

	<h2>Appel à projets</h2> <h1>Labellisation de 8 plateformes territoriales de réhabilitation psychosociale</h1>	<p>Direction de l'offre de soins 03/05/2021</p>
---	--	---

1 : Contexte

La feuille de route nationale pour la psychiatrie et la santé mentale, ainsi que le projet régional de santé 2 d'Ile-de-France (PRS2), prévoient la promotion des approches orientées rétablissement et la diffusion des soins de réhabilitation psychosociale.

L'action n°18 de la feuille de route vise à « *Développer une offre de réhabilitation psychosociale sur les territoires* » : *Rendre accessible sur l'ensemble du territoire une offre de soins de réhabilitation pour les personnes présentant des troubles mentaux sévères et persistants, ainsi que pour les personnes présentant un trouble du spectre autistique.*

Des préconisations en termes de bonnes pratiques organisationnelles ont été publiées en mars 2019 par l'ANAP¹. L'instruction n° DGOS/R4/2019/10 du 16 janvier 2019 relative au développement des soins de réhabilitation psychosociale sur les territoires précise les attendus relatifs à l'organisation et au développement des soins de réhabilitation psychosociale (RPS) dans le cadre de l'élaboration et de la mise en œuvre des projets territoriaux de santé mentale (PTSM).

Au niveau régional, une des fiches actions du PRS2 prévoit le déploiement de plateformes de réhabilitation psychosociale dans les territoires. Les PTSM transmis fin décembre 2020 intègrent tous des fiches actions visant à promouvoir les approches orientées rétablissement et faciliter l'accès aux soins de RPS.

La réhabilitation psychosociale est un élément essentiel de l'accompagnement des personnes concernées à risque ou en situation de handicap du fait d'un trouble psychique sévère et persistant, ainsi que des personnes ayant un trouble du neurodéveloppement. Elle vise à favoriser le rétablissement, en développant le pouvoir d'agir, ou « empowerment » des personnes concernées, par un parcours de soins et de vie individualisé.

C'est une approche centrée sur la réalité et les besoins / projets de la personne concernée plutôt que sur les symptômes. L'accompagnement de la personne est nécessaire et essentiel pour l'aider à atteindre ses objectifs, à évoluer dans la cité, à s'insérer dans son environnement et à améliorer sa qualité de vie. Une articulation doit s'opérer pour la personne concernée entre ses propres attentes, le constat d'un besoin de soins et d'accompagnement et la réponse apportée, dans un processus itératif et non linéaire, avec des interactions permanentes entre soins et vie dans son environnement, afin de mobiliser constamment la synergie entre ces deux types d'actions

¹ ANAP, Mettre en place la réhabilitation psychosociale dans les territoires, mars 2019

Le processus de réhabilitation psychosociale s'appuie sur une évaluation multidimensionnelle (médicale, fonctionnelle, sociale, cognitive et psychologique) qui peut être sollicitée à tout moment, répertorie les besoins et les ressources exprimés par le patient et objectivés par l'entourage et les professionnels, pour adapter l'accompagnement au plus près des besoins et des projets du patient et co-construire avec lui un projet d'insertion dans la communauté au regard de ses attentes et de son parcours vers le rétablissement. C'est un préalable à son projet de soins personnalisé qui vient contribuer à ce parcours.

Le bilan est alors envoyé à tous les acteurs du soin entourant la personne concernée avec son accord, incluant le spécialiste en médecine générale. Le projet de la personne concernée est le centre du dispositif.

Le projet de soins et d'accompagnement personnalisé et spécifique repose sur les techniques de réhabilitation psychosociales telles que la remédiation cognitive, l'éducation thérapeutique de la personne concernée et des aidants, l'entretien motivationnel, le développement des habiletés sociales, l'entraînement métacognitif, les thérapies comportementales et cognitives, l'accompagnement vers l'emploi, la participation à la vie dans la communauté, le soutien au logement.

Ces soins et cet accompagnement spécifiques font appel aux équipes de secteur psychiatrique, aux case-managers déployés par différentes équipes, au secteur médico-social du territoire, aux spécialistes de la pair-aidance et à des intervenants spécialisés dans le processus d'accompagnement et le cas échéant d'insertion professionnelle.

Un groupe de travail régional fonctionne depuis février 2020. Ses travaux permettent de :

- Formaliser une définition partagée du rétablissement et des soins de réhabilitation, d'où ressortent des critères de bonne pratique et d'évaluation des projets
- Organiser une stratégie régionale de déploiement pour permettre l'accès de tous à ces soins
- Accompagner la transformation en mettant des ressources d'appui à disposition des porteurs de projets et en organisant un accompagnement individualisé des équipes

2 : Objet de l'AAP

Le présent AAP vise à mettre en œuvre la stratégie régionale de déploiement des soins en réhabilitation psychosociale en labellisant 8 structures de niveau 1, appelées « plateformes de remédiation cognitive et de réhabilitation psychosociale », afin de faciliter l'accès à ces soins pour les personnes concernées, dans le cadre de leur parcours de rétablissement, sur l'ensemble du territoire. En cible, il est souhaité une ou deux plateformes par département pour permettre une couverture homogène de la région. Le groupement candidat propose son territoire d'intervention en fonction des caractéristiques géopopulationnelles et de l'offre existante.

Ces plateformes ont pour mission de structurer une offre de proximité, en cohérence avec les travaux du PTSM. Sur leur territoire, ces plateformes :

- organisent et animent le réseau de l'offre existante au plus près de la personne, au sein des structures existantes
- constituent une offre intersectorielle de ressources au niveau du territoire, pour dispenser les bilans et les soins qui ne sont pas disponibles dans les structures existantes au plus près de la personne.

Elles répondent aux conditions de fonctionnement fixées par le présent AAP.

Le public ciblé est celui des adultes en situation ou à risque de handicap psychique en rapport avec un trouble psychique sévère et persistant ou un trouble du neurodéveloppement, dès le début des troubles et quel que soit le stade de l'évolution, en cohérence avec le parcours de soins psychiatriques. Cette offre est également ouverte aux adultes jeunes ainsi qu'aux grands adolescents de moins de 18 ans présentant ce type de situation clinique, afin d'intervenir dès le début de la maladie, dans une logique de transition. La plateforme peut intégrer une structure délivrant des soins aux personnes détenues.

Cet appel d'offre vise à la labellisation de structures de niveau 1. Un appel d'offre distinct sera organisé pour la labellisation de structures de niveau 2 (missions de soutien, formation, recherche, suivi de cohorte). Les structures candidates à la labellisation niveau 2 devront au préalable être labellisées niveau 1.

3 : Objectifs et missions

Les objectifs attendus sont :

Pour les personnes concernées :

- Définir les besoins de soins de réhabilitation et de remédiation cognitive
- Faciliter / accélérer l'accès aux structures de soins spécialisées
- Définir plus précocement les besoins en termes d'accompagnement
- Favoriser la (re)prise en main du parcours de vie par la personne elle-même
- Améliorer la qualité de vie de la personne au sein de son environnement en intégrant les personnes aidantes dans l'accompagnement
- Apporter une vigilance particulière en cas d'isolement de la personne
- Accompagner la personne vers sa démarche de rétablissement

Avec la mise en valeur de ses habiletés sociales (repérage des qualités personnelles, humaines et relationnelles), la personne verra son estime d'elle-même améliorée et pourra se faire confiance.

Le rythme de mobilisation de la personne concernée est à prendre en considération.

La notion de bien-être global doit être constante.

Le principe de rétablissement comme élément de bien-être doit être un éclairage pour la personne concernée, en vue de son épanouissement.

Pour le système de soins sur le territoire, en articulation étroite avec la pratique de secteur :

- optimiser l'accompagnement à long terme en favorisant l'adhésion au traitement et au suivi, en diminuant le risque de rechutes
- favoriser l'accès aux soins somatiques, aux actions de prévention et à l'accompagnement des addictions
- accompagner l'évolution des pratiques, par la formation, l'accompagnement par les pairs, le recours à des outils validés
- promouvoir le travail en pluridisciplinarité

- promouvoir une organisation en réseau sur le territoire, et le partage d'informations, afin de prévenir les ruptures de parcours des personnes
- contribuer à l'amélioration des connaissances en participant à des projets de recherche
- identifier une population qui bénéficie de ces soins en appliquant un guide de codage permettant la constitution de cohortes de patients

Pour l'environnement de la personne concernée :

- diminuer la stigmatisation des personnes et l'autostigmatisation
- favoriser la participation sociale des personnes vivant avec un trouble psychique sévère ou un trouble du neuro-développement dans la Cité
- favoriser et développer la place des aidants et des familles :
 - Pour tous : faciliter l'accès à une offre de soutien et de psychoéducation
 - Lorsque la personne concernée donne son accord, comme ressource mobilisable pour la mise en œuvre du projet de vie
- agir en synergie avec les acteurs mobilisés pour la réalisation du projet de vie de la personne concernée (adaptation des soins en fonction du projet de vie, adaptation du bilan en vue de dossiers de demande MDPH...)
- favoriser l'accès aux droits et à la connaissance de ces droits par les personnes concernées et leurs proches

Les missions confiées aux plateformes sont au nombre de quatre :

- **mission 1** : structurer une offre lisible, avant tout généraliste (approche orientée rétablissement) et, le cas échéant, spécialisée (dimension technique, ajustée à chaque type de troubles), dans une logique proactive d'aller-vers

- **mission 2** : réaliser ou coordonner une évaluation des besoins et des compétences des personnes concernées sur le plan clinique, fonctionnel, cognitif, social et professionnel ; accompagner la personne dans la définition de son projet de vie ; proposer des indications de prises en charge personnalisées en fonction du bilan d'évaluation préalable, ceci dans une temporalité adaptée à la situation de la personne

- **mission 3** : diffuser les connaissances auprès des équipes de proximité et proposer une offre de formation/diffuser et promouvoir des formations existantes : psychiatrie de secteur, autres structures sanitaires, établissements et services médico-sociaux, professionnels libéraux, services à destination des personnes en situation de handicap psychique (accès aux droits et à la citoyenneté, habitat, appui à la participation sociale, accompagnement du projet professionnel, pair-aidance...)

- **mission 4** : mettre en place ou aider les acteurs à mettre en place des programmes de réhabilitation psychosociale ou de remédiation cognitive

Il n'est pas défini un modèle unique de plateforme pour tous les territoires, en particulier, le mode concentré ou réparti des activités de réhabilitation ou de remédiation cognitive. Le modèle doit s'adapter à l'offre existante ou la développer progressivement, considérer la disponibilité des ressources et la possibilité de référer les personnes entre acteurs et lieux du territoire, en particulier tels que décrits dans les fiches actions du PTSM.

4 : Equipe candidate à la labellisation

La labellisation concerne un groupement d'acteurs, représentés par un porteur qui est nécessairement un établissement de santé autorisé en psychiatrie. Le groupement comprend a minima une équipe pilote (rattachée à l'établissement porteur), des équipes référentes (qui proposeront des soins y compris aux patients suivis par une autre équipe du territoire), des équipes de secteur ou structures de proximité qui proposeront des soins pour leurs patients, des équipes collaboratives, des partenaires associatifs, sociaux et médicosociaux, ainsi qu'au moins un représentant de personnes concernées et de proches

En fonction des équipes, de l'environnement et des spécificités territoriales, il sera aussi envisageable de proposer des projets d'équipes mobiles en réhabilitation.

- **L'équipe pilote** de la plateforme comprend généralement un médecin, un psychologue, un neuropsychologue, un infirmier, un ou plusieurs pair-aidant ayant suivi une formation spécifique, un assistant de service social ou chargé d'insertion et un secrétariat. Ces personnels sont déjà formés à la réhabilitation psychosociale. En fonction de la montée en charge de l'activité et du contexte, l'équipe pilote pourra avoir recours à un case manager, un temps de chargé d'insertion, un ergothérapeute....

Son rôle :

- l'équipe pilote assure en général les missions 1 et 3. En particulier, elle veille à la lisibilité de l'offre de réhabilitation dans le territoire, elle a une visibilité sur les prises en charge réalisées par les acteurs du territoire, elle les appuie pour les phases formations et mise en place. En lien avec le ou les centres de niveau 2, elle participe aux travaux ou études d'impact de la réhabilitation, elle favorise la diffusion des nouveaux outils.

- le niveau d'implication dans les missions 2 et 4 est fonction de l'existant et des organisations du territoire. D'une manière générale, l'équipe pilote a vocation à mettre ses moyens au service des acteurs quand une compétence spécifique leur manque. Souvent, elle a un rôle de premier plan dans la phase d'évaluation pluriprofessionnelle des besoins et capacités de la personne concernée, avant définition du programme. Elle peut aussi mettre en œuvre directement certaines prises en charge de réhabilitation, soit très localement, soit de manière répartie sur le territoire.

- ces prises en charge sont proposées soit en réponse à des caractéristiques cliniques (difficultés à intégrer les structures institutionnelles en début de maladie), soit en réponse à des caractéristiques organisationnelles (disponibilités liées au travail ou aux études) etc.

- **Les unités de soins référentes**

L'accès à la réhabilitation psychosociale n'est pas a priori relié à une forme exclusive de soins, telle que l'hospitalisation, la postcure, l'hôpital de jour, le CATTP, le CMP ou autre structure de consultation. Des équipes mobiles sont également envisageables, pour permettre l'intervention sur le lieu de vie de la personne.

Chaque unité engagée dans la plateforme peut donc être référente d'une ou plusieurs modalités de soins selon les compétences et le savoir-faire de son équipe. Il peut s'agir d'un HDJ ou d'un CATTP ou d'une autre unité orientée sur les thérapies psychosociales. Les « références » seront basées sur les thématiques principales de la réhabilitation et de la remédiation cognitive :

- l'éducation thérapeutique pour les personnes concernées et les aidants

- les thérapies comportementales et cognitives
- la remédiation cognitive et la cognition sociale en groupe
- la remédiation cognitive et la cognition sociale en individuel
- les habiletés sociales et l'estime de soi
- l'entraînement métacognitif
- la gestion du stress et des émotions
- l'autonomie et les compétences sociales
- le soutien et l'accompagnement des familles

L'unité est référente dans la mesure où elle accepte de prendre en charge pour ces soins des patients qui sont suivis en premier ou en continu par une autre équipe du territoire.

Ce principe de référence permettra :

- de faciliter l'orientation des patients en fonction des soins préconisés au terme du bilan qui ne sont pas disponibles dans leur secteur d'origine
- de favoriser le travail de coordination et de collaboration entre les équipes localisées sur différents territoires
- de co-construire au mieux le projet de réhabilitation en lien avec les ressources locorégionales en termes de bassins d'emploi, d'équipes médicosociales ou sociales présentes, de ressources de type parcours en emploi accompagné (job coaching), de logement inclusif...

- **Les équipes de secteur et structures de proximité**

Les équipes adhérentes assurent un rôle premier dans la proposition aux personnes et l'adressage vers la plateforme, et dans la coconstruction initiale du projet de rétablissement. La proximité des soins et la fluidité de l'accompagnement seront privilégiées. La personne sera donc adressée en priorité sur les structures de son secteur si elles proposent les soins préconisés.

Le parcours de réhabilitation pourra alors se faire à partir du secteur :

- dans sa globalité si l'ensemble des soins préconisés y est disponible pour proposer un parcours vers l'insertion sociale et le rétablissement
- partiellement si seule une partie des soins préconisés est disponible, le reste de l'accompagnement sera alors assuré par les unités de soins référentes.

Il est souhaitable que chaque équipe de secteur soit a minima formée à l'entretien motivationnel.

- **Les unités collaboratives**

Autour de l'équipe pilote et des unités référentes de soins de la plateforme, d'autres unités existantes proposant des thérapies psychosociales **adaptées à des populations spécifiques** (par exemple personnes avec troubles du neurodéveloppement) vont se coordonner et enrichir l'offre de soins de la plateforme. Elles peuvent se situer **en dehors du territoire**, en fonction de leur spécialisation et leur accessibilité.

Les patients présentant des profils particuliers pourront être orientés vers ces unités spécifiques :

- si la plateforme ne peut leur proposer une évaluation ou un parcours adapté
- si la plateforme ne peut que partiellement répondre à leurs besoins

- **Les partenaires associatifs ou médicosociaux**

Ce partenariat permettra d'élargir les axes du parcours de réhabilitation au-delà des soins proposés au sein de la plateforme. Pour certaines personnes concernées, ces partenaires peuvent initier des soins en réhabilitation psychosociale et la plateforme territoriale de réhabilitation mettra en place en coordination avec l'équipe partenaire des thérapies complémentaires pour œuvrer ensemble vers le rétablissement. Pour d'autres personnes ce partenariat interviendra pour enrichir de manière complémentaire, coordonnée et intégrative les soins en réhabilitation psychosociale initiés par la plateforme, afin de favoriser le parcours de rétablissement par un accompagnement le plus souvent centré sur l'autonomie et la réinsertion professionnelle ou par des offres et accompagnements pour différents types de logements adaptés.

Le travail avec les associations de familles et de personnes concernées est indispensable à la plateforme. Il est souhaitable que ces liens soient formalisés par des conventions. Le groupement candidat doit détailler les liens déjà existants, ceux qu'il prévoit de développer, en fonction du territoire et de l'offre présente. Les prises de contacts doivent être déjà effectives et les partenariats a minima en discussion lors du dépôt du dossier.

Des professionnels libéraux peuvent également être associés à la plateforme.

Au total, l'offre proposée par la plateforme doit rassembler a minima les éléments suivants :

- en remédiation cognitive, un outil de remédiation des cognitions froides (neurocognition) et un outil de remédiation de la cognition sociale
- des entretiens motivationnels
- un outil de psychoéducation/ETP de la personne et des proches aidants : au minimum une offre pour les personnes et une offre pour les proches
- un programme d'entraînement aux habiletés sociales
- des liens conventionnels avec les acteurs de l'accompagnement vers le logement, l'emploi et l'insertion

5 : L'organisation du parcours dans la plateforme

Le projet de plateforme consiste avant tout à convenir entre les équipes et unités participantes d'une organisation des parcours de réhabilitation. Le projet doit définir la répartition des activités entre ces acteurs en fonction de l'organisation du territoire et du volume d'activité évalué. Les personnes concernées, les familles et les aidants peuvent être à l'initiative de la demande, accompagnés par le médecin traitant. Elles peuvent également être adressées par une structure sanitaire ou médicosociale.

- **Organisation de l'évaluation au sein de la plateforme**

Le projet de plateforme décrit les processus suivants, qui interagissent / sont mobilisés tout au long du parcours:

- modalités d'adressage à la plateforme
- évaluation clinique et psychopharmacologique
- évaluation cognitive
- évaluation fonctionnelle
- évaluation sociale et des ressources environnementales
- évaluation des compétences professionnelles à organiser avec les partenaires sociaux et médico-sociaux
- proposition systématique d'associer les proches, qui font partie du projet de vie
- bilan et modalités de partage des informations avec l'accord de la personne concernée
- gestion des rendez-vous, gestion des dossiers patients, traçabilité

L'évaluation porte à la fois sur les compétences et les difficultés de la personne et de son environnement. Elle est réalisée de façon co-construite avec la personne, partenariale et encadrée, sur un plan méthodologique, par l'unité pilote. Les évaluations sont mobilisées en fonction de la demande ou des attentes de la personne, en cohérence avec son projet de vie.

Quelle que soit la répartition des tâches, le rôle de coordination de l'équipe pilote est essentiel, qu'il s'agisse de l'aide à la décision sur l'orientation de la personne ou de l'orientation vers les structures adéquates. L'information sur les décisions prises doit être assurée auprès de tous les participants à l'accompagnement, la personne elle-même, et avec son accord son entourage, le médecin traitant, les services d'accompagnement.

L'équipe en charge de l'organisation et/ou la coordination du parcours, en particulier sous la forme d'un case-management, peut être l'équipe pilote ou une des structures de soins ou d'accompagnement impliquées dans le parcours de la personne concernée, à définir au cas par cas.

- **Organisation des soins au sein de la plateforme**

Les évaluations ainsi que les soins de réhabilitation psychosociale et de remédiation cognitive seront dispensés à l'aide d'outils validés ou référencés (ETP) en langue française et ayant fait l'objet d'études permettant de démontrer leur efficacité.

Le projet de plateforme décrit le processus global de suivi du parcours et les contributions suivantes :

- soins dans le secteur d'origine ou la structure non sectorisée qui assure le suivi
- soins dans les unités référentes
- soins par l'équipe pilote
- orientation vers les unités collaboratives
- orientation vers les partenaires médico-sociaux et associatifs

Cette organisation implique un important travail de coordination entre les unités afin de fluidifier et d'optimiser le parcours de la personne concernée, à son initiative voire sous son pilotage à chaque fois qu'elle le souhaite, et le cas échéant dans le cadre d'un case management.

En effet, les compétences (fonctionnelles, sociales, cognitives...) que la personne concernée acquière dans les différents programmes de réhabilitation sont complémentaires et interdépendantes. Le projet d'insertion sociale et/ou professionnelle dans la communauté et le rétablissement de la personne concernée est le fil conducteur de l'organisation des parcours. L'insertion professionnelle en milieu ordinaire avec emploi accompagné est un modèle à promouvoir avec les acteurs sociaux et médicosociaux. Selon la situation, le soutien à l'accès et/ou au maintien dans le logement peut la précéder.

Au cours de l'accompagnement, les unités de soins du secteur ou référentes réexamineront régulièrement, en lien avec l'équipe pilote, le projet initial afin de l'adapter à l'évolution de la personne concernée au long de son parcours.

Selon les cas, le rôle de soignant référent ou de case manager sera décrit, ainsi que l'organisation pour les démarches d'insertion professionnelle ou sociale.

6 : Conditions préalables à la labellisation

Les conditions préalables à la labellisation sont les suivantes :

- disposer d'une équipe projet pluriprofessionnelle², émanant de plusieurs structures du territoire, comprenant au moins un professionnel de santé formé à la réhabilitation psychosociale et à la remédiation cognitive
- définir le futur territoire d'intervention de la plateforme. Il existera au maximum deux plateformes par département, ce territoire doit donc couvrir environ la moitié du département au moins, en tenant compte de la répartition de la population et des facilités de déplacement
- avoir réalisé un état des lieux de l'offre en réhabilitation du territoire, pour toutes les structures sanitaires et médicosociales publiques et privées (l'équipe projet s'appuiera pour cela sur le diagnostic territorial partagé réalisé dans le cadre de la démarche PTSM et sur l'état des lieux régional)
- avoir identifié les professionnels libéraux, sociaux et médico-sociaux qui pourront tantôt adresser les personnes concernées, tantôt contribuer au parcours des personnes, en construisant avec eux un maillage coordonné opérationnel
- avoir identifié les ressources partenaires, associations de personnes concernées et de proches, conseils locaux de santé mentale, acteurs de l'éducation et de la formation, de la prévention, du logement, de l'accompagnement à l'emploi.
- définir les modalités d'adressage par tout professionnel, ou à l'initiative directe des personnes concernées, des familles et des aidants, accompagnés par le médecin traitant du patient.

7 : Eléments attendus dans la réponse

- identification des membres de l'équipe pilote, avec leur CV ou tout document justifiant leur expérience et les justificatifs des formations suivies en matière de RPS

² L'équipe projet est celle qui prépare la réponse à l'AAP, elle sera ensuite intégrée dans la gouvernance de la plateforme. L'équipe pilote est pérenne, elle assure les missions décrites au 4.

- identification du territoire d'action
- description de la gouvernance envisagée :
 - Organisation des deux missions : pilotage stratégique et mise en œuvre opérationnelle,
 - Représentation des différents acteurs concernés (dont obligatoirement une représentation de personnes concernées et de proches). Les modalités d'intégration des représentants des partenaires principaux : MDPH, entreprises, bailleurs sociaux, CLSM... doivent être décrites. .
 - L'organe de pilotage stratégique oriente et valide les actions de la plateforme, il constitue un collectif d'acteurs pour élargir, diversifier et encourager les voies de l'inclusion.
 - L'équipe pilote est en charge de la mise en œuvre opérationnelle.
- liste des membres du groupement par catégorie : unités référentes, équipes de secteur et structures de proximité, unités collaboratives, partenaires associatifs et médicosociaux (identification obligatoire de partenaires pour l'accès aux droits, l'accès au logement, l'accès à l'emploi, l'accès à la formation initiale et continue)
- état des lieux du territoire, précisant l'offre existante et l'offre à développer, avec un calendrier prévisionnel de mise en œuvre-projet détaillé d'organisation du parcours patient (avec description des différentes étapes du parcours : entrée, déroulement, sortie) et description des interfaces entre les membres du groupement (illustré par des vignettes cliniques).
- description de l'organisation des soins somatiques
- projet d'accompagnement des équipes référentes, de proximité et collaboratives : bilan des formations déjà réalisées, formations complémentaires prévues, compétences présentes ou à recruter (dont les représentants de personnes concernées), temps de synthèse collectifs, journées d'échange...
- description des locaux d'implantation de l'équipe pilote et de leur accessibilité (l'idéal est un positionnement hors des locaux hospitaliers, qui peut être réfléchi dans un second temps)
- outils disponibles et à acquérir pour mettre en œuvre les activités : visioconférence, modalités de partage des informations patients.
- actions de communication envisagées pour faire connaître le dispositif, draft de document d'information destiné aux personnes concernées, aux proches aidants et / ou aux partenaires sur le fonctionnement de la structure
- indicateurs d'évaluation de l'offre proposée et des actions mises en œuvre par la plateforme avec T0 et cibles associées
- ressources envisagées pour le dispositif : nombre d'ETP, compétences/qualifications, autres frais de fonctionnement, investissement
- calendrier de mise en œuvre et montée en charge envisagée

Le dossier attendu ne doit pas dépasser 20 pages + annexes

8 : Calendrier

- lancement de l'AAP : 3 mai 2021
- réception des candidatures : 8 octobre 2021
- sélection du groupement retenu : fin novembre 2021
- notification des crédits : décembre 2021
- mise en œuvre des actions : début 2022

9 : Financement prévu

Les plateformes présentent leurs besoins pour :

- la constitution de l'équipe pilote (en précisant les redéploiements prévus à partir de l'établissement porteur du projet)
- la montée en charge des ressources des structures adhérentes à la plateforme pour intégrer davantage de patients, en distinguant différents paliers dans la perspective d'une allocation répartie sur plusieurs années. L'appui de l'ARS sera priorisé sur les compétences spécialisées ou métiers nouveaux, tels que neuropsychologues, case managers, pairs-aidants, chargés d'insertion
- le financement des formations nécessaires
- le financement des outils nécessaires.

La somme allouée par l'agence est plafonnée à 400 000€ par plateforme (crédits DAF pérennes versés au titre de 2021).

10 : Critères d'éligibilité et d'appréciation des dossiers

Pour être éligible, le dossier doit être présenté par une structure remplissant les conditions indiquées au premier paragraphe du point 4 et respecter les conditions de l'AAP.

Les critères d'appréciation des dossiers seront :

- expérience et formation des acteurs sur la thématique
- qualité des liens préexistants avec les structures membres du groupement
- gouvernance proposée pour implanter fortement la plateforme sur le territoire et organiser l'égalité d'accès aux soins de RPS
- la participation des personnes concernées
- la participation des proches
- cohérence de la proposition avec les orientations des fiches-actions du PTSM du territoire
- l'organisation de la plate-forme décrite, au regard des attendus du présent cahier des charges
- la personnalisation des parcours autour du projet de la personne et l'objectif de promotion du rétablissement et de la participation sociale des personnes concernées.

- l'utilisation d'outils validés et fondés sur les preuves
- pertinence des indicateurs de suivi envisagés.

Un comité de sélection, composé de représentants de l'ARS, des pilotes médicaux du groupe de travail régional et de représentants des personnes concernées et des proches, rendra un avis au Directeur général après instruction des dossiers reçus.

Les dossiers de candidature sont à transmettre, **au plus tard, le 8 octobre 2021** par voie électronique aux deux adresses mails suivantes : laure.wallon@ars.sante.fr et ars-idf-dos@ars.sante.fr.

Pour toute information complémentaire : laure.wallon@ars.sante.fr