

Projet Territorial de Santé Mentale 69 (version décembre 2020)

Résumé des fiches-actions (1page = 1 fiche-action)

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.

Table des matières

Table des matières	2
1. Personnes concernées-pair aide-entourage	4
1.1. Systématiser la présence des personnes concernées dans les instances et lieux de décision en santé mentale.....	4
1.2. Systématiser l'aide aux aidants	5
1.3. Développer la pair aide professionnelle dès l'entrée dans la maladie psychique	6
2. Rétablissement-Réhabilitation psychosociale-jeunes adultes	7
2.1. Développer les pratiques orientées rétablissement et les pratiques collaboratives dans les soins et les accompagnements.....	7
2.2. Implémenter ¹ la réhabilitation psychosociale en proximité sur les territoires	8
2.3. Mettre en place le prise en charge précoce des premiers épisodes psychotiques (PEP's)	9
3. Prévention-promotion de la santé-déstigmatisation	10
3.1. Développer les programmes de renforcement des compétences psychosociales en milieu scolaire.....	10
3.2. Développer les interventions de déstigmatisation auprès des enfants et des jeunes en intervenant avec des personnes concernées.....	11
3.3. Déployer la formation aux Premiers Secours en Santé Mentale (PSSM)	12
4. Accès aux soins ambulatoires-collaboration psychiatrie/médecine générale	13
4.1. Définir un cadre commun d'organisation, de pilotage et d'évaluation des CMP (psychiatrie adultes et infanto-juvénile).....	13
4.2. Développer les partenariats psychiatrie/ médecine générale	14
5. Crise-urgence	15
5.1. Développer des soins ambulatoires de crise dans le cadre de pratiques orientées rétablissement.....	15
5.2. Définir les circuits d'alerte et de traitement des alertes sur le territoire.....	16
5.3. Création d'une équipe mobile de pédopsychiatrie en direction des établissements socio-éducatifs de l'aide sociale à l'enfance	17
5.4. Déployer la stratégie de prévention du suicide	18
6. Lisibilité-orientation-coordination du parcours	19
6.1. Développer les parcours coordonnés de manière transversale sur le territoire.....	19
6.2. Développer le case management sur les territoires	20
6.3. Développer une plateforme d'orientation à destination des personnes concernées et des aidants	21
7. Emploi-logement	22
7.1. Développer et diversifier la palette de solution du logement (du logement collectif au logement autonome) et d'accompagnement dans le logement.....	22

7.2. 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 barrières à l'accès.....	23
8. Périnatalité et santé mentale.....	24

1. Personnes concernées-pair aideance-entourage

1.1. Systématiser la présence des personnes concernées dans les instances et lieux de décision en santé mentale

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.

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

- 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, 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.

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

- 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.
- 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.
- 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.

1.2. Systématiser l'aide aux aidants

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.

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

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

- 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 patients des files actives 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 %

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

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

- 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

1.3. Développer la pair aide professionnelle dès l'entrée dans la maladie psychique

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 (salariat ou plateforme de services co-financés par l'institution demandeuse), tout en permettant aux pairs aidants de se fédérer et de partager leurs pratiques.

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

- 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

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

- 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

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

2. Rétablissement-Réhabilitation psychosociale-jeunes adultes

2.1. Développer les pratiques orientées rétablissement et les pratiques collaboratives dans les soins et les accompagnements

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

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

➤ 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.

¹La 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

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

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

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

¹Egalement connus sous le termes de « directives anticipées incitatives en psychiatrie » ou DAiP. Le plan de crise doit être l'un des premiers documents consultés aux urgences

2.2. Implémenter¹ la réhabilitation psychosociale en proximité sur les territoires

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

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

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

❖ 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

En 2023 :

- 50 % des équipes sociales et médico-sociales ont mis en place l'entretien motivationnel¹
- 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

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 %

2.3. Mettre en place la prise en charge précoce des premiers épisodes psychotiques (PEP's)

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.

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

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 FIO¹

- 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

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

3. Prévention-promotion de la santé-déstigmatisation

3.1. Développer les programmes de renforcement des compétences psychosociales en milieu scolaire

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

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

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 bassin¹ ont mis en œuvre le programme.

Inscription des établissements dans la communauté de pratiques.

¹Il 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

- 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

3.2. Développer les interventions de déstigmatisation auprès des enfants et des jeunes en intervenant avec des personnes concernées

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.

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

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 circonscription¹ 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

- 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.

3.3. Déployer la formation aux Premiers Secours en Santé Mentale (PSSM)

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.

Objectif 1/2 : Déployer la formation auprès des étudiants

- 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

- 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

4. Accès aux soins ambulatoires-collaboration psychiatrie/médecine générale

4.1. Définir un cadre commun d'organisation, de pilotage et d'évaluation des CMP (psychiatrie adultes et infanto-juvénile)

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.

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

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)

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

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

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)

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 médicopsychologiques - guide de bonnes pratiques organisationnelles

<http://ressources.anap.fr/parcours/publication/2495>

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 2023 : 50%

Fin 2024 : 70 %

Fin 2025 : 90 %

Les CMP recueillent et partagent des indicateurs communs de suivi et de pilotage : 50 % en 2022, 75 % en 2023, 90 % en 2024

4.2. Développer les partenariats psychiatrie/ médecine générale

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.

Objectif 1/4 : Mettre en place des dispositifs partenariaux spécifiques psychiatrie-médecine générale sur chaque territoire, dans une logique de réciprocité

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

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 dépourvu

Objectif 3/4 : Viser la prise en compte de la santé mentale dans les objectifs de santé des CPTS (communautés professionnelles territoriales de santé)

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

5. Crise-urgence

5.1. Développer des soins ambulatoires de crise dans le cadre de pratiques orientées rétablissement

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

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

- 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

Objectif 2/4 : Organiser la fluidité de l'accès aux dispositifs de crise et leur mobilisation dans le parcours des personnes

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 médicosociale

- Mise en place d'une hotline téléphonique pour les professionnels du médico-social 5 jours sur 7
- 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

Objectif 4/4 : Organiser l'accès partagé des services d'urgence au dossier patient des établissements

5.2. Définir les circuits d'alerte et de traitement des alertes sur le territoire

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)

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 :

1. L'émission et la réception de l'alerte :

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)
2. L'analyse et la qualification de l'alerte :
 3. Les modalités de mobilisation des réponses :
 4. En fonction de la situation clinique identifiée, elle sera psychiatrique ou autre (soutien psychologique, aide sociale...).

Objectif 2/3 : Assurer la mise en place opérationnelle et l'évaluation du circuit d'alerte

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

5.3. Création d'une équipe mobile de pédopsychiatrie en direction des établissements socio-éducatifs de l'aide sociale à l'enfance

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 médicosociaux.

Objectif 1/3 : Cliniques

- Venir en appui aux équipes des établissements socio-éducatifs ou médicoéducatifs 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.

Objectif 2/3 : 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).

Objectif 3/3: 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...).

5.4. Déployer la stratégie de prévention du suicide

Il s'agit 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.

Objectif 1/3 : Déployer le dispositif de recontact Vigilans et la postvention¹ du suicide

-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.

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 »

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.

6. Lisibilité-orientation-coordination du parcours

6.1. Développer les parcours coordonnés de manière transversale sur le territoire

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.

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

Une proposition est définie et présentée aux parties prenantes pour mi-2022.

Objectif 2/4 : Structurer et mettre en place une coordination transversale au territoire du PTSM

Un dispositif de coordination transversale assurant l'accès à des case managers en place à partir de 2023

Objectif 3/4 : Organiser un fonctionnement en réseaux territoriaux de proximité

Objectif 4/4 : Elaborer et généraliser un modèle partagé unique d'évaluation des besoins et des attentes et de projet individualisé de rétablissement

Le projet personnalisé, construit entre la personne et les intervenants de son parcours, constitue son projet unique partagé entre tous les acteurs du parcours

6.2. Développer le case management sur les territoires

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.

Objectif 1/3 : Elaborer un cahier des charges partagé du case management

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

Objectif 3/3 : Recruter et déployer les case managers, assurer la transversalité du positionnement des case managers existants

✓ 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.

6.3. Développer une plateforme d'orientation à destination des personnes concernées et des aidants

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.

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

- 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

7. Emploi-logement

7.1. Développer et diversifier la palette de solution du logement (du logement collectif au logement autonome) et d'accompagnement dans le logement

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

Objectif 1/5 : Organiser le recueil des données relatives au besoin de logement et d'accompagnement

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.

Objectif 2/5 : Soutenir la formulation du besoin et des attentes individuelles dès l'entrée dans la maladie

- 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 »

- 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

Objectif 5/5 : Etudier les possibilités de mobilisation de la PCH en vue d'une aide humaine pour l'entretien du logement

7.2. 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 barrières à l'accès

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

Objectif 1/4 : Travailler directement le projet de maintien ou d'insertion professionnelle dès l'entrée dans le parcours de soin

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)

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

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

- 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

Un plan d'action annuel produit 20 entreprises formées annuellement

8. Périnatalité et santé mentale

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

- 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).