

**Le projet territorial de santé mentale du Rhône
2020-2025**

Adopté en Assemblée générale le 10/12/2020

SOMMAIRE

DOCUMENT PRINCIPAL :

- Introduction générale (p 3-4)
- Parcours d'élaboration du PTSM (p.5-14)
- Les 5 constats et les 6 ambitions du PTSM (p.15-17)
- Modalités d'évaluation de l'atteinte des ambitions (p.18-20)
- Pilotage de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation du PTSM et contractualisation associée (p.21-25)
- Récapitulatif des fiches action et des pilotes associés (p.26-27)
- Evaluation financière du PTSM (p.28-31)
- Orchestration de la mise en œuvre des fiches action (p.32-36)
- Les 21 fiches action (p.37-359)

ANNEXES :

- Propositions du Collectif des personnes concernées (p.360-375)
- Décret du 27 juillet 2017 (p.376-377)
- Liste des sigles (p.378-379)

INTRODUCTION

Issus de la loi de modernisation de notre système de santé de janvier 2016, les projets territoriaux de santé mentale confèrent une occasion unique aux acteurs d'un territoire de se fédérer pour co-construire un projet qui réponde aux priorités identifiées, en mobilisant conjointement les ressources disponibles et les meilleures pratiques.

Sur le Rhône, la démarche, initiée via une lettre de cadrage partagée avec les acteurs et adoptée en Assemblée générale le 19 décembre 2018, a été volontairement ambitieuse, valorisant ainsi de fortes potentialités. Le constat était que la situation ne requérait pas uniquement des améliorations à la marge du système, mais sa transformation, systémique et globale, sur l'ensemble du territoire, pour prendre en compte réellement le pouvoir de décider et d'agir des personnes et mettre en œuvre des parcours en accord avec le paradigme du rétablissement, tel que mis en exergue dans le décret du 27 juillet 2017 sur les priorités du PTSM, cela de plus en plus systématiquement et précocement.

La promotion du pouvoir de décider et d'agir des personnes devait s'incarner d'abord au niveau de la construction du projet lui-même : aussi, ces deux années de travaux ont-elles été marquées par l'engagement fort et remarqué des personnes concernées, soucieuses de porter et défendre les propositions et évolutions qui comptent le plus pour elles-mêmes et leurs pairs. Leur participation, étrangère aux positionnements institutionnels, a agi comme un rappel permanent de la nécessité de retenir l'intérêt pour l'utilisateur comme fil conducteur prioritaire des choix à réaliser sur notre territoire. En ce sens, ce PTSM constitue une avancée concrète de l'intégration des personnes concernées et de leurs propositions dans les processus de réflexion et de prise de décision en santé mentale.

Les travaux ont également été marqués par une participation et un engagement fort des acteurs du territoire, au niveau tant de la gouvernance du projet et des membres constituant le Comité de pilotage, que des travaux opérationnels de déclinaison des axes retenus dans un plan d'action.

Le projet territorial de santé mentale des acteurs du territoire du Rhône est d'abord une vision partagée ; elle doit nous guider. Ses cinq constats, ses six ambitions, ses 21 fiches action nous engagent.

Priorisées pour leurs bénéfices attendus sur les personnes concernées, ces 21 fiches décrivent de la manière la plus opérationnelle et pragmatique possible le chemin à prendre pour leur mise en œuvre. Chaque fiche constitue ainsi un projet à part entière, tout en formant avec les autres un ensemble cohérent dans lequel les actions se complètent, se soutiennent et se renforcent pour contribuer à la transformation de manière systémique.

Parce que l'objectif partagé n'est pas seulement d'adopter la feuille de route d'un projet, mais bien de réussir à le mettre en œuvre afin qu'il produise les effets attendus et, ce faisant, valide réellement la pertinence du travail d'élaboration accompli, ce PTSM décrit aussi l'architecture de pilotage et d'évaluation prévue pour suivre et évaluer la mise en œuvre des fiches action sur les 5 années du projet et s'assurer que la trajectoire empruntée concerne l'ensemble du territoire et est bien en ligne avec les ambitions énoncées.

Il comporte également une proposition de contractualisation. Cette proposition, conforme aux attentes des acteurs, vise à déployer dans la phase de réalisation, sur l'ensemble du territoire, trois facettes essentielles de la logique qui a présidé à l'élaboration de notre PTSM : le partenariat, l'horizontalité et l'engagement, la cohérence et la puissance systémique du projet, le rôle des personnes concernées.

Cette logique apparaît en effet comme une garantie d'efficacité en permettant de conserver l'ensemble des acteurs unis et mobilisés autour d'une co-responsabilité dans la mise en œuvre des actions, co-responsabilité inséparable de la dimension de parcours elle-même.

Ainsi le pari audacieux et difficile, nouveau et innovant du projet territorial de santé mentale du Rhône pourra être relevé avec succès. Les acteurs opérationnels qui portent les transformations attendues sont engagés par la vision partagée et co-construite du but à atteindre et du chemin à emprunter. Ils s'engagent à aller de l'avant pour que la vision s'inscrive dans la réalité, répondant ainsi aux attentes et aux besoins des usagers et de très nombreux acteurs du territoire. Ces transformations s'amorcent puissamment par les parcours de soins et les acteurs qui les portent; le PTSM et ses résultats globaux ne sauront toutefois être atteints que si l'ensemble du système, au-delà du soin, se mobilise, s'adapte et évolue concomitamment.

Comme dans toute transformation importante et systémique, des difficultés apparaîtront. Elles doivent être anticipées et prises en compte pour être surmontées : les évolutions nécessaires des pratiques, des organisations devront être expliquées et accompagnées au plus près des professionnels; les articulations avec la stratégie institutionnelle des établissements travaillées de manière proactive et innovante ; la demande de transparence sur les dispositions mises en œuvres et les résultats elle-aussi expliquée et accompagnée.

Dans ce chemin, la détermination des acteurs de terrain est un facteur décisif, car rien ne peut se faire sans eux. Le soutien des pouvoirs publics, ARS, services de l'Etat, collectivités territoriales, ne l'est pas moins : ils confirment la direction, aident à surmonter les difficultés, donnent l'impulsion là où elle pourrait être manquante.

Faisons le pari que tous continueront à avancer ensemble pour un résultat collectivement gagnant.

LE PARCOURS D'ÉLABORATION DU PTSM

Le Projet territorial de santé mentale 69 est le fruit de deux ans de travaux soutenus, ayant mobilisé un nombre important d'acteurs de santé mentale du territoire autour d'une trajectoire de progrès, et en appui sur les compétences de haut niveau et les nombreuses innovations présentes sur le territoire.

1. La phase de lancement

La lettre de cadrage

La loi de 2016 conférant l'initiative du PTSM aux acteurs de santé mentale du territoire, la Communauté psychiatrique de territoire Rhône-Métropole¹ a, au cours de l'été 2018, résolu de partager une lettre de cadrage destinée à proposer à la fois un cadre stratégique pour l'élaboration du PTSM, et un processus concret de pilotage de la démarche de projet.

Ce projet de lettre de cadrage a alors fait l'objet de discussions avec les grandes parties prenantes en santé mentale du territoire, ARS, Métropole de Lyon, Département du Rhône, Direction départementale de la cohésion sociale, MDMPH, représentants des cliniques psychiatriques, URPS médecins, Education nationale, ce qui a permis de corroborer et consolider la visée et les objectifs initialement tracés par les membres de la CPT.

Cette visée et ces objectifs peuvent être résumés de la manière suivante :

- Le PTSM constitue un levier global qui doit agir comme soutien et accélérateur de la transformation systémique en cours d'amorce dans tous les domaines de la santé mentale, dont le dénominateur commun est l'approche par le rétablissement et les pratiques qui lui sont attachées
- La transformation voulue ne pourra se faire que si les usagers y sont activement impliqués. Or, si les représentants des familles sont déjà parties prenantes des débats et travaux en santé mentale sur le territoire, ce n'est que très faiblement le cas des personnes directement concernées par une pathologie psychique. Le PTSM doit donc aller vers ces personnes pour les intégrer proactivement au pilotage et aux travaux d'élaboration.

Aussi, l'un des premiers actes de la démarche PTSM fut-elle de lancer un appel à candidature large auprès de l'ensemble des lieux et établissements recevant des personnes concernées par un trouble psychique, dont les GEM et le Clubhouse. Cet appel à candidature déboucha dès octobre 2018 sur une première réunion de ce qui devint le Collectif des personnes concernées² du PTSM.

¹Créée en décembre 2017 et composée des CH Le Vinatier, Saint Jean de Dieu et Saint Cyr au Mont d'Or, de l'UNAFAM, la Coordination 69 Soins psychiques et réinsertions et la FNAPSY.

²L'expression « personne concernée » a été préférée par le Collectif à celle « d'usager ».

La lettre de cadrage, en prévoyant de faire de la Commission spécialisée en santé mentale (CSSM) du Conseil territorial de santé (CTS) du Rhône l'assise de l'Assemblée générale du PTSM, s'est par ailleurs inscrite dans les directives transmises en septembre 2018 par le Directeur général de l'Agence régionale de santé, conférant un rôle pilote à la CSSM et à son président¹.

La mobilisation des personnes concernées

Dès le lancement des travaux et tout au long de la démarche, la mobilisation des personnes concernées, à travers le collectif des personnes concernées du PTSM, mais aussi d'autres démarches connexes telles que celle des Etats généraux des personnes vivant ou ayant vécu des troubles psychiques², a été particulièrement puissante, ce qui a permis de véritablement inscrire la voix et les demandes d'amélioration des personnes concernées au cœur des travaux et du projet qui en est né.

Dès le premier Comité de pilotage le 23 octobre 2018, la demande d'un membre du collectif d'ajouter un poste de co-président au bénéfice d'une personne concernée aux deux postes déjà prévus par la lettre de cadrage³ a brillamment démontré la capacité des personnes à se saisir de cette place et à l'occuper pleinement.

L'Assemblée générale de lancement et le choix de trois orientations prioritaires

Le 19 novembre 2018, l'Assemblée générale inaugurale du PTSM eut lieu en présence de près de 200 personnes. Cette Assemblée générale permit d'adopter officiellement la lettre de cadrage et de valider les orientations prioritaires à donner à ce premier PTSM. Les trois orientations prioritaires retenues, la prévention, la précocité des interventions et le développement des pratiques orientées rétablissement, s'inscrivent dans la double volonté de déployer des améliorations transversales aux différents champs et de sélectionner les leviers susceptibles d'agir le plus puissamment sur la transformation du système.

Cette première Assemblée générale a donc permis de partager la conviction que tout ne pouvait être traité par le PTSM, mais que les choix faits devaient correspondre à des leviers d'amélioration majeurs pour les personnes concernées.

¹Olivier PAUL, président de la Commission spécialisée du CTS du Rhône, devenant ainsi président de l'Assemblée générale du PTSM.

²Démarche co-construite par la Coordination 69, soins psychiques et réinsertions, l'association AMAHC, des personnes concernées et les coordonnateurs des CLSM.

³ La lettre de cadrage prévoyait initialement une co-présidence du COPIL par un acteur du domaine sanitaire d'un côté, et un acteur du domaine social et/ou médico-social de l'autre. Les 3 co-présidentes furent : Paulette BENETTON, personne concernée, Marie-Christine PILLON, présidente de la Coordination 69 et Agnès MARIE-EGYPTIENNE, directrice générale de la Fondation ARHM.

2. La production du diagnostic territorial partagé

Les travaux ayant mené à l'adoption du diagnostic territorial partagé par l'Assemblée générale du 26 septembre 2019 se sont déroulés en plusieurs phases, ce qui a permis de mobiliser une diversité de regards et de contributions.

Une première phase, qui s'est avérée toutefois trop courte pour les acteurs, a consisté à interroger les territoires de proximité des deux collectivités territoriales (les CLSM et ASV sur le territoire de la Métropole de Lyon, les territoires d'action de solidarité sur le Département du Rhône) sur leurs constats, perspectives et propositions au regard des 6 priorités du PTSM listées dans le décret de juillet 2017.

Les contributions des territoires ont été transmises aux membres des 7¹ groupes de travail thématiques mis en place sur les 6 priorités du PTSM. Chaque groupe s'est réuni à deux reprises, produisant plus de 200 propositions d'axes de progrès.

Le collectif des personnes concernées a lui-même élaboré ses propositions (cf. document en annexe), qu'il a portées de manière pro-active au sein de chaque groupe de travail.

Les phases suivantes ont consisté en :

- Une présentation des propositions des groupes de travail aux Etats généraux des personnes vivant ou ayant vécu des troubles psychiques, qui se sont tenus à Lyon les 4 et 5 avril 2019. Cette présentation a permis de vérifier la pertinence des propositions auprès d'une base élargie de personnes concernées du territoire.
- Un travail de priorisation des 200 axes de progrès réalisé par le groupe contact en collaboration avec des membres du Collectif des personnes concernées, sur la base de critères définis en Comité de pilotage : prioritairement l'importance du sujet pour les personnes concernées (bénéfice attendu, étendue du besoin, effet d'entraînement) et secondairement la faisabilité (clinique, juridique, économique). Ce travail validé par le Comité de pilotage a permis de mettre en exergue et d'inscrire dans le projet de diagnostic 64 axes de progrès répartis en axes principaux et sous-axes.
- Une rencontre du groupe contact avec les grandes parties prenantes, décideurs et financeurs du territoire afin de s'assurer de la convergence de vue sur les propositions et perspectives ainsi dégagées.

¹La priorité portant sur l'accès aux soins et aux accompagnements a fait l'objet de deux groupes de travail : l'un concernant les adultes, l'autre concernant les enfants et adolescents. Les groupes de travail ont réuni au total près de 200 participants.

Le diagnostic territorial présenté à l'Assemblée générale a été volontairement rédigé sous une forme concise et, à travers la formulation des ambitions et des axes de progrès, résolument tourné vers l'action et la mobilisation de réponses concrètes au bénéfice des personnes concernées. Il vise par ailleurs à garantir une transparence complète sur la démarche, par l'annexion des différents documents d'élaboration du projet. Les 5 constats et les 6 ambitions, reproduits dans le présent document, constituent la ligne stratégique principale du PTSM et sa référence ultime.

Après avis favorable du bureau du CTS du Rhône, le diagnostic territorial partagé a été transmis au Directeur général de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes, qui l'a approuvé par arrêté en date du 28 novembre 2019.

3. L'élaboration du projet territorial de santé mentale

La méthodologie retenue

La méthode de travail pour l'élaboration du PTSM présentée au Comité de pilotage en novembre 2019 comportait deux piliers :

- Le souhait de produire une feuille de route qui soit réalisable en 5 ans, et pour cela, la nécessité de prioriser un nombre d'actions n'excédant pas 20 au total et de travailler à leur opérationnalisation de la manière la plus précise possible
- Le souhait de garantir la continuité de la mobilisation des acteurs dans la mise en œuvre du plan d'action ainsi que la conformité aux ambitions définies en inscrivant dans le PTSM les modalités de pilotage, de suivi, de contractualisation et d'évaluation qui présideront à sa mise en œuvre.

Les travaux des groupes de travail

7 groupes de travail ont été constitués sur les 7 thématiques de regroupement des axes de progrès figurant dans le diagnostic territorial partagé.

Lors de sa première réunion, chaque groupe de travail a été invité à prioriser un maximum de 3 axes de progrès, ce qui a permis au Comité de pilotage du 13 février 2020 de valider 20 axes prévisionnels à décliner dans des fiches action.

La crise COVID étant survenue juste avant la dernière réunion des groupes de travail, des modalités de travail en visio-conférence ont été mises en place à partir du mois d'avril, ce qui a permis de maintenir une dynamique féconde d'élaboration des fiches avant les réunions de finalisation en présentiel qui se sont tenues fin juin et début juillet 2020.

Les enseignements de la crise COVID, notamment sur l'organisation de la proactivité des structures ambulatoires vis-à-vis des files actives et sur la nécessité de soins de crise adaptés, ont par ailleurs contribué à nourrir plusieurs fiches action.

Parallèlement un groupe de travail dit « transversal » s'est réuni à trois reprises pour faire des propositions sur l'évaluation du PTSM, son architecture globale de pilotage et sa contractualisation.

La concertation et la finalisation du projet

Une démarche de présentation des projets de fiche action et de la stratégie globale proposée pour la mise en œuvre du PTSM (contractualisation, pilotage, évaluation financière, modalités d'évaluation) a été menée à partir de juin 2020. Cette démarche a notamment concerné les acteurs de la psychiatrie privée à but lucratif, la direction des services départementaux de l'éducation nationale, ainsi que les coordonnateurs des CLSM. La rencontre avec les coordonnateurs des CLSM a permis de réfléchir au rôle que pourraient remplir les CLSM dans la mise en œuvre des fiches action : ce rôle serait principalement celui de relais et démultiplicateur de certaines actions, en appui sur la force de leur réseau de proximité, et dans la complémentarité avec l'agenda propre des CLSM tel que co-construit avec les parties prenantes locales.

La concertation a également inclus une rencontre avec l'Agence régionale de santé début septembre 2020. Cette rencontre a permis de valider globalement les projets de fiche action et la trajectoire de déploiement envisagée, tout en amenant la demande de produire deux fiches actions supplémentaires au vu des enjeux de santé publique sous-jacents, l'une sur la périnatalité et l'autre sur la prévention du suicide.

Une rencontre avec les responsables politiques et administratifs respectivement du Département du Rhône et de la Métropole de Lyon a enfin eu lieu en préalable au dernier Comité de pilotage.

Le Comité de pilotage du 15 septembre 2020 a constitué une étape importante.

Le collectif des personnes concernées y a rappelé l'importance de son engagement dans les travaux et a solennellement appelé les acteurs à mettre en œuvre le PTSM. Il a souligné sa vigilance sur plusieurs points clef du projet et sur la nécessaire participation de tout le territoire à la mise en œuvre des actions, afin que la même qualité de services puisse bénéficier à tous. Il a affiché sa volonté de s'investir dans les phases qui s'ouvrent en portant le PTSM auprès des professionnels afin de lever d'éventuelles objections. Il a également exprimé sa préoccupation sur les risques liés à la crise sanitaire.

Chaque fiche action est apparue comme un véritable projet qui, dans les phases de mise en œuvre, laissera initiative et subsidiarité, notamment aux institutions en charge de contribuer à leur mise en œuvre et à leur succès.

La structure de chaque fiche action est apparue très satisfaisante, avec un niveau de maturité en cohérence remarquable avec le diagnostic, les travaux du Comité de pilotage et des groupes de travail.

Un besoin de clarification et de dialogue a été souhaité par un EPSM.

Dans ce cadre, des ajustements ont été conduits et une présentation du PTSM réalisée en CME de chacun des 3 EPSM.

Le Comité de pilotage du 13 octobre a permis de valider d'ultimes modifications sur les fiches action avec l'accord de tous les membres.

Un tour de table formel des membres a été effectué afin de répondre aux deux questions suivantes :

- Est-ce que ce PTSM est satisfaisant par rapport au diagnostic et la vision que celui-ci a posée pour les personnes concernées ? Constitue-t-il une avancée substantielle pour les personnes concernées ?
- Est-ce que, à ce stade, c'est une structure de travail robuste et faisable pour l'avenir ?

Les réponses apportées ont été très favorables, seul l'EPSM de Saint Cyr au Mont d'Or se positionnant négativement.

Sur la base de ce tour de table, le Comité de pilotage a validé la transmission du PTSM à l'Assemblée générale.

Le document final

Ce premier projet territorial de santé mentale du Rhône se veut un objet à la fois volontariste et réaliste.

Volontariste car les transformations sous-tendues sont profondes et nécessitent de travailler résolument l'aptitude au changement dans le domaine tant des pratiques que des organisations dans lesquelles elles s'inscrivent.

Réaliste car ces transformations sont possibles, moyennant une volonté collective puissante, et ont déjà commencé à émerger grâce aux atouts nombreux que possède le territoire.

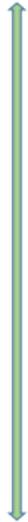
L'une des consignes principales de l'Agence régionale de santé, répétée avec constance tout au long de la démarche, était de produire un projet pragmatique dont la mise en œuvre reposera principalement sur des transformations internes, et de manière très marginale sur des demandes de moyens supplémentaires.

Sur ce champ très important, les acteurs du PTSM se sont employé « à jouer le jeu » et à élaborer une vision globale du PTSM, comme en témoigne le tableau d'évaluation financière du projet. A cet égard, il est essentiel d'intégrer que la dimension systémique du PTSM et son ambition font que le coût des actions est toujours à peser au regard de leur efficacité globale, immédiate ou différée. Les acteurs se sont donc efforcés de qualifier et de consolider sur l'ensemble du PTSM cette efficacité chaque fois qu'il était possible, malgré l'insuffisance des données disponibles. Ainsi, le plus souvent, les actions concernées doivent être considérées moins comme des dépenses supplémentaires se superposant à l'existant, que comme des investissements et/ou des redéploiements dont découleront des gains futurs, avant tout qualitatifs pour les personnes, mais aussi financiers et ce faisant, capables de garantir la soutenabilité du système à moyen et long terme.

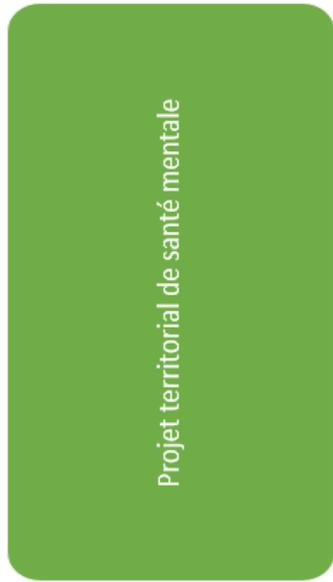
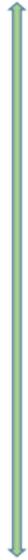
Juillet-octobre 2018



Novembre 2018-septembre 2019



Novembre 2019-novembre 2020



-  AG adoption du PTSM
-  Concertation
-  GT thématiques et GT transversal
-  AG adoption du diagnostic
-  Concertation
-  Etats généraux des personnes concernées
-  Groupes de travail thématiques
-  Consultation des territoires de proximité
-  AG inaugurale
-  Mise en place du collectif des personnes concernées
-  Concertation de la lettre de cadrage
-  Rédaction de la lettre de cadrage



FOCUS : LA GOUVERNANCE DU PROJET

La démarche d'élaboration du PTSM s'est appuyée à la fois sur des ressources de pilotage stratégique et opérationnel du projet, et sur une conduite de travaux opérationnels. Elle a placé à son centre les personnes concernées, parties prenantes de toutes les dimensions de la démarche.

Le pilotage stratégique s'est opéré à travers deux instances :

- L'Assemblée générale, composée de l'ensemble des acteurs de santé mentale du territoire par extension de la Commission spécialisée en santé mentale (CSSM) du Conseil territorial de santé et présidée par le président de la CSSM. L'assemblée générale se réunit à trois reprises : pour le lancement du projet, l'adoption du diagnostic territorial partagé et l'adoption du Projet territorial de santé mentale.
- Le Comité de pilotage, composé des représentants des grandes parties prenantes, décideurs et financeurs en santé mentale sur le territoire : ARS, DDCS, Métropole de Lyon, Département du Rhône, MDMPH, URPS médecins, directeurs et présidents de CME des trois établissements de psychiatrie de service public, représentant des cliniques psychiatriques, représentants des acteurs sociaux et médico-sociaux, Coordination 69, UNAFAM et membres du Collectif des personnes concernées. Le Comité de pilotage s'est réuni à 10 reprises au cours des 2 années d'élaboration du projet afin de se prononcer sur les grandes options soumises à son appréciation et sur le résultat des travaux menés par les groupes de travail, et pour valider la structuration et le contenu de la feuille de route.

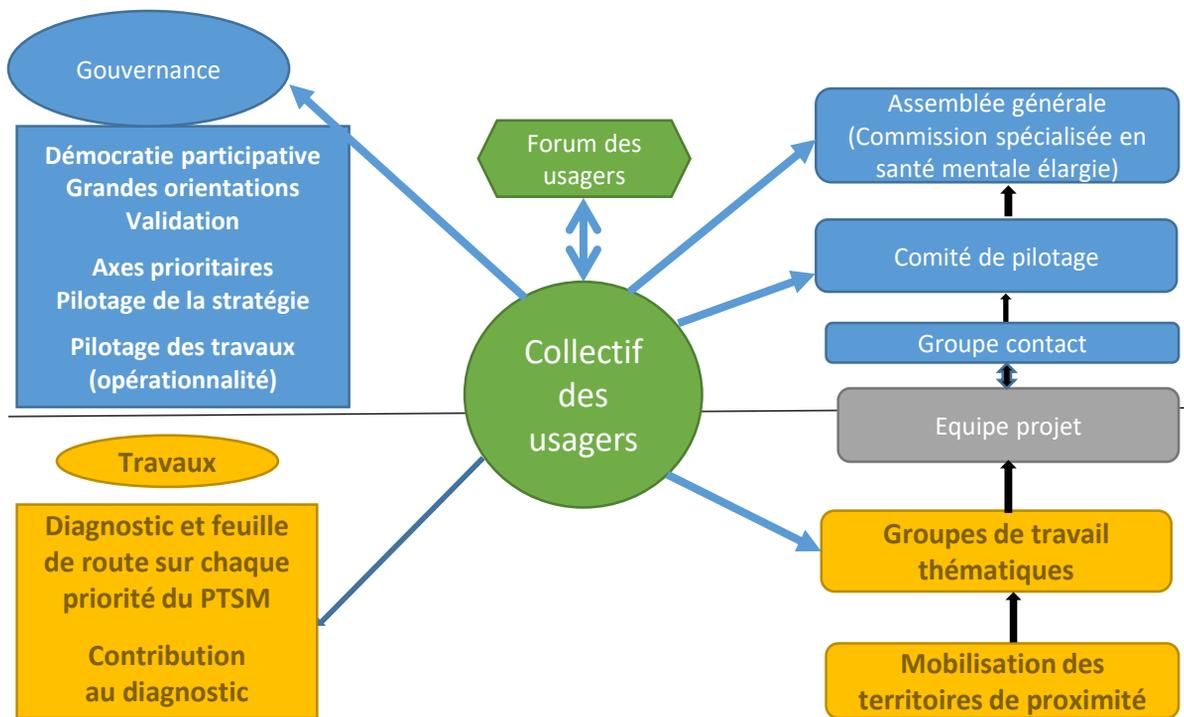
La conduite des travaux opérationnels s'est faite sous la houlette d'une cheffe de projet et d'une équipe projet associée, mis à disposition sur tout ou partie de leur temps de travail par les membres de la Communauté psychiatrique de territoire.

Les travaux opérationnels ont comporté :

- Dans la phase diagnostique, une mobilisation des territoires de proximité
- Dans la phase diagnostique et la phase feuille de route, des groupes de travail composés d'une diversité d'acteurs du territoire.

La gouvernance s'est étoffée au printemps 2019 d'un groupe de contact composé du président de l'Assemblée générale, des trois co-présidentes, des directeurs des EPSM, d'un directeur du médico-social et de la cheffe de projet, avec pour objectif d'améliorer la réactivité et la fluidité des échanges entre l'équipe projet et le Comité de pilotage.

FOCUS : LA GOUVERNANCE DU PROJET



LES CINQ CONSTATS DU PTSM DU RHONE



Formulés dès l'étape de diagnostic territorial partagé, les 5 constats et les 6 ambitions du PTSM constituent la ligne directrice principale du PTSM, pointant la direction vers laquelle l'ensemble des acteurs doivent s'efforcer collectivement de tendre à travers la mise en œuvre des fiches action.

LES 5 GRANDS CONSTATS ISSUS DES TRAVAUX DU DIAGNOSTIC

1. Il existe à ce jour trop peu d'accès à des soins orientés rétablissement. Parallèlement, les travaux démontrent :
 - un intérêt pour les pratiques et dispositifs innovants
 - une ouverture des professionnels ayant participé à la démarche à un changement de modèle reposant sur une évolution des pratiques et des postures : co-construction avec les personnes concernées, promotion de l'aller vers, des prises en charge précoces, des liens renforcés avec la médecine générale...
2. Il existe trop de ruptures dans les parcours et ces ruptures sont trop peu traitées. Sont en cause :
 - Les temps d'attente pour l'accès aux soins et la mise en place des accompagnements
 - Le manque de fluidité et de souplesse dans l'accès aux dispositifs et leur fonctionnement
 - Les cloisonnements multiples entre acteurs
 - Un système globalement peu organisé pour réagir aux situations d'alerte.
3. L'inclusion en milieu ordinaire est propulseur dans le parcours de rétablissement. Or, le processus d'inclusion dans la cité (logement, travail, vie sociale et loisirs) et en milieu ordinaire est trop peu pro-actif, faute d'enclenchement suffisamment rapide de la mise en œuvre d'un projet de vie. Les délais et les étapes imposées occasionnent renoncements et pertes de chance.
4. Il n'est pas de parcours orienté rétablissement possible sans coopération et actions coordonnées des acteurs. Tous les acteurs sont simultanément contributeurs au parcours :
 - les soins seuls sans possibilité de mobiliser un accompagnement adapté créent l'échec
 - réciproquement les solutions d'accompagnement même les plus innovantes sont impossibles à mettre en œuvre et à réussir sans la possibilité de compter sur des soins ambulatoires adaptés.
5. Le territoire est marqué par d'importantes inégalités territoriales (zones très rurales, à faible densité de population et de services vs zones très urbaines bien desservies) et sociales (fortes inégalités de revenus et d'accès à l'éducation et à la culture) qui entraînent des disparités fortes d'accès aux soins et aux accompagnements.

LES SIX AMBITIONS DU PTSM DU RHONE

	Les 6 ambitions	Axes de progrès principaux reliés
1.	<p>Ambition de donner aux personnes les capacités d'être actrices de leur santé mentale :</p> <ul style="list-style-type: none"> - dès le plus jeune âge, à travers le soutien aux compétences psychosociales - à travers le soutien aux compétences parentales - pour les personnes concernées par un trouble psychique, en leur donnant les moyens de connaître et gérer leur pathologie et de solliciter une relation plus horizontale et partenariale avec les professionnels du soin et de l'accompagnement 	<ul style="list-style-type: none"> - Développer les programmes de renforcement de la santé mentale à l'école (compétences psychosociales, sentinelles et référents...) - Systématiser l'accès à la psychoéducation - Développer les postures collaboratives dans les soins et la rédaction de plans de crise conjoints - Développer une cartographie numérique des ressources avec des arbres décisionnels
2.	<p>Ambition de permettre aux personnes concernées d'être parties prenantes de la conception, de l'organisation et de l'évaluation des réponses, dispositifs et pratiques de santé mentale, y compris à travers la reconnaissance de leur savoir expérimentiel</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Systématiser la présence des personnes concernées dans toutes les instances et les lieux de réflexion et décision en santé mentale - Développer la pair aide professionnelle - Développer les actions de déstigmatisation, notamment envers le public jeune, avec des personnes concernées
3.	<p>Ambition pour développer une dynamique d'innovations : pair aide professionnelle, prise en charge précoce des premiers épisodes psychotiques, case management, infirmiers de pratique avancée (IPA), travail d'abord, logement d'abord....</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Développer la pair aide professionnelle - Mettre en place la prise en charge précoce des 1ers épisodes psychotiques - Développer la fonction de case management - Développer la formation et le recours aux IPA - Développer l'emploi d'abord et le job coaching - Développer le logement d'abord et les modalités innovantes d'étayage de la personne dans son logement

	Les 6 ambitions	Axes de progrès principaux reliés
4.	<p>Ambition de construire des réponses (soins-accompagnement) à partir des besoins et attentes des personnes concernées, en se détachant d'une vision centrée sur l'institution et avec une exigence forte sur les droits des personnes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Développer une offre d'accompagnement adaptée aux jeunes - Former les professionnels aux pratiques orientées rétablissement - Revoir les pratiques d'hospitalisation
5.	<p>Ambition de développer des parcours coordonnés de rétablissement privilégiant le milieu ordinaire et l'accès direct au logement et/ou à l'emploi souhaités. Ces parcours doivent reposer sur la mobilisation concomitante des éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - un logement - des interventions de soins modulables (dans leur nature et leur intensité) en fonction de la personne - le respect des choix de la personne - une absence de barrières à l'accès - une délimitation des missions de chacun 	<ul style="list-style-type: none"> - Développer l'accès à la réhabilitation psychosociale de manière précoce et en proximité - Développer les modalités de suivi partenarial médecine générale/psychiatrie et intégrer la santé mentale aux CPTS (structuration du premier recours en santé mentale) - Axes logement et emploi (notamment emploi d'abord et logement d'abord) - Systématiser l'aide aux aidants et la psychoéducation des familles - Définir des règles communes d'organisation et de pilotage des CMP
6.	<p>Ambition de développer des solutions de prévention et de gestion de la crise en ambulatoire. Plus globalement, volonté de développer la flexibilité et la réactivité dans le fonctionnement des dispositifs.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Développer la formation aux premiers secours en santé mentale et au repérage de la crise suicidaire - Apporter une réponse ambulatoire et mobile aux situations de crise - Développer les alternatives à l'hospitalisation, dont les soins intensifs à domicile - Mettre en place une équipe mobile de pédopsychiatrie en direction des établissements de l'aide sociale à l'enfance



MODALITES D'EVALUATION DE L'ATTEINTE DES AMBITIONS

L'évaluation de l'atteinte des ambitions constitue une exigence incontournable pour garantir que le projet est mis en œuvre conformément à la direction choisie collectivement et qu'il produit les améliorations globales souhaitées au bénéfice des personnes concernées.

Cette évaluation passera par une double démarche, la première destinée au pilotage stratégique du projet tout au long de sa mise en œuvre, la seconde visant à réaliser une évaluation des impacts du projet au terme des 5 ans de sa mise en œuvre.

1. Le suivi régulier d'indicateurs clef de l'atteinte des ambitions

L'objectif est de disposer d'un panel restreint d'indicateurs stratégiques de suivi du PTSM choisis comme les plus signifiants pour :

- démontrer que le système et ses acteurs se sont mis en mouvement vers l'atteinte des ambitions du PTSM
- mesurer l'effectivité et la vitesse de la dynamique globale de changement.

Ces indicateurs doivent pouvoir être recueillis facilement et rapidement.

Leur suivi par le Comité de pilotage permettra un pilotage resserré de la stratégie de déploiement du projet.

Thème de l'indicateur	Indicateur(s) suivi(s)	Argumentaire	Modalité de recueil	Auteur du recueil
Suivi des indicateurs d'évaluation des fiches action	Mise en place effective de l'évaluation prévue au sein de chaque fiche action (<i>en fonction du tempo de déploiement de chaque fiche</i>)	La mise en œuvre de l'évaluation prévue dans chaque fiche garantit que le suivi de la fiche se fait sur des bases objectivées et que sa progression est monitorée	Questionnaire annuel auprès des pilotes	Par la cellule de suivi
Evaluation des risques de non atteinte de la cible fixée pour chaque fiche action	Evaluation du risque de non atteinte de la cible de déploiement de chaque fiche action selon une échelle de criticité intégrant les risques économiques	L'évaluation des risques de non atteinte de la trajectoire prévue dans chaque fiche action doit permettre de bâtir une vision agrégée des risques pesant sur la trajectoire de mise en œuvre du PTSM dans son ensemble, compte tenu de la dimension systémique du projet	Questionnaire annuel auprès des pilotes	Par la cellule de suivi

Thème de l'indicateur	Indicateur(s) suivi(s)	Argumentaire	Modalité de recueil	Auteur du recueil
Intégration de personnes concernées dans les instances et lieux de décision en santé mentale	<ul style="list-style-type: none"> ♣ Nombre et proportion d'acteurs ayant intégré des personnes concernées dans la conduite stratégique de l'institution et des projets, par catégorie (acteurs de soins, acteurs sociaux, acteurs médico-sociaux) ♣ Nombre de personnes concernées intégrées ♣ Parmi lesquelles nombre de personnes concernées formées à leurs droits et leur pouvoir d'agir 	Levier majeur de changement des représentations et accélérateur du changement	Questionnaire T0 puis annuellement	Par le pilote de la fiche action concernée
Formation aux pratiques orientées rétablissement	<ul style="list-style-type: none"> ♣ Nombre et proportion d'acteurs ayant planifié dans leur stratégie la formation aux pratiques orientées rétablissement de leurs professionnels, par catégorie (acteurs de soins, acteurs sociaux, acteurs médico-sociaux) ♣ Pour chaque acteur, nombre et proportion de professionnels formés 	L'appropriation du paradigme du rétablissement constitue un prérequis de base pour la mise en œuvre de l'ensemble des fiches action du PTSM	Questionnaire T0 puis annuellement	Par le pilote de la fiche action concernée
Développement de l'accès aux programmes de psychoéducation	<ul style="list-style-type: none"> ♣ Nombre de personnes ayant bénéficié d'un programme de psychoéducation structuré par établissement ou pôle 	La psychoéducation constitue un levier puissant d'implémentation de l'orientation rétablissement et des pratiques de réhabilitation psychosociale dans les établissements de soins psychiatriques	Traçabilité dans le système d'information hospitalier Extraction annuelle	DIM des établissements / pilote fiche action concernée
Diffusion de la pair aidance	<ul style="list-style-type: none"> ♣ Nombre et proportion d'acteurs faisant intervenir des pairs aidants professionnels (soit par recrutement direct, soit par recours à une prestation de service), par catégorie (acteurs sanitaires, acteurs sociaux, acteurs médico-sociaux) ♣ Volume d'interventions en demi-journées 	La pair aidance est un levier majeur de changement du regard et d'accélération de la prise en compte des capacités de rétablissement des personnes	Enquête à T0 et tous les 6 mois	Pilote fiche action concernée
Qualification et quantification des besoins de logement et d'accompagnement dans le logement	Progression de la qualification et quantification des besoins : nombre de personnes dont les besoins ont été qualifiés /files actives totales	L'objectivation des besoins et de leur nature est indispensable pour mettre en évidence les inadéquations et guider la construction des réponses de logement/accompagnement	Questionnaire T0 (si possible) et tous les ans	Pilotes de la fiche action concernée, en coopération avec la CPT
Projets partenariaux associant les dimensions de logement, d'accompagnement et de soins	Nombre et dimensionnement des nouveaux projets mis en œuvre	L'accélération de la dynamique de montage de projets partenariaux sur le logement, gage d'efficacité des parcours de logement, sera un marqueur fort de l'avancée du PTSM	Questionnaire annuel	Pilotes de la fiche action concernée

2. La réalisation d'une étude d'impact du PTSM

Les acteurs de la recherche du territoire (santé publique, médecine, sociologie, psychologie..) seront sollicités pour proposer une méthodologie d'évaluation de l'impact global du PTSM sur la qualité de vie et le rétablissement des personnes concernées. L'objectif est de pouvoir mesurer directement auprès des personnes la progression réalisée sur les 4 piliers du rétablissement (espoir, sens de la sa vie, identité sociale, pouvoir d'agir) et sur l'ensemble des 6 ambitions.

Une recherche sur la manière dont l'implication des personnes concernées aura pu contribuer aux changements opérés et aux résultats obtenus sera également proposée.



PILOTAGE DE LA MISE EN ŒUVRE, DU SUIVI ET DE L'ÉVALUATION DU PTSM ET CONTRACTUALISATION ASSOCIÉE

1. Les objectifs poursuivis

L'architecture de pilotage de la mise en œuvre du PTSM proposée a pour objectifs de :

- Garantir la mise en œuvre du PTSM conformément aux ambitions arrêtées et aux fiches action adoptées, en produisant les résultats attendus
- Garantir une mise en œuvre conforme aux données scientifiques actualisées
- Garantir souplesse, adaptation et possibilités d'ajustement dans le respect des ambitions fixées
- Evaluer la mise en œuvre du PTSM et ses impacts sur le territoire (effets de transformation, effets sur les personnes)

2. L'architecture de pilotage

L'architecture proposée comporte un niveau de pilotage global du projet et un niveau de pilotage de chaque fiche action.

a) Le pilotage global

- Le Comité de pilotage du PTSM

Le comité de pilotage ayant présidé aux travaux d'élaboration du PTSM sera reconduit en tant qu'instance de suivi stratégique de la mise en œuvre du projet. Ses membres seront complétés d'un représentant des services départementaux de l'Éducation nationale.

Le Comité de pilotage sera le gardien de la stratégie et de l'évaluation de l'impact global du PTSM. Il sera destinataire d'un reporting régulier de la cellule de suivi sur l'état d'avancement des actions. Il pourra, sur proposition de la cellule de suivi et après avis du Comité des personnes concernées, réviser ou aménager une action. Il se réunira une fois par semestre et disposera d'un règlement intérieur et d'un secrétariat assuré par la cellule de suivi.

- **Le comité des personnes concernées du PTSM**

Issu du collectif des personnes concernées et ouvert à toute personne concernée du territoire souhaitant s'investir dans le suivi du PTSM, le comité des personnes concernées sera partie prenante du Comité de pilotage et de la cellule de suivi. Il disposera d'un droit d'alerte et de saisine du Comité de pilotage s'il estime que la trajectoire du PTSM s'écarte des objectifs poursuivis au bénéfice des personnes concernées. Il sera destinataire d'un reporting régulier de la cellule de suivi sur l'état d'avancement des actions. Ses membres seront indemnisés pour les frais de déplacement engagés pour leur participation aux réunions. Un membre du Comité des personnes concernées est élu en tant que co-président du COPIL.

- **La cellule de suivi**

Le groupe de contact actuel sera transformé en cellule de suivi, en charge de :

- Faire le lien entre les différents niveaux de pilotage du projet
- Proposer les outils opérationnels de suivi du projet
- Compiler les indicateurs clef de l'atteinte des ambitions et les communiquer au Comité de pilotage
- Réaliser une revue de l'état d'avancement des fiches (tous les 4 ou 6 mois) et de leurs impacts et la communiquer au Comité de pilotage
- Etre le correspondant des pilotes des fiches et procéder à leur audition au moins annuelle
- Assurer la communication sur le PTSM

Elle assurera le secrétariat du Comité de pilotage. Elle devra faire preuve d'agilité et de proactivité.

b) Le pilotage des fiches action

- **Le pilote de chaque action :**

Sauf exception motivée de co-pilotage par deux acteurs, chaque fiche action sera pilotée par un pilote institutionnel. Le pilote est choisi pour les leviers dont il dispose sur la mise en œuvre de l'action et l'obtention des résultats, et pour sa capacité décisionnelle et de leadership sur le sujet à traiter. Sa nomination est validée par le Comité de pilotage.

Le pilote désigne un référent nominatif qui assume le rôle de chef de projet et de point de contact pour toute question ou transmission relative à l'action

Le rôle du pilote et du référent nominatif qu'il a désigné n'est ni un rôle d'expert, ni un rôle d'opérateur direct de la mise en œuvre de la fiche action.

Le pilote a la responsabilité d'animer au plan opérationnel la mise en œuvre de la fiche. Pour cela :

- Il établit le plan d'action annuel en concertation avec les acteurs engagés dans la mise en œuvre
- Il suit l'avancée des travaux
- Il rend compte périodiquement de l'état d'avancement des fiches à la cellule de suivi
- Il obtient les éléments d'évaluation (indicateurs) sur une base au moins annuelle et les transmet à la cellule de suivi
- Il propose les ajustements et inflexion nécessaires
- Il participe au Collège des pilotes

- Le collège des pilotes :

Le collège des pilotes ne constituera pas une instance, mais un espace collaboratif permettant aux pilotes de se rencontrer, de partager la montée en charge des actions et de gérer les interactions fortes existant entre celles-ci.

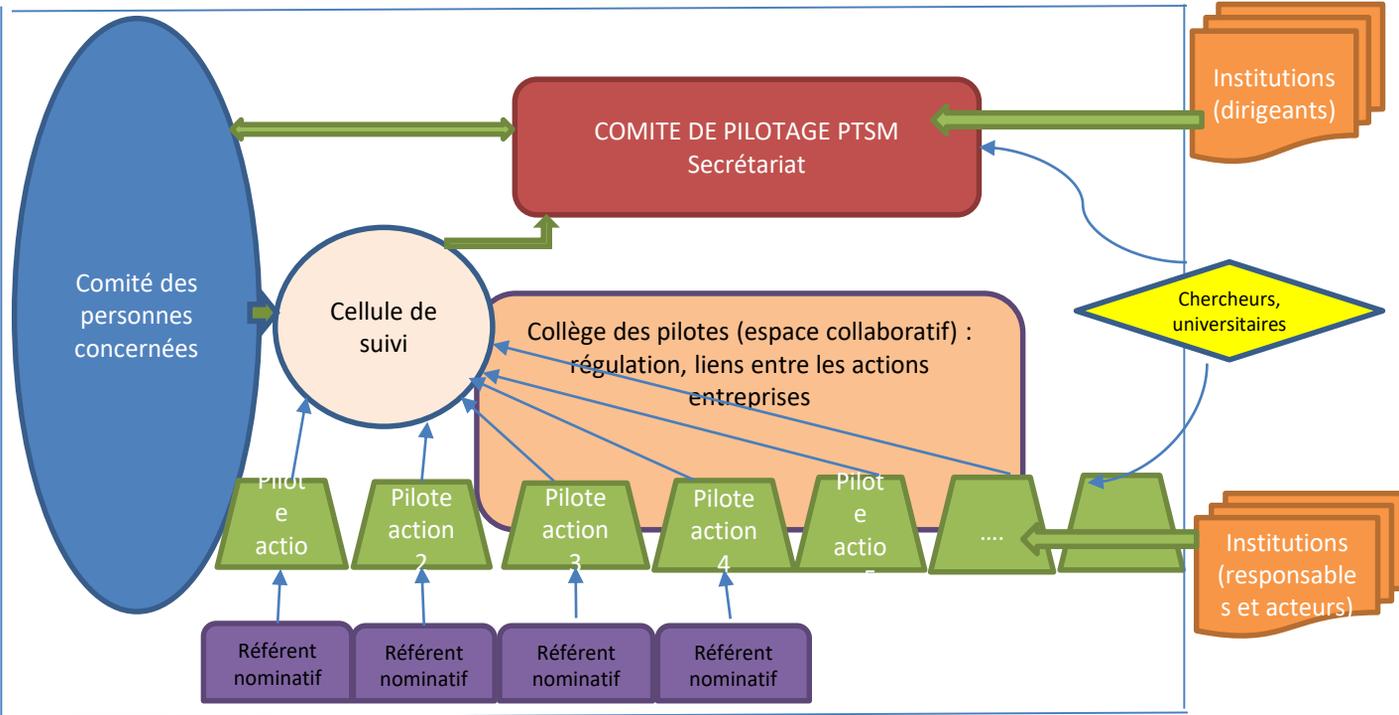
Il se réunira au moins une fois par trimestre (sauf période estivale) et autant que de besoin, en présentiel et par visio-conférence, sur des durées courtes.

Il disposera d'un outil numérique d'échange et de partage des informations.

3) Une connexion à des ressources scientifiques et de recherche

Une connexion à des ressources scientifiques et de recherche sera organisée pour contribuer à l'évaluation des impacts globaux du PTSM (cf. page 19). Les chercheurs et universitaires du territoire seront également sollicités pour apporter un éclairage au Comité de pilotage sur la mise en œuvre du PTSM, à 18 mois et en fin de projet, en cohérence avec la volonté d'asseoir le PTSM et sa mise en œuvre sur les pratiques validées et les modèles innovants.

L'architecture de pilotage est résumée dans le schéma en page suivante.



3) La contractualisée proposée

a) Les enjeux partagés

La contractualisation proposée tient compte de volonté des acteurs que les modalités de construction partenariale qui ont présidé à l'élaboration du PTSM soit conservées tout au long de la mise en œuvre du projet. Les acteurs partagent en effet la conviction que seul un portage collaboratif et transversal de la mise en œuvre du PTSM permettra de conserver la globalité des enjeux et des objectifs. Ils estiment nécessaire d'éviter le retour à une logique verticale potentiellement paralysante. En ce sens, ils pensent que le contrat doit être conçu, moins comme un contrat liant acteurs et régulateur(s), que comme un contrat entre tous les acteurs de la mise en œuvre du PTSM, dont il consacrerait l'engagement co-responsable.

b) Une double contractualisation

En résulte une proposition de double contractualisation destinée à assoir la confiance des acteurs tout garantissant l'efficacité du processus :

- Un contrat ou un engagement multilatéral :

Portant sur la dimension systémique et globale du PTSM et proposé à tous les acteurs, ce document aura vocation à fédérer les acteurs autour de l'engagement partenarial à mettre en œuvre le PTSM dans le respect de sa visée et de sa cohérence globale déclinée à travers les fiches action.

Il définira la co-responsabilité des acteurs dans la mise en œuvre du PTSM et l'obtention des résultats attendus, sur un mode horizontal.

Il engagera les acteurs sur les valeurs cardinales du PTSM que sont **la transparence, la collaboration et le partage des informations** relatives à la mise en œuvre des fiches action et à l'évaluation des impacts.

- Des contrats bilatéraux entre autorités et acteurs :

Il est proposé que, pour les actions nécessitant un engagement financier d'une ou plusieurs autorités, des contrats spécifiques, bilatéraux ou plurilatéraux, soient établis entre les financeurs et les acteurs concernés, afin de prévoir les montants et les modalités particulières d'utilisation et d'évaluation des financements alloués.



RECAPITULATIF DES FICHES ACTION ET DES PILOTES

THEMATIQUE	FICHE ACTION	PILOTE	EVALUATEUR
Personnes concernées - pair aideance - entourage	Systematiser la présence des personnes concernées dans les instances et lieux de décision en santé mentale	Coordination 69, soins psychiques et réinsertions	
	Systematiser l'aide aux aidants de manière précoce jusqu'au stade de la psychoéducation	Communauté psychiatrique de territoire	
	Développer la pair-aideance professionnelle dès l'entrée dans la maladie psychique	Communauté psychiatrique de territoire	
Rétablissement – réhabilitation psychosociale - jeunes adultes	Développer les pratiques orientées rétablissement et les pratiques collaboratives dans les soins et les accompagnements	Communauté psychiatrique de territoire	
	Implémenter la réhabilitation psychosociale en proximité sur les territoires	Communauté psychiatrique de territoire	
	Mettre en place la prise en charge précoce des premiers épisodes psychotiques	Communauté psychiatrique de territoire	
Prévention - promotion de la santé - déstigmatisation	Développer les programmes de renforcement des compétences psychosociales en milieu scolaire	Education nationale	
	Développer les interventions de déstigmatisation auprès des enfants et des jeunes en intervenant avec des personnes concernées	Education nationale / Coordination 69, soins psychiques et réinsertions	
	Déployer la formation aux Premiers Secours en Santé Mentale (PSSM)	Université de Lyon (public étudiant) <i>sous réserve de confirmation</i> Institut régional Jean Bergeret (autres publics)	
Accès aux soins ambulatoires - collaboration psychiatrie/médecine générale	Définir un cadre commun d'organisation, de pilotage et d'évaluation des CMP (psychiatrie adulte et infanto-juvénile)	Communauté psychiatrique de territoire	
	Développer les partenariats psychiatrie / médecine générale	URPS médecins/Communauté psychiatrique de territoire	

Crise – urgence	Développer des soins ambulatoires de crise dans le cadre de pratiques orientées rétablissement	Communauté psychiatrique de territoire	
	Définir les circuits d'alerte et de traitement des alertes sur le territoire et développer « l'aller-vers » pour favoriser l'engagement dans les soins	Communauté psychiatrique de territoire	
	Mettre en place une équipe mobile de pédopsychiatrie en direction des établissements socio-éducatifs de l'aide sociale à l'enfance	Communauté psychiatrique de territoire / HCL	
	Mettre en place la stratégie de prévention du suicide	ARS	
Lisibilité – orientation – coordination du parcours	Développer les parcours coordonnés de façon transversale	Coordination 69, soins psychiques et réinsertions	
	Développer le case management sur les territoires	Coordination 69, soins psychiques et réinsertions	
	Développer une plateforme d'orientation à destination des personnes concernées et des aidants	Communauté psychiatrique de territoire	
Emploi – logement	Développer et diversifier la palette de solutions du logement (du logement collectif au logement autonome) et d'accompagnement dans le logement	Métropole de Lyon (sur le territoire de la Métropole) <i>A déterminer sur le territoire du Département du Rhône</i>	
	Maintenir au travail les personnes en emploi lors de l'entrée dans la maladie et favoriser l'accès des personnes concernées à l'emploi en milieu ordinaire ou à la formation, rapidement et sans barrières à l'accès	Candidatures de Messidor / LADAPT/Clubhouse Lyon	
Périnatalité		HCL / réseau périnatalité psychique	



EVALUATION FINANCIERE DU PTSM

Il convient de noter que ce projet territorial de santé mentale reposera en grande partie pour sa mise en œuvre sur la conduite de processus exigeants de transformation des pratiques et des organisations chez les acteurs du soin et de l'accompagnement des personnes présentant des troubles psychiques.

Une telle perspective, conforme aux attentes de l'Agence régionale de santé, implique en retour deux exigences qui conditionneront la capacité à mettre en œuvre le PTSM dans toutes ses composantes :

- La première est la nécessité d'identifier des ressources transversales de conduite du changement. La transformation telle qu'appelée par le PTSM ne saurait en effet être spontanée; elle exige bien au contraire un accompagnement soutenu et structuré qui doit être financé. **Une enveloppe correspondant au financement de 2 ETP est estimée indispensable sur la durée du projet.** Elle permettrait de couvrir un poste de coordination globale du projet porté par la CPT et des temps de coordination ventilés sur les référents nominatif des fiches au fil de leur activation, ventilation qui sera décidée par le Comité de pilotage.
- La seconde est la nécessité d'accompagner financièrement la restructuration de l'offre qui, même si elle pourra -jusqu'à un certain point seulement- être compensée par des redéploiements et des gains sur les parcours, exigera *a minima* des crédits de transition pour gérer le différentiel de temporalité entre la phase de mise en place d'une nouvelle organisation et celle de matérialisation et de récupération des gains produits, par exemple par baisse du recours à l'hospitalisation.

THEMATIQUE	FIGES ACTION	POSTES DE DEPENSES	RESSOURCES EXISTANTES MOBILISABLES	RESSOURCES COMPLEMENTAIRES NECESSAIRES	FINANCEUR SOLICITE	GAINS ESCOMPTEES
Personnes concernées - pair aide - entourage	Systématiser la présence des personnes concernées dans les lieux et instances de décision	Prise en charge des frais de déplacement des personnes concernées investies dans les différents collectifs et auprès des différentes institutions	Budget à identifier par chaque acteur pour la prise en charge des frais de déplacement des personnes concernées participant à sa dynamique institutionnelle et à ses projets	Frais de déplacements intra-départementaux (ne pouvant être pris en charge par les acteurs institutionnels) : moyenne de 15€/mois/personne investie, base de 30 personnes en 2021 puis augmentation de 10 personnes par an = 5400 € en 2021, 7 200 euros en 2022, 9 000 euros en 2023, 10 800 euros en 2024, 12 600 € en 2025	ARS et établissements	
		Formation des personnes concernées à leurs droits et au pouvoir d'agir	Financement Fondation de France obtenu par AMAHO/Coordination 89 sur 3 ans (formation de 120 personnes)	Frais de déplacement extra-départementaux (déplacements pour événements, colloques...) : 1500 € / an	Fondation de France	
	Systématiser l'aide aux aidants de manière précoce jusqu'au stade de la psychéducation	Temps de professionnels pour l'animation du module BREF (288 euros/famille) et des programmes de psychéducation des aidants (environ 2250 euros/session)	œuvre du programme BREF et des programmes de psychéducation)	Financement complémentaire à obtenir pour les années 2023 à 2025	ARS	Réduction de 25 % à 50 % des recrutés et hospitalisations après suivi par les aidants d'un programme de psychéducation structuré : sur la base d'une DMH de 45 jours/an et d'un coût moyen de 351 euros/jour d'hospitalisation complète (ATIH/Etude des coûts en psychiatrie 2018) : gains escomptés de 3 950 € à 7 900 € par an et par patient
		Temps de bénévoles pour l'intervention dans les services	Bénévoles UNAFAM	Financement des groupes de parole UNAFAM	ARS	Beisse des hospitalisations
Rétablissement - réhabilitation psychosociale - jeunes adultes	Développer les pratiques orientées rétablissement et les pratiques collaboratives dans les soins et les accompagnements	Rémunération des pairs aidants (emploi direct par institutions ou achat de prestations)	Financement FIO d'ESPAIR (197 500 euros par an de 2021 à 2022)	Réévaluation du socle de base de financement d'ESPAIRS (200 000 euros) après évaluation des résultats dans le cadre du FIO	Fondation de France	Beisse de la fréquence des hospitalisations, notamment sous contrainte, via l'élaboration d'un plan de crise conjoint (coût moyen d'une journée d'hospitalisation: 351 euros, coût d'une journée en centre de crise : 722 euros (ATIH/Etude des coûts 2018))
		Formation des professionnels au paradigme du rétablissement	Aides à l'élaboration des plans de crise	Professionnels des établissements	Renouveau/extension du dossier de financement de l'Observatoire du rétablissement	
	Implémenter la réhabilitation psychosociale en proximité sur les territoires	Mise en place des pratiques prioritaires de réhabilitation	Réévaluation des ressources des structures par évolution des pratiques et des activités			
		Temps de professionnels pour les réunions de partage du projet personnalisé unique	Professionnels des 7 équipes PEP territoriales (4, 14 M d'euros) et animation de la communauté de pratiques (66 000 euros)	Demande de financement par le FIO 2020 : - 1 M€ en année 1 - 1,5 M€ en année 2 - 2 M€ en année 3	ARS (via le FIO)	Diminution de 25 % des jours d'hospitalisation à temps complet et de 40 % des jours de logement accompagné ("Supported housing facilités"). Diminution de 18,7 % des coûts globaux totaux liés à la santé physique et somatique et au logement.

THEMATIQUE	FICHES ACTION	POSTES DE DEPENSES	RESSOURCES EXISTANTES MOBILISABLES	RESSOURCES COMPLEMENTAIRES NECESSAIRES	FINANCEUR SOLICITE	GAINS ESCOMPTEES
Prévention - promotion de la santé - déstigmatisation	<p>Développer les programmes de renforcement des compétences psychosociales en milieu scolaire</p> <p>Développer les interventions de désigmatisation auprès des enfants et des jeunes en intervenant avec des personnes concernées</p>	<p>Dispensation du programme dans les écoles et établissements (professionnels de la promotion de la santé)</p> <p>Dispensation du programme dans les écoles et établissements</p>		<p>Coût moyen de 4 000 euros par école ou établissement : - phase d'expérimentation (2021-2022 ou 2023) : 24 000 euros - phase de généralisation (2022 à 2025) : 336 000 euros</p>	ARS	
		<p>Autoris du public étudiant : Formation de formateurs au sein des établissements de l'Université de Lyon</p> <p>Formation de réseaux système universitaire (personnes au contact des étudiants) et formation des étudiants</p>	<p>Contribution à la vie étudiante et de campus</p> <p>Budgets de formation continue</p>	<p>Coût moyen de 4 000 euros par école ou établissement : - phase d'expérimentation (2021-2022 ou 2023) : 24 000 euros - phase de généralisation (2022 à 2025) : 336 000 euros</p>	ARS	
Accès aux soins ambulatoires - collaboration psychiatre/médecin généraliste	<p>Déployer la formation aux Premiers Secours en Santé Mentale</p>	<p>Autoris des autres publics : formations de base et formations de formateurs</p>	<p>Budgets de formation continue des acteurs</p>	<p>Financement du déploiement sur le public étudiant : enveloppe de 50 000 euros à utiliser sur 2 ans (ARS sur financement national DGS) plus sollicitation du financement d'un poste de formateur/coordonnateur pour consolider et pérenniser l'action : 37 406 euros/an</p>	ARS Conseil régional	
	<p>Définir un cadre commun d'organisation, de pilotage et d'évaluation des CMP (psychiatrie adulte et infant-juvénile)</p> <p>Développer les partenariats psychiatrie / médecine générale</p>	<p>Travail de conduite de projet</p> <p>Réponses aux demandes d'avis</p> <p>Temps de partage d'information</p> <p>Mise en place d'un dispositif d'évaluation de la santé physique et d'accès à un médecin généraliste</p>	<p>Ressources de coordination des structures d'exercice coordonnées et des CPTS</p> <p>Ressources des structures de soin</p>	<p>Formation aux PSSM de 120 personnes concernées (sur 5 ans) : 30 000 euros Formation aux PSSM des acteurs des Q.S.M (enveloppe déléguée) : 25 000 euros (sur 5 ans) Financement d'un poste de coordonnateur du déploiement : 0.5 ETP pour 18 700 euros/an, 83 500 euros sur 5 ans (pertinence à réexaminer)</p>	ARS	<p>Basée des hospitalisations</p>
Crise - urgence	<p>Développer des soins ambulatoires de crise dans le cadre de pratiques orientées rétablissement</p>	<p>Mise en place de dispositifs de soins intensifs de crise : coût estimé hôpital de jour de crise : 500 000 euros - équipe mobile de soins intensifs de crise : 600 000 euros</p>	<p>Réorientation vers des soins de crise de la activité de structures sectorielles offrant jusqu'à un accompagnement au long cours (hôpitaux de jour « classiques »).</p>	<p>Généralisation à tous les secteurs de psychiatrie adulte d'un dispositif d'évaluation de la santé somatique et d'accès à un médecin généraliste - évaluation à partir du modèle CORESO : 3.3 ETP médecin généraliste et 5.5 ETP IDE = 680 000 euros</p>	ARS	<p>Basée du recours à l'hospitalisation complète (coût d'une journée d'hospitalisation complète : 351 euros; coût d'une journée d'hospitalisation à domicile en psychiatrie : 148 euros; coût d'un gain prévisoire de 203 euros par jour d'hospitalisation évité)</p>
	<p>Définir les circuits d'alerte et de traitement des alertes sur le territoire et développer « l'aller-vers » pour favoriser l'engagement dans les soins</p> <p>Mettre en place une équipe mobile de pédopsychiatrie en direction des établissements socio-éducatifs de l'aide sociale à l'enfance</p>	<p>Travail de conduite de projet</p> <p>Equipe mobile de pédopsychiatrie intervenant sur le territoire Rhône-Métropole</p>	<p>Création de l'équipe mobile : 316 000 euros</p>		ARS	
	<p>Mettre en place la stratégie de prévention du suicide</p>				ARS	

THEMATIQUE	FICHES ACTION	POSTES DE DEPENSES	RESSOURCES EXISTANTES MOBILISABLES	RESSOURCES COMPLEMENTAIRES NECESSAIRES	FINANCEUR SOLLICITE	GAINS ESCOMPTEES
Liabilité – orientation – coordination du parcours	Développer les parcours coordonnés de façon transversale	Mise en œuvre d'une structure de coordination transversale des parcours (non chiffré, travail de construction à poursuivre)	Démarches et ressources de coordination transversales existantes ou en cours de déploiement (plateformes 360 degrés...)	Financement à prévoir à terme selon scénario proposé (GCS/MS ?)	ARS/collectivités	
	Développer le case management sur les territoires	Postes de case managers (non chiffré, travail de construction à poursuivre)		Financement à prévoir à terme selon scénario proposé	ARS/collectivités	
Emploi – logement	Développer une plateforme d'orientation à destination des personnes concernées et des aidants	Equipe de répondants		Financement nécessaire estimé pour un fonctionnement T1/T = 700 000 euros	ARS	
	Développer et diversifier la palette de solutions du logement (du logement collectif au logement autonome) et d'accompagnement dans le logement	Solutions de logement Solutions d'accompagnement dans le logement y compris d'aide à domicile Chiffrage au fil du projet selon qualification et quantification des besoins opérée			ARSI Collectivités	
Périalité	Maintenir au travail les personnes en emploi lors de l'entrée dans la maladie et favoriser l'accès des personnes concernées à l'emploi en milieu ordinaire ou à la formation, rapidement et sans barrières à l'accès	Solutions d'accompagnement vers l'emploi Chiffrage au fil du projet selon qualification et quantification des besoins opérée				

ORCHESTRATION DE LA MISE EN ŒUVRE DES FICHES ACTION

Le projet territorial de santé mentale du Rhône ayant une forte dimension systémique, les relations et liens de dépendance et d'interdépendance entre les actions doivent être précisément explorés et décrits pour permettre une fluidité de mise en œuvre du projet et éviter les blocages liés à des prérequis non remplis ou des temporalités non accordées.

Un premier travail de caractérisation des liens entre les fiches et d'orchestration de leur mise en œuvre est proposé ci-dessous.

Il sera poursuivi par la cellule de suivi et au sein du collège des pilotes.

1) Les principaux groupes d'action

Les fiches action peuvent tout d'abord être regroupées (schéma page suivante) en plusieurs groupes d'actions connexes.

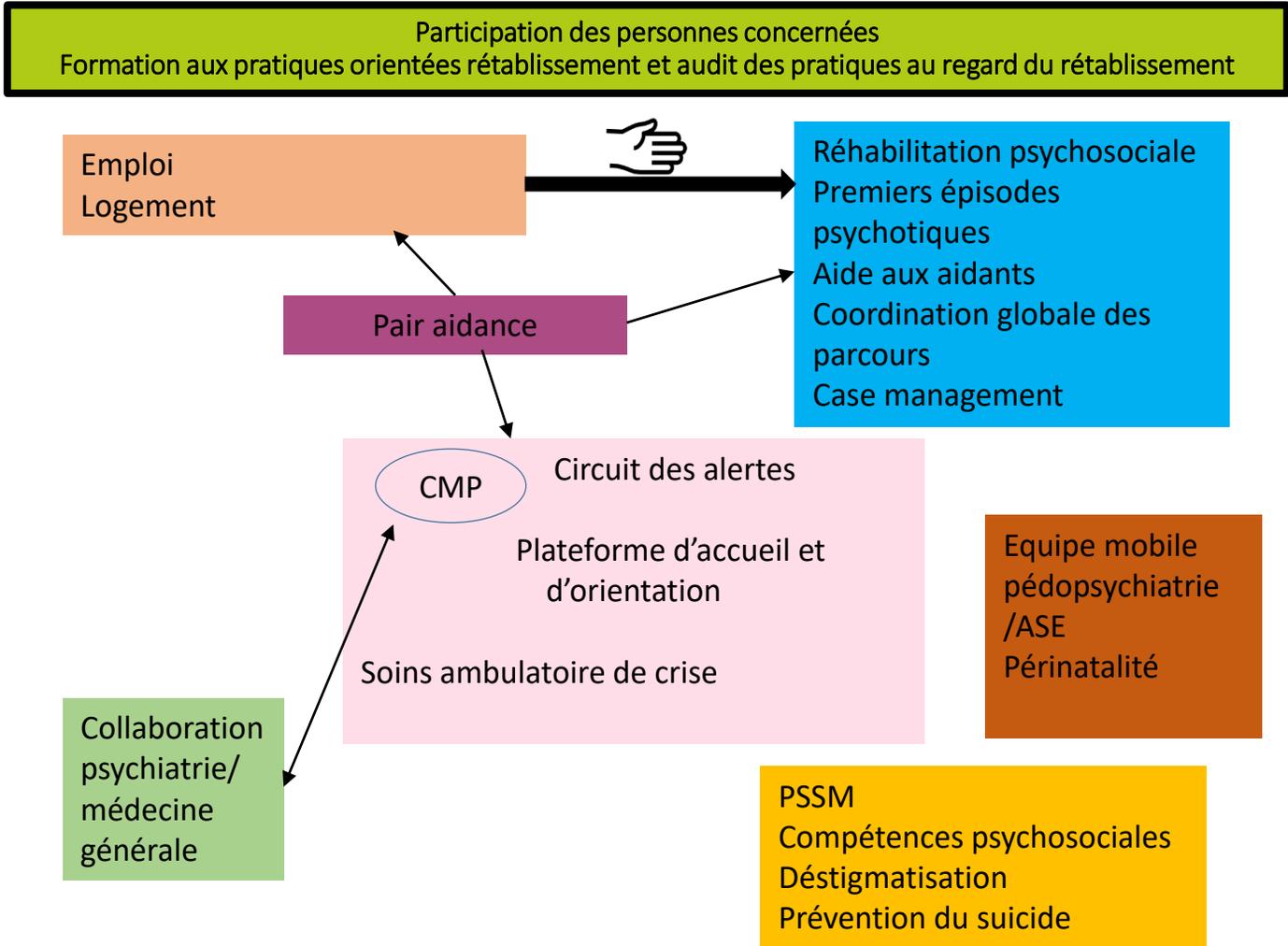
Deux groupes d'action principaux se détachent :

- l'un, totalement transversal, comprenant la réhabilitation psychosociale et la visée de parcours de rétablissement coordonnés entre les acteurs sur un mode collaboratif, englobant le parcours des aidants et la centralité de la place de la personne. Le logement et l'emploi apparaissent comme des contributeurs indissociables de la réussite de ces actions.
- L'autre, plus sanitaire, centré sur l'organisation du parcours de soin et la prévention proactive des ruptures. Ce groupe d'action est fortement coordonné au travail à mener pour structurer la collaboration entre la psychiatrie et la médecine générale.

La pair aideance se positionne comme un contributeur fort à la plupart des blocs d'action, tandis que la participation des personnes concernées et la formation aux pratiques orientées rétablissement occupent une place *supra*, car ils constituent chacun le prérequis indépassable d'une mise en œuvre du PTSM conforme aux ambitions définies.

Les actions de promotion de la santé en population générale, ainsi que la création d'une équipe mobile de pédopsychiatrie en direction des établissements de l'ASE se détachent sous la forme de deux groupes un peu moins dépendants du reste des actions.

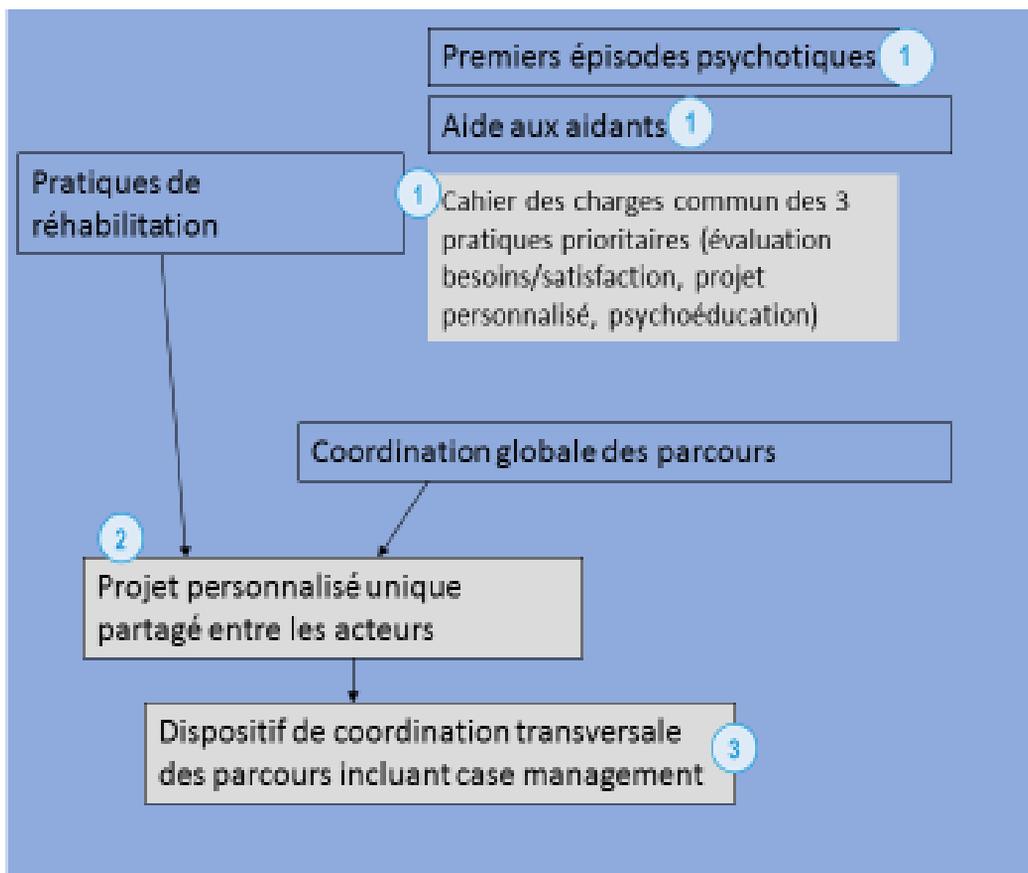
Les principaux groupes d'actions



2) Focus sur deux groupes d'action

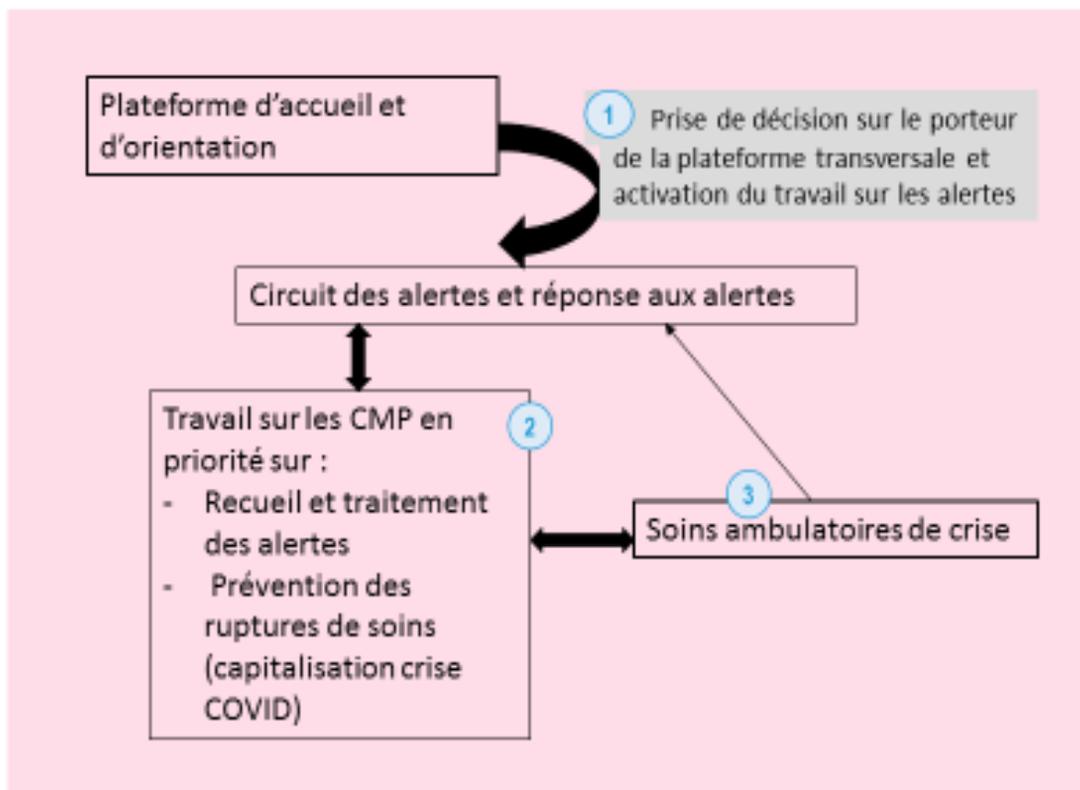
- Le focus suivant porte sur le groupe d'action « réhabilitation psychosociale/coordination transversale des parcours ».

Les fiches action « Premiers épisodes psychotiques » et « aide aux aidants » pourront être activées sans délai. L'implémentation des pratiques de réhabilitation psychosociale nécessite une étape préalable de définition partagée du contenu de ces pratiques. En découlera un modèle de projet personnalisé qui pourra être utilisé entre tous les acteurs du parcours, dans l'attente de l'aboutissement, prévue en milieu de PTSM, de la réflexion complémentaire à mener pour la mise en place d'un dispositif de coordination transversale des parcours faisant appel à du case management.



- Focus sur le groupe d'actions « Organisation du parcours de soins et prévention des ruptures »

Une décision rapide sur le portage de la plateforme transversale d'accueil et d'orientation permettra d'enclencher le travail sur le circuit des alertes, en connexion forte avec le travail sur l'organisation des CMP et celui sur les soins ambulatoires de crise.



3) Revue globale des actions

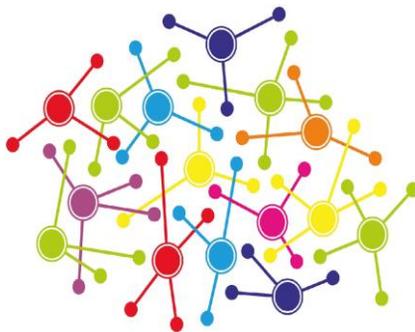
	Délai de mise en œuvre	Débuter par	Dépendant de / relié à	Remarques
Pratiques orientées rétablissement	Immédiat	Formations Audits des pratiques	Intervention des pairs aidants (formations et audits)	Axe central pour la mise en œuvre de tout le PTSM
Participation des personnes concernées	Immédiat	Définir des modalités d'indemnisation des frais Création des collectifs par établissement Mise en place de la plateforme d'accompagnement		Axe central pour la mise en œuvre de tout le PTSM
Pair aidance	En cours			Plateforme ESPAIRS en cours de montée en charge
Logement /accompagnement	2021	Qualification des besoins		Axe central pour la réussite des parcours
Travail	2021			Axe central pour la réussite des parcours
Plateforme transversale d'orientation	2021	Décision sur portage de la plateforme		Plateforme LIVE déjà en place (Vinatier)
Circuit des alertes	2021		pour les personnes hors parcours de soins) °CMP (traitements des alertes des personnes suivies / organisation de l'accès aux soins) °Soins ambulatoires de crise	
Organisation et pilotage des CMP	2021	Recueil et traitement des alertes Prévention des ruptures de soins	Circuit des alertes	Capitalisation crise COVID sur prévention des ruptures
Soins ambulatoires de crise	2022		Organisation des CMP	Dépendant de réorganisations importantes/ financements
Aide aux aidants	Immédiat	Généralisation de BREF		Financement formation à BREF prévu via FIO 2019
Prise en charge précoce des 1ers épisodes psychotiques	2021/sous réserve financement			Financement sollicité FIO 2020
Réhabilitation psychosociale	2021	Cahier des charges des pratiques prioritaires Partage du projet personnalisé		
Coordination transversale des parcours	2023			Travaux complémentaires à mener
Case management	2023			Travaux complémentaires à mener
Collaboration psychiatrie/médecine générale	2021	Généralisation service d'orientation vers médecin généraliste Extension recours à messagerie sécurisée		Indicateurs HAS en cours de déploiement liens psychiatrie ambulatoire/médecine de ville
PSSM	2021	Début des formations rentrée universitaire 2021		
Compétences psychosociales	2021	Expérimentation d'un programme probant		
Destigmatisation	2021	Expérimentation d'un programme	Participation de personnes concernées	
Equipe mobile ASE				Dépendant financement ARS

LES 21 FICHES ACTION DU PTSM

POINT D'ATTENTION LIMINAIRE

Ce projet territorial de santé mentale a vocation, à travers ses différentes fiches action, à **s'adresser à tous les publics**, y compris les publics les plus en difficulté en raison du niveau de handicap qui est le leur et/ou de leur condition sociale.

Les acteurs du PTSM partagent en effet la conviction que la possibilité de s'inscrire dans un parcours de rétablissement doit profiter à toutes les personnes concernées, quel que soit leur niveau d'autonomie de départ, et que les réponses apportées ne doivent oublier personne.



Le projet territorial de **santé mentale** du Rhône

FICHE ACTION

SYSTEMATISER LA PRESENCE DES PERSONNES CONCERNEES DANS LES INSTANCES ET LIEUX DE DECISION EN SANTE MENTALE

Pilote : Coordination 69 Soins psychiques et Réinsertions



DESCRIPTION SUCCINCTE DE L'ACTION

Cette fiche vise à systématiser la présence des personnes concernées dans les instances et lieux de décision, de réflexion (dont les groupes de travail) et de formation en santé mentale, dans une position de collaboration, et à accompagner les structures dans cette évolution.

L'extension et la structuration de la participation des personnes concernées sont jugées indispensables pour garantir une mise en œuvre du PTSM conforme aux objectifs.



RAPPEL ARGUMENTAIRE

La volonté de donner une place déterminante aux personnes concernées a été au fondement de la démarche d'élaboration du Projet territorial de santé mentale du Rhône, telle que partagée entre tous les acteurs dès le lancement du projet. Il a en effet été jugé qu'un projet visant l'amélioration des réponses aux besoins et aux attentes des personnes dans leur parcours ne saurait atteindre le niveau de pertinence requis s'il est élaboré sans eux. Cette volonté a conduit à constituer de manière proactive un Collectif des personnes concernées du PTSM et à intégrer ses représentants à tous les niveaux de la gouvernance et des travaux.

La présente fiche action se situe dans le prolongement de cette posture, en postulant que, au-delà de son élaboration, le PTSM ne saurait être mis en œuvre conformément aux objectifs fixés sans la participation active des personnes concernées, qui permet de garantir une meilleure adéquation entre les décisions prises/projets développés et les besoins des personnes, dans une logique de complémentarité entre les expériences et savoirs des personnes concernées et ceux des professionnels. Plus globalement, la participation des personnes concernées participe du changement de paradigme en cours en santé mentale vers le rétablissement et l'horizontalisation des relations personne concernée/professionnels. Il s'agit donc d'un levier stratégique capital et essentiel dans le PTSM.



POINT D'INFORMATION

Plusieurs instances d'expression des personnes concernées existent ou sont en cours de création sur le territoire (collectif des personnes concernées du PTSM, collectif « Tou-tes concerné-es ! », comité des personnes concernées d'AMAHC, collectif des usagers en place ou en développement dans les EPSM, conseils de la vie sociale qui se renforcent progressivement dans les établissements sociaux et médico-sociaux...). Les différentes initiatives procèdent toutes de la volonté d'intégrer de manière forte la parole des personnes concernées dans les projets et les transformations en cours, mais l'information ne circule pas toujours et les connexions ne sont pas toujours faites. Il peut y avoir un manque de lisibilité pour les personnes concernées et un risque d'épuisement quand les mêmes personnes sont sollicitées pour participer à plusieurs cercles de réflexion ou de travail.

Certaines instances nécessitent pour y siéger d'être nommé par une association elle-même agréée par l'ARS, ce qui limite fortement la participation.

Par ailleurs, l'objectif commun partagé est de rendre plus forte et plus audible la parole des personnes concernées, afin que celle-ci soit entendue et prise en compte à tous les niveaux : cet objectif sera plus facilement atteint si les démarches sont coordonnées plutôt que fragmentées.



OBJECTIFS STRATEGIQUES ET OPERATIONNELS



Objectif(s) stratégique(s) selon les 6 ambitions et les résultats attendus :

- Garantir la mise en œuvre du PTSM conformément aux propositions portées par les personnes concernées
- Accélérer la transformation des réponses dans le sens des attentes des personnes concernées
- Contribuer à la déstigmatisation du regard sur la santé mentale



Ambitions du PTSM :

- Permettre aux personnes concernées d'être parties prenantes de la conception, de l'organisation et de l'évaluation des réponses, dispositifs et pratiques de santé mentale
- Construire des réponses à partir des besoins et des attentes des personnes concernées, en se détachant d'une vision centrée sur l'institution.



Objectifs opérationnels reliés :

Objectif 1/2 : Permettre aux personnes concernées de s'organiser sur le territoire et de faire entendre leur voix

- **Promouvoir les dynamiques de participation auprès de personnes concernées et des équipes de santé mentale** en organisant des rencontres dans des CMP, CATTP, HDJ, ESAT, GEM, associations, etc. en milieu urbain comme en milieu rural. Ces rencontres, animées par des binômes dont au moins une personne concernée, permettront :
 - de présenter les initiatives en matière de participation des personnes concernées sur le territoire
 - d'inciter les personnes concernées à rejoindre ces initiatives ou à en faire émerger d'autres
 - par la même occasion, d'acculturer les équipes à la participation des personnes concernées et les amener à promouvoir ces démarches auprès des personnes soignées ou accompagnées => intérêt d'intervenir lors d'une réunion d'équipe des professionnels des structures.

- **Apporter un soutien au réseau des personnes concernées via l'animation par la Coordination 69 d'une plateforme transversale**, sorte de « fédération des collectifs » afin de permettre un partage d'informations et d'expériences, de mieux connecter les initiatives et de favoriser les synergies

- **Faire vivre et accompagner chaque collectif existant** (« Tou·tes concerné·es ! », collectif du PTSM, collectifs des hôpitaux, CVS ou équivalents des structures médicosociales...)

- **Organiser les conditions qui facilitent la participation des personnes concernées** : covoiturage, prise en charge des frais de déplacement et autres frais engagés, facilitation de l'utilisation des outils numériques de communication, etc.

➡ Cible visée

▪ Situation de départ :

- Plusieurs instances d'expression des personnes concernées existent ou sont en cours de création sur le territoire, qu'il s'agisse de collectifs transversaux (collectif des personnes concernées du PTSM, collectif des Etats Généraux) ou de collectifs internes aux établissements (comité des personnes concernées d'AMAHC, collectifs internes aux hôpitaux, CVS) :
- Les connexions n'existent pas toujours entre les différents collectifs
- Une trentaine de personnes concernées participent à ce jour activement à l'ensemble de ces collectifs
- Les personnes ne sont généralement pas indemnisées pour les frais engagés.

▪ Résultat attendu :

- Une plateforme d'appui transversale est mise en place et est opérationnelle dès 2021. Elle met notamment en place des réunions trimestrielles.
- Des rencontres ciblées sont menées chaque année dans des CMP, CATTP, ESAT, HDJ, GEM, associations, à partir du nombre de personnes mobilisables à partir des collectifs : toutes les structures auront été visitées au moins une fois sur la durée du PTSM.
- La participation active des personnes concernées s'accroît de 10 personnes supplémentaires minimum chaque année.
- Un système de remboursement des frais engagés, et une facilitation du transport si besoin, sont mis en place (procédure précise avec règles partagées).

Objectif 2/2 : Organiser la participation de personnes concernées à toutes les réflexions/projets en santé mentale sur le territoire (groupes de travail, comités de pilotage...) et dans le cadre des instances clés des établissements en tant que représentants des usagers

- **S'assurer de l'engagement institutionnel des établissements et structures** (intégration de la participation des personnes concernées dans les projets associatifs, les projets d'établissement, de pôle et de service)
- **Effectuer une veille** sur les projets en santé mentale prévus et en cours
- **Sensibiliser les professionnels à la plus-value apportée par une participation des personnes concernées** à toutes les étapes d'un projet en organisant des échanges de pratiques/retours d'expériences/... dans des structures ciblées
- **Intégrer la participation des personnes concernées dans les appels à projet et les CPOM signés entre l'ARS, les hôpitaux et les ESMS** et créer un label ou une accréditation pour les structures qui impliquent des personnes concernées dans leurs projets en santé mentale
- **Mettre en place un collectif par hôpital/établissement de soins pour participer aux projets et instances, et inscrire le collectif, son rôle, l'engagement de l'établissement en sa faveur** (fort soutien à l'émergence, aide au recrutement, au fonctionnement ...) dans le projet des usagers et dans la politique de droits des usagers de l'établissement. Dans les rôles du collectif, ne pas omettre la participation aux divers lieux d'évaluations au sein des établissements (pratiques, notamment de contention et d'isolement, risques et qualité,).
- **Organiser la connexion entre les différents collectifs et les représentants des usagers des institutions** (Commissions des usagers, conseils de surveillance...)

- **Proposer systématiquement aux personnes concernées inscrites dans une démarche de participation une formation gratuite** leur permettant de renforcer leurs capacités de représentation institutionnelle (prise de parole, compréhension du fonctionnement des établissements, représentation des pairs, construction d'un plaidoyer) : notamment la formation « droit, handicap et participation » et la formation CRR « sensibilisation à l'approche orientée rétablissement »... **Parallèlement, ouvrir aux personnes concernées les formations organisées à destination des professionnels** au sein des établissements et sur le territoire et communiquer autour de ces formations => diffusion via la coordination 69
- **Préparer les professionnels à ce nouveau mode d'exercice et de décisions** : formations, accompagnement afin de favoriser la participation des personnes (souplesse dans les organisations, langage compréhensible en évitant les sigles...)
- **Mettre en place les conditions qui facilitent et/ou rendent possible la participation des personnes concernées :**

Chaque structure proposera les modalités lui permettant d'assurer le remboursement des frais de déplacement des personnes, le cas échéant via ou en coopération avec d'autres acteurs. En parallèle, faciliter le transport des personnes concernées.

- **Promouvoir la participation des personnes concernées dans les instances les plus stratégiques** (directoires¹, conseils de surveillance, conseils d'administrations des associations, commissions des Usagers...) et **organiser la participation des personnes concernées au sein de ces instances**, en tant que représentants officiels des usagers ou en tant qu'invités.
- **Promouvoir les conditions pour que les personnes concernées puissent devenir officiellement représentants des usagers** (condition d'agrément conditionnant la nomination) : perspective de création d'une association (si demande collective des personnes concernées) ou adhésion à des associations agréées.

1: Le directoire d'un établissement est composé de représentants de la direction et des médecins et du directeur des soins. La composition officielle ne prévoit pas la présence de personnes concernées, mais la demande peut être faite au niveau de chaque établissement pour que des personnes concernées soient invitées.

Cible visée

- **Situation de départ** : un nombre restreint de groupes de travail autour de la santé mentale intègre actuellement des personnes concernées. La nécessité d'avoir le statut de représentant des usagers aux instances clé de la plupart des établissements sanitaires restreint très fortement la participation des personnes concernées aux instances. Pour les établissements sanitaires et ESMS qui ont le statut d'association, cette barrière n'existe pas car la composition du conseil d'administration et bureau est libre, mais peu intègrent des personnes concernées dans ces instances. Les structures soumises au code de la santé publique (CH,...) n'ont pas la possibilité réglementaire d'indemniser des personnes physiques qui agissent au titre d'un collectif, mais peuvent verser des fonds à une personne morale.

- **Résultat attendu** :
 - Au moins 2 personnes concernées participent à l'élaboration de chaque nouveau projet en santé mentale sur le territoire, dès le début de la phase d'élaboration et jusqu'à la phase d'évaluation

 - Des personnes concernées sont intégrées à chacune des instances stratégiques des établissements sanitaires ciblées comme étant prioritaires, et aux instances de gouvernance de toutes les associations du territoire.

 - Toutes les personnes concernées qui souhaitent s'investir dans les projets, groupes de travail et instances ont eu la possibilité de bénéficier d'une formation gratuite.

 - Un système de remboursement des frais engagés, et une facilitation du transport si besoin, sont mis en place (procédure précise avec règles partagées)

 - La participation des personnes concernées figure dans toutes les conventions signées entre les structures et les financeurs et tous les appels à projets mentionnent que les personnes concernées doivent participer à la gouvernance et à la mise en œuvre du projet (appels à projets de l'ARS, Métropole, Département, Préfecture).

 - Un système est mis en place pour que les personnes concernées aient accès à un statut officiel de représentant des usagers avec droit de vote.



PERIMETRE ET ACTEURS CONCERNES PAR L'ACTION

▪ **Périmètre/champ concerné :**

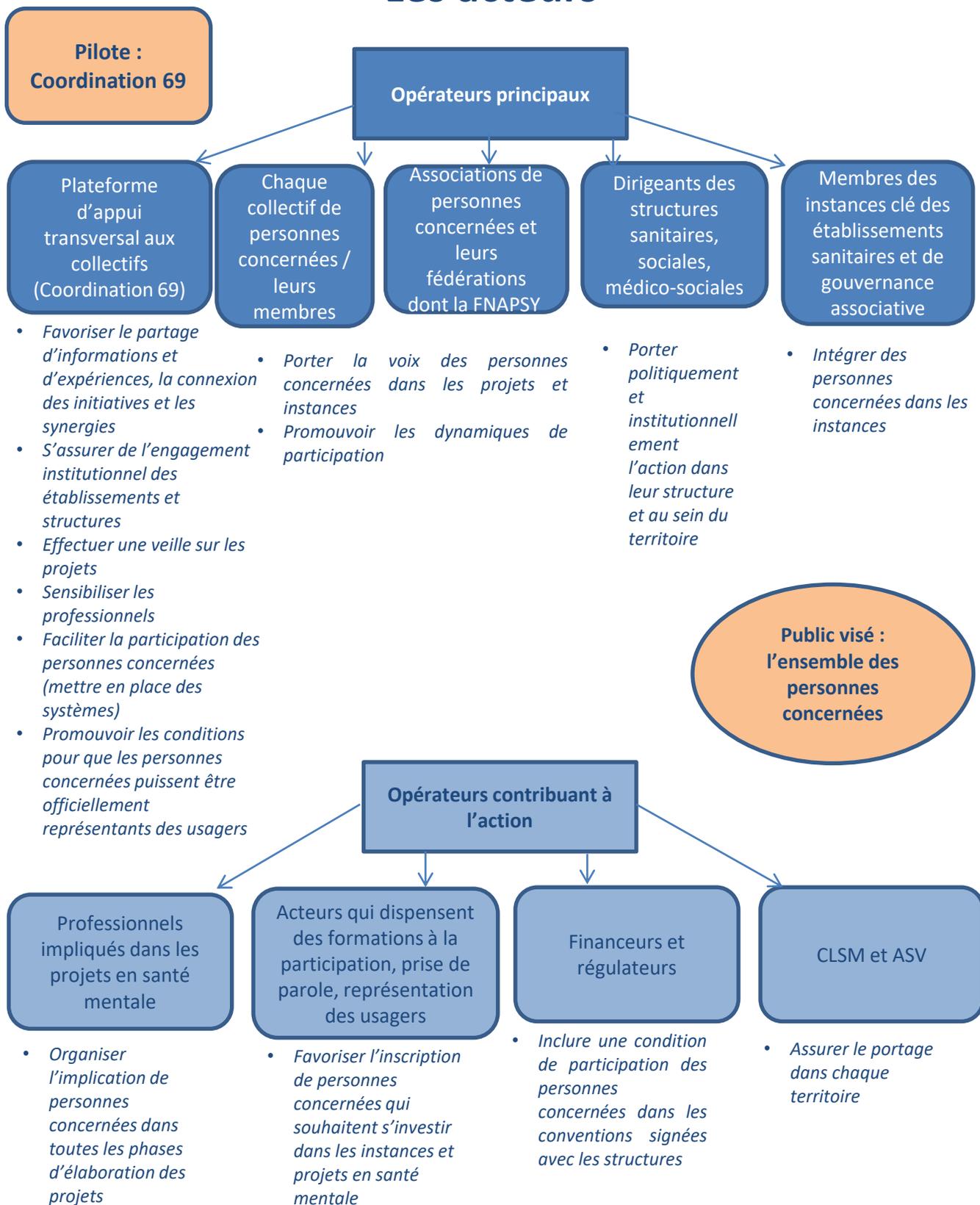
Le champ de la santé mentale et du handicap du territoire, notamment acteurs du soin et de l'accompagnement social et médico-social.

▪ **Public concerné :** l'ensemble des personnes concernées.

Leviers importants :

- Les lieux de rupture de la solitude et d'inclusion sociale (GEM, Clubhouse, accueils de jour...) : levier important de personnes déjà mobilisées dans des dynamiques collectives et grâce à qui la mobilisation de nouvelles personnes sera facilitée (effet « boule de neige »)
- Les parcours de rétablissement
- Les Etablissements publics de santé mentale (EPSM) en raison de l'importance des files actives des personnes suivies

Les acteurs





PILOTAGE ET MISE EN ŒUVRE



Identification des pré-requis

- **Acteurs/parties prenantes dont l'engagement est indispensable pour garantir la mise en œuvre de l'action :**
 - Les différents collectifs de personnes concernées du territoire
 - Coordination 69 (animation de réseau/cellule d'appui aux collectifs)
 - Les responsables d'établissements de soins et d'accompagnement social et médico-social. **Un engagement très fort de l'établissement est requis pour assurer l'accompagnement dans la durée et faire vivre chaque collectif en interne.**

- **Autres pré-requis :**
 - Inscription des personnes concernées dans le portage d'une parole collective et non d'une opinion individuelle.
 - Nécessité d'accompagnement pour soutenir les collectifs : ressources d'animation et d'indemnisation des personnes à prévoir (en personnes et en budget) – Le défraiement (et/ou indemnisation à réfléchir dans une seconde phase) doivent être gérées dès que possible par chaque structure à laquelle les instances et groupes de travail sont rattachées, et dans les autres cas par Coordination 69
 - Communication et sensibilisation des professionnels au travail avec les personnes concernées



Cadre de gouvernance de l'action

- **Au niveau global :** Coordination 69, soins psychiques et réinsertions

- **Le cas échéant, à d'autres niveaux d'acteurs :**
 - Au niveau de chaque collectif (d'établissement ou infra-territorial), avec l'appui des CLSM et des établissements

 - Au niveau des réseaux institutionnels de chaque catégorie d'acteurs impliqués, pour le portage interne de l'action et le reporting régulier au niveau du pilote : CPT pour les établissements publics de santé mentale, FHP Psy pour les établissements de santé privés à but lucratif, ... etc.

- **Modalités d'articulation prévues :**
- **Modalités de participation des personnes concernées :** les personnes concernées sont au cœur de cette fiche action.



CALENDRIER DE MISE EN OEUVRE

- **Temporalité/calendrier de mise en œuvre :**

A partir d'octobre 2020

- **Scénario de déploiement :**

Concernant l'objectif opérationnel n°2, une première étape pourra consister à investir les lieux qui ne nécessitent pas l'agrément officiel de l'ARS en tant que « représentant des usagers », comme les groupes de travail autour des nouveaux projets de développement d'offres en psychiatrie/santé mentale et autres groupes internes aux établissements.

**Octobre-
décembre
2020**

- Réunion collective d'information et de consultation des collectifs.
- La plateforme d'appui transversal est créée et opérationnelle.
- Les formations à destination des personnes concernées se mettent en place.
- Une solution est trouvée pour permettre le remboursement des frais des personnes concernées pour leur participation.

2021

- 40 personnes concernées bénéficient d'une formation.
- Un collectif des personnes concernées est opérationnel dans chaque CH et clinique
- Les financeurs (ARS...) intègrent la participation des personnes concernées dans les appels à projet et conventions
- Tous les nouveaux projets en santé mentale intègrent au moins 2 personnes concernées
- Ouverture des Conseils d'administration des ESMS aux personnes concernées.

2022

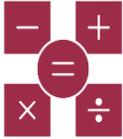
- Au moins 10 personnes concernées ont bénéficié d'une formation dans l'année (idem années suivantes).
- Continuité des autres actions

2023

- Intégration de personnes concernées des collectifs dans les instances des structures en tant que représentants des usagers (statut officiel)
- Continuité des autres actions

**2024 et
2025**

- Continuité des actions et transformations engagées



RESSOURCES

- **Ressources nécessaires : (humaines, financières, matérielles, de formation...)** :

Pour la mise en œuvre de l'action :

- Un nombre croissant de personnes concernées impliquées : au moins 10 personnes supplémentaires par an.
- 5 professionnels impliqués de manière conséquente (réunions, sessions de sensibilisation/promotion de la participation des personnes concernées, appui technique permanent).
- Formation : négocier des places gratuites pour les personnes concernées dans les formations dispensées sur le territoire (autres que formation AMAHC et CRR)

Pour le fonctionnement courant de l'action :

Budget nécessaire pour le remboursement des frais et/ou indemnisation des personnes concernées pour leurs participations :

Pour les déplacements réguliers dans le Rhône/Métropole pour assister aux réunions : Moyenne de 15 euros/mois par personne, pour 30 personnes la première année et 10 personnes supplémentaires chaque année suivante :

Année 1 : 5 400 euros

Année 2 : 7 200 euros

Année 3 : 9 000 euros

Année 4 : 10 800 euros

Année 5 : 12 600 euros

Pour des déplacements ponctuels à Paris ou ailleurs en France : **1500 euros/an** pour déplacements/hébergement (déplacements/séjours pour journée d'étude/congrès de 5 personnes environ)

- **Ressources mobilisables (déjà existantes / y compris par transformation) et provenance :**

- Une trentaine de personnes concernées impliquées activement dans les différents collectifs. Des professionnels qui accompagnent/soutiennent les collectifs.
- Un financement obtenu par l'association AMAHC auprès de la Fondation de France pour la formation de 120 personnes concernées sur le territoire (sur 3 ans à compter du second semestre 2020)

▪ **Ressources complémentaires sollicitées :**

Demande de financement auprès de l'ARS et contribution financière des établissements et structures pour les frais mensuels de déplacement : 100% du budget demandé auprès de l'ARS pour la première année de mise en place, puis répartition 50 % ARS et 50 % établissements à partir de la 2^{ème} année.

Demande d'enveloppe financière à l'ARS pour la participation des personnes à des journées/colloques.

Renouvellement du dossier de financement de la formation « droits et participations des personnes concernées » pour les années 2023 à 2025.



EVALUATION

Pour une évaluation harmonisée, il est nécessaire d'avoir un outil commun (par exemple un fichier Excel) pour que chaque collectif et structure remonte les données concernant les indicateurs de processus et de résultat. Chaque collectif et structure doit s'engager à faire remonter les informations auprès du pilote, au moins annuellement.

Une procédure d'évaluation globale et d'échanges d'expériences doit avoir lieu au moins une fois par an.

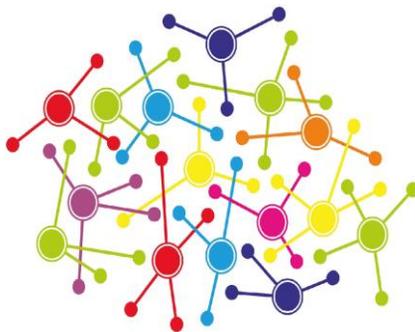
▪ Indicateurs de processus :

- Nombre de personnes concernées dans les collectifs du territoire (coordinateur.trice de chaque collectif / tableau de bord tenu par la plateforme d'appui transversal/ tous les 6 mois)
- Nombre de réunions inter-collectifs (idem)
- Nombre d'initiatives communes aux collectifs de personnes concernées (idem)
- Nombre de rencontres dans des structures pour promouvoir la participation des personnes concernées (idem)
- Nombre de projets en santé mentale et groupes de travail impliquant des personnes concernées et pourcentage par rapport au nombre de projets identifiés (coordinateur.trice de projet / déclaratif de chaque acteur/ une fois par an)
- Nombre et type d'instances des établissements qui intègrent des personnes concernées
- Nombre de personnes concernées ayant bénéficié d'une formation à la prise de parole/ représentation

▪ Indicateurs d'impact :

Nécessité d'impliquer des chercheurs et/ou un observatoire de la participation

- Amélioration de la pertinence des projets et des décisions des instances vis-à-vis de la réponse aux besoins et attentes des usagers
- Amélioration du bien-être des participants, par un sondage en ligne auprès des personnes concernées et des professionnels impliqués
- Changement de pratiques et de postures des professionnels dans les projets menés; décisions prises conjointement avec des personnes concernées.



Le projet territorial de santé mentale du Rhône

FICHE ACTION

DÉVELOPPER LA PAIR-AIDANCE PROFESSIONNELLE DÈS L'ENTRÉE DANS LA MALADIE PSYCHIQUE

Pilote : La Communauté psychiatrique de territoire



DESCRIPTION SUCCINCTE DE L'ACTION

Cette fiche vise à proposer l'aide d'un pair-aidant professionnel le plus précocement possible après l'apparition des premiers symptômes d'un trouble psychique sévère ou neurodéveloppemental, pour des personnes engagées ou non dans les soins.

Elle vise à soutenir et développer le potentiel de déploiement de la pair-aidance sous toutes ses formes sur le territoire :

- en diversifiant les formes d'intervention en fonction des besoins des personnes concernées, des lieux où elles sont accueillies et des impacts démontrés de la pair-aidance
- en autorisant un exercice sous des statuts variés (saliariat ou plateforme de services co-financés par l'institution demandeuse), tout en permettant aux pairs aidants de se fédérer et de partager leurs pratiques.



RAPPEL ARGUMENTAIRE

Symbole d'espoir, incarnant la possibilité de rétablissement, le pair aidant a vocation à occuper un rôle clef dans le cadre de parcours de santé mentale mettant au premier rang les capacités et les attentes des personnes. Aussi la nécessité de développer la pair-aidance professionnelle et de la mettre à disposition des personnes le plus tôt possible dans leur parcours a-t-elle été fortement soutenue par le collectif des personnes concernées et partagée avec les acteurs et la gouvernance du PTSM.

Levier de changement au niveau des parcours individuels, la pair-aidance constitue également un levier déterminant d'accélération des transformations en santé mentale dans le sens du rétablissement et la prise en compte des compétences des personnes. Elle contribue donc à l'ensemble des ambitions du PTSM.



POINT D'INFORMATION

Les travaux du PTSM ont mis en évidence et priorisé la volonté de développer la pair aideance professionnelle, en partant des constats suivants¹ pour le territoire du Rhône et la Métropole de Lyon :

« Peu de pairs aidants professionnels sont en activité dans le champ sanitaire : une médiatrice de santé paire dont le poste a été financé dans le cadre du programme du CCOMS, deux pair-aidants salariés recrutés sur des budgets spécifiques par le Centre référent de réhabilitation. Conséquence directe : manque substantiel d'interventions de pairs dans les services de soins.

-Quelques travailleurs pairs ont par ailleurs été recrutés ou vont être recrutés dans le secteur social et ou médico social dans le cadre de dispositifs spécifiques : (« Un chez soi d'abord », SAMSAH Réhabilitation, résidences accueil, CHRS...)

Il n'existe aucun dispositif à ce jour permettant :

- De transversaliser l'intervention de pairs aidants professionnels (domicile-cité-institutions),*
- Selon un panel de services, aides, accompagnements personnalisés, déterminés en fonction des attentes formulées par la personne concernée*
- S'adressant à toute personne concernée, quel que soit son niveau de vulnérabilité, d'inclusion, selon tout type de trajectoire dans les soins (rupture/éloignement, refus, suivi) et de trajectoire de vie.*
- De combler le manque conséquent d'interventions de pairs dans les services de soins, malgré une forte demande*
- De proposer le soutien rapide d'un pair-aidant, pour des personnes hors parcours de soins, éloignées ou réfractaires aux soins. »*

Le développement de la pair aideance fait l'objet de cette fiche action, en écho à plusieurs autres fiches actions du PTSM qui identifient le recours à la pair aideance professionnelle, en particulier les fiches : « soins ambulatoires de crise », « circuits d'alerte et de traitement des alertes sur le territoire/ aller-vers/engagement dans les soins », « premiers épisodes psychotiques », « pratiques orientées rétablissement », « réhabilitation psychosociales »..

1: Eléments issus de la fiche-projet déposée par l'association Espairs au Fonds d'innovation organisationnelle en 2019



OBJECTIFS STRATEGIQUES ET OPERATIONNELS



Objectif(s) stratégique(s) selon les 6 ambitions et les résultats attendus :

- Maintenir l'espoir
- Contribuer à lever le déni et à favoriser l'engagement dans les soins des personnes
- Favoriser la prévention des crises
- Favoriser la diffusion des pratiques orientées rétablissement dans les équipes de soins et d'accompagnement
- Soutenir et optimiser le potentiel de déploiement de la pair-aidance sous toutes ses formes sur le territoire



Ambitions du PTSM :

- Reconnaître le savoir expérientiel des personnes
- Développer une dynamique d'innovations
- Construire des réponses à partir des besoins-attentes des personnes concernées, en se détachant d'une vision centrée sur l'institution.



Objectifs opérationnels reliés :

Objectif 1/3 : Développer les interventions de pair-aidants professionnels au sein des établissements et structures de santé mentale

a) Systématiser l'intervention des pairs-aidants dans les équipes de soins et d'accompagnement dans trois domaines prioritaires :

- L'élaboration et la dispensation des programmes de psychoéducation, dans l'objectif d'améliorer l'impact de la psychoéducation sur les personnes (par une meilleure adaptation aux besoins des personnes notamment)
- Le soutien à l'élaboration d'un plan de crise conjoints
- La conception et la dispensation des formations aux pratiques orientées rétablissement et à la réhabilitation psychosociale.
- L'intégration de la pair-aidance est également prévue dans les équipes en charge de la prise en charge précoce des premiers épisodes psychotiques » (ce point fait l'objet d'une autre fiche action).

b) Développer les interventions des pairs aidants dans les établissements et leurs possibilités d'emploi direct

- Permettre le déploiement de la plateforme territoriale de pairs ressources ESPAIRS¹ conformément au projet déposé au FIO : signature de conventions d'intervention avec les établissements de la CPT, les cliniques, les ESMS, permettant la mise en place d'interventions sur les 3 domaines prioritaires et d'autres domaines d'intervention (équipes mobiles, unités de soins..).
- Penser les nouveaux projets de santé mentale avec de la pair-aidance (recrutement direct ou sous forme de prestation de service), notamment intégrer la pair aidance dans tous les projets passant par une procédure d'appel à projets (ARS, Métropole, département, DDCS...)

1 : Portée par une association composée de pairs aidants professionnels en santé mentale, la plateforme ESPAIRS a été lauréate en 2019 de l'appel à projets FIO (fond ministériel d'innovation organisationnelle en psychiatrie), obtenant ainsi un financement pour trois ans.

- Elaborer et mettre en place dans chaque établissement un plan de marche global engageant l'établissement sur le déploiement de la pair-aidance : intégration au projet stratégique de l'établissement, sensibilisation des équipes sur les bénéfices de l'intervention de pair-aidants, définition des rôles, volumes, financements, dispositions d'accompagnement et de soutien, régulation et management des relations avec les pairs aidants, liens avec Espairs, et prévoir le mécanisme d'évaluation et de pilotage correspondant.



Cible visée

- **Situation de départ :**
 - Seuls 3 pairs aidants interviennent à ce jour dans un établissement sanitaire, exclusivement en réhabilitation psychosociale³.
 - Quelques pair-aidants exercent dans le secteur social et médico-social (« Un chez soi d'abord », SAMSAH Rétablissement, des CHRS...).
 - La plateforme Espairs, créée en 2020, vient de commencer ses interventions avec 4,2 ETP de pairs aidants.
- **Résultat attendu :**
 - Un pair aidant intervient dans tous les programmes de psychoéducation dispensés par les établissements publics et privés (2021)
 - Des pairs aidants interviennent en soutien de l'élaboration des plans de crise conjoints dans les 3 EPSM (2021)
 - Les modalités de recours à la pair-aidance sont intégrées dans les projets d'établissements et les projets de pôle (échéance 2022) Des financements *ad hoc* sont identifiés (postes ou prestations).
 - Tous les acteurs du PTSM ont organisé à l'intention de leurs professionnels des formations aux pratiques orientées rétablissement avec des pairs aidants (à 5 ans)
 - 50 % des structures ont recours d'une manière régulière à l'intervention de pairs aidants professionnels (à 5 ans)
 - 75 % des nouveaux projets en santé mentale impliquent un pair-aidant (à 5 ans)
 - Un volume de 8 ETP de pairs aidants est employé par ESPAIRS

3 : A noter l'intégration récente de pairs aidants d'ESPAIRS dans une équipe mobile du CH Le Vinatier.

Objectif 2/3 : Développer l'accès aux formations diplômantes de pair-aidants et favoriser la qualité et diversité des stages

L'augmentation du nombre de pairs aidants formés chaque année est une condition du développement de la pair-aidance.

- Développer les possibilités de financement des formations diplômantes (prêts municipaux, comptes formation ...) car les coûts constituent une barrière à l'accès¹, et les possibilités d'embauche parallèles à l'inscription au DU (le cas échéant dans le cadre d'un contrat d'alternance).
- Augmenter les structures d'accueil des stagiaires
- Veiller à la préparation de l'accueil en amont dans les structures de stage : sensibiliser les équipes à la pair-aidance, guider et définir la mission du stagiaire avant l'accueil, en lien avec les équipes pédagogiques.

➔ Cible visée

- **Situation de départ :** Le nombre de pair-aidants formés dans le Rhône dans le cadre du DU à Lyon 1 était de 37 personnes en 2019/2020 : ce nombre est insuffisant pour couvrir tous les besoins lié au développement de la pair-aidance sur tout le territoire. Le coût du DU (1100 euros en 2020) est une barrière à l'accès. Un nombre limité de structures accueillent les stagiaires du DU pair-aidance de Lyon 1.
- **Résultat attendu :**
 - Le nombre de pair-aidants formés augmente significativement.
 - 10 nouveaux terrains de stage sont ouverts chaque année (5 dans les EPSM ventilés en fonction de la taille des établissements, 3 en clinique, 2 en ESMS)
 - Moins de 5 % des personnes sélectionnées pour suivre le DU renoncent faute de financement de la formation

1 : Coût du DU à Lyon 1 : 1100 euros ; la licence professionnelle de médiateur de santé pair à Paris coûte 6 000 euros auxquels s'ajoutent les frais de déplacement et d'hébergement. Cette formation est toutefois prise en charge par les ARS volontaires.

Objectif 3/3 : Fédérer les pair-aidants professionnels sur le territoire via la mise en place et l'animation d'une communauté de pratiques

- Recenser tous les pair-aidants professionnels sur le territoire et leur proposer de participer à cette communauté de pratiques, quels que soient leurs modalités d'exercice ou leurs diplômes (*échelle AURA ou Rhône : dépendra du nombre de personnes intéressées*).
- Organiser des temps collectifs d'intervision et d'échanges de pratiques, pour asseoir les pratiques et postures, permettre aux pair-aidants de bénéficier d'un soutien et étayage.
- Envisager un système de tutorat
- Favoriser les échanges, la transmission d'informations entre les pair-aidants, et à plus long terme la formation continue, notamment par la mise en place d'outils collaboratifs (ex. Slack).
- Inscrire la participation à la communauté de pratiques dans les fiches de poste de pairs aidants recrutés sur le territoire¹



Cible visée

- **Situation de départ** : Une communauté de pratiques de pairs aidants a vu le jour en AURA en 2020, mais elle comporte encore très peu de participants.
- **Résultat attendu** : La communauté de pratiques est opérationnelle début 2021. L'ensemble des pairs aidants ont accès à cette communauté de pratiques et participent aux différents groupes sur la base du volontariat. 90% des fiches de poste des pairs-aidants intègrent cette participation dans le temps de travail.

1 : L'idée n'est pas de faire de cette participation une obligation pour le pair aidant salarié, mais de garantir qu'elle puisse être intégrée aux missions et se faire sur le temps de travail.

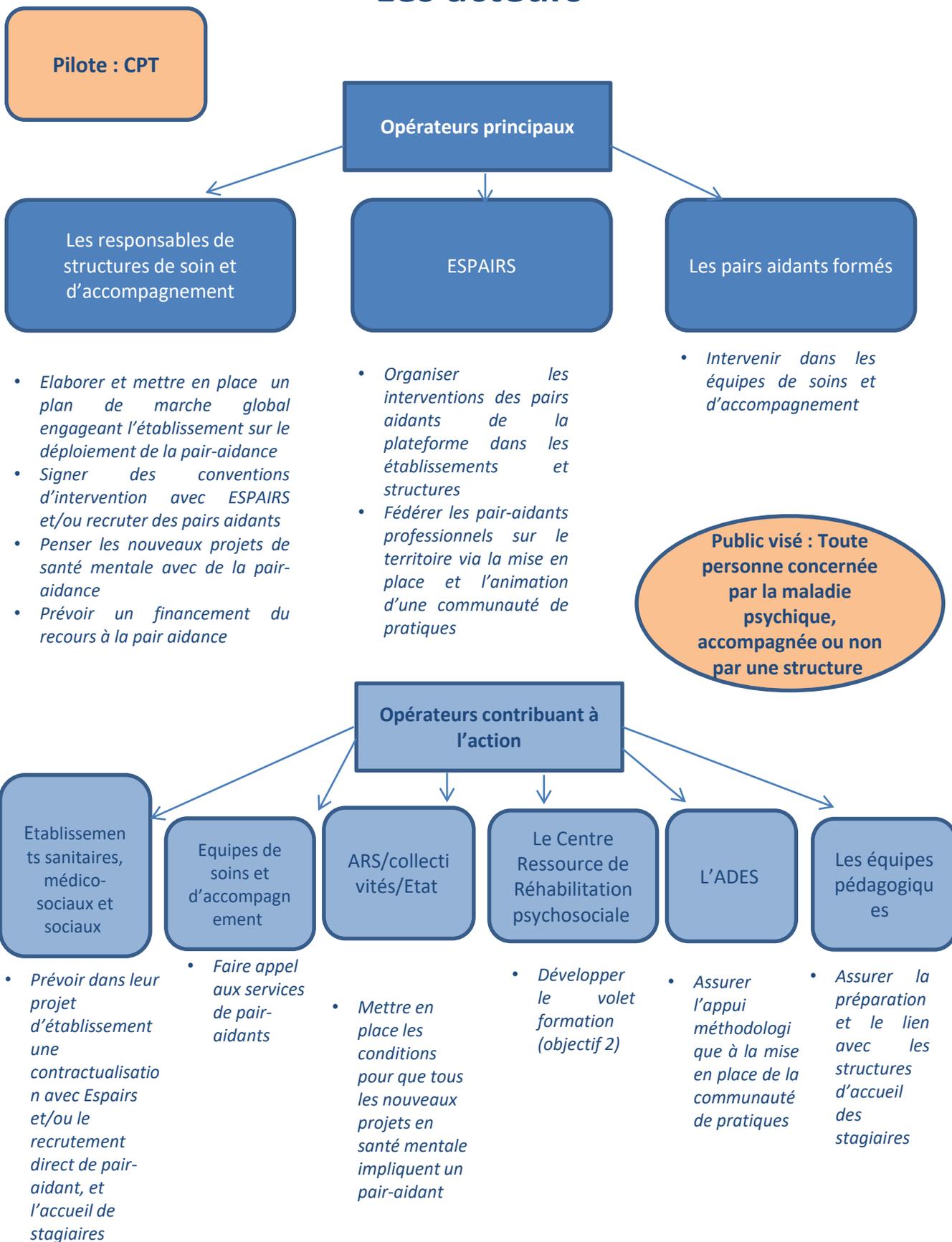


PERIMETRE ET ACTEURS CONCERNES PAR L'ACTION

- **Périmètre/champ concerné :**

Champs sanitaire, médico-social et social.

Les acteurs



Pilote : CPT

Opérateurs principaux

Les responsables de structures de soin et d'accompagnement

ESPAIRS

Les pairs aidants formés

- Elaborer et mettre en place un plan de marche global engageant l'établissement sur le déploiement de la pair-aidance
- Signer des conventions d'intervention avec ESPAIRS et/ou recruter des pairs aidants
- Penser les nouveaux projets de santé mentale avec de la pair-aidance
- Prévoir un financement du recours à la pair aidance

- Organiser les interventions des pairs aidants de la plateforme dans les établissements et structures
- Fédérer les pair-aidants professionnels sur le territoire via la mise en place et l'animation d'une communauté de pratiques

- Intervenir dans les équipes de soins et d'accompagnement

Public visé : Toute personne concernée par la maladie psychique, accompagnée ou non par une structure

Opérateurs contribuant à l'action

Etats sanitaires, médico-sociaux et sociaux

Equipes de soins et d'accompagnement

ARS/collectivités/Etat

Le Centre Ressource de Réhabilitation psychosociale

L'ADES

Les équipes pédagogiques

- Prévoir dans leur projet d'établissement une contractualisation avec Espairs et/ou le recrutement direct de pair-aidant, et l'accueil de stagiaires

- Faire appel aux services de pair-aidants

- Mettre en place les conditions pour que tous les nouveaux projets en santé mentale impliquent un pair-aidant

- Développer le volet formation (objectif 2)

- Assurer l'appui méthodologique à la mise en place de la communauté de pratiques

- Assurer la préparation et le lien avec les structures d'accueil des stagiaires



PILOTAGE ET MISE EN ŒUVRE



Identification des pré-requis

- Adhésion et soutien institutionnel forts à l'intervention de pairs aidants
- S'assurer que l'implémentation de la pair-aidance professionnelle bénéficie par les institutions d'un financement clairement identifié et en cohérence avec les budgets du personnel
- Permettre aux futurs pairs aidants d'accéder à une formation qualifiante ou diplômante (DU pair-aidance professionnelle en santé mentale de l'Université Lyon 1 et licence 3 sciences sanitaires et sociales mention médiateur de santé pair de l'université Paris 13)
- Former au préalable les équipes aux pratiques orientées rétablissement et les sensibiliser à la place des personnes concernées
- Former au préalable les équipes au travail avec un pair-aidant professionnel : les informer sur le métier de pair-aidant professionnel, travailler sur le rôle de chacun et permettre une mise en place effective de l'action.



Cadre de gouvernance de l'action

- **Au niveau global** : La Communauté psychiatrique de territoire
- **Modalités de participation des personnes concernées** : les personnes concernées, préalablement formées et disposant d'une expérience personnelle du rétablissement, sont au cœur de la réalisation des actions de cette fiche action. Le développement de l'intervention de pairs aidants dès le début du parcours de soins en soutien au maintien de l'espoir constitue une demande forte du Collectif des personnes concernées.



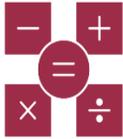
CALENDRIER DE MISE EN OEUVRE

- **Temporalité/calendrier de mise en œuvre :**

2020-2025

- **Scénario de déploiement :**

2020	<p>Déploiement de ESPAIRS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • A compter de septembre 2020 : 4,3 ETP de pairs aidants salariés, déploiement des interventions dans les établissements • Une convention cadre est signée entre ESPAIRS et les établissements de la CPT (octobre 2020) pour un début immédiat des interventions sur les priorités suivantes : <ul style="list-style-type: none"> - Sensibilisation des services au travail avec un pair aidant - Formations aux pratiques orientées rétablissement - Psychoéducation (construction, animation) - Aide à l'élaboration des plans de crise - Equipes prise en charge précoce des premiers épisodes psychotiques • Interventions d'ESPAIRS auprès des ESMS et dans la formation droits et participation des personnes 	<ul style="list-style-type: none"> • Développement des interventions de pair-aidance (Espairs et autres formes d'activité) • Formation des pairs aidants, développement du vivier de personnes formées sur le territoire • Communication sur la pair-aidance
2021	<ul style="list-style-type: none"> • Inscription du recours à la pair aidance dans le projet stratégique de chaque structure et ses déclinaisons par pôle ou service , et identification de son financement <p>Déploiement de ESPAIRS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mise en place de la communauté territoriale de pratiques • Début des intervention dans les UHCD (unités d'hospitalisation de courte durée) : espoir, réduction du déni. 	
2022	<ul style="list-style-type: none"> • Interventions de pairs-aidants dans tous les pôles de psychiatrie adulte • 2021/2022 : poursuite des recrutements de pairs aidants au sein d'Espairs (cible de 8 ETP) selon contributions financières complémentaires contractualisées avec les acteurs 	
2023 à 2025	<ul style="list-style-type: none"> • Avant 2025 : interventions des pairs aidants organisées en début de parcours de soins, dont les structures d'urgences (en privilégiant les UHCD) et dans chaque pôle de manière pérenne. 	



RESSOURCES

- **Ressources nécessaires : (humaines, financières, matérielles, de formation...) :**

Pour le fonctionnement courant de l'action :

Identification d'un budget par les structures pour le financement de l'intervention ou le recrutement des pairs

- **Ressources mobilisables (déjà existantes / y compris par transformation) et provenance :**

- Financement de base d'ESPAIRS alloué par le FIO (Fond ministériel d'innovation organisationnelle en psychiatrie) : 198 500 euros par an sur 3 ans (2020/2022)

- Budget de chaque établissement

- **Ressources complémentaires :**

- Ressources de financement des formations à la pair-aidance (DU : 1100 euros)

- Pérennisation du financement de base d'ESPAIRS à l'issue de l'évaluation des résultats prévue par le FIO.



EVALUATION

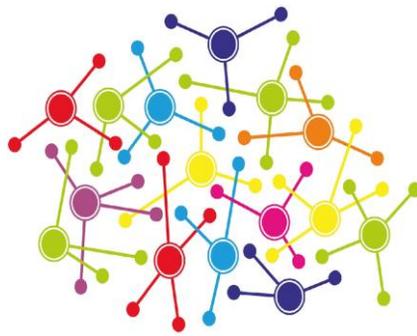
▪ Indicateurs de processus :

Il sera utile de croiser les indicateurs recueillis via le système d'information des établissements et les indicateurs d'Espairs.

- Nombre et taux de programmes d'ETP qui intègrent des pair-aidants
- Nombre de patients accompagnés par un pair-aidant (rapporté à la file active) et évolution annuelle.
- Nombre de plans de crises conjoints rédigés avec un pair-aidant
- Nombre d'interventions des pair-aidants en hospitalisation et en extra hospitalier (saisie de leur activité dans les systèmes d'information des hôpitaux)
- Nombre d'interventions de pairs aidants dans les structures sociales et médico-sociales
- Nombre de pairs aidants formés ou en formation (flux et total sur le territoire)
- Nombre de pairs aidants en activité : évolution entre 2020 et 2025
- Taux de pénétration de la pair-aidance dans les pôles et services des établissements (pour chaque établissement)
- Nombre de pair-aidants recrutés de façon pérenne dans les structures suite à un recours à la plateforme Espairs
- Nombre de nouveaux projets intégrant la pair-aidance

▪ Indicateurs d'impact :

- Suivi du nombre de jours d'hospitalisation sur la population bénéficiaire de la pair-aidance sur une période de référence n-1, n et n+1 (à partir de 2022/2023)
- Suivi du nombre de patients ou de journées en soins sans consentement
- Niveau de satisfaction des bénéficiaires directs des prestations de pair-aidance (*Echelle de satisfaction des bénéficiaires*)
- Niveau de satisfaction des équipes ayant eu recours à la pair-aidance (questionnaire de satisfaction, Focus Group)
- Niveau de satisfaction des pair-aidants quant aux conditions d'exercice (place dans les équipes / communauté de pratiques /...). (questionnaire de satisfaction, focus group)



Le projet territorial de **santé mentale** du Rhône

FICHE ACTION

SYSTEMATISER L'AIDE AUX AIDANTS DE MANIÈRE PRÉCOCE JUSQU'AU STADE DE LA PSYCHOÉDUCATION

Pilote : La Communauté psychiatrique de territoire



DESCRIPTION SUCCINCTE DE L'ACTION

Prescrire l'aide aux aidants le plus tôt possible et de façon systématique aux familles et à l'entourage des personnes vivant avec un trouble psychique. Favoriser leur engagement dans un parcours d'accompagnement visant à faciliter leur accès aux programmes d'aide et aux formations jusqu'au stade de la psychoéducation. L'efficacité de la psychoéducation est telle qu'elle apporte non seulement un bénéfice direct sur la santé de l'aidant, mais également un bénéfice indirect sur celle du proche malade.



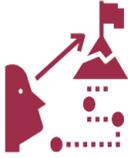
RAPPEL ARGUMENTAIRE

Cette fiche action, centrée sur l'aide aux aidants, vise à déployer des actions qui auront un impact bénéfique très fort sur la santé des aidants mais également sur la santé des personnes concernées.

L'accompagnement des personnes souffrant de troubles psychiatriques est le plus souvent dispensé par l'entourage direct et constitue pour ce dernier une expérience douloureuse fréquemment désignée sous le terme de « fardeau » qui comprend des conséquences physiques, psychologiques, émotionnelles, sociales et financières qui affectent les aidants.

Le soutien apporté par les familles à leur proche malade tout au long de son parcours vers le rétablissement s'avère déterminant au plan du pronostic ultérieur. En 2013, un rapport international, basé sur des consensus d'experts internationaux ainsi que sur les niveaux de preuve disponibles, a confirmé l'efficacité de la psychoéducation à destination des familles en la classant comme deuxième intervention la plus efficace (après les traitements antipsychotiques) pour la prévention des rechutes dans la prise en charge des troubles schizophréniques et des premiers épisodes psychotiques. Ces interventions permettent notamment une réduction du taux de rechute et de réhospitalisation ainsi qu'une meilleure observance thérapeutique chez le patient. Les recommandations internationales en la matière précisent que les soins de psychoéducation à destination des familles sont efficaces et doivent être proposés de manière systématique et précoce dans le cadre de la prise en charge globale des troubles psychotiques.

Or en France, une faible proportion des aidants connaît les associations de familles et bénéficie des interventions proposées par ces associations ou des programmes de psychoéducation, et il existe un défaut de formation des professionnels de santé concernant l'intérêt et les techniques des interventions à destination des aidants.



OBJECTIFS STRATEGIQUES ET OPERATIONNELS



Objectif(s) stratégique(s) selon les 6 ambitions et les résultats attendus :

- Faire bénéficier davantage de familles d'un soutien systématique efficace visant à améliorer leur état de santé et celui de leur proche malade.
- Leur permettre d'acquérir des connaissances et des compétences pour faire face à la situation, comprendre et appréhender leur rôle d'aidants.
- Dès le premier contact avec un professionnel de santé dans le cadre de la maladie de leur proche, les connecter¹ avec les autres étapes du parcours d'accompagnement des aidants et ainsi réduire les délais avant qu'ils ne bénéficient de l'accompagnement des associations et des programmes psychoéducatifs longs.
- Leur permettre de contribuer au parcours de rétablissement de leur proche en prévenant les rechutes et en réduisant le taux de réhospitalisation, en soutenant l'espoir et facilitant le développement de leur *empowerment*.



Ambitions du PTSM :

- Donner aux personnes les capacités d'être actrices de leur santé mentale
- Contribuer à la dynamique d'innovations
- Construire des réponses à partir des besoins et des attentes des personnes
- Développer des parcours coordonnés de rétablissement
- Prévenir et gérer les situations de crise.

1 : les faire entrer dans les réseaux et parcours d'aide aux aidants



Objectifs opérationnels reliés :

Objectif 1/5 : Sensibiliser les professionnels à l'efficacité des parcours et programmes d'aide aux aidants

- Renforcer l'interconnaissance entre les équipes de soins et les associations de familles et la lisibilité des dispositifs et des ressources, pour favoriser l'orientation des familles vers les parcours d'aide aux aidants par les professionnels. Notamment, les structures de soins doivent favoriser pro-activement la connexion des aidants aux associations de familles.
- Intégrer la sensibilisation à l'aide aux aidants comme standard dans les programmes de consolidation des savoirs (formation complémentaire des IDE nouvellement recrutés).
- Permettre à l'UNAFAM de sensibiliser tous les services et unités des CH et cliniques, avec le soutien des chefs de pôle, au moins une fois tous les deux ans
- Déployer ces actions de sensibilisation également envers les autres professionnels du social et médicosocial.

➡ Cible visée

- **Situation de départ** : L'intégration de l'aide aux aidants dans les programmes de consolidation des savoirs a été faite en 2020 dans l'un des CH du territoire. Des modules de sensibilisation à l'aide aux aidants sont menés par l'Unafam régulièrement au sein de chaque unité des Centres hospitaliers, après sensibilisation des chefs de pôles.
- **Résultat attendu** : Cette sensibilisation bénéficie à tous les IDE nouvellement recrutés dans les CH du territoire dans le cadre des programmes de consolidation des savoirs. Un module de sensibilisation est mis en œuvre dans chaque unité des CH et cliniques tous les 2 ans.

Objectif 2/5 : Déployer le programme BREF¹ dans tous les établissements pour une connexion² des aidants dès l'entrée dans les soins

Le programme BREF constitue un programme court de connexion des aidants (3 séances d'une heure chacune). Il est développé et déployé dans le cadre d'un partenariat entre l'UPP du Vinatier et l'Unafam. Son déploiement au niveau régional est financé dans le cadre du FIO. Il s'agit de la première étape de connexion dans le parcours d'aide aux aidants, à déployer pour tous les nouveaux entrants dans un parcours de soins. Il s'agit d'un programme très abordable pour les aidants, puisque lorsqu'il est proposé par un professionnel, 90% des familles acceptent de le suivre.

- Organiser la formation au programme unifamilial BREF de responsables institutionnels et de professionnels de tous les services de psychiatrie (unités et structures sectorielles, services et unités des établissements privés, urgences et services transversaux), de manière à ce que l'orientation des familles vers le programme soit appropriée de tous les services et que le programme lui-même soit disponible et dispensé dans au moins une structure³ par secteur de psychiatrie et dans tous les établissements privés. La formation est gratuite et réalisée par l'UPP.
- Le cas échéant, former une équipe de formateurs BREF supplémentaire sur le territoire⁴.
- Coordonner ce déploiement au niveau institutionnel, via la désignation d'un référent BREF dans chaque établissement, chargé de coordonner le déploiement de terrain (gestion des formations, référence qualité..), en lien avec les porteurs du projet (UPP/UNAFAM)
- Prescrire à chaque nouvel aidant/accompagnant le programme BREF dès l'entrée dans le parcours de soins de son proche (hospitalisation ou ambulatoire), en veillant à l'accessibilité géographique de tous par une déclinaison dans les structures décentralisées des établissements.

1 : Programme financé par le fonds d'innovation organisationnelle en psychiatrie

2 : Connecter les familles : les faire entrer dans les réseaux et parcours d'aide aux aidants

3 : De manière privilégiée une structure ambulatoire (CATTP, HDJ)

4 : La condition pour devenir formateur BREF étant d'avoir réussi l'implémentation de BREF dans son propre établissement.

Cible visée

▪ **Situation de départ :**

- Sur le territoire de la CPT, le programme BREF est proposé depuis 2016 sur le CH le Vinatier par l'UPP, depuis 2019 par l'équipe d'intervention précoce PEPs
- En 2020, l'UPP et l'UNAFAM ont obtenu un financement via le FIO (Fonds ministériel d'innovation organisationnelle en psychiatrie) pour déployer le programme BREF sur l'ensemble de la région AuRA.
- Plusieurs professionnels de Saint-Jean-de-Dieu et de St-Cyr ont été formés. D'autres formations sont prévues.

▪ **Résultat attendu :**

- Au minimum 2 ou 3 professionnels par secteur de psychiatrie ont été formés au programme BREF.
- Le programme BREF est proposé dans au moins une structure par secteur de psychiatrie et dans tous les établissements psychiatriques privés.
 - A 5 ans, 30 % des aidants des files actives¹ ayant un diagnostic de trouble psychique sévère ont été formés à BREF
- Pour les jeunes pris en charge pour un 1er épisode psychotique, la cible de formation des aidants est de 90 %

1 : Hors monoconsultants

Objectif 3/5 : Développer l'inscription des aidants du territoire dans un parcours structuré d'aide aux aidants auprès des associations

- **Assurer une connexion durable des familles aux associations de familles qui peuvent leur offrir un ensemble de services** (accueil, informations, formations, groupes de paroles, ateliers d'entraide) en lien avec leurs attentes, leurs besoins et leur stade de cheminement et les accompagner dans la durée (cf. schéma de l'offre de services et du parcours d'aide aux aidants proposés par l'UNAFAM du Rhône, ci-dessous). Il s'agit notamment de développer le pair à pair entre familles, facteur très important pour 1) réussir la connexion, 2) mettre en place un réseau de soutien durable et efficient, 3) lutter contre le risque de décrochage et d'isolement des familles 4) développer la motivation et l'espoir.
- Amener les associations d'aide aux aidants, en partenariat avec les acteurs assurant la coordination territoriale à un échelon local (CLSM, ASV,..), à **développer les actions d'aller vers les aidants les plus éloignés des réseaux d'information, d'aide et de formation** existants ou à développer : en diversifiant les lieux de connexion avec l'aide aux aidants, en ciblant des lieux stratégiques pour les populations d'aidants les plus isolées et les plus difficiles à rencontrer.

Les freins à cette participation peuvent être culturels, liés à une méconnaissance des problèmes de santé et en particulier de santé mentale, à un non accès aux médias d'information "grand public", à une faible maîtrise du français, etc. Les actions cibleront les lieux où rencontrer ces familles : par exemple centres sociaux, ateliers santé ville, associations d'habitants dans les quartiers "Politique de la ville", etc. Les CLSM, là où ils existent, peuvent être un bon partenaire de l'action. Ces actions au bénéfice des personnes cumulant troubles psychiques et difficultés sociales permettraient de développer une certaine forme d'équité dans l'accès aux soins, la compréhension de la maladie et des propositions de soins, et le soutien dans les soins par leurs proches aidants.

 **Cible visée**

▪ **Situation de départ :**

- Chaque année, l'Unafam du Rhône accueille 190 nouvelles familles bénéficiaires (environ 10 % du flux annuel de familles de nouveaux patients).
- Les catégories socio-professionnelles les plus défavorisées s'adressent peu à l'Unafam.

▪ **Résultat attendu :**

- Augmentation de l'accueil de nouvelles familles à l'Unafam de 20 % par an pour passer de 190/an actuellement à 470/an en 2025 (passer à entre 20 % et 30 % de familles aidées).
- Les catégories socio-professionnelles les plus défavorisées accèdent davantage aux parcours d'aide aux aidants.

Objectif 4/5 : Augmenter l'accès aux programmes structurés de psychoéducation des aidants

- Déployer les programmes de psychoéducation structurés : Profamille (actuellement proposé par l'UPP), le programme AVEC (actuellement proposé par le CL3R), ainsi que d'autres programmes (exemple : le programme Connexions familiales), et en assurer l'accessibilité territoriale, notamment en créant une offre accessible au nord du département.
- Développer un programme intermédiaire entre le programme BREF (3 séances d'une heure) et les programmes de psychoéducation très conséquents comme Profamille (programme 14 séances de 4h sur 6 mois puis réunions tous les 6 mois) ou AVEC (2h sur 10-11 séances).

➔ **Cible visée**

- **Situation de départ :**
 - 50 aidants sont formés annuellement au programme PROFAMILLE, et un nombre limité d'aidants sont formés annuellement au programme AVEC.
 - Il n'existe pas de programme dispensé en dehors de Lyon.
 - Un taux de chute important est constaté entre le nombre de familles qui atteignent le stade de la « connexion » et le nombre de familles qui suit un programme de psychoéducation.
- **Résultat attendu :**
 - En 2025, au moins 200 aidants suivent annuellement un programme de psychoéducation structuré de psychoéducation des aidants
 - 1 programme structuré de psychoéducation des aidants est proposé dans chaque établissement et une meilleure accessibilité territoriale est assurée.
 - 1 programme intermédiaire est développé.

Objectif 5/5 : Développer de nouveaux projets collaboratifs entre établissements et associations de familles

- Développer des projets à visée opérationnelle : nouveaux services, nouveaux programmes de formation continue, enquêtes en ligne, journées d'étude, développement d'outils... (en s'appuyant sur les actions de l'UPP).
- Développer des projets à visée plus fondamentale : améliorer les connaissances fondamentales sur les familles, le couplage famille-patient, notamment sur les aspects suivants :
 - prise en charge précoce,
 - psychose résistante avec une forte désinsertion,
 - rôle des familles dans le passage au rétablissement et aide aux aidants correspondante,
 - famille répondant peu au schéma préconisé dans la fiche.

Cible visée

- **Situation de départ :**

Des projets en collaboration existent déjà : le programme BREF, le programme Profamille, projets de recherche dans lesquels participent des associations de familles.....

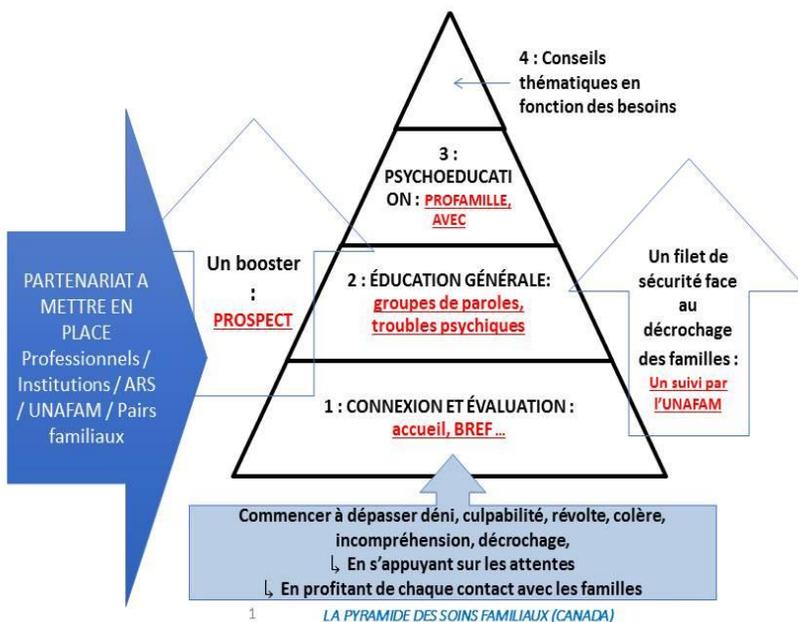
- **Résultat attendu :**

Schéma de l'offre de services et du parcours d'aide aux aidants proposés par l'UNAFAM du Rhône aux accompagnants de personnes vivant avec des troubles psychiques (basé sur la pyramide des soins familiaux du Canada)

LES POINTS CLÉS POUR ENGAGER FAVORABLEMENT LE PARCOURS DES FAMILLES, LA FÉCONDITÉ DU PARTENARIAT AVEC L'UNAFAM

LES POINTS CLÉS A METTRE EN PLACE :

- Connecter les familles
- Lutter contre le décrochage des familles
- Motiver les familles
- La psychoéducation





PERIMETRE ET ACTEURS CONCERNES PAR L'ACTION

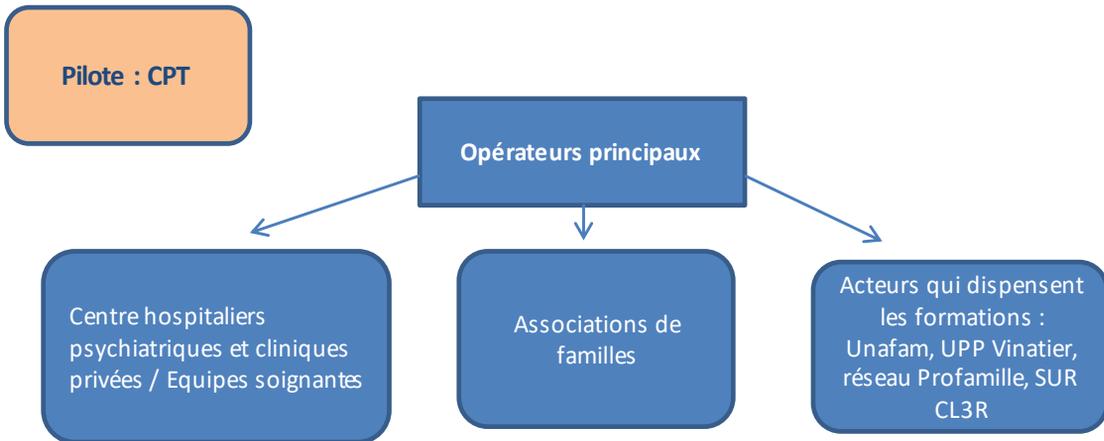
- **Périmètre/champ concerné :**

Professionnels du sanitaire, du médicosocial et du social, associations de familles.

- **Public concerné :**

Familles et entourage des personnes vivant avec des troubles psychiques.

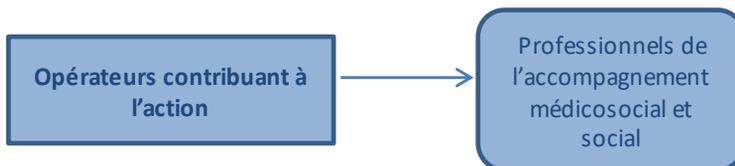
Les acteurs



- Déployer le programme BREF
- Prescrire le programme BREF à chaque nouvel aidant/accompagnant
- Développer l'inscription des aidants du territoire dans un parcours structuré d'aide aux aidants auprès des associations
- Augmenter l'accès aux programmes structurés de psychoéducation des aidants
- Développer de nouveaux projets collaboratifs avec les associations de familles

- Sensibiliser les professionnels du sanitaire, social et médico-social à l'efficacité des parcours et programmes d'aide aux aidants
- Développer l'inscription des aidants du territoire dans un parcours structuré d'aide aux aidants auprès des associations
- Augmenter l'accès aux programmes structurés de psychoéducation des aidants
- Développer de nouveaux projets collaboratifs entre établissements et associations de familles

- Former les équipes soignantes (Programme BREF et autres programmes)



- orienter les familles vers les différents parcours et programmes d'aide aux aidants



PILOTAGE ET MISE EN ŒUVRE



Identification des pré-requis

- **Acteurs/parties prenantes dont l'engagement est indispensable pour garantir la mise en œuvre de l'action :**
 - Les directeurs, directeurs de CME, chefs de pôles, directeurs des soins des 3 Centres hospitaliers psychiatriques du territoire et des cliniques
 - Les associations de familles
 - L'UPP du Vinatier, pour le déploiement de BREF
- **Autres pré-requis :**
 - Inscription du développement de l'aide aux aidants dans la stratégie de chaque structure publique et privée : projets des usagers, projets d'établissement et projets de pôle
 - Sensibilisation des professionnels à la nécessité de prescrire l'aide aux aidants (cf. objectif 1)



Cadre de gouvernance de l'action

- **Au niveau global :** Le bureau de la Communauté psychiatrique de territoire
- **Le cas échéant, à d'autres niveaux d'acteurs :** la gouvernance interne de chaque Centre Hospitalier psychiatrique et clinique

- **Modalités de participation des personnes concernées** : participation à la gouvernance de l'action ; participation à la conception et à l'évaluation des programmes d'aide aux aidants ; participation aux actions de sensibilisation des professionnels sur l'efficacité de l'aide aux aidants.



CALENDRIER DE MISE EN OEUVRE

- **Temporalité/calendrier de mise en œuvre :**

2021-2025

- **Scénario de déploiement :**

2021

- Intégration de la sensibilisation à l'aide aux aidants dans les programmes de consolidation des savoirs des CH et cliniques
- Identification d'un référent BREF dans chaque établissement et mise en place du déploiement
- 230 familles/proches bénéficient des services proposés par l'Unafam (+ 20%)
- Formation de 50 professionnels au programme BREF
- Identification des priorités et leviers pour mener les actions d'aller vers

2022

- 275 familles/proches bénéficient des services proposés par l'Unafam (+ 20%)
- Développement d'un programme intermédiaire de psychoéducation structurée
- Poursuite du déploiement de BREF

2023

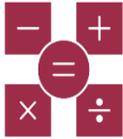
- 330 familles/proches bénéficient des services proposés par l'Unafam (+ 20%)
- Accessibilité d'un programme structuré de psychoéducation des familles sur tous les territoires

2024

- 395 familles/proches bénéficient des services proposés par l'Unafam (+ 20%)

2025

- 470 familles/proches bénéficient des services proposés par l'Unafam (+ 20%)
- Au minimum 2 ou 3 professionnels par secteur de psychiatrie ont été formés au programme BREF.
- Le programme BREF est proposé dans au moins une structure par secteur de psychiatrie et dans tous les établissements psychiatriques privés.
- 30 % des aidants des patients des files actives ayant un diagnostic de trouble psychique sévère, et 90% des aidants des jeunes pris en charge pour un 1^{er} épisode psychotique, ont été formés à BREF (sur les 5 ans).
- 200 aidants suivent chaque année un programme de psychoéducation structurée



RESSOURCES

- **Ressources nécessaires : (humaines, financières, matérielles, de formation...)** :

Pour la mise en œuvre de l'action :

- Formateurs bénévoles (UNAFAM) et formateurs professionnels mis à disposition par l'UPP sur financement par le FIO.

Pour le fonctionnement courant de l'action :

- Bénévoles dans les associations de familles (pour l'accueil, information, formations, groupes de paroles, ateliers d'entraide), pour les actions de sensibilisation des professionnels et le montage de projets collaboratifs.
- Professionnels dispensant le module BREF dans chaque établissement

Temps soignant (IDE) total nécessaire pour 1 module BREF : **9 heures**

Pour 100 aidants ou groupes d'aidants formés : 900 heures nécessaires = 0.56 ETP IDE (sur temps de travail annuel de 1 607 heures) = **28 840 euros**

Coût individuel d'une formation BREF : **288, 4 euros** < coût moyen d'une journée d'hospitalisation (351 euros)

- Professionnels pour l'animation des programmes de psychoéducation structurée :

Coûts estimés d'un programme de 10 séances de 3 heures animé par 2 professionnels soignant et/ou psychologue, temps d'organisation et de préparation inclus (5 h) : 70 heures = **2 250 euros** pour 10 aidants

- **Ressources mobilisables (déjà existantes / y compris par transformation) et provenance :**

- Bénévoles UNAFAM, 5 formateurs UPP pour le programme BREF (+ 1 supplémentaire en cours)
- Financements ARS et CNSA des services proposés par l'UNAFAM (groupes de parole)
- Professionnels des services de soins pour la dispensation des modules BREF.

- **Ressources complémentaires :**

- Financement des groupes de parole de l'UNAFAM (ARS/CNSA)

- **Gains escomptés :**

Réduction de 25 % à 50 % des rechutes et hospitalisations après suivi d'un programme de psychoéducation structuré : sur la base d'une DMH de 45 jours/an et d'un coût moyen de 351 euros/jour d'hospitalisation complète (ATIH/Etude des coûts en psychiatrie 2018) : **gains escomptés de 3 950 € à 7 900 € par an et par patient** (coût de formation de 2 membres d'une famille : environ 500 euros pour un programme en 10 séances)



EVALUATION

Ventiler les critères pour chaque unité (hospitalisation, ambulatoire...)

▪ **Indicateurs de processus :**

- Nombre de sensibilisations à l'aide aux aidants et volume et taux de professionnels touchés
- Nombre de professionnels formés au programme BREF
- Progression territoriale de l'accès à BREF (cartographie des services proposant le programme); existence d'une équipe formée à BREF dans chaque unité
- Nombre annuel d'aidants bénéficiant de BREF (source : dossier patient créé pour l'aidant)
- Taux de familles intégrées au programme BREF sur l'ensemble des familles des patients suivis depuis moins de 6 mois
- Parmi les familles ayant suivi BREF : taux de familles ayant bénéficié d'un autre service (accueil Unafam, groupe de parole, programme Prospect, ...)
- Nombre annuel d'aidants bénéficiant d'un programme structuré de psychoéducation
- Nombre d'aidants suivis par une association d'aide aux aidants
- Nombre d'aidants bénéficiant des accueils, formations, groupes de parole et ateliers de l'UNAFAM
- Un indicateur opérationnel (éventuellement composite) sur la continuité des parcours sur les familles qui ont été connectées
- Enquête de satisfaction propre à chaque service pour créer une boucle d'amélioration sur le service
- Typologie des aidants intégrant les parcours d'aide aux aidants et les programmes de formation.

Tableaux de bord/ 1 fois par an.

Processus de recueil d'information à structurer en utilisant le réseau des centres BREF et les délégations Unafam, et en appui sur les DIM.

▪ Indicateurs d'impact :

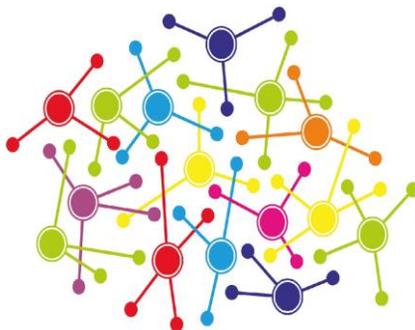
- Flux de familles qui franchissent les deux étapes critiques (connexion et psychoéducation) rapportés aux flux de patients entrant dans la maladie (cible : nouveaux patients, hors monoconsultations ou psychiatrie de liaison)

- Nombre de projets en collaboration soignants-associations

- Evaluation des bénéfices sur les familles (état dépressif, santé physique..)

- Evaluation des bénéfices sur les patients (suicides, réhospitalisation, autonomie, empowerment, rétablissement...)

=> au titre d'une recherche, à 18 mois et à 3,5 ans, à partir des données disponibles (notamment celles collectées via la programme Profamille) et éventuellement d'autres enquêtes à mettre en place.



Le projet territorial de **santé mentale** du Rhône

FICHE ACTION

DEVELOPPER LES PRATIQUES ORIENTEES RETABLISSEMENT ET LES PRATIQUES COLLABORATIVES DANS LES SOINS ET LES ACCOMPAGNEMENTS

Pilote : Communauté psychiatrique de territoire



DESCRIPTION SUCCINCTE DE L'ACTION

Cette fiche vise à développer les pratiques orientées rétablissement, c'est-à-dire les pratiques visant l'autodétermination et l'empowerment des personnes concernées et l'horizontalité dans la relation de soins et d'accompagnement, via :

- la formation massive des professionnels des différents champs, pour que chaque personne puisse construire son parcours
- l'évaluation des pratiques
- la systématisation des plans de crise conjoints.



RAPPEL ARGUMENTAIRE

Le rétablissement constitue un changement de paradigme majeur en santé mentale, en ce qu'il invite l'ensemble des professionnels (médicaux, soignants, sociaux, médico-sociaux...) à considérer avant tout les forces et capacités de la personne et à mettre leurs interventions, qu'elles soient de soin ou d'accompagnement, au service du projet de vie défini qu'elle a défini. Le rétablissement porte une vision positive et centrée sur la personne des trajectoires en santé mentale, telle que soutenue à la fois par les usagers eux-mêmes dans leur volonté d'*empowerment* et par les avancées scientifiques de ces dernières décennies (réhabilitation psychosociale...). Le rétablissement propose ainsi un langage commun apte à fédérer les acteurs de santé mentale à travers leur diversité.

La nécessité de développer chez les professionnels une posture et des pratiques qui maximisent les chances de rétablissement des personnes traverse toutes les actions du PTSM, ce qui positionne cette fiche action au cœur et au fondement de la stratégie et de la réussite du PTSM.



OBJECTIFS STRATEGIQUES ET OPERATIONNELS



Objectif(s) stratégique(s) selon les 6 ambitions et les résultats attendus :

- Reconnaître le savoir expérientiel des personnes concernées et de leurs aidants
- Elargir la visée des professionnels et de leurs interventions au projet de vie global
- Améliorer la prise en compte du potentiel de rétablissement de chaque personne soignée et/ou accompagnée
- Contribuer à l'évolution des relations personnes concernées /soignant ou accompagnant sur un mode collaboratif et horizontal
- Permettre aux personnes d'être actrices de leur parcours par la systématisation du principe de co-construction/co-choix
- Développer les relations collaboratives avec les aidants



Ambitions du PTSM :

- Ambition de donner aux personnes les capacités d'être actrices de leur santé mentale
- Ambition de construire des réponses à partir des besoins et des attentes des personnes concernées, en se détachant d'une vision centrée sur les institutions



Objectifs opérationnels reliés :

Objectif 1/3 : Sensibiliser les équipes à l'écart entre leurs pratiques actuelles et les pratiques orientées rétablissement via le déploiement d'audits collaboratifs dans les services

▪ **Argumentaire :**

Outre la faible diffusion des concepts liés au rétablissement, il y a souvent un écart entre ce que les équipes pensent faire et ce qu'elles font vraiment. Un audit réalisé sur un mode collaboratif et intégrant les personnes concernées permet une mise en évidence et une prise de conscience de cet écart, ce qui facilite sa réduction.

- **Action visée :** Déployer des audits collaboratifs dans les équipes de santé mentale (sanitaires, sociales, médico-sociales), via ou sur le modèle de l'Observatoire du rétablissement (auto et hétéro-évaluation), et les systématiser à un rythme régulier.

▪ **Cahier des charges :**

Les éléments suivants doivent être combinés :

- Auto-évaluation de l'équipe sur la base d'une grille validée
- Evaluation conjointe par les personnes soignées ou accompagnées par le service et leurs aidants
- Regard externe d'une personne formée au rétablissement, de manière privilégiée un pair aidant

▪ **Mise en œuvre :**

- Se mettre d'accord sur le référentiel de pratiques à évaluer : labelliser un programme d'audit court
- Déployer les capacités d'intervention de l'Observatoire du rétablissement
- Mobiliser d'autres organismes d'audit/formation (avec intervention de pairs aidants et de personnes concernées dans le programme)
- Portage institutionnel : intégrer cette action dans les projets d'établissement et les projets de service, en tant qu'élément clef du plan d'amélioration de la qualité
- Déterminer les modalités particulières de déploiement sur les services pour enfants et adolescents : adaptation du questionnaire d'audit et des modalités d'audit (participation des parents)

➡ Cible visée

- **Situation de départ** : Il existe une démarche d'audit partenarial et horizontal visant à accompagner les équipes de santé mentale dans l'évaluation et l'adaptation de leurs pratiques afin qu'elles soient axées sur le rétablissement des usagers appelée « l'observatoire du rétablissement »¹, portée par le CRR sur financement de la Fondation de France (<https://centre-ressource-rehabilitation.org/observatoire-du-retablissement-accompagner-les-usagers-vers-le-retablissement>). La démarche est portée auprès des équipes par un pair aidant. La sollicitation de l'Observatoire relève de l'initiative d'une équipe.

- **Résultat attendu** :
 - Dans les établissements psychiatriques :
 - à 3 ans, 50 % des services d'hospitalisation² complète ont mis en place l'évaluation de leurs pratiques au regard de l'objectif de rétablissement en intégrant les personnes concernées et leurs aidants
 - à 5 ans, 75 % des services ont mis en place cette évaluation.

 - Dans les équipes sanitaires ambulatoires et les équipes sociales et médico-sociales :
 - À 3 ans, 25 % des équipes ont mis en place l'évaluation de leurs pratiques au regard de l'objectif de rétablissement en intégrant les personnes concernées et leurs aidants

- A 5 ans : 50 % des équipes ont mis en place cette évaluation.

¹ La mobilisation de l'Observatoire représente 3 interventions de 2 heures sur une année auprès d'un service + le remplissage d'un questionnaire par les professionnels, les personnes concernées et leurs aidants.

²La priorisation des services d'hospitalisation complète a été jugée nécessaire car les professionnels exerçant dans ces services ne voient les personnes qu'en situation de crise, ce qui rend plus difficiles un regard et des pratiques valorisant les capacités et le potentiel de rétablissement.

Objectif 2/3 : Former les équipes aux pratiques orientées rétablissement

- **Action visée** : former l'ensemble des professionnels de santé mentale aux pratiques orientées rétablissement

- **Cahier des charges** :
 - Privilégier les formations par équipe, sans omettre les responsables médicaux, soignants et socio-éducatifs (psychiatre¹/cadre de santé / cadre socio-éducatif) car ils sont moteurs dans la mise en place des changements de pratiques.
 - Recourir à des **formations action** combinant apports théoriques et intégration dans les pratiques => penser d'emblée les modalités de mise en œuvre dans les pratiques (l'équipe formée choisit 1 à 3 pratiques prioritaires qu'elle mettra en œuvre immédiatement) et l'évaluation de la formation
 - Privilégier les formations faisant intervenir des pairs aidants
 - Avoir au moins un temps en présentiel (e-learning moins efficace sur un public qui n'est pas déjà convaincu)
 - Quand c'est possible, organiser des formations communes à une équipe sanitaire et une équipe sociale ou médico-sociale (ex. CMP et SAVS)
 - Quand c'est possible, avoir deux modules à distance pour une meilleure appropriation.

- **Mise en œuvre** :
 - Intégration dans la stratégie institutionnelle des structures : priorisation dans le plan de formation et identification comme formation indispensable planifiée pour toutes les équipes
 - Au sein de chaque structure : prévoir un dispositif pour veiller à ce que les formations se traduisent par des changements concrets dans les pratiques, par exemple en identifiant des ambassadeurs
 - Intégration d'un module rétablissement dans la consolidation des savoirs des IDE et dans le module de formation des nouveaux professionnels
 - Décliner les formations aux pratiques orientées rétablissement et aux pratiques collaboratives dans les soins et les accompagnements pour les professionnels accompagnant un public enfant et adolescent
 - Intégrer la sensibilisation aux pratiques orientées rétablissement et à la réhabilitation psychosociale dans les modules de formation initiale des différents corps de métier de santé mentale

¹Vigilance du Collectif des personnes concernées sur la participation médicale aux formations

Cible visée

Toutes les équipes de santé mentale, quel que soit le champ d'exercice (sanitaire, social, médico-social) et le public accompagné (enfants ou adultes) sont formées au rétablissement

Situation de départ : seuls les professionnels des services de réhabilitation psychosociale maîtrisent et mettent en œuvre systématiquement ces pratiques

Résultat attendu : 50 % des équipes sont formées au bout de 3 ans, 75 % au terme des 5 ans

Objectif 3/3 : Systématiser la rédaction de plans de crise conjoints¹

- **Argumentaire** : les plans de crise conjoints permettent aux personnes de s'approprier leur pathologie et de décrire la manière dont elles souhaitent être accompagnées et traitées en cas de crise. Ils permettent à la personne d'exprimer ses choix et participent ainsi d'un modèle de soins et d'accompagnement qui met au centre la collaboration entre la personne et les professionnels.
- **Action visée** : permettre à toutes les personnes souffrant d'un trouble psychique de bénéficier d'un plan de crise
- **Cahier des charges** :
 - Modèle partagé de plan de crise
 - Intervention d'un pair aidant pour accompagner la rédaction des plans de crise (rôle de médiateur dans la rédaction du plan de crise et son partage avec les différentes équipes)
 - Organisation de l'accessibilité du plan de crise (consultation depuis les urgences)
 - Organisation du partage du plan de crise avec l'ensemble des intervenants
- **Mise en œuvre** :
 - Elaboration du modèle de plan de crise et d'un mode d'emploi (notamment à quel moment le proposer dans le parcours) => appui sur le retour d'expérience de la recherche sur les DAiP (directives anticipées incitatives en psychiatrie) conduite à Lyon
 - Elaborer et mettre en œuvre une stratégie de formation et de diffusion dans les établissements/auprès des équipes (communication vers les professionnels, les personnes concernées, les aidants, accompagnement des services au déploiement)
 - Former les soignants à l'outil (dégager un temps transversal sur 1 ou plusieurs référents sur l'établissement ou mutualisé sur la CPT)
 - Intégrer les plans de crise aux systèmes d'information des établissements (Dossier patient individualisé –DPI- et dossier médical partagé –DMP)
 - Organiser les modalités de la prise en compte et de l'accès au plan de crise au sein des services d'urgence² (intégration au process de traitement d'une urgence, accessibilité des plans de crise)
 - Former au plan de crise les professionnels du social et médico-social, les GEM, le Clubhouse (*doivent pouvoir proposer un plan de crise aux personnes accompagnées n'en disposant pas*)
 - Intégration du plan de crise au dossier liaison urgence (DLU) pour les personnes accompagnées par un ESMS
 - Organiser les modalités de partage des plans de crise avec les accompagnants du social et médico-social, les GEM, le Clubhouse

¹Egalement connus sous les termes de « directives anticipées incitatives en psychiatrie » ou DAiP

²Le plan de crise doit être l'un des premiers documents consultés aux urgences

Cible visée

La rédaction d'un plan de crise est intégrée dans le parcours en santé mentale de toutes les personnes concernées du territoire

Situation de départ : la proposition d'un plan de crise correspond à l'initiative individuelle des praticiens.

Résultat attendu :

Un document harmonisé sur le territoire de la CPT sous un an

A 5 ans :

- Le plan de crise conjoint est intégré à la pratique courante de 90 % des équipes
- 70 % des nouveaux entrants dans un parcours de soins psychiatriques disposent d'un plan de crise conjoint formalisé après un 1 an de suivi



PERIMETRE ET ACTEURS CONCERNES PAR L'ACTION

▪ **Périmètre/champ concerné :**

Tous les structures de soins publiques et privées et les structures d'accompagnement social et médico-social des personnes ayant des troubles psychiques

▪ **Public concerné :** l'ensemble des professionnels exerçant dans ces structures

▪ **Opérateurs principaux de la mise en œuvre opérationnelle :**

- Les responsables institutionnels de chaque structure
- Au niveau des établissements du service public de psychiatrie : la CPT
- Le CRR en tant que support opérationnel, conseil et expertise sur le rétablissement

▪ **Opérateurs contribuant à l'action :**

- Plateforme ESPAIRS (pairs aidants) pour l'intervention des pairs aidants
- DRH/services de formation continue pour l'inscription dans les plans de formation
- Directions de la qualité pour l'inscription dans les plans d'amélioration de la qualité
- DSI et DIM des établissements pour l'intégration du plan de crise au DPI
- Services d'urgence (dont UPRM et Villefranche) pour l'accès au plan de crise en urgence
- L'équipe de recherche sur les DAiP (expertise, soutien à la diffusion)

Les acteurs

Pilote : CPT

Opérateurs principaux

Les responsables institutionnels de chaque structure

- *Portage interne de la mise en œuvre*
- *Inscription dans la stratégie de l'établissement*

Le CRR

- *Support opérationnel et expertise sur le rétablissement*
- *Formations*
- *Portage de l'Observatoire du rétablissement*

Public visé : tous les professionnels sanitaires, sociaux, médico-sociaux

Opérateurs contribuant à l'action

Organismes de formation

- *Construction de formations adaptées*

DSI
DRH
Direction qualité

- *Inscription des formations dans les plans de formation*
- *Intégration des audits à la politique qualité*
- *Intégration des plans de crise au DPI*

ESPAIRS

- *Formations au rétablissement*
- *Soutien à l'élaboration des plans de crise*

Recherche DAiP

- *Soutien méthodologique à la diffusion des plans de crise*

Services d'urgence

Mise en place procédure d'accès et d'utilisation du plan de crise



PILOTAGE ET MISE EN ŒUVRE



Identification des pré-requis

- **Acteurs/parties prenantes dont l'engagement est indispensable pour garantir la mise en œuvre de l'action :**

- Engagement et soutien institutionnels indispensables des établissements (direction, présidence de CME, direction des soins, chefs de pôle et cadres supérieurs de santé)

- La CPT

- **Autres pré-requis :**

- Capacité de formation du CRR

- Mobilisation des budgets de formation des établissements

- Disponibilité de pairs aidants

- Capacité à former d'autres pairs aidants à l'observatoire du rétablissement (être formé à l'explication du questionnaire à l'équipe et à la restitution) : stratégie d'essaimage de l'observatoire

- ⇒ proposition de former à l'observatoire du rétablissement les pairs aidants recrutés par les structures sociales et médico-sociales

- ⇒ formation à l'observatoire de pairs volontaires par les pairs aidants

- Formation à l'accompagnement et à la mobilisation des plans de crise



Cadre de gouvernance de l'action

- **Au niveau global :** Communauté psychiatrique de territoire (CPT)

- **Le cas échéant, à d'autres niveaux d'acteurs :**

Ingénierie de projet à mettre en œuvre dans chaque établissement (communication et portage institutionnel, stratégie de déploiement clairement définie)

- **Modalités de participation des personnes concernées :**

- Participation des personnes concernées aux audits des services

- Elaboration des plans de crise par les personnes concernées

- Bilan systématique en CDU des avancées de la fiche



CALENDRIER DE MISE EN OEUVRE

- **Temporalité/calendrier de mise en œuvre :**

Immédiate

- **Scénario de déploiement (incluant étapes et cibles intermédiaires) :**

Lancer immédiatement le travail sur plans de crise en mobilisant des pairs aidants d'ESPAIRS et en capitalisant sur la recherche DAiP : GT coordonné CPT avec appui équipe DAIP à **mettre en place fin 2020**

Questionnaire d'audit des pratiques au regard du rétablissement : **à arrêter début 2021**

Formation rétablissement : **processus continu**

**Octobre
2020/début
2021**

- Travaux CPT /équipe DAiP pour le lancement des plans de crise conjoint
- Travaux pour la diffusion d'une méthodologie d'audit collaboratif

2021/2022

- Montée en charge

2023

- 50 % des professionnels ont été formés au rétablissement
- 50 % des services d'hospitalisation complète réalisent un audit de leurs pratiques au regard du rétablissement
- 25 % des équipes sociales, médico-sociales et des équipes ambulatoires de psychiatrie réalisent un audit de leurs pratiques au regard du rétablissement

2025

- 75 % des professionnels ont été formés au rétablissement
- 90 % des équipes de soins ont intégré le plan de crise dans leur pratique courante
- 70 % des nouveaux entrants dans un parcours de soins ont un plan de crise conjoint après un an de suivi
- 50 % des services d'hospitalisation complète réalisent un audit de leurs pratiques au regard du rétablissement
- 25 % des équipes sociales, médico-sociales et des équipes ambulatoires de psychiatrie réalisent un audit de leurs pratiques au regard du rétablissement



RESSOURCES

- **Ressources nécessaires** : (humaines, financières, matérielles, de formation...):

Pour la mise en œuvre de l'action :

- Ressources d'accompagnement et de soutien au déploiement
- Dont formation des équipes soignantes au plan de crise conjoint : temps transversal sur 1 ou plusieurs référents par établissement ou mutualisé CPT

Pour le fonctionnement courant de l'action :

- Financement de temps de pair aidant pour les plans de crise conjoints
- Remplacement des équipes sur les temps de formation

- **Ressources mobilisables (déjà existantes / y compris par transformation) et provenance :**

- Budgets de formation continue des structures
- Formation « initiation à la réhabilitation psychosociale et aux pratiques orientées rétablissement » organisée par le CRR

Vingt sessions de formation d'une journée seront proposées chaque année, chacune d'entre elles pouvant former jusqu'à 65 participants (1 300 personnes formées / an et 6 500 personnes au terme du PTSM). Ces sessions seront animées par deux professionnels, un infirmier et un pair-aidant. Elles s'appuieront sur des vidéos (7 à 8 sélectionnés parmi ceux qui sont accessibles sur la page <https://centre-ressource-rehabilitation.org/supports-pour-la-formation-a-l-approche-orientee-retablissement-et-aux>).

Ressources mobilisées pour la préparation, la mise en œuvre et la reprise à l'issue de l'action : 4 journées par mois de pair-aidant et 4 journées par mois d'infirmier

- Association ESPAIRS (financement FIO)
- L'Observatoire du rétablissement (financement par Fondation de France : 0,5 ETP pair aidant pour 10 audits annuels sur 2 ans, 2019-2020)
- Capitalisation de l'étude clinique en cours sur les directives anticipées en psychiatrie

- **Ressources complémentaires :**

Renouvellement du financement de l'Observatoire du rétablissement du CRR



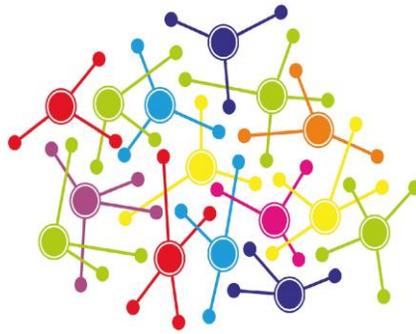
EVALUATION

- **Indicateurs de processus :**

- Nombre de professionnels formés au rétablissement par an dans chaque structure
- Nombre de services de soins ayant implémenté les plans de crise conjoints en usage courant
- Nombre annuel de patients disposant d'un plan de crise conjoint et répartition
- Nombre d'équipes/an ayant évalué leurs pratiques au regard du rétablissement avec les personnes concernées et les aidants sur la base du questionnaire d'audit

- **Indicateurs d'impact :**

- Taux de réhospitalisation des personnes ayant formalisé un plan de crise conjoint
- Evaluation de l'impact des formations sur les pratiques des professionnels (se baser sur la partie usagers des audits partenariaux)
- Mesure de l'évolution de la qualité de vie des personnes suivies/accompagnées (**déployer questionnaire de mesure standardisé de la qualité de vie des personnes**)



Le projet territorial de santé mentale du Rhône

FICHE ACTION

IMPLEMENTER¹ LA REHABILITATION PSYCHOSOCIALE EN PROXIMITE SUR LES TERRITOIRES

Pilote : Communauté psychiatrique de territoire



DESCRIPTION SUCCINCTE DE L'ACTION

Garantir l'accès à la réhabilitation psychosociale en proximité sur les territoires, le plus tôt possible dans le parcours et de manière coordonnée entre les acteurs, via les pratiques prioritaires suivantes :

- Recueillir les besoins et attentes des personnes, évaluer leur satisfaction par rapport à leur qualité de vie
- Permettre la construction par chaque personne d'un plan personnalisé de rétablissement
- Garantir l'accès à la psychoéducation ou éducation thérapeutique du patient

¹Le verbe « implémenter » couvre toutes les phases de réalisation d'un projet, depuis sa définition jusqu'à sa mise en œuvre et son fonctionnement effectifs.



RAPPEL ARGUMENTAIRE

Fondée sur le paradigme du rétablissement, la réhabilitation psychosociale permet aux personnes de définir et mettre en œuvre leur projet de vie et de cheminer vers leur rétablissement grâce à la mobilisation d'évaluations et de pratiques visant à renforcer et développer leurs compétences et capacités, sur le plan cognitif (attention, mémoire, fonctions exécutives..), social/interpersonnel (reconnaissance des émotions, interactions sociales..) et personnel (motivation, estime de soi..).

Le développement de la réhabilitation psychosociale et son intégration dans le panel courant de soins devant être garanti aux usagers en psychiatrie ont fait l'objet d'une instruction ministérielle parue en janvier 2019 http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2019/01/cir_44293.pdf



OBJECTIFS STRATEGIQUES ET OPERATIONNELS



Objectif(s) stratégique(s) selon les 6 ambitions et les résultats attendus :

- Soutenir les personnes dans une trajectoire de rétablissement, en leur permettant de développer leurs compétences et leur projet de vie
- Améliorer le nombre de personnes ayant accès à la réhabilitation psychosociale et la précocité de l'accès => implémenter les pratiques de réhabilitation psychosociale dans les soins courants en psychiatrie. Passer d'une pratique spécialisée/experte à une pratique courante.
- Implémenter les pratiques de réhabilitation auprès de l'ensemble des acteurs du médico-social et du social
- Dynamiser et fluidifier les parcours de réhabilitation : organiser la complémentarité des actions et la connexion des acteurs du parcours autour des actions de réhabilitation (cf lien GT 6)

=> Enjeu d'accès aux interventions de réhabilitation psychosociale **plus large, plus précoce, plus rapide, mieux coordonné entre les acteurs.**



Ambitions du PTSM :

- Ambition de construire des réponses (soins-accompagnement) à partir des besoins et attentes des personnes concernées, en se détachant d'une vision centrée sur l'institution et avec une exigence forte sur les droits des personnes.
- Ambition de développer des parcours coordonnés de rétablissement privilégiant le milieu ordinaire et l'accès direct au logement et/ou à l'emploi souhaités. Ces parcours doivent reposer sur la mobilisation concomitante des éléments suivants : un logement, des interventions de soins modulables (dans leur nature et leur intensité) en fonction de la personne, le respect des choix de la personne, une absence de barrières à l'accès, une délimitation des missions de chacun



Objectifs opérationnels reliés :

Objectif 1/3 : Implémenter de manière large les concepts et les outils de la réhabilitation psychosociale dans les pratiques de soins courants en psychiatrie

- **Action visée** : Implémenter les outils d'évaluation et de soin de réhabilitation psychosociale dans les secteurs de psychiatrie générale et infanto-juvénile et dans les structures de psychiatrie privées, via 4 pratiques prioritaires :
 - Le recueil des besoins et attentes des personnes et l'évaluation de leur satisfaction par rapport à leur qualité de vie
 - La construction par chaque personne d'un plan personnalisé de rétablissement
 - L'accès à un programme de psychoéducation/ETP
 - La rédaction d'un plan de crise conjoint (traité dans fiche Pratiques orientées rétablissement)

- **Cahier des charges** :
 - Cf instruction DGOS de 2019
 - Construire un socle territorial :
 - échelles communes de recueil de la satisfaction
 - bases partagées du projet personnalisé
 - cahier des charges d'un programme de psychoéducation (intégrant l'intervention d'un pair aidant)

- **Mise en œuvre** :
 - Travail avec le CRR sur le cahier des charges des pratiques prioritaires
=> Mise en place d'un groupe CRR/CPT élargi social/médico-social/psychiatrie privée

 - Mise en place de cellule internes de déploiement CPT +/- autres établissements : accompagnement des équipes, soutien à la réorganisation des activités (analyse des activités existantes dans les CMP, CATTP, HDJ et processus de repriorisation à mener avec les équipes).

➡ Cible visée

Les pratiques prioritaires sont mises en œuvre dans tous les services de psychiatrie (ambulatoire et hospitalisation).

Afin de prendre en compte l'objectif de précocité des pratiques de réhabilitation dans les parcours, les cibles sont définies prioritairement sur les nouveaux entrants dans un parcours de soins.

▪ **Situation de départ :**

Besoins et satisfaction des personnes par rapport à leur qualité de vie non recueillis systématiquement.

Environ 5 % des personnes concernées par les troubles psychiques sévères bénéficient de soins de réhabilitation psychosociale

▪ **Résultat attendu :**

Sur les nouveaux patients :

- En 2023 : les besoins et la satisfaction des personnes par rapport à leur qualité de vie sont recueillis auprès de 80 % des nouveaux patients dans les secteurs de psychiatrie générale et les services de psychiatrie (passation d'au moins une échelle de recueil de la satisfaction)

- En 2023 : 50 % des nouveaux patients des secteurs de psychiatrie et des services de psychiatrie privée ont un projet personnalisé de rétablissement (réévalué au moins annuellement)

- En 2023 : 50 % des nouveaux patients des secteurs de psychiatrie et des services de psychiatrie privée ont bénéficié d'un programme de psychoéducation

Sur la file active globale :

En 2025 : 75 % des patients de la file active suivis depuis plus de 5 ans ont un projet personnalisé de rétablissement

Objectif 2/3 : Implémenter les pratiques de réhabilitation dans les accompagnements sociaux et médico-sociaux

- **Action visée** : Implémenter les pratiques de réhabilitation psychosociale dans les accompagnements sociaux et médico-sociaux, via des pratiques prioritaires:
 - Entretien motivationnel¹
 - Recueil des besoins et des attentes, satisfaction par rapport à la vie quotidienne
 - Construction du plan personnalisé de rétablissement
 - Collaboration avec les familles et proches
 - Programmes d'entraînement des habiletés sociales dans une perspective de rétablissement

- **Cahier des charges** :

Définir les outils de recueil de la parole des personnes

- **Mise en œuvre** :
 - Inscription de la formation à l'entretien motivationnel dans les plans de formation des structures
 - Accompagnement des équipes au changement de pratiques (cf fiche Pratiques orientées rétablissement)

Cible visée

En 2023 :

- 50 % des équipes sociales et médico-sociales ont mis en place l'entretien motivationnel
- 50 % des équipes sociales et médico-sociales ont mis en place l'entraînement des habiletés sociales au service d'un parcours de rétablissement

En 2025 : ces cibles sont de 75 %

¹L'entretien motivationnel est un style de conversation collaboratif permettant de renforcer la motivation propre d'une personne et son engagement vers le changement

Objectif 3/3 : Organiser la complémentarité et la cohérence des interventions entre les acteurs intervenant dans les parcours de réhabilitation psychosociale

- **Action visée** : déployer des parcours de réhabilitation psychosociale faisant intervenir de manière coordonnée plusieurs acteurs au service d'un projet de rétablissement unique, via la mise en place d'une communauté de pratiques visant à :
 - Connecter et fédérer les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux pour une co-intervention efficace dans les parcours de réhabilitation (mobilisation concomitante, suppression des doublons par ex. les doubles évaluations, définition claire de qui fait quoi dans le parcours de réhabilitation de la personne)
 - Leur permettre de bénéficier d'actions de formation continue et de construire des pratiques communes

- **Prérequis** :
 - Avoir un **seul** projet personnalisé de rétablissement partagé entre les acteurs et l'utiliser comme outil de communication pour faire le lien entre les acteurs mobilisés dans le parcours (avec le support du case manager si existant)
 - Booster et optimiser le partage d'information
 - Disposer d'un interlocuteur identifié du projet au niveau de l'équipe de soin

- **Mise en œuvre** :
 - Mettre en place une communauté de pratiques fédérant les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, animée par le CRR
 - Développer les réunions de partage du projet personnalisé entre la personne, ses aidants et ses intervenants sanitaires, sociaux ou médico-sociaux en prenant appui sur la visioconférence
 - (Sous réserve du déploiement de la fiche action *ad hoc*) : Mettre en place le case management et intégrer les case managers dans les parcours de réhabilitation

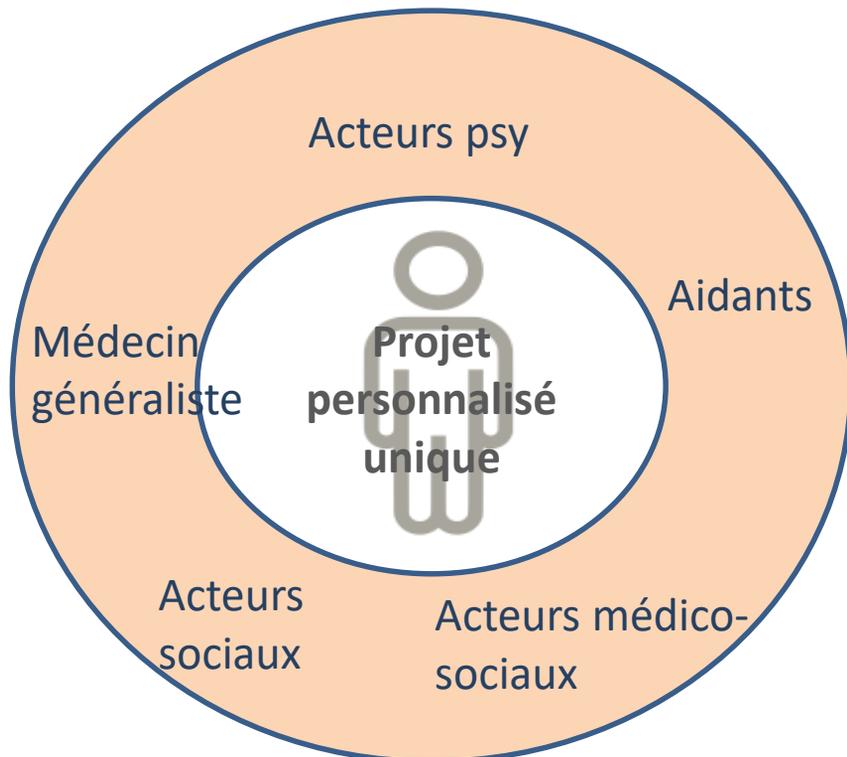
➔ **Cible visée**

Situation de départ : les interventions des acteurs dans les parcours de réhabilitation ne se font pas toujours dans une temporalité adaptée (ex. accès trop tardif à une mise en situation via un accompagnement médico-social, faisant perdre les acquis de la partie sanitaire du parcours) ou sont insuffisamment coordonnées (multiples plans individualisés, interventions en doublon..) ce qui nuit à leur efficience

Résultat attendu :

En 2023 : 50 % des personnes engagées dans un parcours de réhabilitation, suivies en HDJ ou en CATTP de psychiatrie et/ou accompagnées par un ESMS, ont participé à une réunion de partage de leur projet personnalisé avec leurs aidants et les intervenants sanitaires, sociaux et médico-sociaux de leur parcours.

En 2025 : cette cible est de 75 %





PERIMETRE ET ACTEURS CONCERNES PAR L'ACTION

- **Périmètre/champ concerné :**

La psychiatrie de service public

Les établissements de soins psychiatriques privés

Les acteurs de l'accompagnement social et médico-social

- **Public concerné :** toutes les structures sanitaires, sociales, médico-sociales

- **Opérateurs principaux de la mise en œuvre opérationnelle :**

- Equipes des établissements psychiatriques publics et privés
- Equipes des structures sociales et médico-sociales
- Services de réhabilitation psychosociale pour le transfert des pratiques vers les équipes territoriales et le soutien de ces équipes à l'utilisation des pratiques de réhabilitation psychosociale
- CRR pour le soutien, expertise, coordination globale

- **Opérateurs contribuant à l'action :**

- ESPAIRS pour la participation à la construction et l'animation des programmes de psychoéducation

- Directions des systèmes d'information et DIM pour l'accès des équipes à la visio-conférence et l'intégration des outils au DPI

Les acteurs

Pilote : CPT

Public visé : toutes les structures sanitaires, sociaux, médico-sociaux

Opérateurs principaux

Equipes des établissements psychiatriques publics et privés

- *Intégration des nouvelles pratiques*

Equipes sociales et médico-sociales

- *Intégration des nouvelles pratiques*

Services de réhabilitation psychosociale

- *Transfert des pratiques de réhabilitation psychosociale vers les équipes territoriales*
- *Soutien des équipes à l'utilisation de ces pratiques*

Le CRR

- *Soutien, expertise, coordination globale*

Opérateurs contribuant à l'action

DSI
DIM

- *Organisation des échanges distants*
- *Intégration des outils au DPI*

ESPAIRS

- *Construction et animation des programmes de psychoéducation*



PILOTAGE ET MISE EN ŒUVRE



Identification des pré-requis

- **Acteurs/parties prenantes dont l'engagement est indispensable pour garantir la mise en œuvre de l'action :**
 - Le management administratif et médico-soignant des institutions (= le directeur, le président et vice-président de CME et le directeur des soins, pour les établissements de soins), pour le portage institutionnel de l'action
 - Le CRR et les centres de réhabilitation de proximité : formation des équipes de proximité, transfert de compétences et d'outils validés, appui des équipes dans la mise en œuvre

- **Autres pré-requis :**
 - La formation des équipes au paradigme du rétablissement constitue un prérequis de la diffusion de la réhabilitation psychosociale (cf. fiche rétablissement)
 - Nécessité d'un accompagnement fort des équipes au sein des établissements pour le soutien à la repriorisation des activités, le portage et l'explicitation des objectifs institutionnels
 - Avoir défini les points de passage obligés du recueil de besoins et des attentes, du projet personnalisé de rétablissement et d'un programme de psychoéducation (= socle minimal commun) => un travail à organiser avec le CRR, en lien avec les services de réhabilitation et les chefs de pôle des établissements



Cadre de gouvernance de l'action

- **Au niveau global** : Communauté psychiatrique de territoire (CPT)

- **Le cas échéant, à d'autres niveaux d'acteurs** :

Pour le médico-social : rôle des SAMSAH rétablissement à interroger

- **Modalités de participation des personnes concernées** :

Soutien à l'évolution des activités en CMP/CATTP/HDJ : solliciter les personnes concernées pour contribuer à l'examen des activités actuellement proposées et déterminer ce qui pourrait être remplacé par ou évoluer vers des activités de réhabilitation psychosociale.



CALENDRIER DE MISE EN OEUVRE

- **Temporalité/calendrier de mise en œuvre :**

- 2021 :

Mise en place de la communauté de pratiques

Arrêt du socle territorial partagé (modalités de recueil des besoins et attentes, projet individualisé de rétablissement, programme de psychoéducation)

- Fin 2021 : le recueil des indicateurs est mis en place et opérationnel

- A partir de 2022 : suivi des indicateurs et montée en charge de l'action

2021

- Mise en place de la communauté de pratiques
- Arrêt du socle territorial

2022

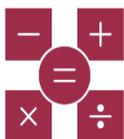
- Suivi des indicateurs et montée en charge de l'action

2023

- les besoins et la satisfaction des personnes par rapport à leur qualité de vie sont recueillis auprès de 80 % des nouveaux patients dans les secteurs de psychiatrie générale et les services de psychiatrie
- 50 % des nouveaux patients des secteurs de psychiatrie et des services de psychiatrie privée ont un projet personnalisé de rétablissement (réévalué au moins annuellement)
- 50 % des nouveaux patients des secteurs de psychiatrie et des services de psychiatrie privée ont bénéficié d'un programme de psychoéducation
- 50 % des équipes sociales et médico-sociales ont mis en place l'entretien motivationnel
- 50 % des équipes sociales et médico-sociales ont mis en place l'entraînement des habiletés sociales au service d'un parcours de rétablissement
- 50 % des personnes engagées dans un parcours de réhabilitation ont participé à une réunion de partage de leur projet personnalisé avec leurs aidants et les intervenants sanitaires, sociaux et médico-sociaux de leur parcours.

2025

- 75 % des patients de la file active suivis depuis plus de 5 ans ont un projet personnalisé de rétablissement
- 75 % des équipes sociales et médico-sociales ont mis en place l'entretien motivationnel
- 75 % des équipes sociales et médico-sociales ont mis en place l'entraînement des habiletés sociales au service d'un parcours de rétablissement
- 50 % des personnes engagées dans un parcours de réhabilitation ont participé à une réunion de partage de leur projet personnalisé avec leurs aidants et les intervenants sanitaires, sociaux et médico-sociaux de leur parcours.



RESSOURCES

- **Ressources nécessaires : (humaines, financières, matérielles, de formation...) :**

Pour la mise en œuvre de l'action :

- Création de la communauté de pratiques
- Ressources humaines d'accompagnement de la transformation des pratiques et des organisations dans les services

Pour le fonctionnement courant de l'action :

- Fonctionnement de la communauté de pratiques (CRR) : 1 journée/mois de psychiatre

- **Ressources mobilisables (déjà existantes / y compris par transformation) et provenance :**

CMP, CATT, HDJ

Services de réhabilitation psychosociale existants (dont ressources de coordination de parcours)

Equipes des services sociaux et médico-sociaux

SAMSAH rétablissement

- **Ressources complémentaires :**

Ressource transversale nécessaire pour le soutien à la transformation



EVALUATION

- **Indicateurs de processus :**

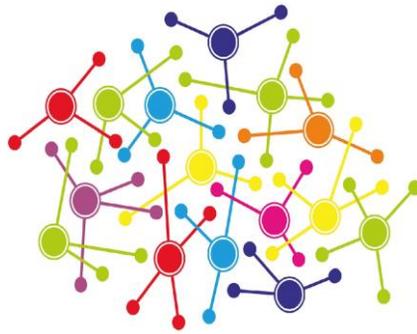
- Nombre et cartographie des services ayant mis en place les pratiques prioritaires en psychiatrie et dans le domaine social et médico-social
- Progression de l'accès à la psychoéducation
- % de personnes suivies en psychiatrie bénéficiant d'un projet personnalisé
- Nombre de projets personnalisés partagés entre acteurs
- % de projets personnalisés ayant fait l'objet d'une réévaluation
- Evaluation de la dynamique de parcours : % d'entrées et de sorties dans les lieux résidentiels et les services médico-sociaux

- **Indicateurs d'impact :**

Evaluation de la réalisation du projet personnalisé :

- par les personnes
- par les professionnels

Evaluation de la satisfaction des personnes



Le projet territorial de **santé mentale** du Rhône

FICHE ACTION

DEVELOPPER LA PRISE EN CHARGE PRECOCE DES PREMIERS EPISODES PSYCHOTIQUES SUR LE TERRITOIRE

Pilote : Communauté psychiatrique de territoire



DESCRIPTION SUCCINCTE DE L'ACTION

L'objectif est de développer la prise en charge précoce des premiers épisodes psychotiques, conformément aux meilleures pratiques validées internationalement, via la mise en place d'équipes territoriales dédiées fonctionnant sur des pratiques partagées.



RAPPEL ARGUMENTAIRE

La survenue d'un premier épisode psychotique est encore trop souvent synonyme de perte d'espoir et d'éloignement du projet de vie, ce qui entraîne ruptures de soins et désinsertion contribuant à une aggravation de la sévérité des troubles et provoquant une difficulté à amorcer un parcours de rétablissement.

Or, comme démontré depuis de nombreuses années par les pays ayant développé l'intervention précoce sur les premiers épisodes psychotiques, il est possible de modifier de manière très importante la trajectoire des personnes concernées, grâce à des interventions combinant réactivité, intensivité, priorité donnée au projet de vie, thérapies et traitements adaptés et personnalisés.



OBJECTIFS STRATEGIQUES ET OPERATIONNELS



Objectif(s) stratégique(s) selon les 6 ambitions et les résultats attendus :

- Diminuer la sévérité des pathologies de type psychotique par un traitement précoce et une diminution des ruptures de soins
- Soutenir la continuité du projet de vie de la personne, maximiser ses chances d'insertion sociale et professionnelle
- Permettre aux personnes d'être actrices de leur parcours par la systématisation du principe de co-construction/co-choix
- Contribuer à l'évolution des pratiques et des organisations de psychiatrie vers la prise en compte du potentiel de rétablissement des personnes, le développement de pratiques soignant/soigné fondées sur une relation de collaboration, le déplacement radical du centre de gravité des soins vers l'ambulatoire.



Ambitions du PTSM :

- Ambition de donner aux personnes les capacités d'être actrices de leur santé mentale
- Ambition de développer une dynamique d'innovations
- Ambition de construire des réponses à partir des besoins et des attentes des personnes concernées, en se détachant d'une vision centrée sur les institutions
- Ambition de développer des parcours coordonnés de rétablissement privilégiant le milieu ordinaire et l'accès direct au logement et/ou l'emploi souhaité
- Ambition de développer les solutions de prévention et de gestion de la crise en ambulatoire.



Objectifs opérationnels reliés :

Objectif 1/3 : Définir un référentiel partagé clinique et organisationnel de la prise en charge des premiers épisodes psychotiques

Cette étape a été anticipée par la CPT dès l'automne 2019 via un groupe de travail réunissant des professionnels des 3 établissements (CH le Vinatier, CH Saint Jean de Dieu et CH de Saint Cyr au Mont d'Or), une personne concernée, un représentant des familles et la secrétaire générale de la CPT.

▪ **Cahier des charges :**

Le cahier des charges des travaux du groupe a été fixé par la note de cadrage du projet reproduite en annexe.



Cible visée

- **Situation de départ :** Absence de référentiel clinique français sur les premiers épisodes psychotiques.
- **Résultat attendu :** Elaboration et adoption du référentiel (effectif en mars 2020)

**Objectif 2/3 : Proposer une implémentation de la prise en charge dans
chaque établissement de la CPT et déposer un dossier pour
financement par le FIO**

▪ **Cahier des charges :**

- Respect du référentiel commun
- Socle commun de programmes et d'outils
- Participation des équipes des établissements à une communauté de pratiques CPT sur les premiers épisodes psychotiques (dispositif collaboratif d'amélioration constante des pratiques)

 **Cible visée :**

▪ **Résultat attendu :**

- Chaque établissement a décrit son projet d'implémentation conformément au cahier des charges
- Les partenaires du projet sont identifiés
- Un dossier commun est adressé par la CPT à l'ARS en septembre 2020 pour financement via l'AAP Fonds d'innovation organisationnelle en psychiatrie¹

¹Appel à projet ministériel créé en 2019, permettant de financer des projets innovants en psychiatrie sur une durée de 3 ans. L'appel à projet prévoit une pérennisation du financement et une généralisation de la pratique en cas d'évaluation probante

Objectif 3/3 : Déployer la communauté de pratique et les équipes d'intervention précoce

→ Cible visée

- **Situation de départ** : une équipe d'intervention précoce en place au pôle Est du Vinatier
- **Résultat attendu** :

En 2023 : toutes les équipes d'intervention précoce sont en place sur les établissements (3 au Vinatier et à Saint Jean de Dieu, 1 à Saint Cyr au Mont d'Or) et participent à la communauté de pratiques

En 2023 : 50 % des personnes présentant un premier épisode psychotique sont intégrées à un suivi par une équipe PEP

EN 2025 : 80 % des personnes présentant un premier épisode psychotique sont intégrées à un suivi par une équipe PEP



▪ **Périmètre/champ concerné :**

La psychiatrie de service public

Les acteurs du soutien à l'insertion par les études, le logement, le travail

Les acteurs du repérage des troubles psychiques

- **Public concerné :** les personnes présentant un premier épisode psychotique (16-35 ans)

▪ **Opérateurs principaux de la mise en œuvre opérationnelle :**

- La CPT
- Les responsables de chaque établissement : directeur, Président de CME, direction des soins, chefs de pôle, cadres supérieurs de santé
- Les professionnels des pôles de psychiatrie et des services de réhabilitation psychosociale
- Dr Frédéric HAESEBAERT (MCU-PH) pour l'animation de la communauté de pratiques

▪ **Opérateurs contribuant à l'action :**

- Acteurs du milieu de vie des jeunes (pour le repérage et l'orientation) : ASE, missions locales, Maisons des adolescents, PAEJ, médecins généralistes, Consultations jeunes consommateurs, maisons du Rhône et de la Métropole, services de santé universitaires....), les ESMS pour les jeunes déjà accompagnés
- Acteurs de l'insertion par l'emploi, les études, le logement (pour la continuité du parcours de vie)
- Structures d'addictologie, pour la prise en charge intégrée des addictions
- Association ESPAIRS (pairs aidants) pour l'intervention des pairs aidants

Les acteurs

Pilote : CPT

Public visé : jeunes
avec 1^{er} épisode
psychotique

Opérateurs principaux

Responsables
institutionnels des
CH

- *Soutien et organisation du déploiement des équipes*

Professionnels des pôles
et services de
réhabilitation
psychosociale

- *Mise en place des équipes territoriales*

Communauté de
pratiques des
équipes PEP

- *Définition des outils communs*
- *Formation des équipes*

Opérateurs contribuant à l'action

Acteurs du repérage

- *Repérage et orientation vers les équipes PEP*

Acteurs du soutien à
l'insertion

- *Maintien de l'insertion dans les études, le logement, le travail, la vie sociale*

Structures
d'addictologie

- *Prise en charge intégrée des addictions*

ESPAIRS

- *Intervention de pairs aidants*



PILOTAGE ET MISE EN ŒUVRE



Identification des pré-requis

- **Acteurs/parties prenantes dont l'engagement est indispensable pour garantir la mise en œuvre de l'action :**

- Engagement et soutien institutionnels indispensables des établissements (direction, présidence de CME, direction des soins, chefs de pôle et cadres supérieurs de santé)
- La CPT

- **Autres pré-requis :**

Financement externe pour la mise en place des équipes



Cadre de gouvernance de l'action

- **Au niveau global :** Communauté psychiatrique de territoire (CPT)
- **Le cas échéant, à d'autres niveaux d'acteurs :**
- **Modalités de participation des personnes concernées :**

Participation d'une personne concernée au groupe de travail

Intégration de pairs aidants dans les équipes prévue



CALENDRIER DE MISE EN OEUVRE

▪ Temporalité/calendrier de mise en œuvre :

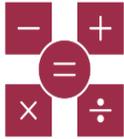
- Octobre 2020 : dépôt du dossier commun CPT à l'AAP Fond d'innovation organisationnelle en psychiatrie
- 2021 :

Début de la mise en place des équipes dans les 3 établissements

Première rencontre des professionnels des équipes dans le cadre de la communauté de pratiques CPT

Formations communes

2020	<ul style="list-style-type: none"> • Dépôt du dossier commun CPT à l'appel à projet national FIO
2021	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Début de la mise en place des équipes ▪ Première rencontre des professionnels des équipes ▪ Formations communes
2022	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Montée en charge des équipes dans les 3 établissements ▪ Réunions trimestrielles des équipes dans la communauté de pratiques
2023	<ul style="list-style-type: none"> • Fin de la mise en place des équipes • Participation de toutes les équipes à la communauté de pratiques • 50 % des personnes présentant un premier épisode psychotique sont intégrées à un suivi par une équipe PEP
2025	<ul style="list-style-type: none"> • 80 % des personnes présentant un premier épisode psychotique sont intégrées à un suivi par une équipe PEP



RESSOURCES

- **Ressources nécessaires** : (humaines, financières, matérielles, de formation...) :

Pour le fonctionnement courant de l'action :

Fonctionnement des 7 équipes de prise en charge précoce (coûts RH uniquement) : 4,14 M d'euros/ an

Animation de la Communauté de pratiques transversale : 66 000 euros/ an

- **Ressources mobilisables (déjà existantes / y compris par transformation) et provenance** :

Professionnels des établissements, par spécialisation de certains postes sur les équipes premiers épisodes

- **Ressources complémentaires** :

Financement demandé au Fond ministériel d'innovation organisationnelle en psychiatrie (FIO) en 2020 :

- 1 M d'euros en année 1
- 1,5 M d'euros en année 2
- 2 M d'euros en année 3



▪ Indicateurs de processus :

- Management indépendant de l'équipe
- Participation des professionnels à la communauté de pratiques
- Utilisation d'outils d'évaluation clinique standardisés
- Nombre de cas suivis/case manager
- FA suivie
- Respect du délai pour le premier contact (évaluation de la demande)
- Nombre de personnes pour lesquelles une demande a été formulée n'ayant pu être rencontrées
- Respect du délai pour la mise en place des soins (contact du case manager)
- % de patients ayant élaboré un projet individualisé
- % des patients de la FA ayant reçu une psychothérapie ciblée sur la psychose
- % des patients ayant bénéficié d'un programme de psychoéducation
- Inclusion des perspectives de la famille et du patient dans l'évaluation clinique
- % des patients de la FA dont l'entourage a bénéficié d'une intervention familiale et d'un programme de psychoéducation
- % des patients de la FA ayant eu une évaluation de la santé physique et des interventions de soutien à la santé physique (alimentation saine/activité physique)
- % des patients de la FA ayant eu une évaluation des conduites addictives
- % des patients recevant un soutien à l'éducation ou à l'emploi
- Respect des recommandations de prescription médicamenteuse
- % de patients ayant bénéficié de l'intervention d'un pair aidant
- % de patients ayant élaboré un plan de crise conjoint
- % des patients ayant abandonné le suivi (objectif : <10 % par an)
- Durée moyenne du suivi

▪ Indicateurs d'impact :

- Meilleure santé psychique des bénéficiaires
- Meilleure santé physique des bénéficiaires
- Amélioration de la santé et de la qualité de vie des aidants
- Satisfaction des bénéficiaires et des aidants
- Réduction du recours aux services de crise et d'urgence, et gains associés- réduction du recours à l'hospitalisation à temps complet
- Satisfaction des acteurs ayant orienté vers une prise en charge premier épisode
- Satisfaction des équipes sectorielles territoriales

▪ **Origine :**

Mise en œuvre de la décision du bureau CPT du 25 janvier 2019

▪ **Objectifs :**

- Créer une filière territoriale pour les situations de premiers épisodes psychotiques
- Travailler de manière transversale aux établissements sur la définition d'une offre de soins :
 - Conforme aux bonnes pratiques validées internationalement
 - La plus lisible possible pour l'ensemble des partenaires, des personnes concernées et des familles
 - La plus efficace possible
 - Permettant de valoriser l'expertise et la compétence de chacun.
- Démontrer la cohésion des membres de la CPT et leur capacité à porter un projet commun sur un sujet témoignant de l'ouverture, de la mobilité et du dynamisme de la psychiatrie de secteur public
- Faciliter l'obtention de soutiens financiers à la mise en œuvre de l'offre par l'ARS.

▪ **Constitution du groupe de travail :**

-Animateur médical : désigné par le groupe lors de sa première réunion :
Dr Frédéric HAESEBAERT

-Coordonnateur du projet : Céline DESCAMPS, SG CPT

Afin de permettre un travail sur l'ensemble de la filière, une configuration modulable du groupe est prévue sous la forme d'un groupe socle et de deux groupes élargis :

- Un groupe « socle » de 12 à 15 personnes :
 - 3 ou 4 représentants par EPSM, dont au moins un pédopsychiatre et un professionnel non médical
 - Un représentant des familles
 - Une personne concernée
- Un groupe élargi "repérage et orientation » composé du groupe socle et de représentants des acteurs du repérage et de l'orientation dans la filière (urgences psychiatriques, médecins généralistes, maison des adolescents, PAEJ, médecine universitaire ...)
- Un groupe élargi « maintien de l'inclusion » composé du groupe socle et de représentants des acteurs du soutien pro-actif à l'inclusion (université, acteurs sociaux dont missions locales, acteurs médico-sociaux ,...)

▪ **Périmètre / Mandat :**

Le groupe de travail a pour mission :

- Sur la base des référentiels et preuves d'efficacité existantes et des modèles connus en France et à l'étranger, produire un référentiel commun d'interventions (référentiel socle, intégrant les composantes organisationnelles essentielles) sur lequel les 3 établissements s'engageront
- Faire des propositions sur les conditions d'implémentation du référentiel dans les différents environnements présents sur le territoire (milieu urbain, semi-urbain, rural)
- Faire des propositions sur les conditions d'implémentation d'un accueil adapté à la sociologie du public (intégration de la notion de « youth friendliness »)
- Réfléchir aux ressources nécessaires et aux modalités de financement de l'offre
- Proposer un référentiel de formation des professionnels des établissements
- Définir le modèle d'évaluation de la mise en œuvre de l'intervention précoce par les 3 établissements sur le territoire (portage et management du dispositif d'évaluation, indicateurs communs de suivi et de mesure d'impact sur les parcours)

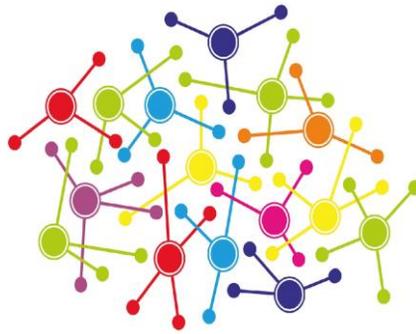
Le groupe veillera à mettre en place une articulation avec les travaux menés au sein de chaque établissement.

▪ **Fonctionnement :**

6 ou 7 réunions (ateliers de co-construction) à partir de septembre 2019 (une par mois)

Reporting en bureau CPT et en CME des établissements

Présentations aux instances de pilotage du PTSM.



Le projet territorial de **santé mentale** du Rhône

FICHE ACTION

DÉVELOPPER LES PROGRAMMES DE RENFORCEMENT DES COMPÉTENCES PSYCHOSOCIALES EN MILIEU SCOLAIRE

Pilote : Education nationale



DESCRIPTION SUCCINCTE DE L'ACTION

Optimiser et développer le renforcement des compétences psychosociales en milieu scolaire, en prenant appui sur la construction des compétences psychosociales dans le cadre des programmes scolaires tout au long de la scolarité des élèves et sur l'expérimentation et le déploiement de programmes ayant démontré leur efficacité. Il s'agit ainsi de renforcer la santé mentale positive des enfants et jeunes d'âge scolaire, de prévenir les risques de mal-être et de violence, d'améliorer le climat scolaire.



RAPPEL ARGUMENTAIRE

Comme défini par l’OMS, la santé mentale recouvre un « *état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté* ». Dans ce sens positif, la santé mentale est le fondement du bien-être d’un individu et du bon fonctionnement d’une communauté.

Cette fiche action s’inscrit dans cette dimension positive de la santé mentale et incarne directement l’une des six ambitions du PTSM qui est de donner aux personnes dès leur plus jeune âge les capacités de développer leur bien-être et d’être actrices de leur santé mentale, à travers le soutien aux compétences psychosociales, qui recouvrent compétences sociales, cognitives et émotionnelles (gérer son stress et ses émotions, avoir conscience de soi, avoir de l’empathie pour les autres, etc.).



POINT D'INFORMATION

Cette fiche action est en lien étroit avec la fiche action «Déstigmatisation», de par le type d'actions qui sera mené, le public ciblé et les effets produits, qui se renforceront mutuellement. Elle est réfléchi en cohérence avec les actions menées dans le cadre de la fiche action « Déstigmatisation ». Des indicateurs de processus et d'impact communs sont définis pour évaluer les actions mises en œuvre dans le cadre de ces deux fiches.

Les actions développées prendront appui sur la construction des compétences psychosociales tout au long de la scolarité des élèves (école, collège, lycée général, technologique et professionnel), telles qu'identifiées dans le socle commun de connaissances, de compétences et de culture défini par l'Education nationale (cf. éléments en annexe 1).



OBJECTIFS STRATEGIQUES ET OPERATIONNELS



Objectif(s) stratégique(s) selon les 6 ambitions et les résultats attendus :

- permettre aux enfants de devenir acteurs de leur santé mentale, de repérer et renforcer leurs ressources ;
- permettre aux enfants d'être plus autonomes face aux difficultés rencontrées, développer des compétences de résolution de problèmes ;
- améliorer le bien-être, les relations entre pairs et le climat scolaire ; agir sur la réussite scolaire ;
- développer la santé mentale positive au sein de la population ;
- développer l'entraide entre pairs.



Ambitions du PTSM :

Donner aux personnes les capacités d'être actrices de leur santé mentale dès le plus jeune âge à travers le soutien aux compétences psychosociales.



Objectifs opérationnels reliés :

Objectif 1/2 : Expérimenter et évaluer un programme probant¹ de renforcement des compétences psychosociales sur un ou deux territoires pour en déterminer les modalités et conditions de généralisation

Organisation de la phase d'expérimentation :

- repérer **les personnels ressources et/ou proactifs** au sein de l'Éducation nationale sur la question des compétences psychosociales dans le premier et second degré² ;
- choisir un ou plusieurs **territoires d'expérimentation** ;
- **choisir un programme probant parmi les programmes repérés** (voir annexe – liste non exhaustive), en veillant au juste milieu entre exigence de validation scientifique et possibilité de réalisation sur le temps scolaire en fonction des réalités du terrain (niveau de classe, contexte particulier, choix des équipes éducatives et pédagogiques...) ;
- identifier les opérateurs du territoire en mesure d'animer ou co-animer le programme sur le territoire expérimental : l'Association Départementale pour l'Éducation à la Santé (ADES), l'Institut Régional Jean Bergeret (IRJB) de la Fondation ARHM, l'Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie (ANPAA), l'Association de Lutte contre le Sida (ALS)... et élaborer un cahier des charges des interventions ;
- identifier parallèlement les partenaires locaux de la communauté éducative élargie (personnels municipaux, restauration scolaire, agents territoriaux spécialisés des écoles maternelles (ATSEM), associations sportives, familles, collectivités, milieu associatif, Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM), Contrat local de santé (CLS)...) du/des territoires d'expérimentation choisis afin d'inscrire l'action dans un partenariat avec ces derniers ;
- expérimenter le programme en prenant comme point d'appui le travail mené dans le cadre du socle commun de connaissances, de compétences et de culture, de l'enseignement moral et civique, de l'éducation physique et sportive (renforcement estime de soi, déstigmatisation, bien-être...), ainsi qu'en organisant la cohérence et avec les actions de déstigmatisation ;

1 : Programme dont l'efficacité a été évaluée scientifiquement

2 : Enseignants, service social (assistants de service social et conseillers techniques), enseignants spécialisés RASED (réseaux d'aide spécialisés aux élèves en difficulté) et ULIS (unités localisées pour l'inclusion scolaire) notamment, conseillers principaux d'éducation (CPE), infirmiers scolaires, médecins scolaires...

- intégrer parallèlement le développement d'actions et programmes basés sur le soutien et l'entraide par les pairs (entre élèves), notamment dans une perspective de lutte contre le harcèlement scolaire¹ ;
- mener en parallèle des actions de sensibilisation en direction des familles (tables rondes, jeux de rôle,...): estime de soi, communication bienveillante, etc. dans une dynamique de co-éducation.

Organisation de la généralisation :

- évaluation de la phase d'expérimentation : déterminer les conditions de succès et de généralisation du programme (notamment les conditions de transférabilité dans toutes les écoles et les établissements, quel que soit leur niveau de ressources...)
- auprès de chaque école et établissement mettant en œuvre le programme :
 - repérer les besoins en lien avec le pôle ressources pour le premier degré et le Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC)² pour le second degré ;
 - former les acteurs (professeurs, conseillers principaux d'éducation (CPE), infirmiers scolaires, psychologues...)
 - inscrire les actions dans un partenariat avec la communauté éducative hors éducation nationale (personnels municipaux - restauration scolaire, ATSEM, associations sportives, familles...)
 - réaliser des actions de sensibilisation en direction des familles.



Cible visée

- **Expérimentation** : Expérimentation auprès de 6 à 12 écoles et collèges de 2021 à 2022 ou 2023.
- **Généralisation (si évaluation positive)** :

De 2023 à 2025 : déploiement sur 72 écoles et établissements supplémentaires selon les financements obtenus. Extension le cas échéant aux lycées.

Base 2025 : au moins 1 école maternelle et élémentaire du 1er degré par circonscription et 1 collège par bassin³ ont mis en œuvre le programme.

Inscription des établissements dans la communauté de pratiques.

1: Cf programmes listés en annexe

2 : Les CESC existent au niveau de chaque établissement du second degré, peuvent également être inter-établissements. En 2017-2018, les différentes structures ont mis l'accent sur des actions visant l'amélioration du climat scolaire : <https://urlz.fr/cwlh>

3 : Il existe 32 circonscriptions dans le département du Rhône, 113 collèges publics, 8 bassins d'éducation et de formation sur la Métropole de Lyon et le Rhône.

Objectif 2/2 : Soutenir la diffusion des programmes de renforcement des compétences psychosociales et les échanges entre acteurs du territoire via une communauté de pratiques

- Mettre en place une communauté de pratiques à l'échelle de territoire du PTSM, transversale et décentralisée, qui favorise les échanges, permette une information et une formation continues sur le champ du développement des compétences psychosociales et un partage de pratiques :
 - => en appui sur les réseaux et personnels ressource identifiés au sein de l'Education nationale, notamment le réseau des infirmiers scolaires, qui assureront le lien avec leurs communautés territoriales élargies, notamment les acteurs de la prévention et de l'enfance¹;
 - => proposant des rencontres physiques et/ou des échanges par un outil numérique collaboratif



Cible visée

- **Situation de départ :**

Les compétences psychosociales font partie intégrante des programmes scolaires, mais les programmes probants de renforcement de ces compétences sont peu développés.
- **Résultat attendu :**
 - Un programme probant est expérimenté avec succès et sa généralisation déployée.
 - Une communauté de pratiques sur la question des compétences psychosociales en milieu scolaire permet le partage et l'amélioration constante des pratiques.

1 : dont les maisons des adolescents (MDA), la protection maternelle et infantile (PMI), les professionnels de pédopsychiatrie.



▪ **Périmètre/champ concerné :**

Milieu scolaire de l'enseignement public – tous les établissements du premier degré et du second degré. Dans un premier temps, un territoire sera choisi pour l'expérimentation à mener puis un élargissement progressif sera envisagé après évaluation.

▪ **Public concerné :**

- les enfants d'âge scolaire ;
- leurs parents et tuteurs légaux

▪ **Opérateurs principaux :**

- l'IA-DASEN (Inspecteur d'Académie, représentant l'Education nationale)- Directeur Académique des Services de l'Education Nationale, avec en appui des personnes ressources et partenaires extérieurs. Il valide les objectifs et les actions proposées. Il les communique pour le second degré aux chefs d'établissement, pour le premier degré aux inspecteurs de l'Education nationale.

- **Les acteurs de la prévention/promotion de la santé : assurent la conception des programmes et participent à leur diffusion et leur mise en œuvre sur le terrain** : associations, organismes à but non lucratif : l'association départementale pour l'éducation à la santé (ADES du Rhône), l'Institut régional Jean Bergeret (IRJB), l'association nationale de prévention en alcoologie et addictions (ANPAA) et l'association de lutte contre le sida (ALS), se sont positionnées pour la mise en œuvre de ces sessions ainsi que des sessions de déstigmatisation.

▪ **Opérateurs contribuant à l'action :**

Acteurs en charge du déploiement territorial :

- inspecteurs de l'Education nationale : communication sur le programme auprès des écoles, implication dans le suivi et l'évaluation de l'action,
- chefs d'établissements et directeurs d'écoles : déploiement opérationnel de l'action.

Les Comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) : évaluation des besoins au sein de l'établissement et inscription de l'action dans le projet de l'établissement.

Les acteurs de terrain engagés dans la mise en œuvre des actions auprès des élèves et collégiens :

- le réseau des infirmiers scolaires (se voient par bassin /réseau de pratiques déjà constitué) : levier de diffusion des compétences psychosociales ;
- les professeurs des écoles et collèges, assistants sociaux de l'éducation nationale, les CPE (conseillers principaux d'éducation), psychologues de l'Education nationale... : en impulsant et participant à la mise en œuvre du programme au sein de leur école ou établissement ;
- les acteurs de la communauté éducative : Les Maisons des adolescents (MDA), collectivité locales, communauté de communes, les centres sociaux... : en contribuant à l'animation des actions au sein des établissements; les Ateliers santé ville (ASV) et Conseils locaux de santé Mentale (CLSM) pour la méthodologie de projets et l'animation ou co-animation éventuelles ;
- les coordinateurs des Programmes de réussite éducative : en intégrant pleinement le volet compétences psychosociales dans le parcours éducatif adapté qui est proposé à chaque élève en « fragilité » pris en charge dans le programme.

Pilote :
Education nationale

Opérateurs principaux

Acteurs de la prévention/promotion de la santé : associations, organismes à but non lucratif

ADES

IRJB

ANPAA

ALS

...

- Assurer la conception des programmes et participer à leur diffusion et leur mise en œuvre sur le terrain

Opérateurs contribuant à l'action

Les acteurs

Education nationale, – IA-DASEN (l'Inspecteur d'Académie-Directeur Académique des Services de l'Education Nationale, en appui sur des personnes ressources et partenaires extérieurs.

- Valider les objectifs et les actions proposées
- Les communiquer pour diffusion dans les établissements

Public visé : Les enfants d'âge scolaire ; leurs parents et tuteurs légaux

Acteurs en charge du déploiement territorial

Inspecteurs de l'Education nationale

- Promouvoir/communiquer auprès des établissements
- Participer à l'évaluation

Chefs d'établissements et directeurs d'écoles

- Déployer l'action

Les Comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC)¹

- Evaluer les besoins au sein de l'établissement et inscrire l'action dans le projet de l'établissement

Acteurs de terrain engagés dans la mise en œuvre des actions auprès des élèves et collégiens

Le réseau des IDE scolaires

Les professeurs des écoles et collèges, assistants sociaux de l'éducation nationale, les CPE

Les acteurs des communautés éducatives

Les coordinateurs des Programmes de Réussite

Les communes (CLSM, ASV...)

¹ Les CESC existent au niveau de chaque établissement du second degré, peut également être inter-établissements. En 2017-2018, les différentes structures ont mis l'accent sur des actions visant l'amélioration du climat scolaire : <https://urdz.fr/cwlh>



PILOTAGE ET MISE EN ŒUVRE



Identification des pré-requis

- **Acteurs/parties prenantes dont l'engagement est indispensable pour garantir la mise en œuvre de l'action :**
 - l'éducation nationale pour le portage de l'action ;
 - les organismes de prévention et promotion de la santé pour la dispensation du programme et la contribution à l'évaluation de la phase d'expérimentation

- **Autres pré-requis :**
 - sensibilisation auprès des directeurs d'école, chefs d'établissement et acteurs de terrain pour renforcer l'intérêt vis-à-vis du déploiement de programmes probants de renforcement des compétences psychosociales ;
 - coordination des politiques publiques (éducation/santé/action territoriale) en faveur du développement des compétences psychosociales, pour éviter une fragmentation de l'action publique.



Cadre de gouvernance de l'action

- **Au niveau départemental :** Education nationale- Inspecteur d'Académie
- **A d'autres niveaux d'acteurs :** Inspecteurs de circonscription (IEN), Direction de chaque école et établissement
- **Modalités d'articulation prévues :** articulation entre les acteurs via la mise en place d'un Comité de pilotage de l'action
- **Modalités de participation des personnes concernées :** les personnes concernées contribueront activement au suivi de l'action.



CALENDRIER DE MISE EN OEUVRE

- **Temporalité/calendrier de mise en œuvre :**

2021-2025

- **Scénario de déploiement :**

**1^{er} semestre
2021**

- état des lieux des personnes ressources au sein de l'Education nationale et des actions déjà mises en place ;
- sensibilisation et plaidoyer/promotion de l'action auprès des responsables d'établissements et acteurs
- choix d'un territoire pour la phase d'expérimentation
- choix du programme probant à mettre en place dans la phase d'expérimentation
- rédaction du cahier des charges
- mise en place progressive de la communauté de pratiques

**Année
scolaire
2021-2022**

- expérimentation sur 6 écoles et collèges

**Année
scolaire
2022-2023**

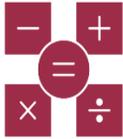
- expérimentation sur 6 écoles/collèges si la phase d'expérimentation doit être prolongée sur une 2^{ème} année, sinon déploiement du programme sur 12 écoles et collèges
- renforcement de la communauté de pratiques
- évaluation et prise de décision sur la généralisation

**Année
scolaire
2023-2024**

- déploiement du programme sur 24 écoles et collèges (extension éventuelle aux lycées)
Si l'évaluation est positive et après réajustements éventuels

**Année
scolaire
2024-2025**

- déploiement du programme sur 48 écoles et collèges selon le rythme prévu (une nouvelle école par circonscription : 32 écoles / an et un nouveau collège par bassin (16 collèges/an)
- continuité et régulation des actions engagées



RESSOURCES

- **Ressources nécessaires (humaines, financières, matérielles, de formation...)** :

Pour le fonctionnement courant de l'action :

Pour la formation et les interventions dans les écoles et collèges :

- Année scolaire 2021/2022 (6 écoles/collèges) : **24 000 euros** (4 000 euros par école/établissement)

- Année scolaire 2022/2023 (6 écoles/collèges en cas de prolongement de la phase d'expérimentation OU 12 écoles/établissements) : **24 000 euros OU 48 000 euros**

- Année scolaire 2023/2024 (24 écoles/établissements) : **96 000 euros**

- Année scolaire 2024/2025 : (48 écoles/établissements) : **192 000 euros**

(Estimations à partir d'une moyenne du chiffrage envoyée par les opérateurs pressentis)

- **Ressources mobilisables (déjà existantes / y compris par transformation) et provenance :**
- Ressources complémentaires (demande à l'ARS) :

Financement des interventions des opérateurs de promotion de la santé (déploiement du programme probant dans les écoles et établissements) : **24 000 euros pour la phase d'expérimentation et 336 000 euros pour la phase de généralisation.**

Financement d'un poste de coordinateur pour l'animation de la communauté de pratiques



EVALUATION

▪ Indicateurs de processus :

- chaque année, nombre d'écoles, collèges et lycées déployant le programme de renforcement des compétences psychosociales;
- chaque année, nombre d'élèves par tranche d'âge ayant bénéficié du programme (en valeur absolue et en proportion du nombre total d'élèves de chaque établissement) ;
- % des élèves participant au programme ayant bénéficié d'au moins 2 séances ;
- nombre d'adultes sensibilisés ;
- nombre d'écoles et établissements ayant poursuivi la dynamique de l'action en N+1 et N+2
- taux de conformité au programme défini.

▪ Indicateurs d'impact :

- taux d'amélioration du bien-être individuel ;
- taux d'amélioration du climat scolaire collectif;
- % des élèves et d'adultes ayant participé aux interventions qui ont une meilleure représentation de la santé mentale, qui montrent une meilleure acceptation sociale de la différence et moins d'attributions stéréotypées
- pérennité de l'action dans la durée/appropriation de l'action par les enseignants : changement de pratiques, relations avec les parents d'élèves... en lien avec les représentations des enseignants.

Modalités de recueil :

- **questionnaire avant /après, et à distance de l'intervention**
- évaluation diagnostique de départ avec les équipes éducatives et une évaluation à la fin de l'action (capacité d'introspection des élèves, gestion des émotions, gestion des conflits, climat scolaire, évolution des incidents en récréation ; nombre d'enseignants qui s'engagent dans l'action). Une évaluation diagnostique de départ permettra de dresser un premier état des lieux et d'identifier les attentes et les besoins spécifiques du terrain (entretiens et/ou questionnaires auprès des professionnels et des élèves). Une seconde évaluation une fois l'action menée permettra de mesurer les effets de l'action sur les acteurs (effets sur les élèves, effets sur les professionnels, appropriation des outils).

ANNEXE 1 : LES COMPÉTENCES PSYCHOSOCIALES DANS LES PROGRAMMES SCOLAIRES

Le programme de l'école maternelle présente celle-ci comme une « école où les enfants vont apprendre ensemble et vivre ensemble » et où chaque élève pourra « se construire comme personne singulière au sein d'un groupe ». Le programme de l'école maternelle précise aussi que « les règles collectives sont données et justifiées par l'enseignant qui signifie à l'enfant les droits (s'exprimer, jouer, apprendre, faire des erreurs, être aidé et protégé...) et les obligations dans la collectivité scolaire ». À travers les situations concrètes de la vie de la classe, une première sensibilité aux expériences morales (sentiment d'empathie, expression du juste et de l'injuste, questionnement des stéréotypes...) se construit.

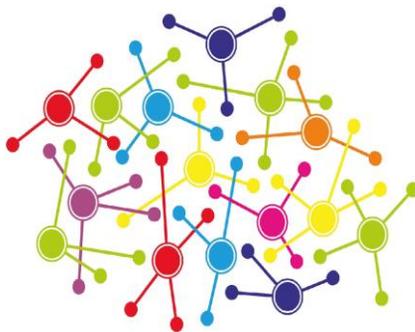
Circulaire de rentrée 2019 : « Transmettre la confiance en soi - Les professeurs ont un impact affectif déterminant sur les enfants et sur la qualité de leurs apprentissages. Un discours positif et ambitieux, valorisant les progrès, même modestes, structure en profondeur la personnalité des élèves. Derrière la réussite de chaque élève, il y a un discours bienveillant porté par un adulte attentionné et soucieux de le mener au meilleur de lui-même ».

Avoir conscience de soi et de l'empathie pour les autres est au cœur du programme **d'enseignement moral et civique** à l'école. Respecter autrui, c'est respecter sa liberté, le considérer comme égal à soi en dignité, développer avec lui des relations de fraternité. C'est s'estimer et être capable d'écoute et d'empathie, et accepter le point de vue des autres.

Au collège, l'enseignement moral et civique insiste également sur l'identification et la compréhension des différents sentiments, les registres d'expression pour développer, en les exprimant et en les régulant, ses émotions et ses sentiments permettant une capacité d'écoute et d'empathie. Il s'agit aussi pour l'élève de prendre conscience du rapport de soi aux autres et de savoir accepter des différences en ayant conscience de la dignité et de l'intégrité de la personne humaine.

En éducation physique et sportive, les dimensions suivantes sont également ciblées : accomplissement personnel, construction et renforcement de l'estime de soi, s'épanouir, respecter les différences, lutter contre les stéréotypes.

-



Le projet territorial de **santé mentale** du Rhône

FICHE ACTION

DÉVELOPPER LES INTERVENTIONS DE DÉSTIGMATISATION AUPRÈS DES ENFANTS ET DES JEUNES EN INTERVENANT AVEC DES PERSONNES CONCERNÉES

Pilotes : Education nationale et Coordination 69 Soins psychiques et Réinsertions



DESCRIPTION SUCCINCTE DE L'ACTION

Mise en œuvre d'actions d'intervention, d'information et de formation, en milieu scolaire et plus largement auprès de la communauté éducative, visant les enfants et jeunes jusqu'au lycée, en impliquant les adultes de l'environnement de l'enfant et en privilégiant les interventions menées par des personnes concernées par des troubles psychiques, afin de favoriser un regard positif sur tous les aspects de la santé mentale et une meilleure compréhension de ses déterminants.



RAPPEL ARGUMENTAIRE

Le champ de la santé mentale fait encore aujourd'hui l'objet d'une stigmatisation massive au sein de la population générale, conduisant à un défaut ou un retard de demande d'aide, à une majoration des souffrances et des troubles, à une autostigmatisation des personnes atteintes de troubles psychiques et à des difficultés d'insertion sociale et professionnelle.

Or, les représentations négatives autour de la santé mentale se fixent très précocement et sont ensuite difficiles à déconstruire. Il est donc nécessaire d'intervenir tôt pour permettre aux enfants de mieux connaître la santé mentale, de ne pas avoir honte de demander de l'aide pour eux-mêmes ou un camarade et de mieux accueillir la différence.



POINT D'INFORMATION

Cette fiche action est en lien étroit avec la fiche action «Compétences psychosociales», de par le type d'actions qui sera mené, le public ciblé et les effets produits qui se renforceront mutuellement. Elle est réfléchie en cohérence avec les actions menées dans le cadre de la fiche action « Compétences psychosociales ». Des indicateurs de processus et d'impact communs sont définis pour évaluer les actions mises en œuvre dans le cadre de ces deux fiches.

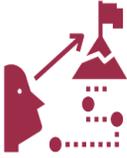
Cette fiche action concerne les actions de déstigmatisation, visant à permettre aux enfants de mieux accueillir la différence et éviter que les représentations négatives sur les troubles psychiques ne se fixent. Elle se situe dans une logique globale, préventive et citoyenne et non en réaction à une situation problématique.

Les actions développées en milieu scolaire s'appuieront sur ce qui est d'ores et déjà mis en œuvre dans le cadre des programmes en vigueur à l'école, au collège et au lycée, qui permettent de travailler sur le respect des différences. Par exemple, en enseignement moral et civique, au cycle 2, « **Accepter et respecter les différences dans son rapport à l'altérité et à l'autre** » constitue un attendu de fin de cycle et les préjugés et les stéréotypes figurent aussi parmi les connaissances et compétences associées ; au cycle 4, « **Prendre conscience du rapport de soi aux autres et savoir accepter des différences en ayant conscience de la dignité et de l'intégrité de la personne humaine** » est un attendu de fin de cycle.

Cf. Bulletin officiel n° 30 du 26-7-2018

Des interventions directes auprès des élèves seront menées à partir du CM1.

Les représentations négatives autour de la santé mentale étant souvent ancrées dès le plus jeune âge et les enfants étant très perméables aux représentations des adultes qui les entourent, des actions auprès des parents et des acteurs de la communauté éducative seront menées pour toucher indirectement les plus jeunes.



OBJECTIFS STRATEGIQUES ET OPERATIONNELS



Objectif(s) stratégique(s) selon les 6 ambitions et les résultats attendus :

- prévenir la formation de représentations négatives sur les troubles psychiques et les personnes qui en souffrent ;
- permettre au public cible de développer un regard positif sur la santé mentale et apporter une meilleure compréhension de la santé mentale et de ses déterminants, dans une vision globale et positive ;
- permettre au public de mieux identifier les ressources en santé mentale ;
- favoriser le recours précoce aux dispositifs de soutien/d'aide et aux dispositifs de soins.



Ambitions du PTSM :

- Permettre aux personnes concernées d'être parties prenantes de la conception, de l'organisation et de l'évaluation des réponses, dispositifs et pratiques de santé mentale, y compris à travers la reconnaissance de leur savoir expérientiel
- Donner aux personnes les capacités d'être actrices de leur santé mentale.



Objectifs opérationnels reliés :

Objectif 1/2 : Organiser des actions de lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques au sein des écoles et des établissements scolaires, auprès d'élèves du CM1, CM2 et collèges en priorité, et auprès d'élèves de lycée

Une expérimentation sera conduite dans un premier temps sur un territoire choisi, avant évaluation et décision d'extension

▪ **Réaliser une expérimentation de l'action sur un territoire choisi**

Mettre en place un comité technique sous l'égide de l'Éducation nationale en charge :

- de définir le ou les territoires expérimentaux et les écoles et les établissements participant à l'expérimentation

Interroger les Conseils locaux de santé mentale (CLSM) et les Ateliers santé ville (ASV) pour leur connaissance des actions et réseaux locaux.

- de choisir les modalités d'intervention parmi plusieurs programmes probants identifiés (voir annexe – liste non exhaustive) ;
- de contractualiser un cahier des charges commun avec les intervenants pressentis : acteurs de promotion de la santé dont l'Association départementale pour l'éducation à la santé (ADES), l'Institut régional Jean Bergeret (IRJB) de la Fondation ARHM, l'Association nationale de prévention en alcoologie et sddictologie (ANPAA), l'Association de Lutte contre le sida (ALS) ; et les personnes concernées.

Recommandations pour l'élaboration du cahier des charges en vue de favoriser l'efficacité de l'action :

- mener des interventions en 2 ou 3 séances afin de permettre une réflexion et un retour des enfants entre les séances (absence d'efficacité des interventions « *one shot* ») ;
- mener les interventions en binômes professionnel de la prévention/personne concernée (Groupes d'entraide mutuelle, pair-aidants, personnes concernées des collectifs du territoire) et en présence des enseignants ;
- informer les parents sur les actions menées auprès de leurs enfants (remise de documents pour que les actions puissent être discutées et relayées en famille, cafés-info en appui sur les fédérations de parents d'élèves) ;

- prendre appui sur le socle commun de connaissances, de compétences et de culture et sur les programmes en vigueur (en particulier Domaine 3 – « La formation de la personne et du citoyen » : « L'ensemble des enseignements doit contribuer à développer la confiance en soi et le respect des autres ») ; notamment l'enseignement civique et moral et l'éducation physique et sportive (EPS)¹ ;
- penser et mettre en place d'emblée les conditions de la transférabilité, de la continuité et de l'essaimage des actions (cf. infra) pour une pérennisation des actions de déstigmatisation et de leur impact.

▪ **Déployer les actions sur l'ensemble du territoire, en veillant à la transférabilité et à la maximisation du potentiel de diffusion/essaimage des actions**

- réaliser un bilan de la phase expérimentale, notamment sur les éléments qui favorisent le plus l'essaimage au-delà des élèves ayant directement bénéficié des interventions² ;
- sensibiliser les directeurs d'école et chefs d'établissement, enseignants et élèves, pour convaincre de l'importance des interventions de déstigmatisation et susciter l'adhésion ;
- définir les formats d'intervention qui seront mis en œuvre dans chaque école et établissement, en lien avec le pôle ressources pour le premier degré et le Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC)³ pour le second degré ;

1 : « Respectueuse des différences de potentiels, de ressources, luttant contre les stéréotypes sociaux ou sexués et résolument inscrite dans une école inclusive, l'EPS offre à tous l'occasion d'une pratique physique qui fait toute sa place au plaisir d'agir ». Programme d'EPS au lycée professionnel : l'EPS « contribue à l'acceptation des différences et lutte contre les stéréotypes sociaux ».

2 : Ces éléments permettront de définir le bon format de formation (par exemple : former des élèves « ambassadeurs » issus de différentes classes, mélanger des niveaux de classe différents : CM1, CM2 et 6^{ème} ou 5^{ème}, 4^{ème}, 3^{ème} en constituant les groupes à partir de quelques élèves de chaque classe.)

3 : Les CESC existent au niveau de chaque établissement du second degré, peuvent également être inter-établissements.

- organiser le transfert de compétences aux personnels de l'Education nationale (professeurs, infirmiers, psychologues, assistants de service social, conseillers principaux d'éducation,...) sur les programmes probants pour qu'ils puissent mener des sessions en autonomie.



Cible visée

- **Expérimentation** : Expérimentation auprès de 6 à 12 écoles et collèges de 2021 à 2022 ou 2023 (élèves de CM1 et CM2 et élèves de collèges)
- **Généralisation (si évaluation positive)** :

De 2023 à 2025 : déploiement sur 72 écoles et établissements supplémentaires selon les financements obtenus et extension aux lycées.

Base 2025 : au moins 1 école maternelle et élémentaire du 1er degré par circonscription et 1 collège par bassin¹ ont mis en œuvre un programme spécifique de lutte contre la stigmatisation en santé mentale, en lien avec les acteurs de la prévention/promotion de la santé et en s'inscrivant dans la communauté éducative du territoire.

1 : Il existe 32 circonscriptions dans le département du Rhône, 113 collèges publics, et 8 bassins d'éducation et de formation sur la Métropole de Lyon et le Rhône

Objectif 2/2 : Organiser des actions de lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques auprès des adultes de l'environnement des enfants, de la maternelle à la fin du primaire, et de l'environnement des jeunes concernés par l'objectif 1

- mener une campagne de communication auprès des acteurs stratégiques départementaux pour susciter l'adhésion de la communauté éducative : Caisses d'Allocation Familiales (CAF) - Fédérations de parents d'élèves- Fédération des centres sociaux- Association des maires du Rhône et de la Métropole de Lyon - Services Métropolitains et départementaux ;
- mener des actions à destination des adultes qui composent l'environnement de l'enfant hors du milieu scolaire sur les mêmes territoires que les interventions en milieu scolaire, en s'appuyant sur les structures locales : PMI- Coordonnateurs enfance/jeunesse (CAF et mairies)- Centres sociaux- structures périscolaires et extrascolaires municipales ou associatives - prévention spécialisée - associations culturelles ou sportives...).

 **Cible visée**

- **Résultats attendus :**
 - une évolution positive des représentations et de la compréhension de la santé mentale par le public ;
 - la sensibilisation des parents les plus éloignés de ce type d'interventions ;
 - l'inscription de l'action dans le projet éducatif de territoire.



▪ **Périmètre/champ concerné :**

Le milieu scolaire et la communauté éducative plus largement.

L'objectif 1 est mis en œuvre à l'échelle des écoles et établissements scolaires (collèges principalement)

L'objectif 2 est mis en œuvre à l'échelle du quartier/territoire de vie.

▪ **Public concerné :**

- objectif 1 : élèves du cycle 3 (CM1, CM2) et du secondaire (collèges en priorité, et lycées) ;

- objectif 2 : en priorité, parents et adultes de l'environnement des enfants de la maternelle au CE2, dont les personnels scolaires et autres acteurs (centres sociaux, prévention spécialisée...); parents et adultes de l'environnement des enfants et jeunes du CM1 au lycée (en parallèle des interventions menées en direction des élèves)

▪ **Opérateurs principaux :**

Objectif 1 :

- à l'échelle du territoire Rhône-Métropole : l'éducation nationale – IA-DASEN (l'Inspecteur d'Académie- Directeur Académique des Services de l'Education Nationale, en appui sur des personnes ressources et partenaires extérieurs., pour l'impulsion politique, l'organisation de la phase d'expérimentation, le suivi du développement de l'action sur le territoire ;

- pour l'animation des interventions : les personnes concernées et pairs-aidants ; les opérateurs de promotion de la santé du territoire (ADES, IRJB, ANPAA, ALS, IREPS ...) ; les jeunes volontaires en service civique (notamment Ambassadeurs de santé mentale¹...)

1 : programme développé par l'IRJB et Unicité

Objectif 2 :

- la coordination 69 : coordination de l'objectif, sensibilisation/communication envers les professionnels ;
- pour l'animation des interventions : idem que objectif 1.

▪ **Opérateurs contribuant à l'action :**

Objectif 1 :

- Les inspecteurs de l'éducation nationale chargés de circonscription du premier degré et leur pôle ressource¹ : identification des territoires et écoles à cibler, promotion et portage de l'action auprès des écoles, création de liens avec les acteurs de la promotion de la santé mentale, suivi des actions menées dans les écoles ;
- à l'échelle des écoles et établissements : les directeurs d'école et chefs d'établissement et les professionnels y exerçant : impulsion, planification et organisation de l'action à l'échelle locale ;
- le CESC : en intégrant l'action dans le projet de santé du collège, en associant à ses travaux des acteurs de promotion de la santé mentale ;
- les enseignants spécialisés² de l'éducation nationale : appui et participation à l'action ;
- les associations et fédérations de parents d'élèves ;
- les municipalités et les Ateliers santé ville (ASV), les Conseils locaux de santé mentale (CLSM) / les Contrats locaux de santé (CLS) : pour le soutien et l'appui aux interventions.

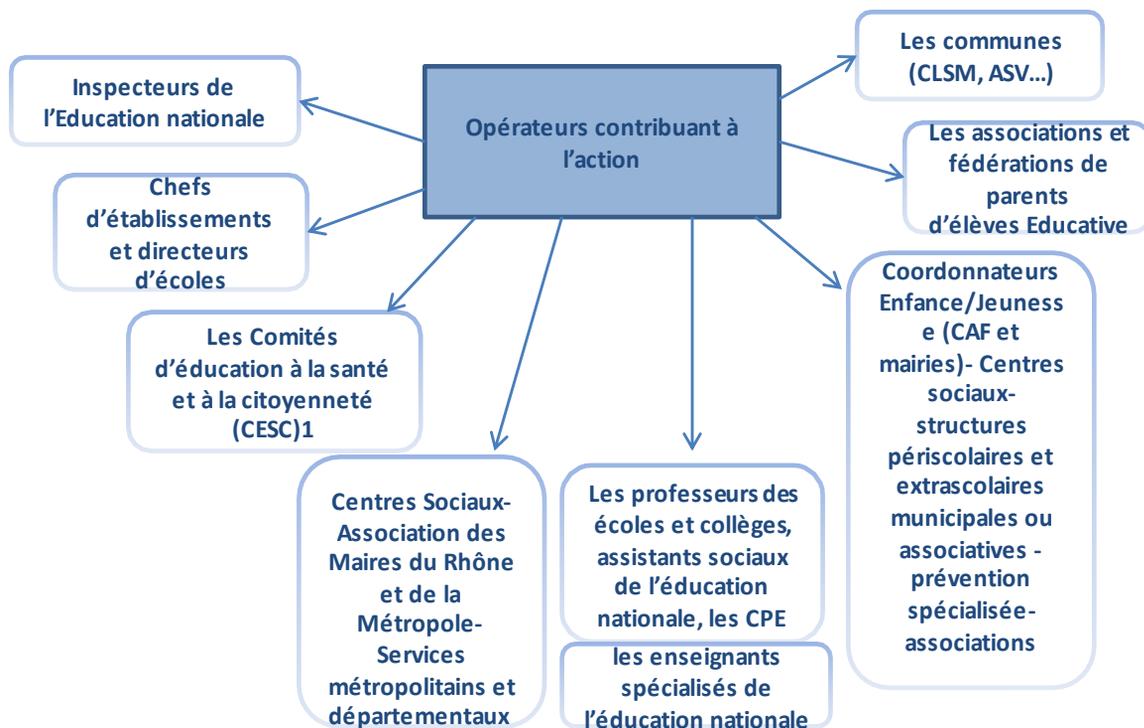
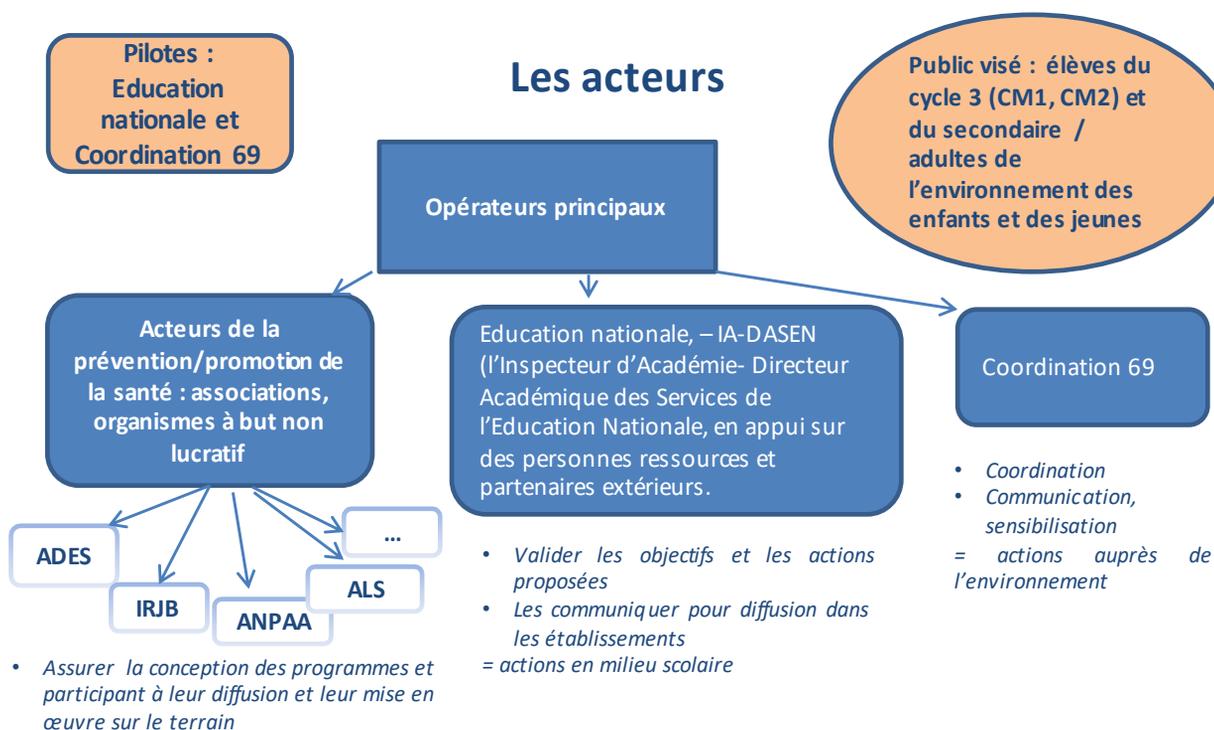
Objectif 2 :

- CLSM/ASV - PMI- coordonnateurs enfance/jeunesse (CAF et mairies)- centres sociaux- structures périscolaires et extrascolaires municipales ou associatives - prévention spécialisée - associations culturelles ou sportives... : organisation d'actions de lutte contre la stigmatisation, impliquant des personnes concernées, sur les territoires de proximité ;
- Fédérations de parents d'élèves - fédération des centres sociaux- Association des Maires du Rhône et de la Métropole - Services métropolitains et départementaux : communication/plaidoyer en faveur de l'action; mobilisation des acteurs locaux.

1 : 1^{er} degré (32 circonscriptions au total)

2 : la lutte contre la stigmatisation de la différence rentre dans les missions de ces professionnels.

Les acteurs



¹ Les CESC existent au niveau de chaque établissement du second degré, peut également être inter-établissements. En 2017-2018, les différentes structures ont mis l'accent sur des actions visant l'amélioration du climat scolaire : <https://udtz.fr/cwlh>



PILOTAGE ET MISE EN ŒUVRE



Identification des pré-requis

- **Acteurs/parties prenantes dont l'engagement est indispensable pour garantir la mise en œuvre de l'action :**

- éducation nationale (CESC, inspecteur de l'éducation nationale (IEN) et directeurs d'école et chefs d'établissement qui doivent être convaincus de l'importance des interventions préventives) ;
- participation/présence des enseignants aux interventions en direction des élèves et collégiens.

- **Autres pré-requis :**

- Veiller aux conditions d'efficacité des actions /programmes
- Disposer d'un financement de la mise en œuvre des interventions probantes dans les écoles et établissements
- Pouvoir recourir à des modalités de rémunération des personnes concernées intervenantes
- Inscription de ces actions de déstigmatisation dans les politiques d'établissements
- Sur l'objectif 2 : penser les modalités permettant de toucher toutes les classes sociales (pas seulement les parents déjà attentifs et sensibilisés)



Cadre de gouvernance de l'action

- **Au niveau global :**

Education nationale pour objectif 1

Coordination 69, soins psychiques et réinsertions pour objectif 2

Pilotage transversal permettant de :

- promouvoir les actions et les coordonner ;
- garantir une mise en œuvre de l'action sur l'ensemble du territoire ;
- capitaliser et étendre les expériences réussies.

- **Le cas échéant, à d'autres niveaux d'acteurs :**

Mise en place d'un comité technique pour le lancement de l'action sur l'objectif 1 (actions dans les écoles et établissements), à coordonner avec la fiche « Compétences psychosociales »

- **Modalités d’articulation prévues :**

Cf. supra

- **Modalités de participation des personnes concernées :**

Participation de personnes concernées au comité technique et participation à l’élaboration et conduite des actions de déstigmatisation au sein des écoles et établissements et auprès de la communauté éducative.



CALENDRIER DE MISE EN OEUVRE

- **Temporalité/calendrier de mise en œuvre :**

2021-2025

- **Scénario de déploiement :**

**1^{er} semestre
2021**

Objectif 1 :

- Mise en place du comité technique, choix du ou des territoires et du/des programme(s) à expérimenter en milieu scolaire
- Choix des écoles et établissements

Objectif 2 :

- état des lieux des personnes ressources et actions mises en place

**Année
scolaire
2021-2022**

Objectif 1 :

- expérimentation sur 6 écoles et collèges
- été 2022 : retour sur la phase d'expérimentation dans les écoles et établissements ;

Objectif 2 :

- Communication, mobilisation des réseaux territoriaux d'acteurs, plaidoyer auprès des institutions (CAF...)

**Année
scolaire
2022-2023**

Objectif 1 :

- évaluation de la phase d'expérimentation et prise de décision
- expérimentation sur 6 écoles/collèges supplémentaires si la phase d'expérimentation doit être reconduite, sinon déploiement du programme sur 12 écoles et établissements

**Année
scolaire
2023-2024**

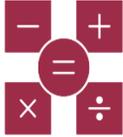
Objectif 1 : si l'évaluation est positive et après réajustements éventuels

- déploiement du programme sur 24 écoles et établissements (16 écoles, 8 collèges et/ou lycées)

**Année
scolaire
2024-2025**

Objectif 1 :

- déploiement du programme sur 48 écoles et établissements (une école par circonscription : 32 écoles / an et 1 établissement par bassin : 16 collèges et/ou 8 lycées)



RESSOURCES

- **Ressources nécessaires/complémentaires (humaines, financières, matérielles, de formation...) :**

Pour la mise en œuvre de l'action :

Pour la formation et les interventions dans les écoles et collèges :

- Année scolaire 2021/2022 (6 écoles/établissements) : **24 000 euros**
(base de 4 000 euros par école/établissement)

- Année scolaire 2022/2023 (6 écoles/établissements en cas de prolongement de la phase d'expérimentation OU 12 écoles/établissements) : **24 000 euros OU 48 000 euros**

- Année scolaire 2023/2024 (24 écoles/établissements) : **96 000 euros**

- Année scolaire 2024/2025 : (48 écoles/établissements) : **19 2000 euros**

(Estimations à partir d'une moyenne du chiffrage envoyée par les opérateurs pressentis)



EVALUATION

▪ Indicateurs de processus :

- Chaque année, nombre d'écoles, collèges et lycées mettant en place un programme de lutte contre la stigmatisation ;
- chaque année, nombre d'élèves par tranche d'âge ayant bénéficié du programme (en valeur absolue et en proportion du nombre total d'élèves de chaque établissement)
- % des élèves participant au programme ayant bénéficié d'au moins 2 séances ;
- nombre d'adultes sensibilisés ;
- nombre d'écoles et établissements ayant poursuivi la dynamique de l'action en N+1 et N+2

▪ Indicateurs d'impact :

- taux d'amélioration du bien-être individuel ;
- taux d'amélioration du climat scolaire collectif;
- % des élèves et d'adultes ayant participé aux interventions qui ont une meilleure représentation de la santé mentale, qui montrent une meilleure acceptation sociale de la différence et moins d'attributions stéréotypées ;
- pérennité de l'action dans la durée/appropriation de l'action par les enseignants : changement de pratiques, relations avec les parents d'élèves... en lien avec les représentations des enseignants.

Modalités de recueil :

- **Questionnaire avant /après, et à distance de l'intervention** (s'inspirer du sondage utilisé par la Commission santé mentale du Canada (échelle de Koller, M. et Stuart, H.) dans le cadre du programme « La tête haute » (cf annexe 1)
- Evaluation diagnostique de départ avec les équipes éducatives et évaluation à la fin de l'action. Une évaluation diagnostique de départ permettra de dresser un premier état des lieux et d'identifier les attentes et les besoins spécifiques du terrain (entretiens et/ou questionnaires auprès des professionnels et des élèves). Une seconde évaluation une fois l'action menée permettra de mesurer les effets de l'action sur les acteurs (effets sur les élèves, effets sur les professionnels, appropriation des outils).

ANNEXE 1 : LISTE (NON EXHAUSTIVE) DE PROGRAMMES PROBANTS ET RESSOURCES EXISTANTES

Cette annexe est commune aux fiches action « Compétences psychosociales » et « Désigmatisation ».

Le programme européen « Unplugged » : Unplugged est un programme de prévention en milieu scolaire qui met particulièrement l'accent sur l'alcool, le tabac, le cannabis et les écrans. Ce programme est destiné à des adolescents de 12 à 14 ans. Il comprend 12 séances interactives d'une heure (plus deux séances avec les parents), menées par des enseignants formés (en lien avec le secteur spécialisé). Le travail porte d'abord sur des aptitudes intra-personnelles, la confiance en soi, l'expression de soi et le respect des autres. Il invite également à décrypter les attitudes positives et négatives à l'égard des produits, les influences et attentes du groupe, les croyances et la réalité sur les produits et leurs effets, tout en ayant un œil critique (sur ce que disent les uns, la publicité...). Il s'agit enfin de développer les habiletés interpersonnelles, de communication, d'affirmation et de conciliation.

Ce programme est validé scientifiquement.

<https://www.federationaddiction.fr/projet-unplugged-experimentation-nationale-et-deploiement-en-nouvelle-aquitaine/>

Le programme canadien « La tête haute », programme de lutte contre la stigmatisation en santé mentale en milieu scolaire chez les jeunes de 12 à 18 ans, validé scientifiquement. Un partenariat avec la Commission de la santé mentale du Canada et Santé mentale France en cours pour une adaptation du programme sous un format léger.

<https://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/latetehaute>

Le programme PRODAS : PROgramme de Développement Affectif et Social), programme québécois de prévention précoce qui vise à favoriser le bien-être et prévenir les violences en développant les compétences psychosociales, expérimenté dans 2 écoles de Marseille puis étendu sur l'ensemble du territoire avec appui ARS + académie de Marseille : <http://prodas-cerclomagique.org/> ; https://www.fabrique-territoires-sante.org/sites/default/files/resultats_prodas_juillet_2013_maj_2015.pdf

Le programme « Sentinelles et référents » : Un programme pour prévenir le harcèlement en collège et lycée, qui associe élèves et adultes pour repérer et prendre en charge les élèves harcelés ou devenus boucs émissaires, y compris dans des cas qui passent inaperçus.

La vidéo « **Cosmos mental** » du Psycom : un clip pour comprendre la santé mentale et ses déterminants, support à l'exercice d'identification des ressources personnelles et obstacles :

<http://www.psycom.org/Actualites/Comment-agir/Le-Cosmos-mental-un-clip-Psycom-pour-comprendre-la-sante-mentale-et-ce-qui-l-influence>

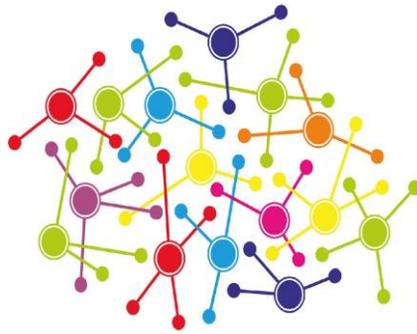
Le manuel « **Comment être un super copain ?** » : Un manuel pour enseigner à des enfants au développement typique comment augmenter les compétences sociales et de jeu de leurs camarades atteints d'autisme et autres troubles envahissants du développement :

https://www.autisme.qc.ca/assets/files/07-boite-outils/Sensibilisation/manuel_complet_comment_etre_un_super_copain.pdf

ANNEXE 2 : LISTE (NON EXHAUSTIVE) D' ACTIONS FINANCEES PAR L'ARS AURA

Cette annexe est commune aux fiches action « Compétences psychosociales » et « Désigmatisation ».

- Action « Promotion de l'estime de soi et développement des compétences psychosociales des enfants et des jeunes » (ADES) : 55 640 € en 2019 (221 840 € de 2019 à 2022).
- Action « La santé mentale, parlons-en ! » (ADES) : 79 660 euros en 2019 (318 640 € de 2019 à 2022) dont une partie ciblée sur la promotion de la santé mentale en milieu scolaire.
- Action régionale de l'ANPAA « prévention de l'entrée dans le tabagisme des enfants de 9 à 11 ans par le renforcement de leurs compétences psychosociales inscrite dans le PRLT » (1 094 700 € sur 4 années de CPOF : 2019 à 2022). Les territoires du Rhône ciblés pour la première année sont les suivants : Cours la ville, Amplepuis, Givors.
- Recherche-Action « Alliance » qui se déploie sur 101 écoles sélectionnées par tirage aléatoire pour participer : 42 dans le Cantal, 24 dans l'Isère, 25 dans la Loire et 10 dans le Rhône, pour un total de 10 293 élèves pour un financement par l'ARS à hauteur de 50 000 €/an pendant 4 ans.



Le projet territorial de **santé mentale** du Rhône

FICHE ACTION

DÉVELOPPER DÉPLOYER LA FORMATION AUX PREMIERS SECOURS EN SANTÉ MENTALE

Pilotes : Université de Lyon (pour le public étudiant), *sous réserve de confirmation*, et Institut régional Jean Bergeret (pour les autres publics)



DESCRIPTION SUCCINCTE DE L'ACTION

Déployer la formation « Premiers Secours en Santé Mentale » pour former des citoyens à devenir des secouristes en santé mentale, capables de repérer les manifestations de troubles psychiques, d'entrer en contact avec les personnes concernées et de les orienter. Il s'agira de former des formateurs pour démultiplier les possibilités de formation, et de déployer la formation en particulier auprès des étudiants, professionnels de l'Université et apprentis.



RAPPEL ARGUMENTAIRE

Parmi les 25 mesures-phare de la politique de prévention présentées par le Comité interministériel de la Santé (CIS) le 26 mars 2018, figure l'introduction en France d'une formation aux *premiers secours en santé mentale* déjà mise en œuvre dans 20 pays, qui vise à apprendre à savoir réagir face à une détresse psychique : entrer en contact, soutenir et orienter. Il s'agit de former la population pour mieux connaître et repérer les troubles psychiques et connaître la conduite à tenir en cas de problème ou de crise. Les initiateurs du programme sont convaincus que ce type de formation, dispensée à des publics larges, pourra contribuer notamment à déstigmatiser les troubles psychiques en faisant évoluer les représentations sociales sur les pathologies, mais aussi à améliorer la situation des personnes touchées par ces troubles. La mesure-phare prévoit qu'un projet pilote de formation soit conduite auprès d'une population étudiante, dans une logique d'aide par les pairs. Puis, l'annonce par le [Ministère de la Santé](https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/discours/article/discours-d-agnes-buzyn-comite-strategique-sante-mentale-jeudi-28-juin-2018) (<https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/discours/article/discours-d-agnes-buzyn-comite-strategique-sante-mentale-jeudi-28-juin-2018>), le 24 janvier 2019, d'attribuer davantage de budgets à la psychiatrie, a mentionné spécifiquement le projet de Premiers Secours en Santé Mentale pour les étudiants.

En phase avec cette orientation ministérielle prioritaire, le PTSM du Rhône a choisi de cibler particulièrement le public étudiant pour la formation aux PSSM, car il s'agit d'une période charnière et cruciale au cours de laquelle de nombreux troubles psychiques graves émergent et qui voit fréquemment une souffrance psychique s'installer.

Cette action sera ainsi complémentaire des actions de renforcement des compétences psychosociales et de lutte contre la stigmatisation prévues en direction des enfants et jeunes d'âge scolaire et des adultes les entourant.

Une coordination entre le déploiement de cette fiche action et les actions de prévention du suicide, dont la mise en place est confiée à l'IREPS¹, sera faite afin de ne pas créer de doublons et maximiser le nombre de personnes formées sur l'un ou l'autre de ces axes.

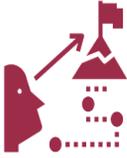
1 : Ces actions comprennent notamment la formation de sentinelles dans population.



POINT D'INFORMATION

Deux niveaux de formation sont prévus :

- la formation PSSM standard, d'une durée de 2 jours (250€), ne nécessitant aucun prérequis
- la formation de formateur PSSM, d'une durée de 5 jours (1 500€), nécessitant d'avoir suivi au préalable la formation standard de 2 jours.



OBJECTIFS STRATEGIQUES ET OPERATIONNELS



Objectif(s) stratégique(s) selon les 6 ambitions et les résultats attendus :

- Augmenter le niveau de conscience de la population sur la fréquence des troubles psychiques, véhiculer un message de déstigmatisation
- Former les citoyens au repérage des troubles psychiques et à la manière d'accompagner les personnes qui en souffrent
- Favoriser un recours précoce aux soins pour tous types de troubles (y compris troubles anxieux, etc.)



Ambitions du PTSM :

- Donner aux personnes les capacités d'être actrices de leur santé mentale
- Développer une dynamique d'innovations
- Développer des solutions de prévention et de gestion de la crise en ambulatoire.



Objectifs opérationnels reliés :

Objectif 1/2 : Déployer la formation auprès des étudiants

Prérequis :

Signature d'une convention entre l'ARS et l'Université de Lyon¹ pour permettre le financement de cette action.

Modalités de déploiement :

- **Elaborer une stratégie pluriannuelle de formation et de dissémination de la formation sur les établissements de l'Université de Lyon :**

Via la mise en place d'un groupe de travail intégrant les référents santé des universités et écoles de la COMUE, et le retour d'expérience des universités ayant déjà déployé le programme²:

- Déterminer la cible de formation :
 - Parmi les acteurs de l'écosystème étudiant (référents vie étudiante, documentalistes, sécurité, accueil, professionnels du CROUS et des résidences étudiantes...)
 - Parmi les étudiants eux-mêmes (filières prioritaires³, niveau d'étude et fonctions (ex. étudiants relais santé⁴, présidents des associations étudiantes, tuteurs de thèse...);
- Déterminer les modalités de formation : interventions de formateurs PSSM externes et/ou formation de formateurs interne
- Déterminer les personnes à former en tant que formateurs : au sein des services de santé à l'université; mais également d'autres professionnels et des étudiants dans une dynamique de formation par les pairs
- Déterminer les meilleures périodes/jours pour favoriser la présence des étudiants (périodes d'intégration, vendredi et samedi, etc.)
- Organiser l'inscription des PSSM au plan de formation des professionnels de l'université

1 : La COMUE Université de Lyon (UDL) est une communauté d'universités et d'établissements d'enseignement supérieur qui recouvre 24 établissements membres et 12 établissements associés à Lyon et Saint-Etienne

2 : Certaines universités ont priorisé les étudiants de 1^{ère} année, d'autres les doctorants, d'autres encore les étudiants ayant un rôle spécifique (responsables d'associations, encadrants de TD,..). En Australie ont été formés de manière prioritaire les personnes recevant du public.

3: Les étudiants en médecine de Lyon bénéficient déjà d'une formation à la santé mentale organisée dans le cadre du premier cycle des études médicales. Ils ne sont donc pas prioritaires pour recevoir la formation standard, mais pourraient devenir formateurs.

4 : Les étudiants relais santé, au nombre de 15 par école et université de l'UDL, sont des étudiants recrutés pour mener des actions de promotion de la santé auprès de leurs pairs.

- Etudier les conditions de valorisation de la formation de formateurs PSSM : délivrance d'un certificat et de crédit ECTS (par exemple, pour les études de médecine, psychologie, les IFSI, IFAS...) , valorisation dans le cadre du service sanitaire.

- Définir des modalités d'extension de la formation vers les étudiants hors université de Lyon et les apprentis (les CFA étant rattachés soit à la Chambre de Commerce et d'Industrie, soit à l'Education nationale, soit aux collectivités territoriales)

- Organiser un fonctionnement en réseau des formateurs et des personnes formées (communauté en ligne, ...)

-

- **Déployer la communication sur l'action de formation, mettre en œuvre et pérenniser les formations**

- Nouer des partenariats avec les différents services de santé universitaire, les associations d'étudiants, syndicats étudiants, les Bureaux des Elèves, la Conférence nationale de prévention des étudiants ; les mutuelles, la CPAM ; les résidences étudiantes (CROUS)

- Favoriser l'identification des personnes formées, par un modèle « ambassadeur » (ex. : repérage par des badges comme en Australie)

- S'appuyer sur le CROUS et ses résidences étudiantes pour le relais de la formation vers les autres publics de l'enseignement supérieur (BTS, classes préparatoires, écoles non intégrées à l'UDL..)

- Déployer les formateurs sur les sites d'enseignement

- Mobiliser des financements complémentaires pour la pérennisation de l'action :

- Engager un partenariat avec les mutuelles, les groupes de prévoyance (budget prévention des mutuelles ou appels à projets des mutuelles).

- Envisager un partenariat avec la CPAM



Cible visée

- Formation de 10 formateurs pour déployer la formation en milieu étudiant (5 formateurs en 2021-2023 puis 5 formateurs supplémentaires)

- Atteindre 1 000 personnes formées sur l'Université de Lyon au cours du PTSM (250 étudiants et professionnels en 2021-2023 puis 250 étudiants et professionnels par an)

Objectif 2/2 : Déployer la formation auprès de chacun des autres publics cibles

Ces publics, ciblés en fonction des besoins énoncés lors de la phase de diagnostic partagé, sont :

- Les acteurs du secteur social : travailleurs sociaux des maisons de la Métropole et des maisons du Rhône, bailleurs sociaux et gardiens d'immeubles, professionnels et bénévoles du secteur associatif, notamment des associations d'aide aux personnes en situation de précarité.
- Les acteurs de la politique sociale des collectivités territoriales : professionnels des CCAS, des ateliers santé ville, élus, secrétaires de mairie... en particulier sur les zones isolées
- Les membres des collectifs de personnes concernées et des GEM
- Les professionnels du milieu scolaire : enseignants, administratifs, infirmiers de santé scolaire, directeurs, médecins de santé scolaire, assistants sociaux, conseillers principaux d'éducation (CPE), en lien notamment avec la fiche action « Déstigmatisation »

▪ **Elaborer une stratégie de dissémination pour chaque public cible :**

- Mobiliser les réseaux dans lesquels est inscrit chaque public (la Fédération des acteurs de la solidarité (FAS), le Département, la Métropole, l'Union départementale des CCAS (UDCCAS), l'union régionale des HLM, le SPHEL..) afin qu'ils :

- forment au sein de leur réseau des formateurs PSSM qui pourront disséminer largement l'action
- soutiennent l'inscription de la formation aux PSSM dans les plans de formation ou de développement professionnel continu des structures de leur réseau
- Organisent le soutien et la prise en charge financière par les OPCA¹

- Permettre aux CLSM d'organiser des sessions de formation aux PSSM pour leurs membres (financement nécessaire)

- Le cas échéant, positionner un temps de travail de coordonnateur de la diffusion des PSSM sur le territoire (en charge de la communication/plaidoyer auprès des acteurs, recueil des besoins, orientation vers les centres agréés, mutualisation des sessions de formation...)

¹Organismes paritaires collecteurs agréés : chargés de collecter et gérer les fonds de la formation professionnelle continue

- **Accompagner les publics cibles dans la recherche de moyens de financement** des formations de formateurs et des formations standard

→ Cet accompagnement pourrait faire partie des missions du coordinateur de formation PSSM ou être effectué par des professionnels d'organismes de formation

- Obtenir une enveloppe financière pour la formation des personnes concernées (aucune possibilité de prise en charge au titre de la formation continue)

- Démarcher le Centre national de la fonction publique territoriale (CNFPT) pour le financement

- Débloquer des budgets formation sur appels à projets

- Sensibiliser / engager un partenariat avec les mutuelles, groupes de prévoyance (explorer les pistes de financement par le budget prévention des mutuelles ou les appels à projets des mutuelles).

- Envisager un partenariat avec la CPAM

- Envisager une éligibilité de la formation au Congé Personnel de Formation (CPF), ce qui nécessite un enregistrement au [Répertoire National des Certifications Professionnelles \(RNCP\)](#) ou au [répertoire spécifique](#) - réforme du CPF, par lequel seul des formations qualifiantes sont possibles)



Cible visée

- **Situation de départ** : La formation PSSM est encore peu connue des acteurs ciblés.

- **Résultat attendu** :

- 2 formateurs PSSM formés dans chacune des 3 catégories de public cible : acteurs du secteur social, professionnels du milieu scolaire, acteur de la politique sociale des collectivités territoriales.

- 80 personnes formées chaque année au PSSM standard dans chacune des 3 catégories de public cible (total annuel : 240, sur 5 ans : 1200): acteurs du secteur social, professionnels du milieu scolaire, acteur de la politique sociale des collectivités territoriales.

- En 5 ans, 120 personnes concernées impliquées dans des collectifs et associations de personnes concernées/GEM ont été formées.

- Augmentation du nombre de personnes de chaque public cible en souffrance psychiques repérées et orientées par les personnes formées

- Amélioration du recours aux soins précoces dans chaque public cible



PERIMETRE ET ACTEURS CONCERNES PAR L'ACTION

▪ **Périmètre/champ concerné :**

L'enseignement supérieur, le secteur social, le milieu scolaire, la politique sociale des collectivités territoriales.

▪ **Public concerné :**

- Les étudiants, personnels des universités et apprentis (priorité)
- Les acteurs du secteur social : travailleurs sociaux des maisons de la métropole et maisons du Rhône, bailleurs sociaux/gardiens d'immeubles, les professionnels et bénévoles du secteur associatif, notamment des associations d'aide aux personnes en situation de précarité
- Les professionnels du milieu scolaire : enseignants, administratifs, infirmiers de santé scolaire, direction, médecins de santé scolaire, assistants sociaux, conseillers principaux d'éducation (CPE), en lien notamment avec la fiche action « Déstigmatisation »
- Les acteurs de la politique sociale des collectivités territoriales : CCAS, Ateliers santé ville, élus, secrétaires de mairie... en particulier sur les zones isolées
- Les membres des collectifs de personnes concernées et des GEM

▪ **Schéma descriptif des opérateurs :**

Les acteurs

- Pilotes :
- Université de Lyon
(sous réserve)
 - IRJB

Public visé : les étudiants, acteurs du secteur social, professionnels du milieu scolaire et universitaire, professionnels de l'action sociale des collectivités, GEM, personnes concernées

Opérateurs principaux

COMUE et son service vie étudiante

Union des HLM

UDCCAS

Coordination 69 et CLSM

Fédération des acteurs de la solidarité

Métropole Département

Education nationale

- Portage du projet au sein de l'Université de Lyon
- Animation de l'action et du réseau d'acteurs

- Communication sur les formations PSSM, organisation de la dissémination et de la montée en charge des formations dans leur réseau respectif

Opérateurs contribuant à l'action

CROUS

Associations et syndicats étudiants, BDE

Services de la vie étudiante

Services de santé universitaire

Etudiants relais santé

Formateurs PSSM

- Participation à l'élaboration de la stratégie de déploiement
- Parties prenantes et relais de l'action au sein du milieu universitaire

- Dispensation des formations de base et formations de formateurs



PILOTAGE ET MISE EN ŒUVRE



Identification des pré-requis

- **Acteurs/parties prenantes dont l'engagement est indispensable pour garantir la mise en œuvre de l'action :**

ARS et université de Lyon, pour le financement et le portage de l'action en direction du public étudiant.

- **Autres pré-requis :**

Prise en charge du financement des formations PSSM au titre de la formation continue



Cadre de gouvernance de l'action

- **Au niveau global :**

Université de Lyon pour le déploiement de l'action en milieu universitaire (*sous réserve de validation*)

Institut Jean Bergeret pour le déploiement de l'action auprès des autres publics

- **Le cas échéant, à d'autres niveaux d'acteurs :**

Implication des réseaux dans lesquels sont inscrits les publics cibles (UDCCAS, coordination 69, fédération des HLM,)

- **Modalités de participation des personnes concernées :**

En tant que public cible de la formation aux PSSM, participation au plaidoyer/communication et participation à la gouvernance de l'action.



CALENDRIER DE MISE EN OEUVRE

▪ Temporalité/calendrier de mise en œuvre :

- Volet université de Lyon :

- Validation de l'action et mise en place d'un groupe de travail par l'UDL afin de :
 - Identifier les personnes pertinentes à former dans chaque école et université de la communauté
 - Identifier les écoles et universités souhaitant former des formateurs
 - Mettre en place la stratégie de formation
- Signature d'une convention UDL/ARS
- Inscription de la formation PSSM dans le schéma directeur de la vie étudiante

▪ Scénario de déploiement (indicatif) :

- **2021-2023** : formations prioritaires en direction de l'écosystème étudiant (personnes en contact avec les étudiants, dont les étudiants relais santé, les référents vie étudiante,..)

Utilisation proposée de l'enveloppe ARS : 10 000 euros pour la formation de formateurs / 40 000 euros pour la formation de base, à raison de 15 personnes par groupe pour un montant de 2 500 euros => formation de 240 personnes sur 2 ans

Solliciter les établissements pour former les présidents et vice-présidents d'associations en mobilisant la CVEP (contribution à la vie étudiante et de campus)

- **2023** : évaluation/retour d'expérience sur les deux années précédentes

Consolidation et pérennisation de l'action via le recrutement d'un ETP formateur/coordonnateur

2020

- Validation politique de l'action
- Mise en place d'un groupe de travail par l'UDL

2021-2022

- Janvier-juin : élaboration de la stratégie de formation
- A partir de la rentrée universitaire 2021 : formation de 5 formateurs et 240 étudiants et professionnels sur l'enveloppe ARS de 50 000 euros

2023

- Bilan des 2 années de déploiement
- Recrutement d'un formateur/coordonnateur pour poursuivre le déploiement des formations

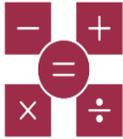
2024

- Poursuite des formations

2025

- Total de 1 000 personnes formées

- Former 2 formateurs et 80 personnes par an pour chacun des 3 publics suivants : acteurs du secteur social, professionnels du milieu scolaire, acteurs des politiques sociales des collectivités territoriales.
- Former 120 personnes concernées sur 5 ans dans le cadre de la formation à destination des collectifs et associations de personnes concernées/GEM
- Former 10 personnes par CLSM du territoire



RESSOURCES

- **Ressources nécessaires : (humaines, financières, matérielles, de formation...) :**

Pour la mise en œuvre de l'action :

Ressources de structuration/lancement/communication

Pour le fonctionnement courant de l'action :

Temps de coordinateur formation PSSM

Financement des formations à destination du public étudiant et des personnes concernées

- **Ressources mobilisables (déjà existantes / y compris par transformation) et provenance :**

- 50000 euros de fonds ARS bloqué pour la mise en place des formations PSSM auprès des étudiants, à ventiler sur 2021 et 2022 : 10 000 euros pour la formation de formateurs, 40 000 euros pour la formation standard.

- Pour la formation des étudiants, une partie du financement peut être couvert par la contribution à la vie étudiante et de campus (CVEC) payée chaque année par les étudiants.

- Financements disponibles au titre de la formation continue pour les autres publics

- **Ressources complémentaires :**

- Financement d'un poste de formateur et coordinateur du déploiement de la formation auprès du public étudiant à partir de 2023 : **37 406 euros/an** (base de rémunération de 1800 euros net mensuels, statut non cadre)

- Enveloppe financière ARS nécessaire pour la formation des personnes concernées (personnes impliquées dans les collectifs et instances d'expression + personnes concernées des GEMs et associations de personnes concernées) : **30 000 euros** (120 participations à la formation standard de 250 euros)

- Enveloppe financière ARS nécessaire pour l'organisation d'une formation par les CLSM auprès de 10 personnes par CLSM du territoire : **25 000 euros**

- Financement d'un poste ou temps de travail de coordinateur de déploiement de la formation auprès des autres publics, sur 5 ans, 0.5 ETP : en charge de la diffusion des PSSM sur le territoire (communication/plaidoyer auprès des acteurs, recueil des besoins, orientation vers les centres agréés, mutualisation des sessions de formation...) : **18 703 euros/an** (base de rémunération de 1800 euros net mensuels sur une base temps plein, statut non cadre)



EVALUATION

▪ Indicateurs de processus :

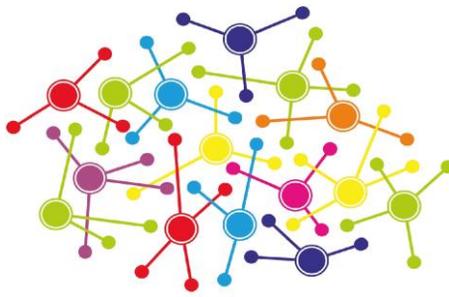
- Nombre de formateurs PSSM formés pour déployer la formation auprès des étudiants
- Nombre de formateurs PSSM formés pour déployer la formation auprès des autres publics cibles (détailler par public cible)
- Nombre d'étudiants et taux de couverture des étudiants formés à la formation standard
- Nombre de professionnels de l'écosystème étudiant formés à la formation standard
- Nombre et taux de couverture des acteurs formés à la formation standard dans le secteur social, milieu scolaire, acteurs de la politique sociale des collectivités territoriales

Source : tableau de suivi/recueil annuel

▪ Indicateurs d'impact :

- Evolution du nombre d'étudiants en souffrance psychiques repérés et orientés par les personnes formées
- Evolution des capacités de repérage, de contact/lien et d'orientation pour les secouristes formés
- Niveau de bien être des personnes formées
- Satisfaction des personnes formées
- Amélioration du recours aux soins précoces dans chaque public

Source : questionnaire auprès des personnes formées 1 an après la formation



Le projet territorial de **santé mentale** du Rhône

FICHE ACTION

DÉFINIR UN CADRE COMMUN D'ORGANISATION, DE PILOTAGE ET D'ÉVALUATION DES CMP (PSYCHIATRIE ADULTE ET INFANTO-JUVÉNILE)

Pilote : Communauté psychiatrique de territoire



DESCRIPTION SUCCINCTE DE L'ACTION

L'objectif de cette fiche est de définir, mettre en œuvre et évaluer un socle commun de fonctionnement et d'organisation des CMP sur l'ensemble du territoire, qui corresponde à des critères de qualité souhaitables pour les usagers et garantisse transparence et équité de traitement.

Elle prendra appui sur les meilleures pratiques organisationnelles déjà en place sur le territoire. Elle s'appuiera également sur les modalités de proactivité vis-à-vis des files actives déployées pendant la crise COVID.

Nota : il ne s'agit pas de mettre en place une organisation et un fonctionnement uniformes des CMP sur le territoire, mais de définir et de mettre en place des règles et pratiques communes sur des éléments clefs du parcours du patient (entrée dans les soins, prévention des ruptures..), dont découleront des améliorations notables pour les usagers.



RAPPEL ARGUMENTAIRE

Le développement de l'ambulatoire constitue aujourd'hui un enjeu majeur en matière de prise en charge des personnes nécessitant des soins psychiatriques. Dans ce contexte, les CMP* constituent le centre de gravité du dispositif de soins psychiatriques des établissements assurant la mission de service public. On constate cependant une importante hétérogénéité de leurs modes de fonctionnement respectifs, qui entraîne un manque de lisibilité pour les personnes concernées et les partenaires et majore les ruptures de parcours.

Par ailleurs, les règles adoptées par les EPSM sur l'accès aux soins des personnes sans domicile (rotation entre les établissements selon une procédure de « tour de SDF ») conduisent à proposer des suivis ambulatoires sur des structures éloignées des lieux de vie des personnes, majorant fortement les difficultés d'inscription dans un parcours de soins.

Il apparaît ainsi nécessaire de repenser l'organisation et le pilotage des CMP afin :

- de répondre efficacement à la demande ;
- de mettre en place des mesures de prévention et un traitement proactif des risques de ruptures de soins.

*Les centres médico-psychologiques font partie des équipements des secteurs de psychiatrie générale et de psychiatrie infanto-juvénile, travaillant en coordination avec l'ensemble des autres structures de soins des secteurs.



OBJECTIFS STRATEGIQUES ET OPERATIONNELS



Objectif(s) stratégique(s) selon les 6 ambitions et les résultats attendus :

- Assurer une équité de traitement entre les personnes sur tout le territoire
- Diffuser les meilleures pratiques organisationnelles
- Permettre un accès précoce aux soins psychiques en augmentant la lisibilité et l'efficacité du traitement des demandes de soins adressées aux CMP
- Prévenir et traiter les ruptures de parcours
- Garantir le partage d'information avec les autres acteurs du parcours



Objectif opérationnel global :

Elaborer des règles communes départementales d'organisation du parcours et de la prise en charge des patients par les CMP, en tenant compte des meilleures pratiques existant sur le territoire, intégrant :

- Un socle organisationnel et de pratiques des CMP (accueil des demandes, prévention des ruptures, interfaces avec les partenaires et les proches..)
- Les modalités de pilotage (définition d'indicateurs)



Cible visée

- **Situation de départ** : Les CMP fonctionnent selon des règles hétérogènes le plus souvent propres à chacun.
- **Résultat attendu** :
 - Fin 2021 : les règles de suivi par les CMP des personnes sans domicile sont redéfinies et mises en place
 - En 2025, 90 % des CMP ont mis en place les règles communes et le tableau de bord



Objectifs opérationnels reliés :

Objectif 1/6 : Définir les modalités et le parcours d'accès au CMP

Éléments à définir et à intégrer dans les règles communes :

- Modalités d'accueil, d'analyse et de traitement des demandes ou des alertes émanant des tiers* (aidants, travailleurs sociaux, ..) (en lien avec la fiche sur le circuit des alertes)
- Modalités de traçabilité des premières demandes et des premiers accueils (ouverture du dossier...)
- Modalités d'évaluation du niveau de risque pour le patient (grille d'évaluation commune)
- Règles de gestion des agendas** pour les prises de rendez-vous
- Critères de priorisation des rendez-vous, en considérant notamment :
 - Les jeunes de 16-25 ans (cf fiche Premiers épisodes psychotiques)
 - Les sorties d'hospitalisation
 - Le besoin d'accès privilégié au CMP pour les patients orientés par un médecin généraliste, un pédiatre, les médecins scolaires et médecins de PMI pour les enfants, les MAIA pour les personnes âgées, les EMPP pour les personnes sans domicile fixe.
- Modalités d'organisation de plages de soins non programmés
- Modalités d'accueil de l'entourage et des accompagnants

Outils communs à construire :

- Fiche « 1ère demande » commune à l'ensemble des CMP, accompagnée d'un arbre décisionnel d'analyse de la demande (critères partagés de réponse à la demande en fonction du degré d'urgence / de gravité)
- Fiche de suivi de chaque demande et procédure de gestion de la liste d'attente

*Le rôle du tiers dans l'accès aux soins des personnes souffrant de troubles psychiques est reconnu comme fondamental dès la loi de 1838.

**Ce point, qui recouvre l'ouverture des agendas des professionnels des CMP, est jugé crucial pour une organisation efficace des structures.



Objectifs opérationnels reliés :

Objectif 2/6 : Améliorer la gestion des files actives et du parcours patient par une meilleure programmation et organisation du parcours de soins (ne pas générer de la chronicité)

Éléments à définir et à intégrer dans les règles communes :

- Formalisation systématique d'un projet de soins personnalisé pour chaque personne prise en charge, prévoyant une séquence de soins sur une durée définie, avec des objectifs précis et des modalités d'évaluation de leur atteinte. Il est construit avec le patient et partagé avec ses proches/accompagnateurs et les autres acteurs intervenant dans le parcours.
- Intégration des pratiques de réhabilitation le plus tôt possible dans la prise en charge (cf fiche action ad hoc)
- Modalités de prise en compte de la santé physique (identification sur le CMP d'une ressource d'évaluation de la santé globale/éducation à la santé)
- Anticipation et travail des relais avec les médecins généralistes :
=>Définir et partager avec les médecins généralistes du territoire les modalités d'organisation du passage de relais incluant :
 - la transmission du projet personnalisé au médecin généraliste dès le début de la séquence de soins, après échanges avec le patient.
 - la définition des modalités du passage de relais (espacement progressif des rendez-vous en CMP, organisation d'une réunion synthèse par téléphone associant la personne concernée, le psychiatre et le médecin généraliste..)
 - la valorisation de cette activité (cotation de la synthèse avec le médecin généraliste)
- Identification des autres partenaires susceptibles de faire relais sur le territoire et définition avec eux des modalités de relais :
 - Les acteurs sociaux
 - Les GEM
 - Les accueils et centres de jour
 - Les ESMS



Objectifs opérationnels reliés :

Objectif 3/6 : Définir et déployer une stratégie de prévention et de traitement proactif des risques de ruptures de soins (« perdus de vue »)

Éléments à définir et à intégrer dans les règles communes :

- Mise en place du rappel des rendez-vous par SMS
- Modalités d'accueil, d'analyse et de traitement des alertes concernant des patients connus (en lien avec la fiche sur le circuit des alertes)
- Identification et traçabilité des rendez-vous non honorés et procédure de traitement (appel téléphonique au patient, à son médecin traitant voire à son entourage – GEM, travailleurs sociaux, personne de confiance, etc. ; visite à domicile/sur le lieu de vie en cas de risque élevé)
- Capitalisation sur les pratiques de crise COVID : revue régulière de la file active suivie et catégorisation du niveau de risque de chaque personne suivie.
- Procédure de rappel des patients passés aux urgences (UPRM, Villefranche, Tarare) et non hospitalisés
- Redéfinition des règles de délais entre CMP en cas de déménagement (délais actuels facteurs de ruptures) et définition d'une procédure de transmission du dossier patient



Objectifs opérationnels reliés :

Objectif 4/6 : Redéfinir les règles de suivi ambulatoire des personnes sans domicile (notamment suite à une expulsion)

Éléments à définir et à intégrer dans les règles communes :

- Modalités permettant un suivi ambulatoire des personnes sans domicile par le CMP de proximité afin de réduire les ruptures de soins
- Définition des modalités d'articulation avec les acteurs sociaux pour l'accompagnement vers le CMP.

Méthode proposée :

- Groupe de travail CPT impliquant l'ARS et la DRDJSCS (pour avoir une idée de la situation géographique des lieux d'hébergements) et les acteurs de terrain de la précarité (EMPP, PASS Psy..) afin de mettre en place un protocole de répartition des publics validé par l'ARS qui prenne en compte la charge de travail des hôpitaux et CMP, mais aussi le bassin de vie du public accueilli, pour améliorer l'accès aux soins
- Renforcer les ressources des CMP qui prennent en charge le plus de personnes en situation de grande précarité (indicateur sur le taux de précarité de la patientèle à intégrer systématiquement au moment de l'analyse de l'activité des CMP).



Objectifs opérationnels reliés :

Objectif 5/6 : Définir et suivre un tableau de bord partagé des CMP destiné à suivre et évaluer la mise en place des règles communes dans les CMP du territoire

Objectif 6/6 : Améliorer le partage d'informations avec les autres acteurs du parcours (notamment application du décret de 2016)

- Systématiser le recours à la messagerie sécurisée MonSisra pour communiquer avec les autres professionnels de santé impliqués dans le parcours du patient (cf fiche action sur la collaboration psychiatrie/médecine générale)
- Partager le projet personnalisé, dont le plan de crise conjoint entre l'ensemble des acteurs intervenant dans le parcours



PERIMETRE ET ACTEURS CONCERNES PAR L'ACTION

- **Périmètre/champ concerné :**

Psychiatrie de service public adulte et infanto-juvénile : tous les CMP des 3 établissements de psychiatrie de service public (CH Le Vinatier, CH de Saint Jean de Dieu, CH de Saint Cyr au Mont d'Or)

- **Public concerné :** les personnes suivies par les CMP

- **Opérateurs principaux :**

- Les professionnels des CMP
- Les responsables médico-soignants des 3 EPSM (PCME, direction des soins, chefs de pôle, cadre supérieurs de santé, responsables de secteur, cadres de proximité...)

- **Opérateurs contribuant à l'action :**

- Plateforme LIVE, pour le partage des bonnes pratiques sur les processus (enregistrement et suivi des demandes par exemple) et la gestion des alertes

- Les DIM et direction des systèmes d'information, pour la mise en place du tableau de bord commun

- Acteurs sociaux investis sur le champ de la précarité (associations, centres d'hébergement, EMPP, ...etc.) pour la collaboration sur le suivi des personnes sans domicile fixe

- La DRDJSCS et l'ARS pour le travail sur le suivi ambulatoire des personnes sans domicile fixe

Les acteurs

Pilote : CPT

Opérateurs principaux

Public visé : les personnes suivies en CMP et leurs proches

Les professionnels des CMP

Les responsables médico-soignants des 3 EPSM

- *Co-construction et mise en œuvre des règles et procédures communes*

- *Portage institutionnel de la démarche dans l'établissement, les pôles et secteurs*

Opérateurs contribuant à l'action

Plateforme LIVE

DIM et Directions du système d'information

Acteurs sociaux investis sur le champ de la précarité

ARS et DDCCS

- *Partage des bonnes pratiques sur les processus*

- *Mise en place du tableau de bord commun*

- *Collaboration sur le suivi des personnes sans domicile fixe*

- *Travail sur le suivi ambulatoire des personnes sans domicile*



PILOTAGE ET MISE EN ŒUVRE



Identification des pré-requis

- Cohésion forte des hôpitaux du territoire indispensable sur cette question, via un COPIL dépendant de la CPT, auquel doivent participer les personnes concernées.
- Portage institutionnel
- Communication interne et externe
- Engagement des chefs de pôle
- Accompagnement de terrain à la mise en œuvre
- Evaluations régulières des nouvelles modalités d'organisation et de fonctionnement pour s'assurer de leur efficacité et réajuster en cas de besoin
- Répartition des ressources permettant de garantir le même panier de services sur tout le territoire



Cadre de gouvernance de l'action

- **Au niveau global** : Bureau de la CPT
1 référent du projet pour la psychiatrie d'adultes et 1 référent pour la psychiatrie infanto-juvénile
- **Le cas échéant, à d'autres niveaux d'acteurs** :

Dans chaque établissement : la direction, la présidence de CME, la direction des soins, les chefs de pôle

▪ **Modalités de participation des personnes concernées :**

Nécessaire intégration de personnes concernées (et de l'UNAFAM) aux travaux sur la mise en place de l'action (groupe de travail CPT) et au comité de suivi de l'action

▪ **Mise en œuvre :**

La conduite opérationnelle du projet aura deux volets distincts :

- D'un côté, les CMP de psychiatrie générale
- De l'autre, les CMP de psychiatrie infanto-juvénile

Un dialogue constant entre ces deux volets sera organisé afin de garantir une cohérence globale du projet et d'organiser les points de connexion nécessaires.

Il conviendra dans la conduite du projet de mettre prioritairement en exergue les pratiques organisationnelles exemplaires présentes sur le territoire, afin de les reconnaître et d'envisager leur prise en compte dans le socle commun.

L'appui se fera aussi sur le guide MEAH 2008 L'organisation des centres médico-psychologiques - guide de bonnes pratiques organisationnelles

<http://ressources.anap.fr/parcours/publication/2495>



CALENDRIER DE MISE EN OEUVRE

▪ Temporalité/calendrier de mise en œuvre :

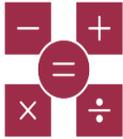
Déploiement très progressif à prévoir sur toute la durée du PTSM, en commençant par quelques règles et en procédant par extension successive chaque année.

- Fin 2021 : De premières règles et outils communs sont définis et un premier tableau de bord mis en place
- Fin 2022 : les règles et le tableau de bord sont mis en place par 30 % des CMP
- Fin 2013 : 50%
- Fin 2014 : 70 %
- Fin 2015 : 90 %

Les CMP recueillent et partagent des indicateurs communs de suivi et de pilotage : 50 % en 2022, 75 % en 2023, 90 % en 2024

▪ Scénario de déploiement (incluant étapes et cibles intermédiaires) :

Commencer par les modalités en liens avec autres fiches du PTSM et par éléments de capitalisation sur la crise COVID



RESSOURCES

- **Ressources nécessaires : (humaines, financières, matérielles, de formation...) :**

Pour la mise en œuvre de l'action :

Ressources de gestion de projet et d'accompagnement

Pour le fonctionnement courant de l'action:

- **Ressources mobilisables (déjà existantes / y compris par transformation) et provenance :**

Les professionnels des CMP.

- **Ressources complémentaires :**



EVALUATION

Préoccupation forte du Collectif des personnes concernées : comment amener les CMP à appliquer ce qui figurera dans la fiche action, comment les CMP vont remonter les données, et comment évaluer la mise en œuvre.

▪ Indicateurs de processus :

- Mise en place d'un **tableau de bord de pilotage** pour l'ensemble des CMP du Rhône.

Exemples d'indicateurs pouvant être définis, en précisant à chaque fois la valeur initiale et la valeur cible :

- Nombre d'heures d'ouverture hebdomadaires
- Provenance des demandes de prise en charge (patient, familles, partenaires...)
- Délais de premier rendez-vous
- Délais avant avis médical
- % de CMP pratiquant le rappel automatique des rendez-vous
- % de CMP ayant mis en place une procédure de gestion de la file active (revue régulière, catégorisation du niveau de risque)
- Taux d'absence aux rendez-vous
- % de sorties d'hospitalisation préparé en amont par l'équipe du CMP (visite du patient ou visio)
- Délais moyen de rdvs en sortie d'hospitalisation
- Taux de rotation de la file active / évolution de la file active (dont taux de nouveaux patients)
- % de patients « perdus de vue » / de rupture de soins
- Durée moyenne de prise en charge
- Taux de précarité des patients pris en charge / taux de CMP prenant en charge des personnes SDF et nombre de personnes concernées
- Nombre de relais faits avec un médecin généraliste

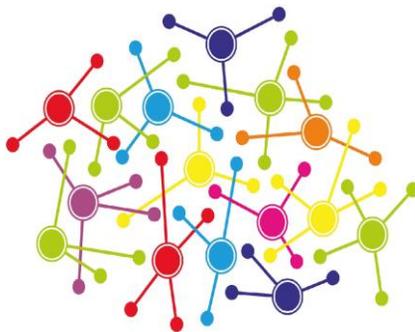


EVALUATION

- **Indicateurs d'impact :**

- Degré de satisfaction des personnes prises en charge et des partenaires
- Niveau de satisfaction des professionnels des CMP
- Taux de patients hospitalisés en urgence sans suivi par le CMP depuis 2 mois
- Amélioration de l'efficacité des CMP (gains d'efficacité)

Possibilité de prévoir une auto-évaluation de leurs pratiques par chaque CMP.



Le projet territorial de **santé mentale** du Rhône

FICHE ACTION

Développer les dispositifs de collaboration et de suivi partenarial psychiatrie/médecine générale et structurer le premier recours en santé mentale autour des soins primaires (CPTS)

Pilote : CPT/URPS médecins



DESCRIPTION SUCCINCTE DE L'ACTION

Les difficultés de collaboration entre professionnels du premier recours et professionnels de la psychiatrie sont à l'origine de pertes de chances pour les personnes concernées (retard d'accès aux soins, pathologies somatiques non traitées, difficultés de suivi des pathologies chroniques, défaut d'accès à l'éducation à la santé et à la prévention, etc.)

Sur la base de ce constat, il s'agit de mettre en place une collaboration opérationnelle sur les territoires entre les médecins généralistes et les professionnels de la psychiatrie, dans une logique de réciprocité de services et de fluidité/qualité du parcours.



OBJECTIFS STRATEGIQUES ET OPERATIONNELS



Objectif(s) stratégique(s) selon les 6 ambitions et les résultats attendus :

- Améliorer l'accès aux soins psychiques des personnes orientées par leur médecin généraliste, dans une logique partenariale et graduée
- Permettre la prise en compte coordonnée de l'ensemble des problématiques de santé, somatiques et psychiques / améliorer l'accès aux soins somatiques des personnes souffrant d'un trouble psychique grave afin d'améliorer leur espérance de vie en bonne santé
- Permettre l'accès des personnes concernées à un parcours de soins somatique dans le droit commun, comme tout citoyen
- Renforcer la capacité d'agir des personnes concernées en matière d'accès aux soins grâce à des prises en charge conjointes médecine générale - psychiatrie orientées vers la mobilisation des compétences de ces personnes
- Agir sur le manque de lisibilité des circuits et la dispersion des pratiques en définissant un socle commun de pratiques
- Définition des services réciproques attendus (cf tableau fait pour réunion URPS, en annexe)



Objectif 1/4 : Mettre en place des dispositifs partenariaux spécifiques psychiatrie-médecine générale sur chaque territoire, dans une logique de réciprocité

- **Action visée** : Sur chaque territoire, des modalités spécifiques de collaboration visant à offrir les services décrits dans le tableau en annexe sont définies et mises en œuvre entre acteurs psychiatriques et médecins généralistes.
- **Privilégier une logique de subsidiarité** : choix des modalités spécifiques de collaboration au niveau des territoires, pour tenir compte des organisations existantes et des modes de structuration de l'offre de soins de premier recours
- **Socle commun à partager** :
 - déploiement de CORESO¹ ou d'une organisation inspirée de CORESO (évaluation ambulatoire des besoins de soin somatique dans une optique d'éducation à la santé et orientation vers un médecin généraliste, dans le respect des choix de la personne) pour l'inscription dans un parcours de soin somatique de droit commun des personnes dépourvues de médecin généraliste traitant
 - recours à la messagerie sécurisée Mon Sisra pour les échanges croisés sur les prises en charge
 - appui sur la télépsychiatrie et les télé-échanges (capitalisation sur la période COVID)

Exemples de dispositifs partenariaux envisageables selon les territoires :

- Mise en place d'une plateforme ou d'une ligne téléphonique dédiée aux médecins généralistes (un dispositif de ce type par établissement ou un dispositif unique pour l'ensemble du territoire)
- Dispositif d'équipe mobile de psychiatrie en soutien aux professionnels de santé de ville
- Mise en place de créneaux horaires dédiés aux patients orientés par les médecins généralistes au sein des CMP
- Utilisation des infirmiers de pratique avancée dans un rôle de coordination avec le premier recours
- Mise à disposition de professionnels de la santé mentale au sein des maisons et centres de santé
- Actions de formation continue croisées et réunions de concertation pluri-professionnelles

1 : Dispositif d'accès à un médecin généraliste traitant dans une logique de rétablissement mis en place sur deux secteurs du CH le Vinatier

▪ **Mise en œuvre :**

- Nécessité de définir les territoires de coopération : appui sur les structures d'exercice coordonné et sur les CPTS en cours de structuration.
- Organiser l'essaimage de CORESO ou dispositif proche sur l'ensemble du territoire au bénéfice des patients pris en charge dans les 3 EPSM du Rhône (CORESO = réalisation pour chaque personne dépourvue de médecin généraliste traitant d'un bilan somatique en ambulatoire, suivi de la mise en place d'actions d'éducation thérapeutique individualisées visant à permettre au patient de s'approprier la dimension corporelle et à l'accompagner vers l'accès à un médecin traitant en ville)
- ⇒ Identifier les facteurs de réussite de CORESO
- ⇒ Nécessite de positionner du temps de médecin généraliste des EPSM dans les CMP
- ⇒ En fonction du territoire, possibilité d'imaginer des modalités d'adaptation du dispositif par rapport à son fonctionnement actuel : dispositif sous forme d'équipe mobile en mesure de se déplacer sur différents CMP « pivots », fléchés à l'avance, de réaliser des visites à domicile...
- ⇒ Prévoir l'accès des personnes SDF à ces dispositifs
- ⇒ Selon les financements, organiser l'accès du dispositif aux patients suivis en établissement psychiatrique privé

Mise à disposition d'une palette de modalités de coopération : cf. Guide HAS 2018

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/guide_coordination_mg_psy.pdf

➡ **Cible visée**

▪ **Situation de départ** : pratiques de coordination hétérogènes, peu formalisées

▪ **Résultat attendu** :

- En 2023 : Modalités partenariales définies, communiquées et évaluées pour chaque pôle de psychiatrie
- Inscription de chaque personne suivie en psychiatrie dans une prise en charge par un médecin généraliste
- ⇒ 2023 : 75 % des personnes suivies en psychiatrie consultent un médecin généraliste
- ⇒ 2025 : 95 % des personnes suivies en psychiatrie consultent un médecin généraliste

Objectif 2/4 : Déployer de manière courante les échanges d'information entre médecins généralistes et équipes de psychiatrie par l'usage des outils de communication

- **Action visée** : Déployer les échanges d'information relatifs au suivi des patients entre les équipes de psychiatrie et les médecins généralistes traitant, en mobilisant les outils sécurisés
- **Cahier des charges** :
 - Adressage par le psychiatre d'un courrier systématique au médecin traitant lors de la prise en charge et à chaque changement de traitement et au moins une synthèse annuelle. Ces documents sont également communiqués au patient.

Besoins du médecin généraliste : savoir où le patient en est dans sa prise en charge (diagnostic, niveau de risque, compréhension/acceptation de la maladie, fin de prise en charge..)

- Adressage par le médecin généraliste d'un courrier systématique au psychiatre traitant
- Utilisation systématique par les psychiatres et médecins généralistes de MonSisra, et organisation de l'archivage des courriers dans le DPI
- Utilisation systématique du DMP (dossier médical partagé)

➡ Cible visée

- **Situation de départ** : les échanges d'information dématérialisés sont très peu développés
- **Résultats attendus** :
 - 2023 : Pour 75 % des patients : y a eu un échange d'information dématérialisé dans l'année entre le médecin généraliste et le psychiatre
 - 2025 :
 - L'utilisation de la messagerie sécurisée est inscrite en routine dans 100 % des structures ambulatoires des pôles
 - Pour 95 % des patients, y a eu un échange d'information dématérialisé dans l'année entre le médecin généraliste et le psychiatre

Appui sur les nouveaux indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS) de la HAS sur les prises en charge de psychiatrie en ambulatoire (Coordination ville-hôpital et vigilance sur l'état somatique), à recueillir par chaque établissement :

- Le patient dispose d'un médecin traitant
 - Un échange annuel a lieu entre l'ambulatoire et le médecin traitant
 - Un échange annuel a lieu entre l'ambulatoire et le médecin généraliste
 - Des démarches sont entreprises pour trouver un médecin traitant pour les patients qui en sont dépourvus
-
- **Mise en œuvre** :
 - Pouvoir joindre très facilement l'observation médicale présente dans le DPI (dossier patient informatisé) à un courriel.

**Objectif 3/4 : Viser la prise en compte de la santé mentale
dans les objectifs de santé des CPTS (communautés
professionnelles territoriales de santé)**

- **Action visée** : Aller vers les professionnels porteurs des projets de CPTS pour soutenir la prise en compte de la santé mentale dans les projets de santé.

- **Mise en œuvre** :
 - Nécessité d'identifier les nouveaux projets de CPTS dès leur émergence sur les territoires (dès le dépôt de la lettre d'intention auprès de l'ARS)
 - Pour les CPTS déjà constituées, intervenir à l'occasion du processus de révision des projets
 - Demander à l'ARS d'informer le pilote de la fiche des dépôts de lettres d'intention pour mise en relation avec le porteur
 - Permettre aux acteurs de santé mentale du territoire de se mettre en relation avec le promoteur de la CPTS de manière proactive avant le dépôt du projet

 **Cible visée**

- **Résultats attendus** : en 2025 : 80 % des projets de CPTS intègrent une dimension santé mentale

Objectif 4/4 : Améliorer la formation initiale et continue des professionnels de premier recours en santé mentale

- **Mise en œuvre :**
 - Organisation de formations croisées à destination des internes de psychiatrie et des internes de médecine générale, impliquant les personnes concernées => contacter les coordonnateurs de DES pour intégration dans le cycle d'études
 - Ouverture de journées de stage d'internes en psychiatrie dans des cabinets de médecine générale et vice versa => concerter les coordonnateurs des DES Médecine générale et psychiatrie
 - Réouverture de terrains de stage de santé mentale pour les internes de médecine générale (ARS et département de médecine générale)
 - Créer des outils numériques de formation des médecins généralistes et vice et versa
 - Formation des médecins généralistes au repérage des premiers épisodes psychotiques (Cf fiche action ad hoc)
 - Mise en place d'actions d'information sur la santé mentale à destination des professionnels de premier recours (par le biais des Ateliers Santé Ville par exemple)
 - Organisation de sessions d'information à destination des Dispositifs d'appui à la coordination (DAC) afin qu'ils soient en mesure de mieux orienter en première intention les professionnels de premier recours qui les sollicitent (NB : mise en place des DAC prévue en 2022)



PERIMETRE ET ACTEURS CONCERNES PAR L'ACTION

- **Périmètre/champ concerné :**
 - La médecine générale et les services de psychiatrie ambulatoire
 - La psychiatrie libérale de ville

- **Public concerné :** les patients des médecins généralistes et des structures de psychiatrie ambulatoires

- **Opérateurs principaux** (sur qui reposera à titre principal et opérationnel la réalisation de l'action) :
 - Les établissements de service public en psychiatrie et leurs pôles et secteurs de psychiatrie adulte et infanto-juvénile
 - Les services de psychiatrie ambulatoire privés
 - Les médecins généralistes du territoire
 - Les maisons et centres de santé du territoire

▪ **Opérateurs contribuant à l'action :**

- Les CPTS : inscription d'objectifs relatifs à la santé mentale dans les projets
- Les CLS / CLSM / ASV en tant que promoteurs, soutiens et relais des actions de collaboration entre médecins généralistes et psychiatrie de secteur
- Directions des systèmes d'information : pour le déploiement de la messagerie sécurisée
- Infirmiers Asalée : pour l'éducation à la santé des patients (cabinet du médecin généraliste)
- Psychiatres libéraux
- Les PASS

Les acteurs

Pilotes : URPS
médecins/CPT

Public visé : patients des
médecins généralistes et des
structures de psychiatrie
ambulatoires

Opérateurs principaux

EPSM et leurs pôle
de psychiatrie
adultes et IJ

Services de
psychiatrie
ambulatoire
privés

Médecins
généralistes et leurs
structures d'exercice
coordonné

Maisons et
centres de santé

Opérateurs contribuant à l'action

CPTS

Infirmiers
Asalée

CLS / CLSM /
ASV

DSI

Psychiatres
libéraux

- *inscription d'objectifs relatifs à la santé mentale dans le projet de santé*

- *Education à la santé des patients ayant des troubles psychiques*

- *Promoteurs, soutiens et relais des actions de collaboration entre médecins généralistes et psychiatrie de secteur*

- *Déploiement de la messagerie sécurisée*

PASS



PILOTAGE ET MISE EN ŒUVRE



Identification des pré-requis

- **Acteurs/parties prenantes dont l'engagement est indispensable pour garantir la mise en œuvre de l'action :**
 - Forte implication institutionnelle (direction, présidence de CME, direction des soins, chefs de pôle)
 - Rédaction systématique par les médecins psychiatres de courriers de synthèse pouvant être transmis au médecin traitant => ou possibilité d'extraire les observations médicales consignées dans le DPI



Cadre de gouvernance de l'action

- **Au niveau global :** Au niveau global : CPT / URPS médecins
- **Le cas échéant, à d'autres niveaux d'acteurs :**

Centres de santé médicaux ou polyvalents

- **Modalités de participation des personnes concernées :**

Promotion de l'implication des personnes concernées dans la prise en compte de leur santé physique et le choix d'un médecin généraliste.

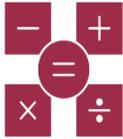


CALENDRIER DE MISE EN OEUVRE

- **Temporalité/calendrier de mise en œuvre :**

- **Scénario de déploiement (incluant étapes et cibles intermédiaires) :**
 - **En 2023 :**
 - ⇒ Modalités partenariales définies, communiquées et évaluées pour chaque pôle de psychiatrie
 - ⇒ 75 % des personnes suivies en psychiatrie consultent un médecin généraliste
 - ⇒ Pour 75 % des patients : y a eu un échange d'information dématérialisé dans l'année entre le médecin généraliste et le psychiatre

 - **En 2025 :**
 - ⇒ L'utilisation de la messagerie sécurisée est inscrite en routine dans 100 % des structures ambulatoires des pôles
 - ⇒ 95 % des personnes suivies en psychiatrie consultent un médecin généraliste
 - ⇒ Pour 95 % des patients, y a eu un échange d'information dématérialisé dans l'année entre le médecin généraliste et le psychiatre
 - ⇒ 80 % des projets de CPTS intègrent une dimension santé mentale



RESSOURCES

- **Ressources nécessaires : (humaines, financières, matérielles, de formation...) :**

Pour la mise en œuvre de l'action :

Ressources d'accompagnement des équipes à la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des modalités de collaboration

Pour le fonctionnement courant de l'action :

Ressources nécessaires pour le fonctionnement d'un dispositif de type CORESO sur chaque secteur psychiatrique :

- 0,3 ETP de médecin généraliste
- 0,5 ETP d'infirmier
- Temps de secrétariat

=> ETP nécessaires sur les 11 secteurs de psychiatrie d'adultes (6 Vinatier, 3 Saint Jean de Dieu, 2 Saint Cyr) :

- 3,3 ETP médecins généralistes
- 5,5 ETP IDE

= 680 000 euros

- **Ressources mobilisables (déjà existantes / y compris par transformation) et provenance :**

- Messagerie sécurisée MonSIsra
- Ressources de coordination des CPTS

- **Ressources complémentaires :**

Financement des dispositifs ambulatoires d'évaluation de la santé somatique et d'orientation vers un médecin généraliste



▪ Indicateurs de processus :

- Nombre d'échanges sur SISRA/personne suivie/an
- Délai d'accès à une prise en charge en psychiatrie sur orientation du médecin généraliste
- Niveau de satisfaction des partenaires
- Résultats des indicateurs IQSS :

⇒ Le patient dispose d'un médecin traitant

⇒ Un échange annuel a lieu entre l'ambulatoire et le médecin traitant

⇒ Un échange annuel a lieu entre l'ambulatoire et le médecin généraliste

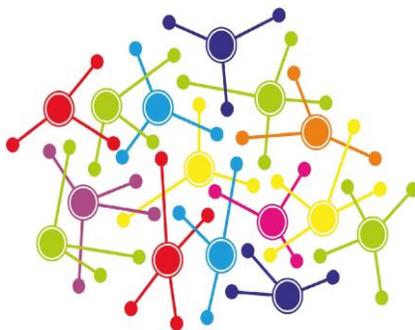
⇒ Des démarches sont entreprises pour trouver un médecin traitant pour les patients qui en sont dépourvus

▪ Indicateurs d'impact :

- Réalisation d'un suivi de cohorte sur des patients des 3 EPSM
- Evolution des hospitalisations somatiques (MCO) des personnes suivies en psychiatrie
- Niveau de satisfaction des personnes sur leur état de santé global

ANNEXE : TABLEAU DES SERVICES RECIPROQUES ATTENDUS

Enjeux	Demandeur principal du service	Services à mettre en place	Ex. de modalités opérationnelles
Accès aux soins psychiatriques des patients suivis en médecine générale/soutien à la médecine générale pour la prise en charge des patients souffrant de troubles psychiques	Médecins généralistes	<ul style="list-style-type: none"> - Lisibilité sur le type d'acteur/service psychiatrique à solliciter en fonction de la nature de la problématique - Accès à un avis psychiatrique (initiation d'un traitement, conduite à tenir..) - Accès à une prise en charge psychiatrique dans des délais compatibles avec l'état du patient (patients évalués par le médecin généraliste) - Accès à un suivi psychothérapeutique 	<ul style="list-style-type: none"> - Dispositifs de soins partagés - Messagerie dédiée pour la demande d'avis - Interventions d'IPA, d'IDE ou de psychologues de secteur dans les cabinets de ville / les structures d'exercice coordonné (sous forme d'équipe mobile ?) - RCP conjointes (dans le cadre de CPTS ? Par visioconférence pour faciliter leur réalisation ?) - Grilles d'évaluation partagées - Hotline
Accès des personnes ayant des troubles psychiques à un médecin traitant	Professionnels de la psychiatrie	<ul style="list-style-type: none"> - Accès à un médecin traitant des patients suivis en psychiatrie qui en sont dépourvus 	<ul style="list-style-type: none"> - Dispositif CORESO
Suivi coordonné psychiatrie/médecine générale des patients ayant des troubles psychiques	Les deux	<ul style="list-style-type: none"> - Echanges réciproques d'information sur le suivi psychiatrique et le suivi somatique : transmission des bilans, des modifications de traitement... etc - Prise en charge collaborative sur les suivis très complexes 	<ul style="list-style-type: none"> - Messagerie sécurisée - RCP conjointes - Télémédecine pour demandes d'avis croisés (Psy=>médecin généraliste et médecin généraliste=>psy) - Pour les suivis très complexes RDVS conjoints (MG/IDE psy..), case management.. - Déploiement de la « carte de coordination des soins » mise en place par les URPS afin de faciliter la prise en charge coordonnée d'un patient entre l'hôpital et la ville lors du retour à domicile : outil permettant aux professionnels hospitaliers d'identifier les principaux professionnels de santé libéraux intervenant auprès du patient (médecin traitant, IDE, pharmacien, etc.) - Partage du plan de crise conjoint



Le projet territorial de santé mentale du Rhône

FICHE ACTION

Définir les circuits d'alerte et de traitement des alertes sur le territoire

Pilote : CPT



DESCRIPTION SUCCINCTE DE L'ACTION

Décrire de manière opérationnelle et transparente pour les acteurs du territoire le circuit d'émission, d'analyse et de traitement des alertes : qui peut émettre une alerte et comment ? comment en est faite l'analyse et quelles sont les modalités opérationnelles de réponse ?

En assurer la mise en œuvre opérationnelle et l'évaluation du fonctionnement.

Les 3 phases clef du circuit de l'alerte sont :

- **L'émission de l'alerte** (objectifs : que l'alerte soit correctement formulée, avec les bonnes informations ; qu'elle soit envoyée en direction du bon interlocuteur)
- **L'analyse/la qualification de l'alerte** (détermination du niveau d'urgence et du niveau de réponse à activer)
- **La réponse opérationnelle à l'alerte** (incluant le retour d'information à l'acteur ayant donné l'alerte)



RAPPEL ARGUMENTAIRE

La non prise en compte des alertes émises par les personnes elles-mêmes ou par des tiers concernant des personnes -qu'elles soient déjà connues ou non de la psychiatrie- qui ne sont pas ou plus en mesure de formuler une demande explicite d'aide, constitue un facteur majeur de dégradation de l'état de santé, de rechute et d'hospitalisation en urgence, trop souvent sous une modalité de soins sans consentement.

Le captage et le traitement des alertes doivent s'appuyer sur une organisation et des modalités d'analyse et de réponse décrites, partagées et évaluées. Ils doivent prendre en compte le faible niveau de connaissance des dispositifs de santé mentale par la population générale.

Cette fiche fonctionne en lien étroit avec les fiches :

- Plateforme territoriale d'accueil et d'orientation*
- Règles d'organisation et de fonctionnement des CMP (pour la traçabilité et la prise en compte des alertes, l'organisation de la revue périodique de la ile active et de la qualification des situations au regard du niveau de risque évalué)*



OBJECTIFS STRATEGIQUES ET OPERATIONNELS



Objectif(s) stratégique(s) selon les 6 ambitions et les résultats attendus :

- Permettre un repérage efficace des situations à risque
- Rendre lisibles et compréhensibles les circuits pour les acteurs de l'ensemble du territoire
- Garantir qu'une réponse est apportée aux alertes
- Fluidifier les circuits, les rendre efficaces, gagner du temps
- Eviter les modes d'entrée dans les soins en urgence et sans le consentement de la personne et prévenir les rechutes



Ambitions du PTSM :

Développer des solutions de prévention et de gestion de la crise ambulatoire



Cible visée :

Les alertes sont prises en compte et reçoivent un traitement adéquat

Situation de départ : le circuit d'alerte n'est pas défini et les alertes ne sont pas toujours traitées

Résultat attendu :

- Les circuits sont définis et sont connus des acteurs du territoire
- Des outils communs sont construits et utilisés
- Un maximum d'alertes sont traitées de manière efficace



Objectifs opérationnels reliés :

Objectif 1/3 : Décrire les circuits d'émission, d'analyse et de traitement de l'alerte pour les différentes situations possibles

Construction du circuit, impliquant le travailler sur :

▪ **L'émission et la réception de l'alerte :**

- **Qui est habilité à émettre une alerte ?** => De manière prioritaire, les acteurs non médicaux suivants : les personnes concernées, les familles, les GEM, le Clubhouse, les bailleurs, les acteurs médico-sociaux et sociaux.
- Quelles sont les **informations utiles et nécessaires** pour permettre la prise en compte d'une alerte ?
- **L'identification des points d'entrée des alertes** => avoir des points d'entrée très clairs et très simples avec capacités d'analyse et d'aiguillage et traçabilité : simplicité /numéro unique recommandé.

Les 4 points d'entrée privilégiés :

- La plateforme territoriale transversale (LIVE ou selon choix fait) (en priorité pour les personnes dont le statut à l'égard d'une prise en charge psychiatrique n'est pas connu)
- Les CMP (en priorité pour les patients connus et en heures ouvrables) => nécessite l'intégration du traitement des alertes dans le fonctionnement quotidien des structures : réception, traçabilité, réponses activables par ex. créneaux de consultation réservés aux soins non programmés,..
- Pour le CH de SJDD : les lignes de crise polaires
- Les services de régulation des EPSM (24h/24) (hors heures ouvrables)

Les CLSM et centres sociaux ne disposant pas de compétences cliniques d'analyse de l'alerte, il sera nécessaire de définir une procédure de transfert sur LIVE et/ou les CMP, et de déterminer les éléments minimum à recueillir auprès du demandeur.

Outils communs à construire :

Grille de repérage, fiche de données simplifiée (nom et téléphone de l'émetteur, nom de la personne concernée, problématique concernée, nom et coordonnées de la personne à contacter au fait du problème)

=> s'inspirer des procédures ESPAIRS et LIVE



Objectifs opérationnels reliés :

▪ L'analyse et la qualification de l'alerte :

- Distinguer les personnes connues de la psychiatrie des personnes non connues*
- Distinguer crise et urgence
- Recherche prioritaire du risque suicidaire (échelle RUD) et de signes de troubles psychiques sévères
- Recherche de l'existence d'un plan de crise
- Pour les personnes non connues : relais dans la communauté sollicitables pour aider à qualifier une alerte : services sociaux, Intermed, environnement scolaire et universitaire, police, PJJ, ...
- Organiser l'accès de la plateforme LIVE aux dossiers patients des établissements de la CPT

Outils communs à construire : grille commune d'analyse et de qualification de l'alerte, modalités de prise d'information auprès des tiers.

Borne maximum pour qualifier une situation : 24h maximum pour les personnes connues de la psychiatrie, 48 heures pour les personnes non connues (3 jours en cas de week-end intercalaire)

*Beaucoup de personnes non connues de la psychiatrie le sont déjà des acteurs sociaux.



Objectifs opérationnels reliés :

▪ Les modalités de mobilisation des réponses

Les réponses (y compris les dispositifs de crise ambulatoires dédiés cf fiche soins ambulatoires de crise) doivent pouvoir être actionnés directement depuis le niveau d'analyse et qualification de l'alerte.

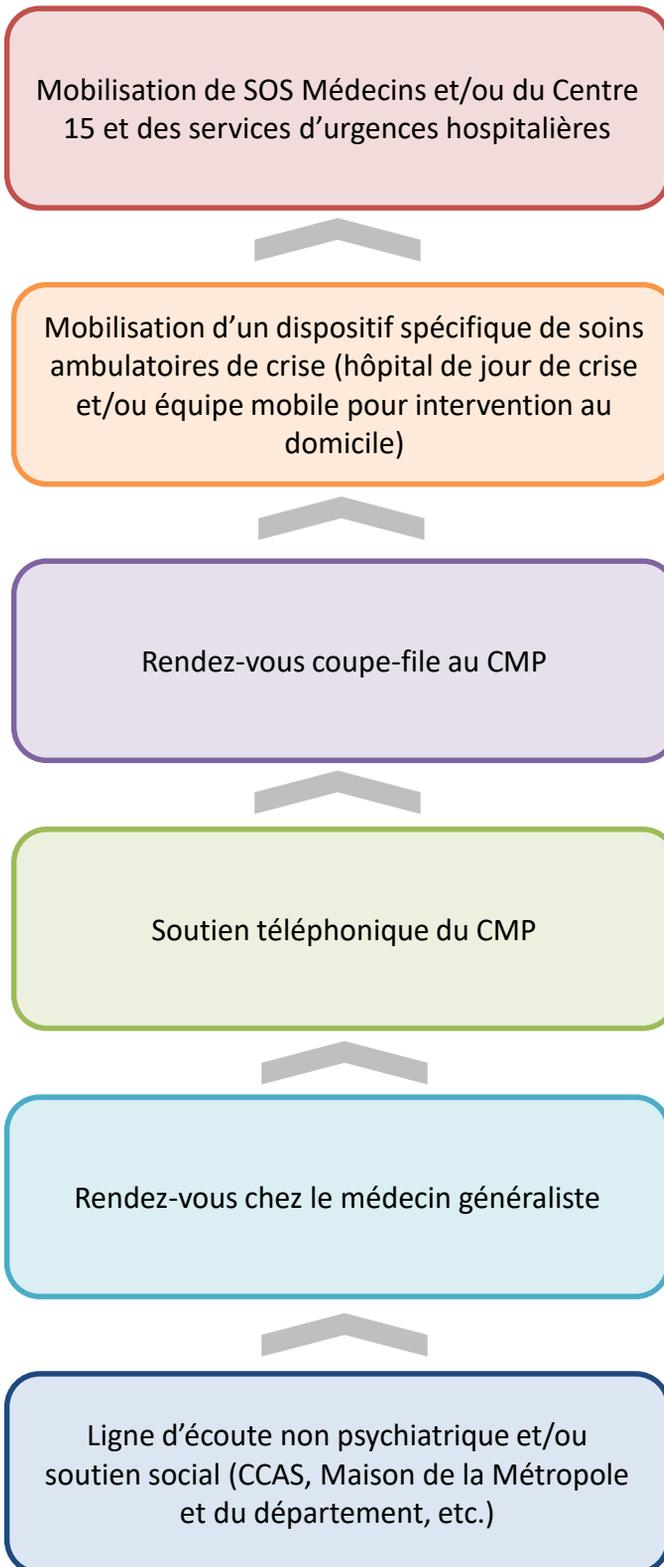
En fonction de la situation clinique identifiée, elle sera psychiatrique ou autre (soutien psychologique, aide sociale...).

Nature et graduation de la réponse en fonction de l'analyse de la situation :

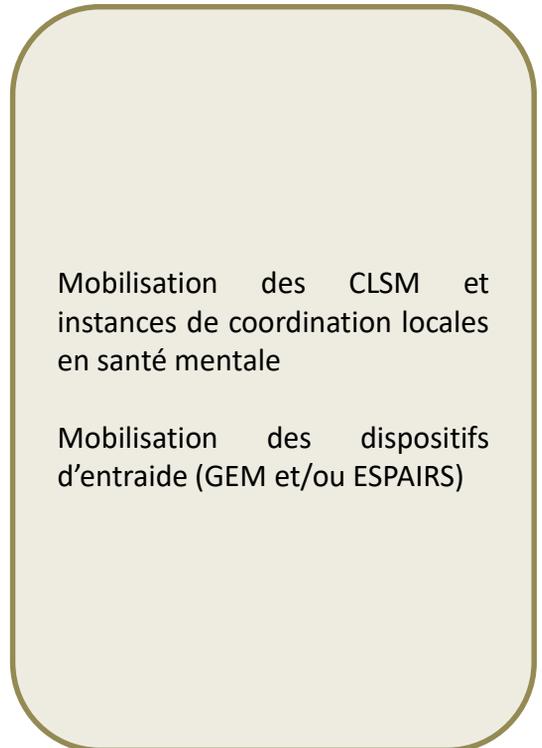
- Soutien social : CCAS / maisons de la métropole et du Rhône
- Besoin d'écoute non psychiatrique (lignes SOS amitié...)
- -Médecin généraliste
- CLSM et instances de coordination locale en santé mentale : situations relatives au maintien dans le logement
- -Entraide : GEM et/ ou ESPAIRS
- -Soutien téléphonique du CMP
- -Rendez-vous coupe file au CMP
- -Aller vers à domicile (y compris visite conjointe avec acteur social)
- -Accès centre de crise de jour ou équipe mobile de crise
- -Intervention psymobile
- -Urgences (Villefranche, HEH, UPRM, Tarare..)
- SOS médecins +/- centre 15

▪ Les modalités de retour d'information à l'émetteur de l'alerte

Gradation de la réponse à l'alerte



Et en parallèle...



Objectif 2/3 : Assurer la mise en place opérationnelle et l'évaluation du circuit d'alerte

Diffusion et communication sur le circuit :

- **Formation des professionnels** (notamment accueillants en CMP) **aux outils définis** : accueil d'une alerte émanant d'une personne tierce, formation au décryptage et à la qualification des alertes
- Diffusion large sur l'ensemble du territoire dont :
 - CPTS / médecins généralistes*
 - Education nationale, enseignement supérieur
 - Médecine du travail
 - Acteurs sociaux
 - Acteurs de l'accompagnement médico-social
 - Mairies, élus
 - Maisons du Rhône et de la Métropole
 - CAF, MSA
- **Formation sur le circuit d'alerte** : mettre à disposition du territoire une fiche technique simple de description des principaux signes d'alerte et une fiche descriptive du circuit sous forme d'arbre décisionnel (un recto/verso) : distinguer si la personne est connue ou pas, si elle est consentante ou pas.
- Ajout de la formation au circuit d'alerte territorial dans la formation aux PSSM et les modules d'aide aux aidants (BREF)
- Explication du circuit dans le dialogue médecins/famille lors des rendez-vous familiaux.

Objectif 3/3 : Garantir des réponses d'aller vers pour les personnes non connues ou en rupture prolongée de soins refusant une démarche de soin

- Garantir la disponibilité d'une équipe mobile formée au travail « d'aller vers » : Psymobile ou autre équipe territoriale



PERIMETRE ET ACTEURS CONCERNES PAR L'ACTION

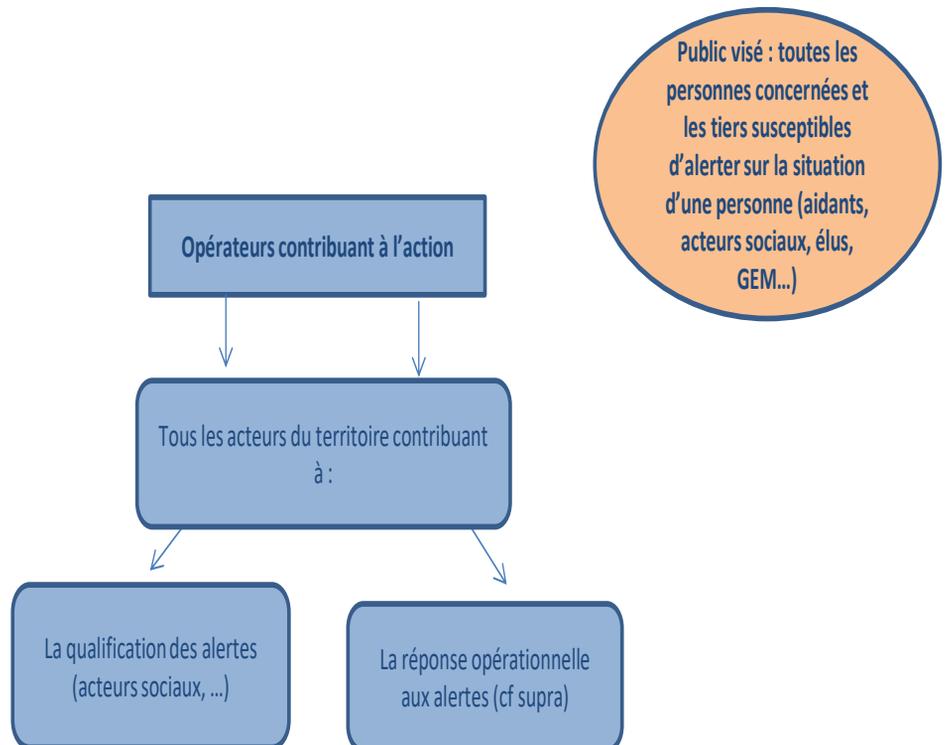
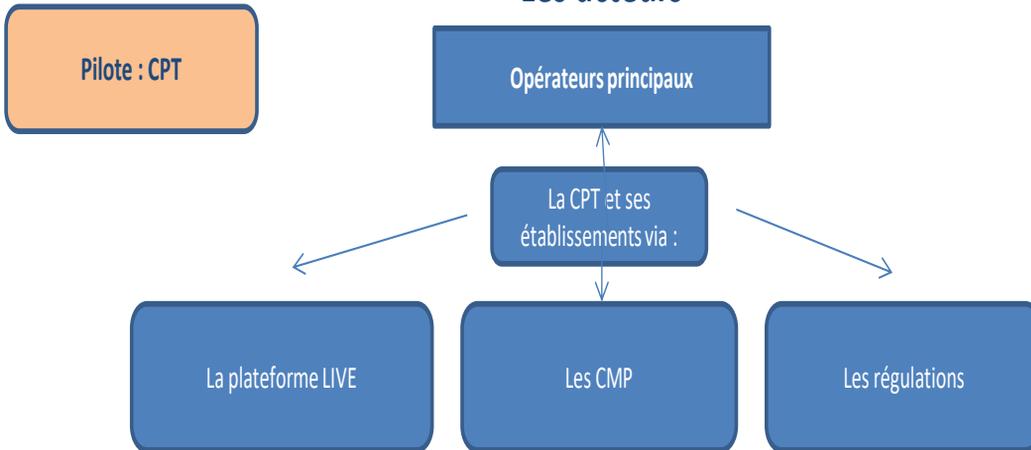
- **Périmètre/champ concerné** : Acteurs de la psychiatrie publique et autres acteurs de la communauté de santé mentale

- **Public concerné** : Toutes les personnes concernées et les tiers susceptibles d'alerter sur la situation d'une personne (aidants, acteurs sociaux, élus, GEM...)

- **Opérateurs principaux** :
 - La CPT et ses établissements via :
 - La plateforme LIVE
 - Les CMP
 - Les régulations

- **Opérateurs contribuant à l'action** :
 - Tous les acteurs du territoire contribuant :
 - à la qualification des alertes (acteurs sociaux, ...)
 - à la réponse opérationnelle aux alertes (cf supra)

Les acteurs





PILOTAGE ET MISE EN ŒUVRE



Identification des pré-requis

- **Acteurs/parties prenantes dont l'engagement est indispensable pour garantir la mise en œuvre de l'action :**
 - Accord/cohésion entre les 3 établissements de la CPT
- **Autres pré-requis :**
 - Définition du fonctionnement entre LIVE¹, les Centres hospitaliers et leurs CMP : contractualisation entre les 3 établissements et évaluation constante des points clef de ce fonctionnement



Cadre de gouvernance de l'action

- **Au niveau global : CPT**
- **Modalités d'articulation prévues :**
 - Articulation avec la fiche action sur les CMP
 - Forte dépendance à la fiche action relative à la plateforme transversale d'accueil et d'orientation et à la fiche action sur les soins ambulatoires de crise.
- **Modalités de participation des personnes concernées :**
Intégration de personnes concernées dans le groupe de travail en charge de décrire le circuit.

1 : en fonction de la décision prise sur l'identification de la plateforme territoriale d'accueil et d'orientation.



CALENDRIER DE MISE EN OEUVRE

Scénario de déploiement (incluant étapes et cibles intermédiaires) :

Proposition de mandater la plateforme LIVE, les régulations et les lignes de crise des établissements pour proposer le circuit et les outils, en lien avec les CMP et les autres acteurs territoriaux

2022 : Circuits définis et arbres décisionnels diffusés au territoire

2023 : traçabilité des alertes organisée / premier retour d'expérience.



RESSOURCES

- **Ressources nécessaires** : (humaines, financières, matérielles, de formation...):

Pour la mise en œuvre de l'action :

Temps à dégager pour chefferie de projet



EVALUATION

▪ Indicateurs de processus :

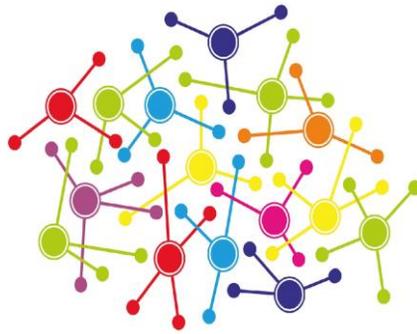
- Nombre de structures dans lequel le recueil et la traçabilité des alertes est en place
- Nombre et évolution des alertes reçues de la part de tiers
- Qualité des tiers concernés
- % d'alertes ayant donné lieu à une réponse opérationnelle
- Nombre et progression des interventions de Psymobile, % de demandes adressées à Psymobile non satisfaites

Evaluation du circuit patient à partir de dossiers de patients venus à l'UPRM : retracer le circuit amont du patient via la méthode du patient traceur

Questionnaire au sein de l'UPRM (questions au patient et à ses proches : appel préalable du CMP ? de la régulation ? quelle réponse ?)

▪ Indicateurs d'impact :

- Taux de réhospitalisation des patients suivis dans les EPSM
- Baisse des venues à l'UPRM
- Evaluation auprès des partenaires (connaissance du circuit d'alerte, effectivité du circuit..)



Le projet territorial de santé mentale du Rhône

FICHE ACTION

Développer des soins ambulatoires de crise dans le cadre de pratiques orientées rétablissement

Pilote : CPT



DESCRIPTION SUCCINCTE DE L'ACTION

Développer des soins ambulatoires de crise gradués et coordonnés notamment au sein des pôles de psychiatrie des établissements de service public, dans le cadre de pratiques orientées rétablissement
Ce faisant, capitaliser sur la dynamique de crise COVID visant à privilégier des solutions ambulatoires sur l'hospitalisation à temps complet.

Liens forts avec :

- Fiche CMP
- Fiche réception, analyse et traitement des alertes



RAPPEL ARGUMENTAIRE

Le manque de disponibilité de soins ambulatoires pouvant être mobilisés très rapidement pour répondre à des situations de crise conduit à de nombreuses hospitalisations à caractère évitable, de même qu'à une majoration des durées d'hospitalisation faute de relais possible par des soins ambulatoires suffisamment intensifs.

Il s'agit donc d'une modalité de soin à développer en l'intégrant dans l'objectif de déploiement de pratiques favorisant l'engagement et l'empowerment des personnes.

Il convient de rappeler que, conformément aux objectifs prioritaires définis, ont été privilégiées dans ce PTSM les actions susceptibles de venir en prévention des parcours d'urgence psychiatrique. Pour autant, les objectifs d'amélioration de la qualité des parcours d'urgence psychiatrique continueront à faire l'objet d'un travail et d'un suivi soutenus au sein du Comité de pilotage des urgences Rhône-Métropole (COPIL UPRM). Ces objectifs incluent à titre principal la réduction du recours à l'isolement et à la contention au sein des services d'urgence et la limitation au strict nécessaire des étapes de ce parcours. Une représentation des personnes concernées au COPIL devra également être prévue.



OBJECTIFS STRATEGIQUES ET OPERATIONNELS



Objectif(s) stratégique(s) selon les 6 ambitions et les résultats attendus :

- Soutenir le processus de rétablissement, éviter la détérioration des chances de s'inscrire dans ou de poursuivre un parcours de rétablissement
- Maintenir les personnes dans leur parcours de vie ordinaire en réduisant :
 - le recours à l'hospitalisation
 - la durée des hospitalisations



Ambitions du PTSM :

Ambition de développer des solutions de prévention et de gestion de la crise en ambulatoire. Plus globalement, volonté de développer la flexibilité et la réactivité dans le fonctionnement des dispositifs.



Objectifs opérationnels reliés :

Objectif 1/4 : Au sein de chaque pôle de psychiatrie, travailler sur les structures et les activités en vue de mettre en place un dispositif de réponse graduée à la crise

Ce dispositif de réponse graduée doit aller de réponses proposées par le CMP (consultations rapprochées, maintien intensif du lien y compris par le recours à des outils distanciels) jusqu'à l'accès à un **dispositif de soins intensifs de crise** (équipe mobile de soins intensifs à domicile et/ou hospitalisation de jour –HDJ¹ à accès rapide). Il nécessite :

- Une organisation des CMP vigilante : (cf fiche relative aux Règles transversales d'organisation des CMP) incluant :
 - La mobilisation sur les sorties d'hospitalisation (y compris par la participation, le cas échéant en visioconférence, d'un infirmier du CMP au dernier entretien médical avant la sortie, ou d'un membre de l'équipe ESMS d'accueil, l'accueil en groupe de parole des patients en sortie d'hospitalisation, ..)
 - La réactivité suite à un passage aux urgences psychiatriques (UPRM, pavillon N d'HEH, urgences des CH de Villefranche et Tarare) non suivi d'hospitalisation, par le recontact de la personne
 - La réponse aux alertes des proches, professionnels et de l'entourage
 - L'ouverture des CMP sur des horaires adaptés : au moins un CMP ou une structure ad hoc du pôle (par exemple une ligne de crise) ouvert jusqu'à 19h le vendredi et samedi matin et un accueil des alertes hors période d'ouverture (ex. régulation)
- Des dispositifs de soins intensifs ambulatoires dédiés à la crise (HDJ /équipe mobile) intervenant en cas de décompensation sur demande du CMP, de l'ESMS d'accueil, d'une ligne de crise, des urgences ou de la régulation. Par exemple, après détection d'une situation de crise par le CMP ou autre, admission extrêmement rapide (dans la journée) à un HDJ sur des horaires flexibles adaptés à la personne (fonctionnement +/- en centre de crise).

1 : Dans les établissements assurant la mission de service public en psychiatrie, les hôpitaux de jour font partie des équipements sectoriels fonctionnant en lien avec les autres équipements ambulatoires et d'hospitalisation.

2: Le prérequis est la transmission de l'information sur le passage par l'UPRM et HEH aux EPSM

▪ **Cahier des charges :**

- Réactivité des dispositifs : admission sous des délais rapides sur demande d'un prescripteur externe avec des conditions d'accès souples
- Souplesse et flexibilité des dispositifs : adaptation aux modes de vie des personnes (rythme, horaires..)
- Repérage des dispositifs (lisibilité de l'offre, connaissance du service par tous les acteurs du pôle..)
- Inclusion de la prise en compte du rétablissement dans ces prises en charge :

=> S'assurer que les professionnels exerçant dans ces dispositifs de crise ont été formés au rétablissement

=> Intégration de pairs aidants dans les dispositifs de crise (convention CPT/ESPAIRS)

=> Inclusion des familles dans ces prises en charge et proposition d'avoir recours à l'aide aux aidants

▪ **Modalités :**

- Capitalisation sur les modalités mises en place lors du confinement : mises en place de lignes de crise, maintien du lien par téléphone, utilisation des outils numériques
- Revisiter le fonctionnement des équipes mobiles existantes.

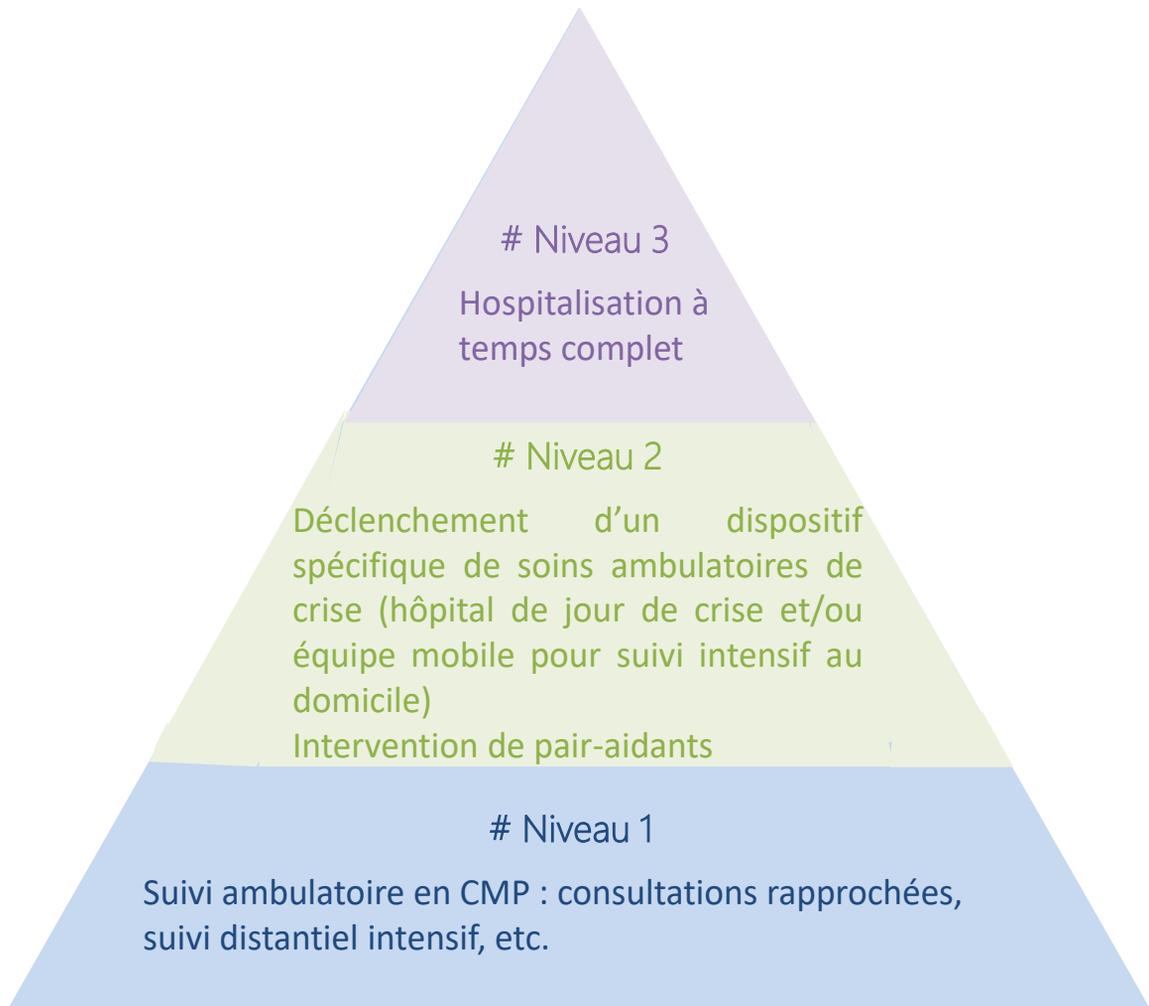
 **Cible visée**

▪ **Situation de départ :** Absence de dispositif gradué de réponse ambulatoire à la crise dans la plupart des pôles de psychiatrie

▪ **Résultat attendu :**

- un dispositif gradué de réponse et prise en charge de la crise en ambulatoire est en place dans chaque pôle de psychiatrie adulte et infanto-juvénile
- le fonctionnement de chaque dispositif est évalué

La gradation des soins de crise



Objectif 2/4 : Organiser la fluidité de l'accès aux dispositifs de crise et leur mobilisation dans le parcours des personnes

▪ Intégration de la gestion de la crise dans le parcours du patient :

- Sur l'accès à un dispositif de crise en sortie d'hospitalisation : en faire la proposition d'emblée au patient dès le début de l'hospitalisation
- Intégration de l'accès à un dispositif de crise dans le plan de crise conjoint
- Fonctionnement des services de crise : prévoir des modalités d'accès réactives, souples et flexibles
- Prendre en compte d'emblée les informations de la famille et de l'environnement
- Former les aidants à la détection et prise en charge de la crise (cf fiche aide aux aidants)



Cible visée

Les dispositifs ambulatoires de prise en charge de la crise sont repérés et intégrés dans les plans de crise conjoints.

Objectif 3/4 : Améliorer la prévention et la prise en charge des crises en institution médico-sociale

En appui sur les projets en cours de déploiement au sein de la CPT (déploiement des équipes mobiles et de la plateforme d'expertise par le pôle hospitalo-universitaire ADIS¹ du CH le Vinatier, réorganisation de l'offre de prise en charge des personnes avec handicap sévère au CH de Saint Jean de Dieu) :

- Mise en place d'une hotline téléphonique pour les professionnels du médico-social 5 jours sur 7: prise en compte de la situation, premières analyses de la demande, éventuellement décision d'intervention
- Modification des règles de prise en charge sectorielle des personnes en situation de handicap les plus complexes, non pris en charge en CMP
- Intervention sur site entre 24 et 72 heures après la demande, en fonction du degré de gravité pour évaluation de la situation, mobilisation des ressources existantes, soutien et supervision des équipes en place
- si besoin, orientation vers l'hospitalisation
- Accompagnement des équipes pendant l'hospitalisation pour adaptation de l'accompagnement à la sortie d'hôpital, mobilisation des réseaux partenariaux

1: Autisme et déficiences intellectuelles

Objectif 4/4 : Organiser l'accès partagé des services d'urgence au dossier patient des établissements

- Organiser l'accès de l'UPRM, du pavillon N de l'Hôpital Edouard HERRIOT (HCL) et des urgences des CH de Villefranche et Tarare aux dossiers médicaux des patients du CH de Saint Cyr au Mont d'Or, du CH de Saint Jean de Dieu et du CH du Vinatier afin qu'ils puissent disposer d'éléments d'appréciation de la situation clinique des patients qui se présentent aux urgences.



PERIMETRE ET ACTEURS CONCERNES PAR L'ACTION

▪ **Périmètre/champ concerné :**

- Les 3 EPSM
- Les établissements psychiatriques privés à but non lucratif et les cliniques psychiatrique

▪ **Public concerné :** Personnes souffrant de troubles psychiques suivies en psychiatrie.

▪ **Opérateurs principaux :**

- Les établissements psychiatriques et leurs pôles de de psychiatrie adulte et infanto-juvénile

▪ **Opérateurs contribuant à l'action :**

- ESPAIRS pour l'intervention de pairs aidants dans les dispositifs de crise
- Services d'urgence (pavillon N, UPRM, Villefranche, Tarare, Lyon sud, Saint Luc Saint Joseph) pour l'organisation de l'accès au DPI des EPSM

Les acteurs

Pilote : CPT

Opérateurs principaux

Les établissements psychiatriques et leurs pôles de psychiatrie adulte et infanto-juvénile

Public visé : Personnes souffrant de troubles psychiques suivies en psychiatrie

Opérateurs contribuant à l'action

Services d'urgence (pavillon N, UPRM, Villefranche, Tarare, Lyon sud, Saint Luc Saint Joseph)

ESPAIRS

- pour l'organisation de l'accès au DPI des EPSM

- pour l'intervention de pairs aidants dans les dispositifs de crise



PILOTAGE ET MISE EN ŒUVRE



Identification des pré-requis

- **Acteurs/parties prenantes dont l'engagement est indispensable pour garantir la mise en œuvre de l'action :**
 - Volonté fédérée des 3 établissements psychiatriques de la CPT, de leur Direction et des communautés médicales et soignantes.
- **Autres pré-requis :**
 - Sur l'organisation des CMP : interactions avec la fiche ad hoc
 - Prérequis d'identification de marges de manœuvre interne et/ou de leviers financiers externes, y compris pour permettre de gérer des transitions dans la réorganisation de l'offre de soins territoriale :
 - L'intensification des prises en charge lors de moments de décompensation nécessite de pouvoir dégager des marges de manœuvre au sein des pôles. Une possibilité -en cohérence avec les objectifs d'inclusion- est la spécialisation sur des soins de crise de structures sectorielles, impliquant une réorganisation de l'offre de soins et une coopération plus intensive avec les acteurs de l'inclusion (GEM, MJC, associations...) sur l'accompagnement des personnes nécessitant un soutien au long cours à la vie quotidienne.
 - Des financements supplémentaires seront également nécessaires, le cas échéant à titre transitoire afin de rendre possible une bascule des moyens de l'hospitalisation vers l'ambulatoire (objectif espéré de réduction des hospitalisations). La création d'équipes mobiles de soins intensifs pourrait ainsi être organisée sur ce modèle.

Une telle réorganisation nécessite ainsi :

- Un accompagnement institutionnel soutenant la transformation
- La définition d'un cadre précis et très progressif de conduite de la transformation intégrant un soutien fort des équipes
- Le soutien et la participation des acteurs de l'inclusion sociale sur les territoires (GEM, ESMS, accueils de jour, associations de quartiers, clubs de personnes âgées...) en vue d'un accompagnement personnalisé des patients bénéficiant jusqu'alors d'activités de soutien en structure psychiatrique (CATTP ou HDJ)
- De s'assurer de l'intégration des dispositifs de crise aux parcours territoriaux et de leur connaissance par les autres acteurs via une communication structurée afin de rendre effectif le recours à cette modalité de prise en charge (l'existence d'un dispositif ne faisant pas son utilisation)



PILOTAGE ET MISE EN ŒUVRE



Cadre de gouvernance de l'action

- **Au niveau global** : Bureau de la CPT
- **Le cas échéant, à d'autres niveaux d'acteurs** : Chaque établissement psychiatrique et sa gouvernance (direction, présidence de CME, direction des soins, chefs de pôle, cadres supérieurs de santé)
- **Modalités d'articulation prévues** : Les GEM/ les ESMS/ la coordination 69 pour la contribution à la réorganisation des parcours des patients vers l'inclusion dans la cité.
- **Modalités de participation des personnes concernées** : Les personnes concernées seront intégrées dans le pilotage du projet par la CPT.

Par ailleurs, le projet visera l'intervention de pairs aidants au sein des dispositifs de crise.

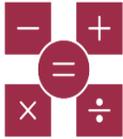


CALENDRIER DE MISE EN ŒUVRE

- **Temporalité/calendrier de mise en œuvre** :

Intérêt de capitaliser sur les organisations de crise COVID

Présentation par chaque pôle de son projet de dispositif de crise : 2021



- **Ressources nécessaires : (humaines, financières, matérielles, de formation...):**

Pour la mise en œuvre de l'action :

Accompagnement institutionnel et de terrain à la réorganisation de l'offre territoriale

Pour le fonctionnement courant de l'action : (idem)

Pour une population référée de 190 000 habitants, le coût afférent au déploiement d'un hôpital de jour de crise sur un pôle sectoriel est estimé à **500 000 € / an**. Le financement de ce type de dispositif peut être opéré par réorientation vers des soins de crise de l'activité de structures sectorielles offrant jusque-là un accompagnement au long cours (hôpitaux de jour « classiques », etc.).

Pour le même volume de population, le coût d'une équipe mobile chargée de l'évaluation des situations à l'endroit où se trouve le patient et de la mise en place de soins intensifs au domicile est estimé à **600 000 € / an**. La mise en place d'une telle équipe doit favoriser à terme une diminution de l'activité des unités d'hospitalisation à temps complet. Des fonds d'amorçage sont tout de même nécessaires durant les premières années de fonctionnement de l'équipe, avant de pouvoir envisager un redéploiement de moyens de l'intra-hospitalier vers le dispositif qui permette d'assurer son autonomie financière sur le long terme.



EVALUATION

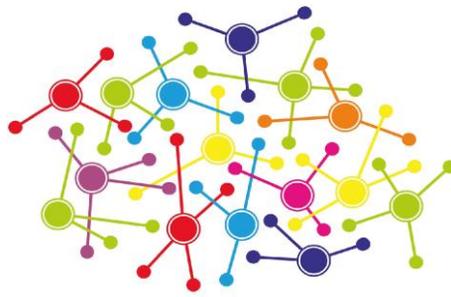
▪ Indicateurs de processus :

- Mise en place effective d'un dispositif gradué
- Nombre de patients ayant bénéficié d'une prise en charge dans un dispositif de crise dédié dans chaque pôle et évolution N-1
 - A partir des urgences
 - A partir du domicile
 - En sortie d'hospitalisation
- Délais d'accès aux dispositifs de crise

▪ Indicateurs d'impact :

- Diminution du recours à l'HTC pour les patients de la file active
- Diminution de la DMH
- Satisfaction des patients et des partenaires
- Evaluation des parcours : examen rétrospectif du parcours de patients hospitalisés* (+/- méthode du patient traceur) : voir s'il y a eu un appel préalable d'une plateforme ou d'une structure de soins, s'il y a eu proposition de consultation au CMP..)

* Indicateur identique à la fiche action sur la mise en place d'une plateforme transversale d'accueil et d'orientation



Le projet territorial de **santé mentale** du Rhône

FICHE ACTION

Création d'une équipe mobile de pédopsychiatrie en direction des établissements socio-éducatifs de l'aide sociale à l'enfance

Pilote : CPT / HCL



DESCRIPTION SUCCINCTE DE L'ACTION

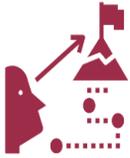
L'objectif de cette fiche est de mettre en place une équipe mobile de pédopsychiatrie intervenant dans les établissements socio-éducatifs de l'aide sociale à l'enfance, en appui sur le service de pédopsychiatrie des HCL et les pôles de pédopsychiatrie des 3 établissements publics de santé mentale. Cette équipe aura vocation également à intervenir en faveur des enfants avec handicap suivis par l'ASE et accueillis en établissements médico-sociaux.



RAPPEL ARGUMENTAIRE

Le diagnostic territorial partagé du PTSM a particulièrement mis en évidence les vulnérabilités spécifiques et multiples des enfants et adolescents suivis par l'aide sociale à l'enfance (trauma précoce, carences affectives, très faible estime de soi...) et les ruptures en découlant (non demande, arrivée en crise en psychiatrie, échecs, sans abrisme..).

Le projet de création d'une équipe mobile de pédopsychiatrie intervenant au sein des établissements de l'ASE a constitué une proposition du groupe de travail consacré à « la prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence ». La finalité est de prévenir les crises grâce à « l'aller vers », la compréhension partagée des situations et des solutions entre les professionnels du social et les professionnels sanitaires, la montée en compétence des équipes éducatives sur les problématiques posées par ce public.



OBJECTIFS STRATEGIQUES ET OPERATIONNELS



Objectif(s) stratégique(s) selon les 6 ambitions et les résultats attendus :

- Diminuer les ruptures de parcours des enfants et adolescents accueillis dans les établissements socio-éducatifs de l'ASE ou suivis par l'ASE et accueillis en ESMS (crises, hospitalisations, exclusions, échecs scolaires et/ou déscolarisations..) et, partant, améliorer leur trajectoire personnelle et leurs perspectives d'insertion (sociale et professionnelle) à moyen et long terme
- Améliorer les collaborations entre les professionnels de l'aide sociale à l'enfance et les professionnels du soin psychique (partage d'informations, analyses conjointes des situations) : progression de l'interconnaissance et de la confiance mutuelle dans le respect des missions de chacun.
- Organiser un parcours de soins lisible, fluide et adapté pour les enfants et adolescents des établissements de l'ASE
- Diminuer les passages aux urgences et la désorganisation des services et des filières en découlant.



Ambitions du PTSM :

Ambition de développer des solutions de prévention et de gestion de la crise en ambulatoire. Plus globalement, volonté de développer la flexibilité et la réactivité dans le fonctionnement des dispositifs.



Objectifs opérationnels reliés :

Les trois finalités principales sont :

- Cliniques
 - Venir en appui aux équipes des établissements socio-éducatifs ou médico-éducatifs du territoire Rhône-Métropole pour des jeunes présentant des troubles aigus des conduites ;
 - Prévenir le risque de décompensation psychique grave ;
 - Prévenir le risque de passage à l'acte ;
 - Eviter la rupture des soins pédopsychiatriques (lorsqu'ils existent) et le nomadisme médical ;
 - Assurer, en lien avec l'équipe éducative du lieu de placement, le relai d'information et la continuité avec les équipes pédopsychiatriques de secteur déjà sollicitées ;
 - En l'absence de prise en charge pédopsychiatrique existante et lorsque cela est nécessaire, permettre l'orientation et le relai par les dispositifs de soin psychique de secteur (CMP), les praticiens libéraux ou tout autre dispositif de soin et/ou d'accompagnement thérapeutique, selon la nature et l'intensité des difficultés ;
 - Limiter le recours aux urgences pédiatriques pour les situations de crises « non justifiées » sur le plan médical.
- Pédagogiques
 - Sensibiliser les équipes psychoéducatives (foyers & MECS) aux questions de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent ;
 - Via l'analyse partagée de situations, soutenir les équipes dans l'adaptation de leurs pratiques professionnelles face à des enfants et adolescents difficiles : savoir décrypter les agirs violents, adopter des comportements adaptés en cas d'agression, mettre en place des stratégies préventives, penser la prévention de la violence de façon globale et institutionnelle.
 - Développer et soutenir la prise en charge « partagée » des enfants et adolescents les plus vulnérables sur le plan des risque psychosociaux et/ou de la santé mentale dans le cadre d'une collaboration ville-hôpital renforcée, en soutenant notamment le travail en réseau entre les différents acteurs du soin, de la santé scolaire et des structures socio-éducatives (sécurisation du parcours de santé du patient / PRS 2018).
- Scientifiques
 - Suivi prospectif de ces situations « à risque » aux fins de recherches cliniques, épidémiologiques ou toute autre modalité (recherche action en sociologie, en anthropologie de la santé...).

Schéma et principes de fonctionnement de l'équipe mobile

- **Hotline téléphonique** accessible 5 jours sur 7 (du lundi au vendredi de 9h à 16h30) pour les professionnels des établissements socio-éducatifs du territoire ayant signé la convention de partenariat et les professionnels de santé en charge du suivi de ces enfants : prise en compte et analyse de la demande (grille d'évaluation / réponse action) avec soit conseil/orientation par téléphone, soit décision d'intervention (prise de rendez-vous).

Si l'enfant dispose d'un suivi en cours par un CMP de psychiatrie infanto-juvénile, l'équipe socio-éducative s'adresse en premier lieu au CMP, qui décide de contacter la hotline.

- **Intervention différée**, entre 24h et 72h, selon le degré d'urgence (intervention en binôme : IDE/éducateur ou médecin/IDE ou médecin/éducateur) afin de :
 - Evaluer sur place la situation, en réunion de concertation pluridisciplinaire (pas de consultation d'urgence directe sur place par l'équipe mobile, mais possibilité de rencontrer le jeune pour évaluer la nécessité d'une consultation différée sur l'HFME) ;
 - Soutenir et accompagner l'équipe demandeuse dans la gestion de la situation (cf programme de résistance non violente) ;
 - Au besoin, orienter ces situations « à risque » vers les structures de prise en charge compétentes et les plus adaptées, selon le degré d'urgence :
 - ✓ Urgences pédiatriques de l'HFME et/ou pédopsychiatriques du Vinatier en vue d'une hospitalisation – risque majeur ;
 - ✓ Consultation pédopsychiatrique différée dans les 24h-48h sur l'HFME – risque subaigu ;
 - ✓ Consultation pédopsychiatrique à distance sur le CMP de secteur – risque modéré.
 - Fiche de liaison et contact téléphonique (numéro dédié) en cas d'orientation sur les Urgences pédiatriques (HFME) et/ou les urgences du Vinatier (gain de temps, fluidité de la filière des urgences)
 - Fiche de liaison et contact téléphonique en cas d'orientation sur le CMP et/ou vers un praticien libéral
 - Suivi des situations de 3 à 6 mois (maximum) incluant une réévaluation avec l'équipe socio-éducative.
- **Suivi des situations :**
 - Réunion hebdomadaire (régulation des demandes, reprise des situations après intervention, RCP si besoin) ;
 - Réunion semestrielle (indicateurs d'activités et de suivi – base de données) ;
 - Bilan d'activité (cf indicateurs de suivi d'activité).

L'équipe mobile interviendra sur demande explicite, formulée via la hotline (voire à terme par télé-médecine) et sur rendez-vous uniquement (dans les 72h maximum suivant la demande et selon le degré d'urgence).



PERIMETRE ET ACTEURS CONCERNES PAR L'ACTION

▪ **Périmètre/champ concerné :**

L'équipe interviendra au sein des établissements socio-éducatifs ou médico-éducatifs accueillant des jeunes suivis par l'ASE du territoire du Rhône et de la Métropole de Lyon, c'est-à-dire le territoire du PTSM. Une convention de partenariat sera signée entre ces établissements, les HCL et la CPT.

Le territoire couvert comporte 51 MECS, dont 37 établissements, sur le Grand Lyon Métropole (la grande majorité des établissements se situant dans le secteur pédopsychiatrique du CH St Cyr au Mont d'Or).

- **Public concerné :** Les enfants et adolescents (âgés entre 6 & 18 ans) suivis par l'ASE accueillis dans un établissement socio-éducatif (foyers & maisons d'enfant à caractère social –MECS) ou médico-éducatif présentant ou ayant présenté une conduite « à risque » susceptible de justifier d'un passage aux urgences pédiatriques pour motif pédopsychiatrique (menaces auto et/ou hétéroagressives, menaces suicidaires, passage à l'acte ...).

▪ **Opérateurs principaux :**

- Le service de pédopsychiatrie des HCL
- Les pôles de pédopsychiatrie des 3 CH de la CPT (Le Vinatier, Saint Jean de Dieu et Saint Cyr au mont d'Or)

▪ **Opérateurs contribuant à l'action :**

- Les directions de la protection de l'enfance de la Métropole de Lyon et du Département du Rhône, pour l'association à la convention cadre du projet et le portage auprès des établissements sociaux
- Les établissements socio-éducatifs pour la mise en place des conventions individuelles d'intervention



PILOTAGE ET MISE EN ŒUVRE



Identification des pré-requis

- Engagement des HCL et des établissements de la CPT (co-porteurs du projet)
- Financement du projet par l'ARS



Cadre de gouvernance de l'action

- **Au niveau global** : Co-portage par la CPT et les HCL
Une convention cadre sera signée entre les porteurs du projet, l'Agence régionale de santé AuRA, le Département du Rhône et la Métropole de Lyon (services de protection de l'enfance et PMI)
Pour la mise en œuvre du projet, un comité de pilotage composé de l'ensemble des parties prenantes se réunira sur une base au moins annuelle (deux fois sur la première année de fonctionnement).
- **Le cas échéant, à d'autres niveaux d'acteurs** :
Une convention de partenariat déclinant les modalités d'intervention de l'équipe et les engagements réciproques de chaque partie sera signée entre les promoteurs du projet et chaque établissement concerné.

▪ **Modalités d'articulation prévues :**

Des partenariats seront également formalisés avec :

- L'UPRM du Vinatier ;
- Les urgences de l'Hôpital Edouard Herriot pour les urgences médico-psychiatriques des jeunes de 16 ans et plus ;
- L'unité médico-judiciaire pour mineurs (Hôpital Edouard Herriot).

▪ **Modalités de participation des personnes concernées :**

Les interventions se baseront sur les principes du rétablissement (vision positive, mise en évidence des capacités, co-construction...). Les enfants et adolescents pris en charge par l'équipe, ainsi que leur famille¹ seront donc associés à la compréhension de la situation et à l'élaboration des réponses apportées.

La satisfaction des jeunes et des familles sera par ailleurs recueillie.

1 : Dans la mesure où cela est compatible avec l'intérêt de l'enfant en cas de violence ou maltraitance familiale.

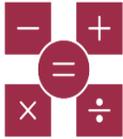


CALENDRIER DE MISE EN OEUVRE

▪ Temporalité/calendrier de mise en œuvre :

Le projet initial, présenté à l'ARS par les HCL et les établissements de la CPT au printemps 2019 et soumis à l'appel à projet national « pédopsychiatrie » en septembre 2019, sans être retenu pour financement, nécessitera d'être repris dans le courant de l'année 2021. Dans ce cadre, la question de l'intégration des publics suivis par l'ASE accueillis en ESMS sera travaillée.

- 2021 : Travail partenarial sur le projet
- Été 2021 : présentation à l'ARS, soumission dans le cadre d'un AAP
- Fin 2021 : Signature de la convention cadre avec la Métropole de Lyon et le Département du Rhône.
- Fin 2021/début 2022 : Recrutement et formation des professionnels ; élaboration des protocoles ; formalisation des relations avec l'UPRM, HEH et l'UMJ ; mise en place de la hotline ; communication / rencontre des structures sociales
- Janvier 2022 : Premier Comité de pilotage partenarial
- Mars 2022 : Début de signature des conventions de partenariat avec les établissements. Dans le cadre de la montée en charge de l'équipe seront privilégiés les établissements socio-éducatifs pratiquant l'accueil d'urgence et ceux ayant le plus sollicité les urgences pédiatriques sur les deux dernières années.
- Mai 2022 : Déploiement opérationnel de l'équipe (interventions extérieures).
- Novembre 2022 (+ 6 mois) : Premier retour d'expérience au Comité de pilotage.



RESSOURCES

- **Ressources nécessaires : (humaines, financières, matérielles, de formation...) :**

Pour le fonctionnement courant de l'action:

Les professionnels de l'équipe seront recrutés ou mis à disposition par un ou plusieurs des partenaires porteurs du projet (HCL et établissements membres de la CPT) :

- 1 poste de PH pédopsychiatre (1 ETP reparti sur deux praticiens pour garantir la continuité du dispositif) : 128 792 €
- 2 postes PNM temps plein (un IDE et un éducateur spécialisé) : 96 266 €
- 1 poste de secrétariat (0.3 ETP) : 16 091 €
- 1 poste d'assistant de service social (0.3 ETP) : 16 009 €
- Budget pour la formation et la supervision de l'équipe : 10 000 €
- Frais divers (déplacements, petits équipements : téléphone portable, ordinateur portable avec connexion wifi) : 20 000 €
- Frais de gestion : 10 %

Soit un budget total sollicité de **315 874 €**

- Véhicule dédié (parc de voitures des HCL / fonctionnement annuel)
- Local (2 bureaux minimum)

Un co-financement par la Métropole de Lyon est envisagé dans le cadre de la déclinaison métropolitaine du plan de lutte contre la pauvreté.

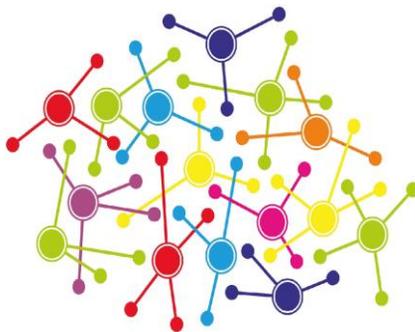
- **Ressources complémentaires :**

Financement de 315 874 euros sollicité en 2019 auprès de l'Agence régionale de santé.



EVALUATION

Objectifs	Actions	Résultats attendus	Indicateurs	Outils
Réduire le recours aux urgences	Prévention	Diminution du nb de passage aux urgences (HFME & UPRM) / an	Motifs CNP Nb d'hospitalisation (UHCD & Unité pédopsy)	RUM
Diminuer le nb de passage à l'acte (auto & hétéro agressif) dans les établissements socio-éducatifs	Evaluation du risque psychopathologique	Diminution des actes déclarés en établissements Diminution de la fréquence des appels (suivi)	Nb d'intervention sur site Nb de cs « psy » / établissement	Recueil d'activité Echelles cliniques
Améliorer l'accessibilité à l'évaluation psychique	Informers, rassurer le jeune et les équipes	Nb de cs « psymob » sur HFME	Nb d'avis (premier contact) Délai moy de cs Nb de cs /patient/ établissement	Recueil d'activité Comparaison par établissement
Améliorer l'accessibilité aux soins psychiques	Informers, soutenir, coordonner Relais de prise en charge	Fréquentation et régularité du suivi	Nb de contact avec le secteur Délai moyen de cs sur le secteur Nb de cs « psymob » nécessaire pour sécuriser le relai	Recueil d'activité Comparaison des secteurs
Soutenir les équipes éducatives (résistance non violente)	Intervention sur site Informers, soutenir	Diminuer le nb et la fréquence des interventions / centre médicosocial	Nb d'intervention/semaine	Recueil d'activité Comparaison des structures



Le projet territorial de **santé mentale** du Rhône

FICHE ACTION

DEPLOYER LA STRATEGIE DE PREVENTION DU SUICIDE

Pilote : ARS



DESCRIPTION SUCCINCTE DE L'ACTION

Il s'agit de de déployer sur le territoire la stratégie multimodale de prévention du suicide telle que définie au sein de la Feuille de route ministérielle santé mentale et psychiatrie et déclinée au sein de la chaque région. Cette stratégie s'appuie notamment sur un axe formation, la constitution de réseaux de proximité et l'implantation du programme Vigilans de recontact des personnes ayant fait une tentative de suicide.



RAPPEL ARGUMENTAIRE

Pour chaque décès par suicide, ce sont 7 personnes qui sont significativement impactées et 26 personnes endeuillées.

Le coût sociétal d'un suicide est de 350.000 euros et le coût sanitaire d'une tentative de suicide de 5 à 15000 euros.

Les études sur les facteurs de risque du suicide confirment qu'un antécédent de tentative de suicide est le facteur de risque le plus important : il multiplie par 4 le risque de suicide ultérieur, par 20 dans l'année suivant la tentative. Les travaux expérimentaux démontrent que le cœur de la stratégie doit être basé sur l'organisation du suivi et du maintien du contact avec les suicidants après leur hospitalisation, au plus près de leur lieu de vie. En effet, selon la littérature scientifique, cette action a un impact avéré sur la diminution du suicide et ce d'autant plus qu'elle est combinée avec d'autres actions: la mise en place d'un numéro national de recours pour les personnes en détresse psychique extrême, la formation au repérage, à l'évaluation et à l'intervention de crise suicidaire, la formation des médecins généralistes à la prise en charge de la dépression et la prévention de la contagion suicidaire via les médias.



OBJECTIFS STRATEGIQUES ET OPERATIONNELS



Objectif(s) stratégique(s) selon les 6 ambitions et les résultats attendus :

- Diminuer la souffrance psychique
- Augmenter le recours aux services d'aide et de soins
- Diminuer la contagion suicidaire
- Diminuer les suicides et la récurrence suicidaire
- Améliorer le parcours de soins des personnes ayant fait une tentative de suicide



Ambitions du PTSM :

Ambition de développer des solutions de prévention et de gestion de la crise en ambulatoire.

Objectifs opérationnels reliés :

Objectif 1/3 : Déployer le dispositif de recontact Vigilans et la postvention¹ du suicide

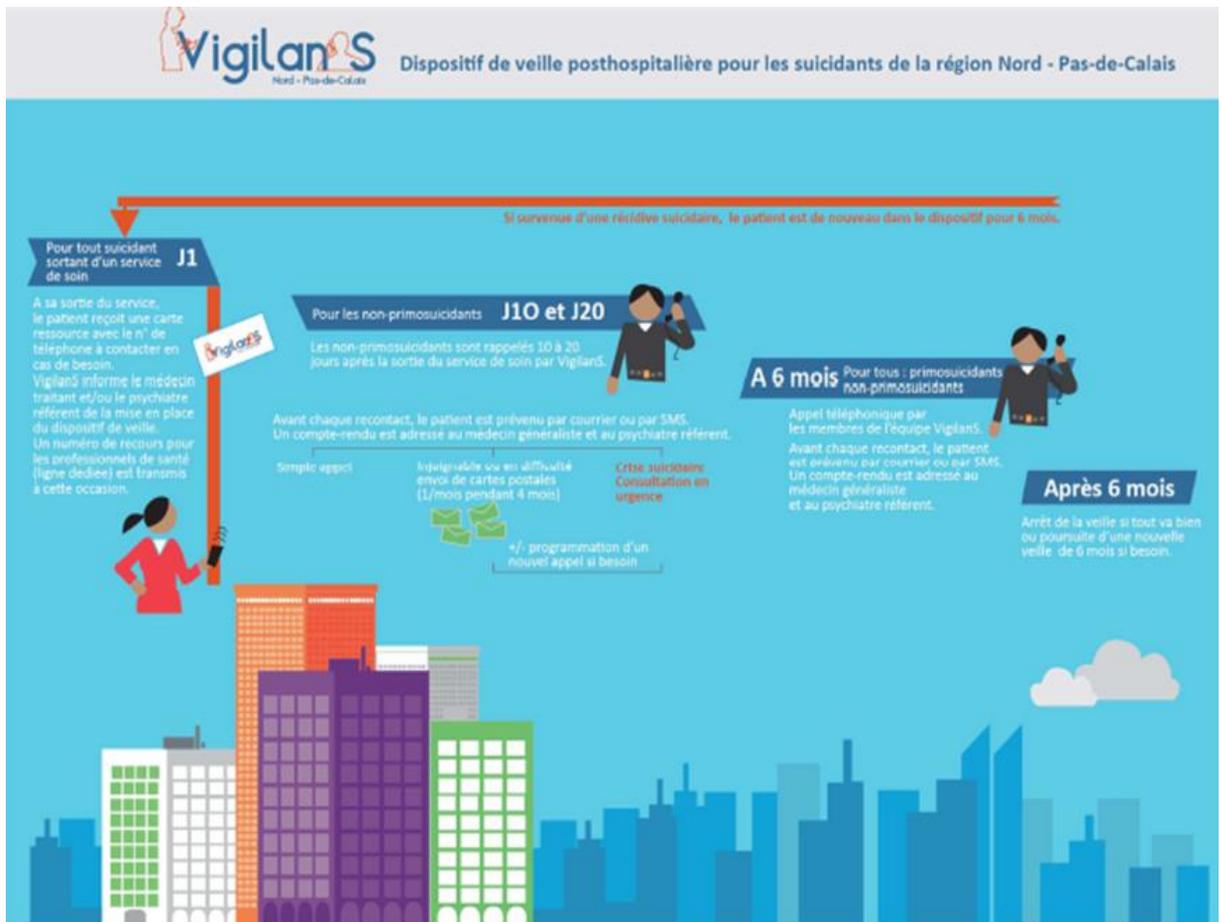


Cible visée

- Réduire d'au moins 15 à 20% le taux de réitération suicidaire (/100 TS) dans les 12 mois suivant la prise en charge pour tentative de suicide dans un service d'urgence
- Réduire d'au moins 10% le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide en MCO dans les zones couvertes par le dispositif Vigilans
- Réduire d'au moins 5% le taux de mortalité par suicide dans les zones couvertes par le dispositif Vigilans
- Contribuer à réduire les écarts de taux de réitération suicidaire, d'hospitalisation et de mortalité par suicide en fonction du quintile de l'indice de défavorisation sociale Fdep.

1 : La postvention correspond à l'ensemble des interventions déployées après un suicide dans le milieu dans lequel le suicide a eu lieu ou dans les milieux qui étaient fréquentés par la personne décédée.

Dispositif de veille Vigilans (modèle en cours d'adaptation sur la région AuRA)



Objectifs opérationnels reliés :

Objectif 2/3 : Déployer les formations au repérage du risque suicidaire et l'utilisation des protocoles et outils associés

- Intégrer et renforcer la prévention du suicide et la postvention dans les projets institutionnels des établissements de santé et des établissements sociaux et médico-sociaux :
 - former les personnels de manière régulière
 - diffuser les protocoles de repérage de la dépression et du risque suicidaire (HAS + formations proposées) et les outils associés.

- Déployer la formation des médecins généralistes «dépression et potentiel suicidaire »

1 : La postvention correspond à l'ensemble des interventions déployées après un suicide dans le milieu dans lequel le suicide a eu lieu ou dans les milieux qui étaient fréquentés par la personne décédée.

Objectif 3/3 : Renforcer les réseaux de proximité en matière de prévention du suicide

- Promouvoir et renforcer les réseaux de proximité en matière de prévention du suicide sur les territoires les plus affectés par le suicide en fonction des caractéristiques des publics vulnérables; coordonner sur ces territoires les actions de formations, Vigilans et les actions des réseaux de proximité
- Intégrer la prévention du suicide dans les travaux des CLSM, des ASV ou des CLS : réaliser *a minima* un point annuel sur la problématique.
- Viser le portage par les Maisons de santé pluridisciplinaires et/ou les Communautés territoriales professionnelles de santé de projets autour du repérage de la dépression et du suicide (jeunes, adultes et personnes âgées) sur les zones les plus affectées (nord ouest du département)
- Soutenir les actions de promotion de la santé mentale/prévention du suicide en milieu étudiant
- Mobiliser la conférence des financeurs et les filières gérontologiques pour engager des projets conjoints visant à réduire l'isolement des personnes âgées et à mettre en place le repérage de la dépression et du potentiel suicidaire.



▪ **Périmètre/champ concerné :**

L'ensemble du territoire, en particulier le nord ouest du département dans un objectif de réduction des inégalités sociales de santé.

▪ **Public concerné :**

Toute la population, avec un focus sur :

- Les personnes à risque psychosocial et/ou en situation d'isolement, dont les jeunes, les personnes âgées et les personnes en situation de précarité
- Les personnes ayant fait une tentative de suicide
- Les proches et l'entourage des personnes ayant fait une tentative de suicide ou décédées par suicide.

▪ **Opérateurs principaux :**

- La plateforme Vigilans
- Les services d'urgence somatique et leur psychiatrie de liaison
- Les services d'urgence psychiatrique
- Les opérateurs de prévention et prévention de la santé

▪ **Opérateurs contribuant à l'action :**

- Les établissements de santé et les ESMS, pour la formation de leurs professionnels au repérage du risque suicidaire et à la postvention du suicide
- Les CLSM, ASV et contrats locaux de santé, pour le portage d'actions de proximité
- Les médecins généralistes et les structures d'exercice coordonné



PILOTAGE ET MISE EN ŒUVRE



Identification des pré-requis

- **Acteurs/parties prenantes dont l'engagement est indispensable pour garantir la mise en œuvre de l'action :**
 - Les services d'urgence MCO et psychiatriques

- **Autres pré-requis :**
 - Inscription des formations au plan de formation des établissements



Cadre de gouvernance de l'action

- **Au niveau départemental :** ARS (direction de la santé publique)

- **A d'autres niveaux d'acteurs :** HCL/Vinatier (pilotage de la plateforme territoriale Vigilans)

- **Modalités d'articulation prévues :**

- **Modalités de participation des personnes concernées :**



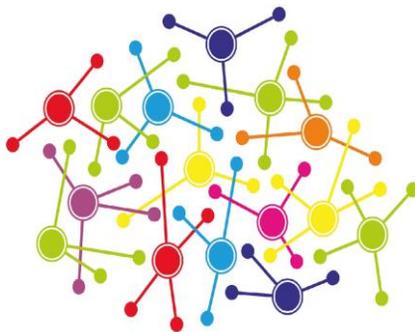
EVALUATION

- **Indicateurs de processus :**

- Nombre de recontacts / nombre de tentatives de suicide
- Indicateurs de performance de Vigilans
- Nombre de professionnels des établissements de santé et ESMS formés à la prévention du suicide
- Nombre de médecins généralistes formés
- Nombre de projets portés par des maisons de santé pluridisciplinaires ou des communautés territoriales de santé

- **Indicateurs d'impact :**

- Diminution des suicides et tentatives de suicide
- Diminution du taux de réitération suicidaire
- Diminution du taux d'hospitalisation pour tentative de suicide



Le projet territorial de santé mentale du Rhône

FICHE ACTION

DEVELOPPER UNE PLATEFORME D'ORIENTATION A DESTINATION DES PERSONNES, DES AIDANTS ET DES PROFESSIONNELS

Pilote : Communauté psychiatrique de territoire



DESCRIPTION SUCCINCTE DE L'ACTION

La santé mentale apparaît très complexe, ses organisations et dispositifs sont difficiles à appréhender de l'extérieur du système. La plateforme doit être un moyen :

- de mieux identifier les ressources et structures du territoire
- de permettre l'orientation vers une réponse adaptée, sanitaire, sociale ou autre
- de permettre une réponse fluide, rapide aux demandes formulées par les personnes, leurs proches ou un acteur du territoire, quel que soit le lieu d'habitation sur le territoire et la connaissance préexistante des circuits
- de garantir l'effectivité de la réponse
- de permettre à des tiers d'alerter sur une situation et d'obtenir une réponse.

Cette fiche est en lien étroit avec la fiche relative au circuit de réception et de traitement des alertes



RAPPEL ARGUMENTAIRE

Les difficultés de connaissance et de mobilisation des structures et dispositifs de santé mentale ont été citées de manière constante à travers toute l'étape de diagnostic du PTSM, nourrissant le besoin de disposer d'un répertoire de ressources et de processus guidant l'orientation.

Après réflexion, l'idée de développer une plateforme d'orientation a été jugée la plus efficiente pour permettre :

- Le recueil et la mise à jour constante des informations, grâce à leur utilisation quotidienne
- L'apport d'une analyse individualisée et la garantie d'une réponse à chaque appel.



OBJECTIFS STRATEGIQUES ET OPERATIONNELS



Objectif(s) stratégique(s) selon les 6 ambitions et les résultats attendus :

- Faciliter l'accès aux soins et aux réponses adaptées
- Améliorer l'efficacité des circuits, éviter les pertes de chance
- Améliorer l'accessibilité à l'information relative aux circuits, dispositifs et réponses de santé mentale
- Permettre une orientation rapide et pertinente grâce à une analyse et une qualification précises des besoins de l'appelant (pas d'orientation « mécanique ») et à un suivi de la réponse



Ambitions du PTSM :

- Ambition de construire des réponses (soins-accompagnement) à partir des besoins et attentes des personnes concernées, en se détachant d'une vision centrée sur l'institution et avec une exigence forte sur les droits des personnes ;
- Ambition de développer la flexibilité et la réactivité dans le fonctionnement des dispositifs.



Cahier des charges :

- **Niveau de réponse attendu de la plateforme :**
 - Evaluation de la situation et des besoins
 - Orientation incluant prise de contact avec le dispositif/structure ciblée
 - Traçabilité et suivi des réponses données
- ⇒ Identification de la plateforme en tant qu'opérateur de la réception et la gestion des alertes.

Le service ne doit être ni une orientation « mécanique » de type standard téléphonique ni une plateforme d'écoute du type SOS amitié.

Le service ne doit pas être une porte d'entrée unique pour les demandes d'entrée dans les soins : il intervient en subsidiarité des autres dispositifs.

- **Périmètre attendu :**

Périmètre large : appels possibles des personnes concernées, des aidants et des tiers

- **Modalités de contact :**

Téléphone privilégié + mail

Dans un second temps : aller vers un site internet permettant aux personnes d'autoévaluer leurs besoins en santé mentale

- **Compétences nécessaires :**

Compétences pour qualifier la demande sur le plan sanitaire : professionnels ayant une compétence clinique (IDE, psychologue.)

Compétences pour qualifier la demande sur le plan social et faire relais sur des dispositifs et réponses sociales : assistant de service social

- **Plage de fonctionnement :**

Fonctionnement incluant soir et WE souhaitable au regard de l'objectif de réception et gestion des alertes

 **Cible visée**

Une plateforme transversale qui fonctionne/un numéro de téléphone accessible.

- **Situation de départ :** complexité des dispositifs et structures prenant en charge la santé mentale, nombreux outils (annuaires) existants mais peu de mises à jour
- **Résultat attendu :** orientation adaptée pour les aidants, les personnes concernées et les professionnels.



Objectifs opérationnels reliés :

Objectif 1/3 : S'appuyer sur le retour d'expérience du fonctionnement de LIVE (notamment satisfaction sur les réponses apportées)

Prendre une décision sur l'évolution éventuelle de la plateforme LIVE mise en place au printemps 2019 par le CH le Vinatier vers la plateforme PTSM, en tenant compte du niveau d'adéquation de son fonctionnement avec les objectifs décrits (profil des répondants, rapidité de la réponse, suivi de la réponse..).

Objectif 2/3 : Construire les interactions de la plateforme avec les autres dispositifs

Liens étroits à tisser et circuits à définir entre la plateforme et :

- Les acteurs de la crise et de l'urgence (SOS médecins, SDIS, SAMU, forces de l'ordre, services d'urgences hospitalières..)
- Les pôles et structures des 3 EPSM
- Les établissements psychiatriques privés
- Les CLSM et ASV
- ESPAIRS
- La plateforme 360 °
-

Objectif 3/3 : Mettre en place la plateforme

Définir la place du privé lucratif et non lucratif dans le fonctionnement de la plateforme



PERIMETRE ET ACTEURS CONCERNES PAR L'ACTION

- **Périmètre/champ concerné :**

L'ensemble des réponses en santé mentale

- **Public concerné :** personnes concernées et leurs aidants et proches (y compris des substituts à l'entourage par tels que adhérents de GEM, voisins), les partenaires et professionnels

- **Opérateurs principaux de la mise en œuvre opérationnelle :**

La communauté psychiatrique de territoire

- **Opérateurs contribuant à l'action :**

- L'ensemble des structures et associations sociales, médico-sociales, sanitaires et de pair aideance concourant aux réponses en santé mentale
- les CLSM et structures territoriales de coordination (ASV, contrat local de santé..)

Les acteurs

Pilote : CPT

Public visé :
personnes
concernées,
aidants et proches

Opérateurs principaux

Communauté psychiatrique de territoire

- *Obtention du financement*
- *Mise en place des circuits et procédures*

Opérateurs contribuant à l'action

Acteurs sanitaires, sociaux, médico-
sociaux , ESPAIRS

- *Coopération*
- *Mise à disposition des informations sur les services offerts*
- *Réponse aux demandes*

CLSM, structures de coordination
territoriales

- *Coopération*
- *Mise à disposition des informations*
- *Relais de proximité des demandes*



PILOTAGE ET MISE EN ŒUVRE



Identification des pré-requis

- **Acteurs/parties prenantes dont l'engagement est indispensable pour garantir la mise en œuvre de l'action :**

- Volonté partagée des 3 établissements de la CPT et des principaux autres acteurs de la santé mentale
- Soutien du projet par les aidants et des personnes concernées

- **Autres pré-requis :**

Accord des parties prenantes pour reconnaître la plateforme et collaborer avec elle, notamment mettre à disposition et mettre à jour les informations sur l'offre de soins, l'offre médico-sociale et sociale.



Cadre de gouvernance de l'action

- **Au niveau global :** Communauté psychiatrique de territoire (CPT)
- **Le cas échéant, à d'autres niveaux d'acteurs :** Comité de suivi de la plateforme avec les parties prenantes dont représentants des collectivités (Union départementale des CCAS, métropole, département..)
- **Modalités d'articulation prévues :**

Cf *supra* objectif opérationnel n°2

- **Modalités de participation des personnes concernées :**
- Participation au niveau de la construction du dispositif (CPT) : prérequis d'intégration de personnes concernées au bureau de la
- Participation pleine et entière à la gouvernance du dispositif : membre du Comité de suivi
- Intégration de pair-aidant parmi dans l'équipe de répondants ou lien très fort avec la plateforme ESPAIRS (*aujourd'hui LIVE oriente vers ESPAIRS*)



CALENDRIER DE MISE EN OEUVRE

▪ Temporalité/calendrier de mise en œuvre :

- **Etape 1** : retour d'expérience de LIVE, décision sur l'évolution éventuelle de LIVE vers la plateforme territoriale : sous 3 mois après le dépôt du PTSM / fin 2020

- **Etape 2** : finalisation des procédures et outils, organisation des liens partenariaux

Evolutivité de la plateforme et du projet à intégrer : 6 mois maximum

- **Etape 3** : Fonctionnement transversal effectif de la plateforme : au plus tard fin 2021

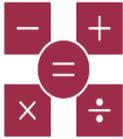
▪ Scénario de déploiement :

- Partenariats à nouer

- Définir avec les partenaires **des outils partagés** pour la transmission des informations de description des offres, et pour les interactions au quotidien

- Volet important de promotion/communication autour de la plateforme

Fin 2020	<ul style="list-style-type: none">• Retour d'expérience de la plateforme LIVE/prise de décision des acteurs du territoire sur son identification éventuelle comme la plateforme transversale PTSM
2021	<ul style="list-style-type: none">▪ Mise en place des partenariats, des procédures et communication externe▪ Fonctionnement effectif de la plateforme fin 2021
2022	<ul style="list-style-type: none">• Opérationnalité de la plateforme sur la gestion des alertes (personnes non connues, personnes sans réponse)
2023	<ul style="list-style-type: none">• Premier retour d'expérience



RESSOURCES

- **Ressources nécessaires : (humaines, financières, matérielles, de formation...) :**

Pour le fonctionnement courant de l'action :

Estimation réalisée à partir du coût de l'équipe de la plateforme LIVE :

- Assistant de service social : 1,4 ETP
- Cadre de santé : 1 ETP
- Secrétaire : 1 ETP
- Médecin : 0,5 ETP
- Répondants : 9,3 ETP

= 700 000 euros

- **Ressources mobilisables (déjà existantes / y compris par transformation) et provenance :**

Professionnels déjà formés au Vinatier

- **Ressources complémentaires :**

Financement ministériel et/ou ARS sollicité à hauteur de 700 000 euros.



EVALUATION

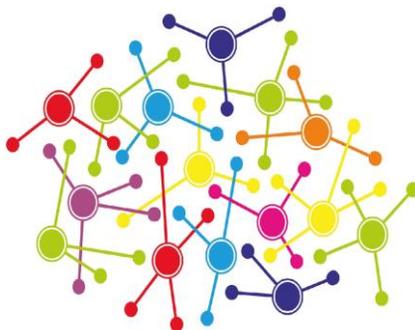
▪ Indicateurs de processus :

Statistiques de fonctionnement de la plateforme (statistiques générales et statistiques détaillées par territoire de proximité, notamment CLSM) :

- nombre d'appels et évolution
- Nombre d'appelants
- Catégories d'appelants, âge
- Origine géographique des appelants
- Type d'orientation émise
- Délais moyens de traitement

▪ Indicateurs d'impact :

- Taux d'accès aux soins réussi
- Baisse de sollicitation téléphonique des urgences
- Evolution des venues aux urgences (entre dans évaluation globale des effets du PTSM)
- Evaluation de la satisfaction des usagers de la plateforme
- Evaluation de la satisfaction des partenaires du territoire



Le projet territorial de santé mentale du Rhône

FICHE ACTION

DEVELOPPER LES PARCOURS COORDONNES DE MANIÈRE TRANSVERSALE SUR LE TERRITOIRE

Pilote : Coordination 69 Soins psychiques et Réinsertions



DESCRIPTION SUCCINCTE DE L'ACTION

Le développement de parcours coordonnés entre les acteurs :

- visant l'inclusion sociale et professionnelle des personnes (études, travail, loisirs, droits civiques..)
- combinant *a minima* logement, accompagnement dans le logement, interventions de soins, respect des choix de la personne, absence de barrières à l'accès et délimitation des missions de chacun

nécessite de penser les dispositifs de coordination adaptés (plateforme, GCSMS,...).

L'objectif est de mettre en place une coordination transversale des parcours à un niveau global/institutionnel, comme au niveau des parcours individuels, incluant le partage d'outils communs dans une approche collaborative.



RAPPEL ARGUMENTAIRE

Les parcours de santé mentale ne sauraient à ce jour être conçus comme faisant se succéder un parcours de soins puis un parcours de réinsertion sociale. Dans le cadre de l'orientation rétablissement, la visée du projet de vie impose de réunir d'emblée toutes les ressources nécessaires à l'inscription de la personne dans une dynamique de rétablissement. En découlent des impératifs démultipliés de coordination et de partage entre les acteurs, dans une logique horizontale.



OBJECTIFS STRATEGIQUES ET OPERATIONNELS



Objectif(s) stratégique(s) selon les 6 ambitions et les résultats attendus :

- Permettre la prise en compte conjointe et coordonnée de l'ensemble des éléments constitutifs du projet de vie de la personne (soins, logement, travail, études, loisirs, vie sociale et citoyenne...)
- Favoriser le rétablissement des personnes concernées
- Eviter les pertes de chances, faire gagner du temps : supprimer les redondances, améliorer la fluidité et la rapidité des réponses
- Eviter les ruptures
- Assurer la couverture de l'ensemble du territoire du PTSM par la coordination des acteurs



Ambitions du PTSM :

Ambition de développer des parcours coordonnés de rétablissement privilégiant le milieu ordinaire et l'accès direct au logement et/ou à l'emploi souhaités.



Cible visée

- **Résultat attendu :**
 - Mise en place d'une coordination transversale (gérant des case managers) sur le territoire
 - Animation de réseaux territoriaux de proximité



Objectifs opérationnels reliés :

Objectif 1/4 : Investiguer les différents modèles de coordination transversale en santé mentale existant sur le territoire régional et national et proposer un modèle pour le territoire Rhône-Métropole

En particulier :

- Modèle du REHPSY (Isère, Drôme-Ardèche et Savoie) :
- Modèle des MAIA et son organisation en table tactique.¹
- Modèle des CREHPSY (centres ressource handicap psychique)
- Modèle du GCSMS du Sud Yvelines

Questions à poser :

- quelle structuration juridique ?
- quel financement ?
- quelles modalités d'accès au case management ?
- quels outils collaboratifs utilisés ?
- quelle place de l'ARS et du Département,
- quel positionnement par rapport aux plateformes territoriales d'appui et aux nouvelles plateformes à 360 degrés ?

Cible visée

▪ **Résultat attendu :**

Une proposition est définie et présentée aux parties prenantes pour mi-2022

¹La table tactique est un espace collaboratif et décisionnel entre les opérateurs responsables des services de soins et d'aide qui concourent au soutien à domicile de la population âgée. Elle a pour mission de :

- Mettre en œuvre et analyser le service rendu; observer le fonctionnement du système et ajuster l'offre
- Harmoniser les pratiques et améliorer la lisibilité du système de soins et d'aides

Objectif 2/4 : Structurer et mettre en place une coordination transversale au territoire du PTSM

- **Cahier des charges :**
 - Garantissant la transversalité du positionnement des case managers (coordination des case managers, rattachement et portage des postes de case managers)
 - En charge de diffuser la culture de collaboration entre les acteurs
 - Trancher la question de la création d'une entité juridique ad hoc (par exemple GCSMS, association...)
 - Définir les liens avec le dispositif plateforme à 360°¹ en cours de mise en place : positionnement possible de la coordination transversale du PTSM comme le segment santé mentale de la plateforme.

Cible visée

Situation de départ : absence de dispositif de coordination transversale des parcours de santé mentale sur le territoire

Résultat attendu : un dispositif de coordination transversale assurant l'accès à des case managers en place à partir de 2023

¹Ce dispositif comportera a priori un dispositif de case management : toutefois les ressources ne seraient pas direction rattachées à la communauté, mais mises à disposition par les membres.

Objectif 3/4 : Organiser un fonctionnement en réseaux territoriaux de proximité

- **Cahier des charges :**
 - Privilégier une territorialité élargie au bassin de vie
 - Nécessite d'envisager un niveau de définition des territoires différent entre la Métropole et le Département du Rhône (offre très dense et diversifiée sur la Métropole, coordinations préexistantes à travers les CLSM / maillage moins dense sur le Département du Rhône, mais interconnaissance forte des acteurs)
 - Définir les interactions avec la coordination transversale.

Objectif 4/4 : Elaborer et généraliser un modèle partagé unique d'évaluation des besoins et des attentes et de projet individualisé de rétablissement

Cet objectif est commun avec l'objectif 3/3 de la fiche « réhabilitation psychosocial », visant à organiser la complémentarité et la cohérence des interventions entre les acteurs intervenant dans les parcours de réhabilitation psychosociale, via la définition d'un modèle harmonisé de projet individualisé et la généralisation de réunions de partage réunissant la personne, ses aidants et les différents intervenants du parcours autour du projet de rétablissement et de ses réévaluations successives.



Cible visée

Situation de départ : la personne a autant de projets personnalisés qu'elle a d'intervenants dans son parcours, en ayant eu une série d'évaluations et questionnements identiques

Résultat attendu : le projet personnalisé, construit entre la personne et les intervenants de son parcours, constitue son projet unique partagé entre tous les acteurs du parcours



PERIMETRE ET ACTEURS CONCERNES PAR L'ACTION

▪ **Périmètre/champ concerné :**

Tous les acteurs intervenant sur les parcours (sanitaires, sociaux, médico-sociaux) et les coordinations existantes

▪ **Public concerné :**

- Toutes les personnes dont le parcours fait intervenir simultanément des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

- Les publics définis comme prioritaires pour le case management :

L'intervention des case managers est privilégiée lors des périodes de fragilité liées à une transition :

- sortie d'hospitalisation
- transition d'un âge à l'autre (jeune à adulte)
- 1er épisode psychotique
- situation complexe – situation de comorbidités

▪ **Opérateurs principaux de la mise en œuvre opérationnelle :**

- La Coordination 69, pour le travail d'investigation et de définition complémentaire à mener

- Le/les opérateurs de la coordination transversale mise en place à partir de 2023

▪ **Opérateurs contribuant à l'action :**

- Les acteurs parties prenantes des réseaux territoriaux :
 - CCAS
 - Maisons du Rhône et Maisons de la Métropole
 - CLSM / ASV
 - GEM
 - Etablissements sociaux et médico-sociaux
 - Etablissements de soins psychiatriques
 - MDMPH
 - ESPAIRS / pairs aidants
 - ...

- La communauté à 360 °, pour une mise en cohérence des missions (lisibilité et non redondance des services)

Les acteurs

Pilote :
Coordination 69

Public visé :
personnes avec
besoins de co-
interventions dans
leur parcours

Opérateurs principaux

Coordination 69

- *Investigations complémentaires sur les dispositifs de coordination*
- *Définition d'une proposition et pilotage de sa mise en œuvre*

Porteurs du dispositif de
coordination (*une fois
défini*)

- *Mise en place du dispositif transversal*

Opérateurs contribuant à l'action

Tous les acteurs partie
prenantes des réseaux de
proximité

- *Contribution au dispositif transversal et aux réseaux territoriaux*

Coordinations de
proximité (CLSM,
ASC..)

- *Contribution aux réseaux territoriaux*

Communauté à 360°

- *Contribution à la structure transversale de coordination*
- *Mise en cohérence des missions*



PILOTAGE ET MISE EN ŒUVRE



Identification des pré-requis

- **Acteurs/parties prenantes dont l'engagement est indispensable pour garantir la mise en œuvre de l'action :**
 - L'ARS et les collectivités territoriales (autorisation et financement d'une coordination transversale)
 - Les principaux acteurs sanitaires et médico-sociaux du parcours de santé mentale
- **Autres pré-requis :**
 - Formation des professionnels à l'approche rétablissement et à la réhabilitation psychosociale
 - Confiance et approche collaborative
 - Partage d'information
 - Outils informatiques à déployer pour garantir l'efficacité de la coordination :
 - Partage des évaluations et des projets personnalisés
 - Tableaux de suivi partagé des situations



Cadre de gouvernance de l'action

- **Au niveau global :** Coordination 69, soins psychiques et réinsertions
- **Le cas échéant, à d'autres niveaux d'acteurs :**

Appui sur et cohérence avec les coordinations existantes en santé mentale sur les territoires de proximité (CLSM, ASV, ..).

- **Modalités de participation des personnes concernées :**
 - Participation des personnes concernées aux travaux complémentaires
 - Participation des personnes concernées à la coordination transversale et aux réseaux territoriaux



CALENDRIER DE MISE EN OEUVRE

▪ **Temporalité/calendrier de mise en œuvre :**

La mise en œuvre d'une coordination formalisée nécessite une phase de maturation complémentaire. A ce titre est proposée la mise en place d'un groupe de travail au sein de la Coordination 69 qui, sur la base d'une lettre de mission précise, travaillera à la formulation d'une proposition.

▪ **Scénario de déploiement (incluant étapes et cibles intermédiaires) :**

- Fin 2020 : Mise en place d'un groupe de travail au sein de la Coordination 69 et désignation d'un chef de projet

- 2021-2022 : Poursuite des investigations en vue de la création d'une coordination transversale couvrant le territoire

⇒ Proposition attendue pour juin 2022

- 2022 : Expérimentation avec quelques acteurs volontaires, sur un territoire délimité, avec positionnement transversal de case managers issus des structures.

- Déploiement du dispositif : à partir de 2023

Parallèlement :

- la mise en place de case managers sera amorcée à travers le déploiement des prises en charge précoce des premiers épisodes psychotiques.

- les outils permettant de faire les liens entre les intervenants (outils collaboratifs, outils d'information partagés) seront travaillés dans le cadre de la communauté de pratiques « rétablissement » animée par le CRR

▪ **Le cas échéant, scénarii alternatifs**

Un scénario alternatif devra être proposé en cas d'impossibilité de créer une structure juridique transversale

**Octobre-
décembre
2020**

- Mise en place du groupe de travail au sein de la Coordination 69 et désignation du chef de projet nominatif

2021

- Travaux et investigations complémentaires par le groupe de travail

2022

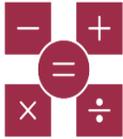
- Présentation d'une proposition de structuration d'un dispositif de coordination transversale
- Expérimentation avec un nombre d'acteurs limité

2023

- Début de mise en place de la structure de coordination transversale

**2024 et
2025**

- Premier retour d'expérience
 - Evaluation



RESSOURCES

- **Ressources nécessaires : (humaines, financières, matérielles, de formation...) :**

Pour la mise en œuvre de l'action :

- Mobilisation d'un groupe de travail sur lettre de mission
- Déplacements et visites possibles

Pour le fonctionnement courant de l'action :

Ressources de coordination de la structure transversale

- **Ressources mobilisables (déjà existantes / y compris par transformation) et provenance :**

- **Ressources complémentaires :**

Financement du dispositif de coordination transversale (*chiffrage à définir dans le cadre des travaux complémentaires*)



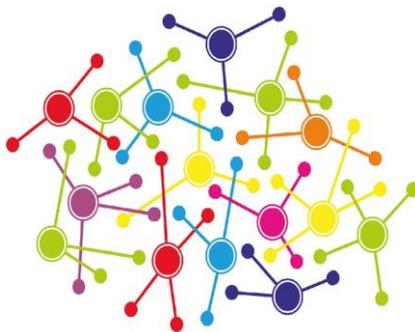
EVALUATION

- **Indicateurs de processus :**

- Mise en place de la structure de coordination transversale
- Nombre d'acteurs membres de la structure de coordination transversale et évolution annuelle
- Nombre annuel de parcours suivis
- Nombre de réunions de partage de projets personnalisés
- Mise en place d'un outil de partage des évaluations et des projets

- **Indicateurs d'impact :**

- Evaluation de la satisfaction des personnes et des familles (sur les effets globaux)
- Evaluation de la satisfaction des partenaires



Le projet territorial de santé mentale du Rhône

FICHE ACTION

DEVELOPPER LE CASE MANAGEMENT SUR LES TERRITOIRES

Pilote : Coordination 69 Soins psychiques et Réinsertions



DESCRIPTION SUCCINCTE DE L'ACTION

L'objectif est de mettre en place sur le territoire des case managers qui interviennent sur la transversalité du parcours de la personne, dans une optique d'*empowerment*, de soutien au rétablissement et de prévention des ruptures lors des moments délicats.

Nota : Cette fiche fonctionne en interaction étroite avec la fiche relative à la coordination transversale des parcours.

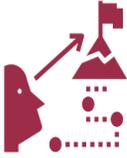


RAPPEL ARGUMENTAIRE

Dans un système de santé mentale de plus en plus diversifié et complexe, parfois difficile d'accès, le case management s'impose aujourd'hui comme un élément indispensable axé sur le rétablissement et la prise en compte des choix individuels des personnes concernées. Il vise à offrir par un accompagnement individuel et personnalisé, sur le temps nécessaire, des prises en charge accessibles, efficaces et coordonnées qu'elles soient sanitaires, médico-sociales, sociales, scolaires, professionnelles, etc.

Le case manager poursuit ainsi deux missions principales :

- Une mission de soutien actif (« coaching ») de la personne concernée dans son processus de rétablissement, prenant en compte ses choix et ses aspirations mais également l'ensemble de ses ressources et capacités.
- Une mission de coordination de l'ensemble des acteurs intervenant dans le parcours de rétablissement de la personne.



OBJECTIFS STRATEGIQUES ET OPERATIONNELS



Objectif(s) stratégique(s) selon les 6 ambitions et les résultats attendus :

- Soutenir le processus de rétablissement et le pouvoir d’agir des personnes concernées
- Garantir des soins et des accompagnements intégrés, prenant en compte les besoins, les attentes et les aspirations de chaque personne dans sa globalité
- Coordonner les parcours de manière transversale, en mobilisant les bonnes ressources au bon moment, sans doublon ni redondance
- Accroître la satisfaction des personnes concernées et de leur entourage quant aux soins et aux accompagnements dont elles bénéficient, en réponse à leurs besoins individuels



Ambitions du PTSM :

- Ambition pour développer une dynamique d'innovations
- Ambition de construire des réponses (soins-accompagnement) à partir des besoins et attentes des personnes concernées, en se détachant d'une vision centrée sur l'institution et avec une exigence forte sur les droits des personnes
- Ambition de développer des parcours coordonnés de rétablissement privilégiant le milieu ordinaire et l'accès direct au logement et/ou à l'emploi souhaités
- Volonté de développer la flexibilité et la réactivité dans le fonctionnement des dispositifs



Cible visée

- **Résultat attendu :**

Des cases managers mobilisables sur le territoire dans le cadre d’un dispositif de coordination transversale des parcours



Objectifs opérationnels reliés :

Objectif 1/3 : Elaborer un cahier des charges partagé du case management

A partir du texte de consensus élaboré pour la journée Ma santé mentale 2022, en annexe de la présente fiche, et du recueil d'expérience réalisé auprès de coordinations territoriales existantes, par exemple le REHPSY, préciser et/ou définir les éléments suivants :

- Conditions de recours au case management (pas d'obligation d'orientation par la CDAPH)
- Délai maximum d'intervention du case manager après sollicitation
- Nombre maximum de bénéficiaires accompagnés en parallèle par un même case manager
- Durée cible de l'accompagnement dans le temps en fonction des situations (18 mois, 2 à 3 ans ...)
- Modalités d'accompagnement (RDV physiques, entretiens en visioconférence entre deux RDV, etc.)
- Modalités d'ancrage territoriale des case managers
- Modulation de l'accompagnement proposé au fil du temps, en fonction des besoins (accompagnement intensif, « veille », etc.)
- Modalités de sortie du case management et de réactivation si nécessaire
- Délai maximum entre deux réévaluations de la pertinence de l'accompagnement
- Rattachement des case managers, modalités de recrutement
- Référentiel de compétences (savoir-être et savoir-faire : bonne connaissance des différentes maladies psychiques et de leur impact, des pratiques de réhabilitation sociale associées au rétablissement, etc.), formation associée et statut professionnel (infirmier, éducateur spécialisé, psychologue du travail, etc.)
- Participation à une communauté de pratiques réunissant les case managers du territoire et incluant des échanges avec des case managers d'autres régions, voire d'autres pays, dans une perspective de formation continue
- Modalités de partage d'information entre les parties prenantes (cf. travail sur la « coordination transversale des parcours »)



Cible visée

Résultat attendu : une proposition présentée en 2022

Objectif 2/3 : Travailler les conditions garantissant la légitimité du case manager auprès de l'ensemble des acteurs du parcours

▪ Cahier des charges :

- Positionnement transversal, accès à l'information, partage des pratiques
- Dans la logique de SERAFIN-PH¹, conception du case management comme un service à part entière, non rattaché à une structure en particulier
- Nécessité pour les case managers du territoire de constituer une communauté de pratiques (dispositif permanent de formation par l'échange entre pairs sur les pratiques).

¹Nomenclature des besoins et des prestations mobilisables en réponse à ces besoins, base du nouveau modèle de financement du secteur médico-social. La coordination de parcours est identifiée dans SERAFIN-PH comme une prestation socle.

Objectif 3/3 : Recruter et déployer les case managers, assurer la transversalité du positionnement des case managers existants

➔ **Cible visée :**

▪ **Situation de départ :**

- Des coordinateurs de parcours existent dans certaines structures (notamment SAVS et SAMSAH, PCPE, CL3R...), toutefois la transversalité de l'intervention du case manager n'est pas toujours reconnue.
- Des initiatives de positionnement de case managers (ou référents ou coordinateurs de parcours) se multiplient à partir de nombreuses structures, sans mise en cohérence d'ensemble.

▪ **Résultat attendu :**

- Les possibilités de case management existant sur le territoire sont identifiées, les modalités de leur sollicitation sont connues des acteurs et des aidants. Les case managers ont accès aux informations concernant les personnes suivies auprès de l'ensemble des intervenants du parcours.
- Les case managers interviennent dans le cadre de pratiques orientées rétablissement
- Création d'une structure transversale employeur direct des case managers, permettant la mise en place d'un « pool » de case managers sollicitables par les acteurs sanitaires et les acteurs sociaux et médico-sociaux, mais aussi directement par les personnes concernées et leur entourage
- Sur les prises en charge précoces des premiers épisodes psychotiques, intégration des case managers dans l'équipe de soins, avec mission transversale tournée vers le maintien de l'insertion.



PERIMETRE ET ACTEURS CONCERNES PAR L'ACTION

▪ Périètre/champ concerné :

L'ensemble du champ des parcours de santé mentale (psychiatrie adulte et infanto-juvénile, établissements et services médico-sociaux, professionnels de l'action sociale, de l'emploi, du logement...)

▪ Public concerné :

Personnes déjà en contact avec le soin psychique, avec 3 publics cibles dans le cadre de transitions impliquant un risque de rupture :

1. Les jeunes dans le cadre des premiers épisodes psychotiques, des transitions de la psychiatrie infanto-juvénile et de l'aide sociale à l'enfance vers la psychiatrie adulte, ou des fins de prise en charge en pédopsychiatrie
2. Les sorties d'hospitalisation, avec 2 cibles : les sorties d'hospitalisation classiques dans un contexte de fragilité au regard de l'adhésion aux soins, de la situation sociale et des soutiens familiaux, et les sorties d'hospitalisation de longue durée ; les fins d'accompagnement par un ESMS
3. Les situations de comorbidités importantes (autre handicap, diabète, pathologie cardiaque) : un lien devra être pensé avec les communautés 360° en cours de déploiement, ainsi qu'avec les MAIA concernant les personnes âgées.

Ne concerne pas :

- les personnalités anti-sociales et/ou avec dangerosité

Pour les personnes bénéficiant déjà d'une coordination transversale de leur parcours au titre d'un SAMSAH ou d'un PCPE, l'enjeu est que le coordinateur de parcours puisse voir son positionnement transversal reconnu par l'ensemble des acteurs et intervienne dans le cadre de pratiques orientées rétablissement.



Le case manager ne se substitue pas aux missions des acteurs territoriaux en termes de préparation et de gestion des transitions (psychiatrie infanto-juvénile-psychiatrie adulte, sorties d'hospitalisation...). **Il constitue une ressource supplémentaire mobilisable sur certaines situations, dans le cadre de l'anticipation et de la préparation de la transition.**

- **Opérateurs principaux**

- La Coordination 69, pour la réalisation des travaux complémentaires
- Les structure(s) porteuse(s) de case managers, pour le recrutement, la formation et la mise en œuvre du positionnement transversal des case managers

- **Opérateurs contribuant à l'action :**

Les CLSM, les établissements de la CPT, les ESMS, les aidants

Les acteurs

Pilote :
Coordination 69

Public visé : personnes
à risque de rupture
dans le cadre d'une
situation de transition

Opérateurs principaux

Coordination 69

- *Travaux complémentaires*
- *Définition d'une proposition et pilotage de sa mise en œuvre*

Structures porteuses de
case managers

- *Mise en cohérence de la fiche de poste des case managers existants*
- *Recrutement, formation, positionnement de nouveaux case managers en transversalité*

Opérateurs contribuant à l'action

Aidants

Acteurs sanitaires,
sociaux, médico-sociaux
du territoire

Coordinations territoriales
locales (CLSM, ASV..)

- *Participation à la mise en place du case management*



PILOTAGE ET MISE EN ŒUVRE



Identification des pré-requis

- **Acteurs/parties prenantes dont l'engagement est indispensable pour garantir la mise en œuvre de l'action :**

Engagement nécessaire de l'ensemble des acteurs au plan institutionnel

- **Autres pré-requis :**

- Dépendance vis-à-vis de la conduite de projet sur la coordination transversale des parcours et des propositions qui seront produites dans ce cadre (notamment sur le modèle juridique de portage de la coordination)
- Formation des professionnels à l'approche rétablissement et à la réhabilitation psychosociale
- Confiance et approche collaborative
- Partage d'information
- Communication auprès des équipes pour expliquer l'intérêt de ce nouveau métier et gérer les repositionnements professionnels induits
- Financement des postes de case managers



Cadre de gouvernance de l'action

- **Au niveau global :** Coordination 69, soins psychiques et réinsertions
- **Le cas échéant, à d'autres niveaux d'acteurs :**
- **Modalités de participation des personnes concernées :**
 - Participation des personnes concernées aux travaux complémentaires (groupe de travail au sein de la Coordination 69)
 - Participation des personnes concernées au pilotage du futur dispositif de coordination transversale des parcours



CALENDRIER DE MISE EN OEUVRE

▪ **Temporalité/calendrier de mise en œuvre :**

Le positionnement transversal de case managers nécessite une phase de maturation complémentaire, qui sera menée par un groupe de travail au sein de la Coordination 69. Ce groupe de travail travaillera à préciser et compléter le cahier des charges cité en objectif 1 et à en formuler une proposition d'implémentation. Il sera commun à cette fiche et à la fiche « Développer les parcours coordonnés en transversalité sur le territoire ».

▪ **Scénario de déploiement (incluant étapes et cibles intermédiaires) :**

- Fin 2020 : Mise en place d'un groupe de travail au sein de la Coordination 69 et désignation d'un chef de projet

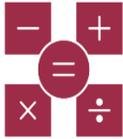
- 2021-2022 : Travaux complémentaires : cahier des charges et proposition d'implémentation

=> Proposition attendue pour juin 2022

- 2022 : Expérimentation avec quelques acteurs volontaires, sur un territoire délimité, avec positionnement transversal de case managers issus des structures.

- Déploiement du case management : à partir de 2023

<p>Octobre- décembre 2020</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en place du groupe de travail au sein de la Coordination 69 et désignation du chef de projet nominatif
<p>2021</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Travaux complémentaires par le groupe de travail • Déploiement de case managers dans le cadre des équipes « Premiers épisodes psychotiques »
<p>2022</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Présentation d'une proposition de cahier des charges et d'implémentation du case management • Expérimentation avec un nombre d'acteurs limité
<p>2023</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Début de déploiement des case managers, dans le cadre du dispositif transversal de coordination des parcours
<p>2024 et 2025</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Premier retour d'expérience • Evaluation



RESSOURCES

- **Ressources nécessaires : (humaines, financières, matérielles, de formation...)** :

Pour la mise en œuvre de l'action :

- Mobilisation d'un groupe de travail sur lettre de mission

Pour le fonctionnement courant de l'action :

Recrutement et formation de professionnels (DU Case Management de l'Université de Tours, formation « coordination de parcours », etc.)

- **Ressources mobilisables (déjà existantes / y compris par transformation) et provenance :**

Séraphin PH : identification d'une prestation sociale de coordination de parcours (mobilisable uniquement dans un contexte de handicap reconnu)

- **Ressources complémentaires :**

Financement des postes de case managers (*chiffrage à définir dans le cadre des travaux complémentaires*)



EVALUATION

▪ Indicateurs de processus :

- Nombre de case manager recrutés
- Nombre de concertations multidisciplinaires organisées
- Nombre d'usagers bénéficiaires
- Durée moyenne d'accompagnement
- Taux de demandes non prises en charge (en raison d'une absence de conformité de la demande par rapport aux critères de recours / en raison d'une impossibilité de prise en charge liée à la saturation du dispositif)
- Nombre de personnes suivies par case manager

▪ Indicateurs d'impact :

- Degré de satisfaction des bénéficiaires des services d'un case manager et de leur famille et entourage (notamment sur le positionnement du case manager)

NB : il conviendra de croiser les résultats obtenus avec les résultats des audits collaboratifs prévus dans les services sur le respect des valeurs du rétablissement (fiche action « développer les pratiques orientées rétablissement »)

- Degré de satisfaction des partenaires / acteurs coordonnés dans le cadre du parcours
- Indicateur(s) visant à évaluer la contribution réelle du case manager à la mise en œuvre du parcours de rétablissement et à la diminution des ruptures dans le parcours.
- Dont taux de réhospitalisation des personnes ayant bénéficié de l'intervention d'un case manager

ANNEXE : LE CASE MANAGEMENT : BÉNÉFICES ATTENDUS ET CONDITIONS DE REUSSITE¹

Le case-management est résolument un élément clé dans le processus de rétablissement, la prise en charge précoce et la minimisation des ruptures de parcours des personnes souffrant de troubles psychiques. Le présent document se propose de recenser les multiples bénéfices attendus pour les personnes concernées, pour les professionnels et le système de soins. Il pointe également un certain nombre d'éléments qui conditionnent la réussite de sa mise en œuvre.

▪ **Bénéfices attendus**

Pour les personnes concernées

Le case-management repose sur une « belle rencontre » et l'établissement d'une relation de confiance entre le case-manager et chaque personne concernée au plus près de son milieu de vie lui permettant de :

- Garder/retrouver Espoir à travers la prise en compte globale de ses attentes, du bilan de ses empêchements à réaliser son projet de vie et l'établissement d'un projet individuel de soins/accompagnements.
- D'être accompagnée et soutenue dans sa capacité à retrouver de la motivation, des projets, et à les mettre en œuvre concrètement (dimension "coaching")
- De (re)devenir consciente de son pouvoir d'agir et de son droit à être actrice de ses soins et de ses accompagnements (dimension "empowerment").

¹ Document élaboré collectivement et partagé lors de la réunion régionale Ma santé mentale 2022 co-organisée à Lyon le 17 octobre 2019 par l'ADEM, l'UNAFAM, Santé mentale France et la conférence régionale des présidents de CME de CHS.

Le case-management permet concrètement de :

- Faciliter le repérage/l'accès aux différents soins et accompagnements identifiés comme souhaitables/nécessaires pour son projet de vie.
- Assurer la cohérence et la proactivité (nature et timing...) entre les différents soins/accompagnements et la réalité du vécu quotidien et des attentes de la personne (définition des priorités, prise en compte des événements déstabilisants...).
- Favoriser le soutien individuel pour privilégier l'accès et le maintien dans l'emploi et en logement autonomes (démarches IPS (Individual Placement and Support), un logement d'abord...).
- Assurer une veille active, l'appui et l'information des parties prenantes en cas de difficulté (rechute, événement stressant...) pour adapter les accompagnements (si possible sur la base de directives anticipées...).
- Disposer d'un interlocuteur unique, accessible à tout moment (Type SMS puis rappel dans un délai défini, par exemple <24 h/jour ouvrable; planification des accès pour les WE & congés) qui est choisi par la personne et en qui elle a confiance.
- Intégrer et prendre en compte explicitement l'environnement familial de la personne dans l'accompagnement (possibilité à la famille de contacter le case-manager en cas de décrochage ou d'évènements susceptibles de remettre en cause le plan de soins/accompagnement en cours).

Pour les parties prenantes, professionnels et systèmes de soins et médico social et social :

- Reconnaissance d'une stratégie commune et d'un engagement solidaire pour le rétablissement des personnes.
- Fort effet levier attendu sur la lisibilité, la coordination, l'organisation et l'efficacité des soins et accompagnements.
- Facilitation du repérage des situations critiques ayant une solution inadaptée et nécessitant une mobilisation de la coordination territoriale (dispositif RAPT, plateformes, GCSMS...).
- Meilleure connaissance des compétences/apports/synergies réciproques entre les différents intervenants.
- Gain significatif de « sens » dans l'activité de chacun par l'intercommunication et la cohérence des actions recentrées sur le projet de vie de la personne.
- Economies substantielles à travers une meilleure efficacité (ne serait-ce que la diminution du nombre et de la durée des hospitalisations, reprise des études, retour à l'emploi...).

▪ **Conditions de réussite**

Qualités individuelles requises du case-manager

Savoir être :

- Empathie, écoute, , ouverture d'esprit.
- Etre convaincu/motivé/militant.
- Dynamisme, esprit positif, orienté solutions
- Communicant et esprit d'équipe.
- Disponibilité et réactivité

Savoir-faire :

- Bien connaître et maîtriser le processus du rétablissement.
- Connaître la maladie psychique et ses impacts.
- Maîtriser les approches motivationnelles, avec une connaissance de base en psychologie positive

- Connaître et faire connaître à la personne ce que peuvent lui apporter les différents intervenants.
- Maîtriser le fonctionnement et les procédures/difficultés d'accès aux différents soins/accompagnements.
- S'assurer avec vigilance que le projet de soins et d'accompagnement est bien respecté et produit bien les effets visés. Pour cela, suivre en temps réel son efficacité au regard du projet de vie de la personne de manière à élaborer avec les parties prenantes les améliorations nécessaires.

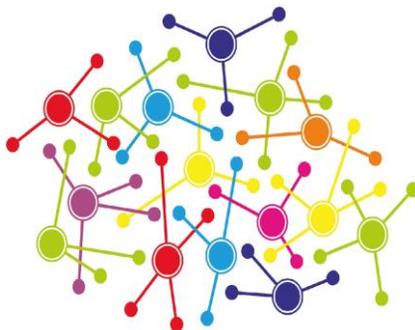
▪ **Profils possibles :**

- Infirmier
- Assistant de service social
- Educateur spécialisé
- ...

▪ **Ce que n'est pas le case-manager :**

Le case-manager n'a pas vocation :

- à faire à la place de la personne
- à se substituer aux compétences spécialisées présentes au sein des services de soins et d'accompagnement.



Le projet territorial de **santé mentale** du Rhône

FICHE ACTION

DEVELOPPER ET DIVERSIFIER LA PALETTE DE SOLUTIONS DE LOGEMENT (DU LOGEMENT AUTONOME AU LOGEMENT COLLECTIF) ET D'ACCOMPAGNEMENT DANS LE LOGEMENT

Pilotes : Métropole de Lyon, sur le territoire métropolitain
A définir sur le territoire du Département du Rhône



DESCRIPTION SUCCINCTE DE L'ACTION

Il s'agit de :

- Diversifier la palette de logements et d'accompagnement dans le logement pour l'adapter aux besoins et attentes des personnes en fonction de leur projet individualisé de rétablissement (tenant compte du projet de travail et d'insertion sociale..)
- Traiter de concert le logement et l'accompagnement dans le logement
- Définir la gouvernance et les lieux où les projets se discutent et se réalisent
- Augmenter les synergies entre les décideurs et entre les acteurs pour produire des réponses plus importantes en nombre et plus adaptées



RAPPEL ARGUMENTAIRE

Les questions du logement et l'accompagnement, déjà très prégnantes, vont prendre une acuité particulière au regard des évolutions systémiques appelées par le PTSM :

- L'accès à un logement correspondant au projet de vie de la personne est une composante indépassable d'un parcours de rétablissement en santé mentale

- L'évolution des attentes des personnes vers une aspiration plus forte à l'autonomie et au logement à soi, en lien avec la progression de la logique de rétablissement, est à prendre en compte dans la projection des réponses à construire

- La diminution de la place de l'hospitalisation au bénéfice de prises en charge dans la cité (hospitalisations moins systématiques et plus courtes) nécessitera de rechercher des solutions de logement et d'accompagnement dans délais beaucoup plus brefs et dans des niveaux de pertinence meilleurs.

Les questions du logement et de l'accompagnement sont très intimement liées, elles doivent être traitées de concert

La problématique couvre aussi la question des inadéquations dans la solution actuelle de logement-accompagnement des personnes

L'accessibilité du lieu du logement à la vie sociale et à l'entourage est une condition de succès du logement.

Pour progresser, doit être bien prise en compte la variété, d'une part des besoins et attentes des personnes, et d'autre part des solutions et montages possibles.

Sur ce champ les dynamiques territoriales sont fortes (SPEHL, accord collectif, PLALHPD, SAMSAH rétablissement-logement, Un chez soi d'abord, collectif logement Rhône, Logement d'abord, plateforme Louer solidaire, Conférence des financeurs de l'habitat inclusif...). Elles incluent pour la plupart les logiques de rétablissement et de choix des personnes
Il s'agit de s'inscrire au mieux dans ces dynamiques.

Néanmoins, l'importance de ces enjeux pour les personnes, et les contraintes de captation de logement font que cette question reste très critique, et ceci encore plus particulièrement sur la Métropole de Lyon, où la **pression sur le logement** est très forte. Si l'accès au logement est moins problématique sur le territoire du département du Rhône, la question de **l'accompagnement dans le logement y** est toutefois très prégnante.

A cet égard, les espoirs mis dans l'accord collectif sont encore insuffisamment concrétisés du fait de spécificités liées au domaine de la santé mentale, dans un contexte établi de manque global de logements.

Concernant l'accord collectif, sont plus particulièrement mises en exergue les questions :

- de la stigmatisation des troubles psychiques et de ses conséquences sur la mobilisation des acteurs et sur les résultats en termes de captation et de maintien dans le logement,
- de l'articulation et de la synergie à trouver entre :
 - dynamique centralisée impulsant une vision et facilitant évaluation, pilotage et arbitrage,
 - et dynamique de terrain interinstitutionnelle et interprofessionnelles génératrice de confiance et de pragmatisme.

Se pose également la question de l'élargissement des solutions de captation de logement (privé notamment), en veillant à la sécurité et à la maîtrise de ces solutions vis-à-vis de personnes en fragilité psychique.

Si la problématique du logement se pose de manière particulièrement critique lors des sorties d'hospitalisation, la dimension de prévention de la perte du logement lors de l'entrée dans un parcours de santé mentale doit également faire l'objet d'une attention prioritaire.



OBJECTIFS STRATEGIQUES ET OPERATIONNELS



Objectif(s) stratégique(s) selon les 6 ambitions et les résultats attendus :

- Le volet logement et accompagnements dans le logement du PTSM doit permettre :
 - De poursuivre les dynamiques en cours dans les territoires
 - D'anticiper l'impact sur le besoin de logement et d'accompagnement de la progression des dynamiques de rétablissement portée par le PTSM (prise en charge précoce des premiers épisodes psychotiques, progression de la réhabilitation psychosociale, prévention des crises...)

- C'est pourquoi les contributions du volet logement à la stratégie du PTSM viseront à :
 - Etendre les logiques de « logement d'abord » de manière à ce que le logement soit l'un des facteurs du rétablissement et non une conséquence¹; l'accompagnement est alors à moduler et à aménager au fil de l'avancée de la personne dans son rétablissement.
 - Améliorer la pro-activité des réponses de manière à ce que la personne dispose d'une réponse au moment où les attentes, besoins et dynamique de rétablissement de la personne le justifient.
 - Proposer des solutions souples et modulables dans la nature, l'intensité et la durée, pour s'adapter à l'évolution des besoins (caractère fluctuant des troubles) et des attentes (évolutions dans le parcours de rétablissement)
 - Veiller, non seulement, à assurer l'accès au logement mais aussi le maintien dans le logement,
 - S'attacher particulièrement à réussir ces évolutions vis-à-vis des populations dont le PTSM modifiera le parcours dans le sens du rétablissement ou d'un projet de vie plus adapté : ces catégories de personnes à enjeux particuliers sont :
 - Les jeunes entrant dans une pathologie psychique sévère et bénéficiant d'une prise en charge précoce et adaptée (cf. fiche action prise en charge précoce des premiers épisodes psychotiques)
 - Les personnes progressant dans leur parcours de rétablissement et dont la situation de logement-accompagnement doit être infléchie pour faciliter ledit rétablissement.

¹L'accès au logement ne doit pas être la conséquence de la stabilisation des troubles, mais une contribution essentielle et primordiale au parcours de rétablissement.

- Les personnes dans une situation délétère d'inadéquation au long cours de leur solution d'hébergement-accompagnement (hospitalisation au long cours, hébergement dans la famille, ...),
- ✓ soit à l'occasion d'une prise en charge de réhabilitation pour définir et mettre en œuvre le projet de vie et, partant, réduire significativement la chronicité et la sévérité des troubles,
- ✓ soit pour aller vers une solution améliorant la qualité de vie, au regard de la sévérité et de la chronicisation des troubles



Ambitions du PTSM :

- Ambition pour développer une dynamique d'innovations
- Ambition de construire des réponses (soins-accompagnement) à partir des besoins et attentes des personnes concernées, en se détachant d'une vision centrée sur l'institution et avec une exigence forte sur les droits des personnes
- Ambition de développer des parcours coordonnés de rétablissement privilégiant le milieu ordinaire et l'accès direct au logement et/ou à l'emploi souhaités.



Objectifs opérationnels reliés :

Ces objectifs ont vocation à alimenter les nouveaux PLALHPD¹ qui seront élaborés en 2021, ainsi que les autres documents programmatiques des collectivités et de l'Etat en relation avec le logement et l'accompagnement dans le logement.

Objectif 1/5 : Organiser le recueil des données relatives au besoin de logement et d'accompagnement

L'objectif est de pouvoir qualifier précisément les besoins et leur évolution en :

- Répertoriant les recueils de données déjà mis en place², collectant et colligeant les résultats afin de qualifier de manière fine les besoins pour chaque public et chaque type de logement et d'accompagnement
- Mettant en place une cohorte ciblée sur les grands publics cibles du PTSM (notamment les jeunes dans le cadre du projet de prise en charge précoce des premiers épisodes psychotiques) pour mieux connaître les besoins, qualifier les freins de l'accès au logement et les conditions de succès
- Exploitant les données du volet social du RIMP (recueil d'information médicale en psychiatrie)



Cible visée

- **Situation de départ :**
Les besoins sont insuffisamment connus ; les données recueillies à des échelles locales ne sont pas colligées et utilisées pour bâtir des estimations à une échelle plus large.
- **Résultat attendu :**
Les besoins relatifs au logement et à l'hébergement des personnes souffrant de troubles psychiques sont estimés chaque année à partir des sources existantes et des recueils complémentaires mis en place, et transmis aux financeurs et décideurs.

¹Plans locaux d'action pour le logement et l'hébergement des personnes défavorisées, couvrant respectivement la Métropole de Lyon et le Département du Rhône. Le plan départemental est copiloté par l'Etat et le Département du Rhône, le plan métropolitain par l'Etat et la Métropole de Lyon.

²Par exemple, le travail d'analyse des parcours des personnes hospitalisées depuis plus de 3 mois réalisé par le CH Saint Jean de Dieu, qualifiant les besoins de logement des personnes à risque ou en situation d'hospitalisation inadéquate ; ou le tableau partagé sur l'ensemble du territoire sur les CHR, qualifiant les délais d'accès à un logement, le type de logement intégré par la personne et l'accompagnement associé, les motifs de non accès, le maintien dans le logement au terme de 6 mois

Objectif 2/5 : Soutenir la formulation du besoin et des attentes individuelles dès l'entrée dans la maladie

Il est indispensable d'investiguer la question du logement dès le début du parcours, sans attendre l'amélioration clinique.

Cette question ne doit pas être institution dépendante : elle doit être prise en compte immédiatement lors de l'entrée en soins et la prévention de la perte de logement intégrée dans le projet personnalisé.

La préoccupation pour le logement doit être organisée à deux niveaux :

1. La prévention de la perte de logement et la détection des situations graves d'inadéquation du logement doivent être intégrées dans le processus d'évaluation accompagnant l'entrée dans les soins (en hospitalisation et en ambulatoire), afin de faire l'objet de mesures immédiates
2. En cas d'absence de logement, d'inadéquation du logement ou de besoin d'accompagnement dans le logement, la construction d'un projet de logement et d'accompagnement doit être intégrée au projet personnalisé, en coconstruction avec la personne, ses aidants et les acteurs sociaux ou médico-sociaux.

▪ Modalité de mise en œuvre :

Conduite de projet au sein des établissements de soins pour une définition et harmonisation des procédures, à développer de manière intégrée avec l'objectif opérationnel 1 de la fiche relative au travail (« Investiguer la question de l'emploi et/ou de la formation et des études dès l'entrée dans le parcours de soin »).

- Identification et formalisation du circuit d'instruction des questions relatives au logement
- Elaboration et partage entre les établissements :
 - D'outils de recueil de la situation relative au logement et à l'accompagnement dans et vers le logement
 - De fiches pratiques utiles aux équipes pluridisciplinaires (par ex. comment gérer la situation vis-à-vis d'un bailleur ? comment faire une demande de logement ?)

Nécessité de former en parallèle les professionnels aux pratiques orientées rétablissement.



Cible visée :

▪ **Situation de départ :**

- La situation relative au logement n'est pas systématiquement qualifiée lors de l'entrée dans les soins
- Les besoins de logement et d'accompagnement ne sont pas systématiquement intégrés dans le projet personnalisé

▪ **Résultat attendu :**

- La question du logement est identifiée dès l'entrée dans les soins, dans le cadre des premières évaluations
- 100 % des personnes disposent d'un projet personnalisé intégrant la question du logement et de l'accompagnement
- Aucune sortie d'hospitalisation sans projet personnalisé co-construit intégrant la question du logement et de l'accompagnement

Objectif 3/5 : Faciliter la couverture des besoins en « logement - accompagnement » par la poursuite du travail destiné à étendre la diversité et le volume des solutions « logement-accompagnement »

▪ **Cahier des charges**

- La garantie de « réponses croisées » dans la durée associant logement, accompagnement et prise en charge psychiatrique tant au stade de l'accès que de celui du maintien dans le logement (cf modèle de « un chez soi d'abord ») : une garantie de sécurisation de la trajectoire logement

- Pour les logements collectifs : des petites structures, plus aisées à créer et plus adaptées aux logiques de rétablissement des personnes (8 à 10 places, chaque personne ayant son domicile propre et un accès à une pièce de vie commune), sur un mode colocation ou autre

=> Sur le territoire métropolitain, des instances partenariales existent pour coordonner les financements et l'accompagnement des porteurs de projets qui développent cette offre : instance du protocole de l'habitat spécifique et conférence des financeurs de l'habitat inclusif.

- Une souplesse des solutions (en nature et en durée) pour s'adapter à chaque étape du parcours de la personne (ex. modulation possible en plus ou en moins de certains services, droit à l'erreur et au retour...)

- Une formation des personnels pour que, par l'évolution de leurs pratiques, ils soutiennent les logiques de rétablissement des personnes (cf fiche action sur la formation de tous les acteurs aux pratiques orientées rétablissement).

▪ **Modalités**

- **Accompagner les gestionnaires dans leurs projets de requalification/transformation d'une partie de l'offre et des structures collectives classiques¹** pour les adapter aux souhaits des personnes, par exemple, de foyers de vie en logements accompagnés.

- **Mieux utiliser l'offre existante** : passage des SAVS/SAMSAH d'une logique de places à une logique de file active (par exemple, une personne n'ayant besoin que d'un appel tous les 15 jours reste dans le SAVS, sans occuper une place) : flexibilisation et adaptation des accompagnements aux besoins de la personne.

¹Une partie significative – 15 à 20 % - des personnes accueillies en foyer de vie ou FAM est estimée pouvoir aller en habitat inclusif avec un accompagné renforcé, pour un coût divisé par deux.

- Miser sur les solutions émergentes/innovantes : par exemple, le logement intercalaire, consistant à mobiliser de manière temporaire pour du logement un patrimoine immobilier, entre deux projets d'aménagement urbain (dans le cadre du logement d'abord, un objectif de 250 logements mobilisés en file active a été fixé), mais aussi toutes les formes d'habitat inclusif qui permettent une diversité de l'offre par des produits construits « sur-mesure ».

 **Cible visée :**

- Sous 3 ans : 100 % des acteurs sociaux et médico-sociaux intervenant sur le champ du logement et/ou de l'accompagnement dans le logement se sont approprié la logique du rétablissement et mettent en œuvre des pratiques de réhabilitation psychosociale.
- Les jeunes pris en charge dans un dispositif PEP (équipe de prise en charge précoce des premiers épisodes psychotiques) disposent d'un logement compatible avec leur projet de vie¹

¹Cette cible est reliée à la mise en œuvre de la fiche action « Prise en charge précoce des premiers épisodes psychotiques ». Elle sera éclairée de manière à trouver un équilibre entre la logique de faisabilité et d'ambition exprimée dans la présente fiche et les besoins des personnes présentant un premier épisode et pris en charge progressivement par le nouveau dispositif.

Objectif 4/5 : Développer une captation efficace de logements correspondant aux besoins d'aujourd'hui et de demain compte tenu du PTSM

Pour cela :

- **Articuler l'intérêt du cadre politique général fixé par l'accord collectif et les atouts de réseaux de proximité** entre acteurs du soins, bailleurs et communes : ces réseaux de proximité permettent de créer de la confiance et de l'interconnaissance mutuelles et d'organiser l'appropriation des objectifs d'accès au logement par les acteurs locaux

=> retrouver des logiques territoriales d'acteurs pour la mise en œuvre facilitée des objectifs des accords collectifs

⇒ Identifier les territoires caractérisés par une faible dynamique de réseau

⇒ Renforcer la confiance entre acteurs du soin et acteurs du monde du logement

- **Sensibiliser et former les acteurs de l'accès au logement** et du maintien dans le logement pour réduire les freins actuels liés à la stigmatisation des personnes :

- Former les professionnels du logement aux premiers secours en santé mentale (PSSM)

- Sensibiliser ces professionnels au rétablissement (via par exemple l'initiation gratuite mise en place par le CRR)

=> Organiser la prise en main de cette problématique par le réseau des acteurs du logement social (ABC HLM, Union sociale pour l'habitat) pour optimiser la dissémination des pratiques et soutenir l'intégration dans les plans de formation des acteurs

=> Prioriser les personnes qui sont en situation de décider l'entrée dans un logement (par ex, les chargés de location)

- S'appuyer des formes encore peu utilisées de captation sur le parc privé en veillant à anticiper et maîtriser les risques pour les personnes.
- Faciliter les montages partenariaux (soins, logement, accompagnement) sur la mise en œuvre de projets combinant logement/accompagnement et intégrer les municipalités à ces montages
- Étudier l'opportunité d'étendre à d'autres SAMSAH et acteurs de l'accompagnement dans le logement du territoire la logique de prise en compte de l'adéquation du logement et de captation de logement présente dans les SAMSAH rétablissement après avoir fait le bilan des SAMSAH Rétablissement existants.
- Avoir recours à Action logement (ex 1% patronal) pour faciliter le lien entre le logement et l'emploi (ESAT, emploi en milieu ordinaire).

Objectif 5/5 : Etudier les possibilités de mobilisation de la PCH en vue d'une aide humaine pour l'entretien du logement

L'enjeu est d'approfondir les modalités et conditions pouvant permettre l'attribution d'une aide humaine aux personnes présentant des troubles psychiques et ainsi d'éviter un glissement vers l'incurie.

Il s'agit :

- d'étudier les modalités d'attribution de la PCH aide humaine mises en œuvre dans d'autres départements pour les personnes en situation de handicap psychique
- De réaliser une étude quantitative afin de déterminer les enjeux financiers.



PERIMETRE ET ACTEURS CONCERNES PAR L'ACTION

▪ Périumètre/champ concerné :

Champ du logement et de l'accompagnement dans le logement des personnes souffrant de troubles psychiques

▪ Public concerné :

Toutes les personnes souffrant de troubles psychiques, en situation de risque de perte de logement, d'inadéquation de leur solution de logement et/ou d'accompagnement au regard de leurs besoins et de leurs attentes ou d'absence de logement.

▪ Opérateurs principaux :

- La Métropole de Lyon
- Le département du Rhône
- La Direction départementale de la cohésion sociale
- La MDMPH
- Les acteurs sociaux et médico-sociaux intervenant sur le champ du logement et de l'accompagnement

▪ Opérateurs contribuant à l'action :

- Les CLSM et cellules SPEHL pour l'animation des réseaux de proximité sur le logement (Métropole de Lyon)
- Les établissements psychiatriques pour la mise en œuvre de l'objectif opérationnel 2.
- Le Comité SPEHL pour le portage opérationnel de l'action sur le territoire de la Métropole de Lyon
- Les fédérations de bailleurs sociaux
- Les EPCI pour leur compétence en matière de logement

Les acteurs

- Pilotes :
- Métropole de Lyon
 - xxxxxxxx

Public visé : toutes les personnes souffrant de troubles psychiques, dont le logement est en inadéquation avec le projet

Opérateurs principaux

DDCS

Métropole de Lyon

Dépt du Rhône

MDMPH

Acteurs sociaux et médico-sociaux du logement (bailleurs, ESMS)

- *Impulsion politique*
- *Animation de l'action*
- *Déclinaison des objectifs*

- *Aide à la construction des projets*
- *Fluidification des parcours d'accès au logement/accompagnement*

- *Construction des projets*

Opérateurs contribuant à l'action

Etablissements psychiatriques

CLSM et cellules SPHEL

Fédérations de bailleurs sociaux

Comité SPHEL

EPCI

- *Mise en œuvre de l'objectif 2*

- *Animation des réseaux de proximité sur le logement*

- *Relais des actions de déstigmatisation*

- *Portage opérationnel de l'action (Métropole de Lyon)*

- *Contribution aux actions logement (dpt du Rhône)*



PILOTAGE ET MISE EN ŒUVRE



Identification des pré-requis

- **Acteurs/parties prenantes dont l'engagement est indispensable pour garantir la mise en œuvre de l'action :**

- La Métropole de Lyon
- Le Département du Rhône
- La DDCS
- Les bailleurs sociaux

- **Autres pré-requis :**

Capacité à étoffer l'offre de logement social et produire une offre nouvelle



Cadre de gouvernance de l'action

- **Au niveau global :**

- La Métropole de Lyon (directions PA-PH et direction de l'habitat et du logement) sur le territoire métropolitain
- *A définir sur le Département du Rhône*

- **Le cas échéant, à d'autres niveaux d'acteurs :**

- Sur le territoire de la métropole de Lyon : proposition de faire du SPHEL le lieu de déclinaison et de mise en œuvre opérationnelle des objectifs logement du PTSM et du PLAPHPD métropolitain, moyennant une présence plus importante de la MDMPH et une organisation fluide entre les directions de l'administration métropolitaine intervenant sur les questions de santé mentale.

Le SPHEL ferait vivre les actions, contrôlerait l'atteinte des objectifs, prendrait les mesures correctives et en rendrait compte à la gouvernance du PTSM et du PLALHPD

- Sur le département du Rhône : appui sur le PDALHPD et relais au sein des 7 EPCI du territoire compétents sur la question du logement.

- Appui sur les CLSM et les cellules SPHEL sur la Métropole de Lyon

- Appui sur la CPT pour la mise en œuvre de l'objectif opérationnel 2.

▪ **Modalités d'articulation prévues**

- Articulations avec les territoires (CLSM) et les cellules SPHEL sur la Métropole de Lyon

- Articulations avec les EPCI sur le territoire du Rhône

▪ **Modalités de participation des personnes concernées :**

Mobilisation des personnes concernées formées et accompagnées au sein du SPHEL



CALENDRIER DE MISE EN OEUVRE

▪ **Temporalité/calendrier de mise en œuvre :**

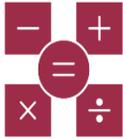
Echéance des PLALHPD Rhône et Métropole de Lyon fin 2021 => opportunité de décliner les objectifs de cette fiche dans la feuille de route des futurs plans.

En vue d'élaborer les nouveaux PLALHPD, la réalisation d'un diagnostic sur le logement et l'hébergement (existant et besoins) est programmée fin 2020 avec une restitution prévue début 2021.

▪ **Scénario de déploiement (incluant étapes et cibles intermédiaires) :**

- Janvier 2021 : première qualification des besoins par agrégation des données disponibles sur le territoire
- Prise en compte des objectifs du PTSM dans les travaux d'élaboration du futur PLALHPD (début 2021)
- Juin/septembre 2021 : revue des travaux d'élaboration du PLALHPD au regard des objectifs du PTSM
- Nouveaux PLALHPD : début 2022

<p>Octobre- décembre 2020</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Réalisation d'un diagnostic logement-hébergement en vue des prochains PLAHLPD.
<p>2021</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Première qualification des besoins par agrégation des données disponibles sur le territoire • Prise en compte des objectifs du PTSM dans les travaux d'élaboration du futur PLAHLPD (début 2021) • Revue des travaux d'élaboration du PLAHLPD au regard des objectifs du PTSM
<p>2022</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Adoption des nouveaux PLAHLPD • Production des données relatives aux besoins qualitatifs et quantitatifs de logement et d'accompagnement
<p>2023/2024</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Production des données relatives aux besoins qualitatifs et quantitatifs de logement et d'accompagnement
<p>2025</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Production des données relatives aux besoins qualitatifs et quantitatifs de logement et d'accompagnement • Bilan global de l'action



RESSOURCES

- **Ressources nécessaires** : (humaines, financières, matérielles, de formation...):

Pour la mise en œuvre de l'action :

Ressources d'animation de la gouvernance de l'action et des réseaux d'acteurs

Pour le fonctionnement courant de l'action :

- Ressources de captation de logements
- Financements médico-sociaux et sociaux de l'offre de logement et d'accompagnement dans le logement

- **Ressources mobilisables (déjà existantes / y compris par transformation) et provenance :**

Transformation partielle de l'offre d'hébergement pour l'adapter à l'évolution des attentes des personnes

- **Ressources complémentaires :**

L'ARS, La Métropole de Lyon et le Département du Rhône restent compétents pour décider de l'opportunité du lancement d'appels à projet dans le cadre de la détermination de leurs politiques publiques.



EVALUATION

▪ Indicateurs de processus :

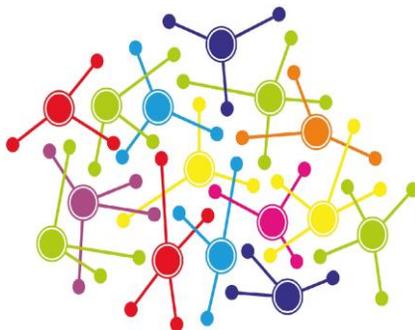
- Intégration de la dimension logement dans le projet individualisé de la personne
- Suivi du fonctionnement du SPHEL et de sa contrepartie au niveau du département
- Nombre de projets de logement mis en œuvre, dont nombre de projets avec montage partenarial
- Nombre de cas apportés/vs nombre de cas résolus dans les réseaux SPHEL /CLSM
- Nombre de logements supplémentaires proposés aux personnes ayant des troubles psychiques (indicateur à construire)
- Nombre d'accès au logement mobilisant concomitamment un accompagnement
- Délais d'attente du logement
- Délais d'accès à un accompagnement par un SAVS et un SAMSAH

Réalisation d'un BILAN ANNUEL ciblé et territorialisé rétrospectif et prospectif contenant :

- une évaluation de la mise en œuvre des objectifs,
- une estimation quantitative et qualitative des besoins (cf objectif opérationnel 1)
- un focus sur certaines populations :
 - Prise en charge précoce
 - Parcours de réhabilitation
 - Inadéquations en hospitalisation
 - Sorties d'hospitalisation

▪ Indicateurs d'impact :

- Satisfaction des personnes au regard de leur logement
- Adéquation de la proposition faite au regard des besoins et attentes définis.



Le projet territorial de **santé mentale** du Rhône

FICHE ACTION

MAINTENIR DANS LA VIE PROFESSIONNELLE LES PERSONNES EN EMPLOI LORS DE L'ENTRÉE DANS LA MALADIE ET TOUT AU LONG DU PARCOURS, ET FAVORISER L'ACCÈS DES PERSONNES CONCERNÉES À UN TRAVAIL EN MILIEU ORDINAIRE OU UNE FORMATION, CONFORMÉMENT AUX CHOIX EXPRIMÉS, RAPIDEMENT ET SANS BARRIÈRE À L'ACCÈS

Pilotes : Messidor/Ladapt/Clubhouse (candidatures)



DESCRIPTION SUCCINCTE DE L'ACTION

Permettre la prise en compte systématique de la dimension de l'emploi et/ou de la formation dès le début du parcours de santé mentale, en vue d'éviter les ruptures de parcours d'emploi et/ou de formation.

- Maintenir en emploi/formation les personnes lors de leur entrée dans la pathologie psychique
- Mobiliser les possibilités d'insertion dans l'emploi conformément aux objectifs de la personne, avec l'accompagnement adapté



RAPPEL ARGUMENTAIRE

L'entrée dans la maladie psychique s'accompagne trop souvent d'une mise à l'écart voire d'un abandon de la vie professionnelle. Or, le travail constitue un vecteur d'inclusion et de reconnaissance sociale plébiscité par les personnes. Dans le cadre de parcours orientés rétablissement, il s'agit de permettre aux personnes de conserver ou de retrouver un projet d'activité professionnelle en phase avec leurs aspirations et capacités, en abaissant de manière volontariste les barrières existant sur ce champ.



OBJECTIFS STRATEGIQUES ET OPERATIONNELS



Objectif(s) stratégique(s) selon les 6 ambitions et les résultats attendus :

- Soutenir le processus de rétablissement de la personne dès lors que son projet intègre une dimension de formation ou de travail
- Diminuer les pertes de temps et de chance pour les personnes dans la réalisation de leur projet de vie
- Tenir compte de l'ensemble des éléments du projet de vie dès le début du parcours ; se préoccuper d'emblée du travail ; se décentrer d'une vision ciblée sur la maladie
- Rechercher l'insertion ou le retour au travail en mettant le moins de conditions et d'étapes possible, et en mobilisant un accompagnement adapté : confiance dans les capacités, espoir maintenu => augmentation des chances d'insertion/réinsertion dans et par le travail
- Viser le maintien ou l'insertion de la personne dans le milieu de vie ordinaire



Ambitions du PTSM :

- Ambition de donner aux personnes les capacités d'être actrices de leur santé mentale
- Ambition pour développer une dynamique d'innovations (emploi d'abord)
- Ambition de construire des réponses (soins-accompagnement) à partir des besoins et attentes des personnes concernées
- Ambition de développer des parcours coordonnés de rétablissement privilégiant le milieu ordinaire et l'accès direct au logement et/ou à l'emploi souhaités.



Objectifs opérationnels reliés :

Objectif 1/4 : Travailler directement le projet de maintien ou d'insertion professionnelle dès l'entrée dans le parcours de soin

▪ Cahier des charges

- Investiguer¹ la situation au regard de l'emploi et de la formation dès le début des soins et prendre les mesures nécessaires (notamment information et lien avec l'employeur..) : évaluation de la situation socio-professionnelle de la personne dès les premiers entretiens, le cas échéant en lien avec l'entourage
- Proposer le plus tôt possible un soutien adapté au maintien dans l'emploi ou à la définition et la mise en œuvre d'un projet professionnel, dans une optique de réhabilitation psychosociale.

Cela passe par :

- Une modification des représentations, via la formation des professionnels aux pratiques orientées rétablissement, pour que l'emploi soit conçu comme un outil de rétablissement et que l'échec ne soit pas vu comme négatif
- La formation des professionnels qui accueillent les patients à l'entrée dans les soins pour qu'ils puissent repérer la situation relative à l'emploi/la formation, intégrer la dimension de l'emploi/formation dans le projet personnalisé, mobiliser une évaluation des compétences, connaître et communiquer sur les dispositifs existants (notamment connaissance et mobilisation des méthodes de type IPS² dès l'entrée dans le soin)
- Le maintien du lien avec l'employeur lors d'une hospitalisation, la mise en relation avec le service de santé au travail de l'entreprise (ou le service de santé universitaire en cas de statut étudiant)

¹Cette évaluation immédiate de la situation socio-professionnelle, à des fins de protection et sauvegarde de la situation et des droits existants, doit également inclure la dimension du logement (cf. fiche action logement).

²Le modèle IPS (Individual placement and support) est le modèle d'accompagnement vers l'emploi des personnes souffrant de troubles psychiques graves ayant démontré la plus grande efficacité. Il s'agit d'accompagner les personnes vers la recherche d'emploi le plus tôt possible et de continuer à leur offrir un accompagnement individualisé et soutenu après qu'elles ont trouvé un emploi. Le modèle IPS repose sur 8 principes :

- Recherche rapide d'emploi
- L'objectif visé est un emploi en milieu ordinaire
- Priorité donnée aux préférences de la personne
- Exclusion zéro
- Soutien sans limite de durée
- Etroite articulation requise entre les services de soins et ceux d'accompagnement vers le travail
- Informations sur les avantages sociaux
- Développement systématique d'un réseau d'employeurs

- L'aménagement des horaires de soin pour permettre le maintien de l'emploi ou les études, en proposant par exemple des horaires en soirée ou des soins par télémedecine, pour supprimer le temps et des difficultés de déplacement et la contrainte sur l'emploi en résultant
- L'intervention précoce des travailleurs sociaux dès le début des soins
- L'intégration de modèles d'accompagnement professionnel spécifiques dès l'entrée dans les soins (sur le modèle des programmes existants dans les structures de soins somatiques, par exemple au sein des SSR via le programme Comète¹)
- Le travail avec les acteurs du médico-social pour qu'un parcours de vie soit activé en co-construction avec ces acteurs dès la phase d'évaluation et non en aval d'un parcours de soin.



Cible visée

- **Situation de départ :**

Les personnes mettent en suspens ou stoppent totalement leur formation ou leur emploi dans le cadre de la découverte d'un trouble psychique ou d'une hospitalisation.

Le maintien de l'emploi/formation n'est pas nécessairement vu comme une priorité par les professionnels qui prennent en charge la personne.

- **Résultat attendu :**

Garder l'emploi, la formation ou le projet de formation/emploi initiaux, au plus près possible de la situation pré-diagnostic. Limiter les ruptures de parcours de vie.

Cible : 100 % des personnes sur la tranche d'âge 16-60 ans ont eu une évaluation de la dimension travail/formation lors de l'entrée dans les soins (en ambulatoire et en hospitalisation)

¹<http://www.cometefrance.com/>

Objectif 2/4 : Développer l'accès à un accompagnement vers et dans l'emploi, sans attendre d'orientation MDPH, pour toutes les personnes entrant dans un trouble psychique ou vivant avec des troubles psychiques, dans une visée de milieu ordinaire

Un parcours de réhabilitation intégrant l'accès à un accompagnement vers et dans l'emploi doit pouvoir être mis en place de manière rapide et souple¹.

Par ailleurs, la cible des notifications MDMPH doit être large et modulable pour intégrer les évolutions du parcours de la personne inhérentes aux parcours de santé mentale. Enfin les notifications doivent prendre en compte les préférences de la personne, notamment son souhait d'accéder au milieu ordinaire.

Sur les premiers épisodes psychotiques, le soutien à l'emploi doit pouvoir être proposé hors notification car il existe un enjeu crucial de rapidité d'accès et de non stigmatisation. Si un accès à un service médico-social est nécessaire, le circuit de décision doit être raccourci au maximum.

⇒ circuit spécifique EPSM/ESMS/MDMPH à mettre en place.

▪ **Modalités**

- Définir, mettre en place et évaluer des circuits ad hoc entre les acteurs
- Mobiliser les dispositifs permettant un accompagnement vers l'emploi sans reconnaissance de handicap, notamment le Clubhouse
- Mobiliser les partenariats avec Pôle emploi, Cap emploi, les missions locales, les centres de formation..
- Expérimenter en lien avec l'ARS et la MDMPH un accès en ESAT sans orientation CDAPH dans le cadre de parcours de réhabilitation psychosociale. Prendre appui sur des expérimentations similaires menées dans d'autres territoires
- Former les cases managers à la question de l'emploi

Par ailleurs, les autorisations doivent évoluer pour faire prévaloir la fluidité du parcours sur la gestion par les places.

¹Le parcours de réhabilitation implique que l'évaluation des capacités, compétences et souhaits des personnes a été réalisée de manière complète, ce qui doit permettre une orientation rapide sans réévaluation nécessaire.

 **Cible visée :**

▪ **Situation de départ :**

Les personnes attendent souvent d'avoir une orientation finalisée pour rentrer dans un dispositif d'accompagnement ou de retour à l'emploi, ce qui entraîne une perte de temps et de chance

▪ **Résultat attendu :**

- Mise en place de dispositions d'accélération et de simplification de l'accès aux dispositifs d'accompagnement dans et vers l'emploi (à séparer de la notion de RQTH)
- 90 % des personnes ayant un projet d'accès à l'emploi ordinaire sont dans un processus actif de réhabilitation et d'accès à l'emploi
- Augmentation de 50 personnes de x% par an des personnes accompagnées par le Clubhouse
- 45 % des personnes accompagnées vers l'emploi selon une méthode IPS accèdent à l'emploi en milieu ordinaire

Objectif 3/4 : Intégrer l'objectif de transition dans la stratégie et le fonctionnement des ESAT

L'accompagnement vers le milieu ordinaire est peu développé au sein des ESAT, du fait notamment d'une faible culture de l'entreprise. Or, si le handicap psychique est le plus stigmatisé, c'est le handicap le moins limitant dans le cadre d'un retour au milieu ordinaire.

Il s'agit donc de transformer les pratiques en ESAT de manière à favoriser la transition vers le milieu ordinaire des travailleurs qui le peuvent et le souhaitent, en amenant un repositionnement partiel des ESAT en tant qu'étape dans un parcours d'insertion professionnelle.

Il s'agit également via la création d'un flux d'améliorer l'accès en ESAT des personnes ayant un projet nécessitant de passer par cette étape.

Une telle évolution passe par :

- La mise en place de l'évaluation des capacités pour remobiliser l'insertion en milieu ordinaire
- La mise en place d'un processus d'accompagnement des professionnels des ESAT pour aider à l'évolution des pratiques vers le modèle de transition => formation aux pratiques orientés rétablissement – accompagnement de l'évolution de la culture interne – recrutement ou professionnalisation de chargés d'insertion formés à la réhabilitation psychosociale
- Une ouverture sur le réseau des employeurs/l'acquisition d'une culture de l'entreprise via l'ouverture hors les murs : développement de la sous-traitance, mise à disposition de travailleurs dans des entreprises du milieu ordinaire..
- L'intégration d'une gestion du flux des travailleurs

▪ Modalités

- Appui possible sur le projet de création d'une plateforme de mise à l'emploi de travailleurs handicapés, en cours de montage par l'association Messidor.

Cette plateforme fonctionnera par adhésion des structures, sur un modèle coopératif (pas de structure juridique du type GCSMS) : elle visera à connecter un vivier de travailleurs en situation d'intégrer le milieu ordinaire avec un vivier d'entreprises et d'offres.

Elle se déploiera d'abord sur le territoire Métropolitain puis le territoire du département du Rhône.

Elle développera des modules de formation à destination des ESAT pour que les structures adhérentes préparent les travailleurs dans leur projet professionnel et leur capacité à s'insérer dans le milieu ordinaire.

- Appui sur l'intervention de pairs aidants professionnels (association ESPAIRS ou recrutements internes) pour accompagner les professionnels dans la transformation de leurs pratiques et de leurs représentations et accompagner les personnes dans leur projet d'insertion



Cible visée :

- **Situation de départ :**

Seulement 1 % de travailleurs ESAT rejoignent le milieu ordinaire

- **Résultat attendu :**

- Au terme du PTSM, 100 % des ESAT fonctionnent selon un objectif de transition

- Au moins 7 % des travailleurs d'ESAT rejoignent le milieu ordinaire

Objectif 4/4 : Former les employeurs à la réalité des troubles psychiques et de leurs impacts en milieu professionnel, pour les sécuriser sur le maintien possible de leurs salariés aux postes de travail et promouvoir l'emploi de personnes en situation de handicap psychique

Cela passe par :

- La formation aux PSSM (premiers secours en santé mentale) des professionnels de l'accès à l'emploi des personnes handicapées et l'organisation d'interventions en entreprise¹ avec pour objectifs :
 - de donner des clefs aux employeurs confrontés à des employés souffrant de troubles psychiques
 - de les amener à être plus ouverts au recrutement de personnes avec difficultés psychiques.

- La mise en relation des employeurs avec les dispositifs existants pour les personnes ayant un diagnostic de troubles psychiques (job coaching, etc.)
- La formation des CSE (comité social et économique), pour faire connaître à travers eux les dispositifs existants aux salariés en poste.
- La communication auprès des syndicats
- La formation des services de médecine du travail

▪ **Mise en œuvre :**

Coordination entre les acteurs de l'insertion par l'emploi pour proposer un plan structuré de communication envers les entreprises :

- Avoir une stratégie de ciblage des entreprises
- Eviter une communication en doublon
- Etre lisible pour les entreprises.



Cible visée

▪ **Résultat attendu :**

- Un plan d'action annuel produit
- 20 entreprises formées annuellement

¹Ex de Messidor : formation des job coaches aux PSSM; session de formation de formateurs prévue en vue d'un essai de la formation au sein des entreprises.



PERIMETRE ET ACTEURS CONCERNES PAR L'ACTION

▪ Périètre/champ concerné :

Toutes les structures et acteurs de l'insertion par la formation et l'activité professionnelle

▪ Public concerné :

Toutes les personnes concernées en activité professionnelle ou ayant un projet d'activité professionnelle, dès l'apparition de la maladie et à toutes les étapes de leur parcours

En particulier les personnes engagées dans un parcours de réhabilitation incluant l'accès ou le retour à l'emploi.

▪ Opérateurs principaux :

- Le Clubhouse Lyon (parcours d'accès à l'emploi en milieu ordinaire selon le modèle IPS)
- L'ADAPT, La Roche, Messidor, Industrie service, ADAPEI, ALGED, L'APAHJ, AGIVR

▪ Opérateurs contribuant à l'action :

- La MDMPH
- Les professionnels du soin (acteurs principaux sur l'objectif 1)
- Les services de réhabilitation psychosociale
- Les case managers et chargés d'insertion
- Pôle emploi, cap emploi
- Les entreprises, les CSE
- Le MEDEF, la CPME (confédération des petites et moyennes entreprises)
- Les services de médecine du travail
- ESPAIRS pour l'intervention de pairs aidants

Sur la dimension études :

Les SSU (services de santé universitaires), le CROUS, les missions handicap des universités

Les acteurs

Pilotes :

Public visé : toutes les personnes souffrant de troubles psychiques ayant un travail ou un projet de travail

Opérateurs principaux

Clubhouse
Lyon

ESMS intervenant sur
l'insertion professionnelle des
personnes

- *Parcours d'accès à l'emploi sans reconnaissance de handicap*
- *Actions vers les employeurs*

- *Mise en place de pratiques orientées rétablissement et évolution des dispositifs*
- *Parcours d'accès à l'emploi*
- *Actions vers les employeurs*

Opérateurs contribuant à l'action

Etablissements
psychiatriques

- *Evaluation des besoins /attentes relatifs à l'emploi dès l'entrée dans le parcours*

MDMPH

- *Fluidification des circuits d'accès à un accompagnement vers l'emploi*
- *Adaptation de la cible des notifications*

Pôle emploi,
Cap emploi

- *Soutien aux parcours d'accès à l'emploi*

Entreprises

- *Emploi de personnes ayant des troubles psychiques*

Espairs

- *Soutien à l'évolution des pratiques*

Médecine du travail
/SSU/mission handicap

- *Maintien dans l'emploi ou les études*

Professionnels
de réhabilitation

- *Renforcement des capacités des personnes*



PILOTAGE ET MISE EN ŒUVRE



Identification des pré-requis

- **Acteurs/parties prenantes dont l'engagement est indispensable pour garantir la mise en œuvre de l'action :**

Nécessité d'impliquer les acteurs représentant les employeurs (MEDEF, CPME..) pour le développement de l'accès au travail en milieu ordinaire.

- **Autres pré-requis :**

- Formation des professionnels aux pratiques orientées rétablissement (accent mis sur les capacités, plutôt que sur les déficits)

- Formation/sensibilisation des employeurs aux enjeux de santé mentale (déstigmatisation des troubles psychiques, aides existantes, etc.) et aux dispositifs existants (job coaching, etc.)



Cadre de gouvernance de l'action

- **Au niveau global :** candidats : MESSIDOR/LADAPT/Clubhouse

- **Le cas échéant, à d'autres niveaux d'acteurs :**

- CPT pour objectif opérationnel 1

- Coordination 69 pour la mise en réseau des acteurs sur l'objectif de formation des employeurs.

- **Modalités de participation des personnes concernées :**

- Implication des membres du Clubhouse

- Intervention de pairs aidants



CALENDRIER DE MISE EN OEUVRE

▪ **Temporalité/calendrier de mise en œuvre :**

Mise en action dès 2020

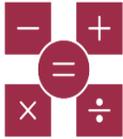
▪ **Scénario de déploiement (incluant étapes et cibles intermédiaires) :**

Chaque
année

- 50 personnes supplémentaires accompagnées par le Clubhouse
- 20 entreprises supplémentaires formées

2025

- 100 % des personnes sur la tranche d'âge 16-60 ans ont eu une évaluation de la dimension travail/formation lors de l'entrée dans les soins (en ambulatoire et en hospitalisation)
- 100 % des ESAT fonctionnent selon un objectif de transition
- Au moins 7 % des travailleurs d'ESAT rejoignent le milieu ordinaire
- 90 % des personnes ayant un projet d'accès à l'emploi ordinaire sont dans un processus actif de réhabilitation et d'accès à l'emploi
- 45 % des personnes accompagnées vers l'emploi selon une méthode IPS accèdent à l'emploi en milieu ordinaire



RESSOURCES

- **Ressources nécessaires : (humaines, financières, matérielles, de formation...):**

Pour la mise en œuvre de l'action :

Ressources d'animation de la gouvernance de l'action et des réseaux d'acteurs

Pour le fonctionnement courant de l'action :

Financement de l'accompagnement des personnes vers et dans l'emploi en milieu ordinaire (y compris par les ESAT), avec suivi sans limite de durée

- Moyens supplémentaires alloués aux structures ?

- Financement par l'employeur ?

=> Modèle économique à définir.

- **Ressources mobilisables (déjà existantes / y compris par transformation) et provenance :**

AGEFIPH, ARS, DIRECCTE, service public de l'emploi

- **Ressources complémentaires :**

- Partenaires privés, fonds de formation des entreprises,...

- Financement de l'accompagnement vers et dans l'emploi, selon le modèle économique défini en lien avec les régulateurs et financeurs du secteur



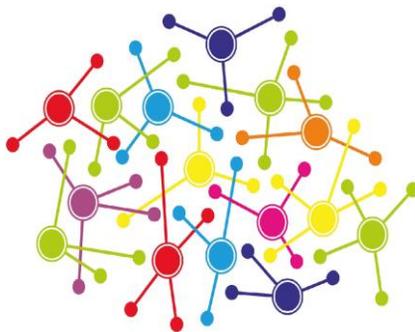
EVALUATION

- **Indicateurs de processus :**

- Taux de personnes dont le projet personnalisé inclut une évaluation de la dimension professionnelle
- Délai d'accès à un accompagnement vers l'emploi et flux annuels
- Taux d'ESAT ayant intégré l'objectif de transition
- Nombre de personnes accompagnées par le Clubhouse et flux annuels
- Nombre annuel d'entreprises sensibilisées à la question des troubles psychiques

- **Indicateurs d'impact :**

- Nombre de personnes ayant mis en œuvre leur projet d'insertion par l'emploi
- Nombre de personnes intégrées dans un emploi en milieu ordinaire et évolution
- Satisfaction des personnes



Le projet territorial de santé mentale du Rhône

FICHE ACTION

PERINATALITE ET SANTE MENTALE

Pilote : HCL



DESCRIPTION SUCCINCTE DE L'ACTION

Cette fiche regroupe un ensemble coordonné d'actions visant à :

- 1 - Renforcer le repérage et la prise en charge précoce de la vulnérabilité psychosociale et des troubles en santé mentale durant la période des 1000 premiers jours
- 2 - Améliorer la lisibilité et la structuration de parcours de soins gradués et adaptés à la nature et l'intensité des troubles psychiques et/ou de la parentalité en période périnatale, sans rupture, en privilégiant les soins conjoints parents/bébés
- 3 - Faciliter l'accès aux soins et la coordination pluridisciplinaire des soins pour les couples les plus fragiles et les bébés à risque développemental
- 4 - Stimuler et soutenir toutes les actions de formation/ sensibilisation auprès des professionnels de la petite enfance et du grand public
5. Homogénéiser l'offre de soin psychique périnatal sur le territoire en adéquation au bassin de population



RAPPEL ARGUMENTAIRE

Les troubles psychiques liés à la grossesse ou accompagnant la période périnatale (1000 premiers jours) concernent plus de 20 % des mères.

A côté des troubles de l'humeur, des troubles bipolaires ou schizophréniques, des conduites addictives, le suicide est l'une des principales causes de mortalité de la mère en cours de grossesse et durant la première année de vie de l'enfant.

L'impact des troubles psychiques de la mère et/ou du couple sur la trajectoire développementale de l'enfant – que ce soit en termes de neuro-développement, de régulation émotionnelle, de performances cognitives ou de qualité de la fonction sociale - est aujourd'hui clairement démontré par plusieurs études rétrospectives et prospectives (médecine fondée sur les preuves).

Malheureusement et en pratique, moins de 30 % des mères ou des couples repérés comme vulnérables sur le plan psychique ou social bénéficient d'un accompagnement adapté. Or lorsque ces difficultés sont accompagnées, les chiffres montrent les bénéfices développementaux pour les bébés, témoignant par-là de la pertinence des soins en psychopérinatalité dans le champ de la prévention comme dans celui du soin.

L'hétérogénéité et la disparité de l'offre de soins psychiques en période périnatale reste très importante sur la région Auvergne Rhône Alpes; sachant que la grande majorité des couples ne bénéficient d'aucun accès à des équipes de soins spécialisées en santé mentale/périnatalité (hospitalier ou ambulatoire).

De fait, le coût économique et social des problèmes de santé mentale durant la période périnatale est très significatif et évalué à plus de 8 milliards de livre sterling au Royaume Uni.

Le soutien à la parentalité et à l'accompagnement psychosocial des couples vulnérables durant les 1 000 premiers jours est un enjeu de santé publique majeur, reconnu par la communauté scientifique internationale (Centre for Mental Health and London School of Economics, 2014 ; OMS) et récemment souligné par le Ministère des Solidarités et de la Santé (rapport des 1 000 premiers jours – septembre 2020 ; Programme pluriannuel Psychiatrie & Santé mentale de la HAS 2018-2023).



OBJECTIFS STRATEGIQUES ET OPERATIONNELS



Objectif(s) stratégique(s) selon les 6 ambitions et les résultats attendus :

- Diminuer la disparité et la trop faible couverture de l'offre de soins « psy » en périnatalité
- Proposer des parcours de soins spécifiques et gradués, adaptés à la demande et aux besoins spécifiques des couples et de leur enfant (de la consultation de première ligne aux hospitalisations conjointes temps partiel et temps plein)
- Soutenir le repérage précoce des signes de souffrance du bébé
- Permettre une prise en charge meilleure, plus précoce et mieux articulée des bébés présentant des signes de souffrances psychique et relationnelle
- Faciliter la lisibilité et l'accès aux différents dispositifs de soins ou d'accompagnement en périnatalité (plaquette, site internet, annuaire pour les professionnels de santé etc...)
- Consolider et cordonner le réseau de périnatalité psychique déjà existant, garant du maillage entre les différentes offres de soin et donc assurant un appui pour la coordination des parcours de soins
- Soutenir les articulations entre médecine somatique, psychiatrie de l'adulte et psychiatrie de l'enfant dans le parcours de soin des familles.
- Soutenir toute concertation/coordination avec la protection de l'enfance



Ambitions du PTSM :

Donner aux personnes les capacités d'être actrices de leur santé mentale :

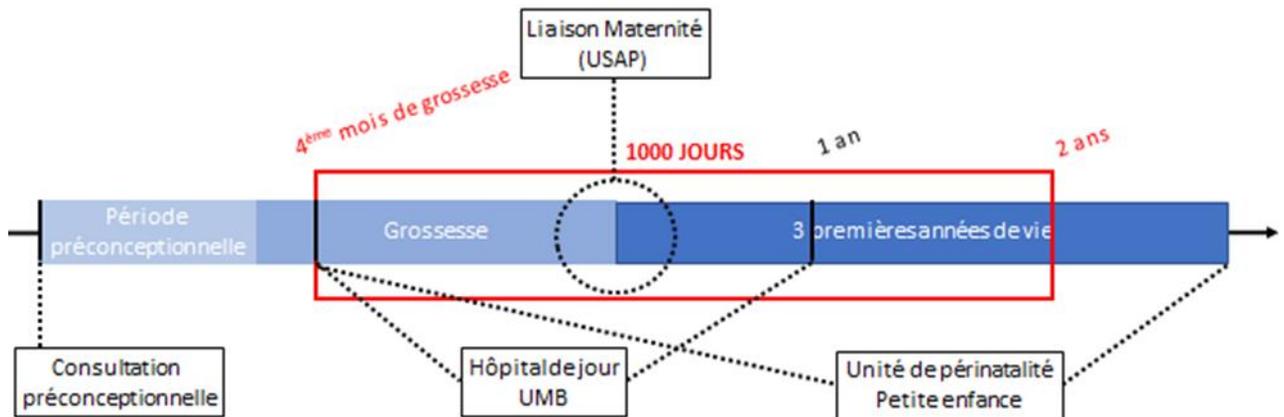
- dès le plus jeune âge à travers le soutien aux compétences psychosociales
- à travers le soutien aux compétences parentales
- pour les personnes concernées par un trouble psychique, en leur donnant les moyens de connaître et gérer leur pathologie et de solliciter une relation plus horizontale et partenariale avec les professionnels du soin et de l'accompagnement.



Objectifs opérationnels reliés :

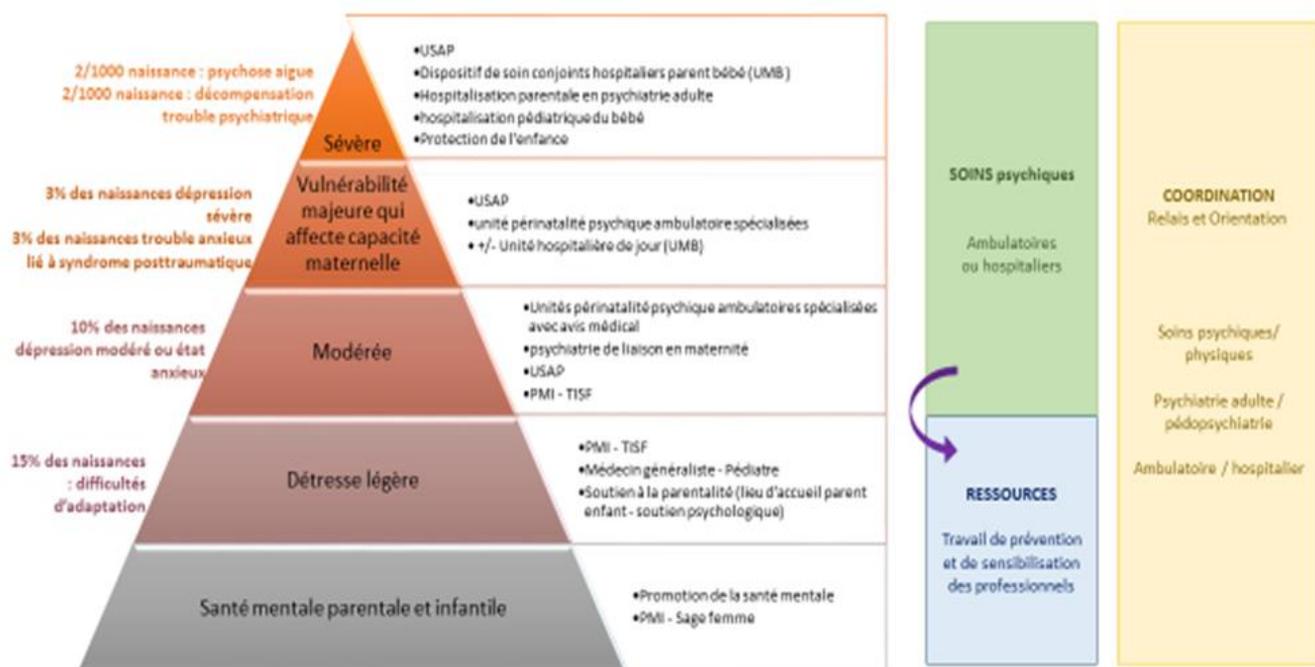
- Organiser la reconnaissance du réseau périnatalité psychique en tant qu'entité du réseau régional de périnatalité AURORE
- Soutenir la mise en place et la généralisation de l'entretien prénatal précoce (repérage précoce des situations de vulnérabilité psychosociale durant la grossesse)
- Favoriser la mise en place de réunions de concertations pluridisciplinaires en périnatalité et des journées ouvertes de formation à l'initiative du réseau de périnatalité psychique, adressées aux acteurs de terrain de la périnatalité psychique (psy et somaticiens)
- Soutenir la mise en place d'équipes mobiles en périnatalité pour sécuriser l'articulation des dispositifs d'aide (de l'anténatal ou du post partum), éviter les risques de discontinuité des parcours de soins et favoriser l'accès aux soins
- Renforcer en personnels « psy » (psychologue, psychomotricien, pédopsychiatre, psychiatre, infirmière puéricultrice) les équipes des maternités du territoire
- Soutenir l'ouverture de lits d'hospitalisation temps plein parents/bébés pour répondre aux situations les plus graves à un niveau régional
- Labelliser des lits à valence « psy » dans les maternités pour accueillir, évaluer et prendre en charge les couples les plus vulnérables (DMS moins contrainte de 10 jours +/- 2)
- Renforcer les équipes ambulatoires spécialisées des unités de périnatalité pour soutenir des interventions conjointes avec les acteurs de première ligne sur la période des 1 000 premiers jours
- Développer l'orientation des couples les plus fragiles ou porteurs de troubles psychiques reconnus (troubles bipolaires, troubles schizophréniques, conduites addictives) sur les consultations préconceptionnelles spécialisées en santé mentale
- Outiller les acteurs de première ligne pour un repérage des signes spécifiques aux risques périnataux pour les parents et le bébé
- Développer des consultations spécialisées et un meilleur accès aux soins pour les pères ou le second parent
- Développer l'implantation et l'évaluation des programmes de soutien à la parentalité en période périnatale (programmes centrés sur la psycho éducation, la lutte contre la stigmatisation et le rétablissement).

Parcours de soin en périnatalité et modalités de prise en charge



	Unité hospitalisation	Liaison en Maternité		Ambulatoire	
	UMB	USAP	Liaison	CATTP	LAPS
Unité administrative	CHV adulte	HFME	Au sein de chaque service d'obstétrique et de néonatalogie (CPONR)	Secteur pédopsychiatrie	CMC (dispositif intersectoriel de psychiatrie adulte)
Modalité du Soins	HDJ 1-2 j/ semaine Soins conjoints mère/bébé (individuel et groupal)	Séjour de suite de couche Soins conjoint mère bébé	Consultations externes ou au lit du patient Soins conjoints parents/bébé, parents endeuillés	individuel et/ou groupe (1 à 2 venues par semaines de 2h maximum)	Individuel et/ou groupe, soins conjoints parents/bébé, parents endeuillés
Période de prise en charge	Préconceptionnelle jusqu'à l'âge de la marche	Environ 10/15 jours de postpartum immédiat	Grossesse et dans l'année qui suit la naissance	Grossesse jusqu'aux 2 ans de l'enfant	Préconceptionnelle jusqu'à environ 1 an après la naissance

Gradation des soins en périnatalité psychique





▪ **Périmètre/champ concerné :**

Tout le champ de la périnatalité psychique, de la conception de l'enfant à ses deux premières années de vie (1 000 premiers jours).

▪ **Public concerné :**

- Mères en situation de vulnérabilité sociale (isolement, primiparité, etc.)
- Mères/pères souffrant de troubles psychiques caractérisés durant la période périnatale (du diagnostic de grossesse aux deux ans révolus de l'enfant)
- Couples vulnérables du fait, soit de leur mode de vie (précarité sociale, conduite addictive etc...), soit de leur fonctionnement relationnel (difficulté d'ajustement avec le bébé, stress relationnel etc...)
- Bébé présentant des troubles du développement (troubles du tonus, des rythmes, alimentaires, du sommeil, des interactions sociales etc.)
- Bébé asymptomatique dont les parents présentent des vulnérabilités majeures (dépression, décompensation délirante, etc.).

▪ **Opérateurs principaux :**

- Equipes de maternité disposant de ressources « psy »
- Equipes ambulatoires des secteurs de psychiatrie spécialisées en périnatalité
- Equipes hospitalières parents-bébé
- Réseau de périnatalité psychique du Rhône

▪ **Opérateurs contribuant à l'action :**

- PMI
- Associations d'aide ou œuvrant dans le champ de la périnatalité (ADIAF, foyers d'accueil mère enfant...)
- Crèches, halte-garderie, points relais assistantes maternelles...
- Associations d'usagers



PILOTAGE ET MISE EN ŒUVRE



Identification des pré-requis

- **Acteurs/parties prenantes dont l'engagement est indispensable pour garantir la mise en œuvre de l'action :**
 - Réseau de périnatalité psychique
 - Équipe des maternités
 - Equipe mobiles en périnatalité
 - Equipes des secteurs de psychiatrie (pédopsychiatrie et psychiatrie d'adultes)
 - PMI
 - Pédiatres, généralistes, psychiatres libéraux
 - Sages-femmes
 - Réseau Aurore

- **Autres pré-requis :**



Cadre de gouvernance de l'action

- **Au niveau global :** Hospices civils de Lyon – Service de psychopathologie du développement de l'enfant et de l'adolescent

- **A d'autres niveaux d'acteurs :** réseau de périnatalité psychique

- **Modalités d'articulation prévues :**

- **Modalités de participation des personnes concernées :**



EVALUATION

- **Indicateurs de processus :**

- Augmentation des actes de visite à domicile
- Augmentation des dispositifs conjoints avec d'autres structures
- Augmentation des actes dans la communauté
- Augmentation des RCP (réunions de concertation pluridisciplinaires)
- Augmentation du recours à la consultation pré-conceptionnelle

- **Indicateurs d'impact :**

- Diminution du délai entre la naissance et la 1ère consultation
- Diminution de la durée de prise en charge en périnatalité
- Diminution des relais en service de soin de pédopsychiatrie (> 2ans)
- Réduction du nombre d'hospitalisations parentales durant le post-partum et du recours aux soins de dernière ligne (hospitalisation conjointe mère-bébé ou hospitalisation parent seul).
- Diminution des troubles développementaux chez les enfants, adolescents et adultes qui ont été pris en charge lorsqu'ils étaient bébés => diminution des prises en charge en structures psy ambulatoires et hospitalières sur le long terme.

ANNEXE 1 : PROPOSITIONS DU COLLECTIF DES PERSONNES CONCERNES

Ces propositions ont été élaborées par le Collectif des personnes concernées du PTSM pour être portées dans tous les groupes de travail de la phase diagnostique.

Elles consistent en 5 propositions transversales et des propositions pour chaque thématique.

5 propositions transversales à énoncer dans tous les groupes pour avoir plus de poids.

- **Développement de la pair-aide** : l'aide d'un pair rétabli est essentielle pour maintenir l'espoir, dès le début de la maladie

- **Développement de la psychoéducation** : nous devons être formés sur notre maladie pour pouvoir devenir acteurs de notre santé et de notre parcours.

- Importance du **partenariat patient/soignant (psychiatre notamment)** :
 - écoute réciproque,
 - prise en compte de notre parole et dialogueLa relation ne doit pas être verticale, nos préférences et nos choix doivent être entendus pour nous permettre de construire un chemin de rétablissement et de cheminer dessus.

- Développer le **case-management/avoir un référent de notre parcours qui nous aide à construire et mettre en œuvre notre projet**

- **Pouvoir évaluer les médecins sur** :
 - la qualité de l'écoute et du dialogue
 - la qualité des soins

A NOTER : ne pas employer l'expression « malade mentale », qui est stigmatisant. Préférer le terme « psychique »

Groupe de travail 1 ENFANTS (0-16 ans)

Repérage précoce, accès aux soins et aux accompagnements conformément aux bonnes pratiques professionnelles et aux données actualisées de la science

Nos 3 propositions relatives à la thématique :

➤ **1. Améliorer la connaissance des troubles psychiques et faciliter l'accès aux soins :**

- **Mieux former les professionnels des écoles, des crèches, de la PMI... aux troubles psychiques et avoir un fonctionnement en réseau avec les acteurs de la psychiatrie** (formation, partage d'information). Par exemple, à l'école, IDE scolaires doivent être mieux formées et une rencontre annuelle avoir lieu avec chaque enfant pour évaluer la dimension psychique.

- Développer la prise en compte de la santé mentale en maternité pour favoriser les liens mère/enfant.
- Avoir des réponses rapides aux difficultés signalées par les professionnels et les familles (conseil, soutien, avis, ou accès aux soins)
- Avoir des modalités d'accès aux soins flexibles et adaptées à la situation de chaque personne (par exemple, proposer une première consultation dans un lieu autre que le CMP, se déplacer au domicile...)
- Développer dans ce cadre le recours la télémédecine

➤ **2. Améliorer l'information et baisser les barrières à l'accès :** mettre en place une information pour permettre aux personnes de savoir où s'adresser et de faire part de leurs problèmes, en privilégiant les nouvelles technologies (site internet avec tchat ?). Il faut **baisser les barrières à l'accès**, surtout pour les personnes qui n'osent pas parler/faire part de leurs difficultés. Beaucoup communiquent par écrit (génération téléphonie mobile : SMS, Instagram, blogs, forums etc). En direct, elles ont des attitudes de façade

➤ 3. Améliorer la qualité des soins lors de l'entrée dans la maladie :

- **Développer les interventions spécifiques et adaptées lors de l'entrée dans la maladie:** basées sur l'échange, le dialogue, le respect des choix, la pair-aidance.
- **Il faut pouvoir connaître son diagnostic, ou au moins la liste des symptômes que l'on peut observer :** cela nous permet d'expliquer aux gens ce qu'on a et leur permet de comprendre et de prendre du recul. Or, les professionnels ne prennent pas le temps d'expliquer la maladie, voire ne révèlent pas aux patients le diagnostic.
- **Il faut être mis en position de collaborer à nos soins :** On a certes une maladie, mais nous sommes aussi responsables. Tout n'est pas altéré chez nous. On attend que les professionnels communiquent avec nous et nous mettent en position de collaborer. On doit pouvoir dire notamment quels soins nous conviennent et lesquels ne nous conviennent pas à un moment donné.
- **Pour l'engagement dans les soins, il faut prendre en compte la situation sociale, familiale et personnelle.** De ce point de vue-là, ce n'est pas forcément le psychiatre qui est en mesure de savoir, il doit tenir compte de l'avis des travailleurs sociaux et de l'équipe de soins.
- **Il faut intégrer d'emblée la famille et la prendre en compte :**
 - Les familles ont besoin qu'on leur explique la situation
 - Orienter vers les associations (UNAFAM)

Groupe de travail 1 ADULTES (16 ans et plus)

Repérage précoce, accès aux soins et aux accompagnements conformément aux bonnes pratiques professionnelles et aux données actualisées de la science

Nos 4 propositions relatives à la thématique :

➤ **1. Améliorer la connaissance des troubles psychiques et l'accès aux soins :**

- **Mieux former les professionnels (par ex. les médecins généralistes) aux troubles psychiques et avoir un fonctionnement en réseau avec les acteurs de la psychiatrie** (formation, partage d'information)
- **Avoir des réponses rapides aux difficultés signalées par les professionnels et les familles** (conseil, soutien, avis, ou accès aux soins)
- **Avoir des modalités d'accès aux soins flexibles et adaptées à la situation de chaque personne** (par exemple, proposer une première consultation dans un lieu autre que le CMP, se déplacer au domicile...)
- **Développer dans ce cadre le recours la télémédecine**
- **Développer le recours à la pair-aidance pour favoriser l'adhésion aux soins**

➤ **2. Améliorer l'information et baisser les barrières à l'accès :** mettre en place une information pour permettre aux personnes de savoir où s'adresser et de faire part de leurs problèmes, en privilégiant les nouvelles technologies (site internet avec tchat ??). Il faut **baisser les barrières à l'accès**, surtout pour les personnes qui n'osent pas parler/faire part de leurs difficultés. Beaucoup communiquent par écrit (génération téléphonie mobile : SMS, Instagram, blogs, forums etc). En direct, elles ont des attitudes de façade.

➤ **3. Améliorer la qualité des soins lors de l'entrée dans la maladie :**

- **Développer les interventions spécifiques et adaptées lors de l'entrée dans la maladie, notamment lors d'un premier épisode psychotique :** basées sur l'échange, le dialogue, le respect des choix, la pair-aidance.
- **Il faut pouvoir connaître son diagnostic, ou au moins la liste des symptômes que l'on peut observer :** cela nous permet d'expliquer aux gens ce qu'on a et leur permet de comprendre et de prendre du recul. Or, les professionnels ne prennent pas le temps d'expliquer la maladie, voire ne révèlent pas aux patients le diagnostic.
- **Il faut être mis en position de collaborer à nos soins :** On a certes une maladie, mais nous sommes aussi responsables. Tout n'est pas altéré chez nous. On attend que les professionnels communiquent avec nous et nous mettent en position de collaborer. On doit pouvoir dire notamment quels soins nous conviennent et lesquels ne nous conviennent pas à un moment donné.
- **Pour l'engagement dans les soins, il faut prendre en compte la situation sociale, familiale et personnelle.** De ce point de vue-là, ce n'est pas forcément le psychiatre qui est en mesure de savoir, il doit tenir compte de l'avis des travailleurs sociaux et de l'équipe de soins.
- **Il faut intégrer d'emblée la famille et la prendre en compte :**
 - Les familles ont besoin qu'on leur explique la situation
 - Orienter vers les associations (UNAFAM)

➤ **4. Améliorer l'accès aux accompagnements dans le logement :** les délais de mobilisation des services d'accompagnement (SAVS, SAMSAH) sont beaucoup trop longs (plusieurs années parfois pour un SAVS) : **Réduire le délai** pour qu'il y ait de la place pour d'autres personnes et/ou **créer d'autres SAVS**

Groupe de travail 2

Les conditions d'un parcours de qualité et sans rupture, visant le rétablissement et l'inclusion sociale, pour les personnes présentant des troubles sévères et persistants, à risque ou en situation de handicap psychique.

Nos 3 propositions relatives à la thématique :

- **1. Pour que le parcours soit sans rupture, il faut une continuité du suivi sanitaire et social/médico-social et une adaptation du celui-ci (à la fois dans ses modalités et son intensité) en fonction de l'état de la personne :**
 - **Lors des épisodes de crise, il faut développer l'hospitalisation à domicile** pour permettre le passage de la crise sans recours à l'hospitalisation complète. **L'hospitalisation à domicile doit se développer aussi à la sortie de l'hôpital.**
 - **En sortie d'hospitalisation, il faut qu'un étayage important soit mis en place sans délai par les structures du secteur** (CMP et CATTP notamment) car actuellement les patients attendent 6 mois pour obtenir un rendez-vous dans un CMP ou CATTP ce n'est pas normal. Aucune hospitalisation ne doit déboucher sur une « sortie sèche », sans soins et sans accompagnement. Le psychiatre de l'hôpital ou de la clinique doit orienter le patient en ambulatoire pour qu'il puisse continuer ses soins car il ne doit pas y avoir une rupture.
 - Il faut **mettre en place des coordonnateurs de parcours /case managers** ayant pour mission de s'assurer que le **projet construit par la personne est bien respecté et mis en œuvre** et qui fasse le lien entre les différents intervenants médicaux et sociaux autour du parcours de la personne. Le coordonnateur ne doit pas être imposé, la personne doit être libre de dire si elle veut en changer.

➤ **2. Il faut que la personne soit en position de réellement co-construire son parcours de santé et de vie :**

- On n'est pas informé à ce jour de quel type de thérapie existe : avoir une information sur les différentes thérapies existantes même si elles ne sont pas proposées dans le service où on est pris en charge, et sur les avantages/risques de ces différentes thérapies. Si le service ne propose pas certaines thérapies, il doit orienter vers un autre service qui les pratique.
- Les professionnels n'ont pas suffisamment recours à des stratégies motivationnelles pour permettre à la personne de mobiliser ses capacités. Ils n'insistent pas suffisamment sur les forces de la personne et ne les valorisent pas. De plus, on ne bénéficie pas suffisamment d'un bilan cognitif.(problème de mémoire, de langage, de raisonnement ou de jugement, la prise de décision).
- Chaque personne doit avoir **un projet personnalisé. Ce projet est co-construit avec elle**. Ses choix, préférences et les capacités qu'elle estime être les siennes doivent être respectés, ainsi que son rythme et sa temporalité. Il doit pour cela prévoir des étapes.
- L'accès à la réhabilitation psychosociale n'est pas suffisante (exemple PISR SAINT JEAN DE DIEU groupe TANGUY 40 places, ou le SUR à Lyon 8^{ème}), les personnes ne sont pas informées dans les cliniques.
- Avant toute proposition thérapeutique, il faut prendre en compte la situation sociale et personnelle de la personne. Exemple : tenir compte de l'agenda scolaire, universitaire, etc. Le soin doit être au service de la qualité de vie et du projet de vie et non l'inverse.

- **Focus particulier sur le dialogue avec le psychiatre :**
 - La relation médecin/patient ne doit pas être verticale, mais être fondée sur l'écoute du patient. Quelles sont ses priorités en termes de rétablissement, ses préférences ?
 - **Pouvoir dire** ce qui ne va pas, avoir le temps et la possibilité de discuter la prise en charge et la rediscuter si elle ne convient pas
 - **Pouvoir parler des effets indésirables** des traitements
 - Non aux traitements lourds jamais remis en question
 - ⇒ **Ne pas avoir des rendez-vous de 15 minutes**
 - ⇒ **Avoir un vrai dialogue et non un monologue** (= consultation pendant laquelle seul le patient parle sans savoir de réponse, on finit par parler pour meubler – **c'est gênant et DEMORALISANT**)

- **Concernant le recours à l'hospitalisation :** Les hospitalisations longues de plus de quelques mois doivent s'arrêter. « L'hospitalisation détruit notre être », le personnel soignant ne s'intéresse pas à nous, à notre vie, personne n'a une vision globale de notre situation.

Il s'agit bien « d'effets indésirables » et non « d'effets secondaires »

➤ **3. Il faut un soutien et un accompagnement à l'accès à un travail et un logement qui correspondent à nos préférences et à nos capacités**

- **Sous-estimation des capacités intellectuelles et des capacités à occuper un emploi valorisant, correspondant aux capacités.**

Orientation seulement vers des emplois peu valorisés et peu payés. Par exemple, en ESAT les personnes sont payées de 55% à 110 % du SMIC, avec un complément d'AAH = ce n'est pas le cas en milieu ordinaire.

Le délai pour obtenir un emploi dans un ESAT est long, de même pour une entreprise ordinaire, mais il y a des associations qui réinsèrent les personnes : COTAGON, MESSIDOR, LA ROCHE, INDUSTRIE SERVICE, LADAPT. Le travail permet aux personnes d'être autonomes.

- Si la personne n'a pas ou plus de logement, un projet personnalisé d'accès au logement et **d'accompagnement dans ce logement** doit être construit d'emblée avec elle, en respectant ses choix (logement indépendant ou non, besoin(s) d'étayage, souhait de vie en collectivité ou non, souhait ou non de procéder par étapes...).
- **Améliorer l'accès aux accompagnements dans le logement** : les délais de mobilisation des services d'accompagnement (SAVS, SAMSAH) sont beaucoup trop longs (plusieurs années parfois pour un SAVS) : **réduire le délai** pour qu'il y ait de la place pour d'autres personnes et/ou **créer d'autres SAVS**. Développer les VAD (visites à domicile) des infirmiers psychiatriques.
- Avant de trouver un logement, permettre le recours à l'hospitalisation de nuit pour que la personne puisse aller travailler dans un ESAT ou une entreprise ordinaire.
- **Développer la palette de solutions logement, en privilégiant les solutions permettant d'avoir un appartement à soi** : maisons relais et les résidences accueil, logements diffus ou mixtes, c'est-à-dire **pas réservés aux personnes avec difficultés psychiques**, à proximité des transports en commun et des commerces.

A contrario, les logements de type foyer de vie présentent des contraintes de vie en collectivité qui ne favorisent pas le rétablissement. Ce sont souvent des lieux de mimétisme et d'entre soi, sans émulation positive

=> c'est à la personne de choisir le type de logement qui lui conviendra le mieux.

- Développer les possibilités d'insertion par les GEM et le ClubHouse

On a certes une maladie, mais nous sommes aussi responsables.

Tout n'est pas altéré chez nous :

on attend que les professionnels communiquent avec nous

et nous mettent en position de collaborer.

La Pair-aidance, un savoir expérientiel partagé

Groupe de travail 3 :

L'accès des personnes à des soins somatiques adaptés à leurs besoins

Nos 3 propositions relatives à la thématique :

- **1. Toutes les personnes doivent avoir un médecin généraliste traitant et le médecin généraliste traitant et le psychiatre doivent travailler ensemble** car les traitements psychiatriques prescrits favorisent la survenue de pathologies telles que diabète, obésité, cholestérol et bien d'autres

- **Nécessité d'un suivi conjoint psychiatre/généraliste**

- **Nécessité d'un avoir un suivi médical rigoureux** (bilan biologique, électrocardiogramme annuel, santé bucco-dentaire, dépistages des cancers..)

- **Améliorer les connaissances des médecins généralistes dans le domaine de la psychiatrie** : à travers une meilleure formation en santé mentale pendant les études de médecine, mais aussi des temps communs généralistes/psychiatres : formations croisées, consultations conjointes, réunions d'analyse de cas cliniques....

- **Rapprocher les lieux d'exercice des professionnels** : par exemple, avoir un centre de santé couplé à un CMP comme à Marseille, avoir du temps de psychiatre dans les maisons et centres de santé..

- **2. L'éducation thérapeutique doit concerner tous les patients.**

- **L'éducation thérapeutique doit viser** : la connaissance de la maladie, des symptômes, des traitements, mais aussi des moyens de se maintenir en bonne santé physique et mentale (éducation à la santé, promotion de l'activité physique,...)

- **Les personnes concernées qui connaissent leur traitement** (effets souhaités et indésirables, incompatibilités, interférences) **gèreront bien leur traitement et seront de bons partenaires du psychiatre et du médecin généraliste pour leur propre suivi.**

⇒ **Elles seront aussi vigilantes à la pharmacie.**

- **Enseigner l'impact de l'alcool et du sel alimentaire** en particulier pour les personnes traitées par sels de lithium (charcuteries, salaisons, plats tous prêts, etc) sur toutes les cellules de notre corps. Même éducation vis-à-vis des drogues/addictions.

➤ **3. Sensibiliser les équipes des SAU et des services de spécialités dans les établissements de soins** pour que, quand une personne ayant des troubles psychiques se présente pour un problème somatique, sa plainte soit réellement prise en compte et traitée. Aujourd'hui, encore trop souvent, la pathologie psychiatrique « fait écran » aux yeux des professionnels à la réalité de la plainte somatique, entraînant retards de prise en charge et pertes de chances.

Groupe de travail 4 :
La prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence

Nos 4 propositions relatives à la thématique :

➤ **1. Développer les capacités des personnes elles-mêmes à anticiper ou gérer une crise**

⇒ **Développer la psychoéducation :**

permet à la personne de sentir quand il y a un changement dans ses sensations et son comportement et de réagir de manière adéquate, en sollicitant si besoin l'aide des services de soins

⇒ **Développer et proposer à tous d'élaborer des directives anticipées en cas de crise**

➤ **2. Avoir des réponses efficaces en cas de crise, reposant sur « l'aller vers » et mobilisant la pair-aidance :**

- **Avoir un numéro d'urgence psychiatrique et une réponse mobile au domicile que la personne soit connue ou pas de la psychiatrie, en incluant la possibilité d'utiliser la télémédecine**
- **Intégrer les apports de la pair-aidance :** les pairs aidant doivent être intégrés dans les équipes de soins ; ils doivent intervenir dans « l'aller vers » les personnes et dans les services d'accueil de crise pour favoriser l'adhésion aux soins et maintenir l'espoir
- **Face à une personne qui refuse les soins :**
 - Construire des réponses qui permettent **d'éviter les soins sans consentement.**
 - Favoriser le recours à la pair-aidance pour créer une alliance (maillon de confiance entre le patient et les médecins/infirmiers)
 - Avoir une réponse mobile (médecin généraliste, SOS urgences psychiatriques...)
- **Développer les structures qui permettent d'éviter les hospitalisations**
- **Former les équipes des SAU et du SAMU à la prise en charge des troubles psychiques**

➤ **3. Maintenir des pratiques orientées rétablissement à travers les situations de crise et d'urgence :**

- **L'attitude des professionnels doit être bienveillante et dédramatisant**

- Ne pas nous enfoncer
- Faire tomber nos angoisses
- Faire tomber les angoisses de la famille
- Arrêter le recours à la médication abusive
- « L'équipe de soin doit éclairer le chemin de l'utilisateur quant à sa capacité à marcher droit et tout seul »
- Nous expliquer le pourquoi et le comment de notre prise en charge avec un vocabulaire à notre portée

➤ **4. Développer les premiers secours en santé mentale pour que la population soit formée aux troubles psychiques et sache comment réagir**

On a certes une maladie, mais nous sommes aussi responsables.

Tout n'est pas altéré chez nous :

On attend que les professionnels communiquent avec nous

et nous mettent en position de collaborer

à notre rétablissement.

La Pair-aidance, un savoir expérientiel partagé

Groupe de travail 5 :

Le respect et la promotion des droits des personnes, le renforcement de leur pouvoir de décider et d'agir et la lutte contre la stigmatisation

Nos 5 propositions relatives à la thématique :

- **1. Développer la Pair-aidance** en particulier lors des premières hospitalisations pour maintenir l'espoir et rétablir le dialogue.

- **2. Réviser complètement les modalités et les conditions d'hospitalisation :**
 - **les conditions d'hospitalisation humiliantes et stéréotypées** doivent cesser : mise en pyjama, retrait du téléphone portable, injection, absence d'écoute et interprétation systématique de toute protestation même légitime comme un symptôme de la maladie, entraînant un sentiment d'être pris dans une machine infernale/ tunnel/spirale, usage abusif des chambres d'isolement.

 - **Ces conditions sont créatrices de ruptures de soins** : beaucoup de personnes ne se font pas soigner car elles ont peur des hôpitaux psychiatriques

 - **Les hospitalisations ne doivent plus être un moment de néant pendant lequel nous sommes seulement « là », sans rien à faire**, mais être l'occasion de mise en œuvre d'un parcours de soins personnalisé : avoir des objectifs et un contenu.

- **3. Les soins prodigués doivent soutenir le rétablissement des personnes :**
 - **Les traitements ne doivent pas nous transformer en larves** : il est anormal que les traitements nous fassent baver, trembler, être incontinent.. Les médicaments doivent être prescrits à la dose minimale efficace (et en monothérapie)

 - **Les traitements doivent être proposés, non imposés, et réévalués en collaboration avec le patient.** Les médecins doivent respecter les choix, y compris celui de fonctionner différemment. Ils doivent rendre compte de leur pratique. Il ne doit pas y avoir d'omerta.

- **Il faut créer les conditions d'un véritable choix** : c'est pourquoi chaque patient doit être informé des pathologies traitées par le service, des compétences spécifiques des médecins et professionnels qui y travaillent, des traitements et thérapies existants conformes aux bonnes pratiques, et si un traitement n'est pas proposé par le service, des services les plus proches où il peut être trouvé.
- **La psychoéducation** doit être systématiquement proposée pour permettre à la personne d'être actrice de son parcours de santé
- **Les soignants doivent nous évaluer dans notre globalité** et pour cela ne pas nous voir seulement comme des malades, ils doivent encourager notre responsabilité et notre autonomie
- **Le rôle et l'expérience des aidants doivent être valorisés.**

➤ **4. La qualité des services doit être évaluée par les usagers**

- Introduction de questions sur la qualité des soins, l'écoute et dialogue dans le questionnaire de satisfaction remis au patient. Apporter une aide pour le remplir (infirmier, pair-aidant ?) car trop souvent des difficultés de concentration empêchent de le faire. A remplir bien avant le jour de la sortie
- Mettre en place une commission d'enquête des personnes concernées en cas d'incident grave (par exemple un décès)

➤ **5. La pathologie psychique doit être déstigmatisée**

- Valoriser le travail, l'art, la compétence des personnes concernées en créant des manifestations et expositions dans les lieux publics (bibliothèques...)
- Communiquer sur les célébrités souffrant ou ayant souffert de troubles psychiques : ils valorisent nos possibilités, nos capacités, malgré la maladie.

Groupe de travail 6 :

L'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale

Nos 4 propositions relatives à la thématique :

- **Importance de la gestion des émotions** : éduquer dès le plus jeune âge à la gestion des émotions : on ne peut pas empêcher tous les facteurs de risques, mais on peut aider l'enfant à comprendre ce qui se passe et lui donner des clefs pour mieux vivre ses émotions.

- **Agir sur l'environnement scolaire :**
 - Lutte contre les addictions
 - Lutte contre le harcèlement scolaire et le cyber-harcèlement
 - Lutte contre les humiliations scolaires et les pratiques éducatives négatives
 - Promotion de **l'éducation positive et la stimulation** plutôt que les brimades et punitions, **valoriser les activités extra-scolaires, l'apprentissage par les erreurs**
 - **Promotion de l'entraide/solidarité entre enfants**
 - **Promotion des activités de bien-être** : relaxation, méditation pleine conscience, automassage...

- **Agir sur l'environnement familial :**
 - Favoriser les liens relationnels entre l'enfant et les parents (liens d'attachement)
 - Lutter contre les violences verbales et psychologiques

- **Lutter contre l'isolement, favoriser le lien social et les activités de bien-être dans les entreprises, les administrations et les écoles :**
 - Sieste, relaxation, automassage, méditation de pleine conscience
 - Nommer un responsable bien-être
 - Encourager la résilience

ANNEXE 2 : DECRET DU 27 FEVRIER 2017 RELATIF AU PTSM (Extrait)

Les 6 priorités du PTSM :

- « (...) Art. R. 3224-4.-Le projet territorial de santé mentale organise l'accès de la population à des dispositifs et services répondant aux priorités définies aux articles R. 3224-5 à R. 3224-10.
- -I.-Le projet territorial de santé mentale a pour priorité **l'organisation des conditions du repérage précoce des troubles psychiques, de l'élaboration d'un diagnostic et de l'accès aux soins et aux accompagnements sociaux ou médico-sociaux, conformément aux données actualisées de la science et aux bonnes pratiques professionnelles.**
 - « A ce titre, il prévoit l'organisation de :
 - « 1° L'accès à un avis spécialisé pour les patients pris en charge par les professionnels du premier recours, en particulier les médecins généralistes ;
 - « 2° L'accès aux soins et aux accompagnements dans des délais répondant à la nature des situations ;
 - « 3° L'accès aux dispositifs spécifiques existant au niveau régional ou interrégional.
 - « II.-Pour permettre d'atteindre ces objectifs, le projet territorial de santé mentale s'appuie sur :
 - « 1° La mobilisation et la sensibilisation des acteurs au repérage précoce des troubles, notamment les professionnels de la petite enfance, les professionnels de l'Education nationale, de l'enseignement supérieur, de l'aide sociale à l'enfance et de la protection judiciaire de la jeunesse ;
 - « 2° Les professionnels de la psychiatrie, en particulier au titre de la mission de psychiatrie de secteur prévue à l'article L. 3221-3, et le soutien de ces professionnels aux acteurs sociaux et médico-sociaux confrontés à des situations de décompensation ou de détresse psychiques ;
 - « 3° Les acteurs sociaux et médico-sociaux et le soutien de ces acteurs aux professionnels de la psychiatrie, par la mise en œuvre la plus précoce possible de réponses d'accompagnement adaptées, en particulier pour les situations complexes ;
 - « 4° Les professionnels sanitaires, sociaux et médico-sociaux apportant eux-mêmes leur appui aux proches et aux familles dans leur rôle d'aidants de proximité.
 - « III.-Le projet territorial de santé mentale prend en compte cette priorité en apportant des réponses aux problématiques des populations à risques spécifiques telles que les enfants, adolescents, personnes âgées, personnes en situation de handicap, personnes placées sous main de justice, personnes en situation de précarité, personnes ayant des conduites addictives, victimes de psycho-traumatisme, familles nécessitant un accompagnement à la parentalité, et personnes isolées.
- « Art. R. 3224-6.-I.-Le projet territorial de santé mentale a pour priorité **l'organisation du parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes souffrant de troubles psychiques graves et s'inscrivant dans la durée, en situation ou à risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur inclusion sociale.**
 - « A ce titre, il prévoit :
 - « 1° Les actions destinées à prévenir la survenue ou l'aggravation du handicap, par l'accès le plus précoce possible aux soins notamment de réhabilitation, et aux accompagnements sociaux et médico-sociaux ;
 - « 2° Le développement de services adaptés et diversifiés destinés à faciliter l'accès des personnes au logement, à l'emploi, à la scolarisation, aux études et à la vie sociale, en visant le plus possible l'insertion et le maintien en milieu ordinaire.
 - « II.-Pour permettre l'atteinte de ces objectifs, le projet territorial de santé mentale s'appuie sur la mise en place d'un suivi coordonné réalisé par des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux de proximité.
-

- « Art. R. 3224-7.-Le projet territorial de santé mentale a pour priorité **l'organisation des conditions de l'accès des personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins.**
 « A ce titre, il veille à ce que soient prévus :
 « 1° L'accès au suivi somatique de ces personnes par les médecins généralistes, en coordination étroite avec les professionnels de la psychiatrie et du soin somatique spécialisé ;
 « 2° En cas d'hospitalisation, l'organisation des établissements ayant une activité en psychiatrie pour assurer à leurs patients un accès aux soins somatiques, y compris spécialisés ;
 « 3° L'organisation, par les établissements de santé autorisés en médecine, chirurgie et obstétrique, d'un accueil spécifique des personnes présentant des troubles psychiques, incluant l'accès aux investigations et aux soins spécialisés nécessaires, notamment dans le cadre des groupements hospitaliers de territoire.

- « Art. R. 3224-8.-Le projet territorial de santé mentale a pour priorité **l'organisation des conditions de la prévention et de la prise en charge des situations de crise et d'urgence.**
 « A ce titre, il prévoit :
 « 1° L'organisation de l'intervention des professionnels de la psychiatrie au domicile des personnes, y compris dans les structures d'hébergement sociales et médico-sociales en prévention de l'urgence psychiatrique et en cas d'urgence psychiatrique, en promouvant l'intervention coordonnée des professionnels de santé et de ces structures ;
 « 2° L'organisation de la permanence des soins et d'un dispositif de réponse aux urgences psychiatriques, conformément aux dispositions de l'article L. 3221-5-1.
 « 3° La participation des professionnels de la psychiatrie aux prises en charge réalisées au sein des structures d'urgence des établissements de santé conformément aux dispositions prévues par l'article R. 6123-32-9, dans un cadre organisant les responsabilités des acteurs dans les parcours de soins des personnes présentant des troubles psychiques, afin d'en favoriser la fluidité et de prévenir le risque suicidaire ;
 « 4° L'organisation d'un suivi en sortie d'hospitalisation, au besoin par un accompagnement social ou médico-social, pour éviter les ruptures dans les parcours de soins, et, en fonction des ressources mobilisables sur le territoire, d'un suivi en sortie d'hospitalisation à la suite d'une tentative de suicide.

- « Art. R. 3224-9.-I.-Le projet territorial de santé mentale a pour priorité **l'organisation des conditions du respect et de la promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques, du renforcement de leur pouvoir de décider et d'agir et de la lutte contre la stigmatisation de ces troubles.**
 « A cette fin, il veille à promouvoir l'implication de ces personnes, de leurs proches et leurs familles dans l'élaboration et la mise en œuvre du projet de soins et d'accompagnement social ou médico-social, notamment en ce qui concerne l'éducation thérapeutique, le soutien aux aidants et les modalités d'entraide par les pairs, tels que les groupes d'entraide mutuelle mentionnés à l'article L. 1114-1 du code de l'action sociale et des familles.
 « II.-Pour permettre l'atteinte de ces objectifs, le projet territorial de santé mentale vise à développer :
 « 1° Des espaces de concertation et de coordination locales, notamment les conseils locaux de santé mentale ou toute commission créée par les collectivités territoriales ayant pour objet la santé mentale ;
 « 2° L'information des personnes présentant des troubles psychiques et de leur entourage sur leurs droits afin d'en favoriser l'accès ;
 « 3° Les réponses aux personnes en situation de soins sans consentement mentionnées aux articles L. 3211-2-1 ;
 « 4° La lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques et à améliorer l'information du grand public sur la santé mentale.

- « Art. R. 3224-10.-Le projet territorial de santé mentale a pour priorité **l'organisation des conditions d'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale.**
 « A ce titre, il vise à :
 « 1° Renforcer les compétences des personnes en matière psycho-sociale, notamment dans les champs de l'éducation, de la parentalité et du travail, afin de promouvoir les facteurs qui favorisent le bien-être mental ;
 « 2° Prévenir l'apparition ou l'aggravation des troubles psychiques. »

ANNEXE 3 : LISTE DES SIGLES

ADES	Association départementale pour l'éducation à la santé
AGEFIPH	Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des Personnes Handicapées
ANPAA	Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie
ARS	Agence régionale de santé
ASV	Atelier santé ville
BDE	Bureau des élèves
CATTP	Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
CCAS	Centre communal d'action sociale
CDU	Commission des usagers
CLS	Contrat local de santé
CME	Commission médicale d'établissement
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
COFIL	Comité de pilotage
CPT	Communauté psychiatrique de territoire
CPTS	Communauté professionnelle territoriale de santé
CRR	Centre ressource de réhabilitation psychosociale et de remédiation cognitive
CSE	Comité social et économique
DAC	Dispositif d'appui à la coordination
DAiP	Directives anticipées incitatives en psychiatrie
DDCS	Direction départementale de la cohésion sociale
DGOS	Direction générale de l'organisation des soins (Ministère de la santé)
DIM	Département de l'information médicale (dans les établissements de santé)
DIRECCTE	Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi
DLU	Dossier liaison urgences
DMP	Dossier médical partagé
DMS	Durée moyenne de séjour (hospitalier)
DPI	Dossier patient informatisé
DSI	Direction du système d'information
EPCI	Etablissement public de coopération intercommunale
EPSM	Établissement public de santé mentale
ESAT	Etablissement ou service d'aide par le travail
ESMS	Etablissements sociaux et médico-sociaux
ETP	Education thérapeutique du patient ou équivalent temps plein
FAM	Foyer d'accueil médicalisé
FAS	Fédération des acteurs de la solidarité
FIO	Fonds d'innovation organisationnelle en psychiatrie
FNAPSY	Fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie
GEM	Groupe d'entraide mutuelle
GHT	Groupement hospitalier de territoire
GCSMS	Groupement de coopération sociale et médico-sociale

HCL	Hospices civils de Lyon
HDJ	Hôpital de jour
HEH	Hôpital Edouard Herriot (HCL)
HTC	Hospitalisation à temps complet
IDE	Infirmier.e diplômé.e d'Etat
IEN	Inspecteur de l'éducation nationale
IME	Institut médico-éducatif
INFIPP	Institut national de formation de l'infirmier et du personnel psychiatrique
IPA	Infirmier de pratique avancée
IREPS	Instance régionale d'éducation et de promotion santé
IRJB	Institut régional Jean Bergeret
MAS	Maison d'accueil spécialisée
MAIA	Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (dispositif)
MCO	Médecine chirurgie obstétrique
MDA	Maison des adolescents
MDM	Maison de la Métropole
MDMPH	Maison départementale – métropolitaine des personnes handicapées
MDR	Maison du Rhône
MECS	Maison d'enfant à caractère social
MEDEF	Mouvement des entreprises de France
MG	Médecin généraliste
PAEJ	Point d'accueil écoute jeune
PASS	Permanence d'accès aux soins de santé
PCH	Prestation de compensation du handicap
PCME	Président de la commission médicale d'établissement
PCPE	Pôle de compétences et de prestations externalisées
PEP	Premier épisode psychotique
PLALHPD	Plan local d'action pour le logement et l'hébergement des personnes défavorisées
PME	Petites et moyennes entreprises
PMI	Protection maternelle et infantile
PSSM	Premiers secours en santé mentale
RCP	Réunion de concertation pluridisciplinaire
R.U.D.	Risque-Urgence-Danger (méthode d'évaluation du risque suicidaire)
SAMSAH	Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
SAU	Service d'accueil des urgences
SAVS	Service d'accompagnement à la vie sociale
SESSAD	Service d'éducation spéciale et de soins à domicile
SIUMPS	Service interuniversitaire de médecine préventive et de santé des étudiants
SMF	Santé mentale France
SPE	Service public de l'emploi
SPHEL	Santé psychique, hébergement et logement (Métropole de Lyon)
UDCCAS	Union départementale des centres communaux d'action sociale
UHCD	Unité d'hospitalisation de courte durée
UDL	Université de Lyon
UNAFAM	Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques
UPP	Unité de psychothérapies et de psychoéducation (CH le Vinatier)
UPRM	Urgences psychiatriques Rhône-Métropole (CH le Vinatier)
URPS	Union régionale des professionnels de santé