribués à cette catégorie. Ces lits de crise seront également accessibles pour les jeunes avec une problématique psychiatrique et un comportement problématique qui sont soumis à d'autres mesures judiciaires.

En vue de la réalisation d'une répartition optimale, dans chaque territoire de fonctionnement juridique, il est convenu de partager comme suit les 30 lits K en unités de trois lits :

Pour la Communauté flamande : 15 lits.

Pour le territoire bilingue de Bruxelles-Capitale : 6 lits.

Pour la Région wallonne : 9 lits.

Pour la Communauté germanophone spécifiquement il est accordé l'équivalent de 3 lits K pour la réalisation d'une offre de soins spécifique pour les jeunes avec une problématique psychiatrique.

4. Dans le cadre de la continuité de l'aide, les jeunes peuvent passer des unités de traitement intensif vers les structures d'accueil de la Justice et

les institutions et les services de l'aide à la Jeunesse. En vue d'éviter que les jeunes soient admis dans les unités de traitement intensif, une équipe d'outreachement sera financée par territoire de fonctionnement en collaboration avec les services de l'aide à la jeunesse, entre autres les structures de l'IPPJ. Ces équipes seront liées aux unités de traitement intensif. Au total, 5 équipes d'outreachement seront réparties comme suit :

- pour la Communauté flamande : 2 équipes;

- pour le territoire bilingue de Bruxelles-Capitale : 1 équipe;

- pour la Région wallonne : 2 équipes.

5. La réalisation des soins de santé mentale sur mesure et d'une continuité de soins pour ce groupe cible n'est possible que lorsque tous les acteurs des SSM ainsi que les partenaires des autres secteurs (e.a. Justice et Aide à la Jeunesse) collaborent. Une étape importante consiste en la réunion de tous les partenaires et dans le fait de prévoir l'offre la plus appropriée à travers la concertation sur des situations concrètes. Cette approche de concertation orientée vers le client a reçu le nom de «*projet thérapeutique*». Ces projets démarreront au début de 2007. Vu l'importance de réaliser également pour ce groupe cible un projet thérapeutique, le nombre de projets thérapeutiques sera augmenté de 5. Si un projet thérapeutique est sélectionné par le comité d'assurance, le nombre de projets est au maximum :

- pour la Communauté flamande : 2 projets;

- pour le territoire bilingue de Bruxelles-Capitale : 1 projet;

- pour la Région wallonne : 2 projets.

6. Le financement des missions de soins (modules de soins) du trajet de soins de santé mentale médico-légal pour le groupe-cible des enfants et des jeunes susmentionnés est conditionné préalablement par la signature d'un accord de collaboration fonctionnel par au minimum les différents acteurs des SSM concernés qui prennent dans le territoire de fonctionnement juridique ensemble l'engagement et la responsabilité d'élaborer une offre de soins pour le groupe cible des enfants et des jeunes avec une problématique psychiatrique médico-légale. Il s'agit en premier lieu d'offrir une offre de soins pour les jeunes avec une problématique psychiatrique qui tombent sous le champ d'application de l'article 36, 4° et de l'article 52 de la loi du 8 avril 1965 relative à la protection de la jeunesse, à la prise en charge des mineurs ayant commis un fait qualifié infraction et à la réparation du dommage causé par ce fait.

7. Dans le cadre d'une utilisation optimale des unités de traitement intensif pour les enfants et les jeunes avec une problématique psychiatrique médico-légale, il est important que des critères d'inclusion clairs soient établis. Dès que l'équipe scientifique aura déterminé ces critères, en concertation avec les unités de traitement intensif, ils seront portés à la connaissance des magistrats concernés par le Ministre de la Justice.

De plus, dans le cadre de l'élaboration du trajet de soins médico-légal, il est important d'arriver également à terme, sur le terrain à conclure des accords avec les autres partenaires qui relèvent des com-

pétences du SPF de la Justice, des instances judiciaires et de l'aide à la Jeunesse. Dans ce but, un projet d'accord de collaboration a été rédigé par les autorités compétentes, joint au protocole en annexe 1. Cet accord de collaboration sera testé et évalué par les acteurs de terrain.

Si l'évaluation réalisée par le sous-groupe de travail «*jeunes avec une problématique psychiatrique qui tombent sous le champ d'application de l'article 36, 4° et de l'article 52 de la loi du 8 avril 1965 relative à la protection de la jeunesse, à la prise en charge des mineurs ayant commis un fait qualifié infraction et à la réparation du dommage causé par ce fait*» de la Taskforce SSM est unanime et sans réserve positive, le Gouvernement fédéral ainsi que les Communautés et Régions s'engagent à transformer cet accord dans un accord de collaboration formel.

Le gouvernement fédéral s'engage, pour le financement de modules de soins du trajet de soins susmentionnés à rendre le budget disponible à partir du 1^{er} janvier 2007 via l'arrêté de financement des hôpitaux.

En attendant la réalisation des concepts acquis lors de l'élaboration expérimentale du trajet de soins médico-légal en un cadre général réglementaire pour circuits et réseaux de soins, les Communautés et Régions s'engagent à soutenir l'avancée des différents modules. En général et sous réserve des moyens disponibles, les Communautés et Régions s'engagent à :

- soutenir si nécessaire, la construction de lits K supplémentaires conformément à la réglementation et aux procédures de l'entité administrative qui est res-

ponsable du traitement des demandes pour des subsides infra structurels;

- définir l'offre de soins ambulatoires dans les centres de soins de santé mentale pour le groupe-cible;
- impliquer les administrations compétentes (services d'inspection) en vue de l'évaluation. Dans ce but, les Communautés et Régions recevront, de la part du SPF Santé publique, les informations nécessaires.

Les Communautés et Régions s'engagent spécifiquement à prendre les initiatives suivantes dans le cadre de l'exécution du présent protocole :

- la Communauté flamande participera activement à la concertation afin de parvenir à une répartition optimale de l'offre de soins médico-légale en Flandre, y inclus de Vlaamse rand';
- la Région wallonne s'engage à poursuivre la réflexion relative aux mineurs avec une problématique psychiatrique qui tombent sous le champ d'application de l'article 36, 4° et de l'article 52 de la loi du 8 avril 1965 relative à la protection de la jeunesse, à la prise en charge des mineurs ayant commis un fait qualifié infraction et à la réparation du dommage causé par ce fait.

Il sera possible de maintenir la capacité supplémentaire à laquelle il a été référé dans le chapitre 2, qui ne peut être opérationnelle, à court terme en 2007, dans le portefeuille pour une période de 2 ans à partir de la publication au Moniteur belge du protocole lorsqu'il s'agit de structures existantes et de 5 ans lorsqu'il s'agit de constructions nouvelles ou de formes de soins nouveaux.

Les Communautés et Régions s'engagent à soumettre les pièces justificatives nécessaires concernant la capacité du portefeuille lors des évaluations annuelles.

Chaque année, une analyse qualitative et quantitative est effectuée, dans le cadre des tâches déjà existantes, notamment sur base des données qui sont rassemblées via :

- les Communautés et Régions dans le cadre de leur mission d'inspection;
- l'aide à la Jeunesse et la fonction de liaison;

- les magistrats de référence pour la Justice;

- le SPF Santé publique dans le cadre des rapports d'activités qui doivent être fournis pour chaque trajet de soins dans le cadre des contrats avec le SPF Santé publique et chacun des trajets de soins SSM médico-légal;

- l'INAMI dans le cadre des projets thérapeutiques

Cette analyse est communiquée pour information aux Communautés et Régions.

Le présent protocole entre en vigueur le 1^{er} janvier 2007.

Projet d'accord de collaboration concernant les jeunes avec une problématique psychiatrique qui tombent sous le champ d'application de l'article 36, 4° et de l'article 52 de la loi du 8 avril 1965 relative à la protection de la jeunesse, à la prise en charge des mineurs ayant commis un fait qualifié infraction et à la réparation du dommage causé par ce fait

Objectifs

Cet accord de collaboration régit les accords conclus entre la Ministre de la Justice, les Ministres de la Santé publique et les Ministres ayant l'Aide à la jeunesse dans leurs attributions, en ce qui concerne l'organisation des réseaux et circuits de soins pour les jeunes avec une problématique psychiatrique qui tombent sous le champ d'application de l'article 36, 4°, et de l'article 52 de la loi du 8 avril 1965 relative à la protection de la jeunesse, à la prise en charge des mineurs ayant commis un fait qualifié infraction et à la réparation du dommage causé par ce fait. Il appelle à une collaboration active entre les partenaires du circuit de soins de psychiatrie médico-légale juvénile : les unités de traitement intensif pour les jeunes avec une problématique psychiatrique qui tombent sous le champ d'ap-

plication de l'article 36, 4° et de l'article 52 de la loi du 8 avril 1965 relative à la protection de la jeunesse, à la prise en charge des mineurs ayant commis un fait qualifié infraction et à la réparation du dommage causé par ce fait (dénommés ci-après : «*unités de traitement intensif*»), les services K réguliers, les Centres de Santé Mentale, le Centre fédéral fermé d'Everberg (Centre De Grubbe), les Institutions Publiques de Protection de la Jeunesse et les services de l'aide à la Jeunesse, Les objectifs de cet accord de collaboration sont :

1. d'organiser la collaboration entre les acteurs et les partenaires du réseau;
2. de rendre accessibles les soins au public-cible, dans le cadre de l'application d'une mesure judiciaire ordonnée par le tribunal de la jeunesse;
3. de préciser les principes et modalités généraux de fonc-

tionnement du réseau, et en particulier, l'articulation entre les champs judiciaires et thérapeutiques.

Dès que cet accord de collaboration entrera en vigueur, une évaluation annuelle de celui-ci sera réalisée. Les différents partenaires devront être impliqués dans cette évaluation.

Ladite évaluation sera pilotée par le SPF Santé publique. Elle portera notamment sur les éléments suivants :

- 1) le profil des jeunes concernés par une admission dans un circuit de soins de psychiatrie médico-légale juvénile;
- 2) les facteurs motivant l'entrée et la sortie de ces jeunes du circuit de soins de psychiatrie médico-légale juvénile;
- 3) les points problématiques dans la collaboration entre les différents partenaires du réseau qui éclairent les difficultés rencontrées dans la collaboration entre les partenaires, qui altèrent voire compliquent l'organisation des soins, leur coordination et/ou leur continuité et/ou l'intégration sociale des jeunes.

Lors de l'évaluation intermédiaire, une attention particulière sera portée aussi bien :

1. au profil du groupe-cible (opérationnalisation précise des critères d'inclusion et d'exclusion et leur monitoring);
2. à l'entrée (origine, modalités d'admissions, liste d'attente, etc.);
3. au parcours (modalités de prise en charge et de collaboration, etc.);
4. et à la sortie des jeunes à travers le circuit de soins (une attention particulière sera portée aux jeunes provenant des institutions communautaires et fédérales, comme les unités de traitement intensif -

dans les deux sens et la gestion d'une liste d'attente).

Le coordinateur de la liaison judiciaire pour le trajet de soins est responsable pour signaler au comité d'évaluation du SPF Santé publique les points problématiques concernant le trajet de soins pour ce groupe-cible.

Les conclusions de cette évaluation permettront l'adaptation, la prolongation ou l'interruption de l'expérience.

Admission

Public-cible

1. Sont concernés les mineurs d'âge de 12 ans et plus qui font l'objet d'une mesure ordonnée par le tribunal de la jeunesse à la suite d'une réquisition par le parquet sur base de l'article 36, 4^e et l'article 52 tel que prévu à la loi du 8 avril 1965 relative à la protection de la jeunesse, à la prise en charge des mineurs ayant commis un fait qualifié infraction et à la réparation du dommage causé par ce fait.

Le juge de la jeunesse décide, que le jeune soit placé en institution communautaire publique ou privée, au Centre fédéral fermé d'Everberg (De Grubbe) ou qu'il réside en famille d'accueil ou qu'il soit maintenu dans son milieu de vie, de la tenue d'un examen pluridisciplinaire sous la direction d'un pédopsychiatre ou à défaut d'un psychiatre (pour les adolescents de 15 ans et plus). Cet examen doit consister en un examen (pédo) psychiatrique minutieux et ne peut pas se limiter à une attestation succincte. Cet examen doit concerner les éléments diagnostics justifiant une prise en charge thérapeutique ainsi que les orientations les plus pertinentes, soit vers l'ambulatoire soit vers une hospitalisation, ainsi que le plan de soins. Par examen, on

entend ici l'examen médico-psychologique visé à l'article 57bis de la loi du 8 avril 1965 relative à la protection de la jeunesse, à la prise en charge des mineurs ayant commis un fait qualifié infraction et à la réparation du dommage causé par ce fait. Le (pédo)psychiatre traitant ne peut pas être la même personne que le (pédo)psychiatre qui a pratiqué l'examen.

2. S'il ressort de l'examen qu'il y a un diagnostic psychiatrique infanto-juvénile, selon le DSM-IV ou l'ICD-10 (où ce code doit toujours être transformé en un code DSM-IV pour que des comparaisons soient possibles au niveau fédéral) et qu'une admission dans une unité de traitement intensif est indiquée, cet avis est remis au juge de la jeunesse. Ce dernier peut alors demander le placement dans le circuit de soins de psychiatrie médico-légale juvénile. Si toutes les places sont occupées dans le setting recommandé dans le rapport, les partenaires du circuit de soins conseillent, en collaboration avec le coordinateur de la liaison judiciaire pour le trajet de soins, soit que le jeune reste dans son environnement d'origine soit qu'entre-temps une autre mesure doit être prise.

Liste d'attente

L'organisation d'une liste d'attente par setting et par territoire de fonctionnement est proposée aux partenaires du circuit de soins. L'adhésion des partenaires à ce projet devra résulter de la concertation à prévoir entre les partenaires et les instances de concertation régionale

En collaboration avec tous les acteurs du terrain le coordinateur de la liaison judiciaire pour le trajet de soins de chaque territoire de fonctionne-

ment devra mettre sur pied une liste d'attente par territoire de fonctionnement intégrant les settings concernés et la gérer.

Principes communs à l'organisation et à la gestion des listes d'attente.

1. La hiérarchisation des admissions de la liste doit être laissée à l'appréciation des équipes pluridisciplinaires, sous l'égide de l'autorité médicale, responsables des admissions dans les settings. Leur appréciation doit être indépendante et guidée par le souci clinique d'apporter des soins au patient, sur base des critères suivants :

A. les aspects médico-psycho-sociaux et thérapeutiques (l'indication, le caractère urgent et/ou critique de la situation, particulièrement si le patient ne dispose pas d'un encadrement psychosocial, éducatif et de soins suffisant);

B. l'intégration du patient dans un circuit de soins organisé par des conventions de collaborations entre institutions (par exemple un projet particulier de soins en réseau);

C. l'ordre de passage chronologique.

Ces informations argumentées (dans le respect des prescriptions légales relatives, notamment au respect de la vie privée ainsi que des exigences de la déontologie médicale) doivent être transmises au coordinateur de la liaison judiciaire pour le trajet de soins.

2. Concernant les jeunes pour qui l'admission dans le circuit de soins de psychiatrie médico-légale juvénile est indiquée, cet avis, basé sur l'examen médico-psychologique sera remis au juge de la jeunesse. Une liste chronolo-

gique sera établie en fonction de la date de décision du juge de la jeunesse lorsque tous les éléments requis et indiqués supra auront été transmis aux responsables des settings.

3. Par la suite s'ajouteront systématiquement à cette liste les jeunes qui font l'objet d'une demande d'admission dans le circuit de soins de psychiatrie médico-légale décidée par le juge de la jeunesse. Ici, la date de décision du juge de la jeunesse détermine l'ordre sur la liste. Que le jeune séjourne ou non en institution n'est pas pris en compte. Lorsqu'une place se libère chez un des partenaires du circuit de soins de psychiatrie médico-légale, cela est communiqué au coordinateur de la liaison judiciaire pour le trajet de soins. Ce coordinateur organise la concertation avec les différents acteurs et vérifie si quelqu'un entre en ligne de compte pour ce setting et le fait savoir au délégué du Service de Protection de la Jeunesse (SPJ) qui suit le jeune, ainsi qu'à l'institution communautaire, fédérale (Everberg) ou privée s'il séjourne dans une institution de ce type.

Principes généraux relatifs aux procédures d'admission en psychiatrie médico-légale.

1. Excepté dans le cadre de l'application de la loi du 26 juin 1990 et uniquement conformément au protocole ratifié par le Collège des Procureurs Généraux relatif à cette matière, un patient ne peut être imposé par l'autorité judiciaire dans une unité thérapeutique; l'accord du médecin chef de service est indispensable.

2. Un patient ne peut être intégré dans une unité de traitement intensif que si une place est disponible (pas en

surnombre). Sauf exception particulièrement motivée et acceptée par les différents acteurs, un patient mineur de moins de 15 ans ne peut être confié à une unité pour adultes en attendant son intégration dans une unité pour adolescents.

3. Sauf lorsqu'il s'agit d'une admission urgente, un entretien de pré-admission a lieu avec le mineur, et si possible avec les parents (représentants légaux) et le conseiller ou le délégué du SPJ. Les parties concernées sont informées du timing et de la procédure par l'accompagnateur de l'institution où séjourne le mineur ou par le partenaire. Au cours de la procédure d'admission, on précise la façon dont le traitement se déroule; on fixe des objectifs en ce qui concerne la période d'observation et des objectifs de traitement. Lorsqu'il s'agit d'une admission urgente, un certificat médical circonstancié précisant la symptomatologie, le projet de soins, si possible l'indication du setting et la durée estimée du traitement doit être indiquée pour peu qu'il soit admis par l'autorité médicale du setting.

4. Tous les acteurs s'accordent à respecter les principes inhérents à la pratique médicale psychiatrique (contrat de traitement, droits du patient, consentement éclairé, secret professionnel, etc.) par ailleurs, le patient, comme ses parents (ou tuteurs légaux) sont informés des règles auxquelles il doit se conformer (règlement d'ordre intérieur). Les mineurs isolés (= sans parents ou dans l'attente de la désignation d'un tuteur) sont également acceptés, pour autant qu'il soit précisé avant le début du traitement, où le mineur pourra être hébergé après la prise en charge.

5. S'il s'avère, durant la procédure de pré-admission ou après la procédure d'admission, que la problématique du mineur ne correspond pas aux critères d'inclusion et d'exclusion ou que son admission est contre-indiquée, les différents partenaires du circuit de soins de psychiatrie médico-légale juvénile, les magistrats de la jeunesse et le coordinateur de la liaison judiciaire du trajet de soins, s'engagent à se réunir dans la semaine afin de chercher ensemble une solution. Si l'admission a été réalisée dans le cadre de l'application de l'article 43 de la loi du 8 avril 1965 qui permet l'application par le tribunal de la jeunesse de la loi du 26 juin 1990, la levée de la mesure entraîne le maintien de l'hospitalisation durant 5 jours ouvrables.

6. Chaque partenaire s'engage à ne pas refuser des jeunes sur base de la sévérité de leurs troubles comportementaux si, du moins, il s'agit de jeunes ayant une problématique psychiatrique qui ont besoin d'aide dans un setting d'aide adapté.

7. Excepté dans le cadre de l'application de la loi du 26 juin 1990, si suite à l'admission, durant la période d'appel ou après celle-ci, le mineur refuse la prise en charge, le juge de la jeunesse en est informé rapidement par écrit. Néanmoins, un délai de maintien de l'hospitalisation est convenu pour permettre au Tribunal de prendre, le cas échéant, d'autres dispositions avec l'appui du Conseiller ou du Délégué du SPJ et du coordinateur de la liaison judiciaire pour le réseau de soins. Dans le cadre de l'application de l'article 43 de la loi du 8 avril 1965 qui permet l'application par le tribunal de la jeunesse de la loi du 26 juin 1990, le délai de 5

jours ouvrables est fixé par la loi.

8. Si l'unité de traitement intensif, au moment de l'entretien de préadmission ou d'admission, est d'avis qu'un jeune, qui n'est plus mineur, ne relève plus d'un service de psychiatrie infanto-juvénile, mais plutôt d'un service A, cette éventualité est examinée avec le juge de la jeunesse. Si un jeune est proche de sa majorité au moment où il est décidé de l'admettre dans une unité de traitement intensif, le juge de la jeunesse doit mentionner que la prise en charge sera prolongée après l'âge de 18 ans, afin de permettre un traitement suffisamment long.

Séjour

1. Par la délivrance d'une ordonnance ou d'un jugement, le Juge de la Jeunesse cautionne les principes inhérents à la pratique médicale psychiatrique (contrat de traitement, dispositif thérapeutique, consentement éclairé du patient aux soins,) et les règles auxquelles le patient doit se conformer (règlement d'ordre intérieur) telles que présentées dans le projet thérapeutique et durant la procédure d'admission.

2. Si une interruption («*time-out*») est nécessaire, le jeune, qui séjournait avant l'admission en institution communautaire, peut être réadmis dans ce type d'établissement pour une période maximale de deux semaines renouvelable une fois. Les institutions communautaires s'engagent à prendre le jeune dès qu'une place se libère durant cette période de *time-out*, le lit est maintenu dans les services qui font partie du circuit de soins. Si, une fois cette période écoulée, le jeune n'a pas réinvesti le processus de

soins, le psychiatre peut demander au juge de la jeunesse de mettre fin à l'admission dans le setting (cf. Chapitre Fin d'admission, point 5) et chercher une alternative avec le jeune et tous les partenaires du circuit de soins.

3. Au cours de son séjour, le jeune est suivi par le Service de Protection de la Jeunesse (SPJ). À défaut d'un mandat du juge de la Jeunesse, l'unité traitante peut demander au tribunal de la jeunesse de mandater explicitement le Service de Protection de la Jeunesse de ce suivi.

4. La durée de l'admission dans le service de traitement intensif est limitée à 6 mois. Néanmoins, un renouvellement unique de 6 mois peut se faire, moyennant une argumentation suffisante, à la demande du (pédo)psychiatre traitant et avec l'accord du jeune (excepté dans le cadre de l'application de la loi du 26 juin 1990) et de ses parents (ou des tuteurs légaux). Cette demande est soumise au juge de la jeunesse. La durée d'admission dans un service K régulier est en principe non limitée dans le temps. Mais quand on arrive à l'échéance d'une année sans résultat, significatif, une alternative pour le jeune doit être cherchée avec les partenaires.

Fin du traitement/ admission dans un setting résidentiel

1. Excepté dans le cadre de nouvelles poursuites liées à la commission d'un nouveau fait qualifié infraction pouvant justifier un placement en IPPJ ou au Centre d'Everberg (De Grubbe), un jeune qui est en fugue, est ramené au setting résidentiel (service K/service de traitement intensif). Le jeune en fugue depuis plus de 10 jours est exclu de ce

setting. Durant la période de fugue, la place est maintenue dans le setting. Le Ministre de la Santé publique s'engage à ce que l'Autorité fédérale continue à financer le lit pendant la durée de la fugue.

2. À l'approche de l'expiration de la période de placement, soit l'expiration de l'ordonnance ou du jugement du tribunal de la jeunesse, le setting résidentiel de traitement informe le juge de la jeunesse de ses intentions dans un rapport d'évolution. Toutes les parties concernées se concertent sur l'opportunité et les modalités d'une éventuelle poursuite du traitement. Le Service de Protection de la Jeunesse (SPJ) élabore un rapport à l'attention du juge de la jeunesse, basé sur l'avis du service K ou du service de traitement intensif. Entre la communication du setting au juge de la Jeunesse (rapport d'évolution) et la fin effective du traitement résidentiel, un délai de 5 jours ouvrables est nécessaire, en application de l'art. 43 de la loi du 26 juin 1990.

3. Le traitement prend fin en principe, lorsque le jeune devient majeur, sauf si le juge de la jeunesse a décidé, avant l'entame du traitement, de prolonger les mesures ou s'il a décidé de ce prolongement par voie de jugement au cours du traitement, en application de l'article 37 § 3, quatrième alinéa de la loi du 8 avril 1965.

4. La procédure de sortie s'applique :

a) à la fin du traitement : au cours du délai prévu pour le traitement, l'équipe pluridisciplinaire conduite par le (pédo)psychiatre traitant peut juger que le traitement a atteint son terme. Le délégué du Service de Protection de la Jeunesse (SPJ) en est informé. Une

audience est planifiée, au cours de laquelle le juge de la jeunesse prendra, éventuellement, une nouvelle décision;

b) en cas d'absence totale de collaboration de la part du mineur : si le mineur ne collabore en aucune façon au traitement (ou fait fi systématiquement des accords passés), et si les tentatives de l'équipe traitante pour y remédier ne donnent aucun résultat, l'équipe pluridisciplinaire conduite par le (pédo)psychiatre peut décider de mettre un terme au traitement, moyennant une motivation argumentée adressée au juge de la jeunesse. Le séjour est néanmoins prolongé de maximum de 5 jours ouvrables, en application de l'art. 43 de la loi du 26 juin, dans le setting. Tous les acteurs concernés s'engagent à se concerter pour trouver une alternative permettant la continuité des soins;

c) si, au terme d'une période d'observation, il apparaît que le jeune ne répond pas ou plus aux critères d'inclusion et d'exclusion du service de traitement intensif ou si aucun consensus ne peut être trouvé quant aux objectifs de traitement ou à la convention de traitement;

d) si, au cours du traitement, le patient produit des comportements qui, en vertu de leur gravité et/ou de leur répétition rendent le traitement impossible, une solution alternative doit être cherchée avec toutes les parties concernées;

e) à la demande de l'équipe pluridisciplinaire ou du délégué ou à sa propre initiative, le juge de la jeunesse s'entretiendra, avec le mineur et les autres acteurs concernés. Durant cet en-

tretien, le juge de la jeunesse prendra une nouvelle disposition ou pourra inciter le mineur à collaborer. Si cette incitation à collaborer ne donne aucun résultat, le juge de la jeunesse cherchera une solution alternative d'accueil du mineur.

Communications écrites avec l'autorité judiciaire Élaboration du rapport

En fin de traitement ou lorsque celui-ci est interrompu, l'équipe traitante du setting psychiatrique résidentiel rédige un bref rapport destiné au juge de la jeunesse et contenant les éléments suivants :

- y a-t-il encore ou non nécessité de poursuivre un traitement/accompagnement médical et/ou psychologique ?;
- un avis argumenté en matière de post-cure, c'est-à-dire une ou des proposition(s) pragmatiques en matière de dispositif de traitement/accompagnement compte tenu de la problématique du jeune;
- une indication éventuelle de la nécessité d'une actualisation de l'examen médico-psychologique ordonné par le Tribunal de la jeunesse avant l'admission (ancien art. 50 de la loi du 8 avril 1965).

La Ministre de la Justice communiquera les informations nécessaires aux magistrats de la jeunesse et aux greffes pour une application correcte du présent accord de collaboration.