

COORDINATION & TERRITOIRES

2024

2025

LE MOT DU DIRECTEUR DU DAC

Définir les acteurs de la coordination est un exercice périlleux et au fil du groupe de travail qui a mené à ce premier livrable, la question s'est plus d'une fois posée. Pourquoi écarter telle ou telle structure ? Après tout, nous faisons toutes et tous de la coordination et nous sommes toutes et tous, dans notre exercice et nos missions, confrontés à la complexité. Le malentendu est peut-être double.

D'une part être confronté à la complexité ne signifie pas que nous ayons pour mission de la gérer. Il existe bel et bien des acteurs dont c'est la mission, le cahier des charges et la légitime place dans la réponse aux professionnels et aux usagers.

D'autre part, la coordination, pour évidente qu'elle soit devenue désormais dans une démarche parcours privilégiant l'approche globale de la personne, suppose une graduation de cette même coordination et des acteurs différents selon le niveau de complexité.

David RONDEAU
Directeur du DAC Allier



Ce premier outil coconstruit est imparfait et méritera sans nul doute des mises à jour et des évolutions, mais il répond aussi à une demande forte du territoire et a le mérite d'exister. Je remercie celles et ceux qui ont bien voulu participer à sa rédaction et espère que les lecteurs y trouveront quelques ressources utiles à leur prise en charge complexe.

SOMMAIRE

<i>PETITE HISTOIRE DE LA COORDINATION</i>	....	04
<i>UN PEU DE VOCABULAIRE</i>	....	06
<i>LES DISPOSITIFS TRANSVERSAUX</i>	....	11
<i>ENFANCE</i>	....	23
<i>HANDICAP</i>	....	30
<i>PERSONNES ÂGÉES</i>	....	37
<i>SANTÉ MENTALE ET PRECARITÉ</i>	....	39
<i>LES DISPOSITIFS DE COORDINATION EN UN COUP D'OEIL</i>	....	42

PETITE HISTOIRE DE LA COORDINATION

1988

AAFM Téléthon (accompagnateurs de malades sur la base de l'autodétermination des personnes)

1999

Déploiement des **EMA (Equipes mobiles autisme)** qui accompagnent et coordonnent les interventions autour des personnes atteintes d'un trouble du spectre autistique (cf. fiche ressource)

2001

Création des **CLIC**, instruments spécifiques de la coordination gérontologique en lien avec la mise en place de l'APA

2002

Création des **réseaux de santé** pour «organiser» la prise en charge globale des patients en lien avec le médecin traitant

2008

Création des **MAIA** (Méthode pour l'intégration des acteurs dans le champ de l'autonomie) et déploiement des gestionnaires de cas pour coordonner les parcours complexes des personnes âgées

2009

Création des **ERHR (Equipes ressources handicap rares)**

2016

Un nouvel élan pour la coordination en santé...



- Création des **PCPE (Pôle de compétences et de prestations externalisées)** suite au rapport Piveteau sur le Handicap, Zéro sans solutions (cf. fiche ressource)
- Création des centres ressources **TSAF (Troubles du spectre de l'alcoolisation foétale)**
- Création des **CTSM (Conseil territoriaux en santé mentale)** dont découleront les Projets territoriaux en santé mentale (PTSM)
- Création des **CPTS (Communautés professionnelles territoriales de santé)** afin de faciliter la coopération des acteurs sur un territoire donné pour assurer la promotion, la qualité, l'accès et la permanence des soins sur un territoire donné (cf. fiche ressource)
- Création des **PTA (Plateforme territoriale d'appui)** qui deviendront en 2022 **DAC (Dispositif d'appui à la coordination)** en intégrant les MAIA et qui ont pour mission de venir en appui aux professionnels confrontés à un besoin de coordination soutenue sur des parcours de santé (cf. fiche ressource)

PETITE HISTOIRE DE LA COORDINATION

2018

Mise en place des **PCO (Plateforme de coordination et d'orientation)** dont la mission est de coordonner les interventions de manière précoce pour des enfants

2018

Mise en œuvre du **PDLHI (Pôle Départemental de Lutte contre l'Habitat Indigne)** sur l'Allier qui propose entre autres un accompagnement et une coordination des interventions sur les problématiques d'habitat

2019

Création des **EMAS (Equipe mobile d'appui médico-social)** en appui au parcours de scolarisation des enfants en situation de handicap

2019

Naissance de **PICO CAP (Plateforme interdépartementale de coordination et d'orientation)** qui a pour objectif de venir en appui aux enfants et familles sur un parcours possiblement TND (cf. fiche ressource)

2019

Mise en œuvre des **DAC (Dispositif d'appui à la coordination)** et autorisation des **DSR (Dispositif spécifiques régionaux)** qui coordonnent et harmonisent les pratiques et contribuent à la structuration des parcours à l'échelle régionale.

2020

Déploiement des **C360 (Communauté 360)** dans le cadre de la conférence nationale du handicap afin de répondre de manière plus coordonnée et systémique aux personnes en situation de handicap et à leurs aidants

2020

Création des **Réseaux Sourds Santé** pour coordonner le parcours des personnes mal entendant, en s'appuyant sur la langue de signes

2021

Déploiement des **Pôles ressources** (exemple : Pôle ressources handicap) proposant une équipe dédiée venant en appui à un certain type de parcours

2022

Expérimentation de l'**EMSP (Equipe Mobile Santé précarité)** pour coordonner les interventions autour des usagers en renoncement aux soins, dans une "logique d'aller vers"

2023

Déploiement des **CRT (Centre de ressources territoriales)** qui ont notamment pour mission de coordonner les interventions au domicile des usagers de plus de 60 ans selon leur girage

UN PEU DE VOCABULAIRE

- **DAC**

Dispositif d'appui à la coordination

- **C360**

Communauté 360

- **CFPPA**

Conférence des financeurs de la prévention et de la perte d'autonomie

- **CHU**

Centre Hospitalier universitaire

- **CPTS**

Communauté professionnelle territoriale de santé

- **CRA**

Centre de ressources autisme

- **CRT**

Centre de ressources territorial

- **ELMAIR**

Équipe Mobile

- **EMA**

Équipe mobile autisme

- **EMAS**

Équipe mobile d'appui à la scolarisation

- **EMSA**

Équipe mobile de soutien et d'accompagnement

- **EMSP**

Équipe mobile santé précarité

- **ERHR**

Équipe relais handicaps rares

- **ESS**

Équipe de soins spécialisée

- **PCPE**

Pôle de compétences et de prestation externalisée

- **PTSM**

Projet territorial de santé mentale

- **RAPT**

Réponse accompagnée pour tous

UN PEU DE VOCABULAIRE



• APPROCHE POPULATIONNELLE

Les principes de l'approche populationnelle s'ancrent dans un principe supérieur énonçant que toute intervention dans le champ de la santé doit se faire à partir des besoins réels de la personne et des **soins centrés sur la personne**. Cela entraîne une philosophie de soin dans laquelle les services et structures ne doivent pas déterminer le besoin, mais au contraire, partir des besoins et proposer un accompagnement personnalisé et individualisé. C'est un changement de paradigme très puissant qui déstabilise les organisations, génère une complexité évidente des prises en charge, mais garantit par ailleurs le principe supérieur de patient ou d'usager partenaire et acteur de son parcours de soin. L'approche populationnelle, c'est aussi le principe d'organisations souples, modulaires et modulables, en capacité d'absorber collectivement les évolutions des besoins d'un territoire et d'une population.



• GUICHET UNIQUE

Les guichets uniques en santé constituent des points d'entrée facilement identifiables par les professionnels de santé ou les usagers. Improprement qualifiés "d'uniques", ils suggèrent en fait une organisation intégrée dans laquelle, une fois une personne ou un besoin identifié par le guichet, ce dernier assure le relai vers le(s) ressource(s) la ou les plus adaptées en capacité de répondre aux besoins de la personne ou de la situation. Le guichet unique informe, oriente, met en lien, guide et potentiellement s'assure du suivi de l'orientation pour confirmer la mise en œuvre du parcours de soin de l'usager.



• PARCOURS EN SANTE

Un parcours de santé s'entend comme la prise en charge globale, structurée, progressive et continue des patients, au plus près de chez eux. Ce qui se traduit le plus souvent par la philosophie : **le bon soin par le bon professionnel au bon moment au bon endroit**. Cela suppose de faire oeuvre ensemble de manière coordonnée ou intégrée, entre les acteurs de la prévention, du soin, du suivi médico-social, voire social, et de cesser de fonctionner en silo. Le parcours de santé cherche à répondre notamment à l'accroissement des maladies chroniques qui entraîne une multiplication des intervenants tout au long de la vie de l'usager ou du patient, nécessitant de mieux coordonner l'action de ces intervenants pour améliorer l'efficacité du système de santé.

UN PEU DE VOCABULAIRE



• COORDINATION

La coordination est située à l'interface des secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, au carrefour de l'établissement et du domicile, du privé et du public, entre professionnels du soin et acteurs sociaux. Elle facilite le travail et la communication entre professionnels et ce au bénéfice des usagers. La coordination, par principe, n'est donc pas immédiate. Elle prend du temps mais elle participe à la démarche qualité des organisations en santé. La coordination se décline généralement en trois niveaux distincts mais complémentaires.

- La **coordination de proximité**, dévolue aux acteurs d'un territoire et permettant de proposer une première réponse coordonnée pour l'utilisateur, le patient et son aidant dans un objectif de continuité, de cohérence et de permanence de la prise en charge.
- Une **coordination d'appui** qui ne substitue pas à la coordination de proximité mais vient la compléter, la soulager en adoptant une posture experte et innovante permettant de soutenir l'ensemble de l'organisation tout en participant à l'amélioration des pratiques.
- Une **coordination de territoire** qui vient piloter les deux autres types de coordination et assurer une cohérence de l'ensemble en créant de nouvelles interfaces, en valorisant les coopérations existantes et en accompagnant l'amélioration des pratiques.

• INTEGRATION

L'intégration des services participe de l'**approche populationnelle**. Elle se fonde sur l'idée que la santé et le bien-être sont l'affaire de tous les acteurs de la santé et que cette préoccupation commune doit accompagner les usagers et les patients tout au cours de leur vie dans tous les lieux où cette vie se déroule. Sur un plan organisationnel, l'intégration suppose que l'ensemble des acteurs co-construisent et soient co-responsables du parcours des usagers. Cela se traduit notamment par une inter-connaissance des acteurs pour répondre aux besoins des usagers par une orientation adaptée, un maillage du territoire pour prendre en charge les usagers, de la prévention à l'accompagnement complexe et un engagement des acteurs dans une démarche partagée et décloisonnée, seule garante de répondre aux besoins globaux des personnes.



• REPONSE GRADUÉE

La réponse graduée propose une prise en charge graduée en deux ou trois niveaux, du plus simple au plus complexe, en permettant aux professionnels de santé de s'appuyer les uns sur les autres en fonction de la complexité de la situation par un système de passage de relais entre chaque structure, dispositif ou établissement dont l'expertise est la plus adaptée à un instant T du parcours de santé de la personne. Il s'agit de graduer les soins et/ou l'accompagnement des personnes en fonction de leurs besoins, des alertes identifiées et des ressources du territoire en appliquant systématiquement le principe de subsidiarité jusqu'à stabilisation de la situation et son retour dans le droit commun.

UN PEU DE VOCABULAIRE



• SITUATION COMPLEXE

La notion de parcours complexe a été inscrite dans la loi de modernisation du système de santé de janvier 2016 : “le parcours de santé est dit complexe lorsque l’état de santé, le handicap ou la situation sociale du patient rendent nécessaire l’intervention de plusieurs catégories de professionnels de santé, sociaux ou médico-sociaux”. Globalement, la complexité est souvent au carrefour des problématiques qui peuvent affecter la santé des personnes (pathologies, problématiques d’aidants, habitat, précarité, addictions, absence de droits ouverts, refus de soin, absence d’intervenants, inadaptation du projet de soin). Ces problématiques peuvent être sociales, médico-sociales et/ou sanitaires, entraînant une imprévisibilité, une instabilité et un morcellement de la prise en charge.

• COMPLEXITÉ POUR LES PROFESSIONNELS

Nécessité “d’aller vers”

Besoin de réponses rapides

Temps mobilisé sur une situation

Méconnaissance de la problématique de l’usager

Imprévisibilité, instabilité et impermanence

Besoin d’ajustements constants

Besoin d’une évaluation globale et décloisonnée

Absence ou inadéquation de réponses ou délais de réponses trop importants

Manque de cohérence dans les interventions

Nécessité d’agir sur plusieurs dimensions de la situation

Refus d’aides ou ambivalence de la personne ou de l’aidant

Environnement complexe (habitat, isolement, famille, mesure de protection...) nuisant à la qualité de la prise en charge

Gestion des transports

Transport impossible ou inadapté

Situation qui ne rentre pas dans les cases ou besoin d’innover dans les prises en charge

UN PEU DE VOCABULAIRE

• COMPLEXITÉ POUR LES USAGERS

• CULTURE DIFFÉRENTE
ALLOPHONIE

• VULNÉRABILITÉ

• ENVIRONNEMENT
PRÉCAIRE

• DROITS NON OUVERTS

• MÉCONNAISSANCE DES
RESSOURCES

• ACCÈS AUX DROITS
COMPROMIS OU DIFFICILES

• DÉLAI DE RÉPONSE
TROP LONG

• ISOLEMENT

• SITUATION SINGULIÈRE

• RESSENTI COMPLEXE
DE SA SITUATION

• DIFFICULTÉS À TROUVER
LE BON INTERLOCUTEUR

• PROFESSIONNELS
INEXISTANTS OU TROP
NOMBREUX

• ABSENCE DE SOLUTIONS

• ABSENCE DE MAÎTRISE DES
REMARQUES ET DES OUTILS



POSSIBLE ABANDON DU PARCOURS
DE SOIN POUR L'USAGER



DISPOSITIFS TRANSVERSAUX

DAC 03

Dispositif d'Appui à la Coordination de l'Allier *Association sur financement ARS*

01. Missions

- Guichet unique (numéro de téléphone unique) pour informer, orienter les professionnels prioritairement ainsi que les usagers et les aidants
- Participer à l'animation des instances territoriales et à l'observatoire des parcours complexes sur le territoire
- Prévenir et analyser les ruptures de parcours
- Coordonner les parcours individuels
- Fournir un appui aux professionnels de 1er recours

02. Modalités d'intervention

- Appui aux situations ressenties comme complexes par les professionnels ou les usagers par une réponse graduée (en fonction des besoins identifiés) et en subsidiarité des acteurs qui interviennent
- Intervention en amont de la rupture de parcours (réintroduction dans le parcours adapté) ou en aval de la rupture (situations complexes)
- Evaluation à domicile, sur orientation d'un professionnel
- Suivi selon le besoin

03. Pour qui ?

TOUS PUBLICS, TOUS ÂGES

Pour toutes pathologies nécessitant une coordination médicale et/ou médico-sociale (hors coordination uniquement sociale)

04. Durée d'accompagnement

En fonction du besoin, de la réponse graduée jusqu'à stabilisation de la situation ou la maîtrise de la complexité

05. Effectifs

Médecin
Infirmiers / infirmières
Ergothérapeute
Assistant social
Educatrice spécialisée

06. Sur quel territoire ?

Département de l'Allier, 4 antennes :

- Moulin
- Montluçon
- Vichy
- Saint-Pourçain-Sur-Sioule



CONTACT

DAC 03

32 rue du Champ Feuillet
03500 Saint-Pourçain-sur Sioule

Orientation directe pour les professionnels et les usagers au 04 70 47 44 51

email : dac03contact@gmail.com

Fiche d'appui en ligne : dac03.fr
"Nous solliciter"

ANEF 03-63

Equipe de Veille Santé Habitat

Association loi 1901

• MISSIONS

- Proposer des des actions visant à aider au traitement des situations d'incurie dans l'habitat
- Être dans une dynamique d'aller-vers
- Mobiliser et coordonner l'ensemble des acteurs
- Elaborer des solutions durables et non coercitives en accord avec la personne

• POUR QUI ?

PERSONNES EN SITUATION D'INCURIE DANS L'HABITAT

Environ 10 situations par an

• MODALITES D'INTERVENTION

- L'accès à ce dispositif fait suite à un signalement habitat indigne par un professionnel
- L'action de l'Equipe de Veille Santé Habitat est conditionnée au fait d'être mandatée par l'ARS.

• EFFECTIFS

- 1 psychologue clinicienne
- 1 éducatrice spécialisée
- 1 conseillère en économie sociale et familiale

• DURÉE D'ACCOMPAGNEMENT EN FONCTION DES BESOINS

• SUR QUEL TERRITOIRE ?

MOITIÉ EST DU DÉPARTEMENT DE L'ALLIER

• CONTACT

ANEF 03-63

Claude Faucheux, chef de service

Tél. : 06 27 30 83 69
04 70 35 55 87

email : cfaucheux@anef63.org

Réalisation d'un signalement via la fiche de repérage Habitat du Conseil départemental de l'Allier et envoi au guichet du PDLHI à l'adresse suivante :

veniant.a@allier.fr

Puis transmission du dossier à l'ARS si besoin qui peut mandater l'Equipe de Veille Santé Habitat de l'ANEF 03-63

CALORIS

Centre ressource obésité Auvergne
Porté par le CHU de Clermont-Ferrand

01. Missions

- Coordonner les moyens et les ressources dans la prise en charge de l'obésité
- Agir dans le domaine de la prévention de l'obésité adulte et infanto-juvénile
- Fédérer les professionnels des champs sociaux, sanitaires et les libéraux autour de projets de santé partagés
- Appuyer le développement d'équipes pluridisciplinaires de proximité pour répondre aux besoins de la population

02. Pour qui ?

**ENFANTS ET ADULTES
EN RISQUE D'OBESITÉ
OU EN OBÉSITÉ**

Environ 550 patients / an

03. Modalités d'intervention

Accès direct par les usagers ou l'environnement familial (parents d'un enfant en obésité) ou par un professionnel de santé

04. Durée d'accompagnement

Suivi individualisé, soit de proximité, soit en ateliers au CHU

05. Effectifs

Médecin nutritionniste
Coordinateurs médicaux
Diététiciennes
Psychologue
Réfèrent pédiatrie
Chirurgien bariatrique

06. Sur quel territoire ?

ALLIER & AUVERGNE



CONTACT

**Centre spécialisé de l'obésité CSO-
Caloris**

Numéro unique : 04 73 75 44 87

email : caloris@chu-clermontferrand.fr

CPTS DU TERRITOIRE

Communautés professionnelles territoriales de santé

Associations loi 1901

01. Missions

Chaque CPTS dispose de 6 missions principales :

1/Améliorer l'accès aux soins : faciliter l'accès à un médecin traitant et améliorer la prise en charge des soins non programmés en ville

2/Organiser les parcours pluri-professionnels autour du patient

3/Développer des actions territoriales de prévention

4/Contribuer à apporter une réponse en cas de crise sanitaire

5/Développer la qualité et la pertinence des soins

6/Accompagner les professionnels de santé sur le territoire

02. Pour qui ?

Tous les professionnels et structures des secteurs de la santé, du sanitaire et du médico-social.

03. Pourquoi ?

Améliorer la coordination et la qualité de l'offre de soins sur un territoire.

04. Sur quel territoire ?

ALLIER ET ALENTOURS



CONTACTS

CPTS NORD ALLIER

email : cpts.nordallier@gmail.com

CPTS OUEST ALLIER

email : accueil@cptsouestallier.com

CPTS SUD ALLIER

email : cptssudallier@gmail.com

Site internet : <https://cpts-sudallier.fr/>

CPTS VICHY VAL D'ALLIER (VVA)

email : cptsvva@outlook.fr

Site internet : <https://cptsvva.fr/>

EMRO

Equipe Mobile de Réadaptation et d'Orientation du CRRF de Bourbon Lancy

• MISSIONS

-Améliorer l'accès aux soins SMR sur l'ensemble du territoire régional et fluidifier les parcours de soins en amont et en aval des soins SMR
-Faciliter le retour ou le maintien dans le lieu de vie des personnes en situation de handicap temporaire ou prolongé
-Evaluer et expertiser des problématiques de réadaptation sur le plan sensori-moteur, fonctionnel, cognitif, psychologique, social...

• POUR QUI ?

Toute personne à partir de 16 ans en situation de handicap temporaire ou prolongé suite à une atteinte neurologique ou tout autre affection de l'appareil locomoteur et/ou entraînant des difficultés fonctionnelles

• MODALITES D'INTERVENTION

Orientation par :
-les professionnels de santé exerçant en établissement, en libéral ou à domicile (médecins, paramédicaux...)
-les assistant(e)s de service social, les psychologues / neuropsychologues, les travailleurs sociaux
-les services d'aide à domicile
-les FAM, MAS, EHPAD, Foyers de vie
-les DAC, CPTS...

• EFFECTIFS

-Responsable de service
Médecin MPR
Ergothérapeute
Assistante de service sociale
Secrétaire médicale
Ponctuellement :
neuropsychologue, IDE spécialisée en plaie et cicatrisation

• DURÉE D'ACCOMPAGNEMENT 2 SEMAINES À 6 MOIS

• SUR QUEL TERRITOIRE ? SAÔNE ET LOIRE, ALLIER ET NIÈVRE

• CONTACT

EMRO du CRRF de Bourbon Lancy

7 rue de La Roche 71140 Bourbon Lancy

Tél. : 0385896414

email :
equipe-mobile.bourbon-lancy.ug-bfc@ugecam.assurance-maladie.fr

Site internet :
<https://www.groupe-ugecam.fr/le-crrf-le-bourbonnais>
Formulaire de demande

01. Missions

- Venir en appui des équipes soignantes hospitalières ou au domicile
- Prendre en charge de manière pluridisciplinaire des patients en soins palliatifs
- Venir en soutien aux équipes en difficulté dans une prise en charge palliative
- Dispenser des formations en soins palliatifs

02. Modalités d'intervention

Sur orientation ou sollicitation d'un professionnel de santé (médecin traitant, médecin hospitalier, médecin spécialisé)

03. Pour qui ?

PERSONNES EN SOINS PALLIATIFS

6 lits au CH de Vichy identifiés en soins palliatifs

04. Durée d'accompagnement

Aussi longtemps que nécessaire

05. Effectifs

Gériatre
Infirmier
Aide-soignant
Kinésithérapeute
Equipe de soutien psychologique
Equipe de soutien spirituel
Bénévoles

06. Sur quel territoire ?

**BASSIN DE SANTÉ VICHY
VAL ALLIER**



CONTACT

**Centre Hospitalier de Vichy
Batiment 3**
Boulevard Denière – BP 2757
03207 Vichy Cédex

Tél. : 04 70 97 13 66

email : emsa@ch-vichy.fr

Site internet : www.ch-vichy.fr

ERGOTHÈQUE 03

Financement par CFPPA (conférence des financeurs), portée par le dispositif Merci Julie

• MISSIONS

- Proposer l'intervention d'un ergothérapeute à domicile en articulation avec l'écosystème local (SAAD, SSIAD, DAC, CCAS, Espace Autonomie...)
- Poser un diagnostic ergothérapique précis en identifiant les capacités, les besoins, les difficultés de la personne ainsi que les contraintes de son environnement, y compris budgétaires
- Accompagner les bénéficiaires dans la mise en place des aides techniques, sans reste à charge pour le bénéficiaire

• POUR QUI ?

PERSONNES ÂGÉES DE PLUS DE 60 ANS RÉSIDANT DANS L'ALLIER

• MODALITES D'INTERVENTION

- Contact direct
- Orientation par les professionnels (TMS, DAC, SSAD, CH...)
- Intervention sans reste à charge pour le bénéficiaire

• EFFECTIFS

1 ETP

• DÉLAI D'INTERVENTION

ENTRE 15 JOURS ET 1 MOIS

• DURÉE D'ACCOMPAGNEMENT

- Une première visite d'évaluation
- Suivi par téléphone
- Autant de visites de suivi que nécessaire

• SUR QUEL TERRITOIRE ?

TOUT LE DÉPARTEMENT DE L'ALLIER

• CONTACT

ERGOTHÈQUE 03

email : ergotheque03@merci-julie.fr

Fiche de liaison à envoyer par mail sur cette adresse

Ergothèque
03

EQUIPE MOBILE KINE

URPS MK – Union Régionale des Professionnels de Santé Masseurs-Kinésithérapeutes

Association loi 1901

• MISSIONS

- Accès aux soins de kinésithérapie à domicile.
- SAS de pré-installation de jeunes masseurs kinésithérapeutes
- Actions de prévention pour les personnes âgées avec une évolution des risques de chutes

• POUR QUI ?

**TOUT PATIENT
NÉCESSITANT DES
SOINS DE
KINÉSITHÉRAPIE**

• MODALITES D'INTERVENTION

- Sur prescription médicale.
- Remboursement :
60% : AMO
40 % : AMC

• EFFECTIFS

2 masseurs kinésithérapeutes

• DURÉE D'ACCOMPAGNEMENT

En fonction de la pathologie et de l'évolution clinique

• SUR QUEL TERRITOIRE ?

**20 KM AUTOUR DU
DONJON
20 KM AUTOUR DE
MONTLUÇON**

• CONTACT

**EQUIPE MOBILE DE
KINESITHERAPIE**

03 79 45 99 44

ESS CARDIO+

Équipe de soins spécialisée en cardiologie EN Auvergne-Rhône-Alpes

Dispositif expérimental (article 51)

01. Missions

- Proposer une expertise ou un avis spécialisé en cardiologie (insuffisance cardiaque, hypertension artérielle, apnées du sommeil...)
- Être en appui aux professionnels de santé
- Coordonner et sécuriser les prises en charge en cardiologie
- Proposer si besoin un parcours personnalisé de soins avec suivi annuel au long cours

02. Modalités d'intervention

- Orientation par des professionnels de santé ou des établissements
- Analyse de la demande
- Validation par un cardiologue du choix du mode d'intervention (présentiel / téléconsultation / téléexpertise / télécardiologie augmentée par une équipe mobile dédiée...)

03. Pour qui ?

Patients adultes dépendants ou non mobilisables en transport sanitaire (pas d'urgence de moins de 48 heures)

04. Durée d'accompagnement

En fonction de la pathologie
L'intervention peut être ponctuelle ou au long cours si le patient est porteur d'une maladie chronique

05. Effectifs

Cardiologue
Infirmière spécialisée en cardiologie
Infirmière en pratique avancée

06. Sur quel territoire ?

ALLIER
AIN
HAUTE-LOIRE



CONTACT

E.S.S. Auvergne-Rhône-Alpes

Siège social :
180 rue Soeur Jeanne-Antide Thouret
74800 La Roche-sur-Foron

Secrétariat region : 09 86 41 59 81

email : ess.cardioplus@aura.mssante.fr

Site internet : aura.esscardio.fr

Demande d'intervention à faire Via Monsisra :

>fiche requérant

>ou télécharger le formulaire sur le site internet, à envoyer via le site sécurisé

NEURO SEP AUVERGNE

Association

• MISSIONS

- Organiser et planifier le parcours et le suivi du patient en situation complexe, en lien avec l'équipe de soins de 1er recours
- Assurer une meilleure orientation du patient et apporter un appui aux différents intervenants auprès du patient en optimisant la qualité des soins de proximité
- Favoriser la coordination et la continuité des soins qui lui sont dispensés avec une bonne articulation ville-hôpital et dans une démarche décloisonnée
- Participer à l'éducation thérapeutique du patient

• POUR QUI ?

Personnes atteintes d'une sclérose en plaques, d'une sclérose latérale amyotrophique, d'une pathologie neuro-musculaire ou vasculaire de l'adulte

• MODALITES D'INTERVENTION

Saisine directe par les usagers ou orientation par le médecin traitant, le médecin rééducateur, les acteurs médico-sociaux ou le neurologue

• EFFECTIFS

Infirmier
Assistante sociale
Neuropsychologue
Psychologue
Ergothérapeute

• DURÉE D'ACCOMPAGNEMENT

Réponse graduée selon le niveau de complexité, après évaluation globale des besoins du patient

• SUR QUEL TERRITOIRE ?

ALLIER ET AUTRES DÉPARTEMENTS D'Auvergne

• CONTACT

RESEAU NEURO SEP AUVERGNE
13 Av des Frères Mongolfier
63170 AUBIERE

Tél. : 04 73 15 14 45

email : contact@neurosep.fr

Site internet :
<https://www.neurosep.fr/>

Fiche de saisine



SÉANCE D'ACCOMPAGNEMENT INTÉGRÉ À LA SANTÉ

Porté par l'association Viltais

01. Missions

- Accompagner les usagers dans les démarches de soins afin de sécuriser leur parcours d'insertion socioprofessionnelle
- Réaliser un accompagnement global et individuel à la santé des personnes fragilisées afin qu'elles puissent accéder aux dispositifs de droit commun et intégrer ou sécuriser un parcours socioprofessionnel
- Coordonner le parcours de soin des personnes précaires et accompagner physiquement le rendez-vous si nécessaire

02. Pour qui ?

Toutes personnes en difficulté ou connaissant une rupture dans son parcours de soin, nécessitant un accompagnement social

- Bénéficiaires des minima sociaux
- Bénéficiaires présents en Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale et en Résidences Sociales
- Salariés en chantiers d'insertion
- Participants à des parcours d'insertion
- Toutes personnes en situation de précarité

40 mesures en file active
450 mesures annuelles

03. Modalités d'intervention

- Orientation par le professionnel qui a repéré les difficultés
- Dispositif gratuit

04. Durée d'accompagnement

6 mois renouvelable en fonction des objectifs, jusqu'à 24 mois maximum

05. Effectifs

Travailleurs sociaux intervenant dans le cadre du parcours santé

06. Sur quel territoire ?

MONTLUÇON
MONTLUÇON OUEST ALLIER



CONTACT

Viltais

email : parcourssantemontlucon@viltais.eu
Camille SION : 06 76 24 79 65

email : amalia.meseguer@viltais.eu
Tél : 06 73 94 14 89

Fiche de prescription à remplir par l'orienteur et à signer par le bénéficiaire, à adresser à l'Espace Insertion Emploi du CD pour validation, EIE de MONTLUÇON :

wattez.v@allier.fr
chabrier.mp@allier.fr
grahouan.c@allier.fr



ENFANCE

 Allier

CRA

Centre de Ressources Autisme

Porté par le Centre Hospitalier de Clermont Ferrand

• MISSIONS

- Accueillir, informer et orienter le public concernés par l'autisme
- Appuyer la réalisation de bilans diagnostics pour les situations complexes en équipe pluridisciplinaire
- Sensibiliser et former des professionnels
- Promouvoir et diffuser les bonnes pratiques en matière de prise en charge des personnes atteintes d'un TSA

• POUR QUI ?

**ENFANTS,
ADOLESCENTS,
ADULTES ATTEINTS OU
SUSPECTÉS D'UN
TROUBLE DU SPECTRE
AUTISTIQUE & AIDANTS**

• MODALITES D'INTERVENTION

Intervention à la demande d'un médecin spécialisé (pédiatre, psychiatre, pédopsychiatre) ou d'une équipe pluridisciplinaire (CAMSP, CMP, CMPP...)

Le CRA n'accompagne pas les usagers

• EFFECTIFS

- Médecins psychiatre
- Psychologues
- Infirmiers
- Psychomotricien
- Orthophoniste
- Educateur spécialisé
- Assistante sociale

• SUR QUEL TERRITOIRE ?

ALLIER / AUVERGNE

• CONTACT

Adresse postale
CHU de Clermont-Ferrand, site
Gabriel-Montpied
Pôle Psychiatrie Enfant-Adulte -
CRA Auvergne
58 rue Montalembert
63003 Clermont-Ferrand
Cedex 01

Tél. : 04 73 75 19 48

email : cra-auvergne@chu-clermontferrand.fr

Site internet :
<https://www.chu-clermontferrand.fr/liste-services/le-cra-en-auvergne>

Demande d'intervention
disponible au téléchargement sur
le site



01. Missions

- Apporter un appui et un soutien à un établissement scolaire en cas de difficultés
- Aider la communauté éducative à gérer une situation complexe
- Participer à des actions de sensibilisation pour les professionnels des établissements scolaires
- Conseiller une équipe pluridisciplinaire de la MDPH

03. Pour qui ?

- Enfant avec Notification MDPH (en attente d'accompagnement)
- Enfant sans Notification MDPH (les mesures de l'Education Nationale ne suffisent pas)

05. Durée d'accompagnement

- Intervention transitoire

02. Modalités d'intervention

- Tout professionnel de l'éducation nationale peut faire une saisine avec l'aval de l'Inspecteur ou du chef d'établissement
- Saisie de l'EMAS par le Service de l'Ecole Inclusive

04. Sur quel territoire ?

BASSIN VICHYSOIS,
MONTAGNE BOURBONNAISE
BASSIN MOULINOIS
ST-POURÇAIN
LAPALISSE
GANNAT

06. Effectifs

Coordonnateurs



CONTACT

Tél. : 06 72 25 50 63

Tél. : 06 72 25 75 29

Site internet : asso-sagess.fr

PICO CAP

Porté par l'ADAPEI Cantal

• MISSIONS

- Favoriser l'accès au diagnostic des troubles neuro-développementaux
- Eviter les ruptures de parcours de soins
- Eviter le sur-handicap
- Informer et former les professionnels aux troubles neuro-développementaux
- Former au dépistage et fournir un appui aux professionnels en difficulté

• POUR QUI ?

Enfants de 0 à 12 ans avec un possible trouble du neurodéveloppement & familles

289 dossiers adressés en Allier, 280 validés, 69 sortis en 2023

• MODALITES D'INTERVENTION

- Saisine par le médecin après repérage par l'entourage de l'enfant
- Entrée dans le parcours soumise à avis médical du médecin coordonnateur
- Fiche de saisine avec volet administratif, volet scolaire, volet famille et volet médical à remplir par le médecin (généraliste, scolaire, pédiatre)

• DURÉE D'ACCOMPAGNEMENT

12 mois initialement
24 mois maximum
(prolongement possible pendant 12 mois en cas d'attente de décision de la CDAPH)

• EFFECTIFS

Médecin coordonnateur
Coordinatrice
Secrétaire

• SUR QUEL TERRITOIRE ?

ALLIER / CANTAL / PUY-DE-DÔME

• CONTACT

ANTENNE PICO CAP

6 rue Jean Jacques Rousseau
03000 Moulins

Tél. : 04 70 49 41 27

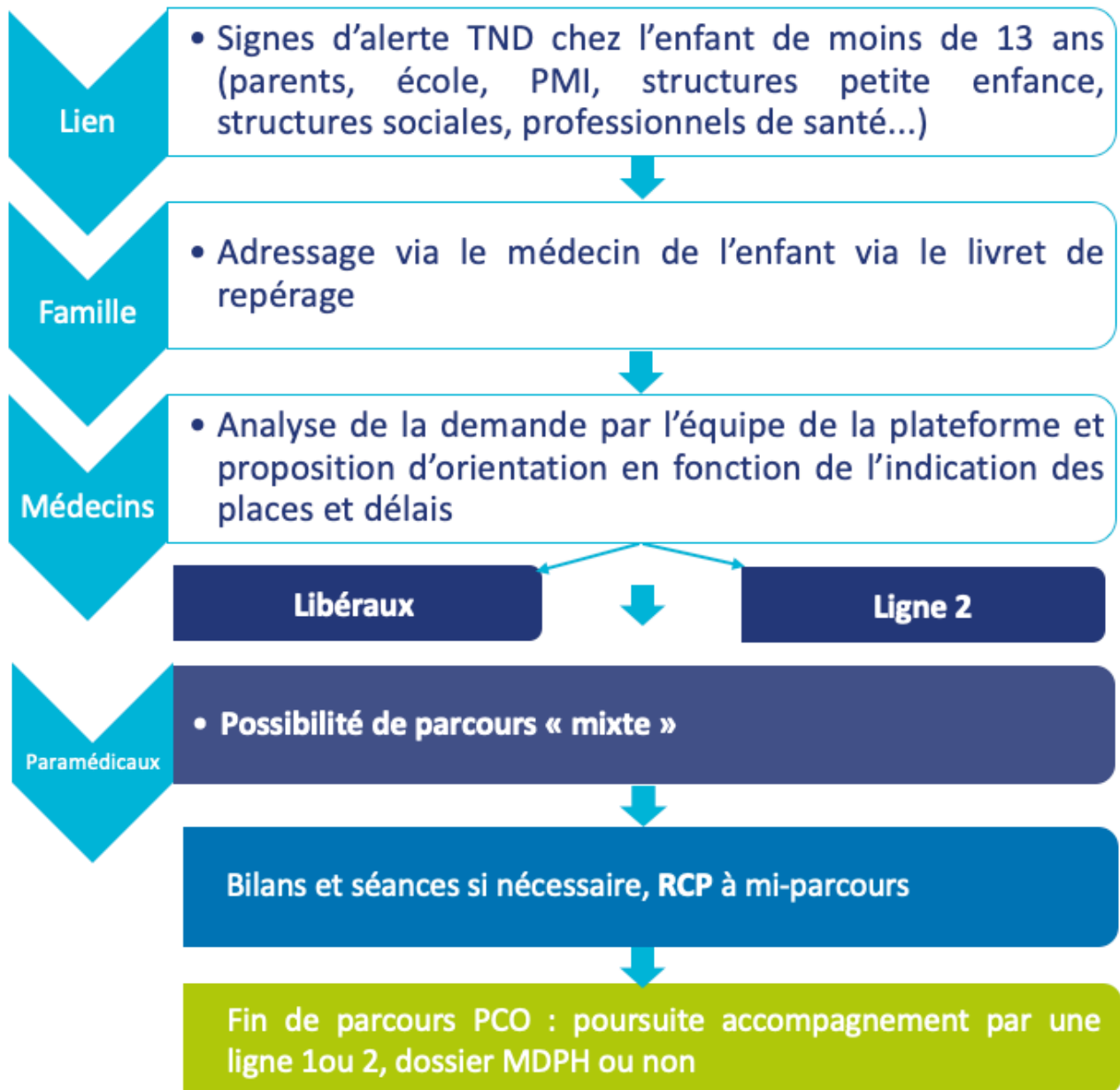
email : pilocap@adapei15.com

Site internet :
<https://www.adapei15.com/etablissements/pico-cap/>

Fiche de repérage et fiche de saisine disponibles sur le site de PICO CAP

PICO CAP

Parcours



PROXOB

Dispositif expérimental porté par le C.H de Clermont-Ferrand

01. Missions

- Favoriser l'accès aux soins précoces
- Coordonner les différentes interventions
- Accompagnement de toute la famille au domicile
- **Réintroduire un mineur dans un parcours de soin adapté**

02. Modalités d'intervention

- Accès direct par la famille
- Dossier à remplir par la suite
- Prise en charge sans coût pour l'utilisateur

03. Pour qui ?

- Familles en demande d'aide avec au moins un mineur et un adulte, vivant sous le même toit, avec un **excédent de poids du mineur** et en **difficulté d'accès aux soins** (précarité, isolement, rupture de soins)
- 52 familles accompagnés sur l'Allier (en date de juin 2023)

04. Effectifs

Diététicien
Professionnel de la parentalité
professeur d'activité physique adaptée (APA)
Coordinatrice de parcours obésité

05. Durée d'accompagnement

- 1 an en présentiel au domicile puis 1 an en distanciel (suivi téléphonique ou possible rendez-vous en présentiel tous les mois)
- Après 2 ans, orientation ou réorientation si besoin

06. Sur quel territoire ?

ALLIER / CANTAL / PUY-DE-DÔME / HAUTE-LOIRE



CONTACT

Tél. : 04 73 75 24 45

email : proxob@chu-clermontferrand.fr

Site internet : www.caloris.fr



PROXOB

Dispositif expérimental porté par le C.H de Clermont-Ferrand





HANDICAP

C360

La Communauté 360 Allier

Dispositif départemental

• MISSIONS

- Permettre et faciliter l'accès aux droits des personnes en situation de handicap quel que soit leur âge
- Informier, orienter, conseiller
- Apporter une réponse de proximité aux besoins des personnes en situation de handicap en privilégiant le milieu ordinaire
- Mobiliser les acteurs institutionnels et associatifs du territoire
- Coordonner les parcours individuels et fournir un appui aux situations complexes
- Participer à l'observation du territoire et à l'innovation
- Fournir un appui aux aidants et aux professionnels de 1er recours

• POUR QUI ?

TOUT ENFANT OU ADULTE EN SITUATION DE HANDICAP, SES PROCHES (AIDANTS) & LES PROFESSIONNELS

• MODALITES D'INTERVENTION

- La C360 vient en subsidiarité de la RAPT 03 pour les situations de risque de rupture
- Evaluation des besoins, coordination de parcours avec les acteurs du territoire
- Suivi des situations et évaluation

• ACCOMPAGNEMENT

Immédiat, renouvelable tant que la demande n'est pas satisfaite

• EFFECTIFS

- 1 coordinatrice
- 1 conseillère en parcours

• SUR QUEL TERRITOIRE ?

LE DÉPARTEMENT DE L'ALLIER

• CONTACT COMMUNAUTÉ 360

4 Avenue Aristide Briand
03100 Montluçon

Numéro vert : 0 800 360 360
Accessible gratuitement du lundi au vendredi de 8h à 18h

email : communaute360@unapei03.fr



EMA 03

Equipe Mobile Autisme 03

Association SAGESS (GCSMS privé)

01. Missions

- L'aide à la mise en place de programmes d'intervention ciblés
- La gestion des « comportements-problèmes »
- La prévention des ruptures de parcours, la préparation des orientations et réorientations
- La limitation des hospitalisations par la mise en place d'actions préventives, l'association des familles dans la compréhension des situations
- Le transfert de connaissances et de compétences en direction des personnes intervenant auprès des usagers

02. Modalités d'intervention

Étude des demande toutes les 3 semaines entre le CRA et l'EMA 03 pour définir de l'orientation de la demande

03. Pour qui ?

PERSONNES TSA

Avec ou sans trouble de la déficience intellectuelle
File active de 20 personnes

04. Effectifs

Educatrice Coordinatrice
Educatrice spécialisée
AMP
Psychologue
IDÉ

05. Durée d'accompagnement

6 mois
Possibilité de renouvellement 1 fois

06. Sur quel territoire ?

DÉPARTEMENT DE L'ALLIER



CONTACT

EMA 03

71, Route de Saulcet
03500 - St Pourçain sur Sioul

Tél. : 07 76 39 11 95

email : ema03@asso-sagess.fr

Site internet : www.ema03.fr

Demande via le site du Centre Ressource Autisme Auvergne
<https://www.chu-clermontferrand.fr/liste-services/le-cra-en-auvergne>



Équipe Mobile Autisme 03

Sagess
GROUPEMENT
DE COOPÉRATION
SOCIALE ET MÉDICO-SOCIALE

ERHR AUVERGNE RHÔNE-ALPES

Equipe relais handicaps rares Auvergne Rhône-Alpes

• MISSIONS

- Accompagner le projet et le parcours de la personne en situation de handicap rare
- Développer le maillage territorial
- Informer et former

• POURQUOI ?

- Obtenir un soutien, un accompagnement, une évaluation
- Chercher un appui sur la continuité et la cohérence du parcours de vie

• EFFECTIFS

10 PERSONNES EN 2024

- 1 coordinateur
- 1 documentaliste
- 4 chargées de mission
- 3 coordinatrices de parcours
- 1 gestionnaire de données

• POUR QUI ?

- Les personnes en situation de handicap et leur famille
- Les professionnels concernés
- les associations
- Les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux
- Les MDPH
- Tout public intéressé par les problématiques liées aux handicaps rares

• SUR QUEL TERRITOIRE ?

**RÉGION AUVERGNE-
RHÔNE-ALPES**

• CONTACT

**ERHR AUVERGNE
RHÔNE-ALPES**

161 rue du 4 août 1789
69100 Villeurbanne

Tél. : 04 37 23 11 30
SMS : 06 34 02 41 63

email :
auvergnerhonealpes@erhr.fr

Site internet :
<https://auvergnerhonealpes.erhr.fr/>

PCPE

Pôle de compétences et de prestation externalisée



• MISSIONS

- Le maintien à domicile en favorisant l'inclusion des personnes
- L'apport d'une réponse renforcée et adaptée pour répondre aux besoins des personnes
- L'anticipation ou l'évitement des ruptures de parcours
- La gestion des transitions entre domicile et établissement
- L'accompagnement selon le public d'une scolarité effective



• MODALITÉS D'INTERVENTION

- Sur notification de la CDAPH (Commission Départementale pour l'Autonomie des Personnes Handicapées) ou en amont pour éviter une rupture de parcours



• EFFECTIFS

Coordinateurs de parcours
Secrétaire
Educateurs/éducatrices



• DURÉE D'ACCOMPAGNEMENT

De 6 mois à 1 an maximum, possiblement renouvelable

PCPE

PCPE	Où ?	Pour qui ?	Missions	Contact
PCPE ASE Association ALEFPA	Nord Allier	Enfants adolescents et jeunes adultes jusqu'à 21 ans en situation de handicap, confiés par l'aide sociale à l'enfance	Renforcer l'accompagnement à domicile pour les enfants confiés en situation de handicap Garantir une scolarisation effective Soutenir les familles et aidants Prévenir les ruptures de parcours	Tél. : 04 70 47 54 75 email : contact-pcpe-moulins@alefpa.fr Site internet : http://www.alefpa.fr/
PCPE ASE SAGESS	Bassin vichyssois	Enfants en situation de handicap relevant de l'aide sociale à l'enfance et familles ou aidants ayant besoin de soutien, de répit, afin de rendre plus stable leur accompagnement	Assurer la continuité du parcours et éviter l'émergence de ruptures Organiser une prise en charge adaptée pour des enfants n'ayant aucune réponse Mobiliser les acteurs Soutenir la scolarité des enfants favoriser l'apprentissage ou renforcer l'accompagnement à domicile	Tél. : 06 72 25 50 63 Tél. : 06 72 25 75 29
PCPE ASE UNAPEI Pays D'Allier	Bassin de santé Montluçon	Enfants, adolescents et jeunes majeurs (de 0 à 21 ans) en situation de handicap et présentant une situation complexe, confiés au Département de l'Allier au titre de l'Aide Sociale à l'Enfance	Assurer la continuité du parcours et éviter toutes ruptures (soin, scolarité...) Organiser une prise en charge adaptée pour des enfants n'ayant aucune réponse, une réponse non adaptée Mobiliser les acteurs Soutenir les familles d'accueil et familles biologiques Aider à trouver une orientation adaptée Coordonner les partenaires	Tél. : 04 70 03 97 18 email : pcpe.mtl@unapei03.fr
PCPE adolescents- jeunes adultes Association ALEFPA	Nord Allier	Pour les adolescents et jeunes adultes en situation de handicap ou déficience intellectuelle avec ou sans troubles associés	Aider les jeunes adultes en situation de handicap à maintenir un parcours de vie stable Prévenir les ruptures de parcours ou intervenir pendant les transitions importantes (scolarité ou attente de place en établissement) Soutenir le projet de vie de la personne et accompagner les familles	Tél. : 04 70 47 54 75 email : contact-pcpe-moulins@alefpa.fr Site internet : http://www.alefpa.fr/
PCPE Adultes SAGESS	Vichy Gannat Montagne bourbonnaise	A partir de 16 ans en situation de handicap	Orienter Accompagner dans les démarches administratives Permettre l'accès à l'ensemble des droits	Tél. : 06 42 12 44 36 email : pcpeadultes@asso-sageess.fr
PCPE Adultes UNAPEI PAYS D'ALLIER	Montluçon	A partir de 16 ans en situation de handicap	Eviter les ruptures de parcours ou assurer la coordination des acteurs en cas de rupture de parcours effective	Tél. : 06.17.45.62.30 email : es1.pcpe.mtl@unapei03.fr
PCPE Tous âges - Autisme ou troubles du comportement UNAPEI PAYS D'ALLIER	Moulins	Tous âges avec troubles du spectre autistique	Eviter les ruptures de parcours et assurer la coordination des intervenants	Tél. : 06 67 58 76 35 email : pcpe.mls@unapei03.fr

RAPT

Réponse accompagnée pour tous

Dispositif MDPH

01. Missions

- Proposer un plan d'accompagnement global (PAG)
- Proposer des réponses souples, adaptées et coordonnées aux personnes en situation de handicap sans solutions ou en risque de rupture d'accompagnement
- Apporter une réponse aux situations les plus complexes
- Coordonner les acteurs pour proposer aux usagers un parcours qui correspond à leur projet de vie

02. Modalités d'intervention

- Quand les décisions de la CDAPH n'ont pas pu être mise en œuvre et que la personne est dans une situation « complexe » qui met à mal la suite de son parcours ou entraîne une rupture de parcours (refus d'établissement, retour en famille non préparé, exclusion d'établissement)
- Fiche de saisine RAPT à compléter et à transmettre à la MDPH

03. Pour qui ?

PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP SANS SOLUTION

04. Effectifs

Coordinateur RAPT

05. Durée d'accompagnement

En fonction du besoin

06. Sur quel territoire ?

DÉPARTEMENT DE L'ALLIER



CONTACT

MDPH

Château de Bellevue
03000 Moulins

Tél. : 0470341525

email : mda03@allier.fr

Site internet : www.allier.fr



PERSONNES ÂGÉES

CRT

Centres de Ressources Territoriaux

Porté par le Centre Hospitalier Coeur du Bourbonnais

• MISSIONS

- Permettre aux personnes âgées de vieillir chez elles le plus longtemps possible grâce à un accompagnement renforcé à domicile
- Proposer une alternative à une entrée en établissement
- Lutter contre l'isolement en proposant de participer à des animations, à des visites, à des temps de repas collectifs dans les EHPAD partenaires
- Repérer les fragilités
- Aider à la coordination des interventions en matière de soin et d'aide à la vie courante
- Sécuriser l'environnement par des interventions par un ergothérapeute
- Accompagner les aidants

• POUR QUI ?

LES PERSONNES ÂGÉES

• MODALITES D'INTERVENTION

- La prestation d'accompagnement varie en fonction des besoins.
- La 1ère mission est dédiée aux personnes isolées, sans condition de GIR.
 - La 2ème mission est un accompagnement renforcé pour les personnes en difficultés, isolées, ayant un GIR de 1 à 4.

• EFFECTIFS

- 1 cadre de santé
- 1 infirmière coordinatrice
- 1 ergothérapeute
- 1 animatrice
- 1 secrétaire

• SUR QUEL TERRITOIRE ?

CRT COEUR DU BOURBONNAIS

- Buxières les mines
- Rocles
- Tronget
- Le Montet
- Montmarault
- Bourbon l'Archambault
- Lurcy Lévis

• CONTACT

CRT - CH CŒUR DU BOURBONNAIS

Les Combres
03240 Tronget

Tél. de 08h30 à 16h00
au 04 70 47 63 76
07 56 30 39 83

Ou télécharger la fiche d'orientation sur le Site internet :
<https://www.ch-coeurdubourbonnais.fr/centre-de-ressources-territorial>

email : equipe-crt@hopcobour.net



SANTÉ MENTALE & PRÉCARITÉ

“MOBIL SANTÉ” EMSP

Équipe Mobile Santé Précarité

Portée par le CCAS de Vichy

01. Missions

- Agir en faveur des publics les plus fragiles dans une dynamique “d’aller vers”
- Lutter contre le renoncement aux soins des personnes les plus fragiles et promouvoir l’éducation à la santé
- Rendre les personnes actrices de leur parcours de soin
- Coordonner le parcours de soins autour du patient en lien avec les acteurs de santé du territoire
- Proposer des actions de prévention autour de la santé (dépistages, vaccination, groupes de paroles)

02. Pour qui ?

Personnes éloignées du soin, en situation d’urgence sociale nécessitant un parcours de soin, en situation d’errance ou marginalisées, victimes de violence conjugale

**178 PERSONNES
ACCOMPAGNÉES EN 2023**

03. Modalités d’intervention

- Orientation ou signalement par un(e) professionnel(le)
- Accès direct par les usagers ou via les actions mises en place (aucun frais)

04. Effectifs

Coordinatrice, Infirmière, dentiste bénévole, travailleur social, médecins, psychologue, secrétaire, animateur APA

05. Durée d’accompagnement

Jusqu’à réorientation vers les acteurs de droit commun

06. Sur quel territoire ?

VICHY COMMUNAUTÉ



CONTACT

**EMSP
CCAS de Vichy**
21 rue d’alsace, 03200 Vichy

Tél. : 04 70 97 18 50
email : julie.laurent@ville-vichy.fr

Fiche de saisine disponible par contact à l’Equipe mobile santé précarité ou sur demande au DAC



ELMAIR

Equipe de liaison mobile, d'accompagnement et d'intervention rapide

Centre Hospitalier Moulins-Yzeure

• MISSIONS

- Prévenir l'hospitalisation
- Maintenir l'enfant/l'adolescent dans son milieu ordinaire
- Favoriser son insertion socio-familiale et scolaire
- Assurer la continuité des soins post-hospitaliers

- Liaison d'intervention rapide (intra)
- Accompagnement d'intervention rapide (extra)
- Informations / interventions complémentaires

• COMMENT ?

- En proposant un accompagnement adapté et adaptable aux besoins du jeune et de sa problématique suite à notre intervention rapide
- En intervenant au plus près du lieu de vie du jeune via notre mission de mobilité

Accès direct par mail ou par téléphone pour les usagers

Accès direct par mail et par téléphone ou via le TSD pour les professionnels

Gratuit

• POUR QUI

0- 17 ANS

• EFFECTIFS

Educateurs
Infirmiers
Médecins
Cadre de santé

• DURÉE D'ACCOMPAGNEMENT

En fonction du besoin

• SUR QUEL TERRITOIRE ?

BASSIN DU TSD

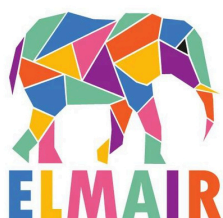
• CONTACT

PÔLE PSYCHIATRIE
ENFANTS ET
ADOLESCENTS

Route de Gennetines
03401 YZEURE

Tél. : 04.15.14.84.95

email :
elmair@ch-moulins-yzeure.fr



EN UN COUP
D'OEIL

 Allier

EN UN COUP D'OEIL



• DISPOSITIFS TRANVERSAUX

Coordination de parcours

DAC 03

ANEF

CPTS Nord Allier, CPTS Ouest Allier, CPTS Sud Allier, CPTS Vichy Val d'Allier
Séance d'accompagnement intégrée à la santé

Equipes mobiles

EMRO

EMSA

Ergothèque 03

ESS CARDIO

Equipes mobiles kiné

Dispositifs spécifiques régionaux

Caloris, NEURO SEP



• HANDICAP

Coordination de parcours

C360

RAPT

PCPE Alefpa

PCPE Sagess

PCPE UNAPEI Pays d'Allier

Equipes mobiles

EMA

Dispositifs spécifiques régionaux

ERHR

EN UN COUP D'OEIL



• ENFANCE

Coordination de parcours

PICO CAP
DAC

Equipes mobiles

EMAS
PROXOB

Dispositifs spécifiques régionaux

CRA



• PERSONNES AGÉES

Coordination de parcours

CRT
DAC

EN UN COUP D'OEIL



• SANTÉ MENTALE & PRÉCARITÉ

Equipes mobiles

EMSP
ELMAIR

DAC



PTSM (en coordination de parcours)

C'est un projet qui vise à améliorer la prise en charge de la santé mentale de la population au sein du département de l'Allier en réorganisant la psychiatrie à l'échelle départementale afin de réduire les inégalités d'accès aux soins et en œuvrant pour favoriser une coordination des prises en charge de proximité.

Edwige Krawiek, animatrice du PTSM sur le département, se tient à disposition des acteurs de terrain pour toute question relative à ses missions : coordoPTSM03@ch-ainay.fr

***Merci pour
votre intérêt !***

CONTACT :

DAC 03

32 rue du Champ Feuillet
03500 Saint-Pourçain-sur Sioule

Tél. : 04 70 47 44 51
email : dac03contact@gmail.com
Site internet : dac03.fr

*Livret réalisé par Laure Hardouin
Consultante indépendante pour les DAC
Tél. : 06 76 60 76 67
email : lhardouin@lafabriquedelevenement.fr*