



Réponses au feedback du GTI du 19/4/2016

Programme « Soins de crise » de RHESEAU

Il est nécessaire de proposer une composition plus spécifique de l'équipe mobile

Un groupe de travail, commun aux groupes porteurs « soins de crise » et « soins de longue durée » a été constitué au 2^{ème} trimestre 2016 afin de mettre en place les équipes mobiles intersectorielles capables de prendre en charge tous les publics concernés sur l'ensemble du territoire.

Ce groupe de travail a prioritairement précisé les critères qui guideront le travail du jury chargé de recruter les collaborateurs des futures équipes mobiles de soins de crise et de soins de longue durée. Ces critères sont les suivants :

1. Secteurs (cf. intersectorialité)

Au moins un représentant travaillant (ou disposant d'une expérience probante) pour chacun des secteurs suivants :

- Handicap
- Aide à la jeunesse
- Enseignement (ex. PMS, PSE, SAS)
- Petite enfance
- Santé mentale

2. Budget

Engager 10 ETP en tenant compte du niveau de diplôme et de l'ancienneté des collaborateurs.

2018	Anc.	Coût annuel	SC
Bachelier	5	45.404,45 €	0,5
Bachelier	10	53.939,13 €	1
Bachelier	15	57.888,90 €	1,5
Bachelier	21	66.374,92 €	2
Master	5	58.749,26 €	0,5
Master	10	61.108,38 €	0,5
Master	15	66.705,07 €	2
Master	21	73.782,60 €	2

3. Profils (cf. multidisciplinarité)

Niveau d'études	Diplôme	ETP
Bachelier	Assistant social	1,5
Bachelier	Educateur	1,5
Bachelier	Infirmier, social / psychiatrique	1
Bachelier	Assistant en psychologie	5
Master	Psychologue (spécialisé)	
Master	Sciences de l'éducation / psychopédagogue	
	Collaborateur avec missions de chef d'équipe	1



4. Diversité géographique (cf. couverture de tout le territoire et connaissance des réseaux locaux)

	Population 0-24 ans		SC
Mouscron-Comines	22.885	6%	0,6
Tournai	42.200	11%	1,1
Ath	25.166	6%	0,6
Mons-Borinage	76.358	19%	1,9
Soignies	56.947	14%	1,4
Charleroi	129.788	33%	3,3
Thuin	43.513	11%	1,1
TOTAL	396.857	100%	10

5. Compétences spécifiques (cf. tous les publics)

Au moins un collaborateur pour chaque compétence spécifique suivante :

- Périnatalité
- Petite enfance (0-6 ans)
- Enfants (6-14 ans)
- Adolescents (14-18 ans)
- Double diagnostic
- Mineurs en danger / faisant l'objet d'une mesure d'aide consentie
- For K
- Jeunes adultes (considéré comme un atout)

Il est nécessaire de développer et de donner des garanties relatives à l'existence d'une réelle intersectorialité du réseau et des soins de crise mobiles

Au niveau du réseau

Le RHESEAU a pour objectif et défi de construire un réseau intersectoriel horizontal chargé de développer des programmes d'activités avec l'ensemble des acteurs concernés et ce, au bénéfice des jeunes et de leur entourage.

Un travail de sensibilisation est mené (cf. annexe 1 - démarches réalisées et programmées) et permet d'intégrer progressivement de nouveaux partenaires (cf. annexe 2 - liste des déclarations d'intention). L'ampleur de la tâche (cf. annexe 3 - inventaire) nécessitera probablement de repenser la mise en œuvre de cette mission et de l'orienter davantage vers les acteurs de la sphère de la société. La constitution d'un groupe relatif au double diagnostic a par ailleurs permis de mobiliser de nouveaux acteurs et l'experte TDAH devrait notamment pouvoir jouer le rôle d'ambassadeur auprès des médecins généralistes et du monde scolaire. Enfin, notons que, comme le mentionne l'appel à candidatures pour le renfort de la coordination, nous souhaiterions recruter un candidat disposant d'une expérience dans le secteur de l'enseignement, de la justice et/ou du social pour faciliter ce travail.

Quelques mois après le démarrage du réseau, il nous semble essentiel de mener un travail de fond à ce sujet. Pour amorcer ce travail, une vingtaine de personnes issues de services et secteurs différents (cf. annexe 4) se sont mobilisées en peu de temps (le 25 avril) pour réfléchir ensemble, dans un dispositif intersectoriel horizontal, à la manière dont nous pouvons ajuster au mieux notre action pour permettre à un maximum d'acteurs de trouver et de prendre leur place au sein de RHESEAU. Suite à cet échange, la Commission de gouvernance va proposer lors de l'Assemblée des partenaires du 19/5 de créer une commission intersectorielle



chargée (sans se substituer au futur Comité de réseau qui sera composé de représentants des groupes porteurs) :

- de favoriser l'implication de tous les acteurs dans les différents dispositifs de RHESEAU afin de garantir une représentation équilibrée des sphères d'activités à tous les niveaux
- d'assurer les liens avec les dispositifs existants dans tous les secteurs afin de faciliter le partage d'informations et de mutualiser les moyens
- de soutenir les travaux des groupes porteurs (ex. élaborer et ajuster des protocoles d'accord)
- d'émettre des avis en la matière.

Les autres axes de travail qui se dégagent de cette rencontre restent à explorer.

L'intersectorialité s'observe sur le terrain singulier de grand nombre de patients. Les services pour enfants et adolescents nourrissent une longue tradition de travail intégrant les partenaires des différents secteurs du réseau singulier de chaque jeune accompagné. Ces réseaux, au plus près des besoins et réalités des patients, permettent un réel travail « sur mesure ».

Il sera nécessaire de travailler l'articulation entre ces niveaux.

De son côté, les travaux de la Commission de gouvernance prévoient que, conformément au modèle de réseau, chaque groupe porteur désignera 3 représentants pour former le Comité de réseau. Conformément au guide, la Commission de gouvernance suggère de désigner 1 représentant par sphère d'activités (soins en santé mentale spécialisés / aide aux personnes, action sociale et soins de santé / société), tout en veillant à un équilibre géographique.

Au niveau des soins de crise mobile

Comme mentionné précédemment, le groupe de travail chargé d'opérationnaliser l'équipe mobile de crise a identifié des critères qui guideront le travail du jury chargé de recruter les collaborateurs des futures équipes mobiles de crise et de longue durée. Parmi ceux-ci figurent des critères visant à garantir l'intersectorialité.

Un appel à candidatures a été lancé le 18 mars 2016 et a été largement relayé par les partenaires. Comme proposé par un partenaire de l'aide à la jeunesse, celui-ci est ouvert jusqu'au 1er juin afin notamment de permettre une plus grande mobilisation de l'ensemble des secteurs concernés. A ce jour, nous avons reçu des candidatures de personnes issues de divers secteurs (santé mentale, aide à la jeunesse, handicap, enseignement, social). Le recrutement des 10 ETP se fera en plusieurs phases d'entretiens (juin – juillet/août – septembre). Cela permettra d'ajuster notre processus de recrutement si nécessaire (ex. voir plus de candidats d'un secteur). Si cela n'est pas suffisant, des places pourraient rester vacantes quelques temps pour mener de nouvelles actions visant une meilleure intersectorialité.

Comment seront organisés concrètement les relais et les collaborations intersectorielles ?

Les relais et collaborations intersectorielles se f(er)ont à plusieurs niveaux au sein du réseau.

Comme dit précédemment, les services pour enfants et adolescents nourrissent une longue tradition de travail intégrant les partenaires des différents secteurs du réseau singulier de chaque jeune accompagné. Ces réseaux, au plus près des besoins et réalités des patients, permettent un réel travail « sur mesure ». Le RHESEAU a pour objectif de faciliter et d'intensifier ce travail, de le formaliser sans le rigidifier.

Les nouveaux dispositifs de terrain développés dans le cadre de la nouvelle politique (cf. équipes mobiles, coordination de soins et case-management, médecins responsables, lits de crise, plans d'aide et de soins) y contribueront. L'organisation concrète se construira et s'ajustera lors de leur opérationnalisation.

La construction de RHESEAU soutiendra structurellement ces relais et collaborations intersectorielles de terrain. Les dispositifs de concertation et de pilotage du réseau sont des lieux où peuvent s'imaginer, se définir, se formaliser et s'évaluer les relais et collaborations intersectorielles (cf. protocoles, accords de collaborations).



C'est notamment cette préoccupation qui nous amène à envisager la constitution d'une commission intersectorielle (cf. supra).

L'une des difficultés exprimées par certains acteurs pour s'impliquer (davantage) dans le réseau est d'articuler ces niveaux et de percevoir l'impact à terme de l'investissement réalisé au niveau du système sur l'aide à la personne. Selon certains de ces acteurs, cet investissement chronophage ampute actuellement leur capacité d'action sur le terrain au profit des enfants et adolescents en difficultés.

Une autre difficulté exprimée est la multiplicité des dispositifs, au sein et en dehors du réseau. Leur articulation nécessitera préalablement de réaliser un inventaire exhaustif des lieux et protocoles existants. Le renfort de la coordination devrait permettre de le faire prochainement.

La dynamique collective est à développer.

Le RHESEAU a pour mission de mettre en œuvre la nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents en développant en réseau des programmes d'activités avec les partenaires concernés.

Pour ce faire, le RHESEAU, en cours de construction, veut s'appuyer sur un modèle ascendant et fonctionnel, structuré principalement au départ de Groupes porteurs et d'un Comité de réseau intersectoriel. Les différents dispositifs existants suivants sont interconnectés :

Groupes porteurs

Un groupe porteur est chargé de concevoir, mettre en œuvre, évaluer et ajuster un programme d'activités.

Il existe actuellement :

- un groupe « soins de crise »
 - un groupe « soins de longue durée »
- Ces deux groupes ayant des thématiques communes, 2 groupes de travail transversaux ont été constitués au 2^{ème} trimestre 2016, en incluant d'autres personnes-ressources :
- o un groupe chargé d'opérationnaliser les équipes mobiles
 - o un groupe chargé de concevoir le renforcement de l'offre de soins en santé mentale pour les enfants et adolescents présentant un double diagnostic
- un groupe « consultation et liaison intersectorielle », avec un sous-groupe spécifique pour accompagner le projet ponctuel relatif aux troubles déficitaires de l'attention.

Ces groupes restent actuellement ouverts. A terme, ils seront davantage formalisés et enverront chacun 3 représentants pour constituer le Comité de réseau.

Commissions

Deux Commissions d'avis ont été constituées :

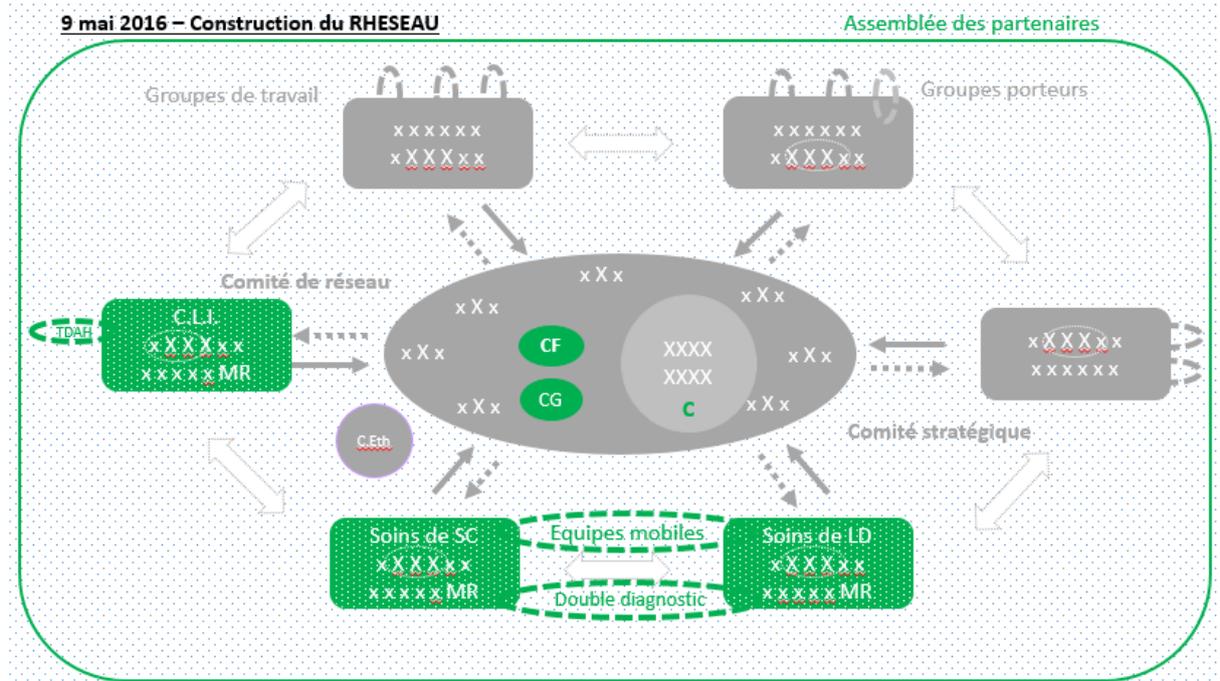
- une commission financière chargée d'aider le RHESEAU à gérer au mieux ses moyens financiers (préparation du budget, contrôles budgétaires ...)
- une commission de gouvernance chargée prioritairement de définir les rôles et missions des divers organes du réseau, de rédiger la convention de réseau et de mettre en place le comité de réseau intersectoriel.

Une Commission intersectorielle pourrait également être prochainement créée (cf. supra).

Assemblée des partenaires

L'Assemblée des partenaires réunit les membres du groupe fondateur et les partenaires ayant signé une déclaration d'intention d'adhésion. Dans l'attente des travaux de la Commission de gouvernance, elle fait office de Comité de réseau.

Ainsi, les partenaires peuvent actuellement s'impliquer au niveau d'un groupe porteur et/ou d'un groupe de travail et/ou d'une Commission et/ou de l'Assemblée des partenaires.



Le programme soins de crise est porté par le groupe du même nom. Il est en partie opérationnalisé par le groupe de travail « équipe mobile » et est développé par le groupe de travail « Double diagnostic ».

Pour ce faire, les groupes sont aidés pour les questions financières par la Commission financière qui traduit financièrement leurs hypothèses de travail et prépare les futurs contrôles budgétaires.

Un retour de ces travaux est régulièrement réalisé en Assemblée des partenaires.

Pour sa part, la Commission de gouvernance travaille à préciser les rôles, les missions et le fonctionnement de ces dispositifs et à leur articulation.



A-t-on un engagement sur le fait que 10% de l'offre résidentielle est mise à disposition ? Si ce n'est pas le cas, nous vous rappelons que c'est une condition préalable à l'obtention des financements.

L'Intercommunale de Santé Publique du Pays de Charleroi (ISPPC) dont fait partie l'unité pédopsychiatrique de l'hôpital Vincent Van Gogh) a marqué son accord pour la mise à disposition de 2 lits de crise aux conditions décrites dans le dossier remis et validé par le GTI en mars 2016. La formalisation de cette décision est en cours de finalisation.

Plusieurs éléments sont en réflexion au sujet de ces lits, tant au niveau du contenu que de l'organisation (ex. modalités de prise en charge du jeune et de sa famille, localisation des lits, « référent(s) » au sein du service, lien avec l'équipe mobile ...). Ceux-ci ont été évoqués avec le groupe porteur le 19 février 2016 et lors d'une rencontre spécifique avec la Coordination en date du 26 février 2016.

Ce 12 mai 2016, le Conseil d'Administration du CRP Les Marronniers a marqué son accord sur la mise à disposition de 2 lits de crise sous certaines conditions, lesquelles seront discutées avec le groupe porteur le 10 juin 2016. Il est proposé dans le cadre de ce programme d'y développer une nouvelle offre de service visant à apporter une réponse résidentielle aux enfants qui, selon de nombreux partenaires, fait particulièrement défaut dans le Hainaut.

Un retour plus précis sur cette question pourra être fait au GTI après discussion avec le groupe porteur le 10 juin. Nous souhaitons avancer en la matière, notamment parce qu'il s'agit d'une condition préalable à l'obtention des financements complémentaires.

Le rôle du pédopsychiatre est à affiner.

L'offre d'emploi relative à la fonction de médecin responsable de RHESEAU précise la mission de la façon suivante :

- supervise les équipes mobiles de crise et de longue durée et est le garant de l'organisation, de la cohérence et de la continuité des soins de ces équipes
- participe aux réunions d'équipe hebdomadaires
- réalise, dans le cadre des fonctions mobiles, des activités cliniques et offre des consultations ambulatoires ou à domicile
- est l'interlocuteur privilégié des autres médecins des institutions partenaires du réseau (pédopsychiatres, médecins généralistes, services de santé mentale ...) et favorise de la sorte le relais de proximité et la continuité des soins ; il est également un interlocuteur pour les médecins responsables des autres réseaux

- dirige les aspects médicaux des missions de base et fonctions des différents programmes d'activités de RHESEAU (ex. soins de crise, soins de longue durée, consultation et liaison intersectorielle ...)
- veille, en collaboration avec la coordination de RHESEAU, à ajuster les programmes afin qu'ils répondent au mieux aux besoins des enfants et adolescents
- est une personne-ressource pour la coordination de RHESEAU en ce qui concerne les questions médicales

La Commission de gouvernance précise par ailleurs que les médecins responsables travaillent pour le réseau provincial et s'engagent à contribuer à la réalisation des programmes de soins de crise et de longue durée sur l'entièreté du territoire hennuyer. Ils s'engagent à travailler pour la province entière et pour les différents groupes-cibles des programmes respectifs.

La coordination du réseau relève de la responsabilité de la Coordination de réseau, et non de celle des médecins responsables.

Au niveau des instances de RHESEAU, un médecin responsable devra participer aux réunions des groupes porteurs relatifs aux programmes d'activités et à celles du Comité de réseau.



Certains partenaires estiment par ailleurs nécessaire de clarifier les questions relatives à la responsabilité des médecins qui assureront cette fonction.

Expliquer et affiner la description des publics ainsi que les concepts théoriques utilisés.

Le programme de soins de crise s'adresse à tous les enfants et adolescents en situation de crise (sans danger vital) d'ordre psychique ou psychiatrique. Cette approche globale mérite effectivement de s'attarder sur la description du public et des concepts utilisés au risque d'engendrer incompréhensions et malentendus. Cela est d'autant plus nécessaire que le réseau réunit une grande diversité de profils, courants, pratiques et secteurs qui se nourrissent mutuellement.

Pour ce faire, il convient notamment de s'accorder sur la notion centrale de crise qui a déjà fait l'objet de nombreuses réflexions au sein de différents secteurs et dispositifs, y compris en province du Hainaut. Le coordinateur du Trajet de Soins Adolescents a d'ailleurs compilé et diffusé le fruit de ce travail. Les membres du groupe « enfance » de la PFPCSM et du « Jardin pour tous » picard réunis le 29/9/2015 ont tenté de définir ensemble (62 participants) un plus petit dénominateur commun.

Vu l'ampleur et la complexité de la tâche dans le délai qui nous était imparti, nous avons privilégié la définition du CNEH basée sur l'offre, à savoir « une aide intensive sur mesure, dans les plus brefs délais, de préférence endéans quelques jours. »

Suite à la question du GTI, l'un des participants de la rencontre du 29/9/2015 a synthétisé et enrichi les idées débattues en séance. Sa note pourra être soumise et débattue avec le groupe porteur.

Les partenaires pourront également ré-aborder cette question en s'accordant sur la notion de crise au départ des nouveaux dispositifs qui seront mis en place dans le cadre de ce programme (équipes mobiles et lits de crise). Le plan d'actions du groupe porteur intégrera cet objectif. Il importera également d'aider les services de 1^{ère} ligne à détecter ce qui relève de l'ordre du psychique et du psychiatrique afin d'orienter au mieux les jeunes.

Le libellé et/ou la définition des publics-cibles repris dans le dossier (« jeunes à la croisée de plusieurs secteurs », « jeunes sous le coup d'une décision de justice »¹, « jeunes faisant l'objet d'une mesure d'aide consentie au sein du SAJ »², « mineurs en danger »³, « jeunes enfants », « périnatalité », « jeunes adultes », « situation grave, complexe et multiple »⁴) semble avoir pu faire l'objet d'une compréhension mutuelle au sein du groupe porteur. Cela pourra être vérifié lors d'une prochaine réunion du groupe porteur et être ensuite partagé avec l'ensemble des partenaires.

¹ Cette notion recouvre plusieurs publics : les jeunes ayant une problématique pédopsychiatrique 1) qui font l'objet d'une mesure ordonnée par le juge ou le tribunal de la jeunesse sur base des articles 36,4°(fait qualifié d'infraction), 37§2,5° (ambulatoire), 37§2,7°(placement en institution ou chez une personne), 37§2,11° (placement en pédopsychiatrie) et 52 (protection) 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 ; 2) dont l'intégrité physique ou psychique est gravement compromise ou exposée à péril grave (Cf. articles 38 et 39 du décret relatif à l'Aide à la jeunesse du 4 mars 1991 de la Communauté française) ; 3) souffrant d'une maladie mentale qui met en péril sa santé et sa sécurité et/ou constitue une menace grave pour la vie ou l'intégrité et pour lesquels aucun autre traitement ne peut être envisagé (cf. loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux).

² Dossiers des Conseillers de l'Aide à la jeunesse

³ Dossiers des Directeurs de l'Aide à la jeunesse

⁴ Les partenaires font référence aux jeunes qui relèvent ou devraient relever du secteur de la santé mentale et d'un secteur connexe (ex. aide à la jeunesse, handicap, enseignement ...). Cf. réunion « case-management » du 28/1/2016 (commune aux groupes porteurs « soins de crise » et « soins de longue durée »).



3 fonctions seulement sont évoquées alors qu'il y en a 5.

Le modèle pour la description du programme de soins de crise mentionne (cf. p.3) que « 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 ». Nous considérons, en particulier dans les situations de crise, que les fonctions de diagnostic et de traitement sont étroitement liées. Dans le cadre qui nous occupe, elles consistent « à analyser la crise et à lui donner du sens pour dessiner des perspectives » (dossier de RHESEAU p.5). Cela est représenté dans le schéma repris à l'annexe 3 (p.18), lequel situe également la fonction d'inclusion dans tous les domaines de vie. Nous pouvons préciser que, dans une approche globale et intégrée, le diagnostic est multidimensionnel et se fait en collaboration avec l'ensemble des partenaires concernés, tous secteurs confondus.

Bien que le programme de soins de crise ne cible pas spécifiquement la fonction d'inclusion dans tous les domaines de vie, celui-ci privilégie la gestion de la crise dans le(s) milieu(x) de vie des enfants et adolescents. Pour soutenir cette démarche, les partenaires soulignent la nécessité de valoriser et de soutenir l'échange d'expertises entre les intervenants et avec l'entourage.

Préciser le rôle, les missions et les articulations du casemanagement avec le reste du réseau et du dispositif.

Le case-management a pour mission de construire entre institutions et avec l'adhésion et la participation des bénéficiaires, un dispositif autour de la réalité des patients qui présentent une problématique psychique ou psychiatrique et qui sont dans une situation grave, complexe et multiple⁵ afin de leur assurer un continuum de soins sur mesure.

Comme mentionné dans le projet d'appel à candidatures, les case-managers auront pour missions :

- d'assurer une permanence téléphonique afin d'évaluer les situations et de réorienter adéquatement si nécessaire
- avec la personne référente du jeune ou le tiers-demandeur, de décrire la situation, d'identifier les personnes-ressources et de retracer le parcours de l'enfant ou de l'adolescent afin de comprendre la situation du jeune et d'analyser la demande
- d'organiser, en appui de la personne référente du jeune, des concertations avec les acteurs concernés ou potentiellement concernés afin de définir des plans d'aide et de soins individualisés
- de définir et formaliser par écrit les fonctions et responsabilités de chacun, d'optimiser la communication avec l'usager et entre les intervenants, de soutenir les partenaires, d'évaluer et d'être le garant du respect des plans d'aide et de soins
- de garder une trace de la trajectoire de prise en charge du jeune, des logiques qui ont présidé à ses orientations et des professionnels qui ont fait sens dans son parcours
- de collecter les données nécessaires à l'évaluation et contribuer à la rédaction du rapport d'activités
- dans les cas où le jeune n'a pas de référent, d'accompagner dans certains cas l'enfant, l'adolescent et son entourage dans des démarches psycho-médico-sociales et éducatives
- d'instruire le cas échéant avec la cellule d'appui permanente les dossiers relatifs aux financements par cas, en veillant notamment à explorer toutes les pistes de financement alternatives.

Ces case-managers développeront une méthodologie interinstitutionnelle ad hoc. Ils élaboreront une méthode d'analyse des situations et construiront avec les partenaires des outils de travail commun (ex. définition de fonction, charte, convention ...). Ils amplifieront le travail de concertation autour et avec l'usager, en s'appuyant prioritairement sur les initiatives existantes et s'impliqueront dans les dispositifs pertinents (ex. Jardin pour tous) et relayeront les impasses rencontrées.

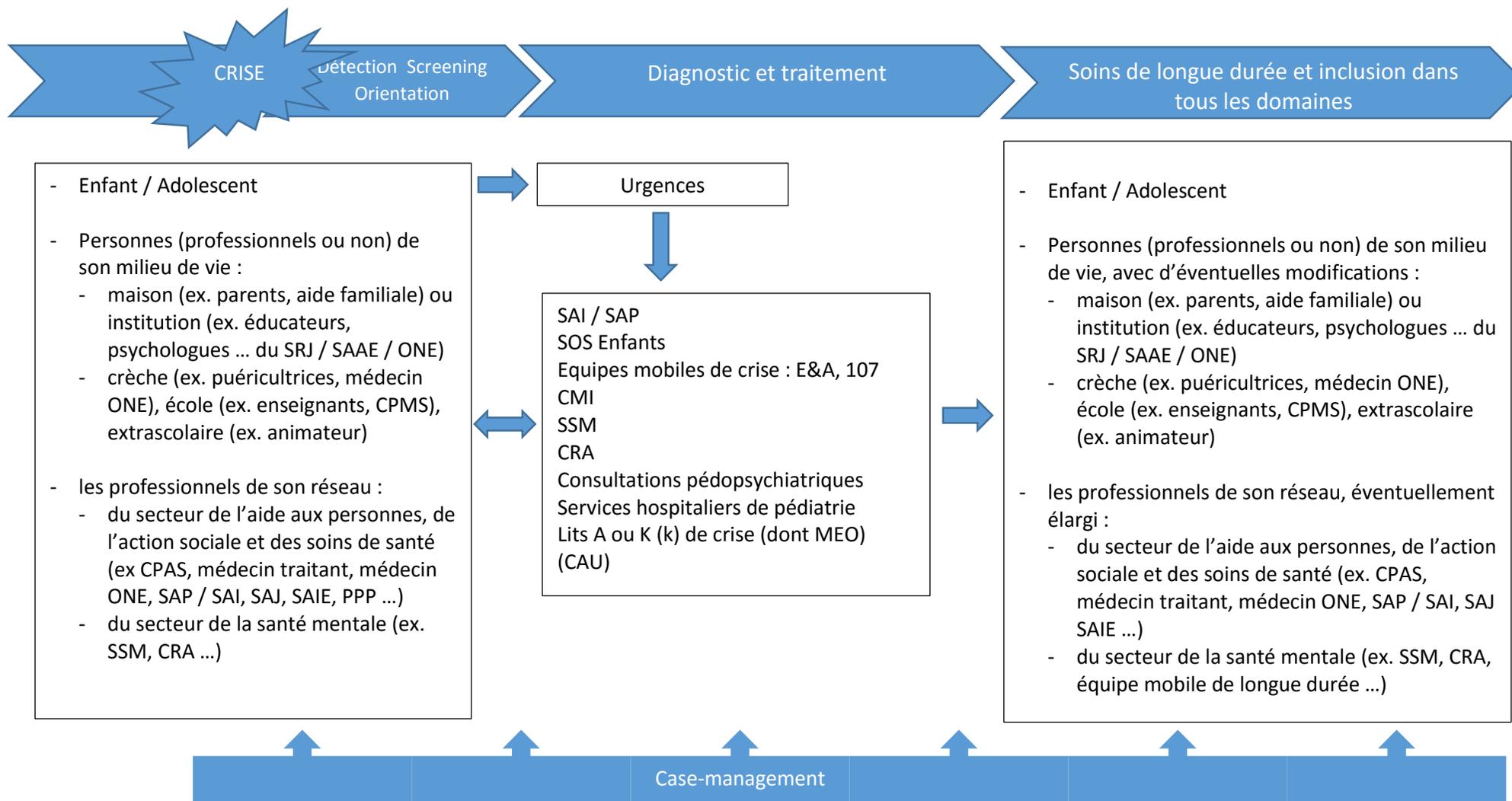
⁵ Les partenaires font référence aux jeunes qui relèvent ou devraient relever du secteur de la santé mentale et d'un secteur connexe (ex. aide à la jeunesse, handicap, enseignement ...). Cf. réunion « case-management » du 28/1/2016 (commune aux groupes porteurs « soins de crise » et « soins de longue durée »).



Le casemanagement sera à l'interface de nombreux partenaires (cf. schéma ci-dessous) et dispositifs collectifs. Il veillera à ne pas se substituer à eux mais à renforcer l'existant. A défaut, ils assureront le rôle de référent. La plurisectorialité de l'équipe garantira une bonne connaissance des finalités des initiatives existantes.



Annexe 3 : Programme de soins de crise – représentation schématique





De qui est composée la commission financière ?

Conformément au modèle de gouvernance de RHESEAU, la Commission financière est un collectif-ressources chargé d'aider le réseau (cf. Comité de réseau) à assurer au mieux la gestion des moyens financiers qui lui sont alloués.

Suite à un appel à candidatures auprès des membres du groupe fondateur de RHESEAU en date du 17 août 2015, la Commission financière est actuellement composée de la coordination et des personnes suivantes (ou de leurs représentants) :

- ANDRE Aurore (CHR de Mons)
- BAUFFE Véronique (Chêne aux Haies)
- DUTILLEUL Albert (Les Marronniers)
- MONNIER Sophie (Les Marronniers)
- GIORGI Anna (SSM Le Padelin)
- GLIBERT Pierre-René (Centre psychiatrique Saint-Bernard)
- HOMERIN Jean (Plateforme picarde de concertation pour la santé mentale)
- LINKENS Isabelle (Groupe Jolimont)
- VAN CANG Georges (Plateforme de concertation en santé mentale des Régions du Centre et de Charleroi)

La Commission de gouvernance s'attache actuellement à préciser les modalités relatives aux mandats au sein des différents dispositifs du réseau (notamment des Commissions).

Concernant l'annexe 6 : comment envisagez-vous de faire fonctionner le dispositif concrètement ?

Le cadre de fonctionnement du dispositif mobile (cf. annexe 6 et description pp.8-9) sera tout d'abord précisé par le groupe de travail chargé de mettre en place des équipes mobiles intersectorielles capables de prendre en charge tous les publics sur tout le territoire. En effet, au 2^{ème} trimestre 2016, ce groupe va notamment se pencher sur le cahier des charges de l'équipe mobile et ses balises éthiques ainsi que sur le cadre de travail et règles de fonctionnement avec les employeurs. La coordination a rencontré les futurs médecins responsables, respectivement le 4 et le 13 mai 2016 afin de voir de quelle manière ils peuvent s'impliquer dans ce travail avant leur entrée en fonction.

Un appel à candidatures a été lancé le 3 mai 2016 pour recruter au plus vite un chef d'équipe qui aura notamment comme mission de gérer les aspects logistiques et de gestion de l'équipe mobile (locaux, téléphone, assurances, outil informatique, outils GRH ...).

Il devrait par ailleurs être demandé aux médecins responsables de piloter l'élaboration concertée du projet thérapeutique de l'équipe mobile.

Le souhait est également d'impliquer l'équipe dans la construction de ce projet et de s'appuyer sur la diversité de sa composition pour qu'il soit innovant et au plus près des besoins des usagers.

Pour sa part, le groupe porteur du programme de soins de crise a parmi ses objectifs de piloter et d'accompagner l'équipe mobile dans ce travail.

Enfin, nous souhaiterions également nous inspirer davantage des initiatives existantes et bénéficier de leurs expériences pour construire ce projet. Il importe cependant de ne pas se cantonner au secteur de la santé mentale. Organiser un temps de travail spécifique pour ce faire devrait faire partie des priorités du renfort de la coordination.



Décrivez le rôle précis de cette cellule d'appui permanente ? Par qui ? Composée de qui ? Quel est le sens de permanent ? Est-ce tant que la situation le nécessite ou s'agit-il d'un groupe institué ?

La cellule d'appui permanente est un groupe institué auquel l'équipe de case-managers pourra faire appel pour les situations particulièrement complexes. Ce dispositif, inspirée d'expériences d'autres secteurs (cf. cellule d'experts du Forem, Comité Transition 16-25), est un groupe intersectoriel qui rassemblera les expertises nécessaires (ex. un agent suivi mineur de l'AVIQ/Handicap qui connaît les critères d'exclusion) pour soutenir les case-managers (cf. connaissance du réseau, accords formels qu'il facilitera ...) et ouvrir de nouveaux possibles. Cela sera particulièrement précieux au moment de la création de la fonction de case-manager. L'enjeu de ce dispositif sera d'apporter une réelle plus-value au demandeur qui aura déjà exploré de nombreuses pistes.

Cette cellule a également pour missions d'instruire les dossiers relatifs aux financements par cas, en veillant notamment à explorer toutes les pistes de financement alternatives.

Sa composition devra être précisée (secteurs, administrations et/ou institutions ...), de même que la durée du mandat de ses membres. Celui-ci pourrait être financé pour plus d'efficacité (assurer la présence de ses membres) et de pérennité (au-delà des personnes).

Le réseau singulier du jeune se réunit et se concerta quant à lui tant que la situation le nécessite (>< cellule d'appui permanente).

Tel que le gti le comprend dans votre texte, il y existerait une équipe de casemanagers et une équipe mobile ? Pensez-vous les fusionner, les articuler ? Et comment l'envisagez-vous ? Pourriez-vous préciser également ce point ?

L'équipe de casemanagers est une équipe distincte des équipes mobiles de crise et de longue durée et ce, pour les raisons principales suivantes :

- Être une équipe ouverte à tous : un service tiers peut faire appel à l'équipe de casemanagers sans que l'intervention de l'équipe mobile soit indispensable.
- Préserver la spécificité de cette fonction pour les situations complexes, multiples et graves.
- Eviter d'être juge et partie.

L'équipe de casemanagers travaillera cependant en étroite collaboration avec les équipes mobiles, selon les besoins et attentes des usagers. Selon la situation, les équipes mobiles pourront être un relais privilégié en amont ou en aval de l'équipe de casemanagers et inversement.

Au niveau fonctionnel, les partenaires seront vigilants à faciliter cette collaboration, notamment par l'investissement des cases-managers dans la réalité clinique des enfants et adolescents pour lesquels ils interviendront.

**Annexe 1 : Démarches de sensibilisation menées par la Coordination (hors secteur de la santé mentale)**

Mise à jour : 10/5/2016			
<u>Dates</u>	<u>Institution / Dispositif</u>	<u>Démarche</u>	<u>Lieu</u>
03-09-15	ONE	Rencontre	Ghlin
11-09-15	SAJ Mons	Rencontre	Cuesmes
15-09-15	JPT Charleroi-Centre	Rencontre	Charleroi
16-09-15	CLPS Hainaut occidental	Contact téléphonique	
16-09-15	Groupe "Handicap-SM" de la PF picarde	Rencontre	Mons
18-09-16	Associations des médecins généralistes	Courrier	
21-09-15	Groupe "Enfance" de la PF picarde	Rencontre	Mons
21-09-15	CLPS Charleroi-Centre	Rencontre	Charleroi
21-09-15	UMGB	Echange mail	
22-09-15	JPT Picard	Rencontre	Mons
24-09-15	Cercle des MG du Val de Dendre	Rencontre	Ellezelles
28-09-15	PSE HP	Rencontre	Mons
29-09-15	CAEVM Charleroi-Centre	Contact téléphonique	
30-09-15	AGME	Contact téléphonique	
02-10-15	CAEVM picarde	Présentation	Mons
05-10-15	Rencontre des SAP provinciaux	Présentation	Mons
07-10-15	Maison de quartier	Présentation	Mons
07-10-15	FIMS	Contact mail	
08-10-15	SAJ Charleroi	Présentation	Charleroi
13-10-15	Maison médicale Le Gué	Présentation	Tournai
15-10-15	Similes	Présentation	Namur
21-10-15	La Mado - Cité de l'enfant	Présentation	Charleroi
26-10-15	JPT Faïtier	Présentation	La Marlagne
27-10-16	Services hospitaliers de pédiatrie	Courrier	
16-11-15	CA AFAPMS	Présentation	La Louvière
17-11-15	Relais social de Charleroi	Contact téléphonique	
27-11-15	GT Handicap et Santé mentale	Présentation	Leuze
02-12-15	AGRF	Présentation	Chimay
03-12-15	Com. Sub. de l'AWIPH de Mons	Présentation	Frameries
07-12-15	Fedito	Présentation	Namur
11-12-15	Com. Sub. de l'AWIPH du Centre	Présentation	La Louvière
14-12-15	PF picarde - Gr. Enfance	Présentation	Mons
15-12-15	Plateforme "pauvreté infantile" de Mons	Réunion	Mons
15-12-15	CAAJ de MB	Présentation	Mons
21-12-16	SISD	Courrier	
07-01-16	Commission Santé mentale du CAAJ de Mons	Rencontre	Mons
14-01-16	ONE - Accompagnatrices	Présentation	La Hulpe
26-01-16	Commission pédopsychiatrique CC	Réunion	Manage
05-02-16	Réunion des Conseillers directeurs SAJ/SPJ	Présentation	Mons
16-02-16	Observatoire de la santé du Hainaut	Présentation	Havré
25-02-16	Relais social de Charleroi	Présentation	Charleroi



09-03-16	L'Eveil (école des devoirs)	Rencontre	Mons
14-03-16	Commission subrégionale de l'AVIQ/Handicap - Charleroi	Présentation	Montigny-le-Tilleul
18-03-16	Services d'intervention en famille	Courrier	
18-03-16	Faciliteur Enseignement - AJ	Rencontre	Mons
22-03-16	CAEVM de Charleroi	Présentation	Montigny-le-Tilleul
25-03-16	Rencontre ONE (accompagnatrices TMS)	Présentation	Ghlin
08-04-16	SRJ Le Courtil	Rencontre	Leers-Nord
15-04-16	Commission subrégionale de l'AVIQ/Handicap - Thuin	Présentation	Anderlues
18-04-16	ONE - SOS Enfants	Rencontre	La Hulpe
12-05-16	Psytoyens	Rencontre	Namur
13-05-16	Conseil consultatif de la santé de Mons	Présentation	Mons
17-05-16	Plateforme « Aide à la jeunesse – Enseignement » de WAPI	Présentation	Tournai
18-05-16	Conseil zonal des centres PMS du Hainaut Sud	Présentation	Thuin
19-05-16	Service de placement familial de Tournai	Présentation	Tournai

A ces démarches, s'ajoutent celles menées par les plateformes de concertation en santé mentale durant l'été 2015 ainsi que les initiatives des partenaires au sein de leurs réseaux.

Annexe 2 : Déclarations d'intention d'adhésion (hors santé mentale)

Institutions	Secteur	
Office de la naissance et de l'enfance	Petite enfance	
La Babillarde	Petite enfance	
Crèche La Malogne	Petite enfance	
Crèche et extrascolaire "Les Petites Canailles"	Petite enfance	
PSE HP	Santé générale (promotion)	
PSE de Jolimont	Santé générale (promotion)	
CLPS Mons Soignies	Santé générale (promotion)	
CLPS Charleroi - Centre	Santé générale (promotion)	
SAJ de Mons	Aide à la jeunesse	
L'Accueil (Centre de protection de l'enfance)	Petite enfance	
SAJNS Les Peupliers	Handicap	
Centre de soins le Bois Marcelle	Handicap	
Trempline asbl	Santé générale (assuétudes)	
La Mado		
CHU de Tivoli	Santé (Hôpital général)	reçu après le 18/9
CNDG pédiatrie	Santé (Hôpital général)	
Grand Hôpital de Charleroi	Santé (Hôpital général)	
ISPPC Hôpital Van Gogh	Santé (Hôpital général)	
EpiCURA	Santé (Hôpital général)	
CHU A. Paré	Santé (Hôpital général)	
CHR Mons-Hainaut	Santé (Hôpital général)	
CHWAPI	Santé (Hôpital général)	



Aide & Prévention Enfants-Parents de Charleroi	Aide à la jeunesse	reçu après le 18/9
Similes	Usager et proches	reçu après le 18/9
Centre d'accueil d'urgence (Espace 105 Mons)	Aide à la jeunesse	
Fédération des maisons médicales	Santé	reçue le 19/11/2015
L'Espérance	Santé générale (assuétudes)	reçu après le 18/9
ASBL Les Gentianes : Le Delta	Aide à la jeunesse	reçue le 4/12/2015
ASBL Service d'accrochage scolaire de Mons	Aide à la jeunesse	reçue le 13/1/2016
Service de protection judiciaire	Aide à la jeunesse	reçue le 2/3/2016
Réseau Assuétudes Mons-Borinage RAMBO ASBL	Santé générale (assuétudes)	reçue le 24/3/2016
L'Accueil familial de Mons	Aide à la jeunesse	reçue le 18/4/2016
CPAS de Mons – Cité de l'enfance	Action sociale	Reçue le 10/5/2016

Annexe 3 : Inventaire des services hennuyers

	Nb de services (estimation)
Santé mentale : SSM, CRA, services K, centres conventionnés INAMI ...	102
Aide à la jeunesse : SAJ, SPJ, SAIE, SAAE, COO ...	116
AVIQ/handicap : SAP, SAI, SAC, SRJ, SAJJNS, SRA ...	198
Petite enfance : ONE, SOS Enfants, Milieux d'accueil ...	314
Scolaire : PSE, PMS, écoles ordinaires et spécialisées	1700

Annexe 4 : Participants à la concertation intersectorielle (avril 2016)

Service	Nom	Prénom	25-avr
ONE	Anzalone	Sylvie	
ONE	Baise	Olivier	
Chêne aux Haies	Bauffe	Véronique	
AVIQ/Handicap	Bellefroid	Virginie	
SAI Le Passeur	Berte	Claude	
RHESEAU	Collie	Catherine	
SAS de Mons	Cuvelier	Mathieu	
SAJ de Mons	Declercq	Guy	
ASBL Les Gentianes : SAIE Le Delta	Dendievel	Daniel	
SRJ Le Courtil	Deprost	Françoise	
APEP Charleroi	Dupont	Alain	Excusé
AMO Parler pour le dire	Faidherbe	Céline	Excusée
AVIQ/Handicap	François	Jean-Marc	
SOS Parents-Enfants de Mons-Borinage	Gallez	Michel	Excusé
SSM Le Padelin	Giorgi	Anna	
Centre de soins Le Bois Marcelle	Harpigny	Christian	
RAMBO	Hellemans	Delphine	
SOS Parents-Enfants de Mouscron	Hoornaert	Françoise	
PFPCSM / Epicura	Homerin	Jean	Excusé
Centre de soins Le Bois Marcelle	Lahaye	Anne	
APEP Centre	Michaux	Christel	



CLPS Charleroi-Thuin	Mouyart	Philippe	Excusé
AVIQ/Handicap	Nile	Christian	Excusé
PSE Hainaut Picardie	Rigaut	Christine	Excusée
Trempline	Thoreau	Christophe	Excusé
SPJ de Tournai	Vanden Eynde	Catherine	
			26-avr
La Babillarde - Adomisil	Bonenfant	Nathalie	
Les Peupliers	Jadoul	Geneviève	Excusée
Fédération des maisons médicales	Legrève	Christian	



Réponses au feedback du GTI du 19/4/2016
Programme « Soins de longue durée » de RHESEAU

1. L'intersectorialité reste limitée, notamment au niveau du groupe hainuyer intersectoriel (groupe porteur) chargé de la conception et rédaction du modèle de programme de longue durée. La représentativité de tous les partenaires potentiels n'est pas couverte.

Comme mentionné dans nos réponses relatives au programme « soins de crise », le RHESEAU a pour objectif et défi de construire un réseau intersectoriel horizontal chargé de développer des programmes d'activités avec l'ensemble des acteurs concernés et ce, au bénéfice des jeunes et de leur entourage. Il faut cependant reconnaître que la composition actuelle du groupe porteur du programme de soins de longue durée n'est pas représentative de tous les partenaires potentiels.

Plus que de continuer à interpellier les secteurs et solliciter les services pour qu'ils intègrent le groupe porteur, il nous semble essentiel de mener un travail de fond à ce sujet. Pour amorcer ce travail, une vingtaine de personnes issues de services et secteurs différents (cf. annexe 1) se sont mobilisées en peu de temps (le 25 avril) pour réfléchir ensemble, dans un dispositif intersectoriel horizontal, à la manière dont nous pouvons ajuster au mieux notre action pour permettre à un maximum d'acteurs de trouver et de prendre leur place au sein de RHESEAU. Suite à cet échange, l'Assemblée des partenaires a décidé le 19 mai 2016 de créer une commission intersectorielle chargée, sans se substituer au futur Comité de réseau qui sera composé de représentants des groupes porteurs :

- de favoriser l'implication de tous les acteurs dans les différents dispositifs de RHESEAU afin de garantir une représentation équilibrée des sphères d'activités à tous les niveaux
- d'assurer les liens avec les dispositifs existants dans tous les secteurs afin de faciliter le partage d'informations et de mutualiser les moyens
- de soutenir les travaux des groupes porteurs (ex. élaborer et ajuster des protocoles d'accord)
- d'émettre des avis en la matière.

Les autres axes de travail qui se dégagent de cette rencontre seront explorés par la commission intersectorielle.

Le travail de sensibilisation se poursuit par ailleurs (cf. annexe 2 - démarches réalisées et programmées) et permet d'intégrer de nouveaux partenaires (cf. annexe 3 - liste des déclarations d'intention). L'ampleur de la tâche (cf. annexe 4 - inventaire) nécessitera probablement de repenser la mise en œuvre de cette mission et de l'orienter davantage vers les acteurs de la sphère de la société. Les derniers et prochains contacts visent cet objectif.

A l'instar du travail réalisé par le groupe porteur « Consultation et liaison intersectorielle » lors de sa 1ère réunion, le groupe porteur « soins de longue durée » réuni le 20 avril 2016 s'est arrêté sur cette question et a listé un ensemble de démarches potentielles (personnes de contact, dispositifs à investir) vis-à-vis principalement de l'enseignement, de la formation et de la justice.

Le personnel engagé dans le cadre de la nouvelle politique sera issu de secteurs différents et collaborera avec un grand nombre d'acteurs. Il jouera le rôle d'ambassadeur auprès de ceux-ci. Ainsi l'experte TDAH sera par exemple un relais privilégié auprès des médecins généralistes et du monde scolaire.

La constitution d'un groupe de travail relatif au double diagnostic a par ailleurs permis de mobiliser de nouveaux acteurs, notamment dans les secteurs connexes (cf. PMS, Centre de formation, service de soins à domicile, SAP).

Enfin, notons que, comme le mentionne l'appel à candidatures relatif au renfort de la coordination, nous souhaiterions recruter un candidat disposant d'une expérience dans le secteur de l'enseignement, de la justice et/ou du social. La personne engagée aura pour mission prioritaire de contribuer au travail d'implication des partenaires, en particulier ceux relevant de la sphère « Société ».



2. Il est nécessaire de renforcer l'inclusion dans le réseau de partenaires d'autres secteurs que ceux de l'aide aux personnes, de l'action sociale et santé et des soins spécialisés en santé mentale. C'est le cas de l'enseignement et de la formation par exemple.

Diverses démarches potentielles (services / personnes à contacter, dispositifs à investir) à mener vis-à-vis notamment de l'enseignement, de la formation et de la justice ont été collectées au gré des rencontres. Certaines d'entre elles ont été réalisées et ont permis d'en identifier de nouvelles. Comme évoqué précédemment, les groupes porteurs « consultation et liaison intersectorielle » et « soins de longue durée » ont également contribué à ce recensement.

La Coordination capitalise ces informations, prend des contacts et programme chaque mois des rencontres (cf. annexe 2 - liste des démarches). Elle répond en outre aux partenaires potentiels qui la sollicitent suite à une présentation de la nouvelle politique au sein de dispositifs collectifs intersectoriels (ex. commissions, plateformes, groupes de travail ...), à un échange avec un partenaire de RHESEAU ou des collègues d'autres provinces.

Parmi les services à contacter, nous pouvons citer les équipes mobiles de l'enseignement, les CEFA, les écoles de promotion sociale, les directeurs de l'enseignement spécialisé, les écoles à l'hôpital, les ETA, les milieux d'accueil de la petite enfance ... et leurs fédérations. Concernant les dispositifs, nous pensons notamment aux plateformes « enseignement – aide à la jeunesse » (Wapi le 17/5 ; Hainaut Centre le 29/8 ; Hainaut Sud : en cours de programmation), aux conseils zonaux des centres PMS (Hainaut Sud le 18/5 ; contacts à prendre en juin 2016 avec les présidents des 2 autres conseils), au dispositif PSE-PMS de l'OSH (à recontacter avec l'expert TDAH) ... L'expert TDAH assurera également le relais vers le monde scolaire. Enfin, dans le cadre des travaux du groupe « double diagnostic », il est envisagé de renforcer l'articulation entre le monde médical et le monde scolaire.

Quelques contacts ont été établis avec le secteur de l'accueil de la petite enfance et de l'extrascolaire. Avec le soutien de 2 services PSE du Hainaut, la nouvelle politique devrait être mise à l'ordre du jour d'un prochain Conseil d'administration de la FIMS¹.

Le monde judiciaire reste quant à lui à investiguer. Cela fera partie des priorités de la future commission intersectorielle et du renfort de la coordination.

Il importe parallèlement d'œuvrer à la construction d'un réseau qui facilitera l'implication de ces secteurs (cf. supra).

3. Les jardins pour tous hainuyers contribuent par leur expertise à l'élaboration du modèle de programme de longue durée. Ils s'intègrent au dispositif, en tant que partenaires à part entière.

Le groupe fondateur de RHESEAU a notamment été constitué sur base de la liste des membres des 2 Jardins pour tous hainuyers. Cela a permis d'intégrer des membres de ces dispositifs dans le groupe porteur « Soins de longue durée », lesquels ont contribué à l'élaboration du modèle en assistant aux réunions, en diffusant des synthèses de leurs travaux et/ou en relisant et commentant le dossier. Ceux-ci ont en particulier pu apporter leur expertise pour les situations graves, complexes et multiples et la fonction de case-management. Ces participants n'ont pas manqué de souligner les spécificités et la plus-value des Jardins pour tous et d'interroger le groupe quant à leur articulation avec le RHESEAU.

Les Jardins pour tous bénéficient en outre d'une expérience utile pour le RHESEAU en matière de protocole de collaboration intersectorielle.

Les Jardins pour tous s'intègrent au dispositif, en tant que partenaire à part entière. Ils continuent actuellement à se réunir régulièrement autour de situations individuelles. Il s'agit d'un lieu de concertation autour du jeune

¹ Fédération des Institutions Médico-Sociales regroupant 72 milieux d'accueil collectifs, 8 services d'accueil spécialisé de la petite enfance, 18 services de Promotion de la Santé à l'Ecole



sur lequel les partenaires (et à terme, les case-managers) peuvent s'appuyer pour favoriser un continuum de soins sur mesure pour les jeunes présentant des situations à la croisée de plusieurs secteurs. Ces échanges contribuent en outre à l'échange d'expériences et à la valorisation de l'expertise des acteurs.

Dans le cadre des 20% de leur temps dédié au RHESEAU, les coordinations des plateformes de concertation en santé mentale sont, par leurs participations et contacts réguliers, des relais privilégiés entre les Jardins pour tous et le RHESEAU. De manière plus générale, les plateformes partagent avec la Coordination des contacts, des références et des documents de travail utiles pour le RHESEAU et assurent la courroie de transmission entre le RHESEAU et de nombreux réseaux pertinents pour le fonctionnement de RHESEAU (ex. Commissions subrégionales de l'AVIQ/Handicap, Plans de Cohésion Sociale locaux, Relais Sociaux, réseaux Assuétudes ...).

Relayer les freins recensés dans le cadre des Jardins pour tous aide(ra) à ajuster les programmes d'activités au plus près des besoins des enfants et adolescents et incitera le cas échéant le Comité de réseau à initier ou soutenir des actions politiques visant à compléter l'offre insuffisante ou à modifier certaines dispositions décrétales.

Par leur implication dans les Jardins pour tous, les case-managers feront plus spécifiquement le lien avec les programmes de soins de crise et de soins de longue durée.

Enfin, des participants à la concertation intersectorielle du 25 avril 2016 (cf. supra) ont suggéré d'insérer davantage d'acteurs de la santé mentale dans les dispositifs intersectoriels existants – et notamment dans les Jardins pour tous.

La Coordination rencontrera le 15 juin et le 6 juillet 2016 des représentants des 2 Jardins pour tous locaux afin de poursuivre plus spécifiquement avec eux la réflexion en la matière.

4. Concernant la CMI, ceux-ci s'intègrent au dispositif. Les bonnes pratiques sont à intégrer au bénéfice du plus grand nombre : patients et partenaires

Les soins dans la mobilité ont pour but de prendre en charge tous les publics concernés et notamment les jeunes présentant un double diagnostic.

Pour intégrer et partager l'expertise des intervenants de la CMI au sein des nouveaux dispositifs, ceux qui souhaitent intégrer le nouveau dispositif sont invités à poser leur candidature (jusqu'au 1/6/2016). Certains d'entre eux l'ont déjà fait. A compétence égale, ils seront prioritaires. Nous intégrerons de la sorte l'expertise de ce projet, au bénéfice du plus grand nombre de patients et de partenaires.

5. La composition du dispositif mobile devra rapidement être détaillée (p. 24 – Annexe 9).

Comme mentionné dans les réponses apportées au feedback relatif au programme « soins de crise », un groupe de travail, commun aux groupes porteurs « soins de crise » et « soins de longue durée », a été constitué au 2^{ème} trimestre 2016 afin de mettre en place les équipes mobiles intersectorielles capables de prendre en charge tous les publics concernés sur l'ensemble du territoire.

Celui-ci a prioritairement précisé les critères qui guideront le travail du jury chargé de recruter les collaborateurs des futures équipes mobiles de soins de crise et de soins de de longue durée. Ces critères sont les suivants :

1. Secteurs (cf. intersectorialité)

Au moins un représentant travaillant (ou disposant d'une expérience probante) pour chacun des secteurs suivants :

- Handicap
- Aide à la jeunesse
- Enseignement (ex. PMS, PSE, SAS)



- Petite enfance
- Santé mentale

2. Budget

Engager 9,5 ETP en tenant compte du niveau de diplôme et de l'ancienneté.

2018	Anc.	Coût annuel	SLD
Bachelier	5	45.404,45 €	1
Bachelier	10	53.939,13 €	0,5
Bachelier	15	57.888,90 €	2
Bachelier	21	66.374,92 €	2
Master	5	58.749,26 €	0,5
Master	10	61.108,38 €	0,5
Master	15	66.705,07 €	2
Master	21	73.782,60 €	1

Notons que dans le Hainaut, les collaborateurs des anciennes équipes mobiles qui souhaitent intégrer les nouveaux dispositifs (soins de crise et soins de longue durée) sont invités, depuis le 7 mars, à se manifester pour le 1^{er} juin 2016. Au 27 mai, 4 d'entre eux l'ont fait (2 bacheliers, 2 masters).

3. Profil (cf. multidisciplinarité)

Niveau d'études	Diplôme	ETP
Bachelier	Assistant social	1,5
Bachelier	Educateur	1,5
Bachelier	Infirmier, social / psychiatrique	0,5
Bachelier	Assistant en psychologie	5
Master	Psychologue (spécialisé)	
Master	Sciences de l'éducation / psychopédagogue	
Bachelier / Master	Collaborateur (AS, psy) avec missions de chef d'équipe	1

4. Diversité géographique (cf. couverture de tout le territoire et connaissance des réseaux locaux)

	Population 0-24 ans		SLD
Mouscron-Comines	22.885	6%	0,5
Tournai	42.200	11%	1,0
Ath	25.166	6%	0,6
Mons-Borinage	76.358	19%	1,8
Soignies	56.947	14%	1,4
Charleroi	129.788	33%	3,1
Thuin	43.513	11%	1,0
TOTAL	396.857	100%	9,5

5. Compétences spécifiques (cf. tous les publics)

Au moins un collaborateur pour chaque compétence spécifique suivante :



- Périnatalité
- Petite enfance (0-6 ans)
- Enfants (6-14 ans)
- Adolescents (14-18 ans)
- Double diagnostic
- Mineurs en danger / faisant l'objet d'une mesure d'aide consentie
- For K
- Jeunes adultes (considéré comme un atout)

6. Une planification précise de l'implémentation devra être précisée.

Outre la révision de son dossier et la nécessité d'impliquer davantage de partenaires hors santé mentale (contribution à l'objectif transversal de RHESEAU), le groupe porteur « soins de longue durée » s'est fixé comme priorité le développement des soins mobiles, avec pour échéance un démarrage au 1^{er} octobre 2016. Pour ce faire, plusieurs axes de travail ont été identifiés pour 2016 et sont détaillés en annexe 5, à savoir :

1. Constituer l'équipe mobile
2. Offrir un cadre de travail de qualité
3. Préciser le projet des équipes mobiles de soins de crise et de soins de longue durée
4. Piloter et accompagner les équipes mobiles de soins de crise et de soins de longue durée

Notons que ce plan décline l'action prioritaire « 2.1.2. Mettre en place des équipes mobiles intersectorielles capables de prendre en charge tous les publics sur tout le territoire » du plan stratégique T2/2016 – T4/2016 de RHESEAU (repris en annexe des réponses relatives au feedback relatif à la construction du réseau envoyé le 13 mai 2016).

Concernant la constitution de l'équipe mobile, nous avons lancé les appels à candidatures suivants :

- Médecin responsable For K (candidatures attendues pour le 1/6/2016 ; jury le 7/6/2016)
- Chef d'équipe mobile (candidatures attendues pour le 3/6/2016 ; jury le 13/6/2016)
- Collaborateurs de l'équipe mobile (candidatures attendues pour le 1/6/2016 ; jury les 22 et 24/6/2016, juillet/août et septembre).

L'axe relatif au cadre de travail recouvre à la fois le fonctionnement concret de la mise à disposition de collaborateurs (en concertation avec les employeurs) et les aspects logistiques et de gestion d'équipe. Ce second aspect sera piloté par le futur chef d'équipe (S2-2016).

Le projet de l'équipe mobile sera encore précisé prochainement par le groupe porteur (en faisant un appel spécifique pour y inclure des partenaires de tous les secteurs concernés) et à terme avec l'équipe elle-même. Celui-ci sera sous la supervision des médecins responsables.

Dans l'attente du développement du nouveau dispositif mobile, les partenaires continueront à financer les 3 équipes mobiles en place afin d'assurer la continuité des soins apportés aux jeunes accompagnés par ces équipes.

La mise en œuvre de la coordination et du case-management est tributaire de la mise à disposition de 10 % lits K aux situations de crise (en cours – cf. réponses au feedback relatif au programme « soins de crise » envoyées le 13 mai 2016). Les groupes porteurs concernés ont toutefois décidé à ce sujet de préciser prioritairement le modèle de gestion du financement par cas.

7. Il est nécessaire de garantir la couverture territoriale provinciale tant pour l'équipe mobile que pour les pédopsychiatres du réseau.

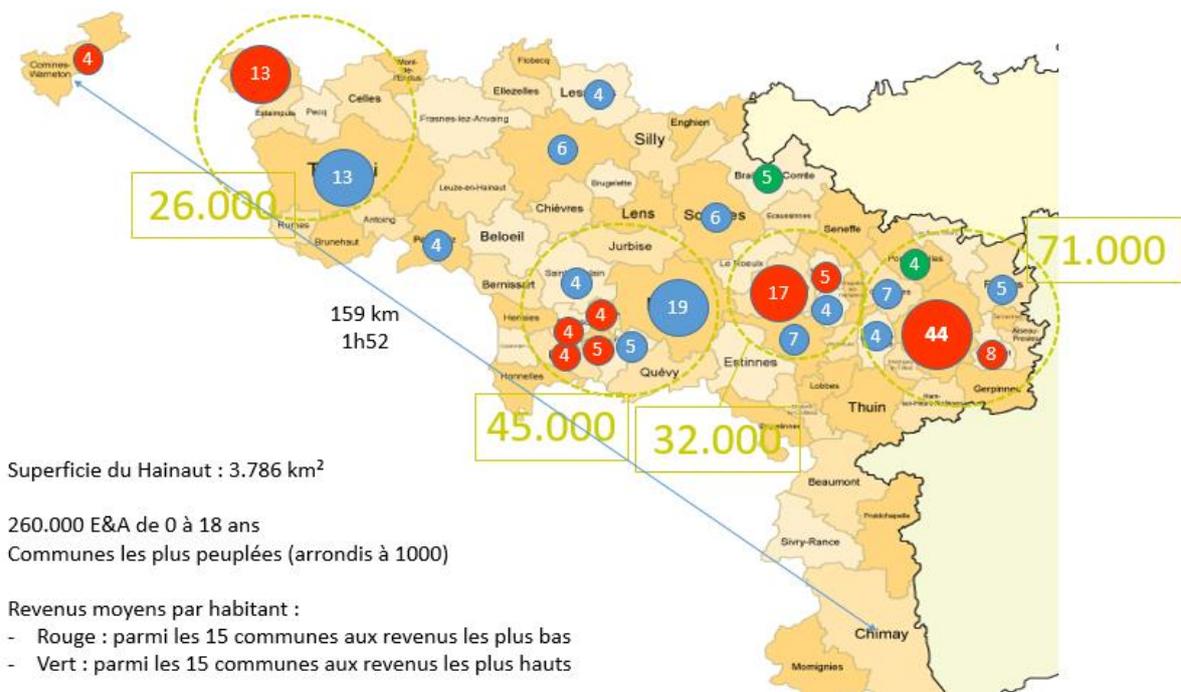
L'équipe mobile de soins de longue durée s'adresse aux jeunes de l'ensemble du territoire provincial. Pour répondre notamment à cette préoccupation partagée par de nombreux acteurs, nous avons longuement débattu de la manière d'optimiser l'organisation de l'équipe mobile en tenant compte :

- du nombre d'ETP
- de la densité de population
- des temps de déplacement
- de la couverture de l'ensemble du territoire
- de la cohérence avec les réseaux locaux existants et les organisations territoriales au sein des différents secteurs

et en veillant au mieux à :

- se centrer sur les besoins des enfants et adolescents (≠ l'offre)
- prendre en compte, à côté de la logique des stocks (caractéristiques des populations habitantes), les flux (déplacements des populations sur le territoire actuel et entre les institutions offrantes aujourd'hui)
- mettre la question des inégalités sociales de santé (qu'on cherche à diminuer) au centre de la réflexion

Représentation du territoire hainuyer :



Bien que l'équipe mobile disposera d'un lieu central commun (cf. cohésion de l'équipe, cohérence du projet, partage des compétences, réunions d'équipe ...), les collaborateurs pourront prester au départ de plusieurs lieux afin d'en favoriser la proximité.

Les critères de composition de la future équipe mobile intègrent en outre un critère géographique afin d'assurer une bonne connaissance des réseaux locaux de l'ensemble du territoire.

La Commission de gouvernance a par ailleurs précisé que les médecins responsables travaillent pour le réseau provincial et s'engagent à contribuer à la réalisation des programmes de soins de crise et de longue durée sur l'entièreté du territoire hennuyer. Ils s'engagent à travailler pour la province entière et pour les différents groupes-cibles des programmes respectifs.

Cela a notamment été rappelé lors des entretiens de recrutement (12 et 15/4/2016) et lors des rencontres entre les médecins responsables et la coordination (4 et 13/5/2016).



Ce point fera en outre l'objet d'une attention particulière lors de l'évaluation (indicateur spécifique) afin le cas échéant d'ajuster notre action.

8. Pourquoi ne pas parler des 5 fonctions ? (que de 4 sans inclusion dans les domaines de la vie)

Le modèle pour la description du programme de soins de longue durée mentionne (cf. p.3) que le programme de soins de longue durée englobe 4 fonctions : « les fonctions de 'screening et d'orientation', de 'diagnostic', de 'traitement', 'd'échange et de valorisation de l'expertise' ».

Néanmoins, concernant l'inclusion dans tous les domaines de vie, le programme privilégie l'intervention dans le(s) milieu(x) de vie des enfants et adolescents et accorde une attention particulière au soutien de l'entourage. Par son approche globale, l'équipe mobile visera en outre à une égalité de traitement pour tous.

Les partenaires ont par ailleurs souligné (cf. p.3) l'importance de soutenir l'inclusion des jeunes dans tous les domaines de vie (cf. lieux de socialisation, écoles, activités extra-scolaires, projet professionnel ...). Les activités de soutien ou de développement ayant pour objectif de faire participer au mieux l'enfant ou l'adolescent à la société mériteront d'être précisées.

9. Comment concrètement l'articulation va fonctionner et s'organiser entre les différents services et dispositifs ?

Le programme de soins de longue durée a pour mission de développer une collaboration intensive en réseau durant une longue période afin d'offrir une aide continue basée sur les besoins singuliers des jeunes et de leur entourage.

L'articulation concrète entre les services et dispositifs va fonctionner et s'organiser tant au niveau des situations singulières qu'au niveau provincial.

Au niveau micro, les services pour enfants et adolescents (tous secteurs confondus) nourrissent une longue tradition de travail intégrant les partenaires des différents intervenants du réseau singulier de chaque jeune accompagné. Ces réseaux, au plus près des besoins et réalités des patients, permettent un réel travail « sur mesure » et veillent notamment à articuler les prises en charge thérapeutiques et socio-éducatives et à assurer la continuité des aides et des soins.

La mise en œuvre du programme « consultation et liaison intersectorielle » favorisera notamment ce travail.

Les professionnels pourront par ailleurs continuer à activer les dispositifs de concertation existants et/ou solliciter les équipes mobiles et le case-management développés dans le cadre de ce programme. Ces nouveaux dispositifs participeront et renforceront ce travail en réseau au cas par cas (avant, pendant et après leur intervention). Ils veilleront à garantir la souplesse et l'inventivité du travail en réseau.

En amont, les intervenants de 1ère ligne peuvent être amenés à collaborer pour détecter et orienter les situations vers l'équipe mobile. Si la situation ne nécessite pas un accompagnement de l'équipe mobile, celle-ci apportera un accompagnement actif dans la réorientation vers le réseau via des contacts téléphoniques ou des entretiens ponctuels pour soutenir cette démarche.

Durant son intervention, l'équipe aura notamment pour missions de rencontrer et de se concerter avec la personne qui l'a sollicitée ainsi qu'avec les intervenants (professionnels ou non) qui gravitent autour de l'enfant ou de l'adolescent et d'accompagner les familles vers des services extérieurs. L'équipe collaborera et s'articulera de manière étroite avec les dispositifs existants de tous les secteurs (ex. services de santé mentale, centres de rééducation ambulatoires, unités For K, médecins généralistes ...), sans se substituer à eux. Les soins mobiles doivent s'articuler de manière efficace, complémentaire et concertée. Les plans d'aides et de soins et le plan de formation de l'équipe (ex. immersion) soutiendront l'articulation des services et dispositifs.



Plusieurs pistes de travail concrètes ont été recensées lors de la réunion du groupe porteur du 4 février 2016 pour articuler étroitement l'équipe mobile de soins de longue durée et celle de soins de crise (locaux, réunions, concertation, gestion des dossiers, permanence téléphonique ...). Comme le mentionne le plan d'actions ad hoc, le futur chef d'équipe (en cours de recrutement) aura comme mission prioritaire de piloter ce chantier, en concertation avec le groupe porteur.

Le rôle de la coordination des soins et du case-management (en ce compris la cellule d'appui permanent) vise à soutenir structurellement l'articulation des services et dispositifs autour des situations graves, complexes et multiples. Pour ce faire, les case-managers développeront une méthodologie interinstitutionnelle autour de la situation du jeune. Comme mentionné précédemment, les moyens pour la fonction étant tributaire de la mise à disposition de 10% de lits K aux situations de crise, le recrutement des collaborateurs chargés de définir, en concertation avec les partenaires, cette méthodologie n'est pas encore programmé.

L'articulation entre les différents services et dispositifs se pense également au niveau provincial, au sein des secteurs et du groupe porteur. Il importera toutefois d'étoffer la composition de ce dernier (cf. supra).

Des protocoles et/ou accords fonctionnels pourront enfin préciser les modalités de travail entre services et dispositifs.

10. Décrire le fonctionnement concret envisagé concernant les publics plus vulnérables et spécifiques.

Suite au feedback du GTI, le groupe porteur « soins de longue durée » a identifié lors de sa réunion du 20 avril 2016 les partenaires concernés, les personnes de contact, les dispositifs à investir et les initiatives spécifiques susceptibles de contribuer à l'ajustement du programme au regard des besoins particuliers des publics vulnérables et spécifiques mentionnés par les représentants du GTI lors de leur venue le 11 avril dans le Hainaut, à savoir : les publics précarisés, les enfants de parents souffrant de problématiques psychiques ou psychiatriques et les publics multiculturels.

Des contacts devront être pris afin de mener une réflexion spécifique pour chacun d'entre eux afin d'ajuster le cas échéant le programme et en particulier le projet de la future équipe mobile de soins de longue durée. Il semble notamment important de soutenir l'échange et la valorisation de l'expertise en la matière.

Nous pouvons toutefois noter qu'en intervenant de manière proactive et en facilitant l'accessibilité géographique et financière aux soins, l'offre mobile permet de toucher des publics plus précarisés qui n'accéderaient probablement pas à l'offre des services sans ce type de dispositif ou alors trop tardivement via un passage par d'autres dispositifs.

Un travail de sensibilisation des partenaires à la question des inégalités sociales de santé pourrait être mené afin de mieux identifier les déterminants sociaux de santé sur lesquels ils peuvent influencer, de mener une réflexion sur l'organisation actuelle des circuits de soins et de porter collectivement une stratégie d'actions en la matière.

Concernant les enfants des parents souffrant de problématiques psychiques ou assuétudes, le groupe et ses personnes-ressources pourront structurer leur réflexion au départ des leviers d'actions identifiés par le groupe « Consultation et liaison intersectorielle », à savoir les professionnels de la santé et de la santé mentale qui s'occupent des parents et des femmes enceintes, les professionnels qui interviennent auprès des enfants et adolescents, les parents et enfin, les enfants et adolescents eux-mêmes. Les objectifs seront de favoriser la détection des situations concernées et de soutenir les partenariats appropriés pour une prise en charge sur mesure.

La question de la multiculturalité n'a jusqu'à présent été que peu évoquée au sein de RHESEAU. Les partenaires ont surtout souligné l'accueil de nombreux jeunes français ont sein des institutions frontalières qui majorent les besoins de soins et la nécessité de travailler en partenariat avec les institutions belges et françaises.

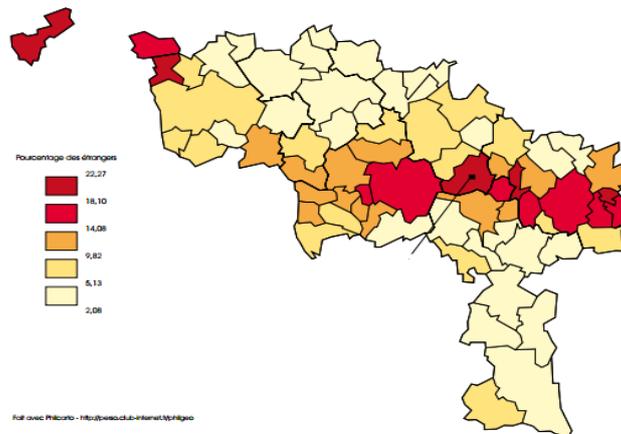


D'après les statistiques du registre national, le Hainaut compte 11,6% de population étrangère. 68% sont originaires d'Italie (40%) et de France (29%). Une cartographie plus détaillée de ces données et les contacts avec des partenaires spécialisés (ex. centres pour réfugiés, maison internationale, ...) devraient par ailleurs nous aider à orienter au mieux notre action à l'attention des minorités.

Le programme de soins de longue durée se caractérise par une attention particulière pour de nombreux publics, impliquant plus spécifiquement certains acteurs et secteurs. Le groupe porteur s'est donné comme priorité de mettre en place l'équipe mobile intersectorielle chargée de prendre en charge tous les publics concernés sur l'ensemble du territoire. Il devra rapidement s'organiser pour ajuster au mieux le programme aux besoins singuliers de ces différents publics, tout en garantissant son approche généraliste. Des indicateurs d'évaluation spécifiques pourront être établis à cette fin.

Ce travail constituera par ailleurs une opportunité pour mobiliser d'autres acteurs.

Part de la population étrangère dans le Hainaut (INS 2006) in OSH



**Annexe 1 : Participants à la concertation intersectorielle (avril 2016)**

Service	Nom	Prénom	25-avr
ONE	Anzalone	Sylvie	
ONE	Baise	Olivier	
Chêne aux Haies	Bauffe	Véronique	
AVIQ/Handicap	Bellefroid	Virginie	
SAI Le Passeur	Berte	Claude	
RHESEAU	Collie	Catherine	
SAS de Mons	Cuvelier	Mathieu	
SAJ de Mons	Declercq	Guy	
ASBL Les Gentianes : SAIE Le Delta	Dendievel	Daniel	
SRJ Le Courtil	Deprost	Françoise	
APEP Charleroi	Dupont	Alain	Excusé
AMO Parler pour le dire	Faidherbe	Céline	Excusée
AVIQ/Handicap	François	Jean-Marc	
SOS Parents-Enfants de Mons-Borinage	Gallez	Michel	Excusé
SSM Le Padelin	Giorgi	Anna	
Centre de soins Le Bois Marcelle	Harpigny	Christian	
RAMBO	Hellemans	Delphine	
SOS Parents-Enfants de Mouscron	Hoornaert	Françoise	
PFPCSM / Epicura	Homerin	Jean	Excusé
Centre de soins Le Bois Marcelle	Lahaye	Anne	
APEP Centre	Michaux	Christel	
CLPS Charleroi-Thuin	Mouyart	Philippe	Excusé
AVIQ/Handicap	Nile	Christian	Excusé
PSE Hainaut Picardie	Rigaut	Christine	Excusée
Trempline	Thoreau	Christophe	Excusé
SPJ de Tournai	Vanden Eynde	Catherine	
			26-avr
La Babillarde - Adomisil	Bonenfant	Nathalie	
Les Peupliers	Jadoul	Geneviève	Excusée
Fédération des maisons médicales	Legrève	Christian	

Annexe 2 : Démarches de sensibilisation menées par la Coordination (hors secteur de la santé mentale)

Mise à jour : 27/5/2016			
Dates	Institution / Dispositif	Démarche	Lieu
03-09-15	ONE	Rencontre	Ghlin
11-09-15	SAJ Mons	Rencontre	Cuesmes
15-09-15	JPT Charleroi-Centre	Rencontre	Charleroi
16-09-15	CLPS Hainaut occidental	Contact téléphonique	
16-09-15	Groupe "Handicap-SM" de la PF picarde	Rencontre	Mons
18-09-16	Associations des médecins généralistes (10)	Courrier	
21-09-15	Groupe "Enfance" de la PF picarde	Rencontre	Mons



21-09-15	CLPS Charleroi-Centre	Rencontre	Charleroi
21-09-15	UMGB	Echange mail	
22-09-15	JPT Picard	Rencontre	Mons
24-09-15	Cercle des MG du Val de Dendre	Rencontre	Ellezelles
28-09-15	PSE HP	Rencontre	Mons
29-09-15	CAEVM Charleroi-Centre	Contact téléphonique	
30-09-15	AGME	Contact téléphonique	
02-10-15	CAEVM picarde	Présentation	Mons
05-10-15	Rencontre des SAP provinciaux	Présentation	Mons
07-10-15	Maison de quartier de Mons	Présentation	Mons
07-10-15	FIMS	Contact mail	
08-10-15	SAJ Charleroi	Présentation	Charleroi
13-10-15	Maison médicale Le Gué	Présentation	Tournai
15-10-15	Similes	Présentation	Namur
21-10-15	La Mado - Cité de l'enfant	Présentation	Charleroi
26-10-15	JPT Faïtier	Présentation	La Marlagne
27-10-16	Services hospitaliers de pédiatrie (10)	Courrier	
16-11-15	CA AFAPMS	Présentation	La Louvière
17-11-15	Relais social de Charleroi	Contact téléphonique	
27-11-15	GT Handicap et Santé mentale de la PFPCSM	Présentation	Leuze
02-12-15	AGRF	Présentation	Chimay
03-12-15	Com. Sub. de l'AWIPH de Mons	Présentation	Frameries
07-12-15	Fedito	Présentation	Namur
11-12-15	Com. Sub. de l'AWIPH du Centre	Présentation	La Louvière
14-12-15	PF picarde - Gr. Enfance	Présentation	Mons
15-12-15	Plateforme "pauvreté infantile" de Mons	Réunion	Mons
15-12-15	CAAJ de MB	Présentation	Mons
21-12-16	SISD (4)	Courrier	
07-01-16	Commission Santé mentale du CAAJ de Mons	Rencontre	Mons
14-01-16	ONE – Accompagnatrices	Présentation	La Hulpe
26-01-16	Commission pédopsychiatrique CC	Réunion	Manage
05-02-16	Réunion des Conseillers directeurs SAJ/SPJ	Présentation	Mons
16-02-16	Observatoire de la santé du Hainaut	Présentation	Havré
25-02-16	Relais social de Charleroi	Présentation	Charleroi
09-03-16	L'Eveil (école des devoirs)	Rencontre	Mons
14-03-16	Commission subrégionale de l'AVIQ/Handicap – Charleroi	Présentation	Montigny-le-Tilleul
18-03-16	Services d'intervention en famille (4)	Courrier	
18-03-16	Faciliteur Enseignement – AJ	Rencontre	Mons
22-03-16	CAEVM de Charleroi	Présentation	Montigny-le-Tilleul
25-03-16	Rencontre ONE (accompagnatrices TMS)	Présentation	Ghlin
08-04-16	IMP Le Courtil	Rencontre	Leers-Nord
15-04-16	Commission subrégionale de l'AVIQ/Handicap – Thuin	Présentation	Anderlues
18-04-16	ONE - SOS Enfants	Rencontre	La Hulpe



12-05-16	Psytoyens	Rencontre	Namur
13-05-16	Conseil consultatif de la santé de Mons	Présentation	Mons
17-05-16	Plateforme « Aide à la jeunesse – Enseignement » de Wallonie picarde	Présentation	Tournai
18-05-16	Conseil zonal des centres PMS du Hainaut Sud	Présentation	Thuin
19-05-16	Service de placement familial de Tournai	Présentation	Tournai
29-08-16	Plateforme « Aide à la jeunesse – Enseignement » du Hainaut Centre	Présentation	Cuesmes

A ces démarches, s'ajoutent celles menées par les plateformes de concertation en santé mentale durant l'été 2015 ainsi que les initiatives des partenaires au sein de leurs réseaux.

Le renfort de la coordination (en cours), l'experte TDAH et la future commission intersectorielle permettront à court terme de participer à ce travail d'implication des partenaires.

Annexe 3 : Déclarations d'intention d'adhésion (hors santé mentale)

Institutions	Secteur	
Office de la naissance et de l'enfance	Petite enfance	
La Babillarde	Petite enfance	
Crèche La Malogne	Petite enfance	
Crèche et extrascolaire "Les Petites Canailles"	Petite enfance	
PSE HP	Santé générale (promotion)	
PSE de Jolimont	Santé générale (promotion)	
CLPS Mons Soignies	Santé générale (promotion)	
CLPS Charleroi - Centre	Santé générale (promotion)	
SAJ de Mons	Aide à la jeunesse	
L'Accueil (Centre de protection de l'enfance)	Petite enfance	
SAJNS Les Peupliers	Handicap	
Centre de soins le Bois Marcelle	Handicap	
Trempline asbl	Santé générale (assuétudes)	
La Mado		
CHU de Tivoli	Santé (Hôpital général)	reçue après le 18/9
CNDG pédiatrie	Santé (Hôpital général)	
Grand Hôpital de Charleroi	Santé (Hôpital général)	
ISPPC Hôpital Van Gogh	Santé (Hôpital général)	
EpiCURA	Santé (Hôpital général)	
CHU A. Paré	Santé (Hôpital général)	
CHR Mons-Hainaut	Santé (Hôpital général)	
CHWAPI	Santé (Hôpital général)	
Aide & Prévention Enfants-Parents de Charleroi	Aide à la jeunesse	reçue après le 18/9
Similes	Usager et proches	reçue après le 18/9
Centre d'accueil d'urgence (Espace 105 Mons)	Aide à la jeunesse	
Fédération des maisons médicales	Santé	reçue le 19/11/2015
L'Espérance	Santé générale (assuétudes)	reçue après le 18/9
ASBL Les Gentianes : Le Delta	Aide à la jeunesse	reçue le 4/12/2015
ASBL Service d'accrochage scolaire de Mons	Aide à la jeunesse	reçue le 13/1/2016



Service de protection judiciaire	Aide à la jeunesse	reçue le 2/3/2016
Réseau Assuétudes Mons-Borinage RAMBO ASBL	Santé générale (assuétudes)	reçue le 24/3/2016
L'Accueil familial de Mons	Aide à la jeunesse	reçue le 18/4/2016
CPAS de Mons – Cité de l'enfance	Action sociale	Reçue le 10/5/2016

Annexe 4 : Inventaire des services hennuyers

	Nb de services (estimation)
Santé mentale : SSM, CRA, services K, centres conventionnés INAMI ...	102
Aide à la jeunesse : SAJ, SPJ, SAIE, SAAE, COO ...	116
AVIQ/handicap : SAP, SAI, SAC, SRJ, SAJNS, SRA ...	198
Petite enfance : ONE, SOS Enfants, Milieux d'accueil ...	314
Scolaire : PSE, PMS, écoles ordinaires et spécialisées	1700

**Annexe 5 : RHESEAU – Plan d’actions T2-T4/2016 « Equipes mobiles » (version du 6/5/2016) –
déclinaison de l’action prioritaire 2.1.2. du plan stratégique T2-T4/2016 de RHESEAU**

Axes stratégiques	Objectifs Prioritaires	Actions Prioritaires	Partenaires concernés							Planning prévisionnel					Remarques
			Coord	GT EM	GP	Jurys	MR	Chef EM	EM	A	M	J	T 3	T 4	
2.1.2. Mettre en place des équipes mobiles (soins de crise et soins de longue durée) intersectoriel les capables de prendre en charge tous les publics sur tout le territoire	2.1.2.1. Constituer les équipes mobiles	2.1.2.1.1. Recruter les médecins responsables	P			C				X	X	X			Cf. For K (juin 2016) Objectif : juin/jlt 2016 Entrée en fonction au 1/10/2016
		2.1.2.1.2. Recruter les chefs d’équipe	P	C		C				X	X	X			
		2.1.2.1.3. Recruter les collaborateurs	P	C		C				X	X	X	X		
	2.1.2.2. Offrir un cadre de travail de qualité	2.1.2.2.1. Co-définir le cadre de travail et les règles de fonctionnement avec les employeurs		P						X	X	X			
		2.1.2.2.2. Gérer les aspects logistiques et de gestion de l’équipe mobile (locaux, téléphone, assurances, outil informatique, outil GRH ...)		C			P				X	X			

**Annexe 5 : RHESEAU – Plan d’actions T2-T4/2016 « Equipes mobiles » (version du 6/5/2016) –
déclinaison de l’action prioritaire 2.1.2. du plan stratégique T2-T4/2016 de RHESEAU**

Axes stratégiques	Objectifs Prioritaires	Actions Prioritaires	Partenaires concernés							Planning prévisionnel					Remarques		
			Coord	GT EM	GP	Jurys	MR	Chef EM	EM	A	M	J	T 3	T 4			
	2.1.2.3. Préciser le projet des équipes mobiles	2.1.2.3.1. Déterminer les balises éthiques de l'équipe mobile (dont secret professionnel)		P	C						X	X					
		2.1.2.3.2. Rédiger le cahier des charges de l'équipe mobile		P							X	X					
		2.1.2.3.3. Définir le projet thérapeutique de l'équipe					P	C	C				X	X			
	2.1.2.4. Piloter et accompagner les équipes mobiles	2.1.2.4.1. Accompagner les médecins responsables et le chef d'équipe			P								X	X			
		2.1.2.4.2. Déterminer son degré d'autonomie et les règles de reporting		C	P							X	X				
		2.1.2.4.3. Elaborer les tableaux de bord de suivi et d'évaluation		C	P							X	X				