



Action 1 : Plateforme pluri-institutionnelle de Santé Mentale

Action 1 : Plateforme pluri-institutionnelle de Santé Mentale	
Porteur(s) ou pilote de l'action	Un ou plusieurs membres du comité de pilotage pluri-institutionnel
Contexte et enjeux locaux	<p><u>Contexte :</u></p> <p>Lors de la phase du Diagnostic Partagé, le souhait de mise en place d'un dispositif destiné à améliorer l'articulation avec les partenaires, tant au niveau des enfants que des adultes, a été émis.</p> <p>Il a été constaté par les participants, lors de cet échange, l'absence d'un lieu de rencontre interinstitutionnel qui puisse permettre le partage pour une meilleure coordination sur le parcours de vie / parcours de soins d'un patient.</p> <p>Il a été notifié également le besoin d'un espace de concertation départementale nécessaire à l'articulation des acteurs, tant dans le domaine de l'enfance que celui de l'adulte.</p> <p>Il a été observé qu'en raison d'une méconnaissance des différents partenaires intervenants sur le département, une tendance à travailler de façon isolée avec un patient, sans coordination anticipée et organisée, avec un manque de travail en réseau.</p> <p>Pour toutes ces raisons, il y a un réel besoin de centralisation des informations tant pour les professionnels que pour les usagers.</p> <p>La plateforme pluri institutionnelle, au regard des différentes difficultés remontées lors du diagnostic partagé, nécessitera l'animation par un référent de plateforme (pilote de la Plateforme) avec entre autres des missions de coordonnateur de parcours:</p> <p>Difficulté de coordination des différents intervenants, risque de rupture du parcours de l'utilisateur, problème d'articulation lorsque plusieurs professionnels de structures différentes sont impliqués, manque de vision transversale pour l'utilisateur et ses proches, déficit de travail multi partenarial coordonné, difficulté des transmissions, des informations entre les acteurs et manque de fluidité dans le passage de relais, manque d'un référent de parcours, sur le modèle MAIA pour</p>

rassembler l'ensemble des partenaires au sujet d'un patient en situation complexe...

Il vise, dans un environnement devenu pluriel, à faciliter l'accès à des soins coordonnés et efficaces.

Sa démarche est résolument inscrite sur le parcours de soins / parcours de vie du patient.

Sa réponse se situe au regard de la demande de différents partenaires située sur le parcours du patient/usager

- gestion de cas complexes et coordination de parcours avec l'aide d'un infirmier en pratiques avancées (IPA) et d'étendre progressivement cette mission à des professionnels du médico-social.

Enjeux :

S'agissant de la Plateforme pluri-institutionnelle, il conviendra d'avoir une réflexion autour de l'articulation de celle-ci avec le futur Dispositif d'Appui à la coordination de l'Aube.

Cette Plateforme nécessite l'intervention d'un coordonnateur de parcours (IPA) qui intervient lors de la gestion de cas complexe et dans la coordination / coopération de plusieurs intervenants sur le parcours de vie de soins du patient.

Dans le domaine sanitaire :

- faciliter les rencontres, les échanges et la circulation des informations avec les différents partenaires intéressés par le champ de la santé mentale.

- aider à la connaissance des différents domaines de la santé mentale à destination des partenaires et partager les pratiques entre sanitaire et médico social.

Dans le domaine médico-social, associatif et des autres partenaires :

- L'ensemble des partenaires devra se positionner comme acteur du dispositif et s'inscrire dans une dynamique projet.

- il conviendra de désigner un interlocuteur unique, « référent de la Plateforme « pilote de la Plateforme » », dans le cadre de la nécessaire coordination entre les différents partenaires inscrits dans le parcours d'un usager ou patient.

- Il devra intervenir également à la demande des usagers et de leurs proches.

<p>Objectifs Stratégiques</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mettre en place un dispositif qui améliore les échanges et l'articulation entre les partenaires « référent de la plateforme ». 2. Optimiser les coopérations. 3. Fournir à l'ensemble des acteurs intéressés par le champ de la santé mentale une plateforme avec des objectifs multiples : formations, formalisation d'annuaire des professionnels du département, mise en place d'outils transversaux, articulation de la prévention, de la promotion de la santé mentale, gestion de cas complexes... 4. Poursuivre le travail partenarial initié lors du PTSM. 5. Le Coordonnateur de Parcours (IPA) devra sur demande du pilote de la plateforme: <ul style="list-style-type: none"> - intervenir dans la gestion de cas complexes et dans la coordination de parcours patient / parcours de vie. - assurer une coordination efficiente des parcours. - favoriser le décloisonnement des dispositifs.
<p>Objectifs Opérationnels</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mettre en place un comité de pilotage pluri-institutionnel pour s'inscrire dans une dynamique projet et déployer un plan d'action annuel visant à favoriser des pratiques appuyées sur des mises en œuvre concertées et communes. 2. Lister les besoins des acteurs de terrain et prioriser les projets à appréhender. 3. Adosser un référent parcours, pour éviter les ruptures dans le parcours de l'utilisateur et rendre efficiente la coordination des différents partenaires. 4. Associer une démarche réflexive et décisionnelle. 5. Le Référent de la Plateforme (pilote de la plateforme) devra : <ul style="list-style-type: none"> - favoriser l'accès aux soins et à l'accompagnement - faciliter la communication, les interactions entre acteurs et partenaires - accélérer la prise en soins par un maillage réactif - assurer la continuité de la prise en charge. - sera épaulé dans la gestion de cas complexe par l'évaluation et l'intervention de l'IPA (coordonnateur de parcours)
<p>Étapes de mise en œuvre – Description</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Recruter un mi-temps de référent de la plateforme (pilote de la plateforme), à partir d'un budget médico-social et sanitaire. Le positionner au GHT pour une démarche départementale.</i> • <i>Recruter un temps plein IPA pour répondre à la demande d'évaluation émanant du référent de la Plateforme.</i> • <i>Mettre en place un comité de pilotage qui regroupe les acteurs concernés par le champ de la santé mentale et les partenaires (service de l'état, collectivités locales, établissements sanitaires, acteurs médico sociaux, représentants d'utilisateurs...). Les besoins communs sont identifiés et font l'objet d'une dynamique projet.</i> • <i>Animer, en tant que référent, la plateforme avec des objectifs multiples : organisation de formations communes et de colloques, d'interventions d'experts sur des thèmes proposés. Etre en capacité de répondre à des appels à projet.</i>

	<ul style="list-style-type: none"> • Organiser la mise en place d'échanges, de concertation, de propositions d'actions pour la gestion des cas complexes, à la demande d'un des membres de la plateforme. • Informer (professionnels, libéraux, familles, aidants...) sur les structures qui existent, tenir à jour un annuaire, structures et professionnels du département. • Organiser la création puis la mise en place d'outils transversaux et communs visant à faciliter le parcours de vie / parcours de soin de la personne. • Favoriser une inter-connaissance de tous les acteurs du territoire • Favoriser la cohérence des prises en charge en permettant, pour les professionnels, une bonne connaissance des missions et indications des différentes structures sur le département. • Structurer la coordination autour de la prise en charge des patients en instance de sortie d'hospitalisation, en préparant leur sortie de l'hôpital et le retour à domicile et les liens avec les intervenants situés sur le parcours de soins / parcours de vie des patients. • Se positionner comme référent (articulé avec l'IPA) pour les situations où plusieurs institutions interviennent. • Eviter la réhospitalisation en étant réactif à générer des soins si nécessaire. Etre réactif, en sollicitant la réunion des différents partenaires, afin que des patients à problématiques complexes ne mettent pas en échec les soins ou la prise en charge proposée. 	
Partenaires à associer	Sanitaire, médico-social, associatif et autres partenaires	
Public visé	<input type="checkbox"/> Jeunes enfants (0 à 6 ans): <input type="checkbox"/> Enfants (7 à 11 ans) <input type="checkbox"/> Adolescents (12 à 15 ans) <input type="checkbox"/> Jeunes Adultes (16 à 25 ans) <input type="checkbox"/> Adultes (26 à 65 ans) <input type="checkbox"/> Personnes âgées (>65 ans) <input type="checkbox"/> Tout public	<input checked="" type="checkbox"/> Professionnels de santé :..... <input checked="" type="checkbox"/> ESMS – PH et PA <input checked="" type="checkbox"/> ES <input checked="" type="checkbox"/> Elus <input checked="" type="checkbox"/> Partenaires sociaux (UDAF – CD/ASE- PJJ- CHRS) <input type="checkbox"/> Autre :
Territoire d'intervention	<input checked="" type="checkbox"/> Départemental <input type="checkbox"/> Infra-départemental Précisez : <input type="checkbox"/> Infrarégional (« Ante » région)	
Calendrier prévisionnel	✓ 1 ^{er} semestre 2021	

Financement		Financeurs et montants					
	Personnel	BP annuel	BP Total	Financement ARS annuel (P ou NP)	Financement ARS pluri annuel (préciser X ans) : 	Origine du financement (enveloppe et CRB le cas échéant) Préciser :	Autres financeurs potentiels Préciser :
	Equipement mutualisé	82 500	302 500				
	Montant	82500€	302 500€	€	€	€	€
		<p>Ressources humaines</p> <p><i>0.50 ETP référent de Plateforme, 1ETP coordonnateur de parcours (IPA) pour répondre à la demande d'évaluation émanant du coordonnateur et faire des propositions de prise en charge en adéquation avec les besoins de l'utilisateur et des attentes des partenaires. Il faudra veiller à étendre progressivement cette mission à des professionnels du médico-social.</i></p> <p>Moyens matériels</p> <p><i>Accès à un véhicule, bureau, PC portable, Téléphone.</i></p>					
Principaux indicateurs d'évaluation retenus		<p>Indicateurs de processus</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Date de mise en place du Copil.</i> • <i>Date du recrutement et d'entrée en fonction du coordonnateur.</i> • <i>Date de signature d'une charte partenariale de bonnes pratiques</i> • <i>Nombre de besoins identifiés inscrits dans une dynamique projet.</i> <p>Indicateurs de résultat :</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Nombre de structures et de partenaires participants.</i> • <i>Nombre de formations mises en place.</i> • <i>Nombre de réunion d'échanges et de concertation pour la gestion des cas complexes.</i> • <i>Questionnaire de satisfaction des utilisateurs.</i> • <i>Nombre de projets réalisés après proposition du Copil.</i> • <i>Nombre d'utilisateurs pris en charge</i> 					

	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Nombre de patients réhospitalisés et en situation d'accompagnement de parcours</i> • <i>Questionnaire de satisfaction</i>
Partenaires associés à la rédaction de la fiche action	<i>Département, Bailleurs sociaux, CMPP, HCS Direction de la communication, Association ASSAGE, AT10-51, FAM, UNAFAM, CDE, PDS.</i>