



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

Projet Territorial de Santé Mentale du Rhône et de la Métropole de Lyon - PTSM 69

2026 - 2031

L'équipe de co-référents :

- ❖ **Mathilde CANET**
(co-référente au titre des personnes concernées)
- ❖ **Téa GIRARD**
(co-référente au titre des personnes concernées)
- ❖ **Anaïs JEHANNO**
(co-référente au titre de secteur sanitaire)
- ❖ **Bénédicte CEZARD**
(co-référente au titre du secteur médico-social)
- ❖ **François ANIZAN**
(co-référent au titre du secteur médico-social)

Contact :

Gersende JEROME
(chargée de mission)
06 80 56 42 41
gersende.jerome@coordination69.asso.fr

Elen MADEIRO
(cheffe de projet opérationnel)
07 60 61 19 98
elen.madeiro@arhm.fr

Léa CRISTOVAO
(stagiaire master 2 promotion de la santé)
lea.cristovao@hotmail.com

Table des matières

Table des matières

Le mot des Co-référents.....	6
GLOSSAIRE	8
Introduction.....	11
.....	13
PARTIE 1 - L'environnement du projet : données de territoire et bilan du PTSM 1	13
.....	13
Caractéristiques/ les données du territoire	15
Typologie Communale	15
Indice de défavorisation sociale	16
Population et densité	16
Taux de natalité et indice de vieillissement	17
Répartition de la population par âge et par genre (%)	18
Emploi et chômage	19
Focus sur les Jeunes NEET	20
Le logement.....	20
Affection de longue durée - ALD	23
Les Gestes suicidaires et mort par suicide	24
Mortalité par suicide	26
Offre sanitaire	27
Recours aux psychiatres libéraux	29
Psychologues	31
Équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP)	32
Offre médico-sociale	32
Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) ..	35
Les Contrats locaux de Santé (CLS) et les Conseils Locaux de Santé	
Mentale (CLSM)	36
Les GEM	37
Les lieux d'écoute et Points d'Accueil Jeunes (PAEJ) et MDA	38
Le PTSM 1 (bilan, actions, transformations, synergies)	42
Les évaluations annuelles	46
L'autoévaluation finale (sur l'année 2024).....	47

Les évolutions les plus significatives du PTSM 1	49
Les principaux points d'alerte du PTSM 1	49
Les 3 priorités	50
Conclusion du bilan PTSM 1.....	52
PARTIE 2 - La démarche d'élaboration du PTSM 2 : méthodologie et diagnostic territorial partagé.....	53
La démarche PTSM 2.....	54
1. Le cadre législatif et stratégique.....	54
2. La lettre de cadrage	59
La phase de transition	62
1. L'équipe préfiguratrice	63
2. Le cadre méthodologique	65
<i>2.3. Des axes stratégiques à l'élaboration des fiches actions</i>	<i>71</i>
3. Du diagnostic à l'élaboration de la feuille de route	71
PARTIE 3 - La Feuille de Route	76
Introduction.....	77
Les fiches actions	78
AXE 1 - Les personnes concernées et leurs proches : des partenaires, une ressource, des compétences	80
FICHE ACTION 1 – Structurer et renforcer la participation des personnes concernées	81
FICHE-ACTION 2 - Renforcer le soutien aux aidants	84
AXE 2 - Repérer, prévenir, orienter à tout âge	87
FICHE-ACTION 3 : Structurer et renforcer le repérage précoce en santé mentale dans la 1ère ligne : repérer – orienter – accompagner	88
AXE 3 - Améliorer le parcours de soins et d'accompagnement	92
FICHE ACTION 4 – Poursuivre le développement des alternatives à l'hospitalisation temps plein	93
FICHE ACTION 5 - Poursuivre le développement de la pair aide en santé mentale et des pratiques orientées rétablissement	96
FICHE ACTION 6 - Garantir l'accès et la continuité des soins et de l'accompagnement	99
AXE 4 - Soutenir l'inclusion citoyenne	103
FICHE ACTION 7 – Développer et diversifier l'offre et l'accompagnement pour l'accès et le maintien vers le logement de droit commun	104

FICHE ACTION 8 – Favoriser l'accès et le maintien dans l'emploi des personnes vivants avec un trouble psychique	108
FICHE ACTION 9 – Poursuivre les actions de déstigmatisation et de sensibilisation en santé mentale	111
FICHE ACTION 10 – Favoriser, garantir et lever les freins à l'accès aux droits des personnes concernées	114
AXE 5 - Garantir la continuité des parcours particulièrement lors des transitions	117
FICHE-ACTION 11 - Déployer une Communauté de Pratiques (COP) autour de la coordination des parcours complexes	118
FICHE-ACTION 12 – Structurer un parcours territorial de santé mentale périnatale	122
FICHE-ACTION 13 - Définir une stratégie globale et transversale pour la santé mentale des jeunes.....	125
FICHE-ACTION 14 - Définir une stratégie globale et transversale pour la santé mentale des personnes âgées.....	129
AXE 6 - Améliorer la lisibilité des ressources	132
FICHE-ACTION 15 – Développer la lisibilité et les espaces ressources en santé mentale.....	133
Structuration de la gouvernance du PTSM 2	136
FICHE ACTION 16 - Structuration de la Gouvernance PTSM 2	137
Éléments de conclusion	148
Axes transversaux : Les thématiques	149
Suite et perspectives.....	152
Conclusion	156
Annexes.....	157
Liste des Annexes.....	158

Le mot des Co-référents

Le Projet Territorial de Santé Mentale du Rhône et de la Métropole de Lyon 2026 2031 s'ouvre dans un contexte national où la santé mentale est reconnue comme Grande Cause, rappelant que ces enjeux ne relèvent plus seulement de spécialistes, mais bien de l'ensemble de la société. Sur un territoire dynamique, contrasté et en profonde mutation démographique et sociale, cette responsabilité collective prend une dimension particulière. Le Rhône et la Métropole de Lyon, avec leur diversité urbaine, périurbaine et rurale, leurs inégalités territoriales marquées, leur attractivité économique et universitaire, constituent un espace où les besoins en santé mentale sont multiples, évolutifs et parfois exacerbés par les transitions de vie, les vulnérabilités sociales ou les comorbidités fréquentes.

Dans ce contexte, le PTSM 2 2026/2031 affirme une ambition politique forte : faire de la santé mentale un pilier de la cohésion territoriale, un levier de justice sociale et un moteur de transformation des pratiques professionnelles. La démarche engagée est résolument participative et systémique. Elle repose sur la conviction que la santé mentale ne peut être pensée en silos, ni portée par un seul secteur. Elle doit être construite avec et pour les personnes concernées, en associant les aidants, les acteurs du social, du médicosocial, du sanitaire, mais aussi les collectivités, les associations, les institutions éducatives, les acteurs de la prévention, de la culture, du logement, de l'emploi et de la citoyenneté.

Le PTSM constitue ainsi un outil stratégique de transformation de l'offre de services. Il vise à renforcer la continuité des parcours, à décloisonner les organisations, à soutenir l'innovation territoriale et à rendre plus lisible l'ensemble des réponses disponibles. Cette transformation ne peut réussir qu'en mobilisant également les acteurs de la première ligne (médecins généralistes, infirmiers, professionnels de l'accompagnement social, acteurs de la prévention et du soin de proximité, acteurs du loisir, de la culture, du sport ...) qui jouent un rôle essentiel dans la détection précoce, l'orientation, l'accompagnement et la lutte contre la stigmatisation. Leur montée en compétence et leur intégration dans une dynamique territoriale cohérente constituent un enjeu majeur du PTSM de deuxième génération.

Au cœur de cette démarche, une priorité demeure : répondre aux besoins, aux attentes et aux aspirations des personnes concernées, dans toute leur diversité. Une attention particulière est portée aux publics vulnérables, notamment lors des phases de transition du parcours de vie (adolescence, passage à l'âge adulte, parentalité, vieillissement, ruptures sociales ou professionnelles) moments où les situations se complexifient et où les risques de ruptures sont les plus élevés. Le territoire du Rhône et de la Métropole de Lyon, marqué par une forte hétérogénéité sociale et territoriale, exige des réponses adaptées, accessibles et ancrées dans les réalités locales.

La conduite du projet est assurée par une équipe de co-référents engagée, plurielle et complémentaire, réunissant des expertises issues du champ social, du médicosocial, du sanitaire et du savoir expérientiel. Cette diversité constitue une force politique et opérationnelle majeure : elle permet d’appréhender la santé mentale dans toute sa complexité, de croiser les regards, de dépasser les logiques sectorielles et de garantir que les décisions prises soient éclairées par l’expérience vécue autant que par les connaissances professionnelles. Animée par une volonté commune de renforcer la cohérence territoriale, l’équipe s’engage à travailler en étroite coopération avec les instances locales, les institutions partenaires et les acteurs de terrain, afin de rendre ce PTSM de deuxième génération encore plus lisible, plus opérationnel et plus ancré dans les pratiques. Tout au long du projet, cette équipe de co-référents travaillera en étroite proximité avec les techniciens qui assureront le déroulé de l’action, en l’occurrence la cheffe de projet opérationnel du PTSM ainsi que la chargée de mission de l’association Coordination 69 Soins Psychiques et Réinsertions.

Le PTSM 2026 2031 se veut ainsi un cadre politique partagé, un levier d’action collective et un engagement territorial fort. Il traduit l’ambition d’un territoire qui fait de la santé mentale une priorité publique, un enjeu de solidarité et un investissement pour l’avenir.

L’équipe de co-référents :

- ❖ **Mathilde CANET**
- ❖ **Téa GIRARD**
- ❖ **Anaïs JEHANNO**
- ❖ **Bénédicte CEZARD**
- ❖ **François ANIZAN**

GLOSSAIRE

ADISCO : Articulation des dispositifs de coordination des situations complexes

ALD : Affection de longue durée

ARS : Agence Régionale de Santé

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

C360 : Communauté 360

CADA : Centre d'accueil pour demandeurs d'asile

CAMSP : Centres d'action médico-sociale précoce

CATTG : Centre d'accueil thérapeutique et de temps de groupe

CAFS : Centre d'accueil familial spécialisé

CFA : Centre de formation des apprentis

CFPPA : Centre de formation professionnelle et de promotion agricoles

CH : Centre hospitalier

CHRS : Centre d'hébergement et de réinsertion sociale

CLS : Contrat Local de Santé

CLSM : Conseil Local de Santé Mentale

CMP : Centre médico-psychologique

CMPP : Centres médico-psycho-pédagogiques

CoP : Communauté de pratiques

CoP PEP : Communauté de pratiques sur la prise en charge précoce des premiers épisodes psychotiques

COPIL : Comité de pilotage

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPS : Compétences psychosociales

CPTS : Communauté professionnelle territoriale de santé

COTER : Comité territorial

CSSM : Commission spécialisée en santé mentale

CTS : Conseil territorial de santé

CTSM : Contrat territorial de santé mentale

DAC : Dispositif d'appui à la coordination

DALO : Droit au logement opposable

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DITEP : Dispositif d'institut thérapeutique éducatif et pédagogique

EAM : Établissement d'accueil médicalisé

EATEH : Établissement d'accueil temporaire d'enfants handicapés

EATAH : Établissement d'accueil temporaire d'adultes handicapés

EEAP : Établissements et services pour enfants et adolescents polyhandicapés

EHPAD : Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

EMAS : Équipes Mobiles d'Appui à la Scolarisation

EMPP : Équipe mobile psychiatrie précarité
EMPPA : Équipe mobile psychiatrie de la personne âgée
EN : Éducation nationale
EPCI : Établissement public de coopération intercommunale
ESAT : Établissement et service d'accompagnement par le travail
ESMS : Établissement social ou médico-social
ESPIC : Établissement de santé privé d'intérêt collectif
ESPO : Établissements et services de pré-orientation
ESRP : Établissements et services de réadaptation professionnelle
FAM : Foyer d'accueil médicalisé pour adultes handicapés
FH : Foyer d'hébergement
FP : Foyer polyvalent
GAI : Geste auto-infligé
GEM : Groupe d'entraide mutuelle
GHT : Groupement hospitalier de territoire
GTH : Groupe travail handicap
HCL : Hospices civils de Lyon
IEM : Institut d'Éducation Motrice
IME : Institut médico-éducatif
ITEP : Institut thérapeutique éducatif et pédagogique
MAS : Maison d'accueil spécialisée
MCO : Médecine-chirurgie-obstétrique
MDA : Maison des adolescents
MVS : Maison de la veille sociale
NEET : Not in education, employment or training : Jeune sans emploi, éducation ni formation
OMS : Organisation mondiale de la santé
ORS ARA : Observatoire régional de santé Auvergne-Rhône-Alpes
PAEJ : Point accueil et écoute jeunes
PCO : Plateformes de coordination et d'orientation
PCPE : Pôle de compétences et de prestations externalisées
PDALHPD : Plan départemental d'action pour le logement et l'hébergement des personnes défavorisées
PMI : Protection maternelle et infantile
PSSM : Premiers secours en santé mentale
PTSM : Projet territorial de santé mentale
PRS : Projet régional de santé
SAMSAH : Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
SAS PSY 69 : Service d'accès aux soins
SAVS : Service d'accompagnement à la vie sociale
SESSAD : Service d'éducation spéciale et de soins à domicile

SISM : Semaine d'information de santé mentale

SMPR : Service médico-psychologique régional

SPASAD : Service de protection, d'accueil, de soutien et d'accompagnement à domicile

SSIAD : Services de soins infirmiers à domicile

SSIAD PH : Services de soins infirmiers à domicile pour personnes handicapées

SSU : Service de santé universitaire

TND : Troubles du neurodéveloppement

UEERA : Unité d'Enseignement en Élémentaire Autisme

UEMA : Unités d'enseignement maternelle autisme

U.E.R.O.S : Unité d'évaluation de réentraînement et d'orientation sociale et professionnelle

UNAFAM : Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques

Introduction

Les projets territoriaux de santé mentale (PTSM) constituent un dispositif réglementaire structurant l'organisation de la santé mentale en France. Institués par la loi du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé, puis précisés par le décret de 2017 et les instructions ministérielles (2018 ; 2025), ils ont pour objectif d'organiser, à l'échelle des territoires, une réponse coordonnée, accessible et continue aux besoins en santé mentale des populations.

Selon la définition de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la santé mentale ne se réduit pas à l'absence de troubles psychiques ou à la seule psychiatrie. Elle constitue un état de bien-être permettant à chacun de faire face aux difficultés de la vie, de développer ses capacités, d'apprendre, de travailler et de participer à la vie sociale. La santé mentale concerne ainsi l'ensemble de la population et mobilise un large éventail d'acteurs au-delà du champ sanitaire : prévention, éducation, logement, insertion, vie sociale, travail ou encore accompagnement médico-social. Cette approche globale invite à considérer la santé mentale comme un enjeu transversal de qualité de vie, de citoyenneté et d'inclusion sociale, nécessitant des réponses coordonnées et adaptées aux réalités des territoires.

Le PTSM s'affirme aujourd'hui comme le cadre de référence territorial en santé mentale. Il assure une fonction de coordination puisqu'il a vocation à organiser, structurer et faciliter l'articulation entre les acteurs à l'échelle territoriale en faveur de la fluidité des parcours. Il constitue à la fois un document stratégique et une dynamique territoriale, au service de la transformation des organisations et du décloisonnement des interventions sanitaires, médico-sociales et sociales.

Le PTSM est également le résultat d'une initiative collective des acteurs du territoire. Il repose sur une démarche participative et partenariale, associant l'ensemble des parties prenantes : professionnels de santé, acteurs sociaux et médico-sociaux, institutions, collectivités, mais aussi personnes concernées et leurs aidants. Cette méthodologie favorise l'émergence d'une vision partagée des enjeux et la construction de réponses adaptées aux réalités locales, dans une logique de co-construction.

Concrètement, le PTSM s'appuie sur l'élaboration d'un diagnostic territorial partagé, permettant d'objectiver les besoins et les ressources, et sur la définition d'une feuille de route pluriannuelle sur cinq ans, inscrite dans une logique d'amélioration continue. Sa mise en œuvre est formalisée par un contrat territorial de santé mentale (CTSM), qui engage les acteurs du territoire autour d'objectifs communs et de modalités d'action partagées.

Le PTSM joue un rôle central dans la territorialisation de la politique de santé mentale. Il en constitue l'outil de déclinaison opérationnelle, tout en agissant comme un levier d'accélération des dynamiques locales et un espace de structuration des coopérations. Il implique, pour être pleinement effectif, de garantir la complémentarité et la bonne articulation des différentes instances et dispositifs de coordination existants sur les territoires. En ce sens, il organise la

cohérence d'ensemble du système d'acteurs et contribue à rendre les parcours plus lisibles, plus fluides et mieux adaptés aux besoins des personnes.

Dans le Rhône, cette deuxième génération du PTSM s'inscrit dans la continuité de la précédente, en conservant un périmètre géographique identique, à savoir le département du Rhône et la Métropole de Lyon. Elle affirme une approche globale de la santé mentale, intégrant ses trois dimensions complémentaires : la promotion, la prévention et le soin, en cohérence avec la définition portée par l'Organisation Mondiale de la Santé. Elle s'appuie également sur le paradigme du rétablissement, en valorisant le développement des pratiques orientées rétablissement et le renforcement du pouvoir d'agir des personnes concernées.

Dans ce document, nous aborderons le passage du PTSM 1 au PTSM 2, la méthodologie retenue pour l'élaboration de cette deuxième feuille de route, ainsi que les fiches actions prioritaires dans le cadre du PTSM 2 pour la période 2026-2031.

Le document est structuré en trois grandes parties :

- Partie 1 – L'environnement du projet : données de territoire et bilan du PTSM 1 ;
- Partie 2 – La démarche d'élaboration du PTSM : méthodologie et diagnostic territorial partagé ;
- Partie 3 – La feuille de route opérationnelle.



PARTIE 1 - L'environnement du projet : données de territoire et bilan du PTSM 1

Nous proposons ici un portrait du territoire visant à mettre en évidence ses principales caractéristiques socio-démographiques, ainsi que celles liées à l'offre en santé mentale et à la consommation de soins et d'accompagnements. Il ne s'agit pas d'un recensement exhaustif des dispositifs existants, mais de fournir un niveau d'information suffisant pour comprendre les spécificités et les dynamiques du territoire.

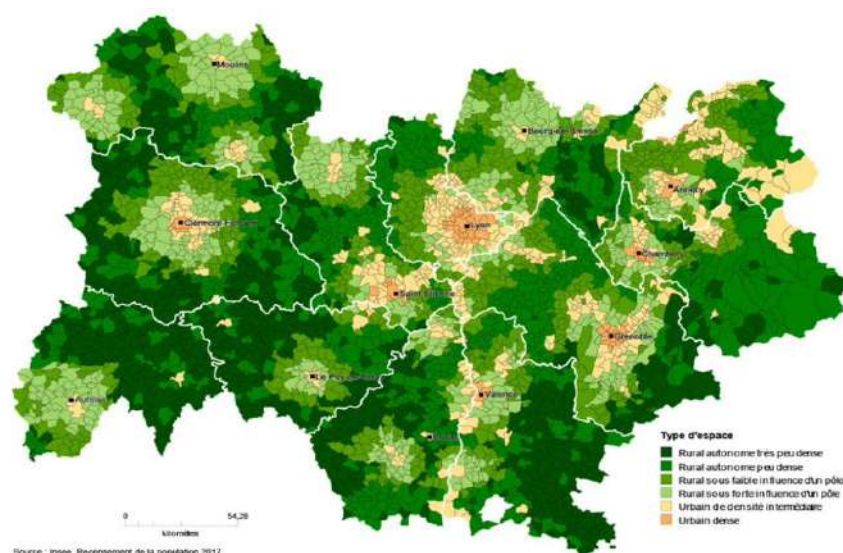
À savoir : Le département du Rhône a la particularité d'être composé de deux collectivités territoriales : la Métropole de Lyon et le Conseil départemental 69 (CD 69). Dans la mesure du possible, une différenciation au niveau des chiffres a été faite. Dans le document, lorsque le Rhône est mentionné, celui-ci comprend le CD 69 ainsi que la Métropole de Lyon.

Caractéristiques/ les données du territoire

Inscrit dans la région Auvergne-Rhône-Alpes, le périmètre géographique du PTSM 69 présente une organisation institutionnelle singulière : depuis 2015, il est structuré en deux collectivités distinctes : le département du Rhône et la Métropole de Lyon qui exercent chacune des compétences départementales. Il regroupe un ensemble de 266 communes dont 58 dans la métropole de Lyon et 208 dans le CD 69. Le territoire est marqué par un fort poids urbain autour de Lyon et par des zones rurales et périurbaines en périphérie, générant des réalités territoriales contrastées en termes d'accès aux soins, de ressources et de besoins.

Typologie Communale

Le territoire du Rhône, se caractérise par une typologie communale autour de la Métropole de Lyon qui forme un espace urbain dense. Autour de cette dernière, la couronne reste majoritairement urbaine mais avec une densité intermédiaire et des zones rurales sous forte influence de la métropole. Toutefois, plus on s'éloigne, plus les espaces ruraux sont indépendants de la métropole de Lyon. Enfin, dans les secteurs encore plus éloignés, ce sont des espaces ruraux autonomes et très peu denses.



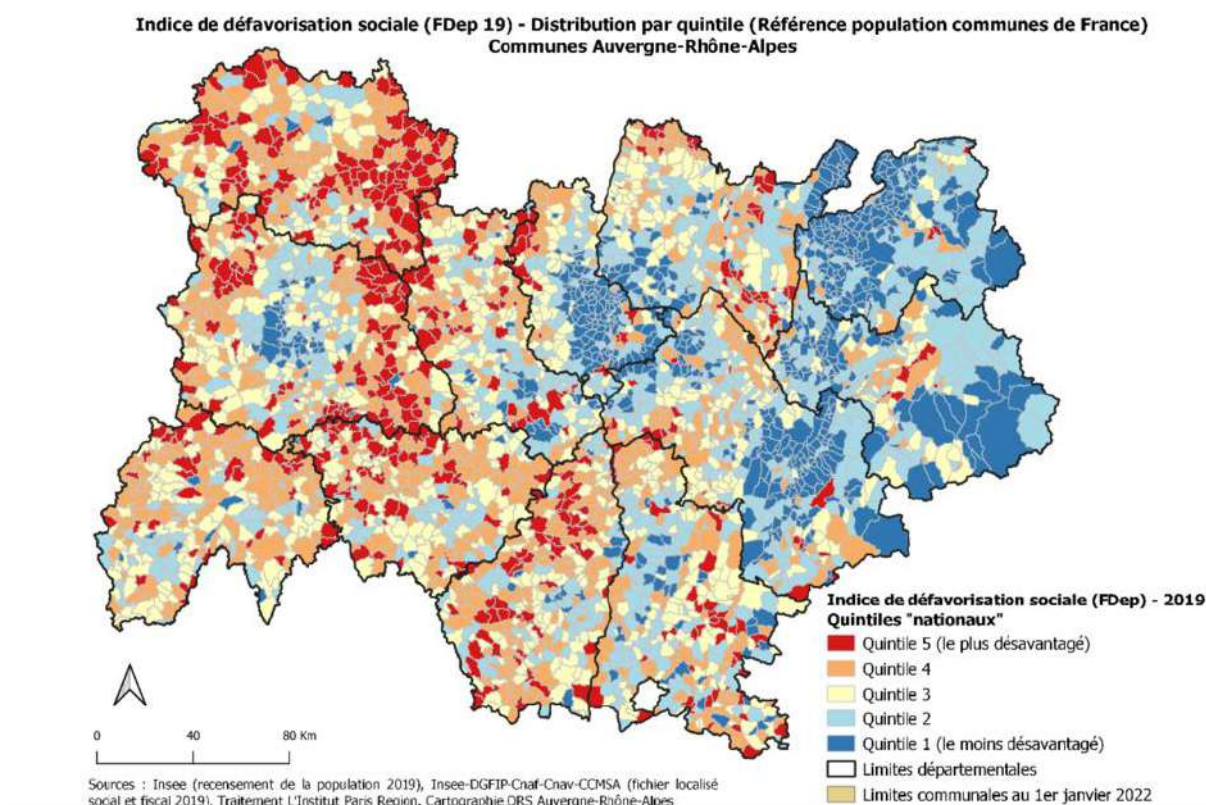
	Nombre de communes	Population (10 ans et +) (en %)
Rural	3 413	34,6
Urbain	622	65,4
Total	4 035	100,0

	Nombre de communes	Population (10 ans et +) (en %)
Rural favorisé	1 273	14,9
Rural intermédiaire	851	7,9
Rural défavorisé	1 289	11,8
Urbain favorisé	405	33,4
Urbain intermédiaire	82	9,6
Urbain défavorisé	135	22,3
Total	4 035	100,0

Source : Insee, RP 2022 - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

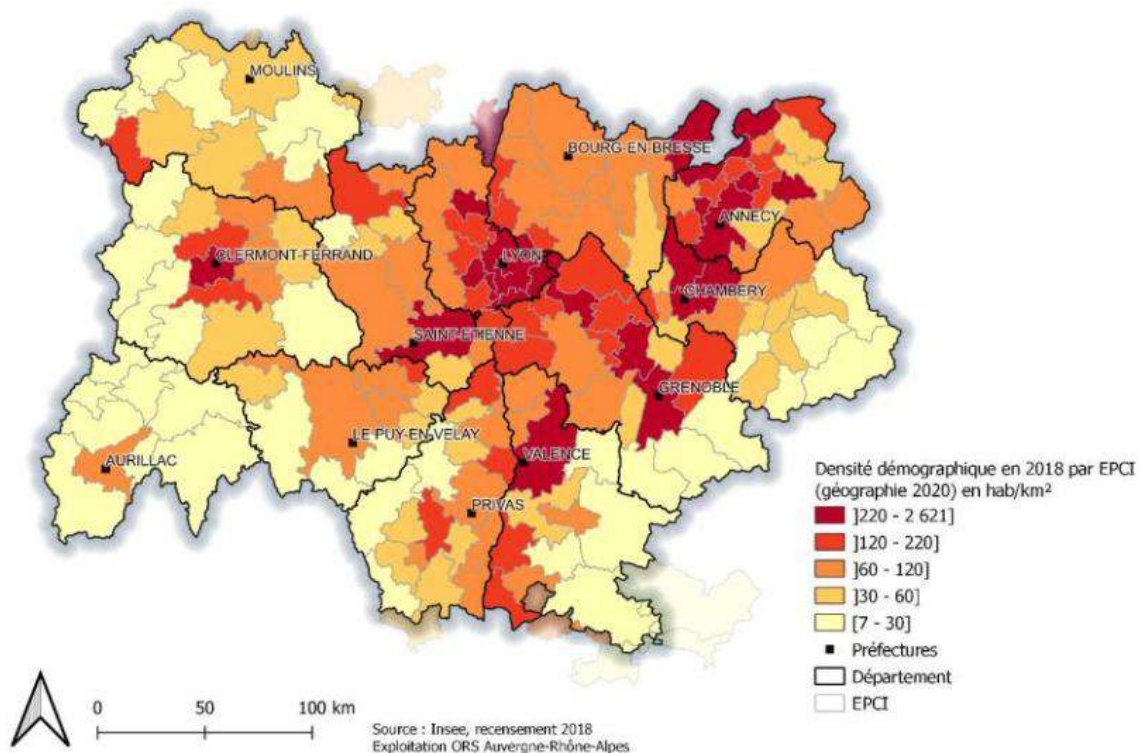
Indice de défavorisation sociale

L'indice de défavorisation sociale se calcule par quatre variables à savoir : le revenu médian par unité de consommation dans le ménage, le pourcentage de bacheliers dans la population de plus de 15 ans, le pourcentage d'ouvriers dans la population active et le taux de chômage. Ainsi, on constate des disparités au sein même du territoire. La Métropole de Lyon et la zone urbaine apparaissent comme les territoires les moins désavantagés. À l'inverse, plus on s'éloigne de la Métropole de Lyon, plus le niveau de défavorisation sociale tend à augmenter.



Population et densité

Le Rhône se caractérise par une forte densité démographique. En 2022, la densité de la métropole de Lyon était de 2 670 habitants au km², tandis que celle du CD 69 était d'environ de 176 habitants au km². La présence d'un réseau dense d'acteurs favorise le développement de dynamiques partenariales, mais renforce aussi la nécessité d'une structuration et coordination territoriale.



Selon le recensement de la population en 2023 par l'INSEE, la population se concentre dans la Métropole de Lyon. Les villes de Lyon, Villeurbanne, Vénissieux et Vaulx-en-Velin font partie des 10 communes les plus peuplées de la région.

Indicateurs	Métropole de Lyon	CD 69	Auvergne-Rhône-Alpes (région)	France
Population municipale	1 436 354	478 313	8 206 000	69 082 000

Source : (1) INSEE, Recensement de la population – Décembre 2023

Taux de natalité et indice de vieillissement

Dans le territoire du Rhône, le taux de natalité est plus élevé que celui de la région Auvergne-Rhône-Alpes tandis que l'indice de vieillissement y est plus faible.

	POPULATION MUNICIPALE PAR DEPARTEMENT au 1 ^{er} janvier 2023(1)	Taux de natalité exprimés pour 1000 habitants pour le taux de sexes confondus (2) Taux de natalité de naissances domiciliées, en 2023 divisé par la population au recensement 2022	INDICE DE VIEILLISSEMENT en 2022, nombre de plus de 65 ans pour 100 jeunes de moins de 20 ans (3)
--	--	--	---

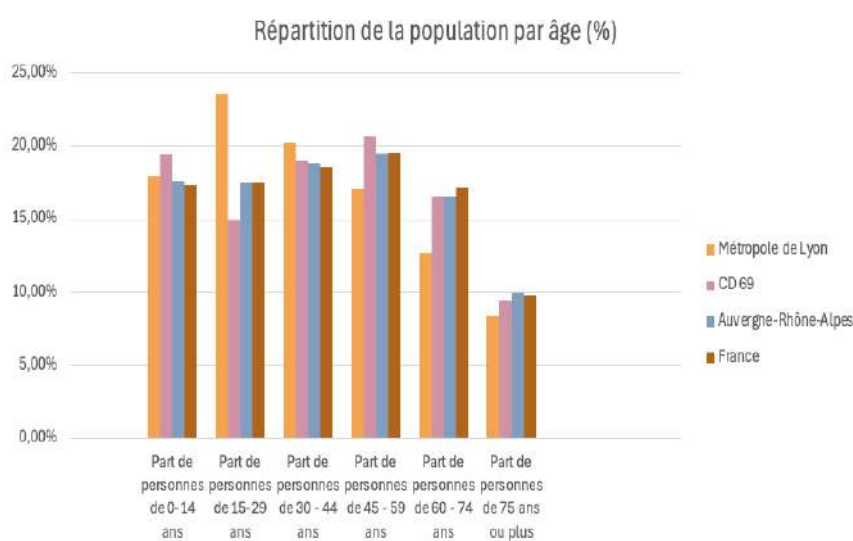
Rhône	1 914 667	11,2	69,3
AuRA	8 205 557	9,5	86,4

Source : (1) INSSE, Recensement de la population 2023 (2) INSEE (état civil- 2024) INSEE (recensement-2022), (3) INSEE, recensement de la population (2022)

Il conviendrait de pouvoir analyser les données de manière infra-territoriale, en s'appuyant notamment sur les diagnostics réalisés dans le cadre des CLSM et des CLS, afin d'affiner la compréhension des besoins et des réalités locales.

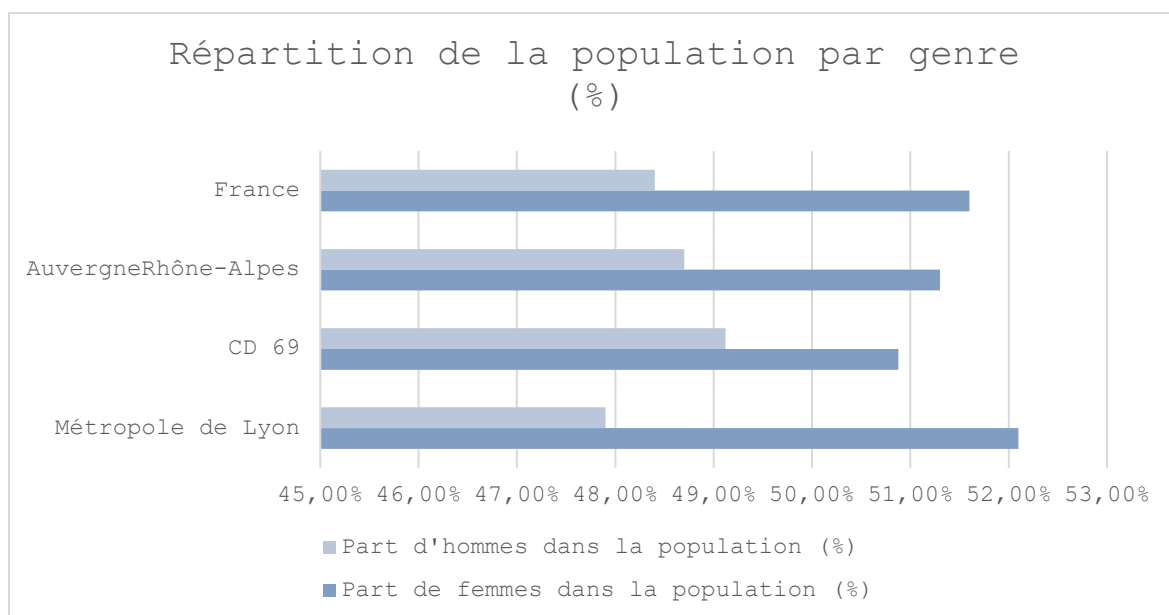
Répartition de la population par âge et par genre (%)

Dans le graphique ci-dessous, nous pouvons faire le constat d'une population plus jeune dans la métropole Lyon et plus vieillissante dans le CD 69. Dans la métropole de Lyon, les tranches d'âges les plus représentées sont celles des 15-29 ans (23,6%) suivi des 30-44 ans (20,2%). Concernant le CD 69, les taux les plus représentés sont les tranches d'âges des 60-74 ans (16,58%) et des plus de 75 ans ou plus (9,46%) avec un taux supérieur à celle de la métropole de Lyon mais avec un taux plus proche de ceux de la région AuRA et de la France.



Source : INSEE, Recensement de la population -2022

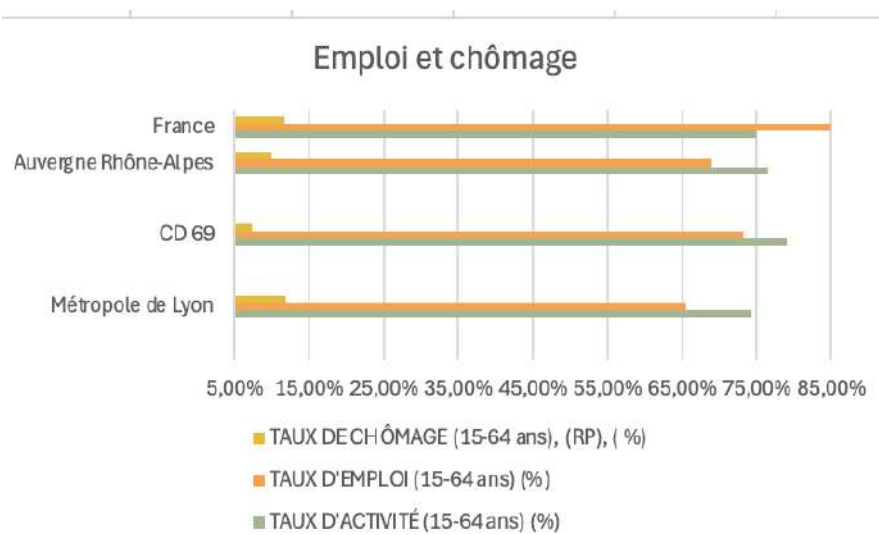
En 2022, dans la métropole de Lyon, la répartition de la population montre que la part des femmes est supérieure à la part des hommes (52,1 % de femmes contre 47,9 % d'hommes). Cette tendance se retrouve également à l'échelle du CD 69 (51,8 % de femmes), de la région Auvergne-Rhône-Alpes (51,2 %) et de la France (51,5 %). Cette légère surreprésentation féminine s'explique notamment par une espérance de vie plus élevée chez les femmes, entraînant une présence plus importante dans les classes d'âge les plus avancées.



Source : INSEE, Recensement de la population - 2022

Emploi et chômage

Dans le CD 69, les taux d'activité (79%) et d'emploi (66,3%) sont supérieurs à ceux de la région Auvergne-Rhône-Alpes avec un taux d'activité de 76,5 % et un taux d'emploi de 68,9%. Toutefois, les écarts restent faibles et montrent que la situation de l'emploi est relativement homogène. Quant au chômage, le taux est supérieur dans la métropole de Lyon (11,9%) en comparaison au CD 69 (7,4%) et à la région Auvergne Rhône-Alpes (10%).



Source : INSEE, Recensement de la population - 2022

Focus sur les Jeunes NEET

Situation des jeunes NEET en 2021

	Rhône	Auvergne-Rhône-Alpes	France Hexagonale
Nombre de NEET ÂGÉES DE 16 À 25 ans	31 597	124 890	1 143 540
Nombre de chômeurs	19 026	77 682	704 919
Répartition des NEET (EN %) SELON LE GENRE			
Hommes	53,2	52,8	53,8
Femmes	46,8	47,2	46,2
Nombre de NEET ÂGÉES DE 26 à 29 ans	18 563	67 077	603 787
Nombre de chômeurs	11 089	41 080	366 408
Répartition des NEET (EN %) SELON LE GENRE			
Hommes	40,5	41,7	43,3
Femmes	59,5	58,3	56,7

Source : Insee, Recensement de la population 2021, exploitations principale et complémentaire au lieu de résidence, âge en années révolues

En 2021, le département du Rhône comptait 31 597 jeunes NEET âgés de 16 à 25 ans, c'est-à-dire des jeunes ni en emploi, ni en études, ni en formation, soit environ 25% du total régional. Les hommes sont légèrement au-dessus dans cette tranche d'âge, représentant 53,2 % des NEET contre 46,8 % de femmes. Chez les 26 à 29 ans, le Rhône recense 18 563 NEET, soit 27,7% de l'ensemble de la région Auvergne-Rhône-Alpes. Contrairement aux plus jeunes, les femmes sont majoritaires dans cette catégorie avec 59,5 % contre 40,5 % d'hommes.

Le logement

Au 31 décembre 2023, le département du Rhône dispose d'une offre d'hébergement social et de logement accompagné significatif, avec un taux d'équipement de 4,8 places pour 1 000 adultes. Ce taux est supérieur à la moyenne d'Auvergne-Rhône-Alpes (2,4) et à celle de la France hexagonale (2,2). Concernant, l'hébergement social, les centres d'accueil non conventionnés au titre

de l'aide sociale ont 5104 places dans le Rhône, les centres d'hébergement et de réinsertion sociale, 1871 places et les centres d'accueil de demandeurs d'asile, 1235 places.

Concernant le logement accompagné, on dénombre 7133 places dans les autres résidences sociales, et 3 405 places dans les foyers de travailleurs migrants.

Enfin, le Rhône concentre 4 322 places d'hébergement d'urgences, c'est-à-dire presque 44 % des places régionales (9 768). Les places de stabilisation sont inexistantes dans le Rhône, alors qu'elles représentent 113 places dans la région et près de 8 300 places en France hexagonale.

Lits et places installés – Logement/ Hébergement

Données au 31.12.2023 par catégorie d'établissement.	Rhône	Auvergne-Rhône-Alpes	France hexagonale
Taux d'équipement			
Établissements pour adultes et familles en difficulté			
Hébergement social			
Centres d'hébergement et de réinsertion sociale, CHRS	1871	5372	46408
Centres d'accueil de demandeurs d'asile, CADA	1235	6202	46340
Centres d'accueil non conventionnés au titre de l'aide sociale	5104	9719	68089
Centres provisoires d'hébergement	176	1158	10467
Logement accompagné			
Maisons relais- Pensions de famille	667	2268	20643
Autres résidences sociales	7133	13809	107 603
Foyers de jeunes travailleurs (FJT) (1)	2201	7602	52 853
Foyers de travailleurs migrants (FTM) (1)	3405	3831	28 187
Nombre de places d'hébergement (2)			
Dont urgences	4322	9768	69 002
Dont stabilisation	0	113	8 307
Dont insertion	2653	5210	37 188
Taux d'équipement en places d'hébergement pour 1000 adultes	4,8	2,4	2,2

Sources : DRESS, Finess ; Insee, Estimations de population 2024 (Résultats arrêtés 2025) ; DREETS, DGCS (1) Conventionnés ou non en résidence sociale (2) En CHRS et centres d'accueil non conventionnés au titre de l'aide sociale

En 2023, le Rhône enregistre au total 6077 de dossiers reçus pour un recours DALO, soit près de 54 % des recours déposés à l'échelle de la région Auvergne Rhône-Alpes (11 238). Sur ces dossiers, 6 366 décisions ont été rendues, dont 3 126 décisions favorables (49%), soit un taux légèrement supérieur à la moyenne régionale (42 %) et nationale (35 %). Concernant les 4 895 recours « logement reçus » dans le Rhône, 5 209 décisions ont été rendus dont 48% décisions favorables au logement.

Recours au droit au logement (DALO) en 2023

	Rhône	Auvergne Rhône-Alpes	France Hexagonale
Nombre de recours « logement reçus »	4 895	9419	106 366
Nombre de décisions « logement » prises (2)	5 209	9 129	105 575
Dont nombre de décisions favorables logement (prioritaires et urgents)	2 383	3 699	35 238
Nombre de recours « hébergement » reçus	1 182	1 819	8 309
Nombre de décisions « hébergement » prises (2)	1 157	1 775	8 088
Dont nombre de décisions favorables (prioritaires et devant être accueillis + recours « logement » réorientés « hébergement »)	743	1 071	4 969
Nombre de recours reçus	6 077	11 238	114 675
Nombre de décisions prises (2)	6 366	10 904	113 663
Dont nombre de décisions favorables	3126	4 770	40 207
Nombres de bénéficiaires logés/ accueillis suite offre/ proposition	1165	1790	21 426

(1) Dans la synthèse, les décisions favorables correspondent à la somme des décisions favorables logement, des décisions favorables hébergement et des réorientations des recours logement vers l'hébergement (2) Le nombre de décisions prises peut excéder le nombre de demandes reçues en raison du traitement des demandes de l'année précédente
Source : infocentre Dalo (outil national du ministère en charge du logement).

Focus sur le rapport d'activité de la maison de veille sociale (MVS) de 2024

En 2024, 7 315 ménages ont fait une demande d'hébergement (accueil inconditionnel et insertion) ou de logement accompagné, soit 12 500 personnes. Ce chiffre est en augmentation de 7% en comparaison à l'année précédente. Au total, 1 823 ménages dont 3 278 personnes ont reçu une réponse d'admission sur des places d'hébergement ou de logement accompagné, soit une augmentation de 3% comparativement à 2023. Toutefois, au 31/12/2024, la file active est en augmentation de 8%, à savoir 7 360 ménages sont en attente d'une réponse à une demande d'hébergement ou de logement accompagné. Enfin, concernant le pôle logement, 714 ménages dont 169 ménages en situation de rue ont été relogés, soit une hausse de 22%.

Affection de longue durée - ALD

Entre 2022 et 2024, les taux bruts d'admission en affection de longue durée pour affections psychiatriques sont en constante augmentation aussi bien dans le Rhône, la région Auvergne-Rhône-Alpes et plus largement en France hexagonale. Dans le Rhône, le taux tous genres confondus a progressé de 23% en deux ans. Le Rhône se situe au-dessus de la moyenne régionale et nationale quel que soit le genre ou l'année. Toutefois, en 2024, pour un taux exprimé pour 100 000 bénéficiaires, l'écart est marqué chez les femmes avec un taux de 257,3 dans le Rhône contre 224,5 en Auvergne-Rhône-Alpes et 207,8 dans l'hexagone.

Taux bruts (1) de bénéficiaires admis en ALD 23 : affections psychiatriques, de 2022 à 2024

Territoires	2022			2023			2024		
Taux bruts	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
Rhône (69)	172,4	209,9	191,5	207,7	267,9	238,4	213,9	257,3	236,0
Auvergne-Rhône-Alpes	162,4	192,7	177,8	180,7	224,0	202,7	192,9	224,5	208,9
France hexagonale	155,2	184,0	169,8	169,3	204,0	187,0	174,0	207,8	191,7
Source(s) et années :	CNAM (SNDS référentiel médicalisé - 2022), CNAM (SNDS DCIR/PMSI MCO - 2020-2022) Balises- Auvergne Rhône-Alpes, 2025			CNAM (SNDS référentiel médicalisé - 2023), CNAM (SNDS DCIR/PMSI MCO - 2021-2023) Balises- Auvergne Rhône-Alpes, 2025			CNAM (SNDS référentiel médicalisé - 2024), CNAM (SNDS DCIR/PMSI MCO - 2022-2024) Balises- Auvergne Rhône-Alpes, 2025		

(1) Taux bruts exprimés pour 100 000 (hommes bénéficiaires pour le taux masculin, femmes bénéficiaires pour le taux féminin, bénéficiaires pour le taux sexes confondus). Géographie territoriale (COG Insee) AU 1^{er} janvier 2026.

Focus santé mentale des jeunes :

Dans le Rhône, on observe un nombre de jeunes bénéficiaires d'ALD (affection longue durée) liées aux affections psychiatriques plus important chez les enfants de moins de cinq ans, à savoir un taux de 35,0 pour 100 enfants comparativement à la région Auvergne-Rhône-Alpes (28,8) et à l'hexagone (26,6). Il en va de même pour les jeunes de 15 à 24 ans bénéficiaires d'ALD liées aux affections psychiatriques avec un taux légèrement supérieur dans le département de 46,6 pour 100 enfants en comparaison à la région Auvergne-Rhône-Alpes (45,7) et à l'hexagone (43,7).

Catégories et indicateurs ALD jeunes 2025

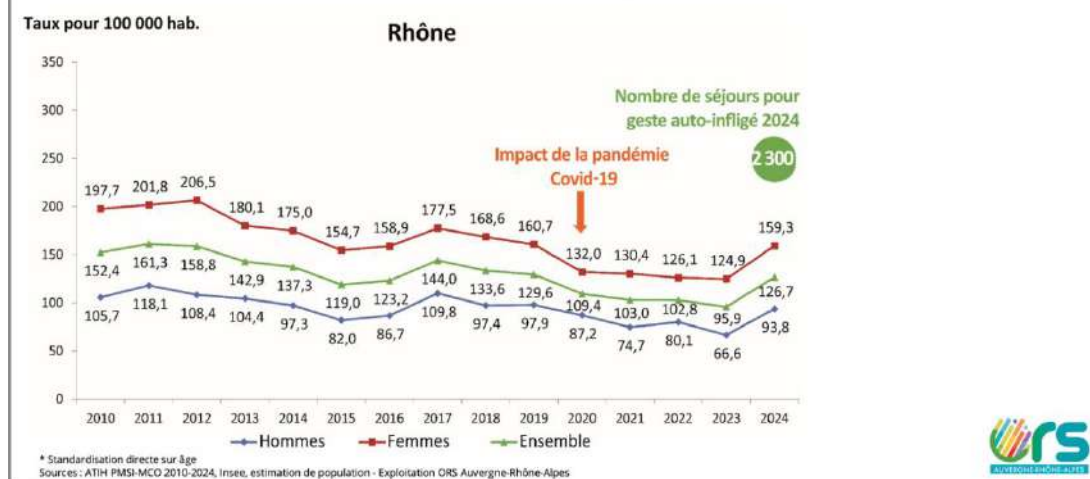
	Rhône	Auvergne- Rhône-Alpes	France Hexagonale
ALD- Enfants de moins de 5 ans bénéficiaires d'une ALD pour maladies psychiatriques	35,0	28,8	26,6
<i>Part pour 100 enfants de moins de 5 ans bénéficiaires d'ALD</i>			
ALD- Jeunes de 5 à 14 ans bénéficiaires d'une ALD pour maladies psychiatriques	51,2	48,0	44,8
<i>Part pour 100 jeunes de 5 à 14 ans bénéficiaires d'ALD</i>			
ALD- jeunes de 15 à 24 ans bénéficiaires d'ALD dues aux affections psychiatriques	46,6	45,7	43,7
<i>Part pour 100 jeunes de 15 à 24 ans bénéficiaires d'ALD</i>			

Source : ORS, Balises- Auvergne Rhône-Alpes, 2025

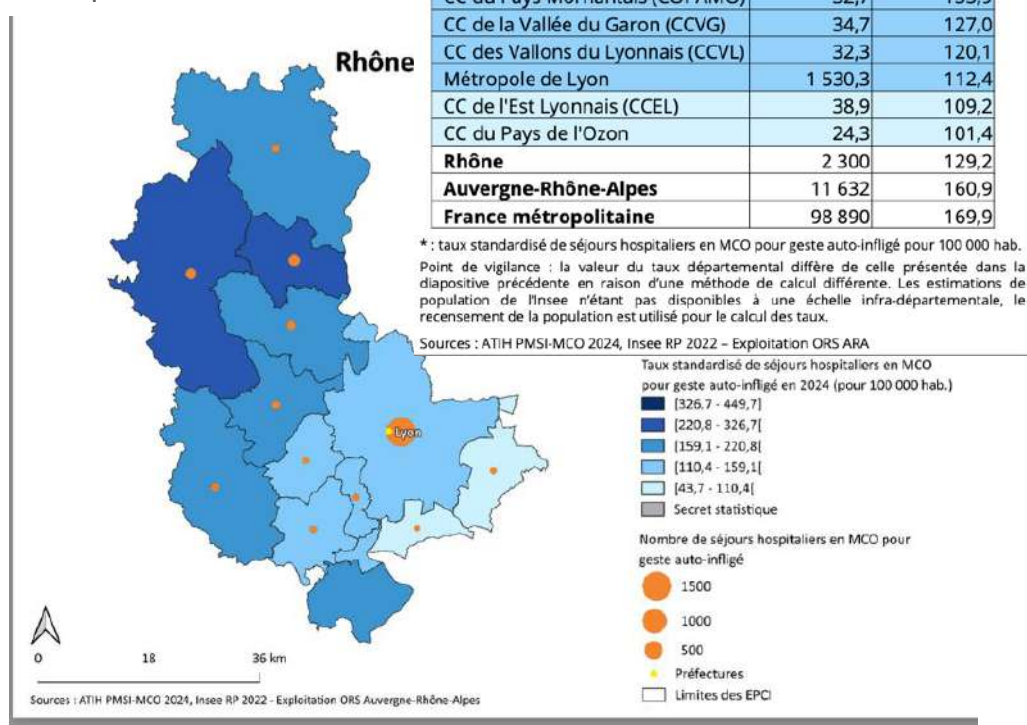
Les Gestes suicidaires et mort par suicide

Dans le Rhône, l'évolution des taux standardisés de séjours hospitaliers en MCO (médecine-chirurgie-obstétrique) pour geste auto-infligé, de 2010 à 2024 montre une baisse significative tant chez les hommes que chez les femmes, passant de 152,4 pour 100 000 habitants en 2010 à 126,7 en 2024 pour l'ensemble de la population. Néanmoins, on constate une hausse entre 2023-2024 aussi bien chez les hommes que chez les femmes.

RHÔNE - Évolution des taux standardisés de séjours hospitaliers en MCO pour geste auto-infligé, 2010-2024

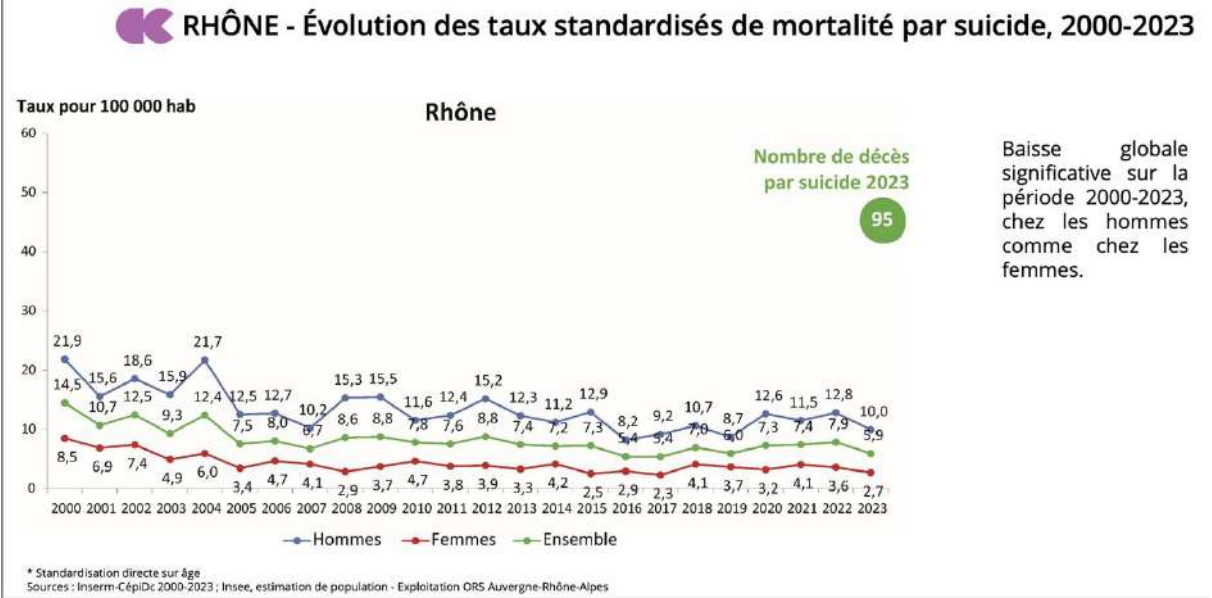


De plus, on observe des disparités au sein même du département. En 2024, Le CD 69 à un taux standardisé de séjours hospitaliers en MCO pour geste auto-infligé plus élevé dans le Nord et l'Ouest du département. À l'inverse, les territoires plus urbains et notamment la Métropole de Lyon présente un taux plus faible, et un taux moins élevé dans les zones densément peuplées. Toutefois, malgré des taux plus faibles, la ville de Lyon concentre un nombre de séjours plus important en raison de sa population plus élevée.

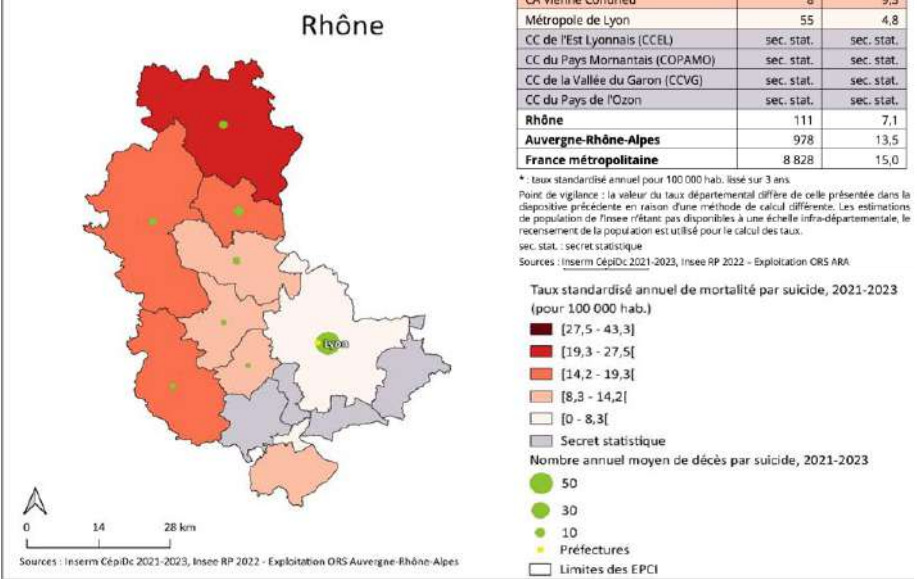


Mortalité par suicide

L'évolution des taux standardisés de mortalité par suicide de 2000 à 2023 montre une baisse significative tant chez les hommes que chez les femmes, malgré un pic lors de la période de la Covid-19 de 2020 à 2022.



Concernant l'indicateur sur le taux annuel de mortalité par suicide, on constate des disparités dans le territoire de 2021-2023 avec un taux plus élevé dans le CD 69 dont le Nord et l'Ouest du département. À l'inverse, dans les territoires plus urbains du CD 69 et de la Métropole de Lyon, les taux suggèrent un niveau de mortalité par suicide relativement moindre dans les zones densément peuplées. Toutefois, malgré des taux plus faibles, la ville de Lyon concentre un nombre annuel moyen de décès par suicide plus important.



Nom de l'EPCI	Nombre annuel moyen de décès par suicide 2021-2023	Taux de mortalité par suicide* 2021-2023
CC Saône-Beaujolais	8	20,3
CC des Monts du Lyonnais	6	18,3
CA Villefranche Beaujolais Saône	11	17,5
CA de l'Ouest Rhodanien	8	17,1
CC Beaujolais Pierres Dorées	7	13,5
CC des Vallons du Lyonnais (CCVL)	4	13,0
CC du Pays de l'Arbresle (CCPA)	4	11,5
CA Vienne Condrieu	8	9,3
Métropole de Lyon	55	4,8
CC de l'Est Lyonnais (CCEL)	sec. stat.	sec. stat.
CC du Pays Mornantais (COPAMO)	sec. stat.	sec. stat.
CC de la Vallée du Garon (CCVG)	sec. stat.	sec. stat.
CC du Pays de l'Ozon	sec. stat.	sec. stat.
Rhône	111	7,1
Auvergne-Rhône-Alpes	978	13,5
France métropolitaine	8 828	15,0

* : taux standardisé annuel pour 100 000 hab. lissé sur 3 ans
Point de vigilance : la valeur du taux départemental diffère de celle présentée dans la dispositif précédente en raison d'une méthode de calcul différente. Les estimations de population de l'insee n'étant pas disponibles à une échelle infra-départementale, le recensement de la population est utilisé pour le calcul des taux.
sec. stat. : secret statistique
Sources : Inserm CépiDc 2021-2023, Insee RP 2022 - Exploitation ORS ARA

Offre sanitaire

Les indicateurs de l'offre sanitaire sont relativement bons et sont supérieurs sur le plan régional et national, mais ces chiffres masquent une réalité d'importantes inégalités à l'intérieur du département.

Offre sanitaire

	Rhône	Auvergne-Rhône-Alpes	France
Densité médecins généralistes libéraux (pour 10 000 habitants) (1)	9, 16	8,52	8,16
Psychiatrie générale : Densité du taux d'équipement (lits/places) pour 1 000 habitants de 16 ans ou plus	1,53	1,23	1,23
Taux d'équipement (lits) pour 1000 habitants de 16 ans ou plus	1,10	0,89	0,86
Taux d'équipement (places) pour 1000 habitants de 16 ans ou plus (2)	0,42	0,34	0,36
Psychiatrie INFANTO-JUVENILE : Taux d'équipement (lits) pour 1000 habitants de moins de 16 ans	0,29	0,17	0,19
Taux d'équipement (places) pour 1000 habitants de moins de 16 ans	0,49	0,50	0,76
Taux d'équipement (lits/places) pour 1000 habitants de moins de 16 ans (2)	0,79	0,66	0,95
CMP (effectif) (3)	77 (dont 53 dans la métropole de Lyon)	356	1904

(1) Source : Atlasanté, Observatoire Cartosanté – 2024 (2) Source : Drees, Enquête nationale SAE (bases statistiques) - 2024-12-31 (3) Source : Drees, Enquête nationale SAE (bases statistiques) - 2024-12-3 (extraction mai 2026 Sirsé/Atlas santé)

Source : Assurance Maladie, SNDS- 2020, 2021, 2022. (Extration 2026, Sirs /Atlas Santé)

Secteurs Enfants & Adolescents

– **5 établissements privés à but non lucratif :**

– **10 établissements privés à but lucratif :**

Concernant l'offre sanitaire des établissements spécialisé en psychiatrie publics et privés confondus, la métropole de Lyon est mieux dotée que le nouveau Rhône.

FOCUS: La durée moyenne de séjour des 3 hôpitaux du Rhône est de 57,3 jours en 2021, contre 55,6 jours pour la région AuRA et 57,8 jours au national.

Dans le Rhône, la densité de psychiatres libéraux et la densité de psychiatres de l'enfant et de l'adolescent pour 100 000 habitants sont, en 2022, supérieures à celles de la France entière, comme le montre le tableau ci-dessous.

Densité de psychiatres et psychiatres de l'enfant et l'adolescent pour 100 000 habitants, 2022, Auvergne-Rhône-Alpes

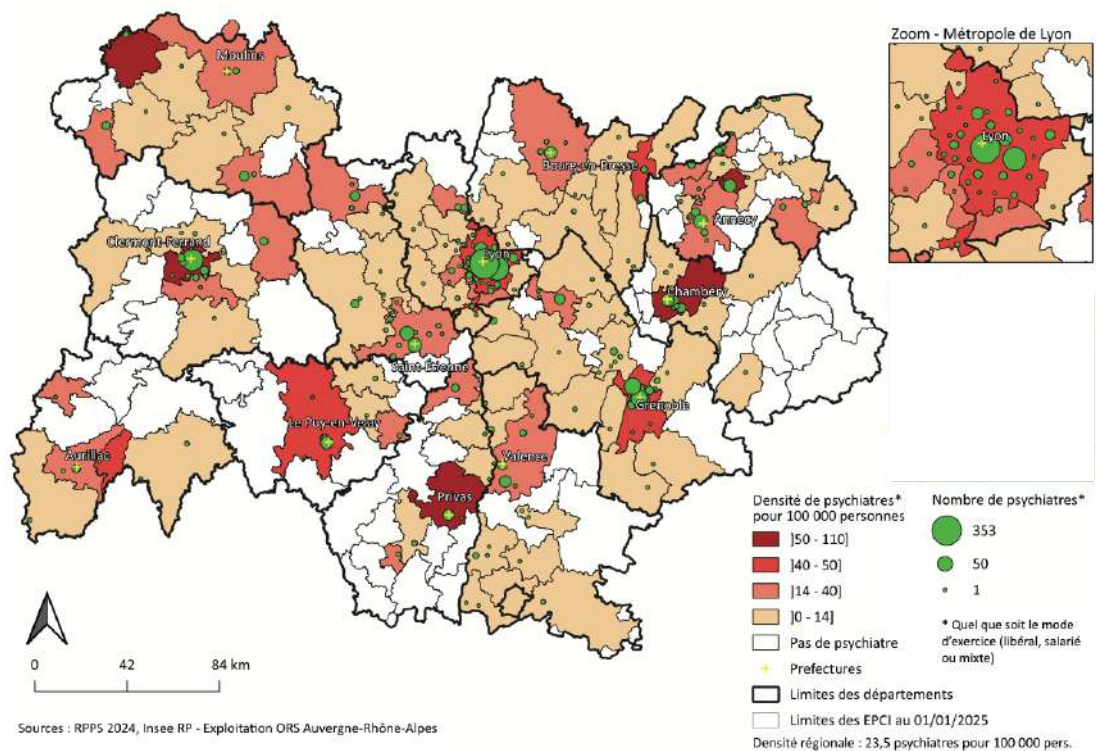
	Densité des psychiatres	Densité de psychiatres de l'enfant et de l'adolescent
Rhône	32,1	3,7
France entière	14,8	2,1

Source : Atlas démographie médicale CNOM-2022 (extraction mai 2026 Sirs/Atlas santé)

Concernant leurs lieux d'activités, quel que soit le mode d'exercice, le nombre de psychiatres se concentre majoritairement au sein de la métropole de Lyon et autour de la zone urbaine du CD 69. Dans le département, l'effectif de patients ayant recours aux psychiatres en médecine de ville remboursés par l'assurance maladie est en constante augmentation, passant de 56 047 bénéficiaires en 2021 à 63 393 en 2024, soit une évolution de 13% en 3 ans.

La densité en psychiatres, libéraux comme salariés, est inférieure à la moyenne régionale dans le nord du département (ex : aucun psychiatre libéral à Tarare).

Carte 3 - Nombre et densité de psychiatres selon leur activité la plus récente au 1^{er} janvier 2024 (quel que soit le mode d'exercice) - Auvergne-Rhône-Alpes



Le tableau ci-dessous présente l'effectif de bénéficiaires ayant eu recours à un psychiatre en médecine de ville en 2024. Déclinés selon le genre et à différentes

échelles territoriales, ces éléments mettent en évidence une fréquentation plus élevée des femmes par rapport aux hommes, quelle que soit l'échelle observée, ainsi que le poids du territoire du Rhône au sein de l'ensemble régional et national.

Bénéficiaires ayant eu recours à un psychiatre en médecine de ville en 2024*

Territoire (données 2024)	Hommes	Femmes	Ensemble
Rhône	24 112	39 281	63 393
Auvergne-Rhône-Alpes	77 919	126 105	204 024
France hexagonale	659 022	1 082 551	1 741 573

Source(s) : Cnam (SNDS DCIR - 2024 ORS Auvergne Rhône Alpes)

*Effectif de bénéficiaires ayant eu recours à un psychiatre en médecine de ville remboursés par l'Assurance maladie. Les consultations externes ne sont pas prises en compte.

Psychologues

Dans le département du Rhône, la densité et le nombre de psychologues quel que soit le mode d'exercice en 2024 se concentrent majoritairement au sein de la Métropole de Lyon et de sa zone urbaine.

Densité de psychologues quel que soit le mode d'exercice en 2024

Indicateurs Densité (pour 10 000 habitants)	Rhône (département)	Auvergne-Rhône-Alpes (région)	France
Psychologues : (libéraux, salariés, mixtes)	17,82	13,14	13,09
Psychologues : (libéraux, mixtes)	8,70	5,43	4,83

Source : ADELI – 2023 (Extraction mai 2026 – Sirsé/Atlas santé)

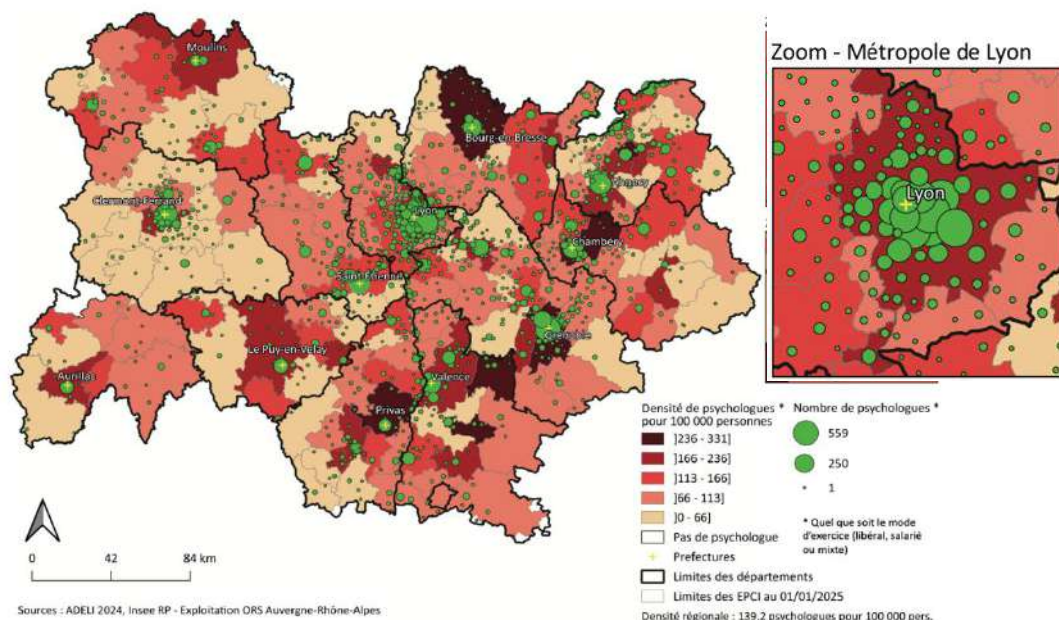
Focus santé mentale de Jeunes :

Dans le Rhône, l'ensemble des missions locales (12 sur 12) bénéficie de la mise à disposition de temps de psychologues, représentant un total de 3,61 ETP, témoignant d'un effort de soutien à l'accompagnement des jeunes sur les enjeux de santé mentale (1)

(1) https://www.ors-auvergne-rhone-alpes.org/pdf/ORSuicide_Ressources_2023.pdf

Les inégalités d'accès à un psychologue s'accroissent à mesure que les communes s'éloignent de la Métropole de Lyon. Par ailleurs, le nombre de psychologues conventionnés pour **"Mon soutien psy"** est en constante augmentation dans le Rhône, passant de 138 psychologues en janvier 2025 à 196 en décembre 2025, soit une **hausse de 42%**. En 2025, **11 141 patients ont bénéficié** de ce dispositif.

Carte 4 - Nombre et densité de psychologues en activité au 1^{er} janvier 2024 (quel que soit le mode d'exercice) - Auvergne-Rhône-Alpes



Équipes

mobiles psychiatrie précarité (EMPP)

Plusieurs Équipes mobiles existent dans le département du Rhône, dont : une EMPP sur la Métropole de Lyon portée par l'ARHM et une sur le département du Nouveau Rhône portée par le Centre hospitalier Saint-Cyr-au-Mont-d'Or, intervenant principalement sur l'agglomération de Villefranche-sur-Saône et Tarare.

Des équipes mobiles de santé précarité existent également sur le département du Rhône et sont portées par la ville de Lyon ou par la Métropole de Lyon. Une équipe de soins infirmiers Santé Précarité est portée par la fondation Dispensaire Général de Lyon.

Le Vinatier porte une équipe Mobile d'Évaluation et d'Orientation PsyPa.

Offre médico-sociale

Le territoire du Rhône, se caractérise par une offre médico-sociale dense et diversifiée, incluant de nombreux dispositifs en lien avec les troubles psychiques et les troubles du spectre de l'autisme.

Secteur enfant : établissements et services

	CD 69		Métropole de Lyon	
Type d'établissement et service	Nombre de structure (1 FINESS = 1 structure)	Places autorisées	Nombre de structure (1 FINESS = 1 structure)	Places autorisées
IME / IEM / EEAP	9	747	21	1 495
ITEP	5	285	8	812
DONT DITEP	5	285	7	802
Sensoriel	0	0	2	334
CAFS/ EATEH/ FH	0	0	0	0
SESSAD	5	233	19	747
TOTAL	19	1 265	50	3 388

SOURCE FINESS : 01/01/2025, source INSEE RP 2021, ARS 2025

Selon l'ARS, en 2025, la Métropole de Lyon dispose de 8 CAMSP, 19 PCPE 2 CMPP, 2 PCO, 8 EMAS, 2 Centre de ressources, 3 UEMA, 3 PFR (enfants et/ou adultes), 0 UEEA. Concernant le CD 69, celui se compose de 3 CAMSP, 4 PCPE, 0 CMPP, 3 EMAS, 1 PCO, 2 UEMA, 1 PFR (enfants et/ou adultes), 2UEEA. Le département du Rhône comprend 1 PCPE pour les troubles psychiques.

Secteur adulte – Offre et service

Catégorie : les établissements hébergement

	CD 69		Métropole de Lyon	
Type d'établissement et service	Nombre de structure (1 finess = 1 structure)	Places autorisées	Nombre de structure (1 finess = 1 structure)	Places autorisées
MAS	5	149	12	443
FAM/EAM	20	588	23	618
DONT PLACES MÉDICALISÉES	20	588	23	618
FOYER DE VIE/ FOYER POLYVALENT	34	969	73	2 338
EATAH	0	0	0	0
DONT PLACES MÉDICALISÉES	0	0	0	0
U.E.R.O.S	0	0	1	13
TOTAL	59	1 706	108	3 412

SOURCE FINESS :01/01/2025, source INSEE RP 2021, ARS 2025

Catégorie : insertion Professionnelle

Type d'établissement et service	CD 69		Métropole de Lyon	
	Nombre de structure (1 finess = 1 structure)	Places autorisées	Nombre de structure (1 finess = 1 structure)	Places autorisées
ESAT	12	922	19	2 098
ESRP/ ESPO	1	18	6	407
FOYER D'HEBERGEMENT	3	108	8	230

SOURCE FINESS :01/01/2025, source INSEE RP 2021, ARS 2025

FOCUS: La plateforme du dispositif emploi accompagné (PEA 69) est financée par l'ARS, l'Agefiph et le FIPHFP. Le recours à cette plateforme doit s'inscrire en subsidiarité des dispositifs de droit commun. Depuis 2022, la PEA intervient dans la Métropole de Lyon. Elle se compose de LADAPT qui assure aussi le rôle de chef de file ainsi que six opérateurs spécialisés, dont : l'ADAPEI, MESSIDOR, AEFS, ASPIJOB, EPNAL, LADAPT.

À titre d'exemple, selon le rapport d'activité de LADAPT de 2022, celui-ci montre que parmi les personnes accompagnées pour un handicap principal, 22 % avaient un trouble psychique et 22% un trouble du spectre autistique. De plus, les troubles psychiques ont constitué le type de handicap associé le plus fréquent, représentant 39% d'entre elles.

Catégorie : services d'accompagnement

Type d'établissement et service	CD 69		Métropole de Lyon	
	Nombre de structure (1 FINESS = 1 structure)	Places autorisées	Nombre de structure (1 FINESS = 1 structure)	Places autorisées
SSIAD PH/ SPASAD PH médicalisé	7	47	12	187
SAMSAH médicalisé	2	88	8	267
SAVS	7	315	17	971

SOURCE FINESS :01/01/2025, source INSEE RP 2021, ARS 2025

SAMSAH rétablissement

SAMSAH AMPERE (69002)
SAMSAH ALGED (69360)
SAMSAH VILLEFRANCHE (69652)

Le département dispose de trois SAMSAH rétablissement.

Catégorie : Tableaux avec places par pathologie

Secteur enfant hors CAMSP et CMPP

	Places autorisées	
	CD 69	Métropole de Lyon
Troubles psychopathologiques	0	0
Troubles du spectre de l'Autisme	219	426
Toutes déficiences confondues	1 265	3 388

SOURCE FINESS :01/01/2025, source INSEE RP 2021, ARS 2025

Secteur Adulte ESMS MÉDICALISÉS

Catégorie : EAM/MAS/SAMSAH/UEROS/SSIAD/SPASAD

	Places autorisées	
	CD 69	Métropole de Lyon
Troubles psychopathologiques	159	313
Troubles du spectre de l'Autisme	193	273
Toutes déficiences confondues	872	1528

SOURCE FINESS :01/01/2025, source INSEE RP 2021, ARS 2025

Catégorie : EAM non médicalisé, Foyer hébergement, foyer polyvalent, foyer de vie, SAVS

	Places autorisées	
	CD 69	Métropole de Lyon
Troubles psychopathologiques	73	642
Troubles du spectre de l'Autisme	20	0
Toutes déficiences confondues	1 392	3 539

SOURCE FINESS :01/01/2025, source INSEE RP 2021, ARS 2025

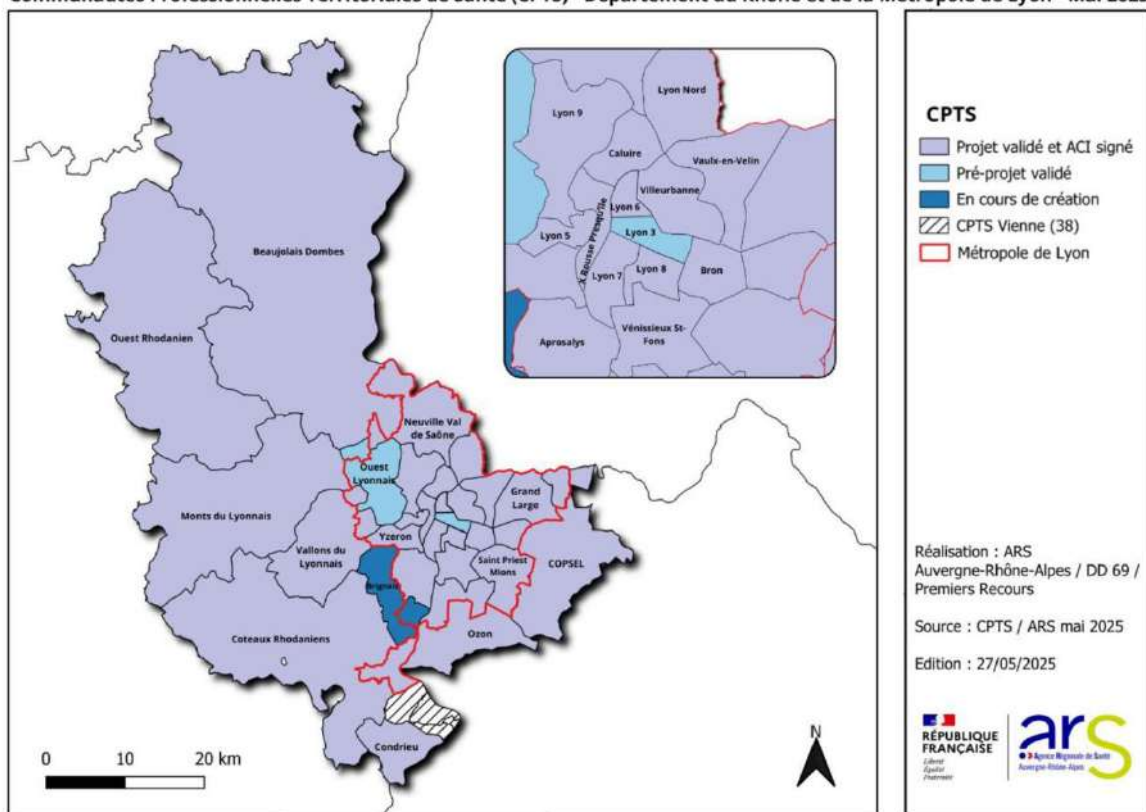
Catégorie : ESAT, ESRP, ESPO

	Places autorisées	
	CD 69	Métropole de Lyon
Troubles psychopathologiques	304	423
Troubles du spectre de l'Autisme	11	25
Toutes déficiences confondues	940	2 505

SOURCE FINESS :01/01/2025, source INSEE RP 2021, ARS 2025

Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS)

28 CPTS sont présentes dans le département du Rhône, dont 16 au sein de la Métropole de Lyon et 12 au sein du CD 69, comme le montre la cartographie ci-dessous. Elle témoigne d'un maillage territorial structuré en matière de soins de premier recours. Ce déploiement constitue un levier important pour la coordination des parcours, notamment en santé mentale, en favorisant le repérage précoce et l'orientation des situations. Néanmoins, son impact effectif dépend de la maturité des organisations et de la qualité des articulations avec les acteurs spécialisés et médico-sociaux du territoire.

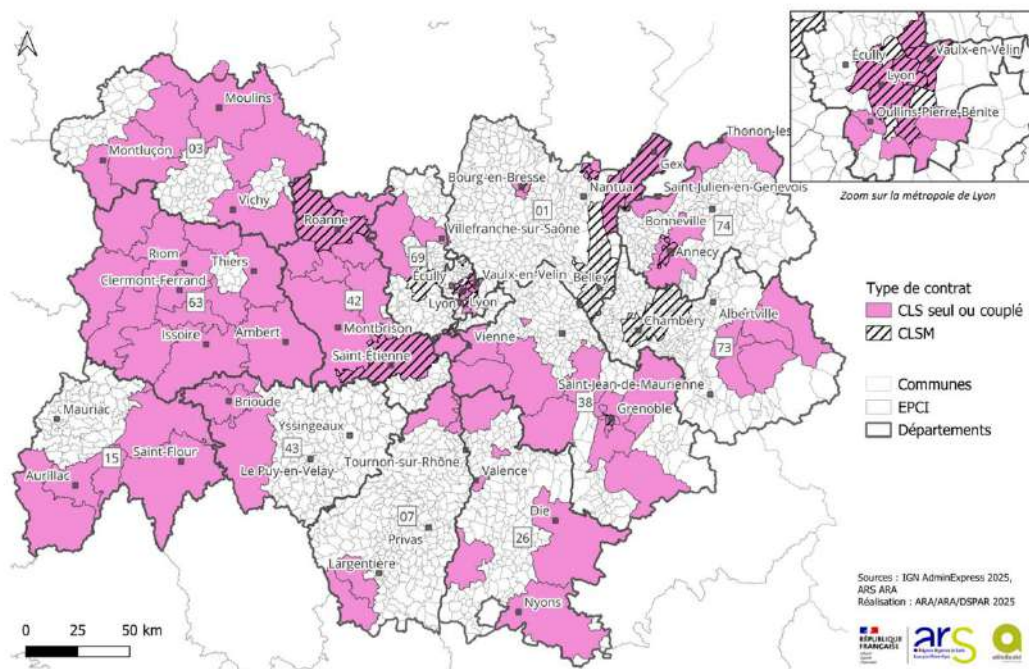


Les Contrats locaux de Santé (CLS) et les Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM)

La dynamique des Contrats Locaux de Santé (CLS) est en pleine évolution sur le territoire du CD 69 et de la Métropole de Lyon. Le développement concomitant des Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM), aujourd'hui au nombre de 12, témoignent d'un renforcement progressif de la territorialisation des politiques de santé. Cette structuration croissante ouvre des perspectives importantes en matière de coordination des acteurs, de décroisement des interventions et d'articulation des stratégies locales en santé mentale, tout en soulevant des enjeux de lisibilité, de cohérence globale des dispositifs et d'équité territoriale, dans un contexte où certains territoires restent encore non couverts.

La carte présentée ci-après permet d'illustrer de manière synthétique cette répartition et la dynamique territoriale existante.

Carte 15 - Les Contrats locaux de santé (CLS) et les Conseils locaux de santé mentale (CLSM) en 2025 - Auvergne-Rhône-Alpes



Les GEM

Les Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM), sont au nombre de 12 sur le département, dont 10 dans la métropole lyonnaise et 2 dans le CD 69.

Les GEM constituent des dispositifs essentiels de l'accompagnement des personnes dans une logique de rétablissement et de soutien au parcours de vie. Ils offrent des espaces de socialisation, de pair-aidance et de participation citoyenne, favorisant le pouvoir d'agir des personnes concernées.

Leur implantation contribue ainsi à structurer une offre de proximité, complémentaire des dispositifs sanitaires et médico-sociaux, tout en renforçant les dynamiques d'inclusion et de continuité des parcours en santé mentale. À ce jour, il n'existe pas de GEM itinérant dans le Rhône.

Liste des Groupes d'Entraide Mutuelle :

1. GEMOTION, Lyon
2. Les amis du Pas, Lyon
3. ICEBERGS, Lyon
4. Les Tisserins, Lyon
5. GEM NOVA (cérébro-lésés), Lyon
6. GEM PARTAGE (TSA), Villeurbanne
7. Envol et compagnie, Vaulx en Velin
8. OSE, Vénissieux
9. La Main sur le Cœur, Givors
10. AGORA, Tassin
11. L'arbre à palabres, L'Arbresle
12. L'escampette, Villefranche/Saône

FOCUS CLUB-HOUSE

La Métropole de Lyon dispose d'un Clubhouse, dispositif d'inclusion sociale et professionnelle destiné aux personnes vivant avec un trouble psychique, fondé sur l'entraide, le pouvoir d'agir et la participation active de ses membres.

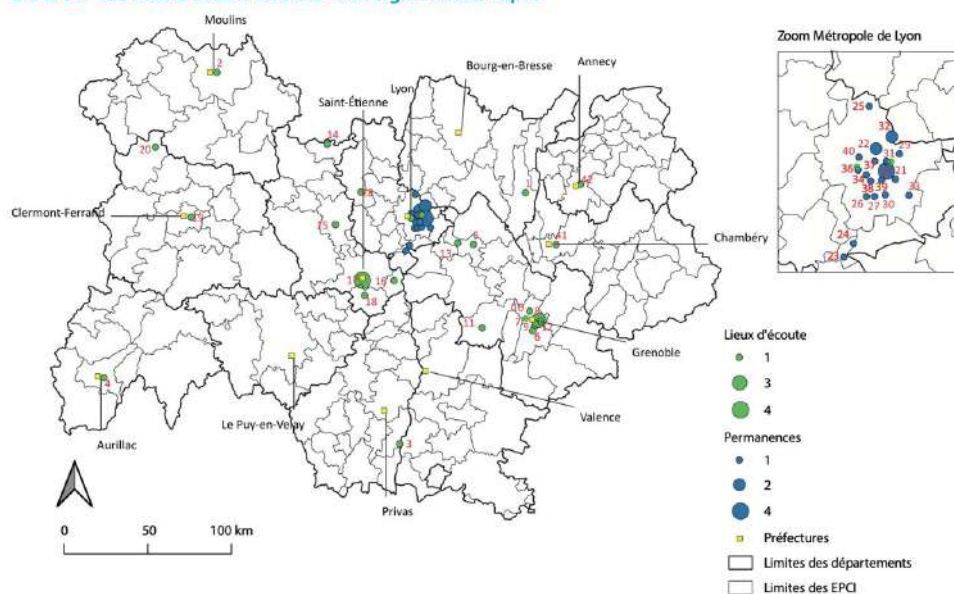
Les lieux d'écoute et Points d'Accueil Jeunes (PAEJ) et MDA

Les dispositifs de lieux d'écoute et les Points Accueil Écoute Jeunes (PAEJ) occupent une place croissante dans le paysage de la santé mentale du département. Ils proposent des espaces d'accueil, d'écoute et d'accompagnement ouverts principalement aux jeunes, mais également, selon les structures, aux familles et parfois à tout public, en situation de détresse psychologique ou de mal-être. Parmi ces dispositifs figurent notamment les PAEJ, les lieux d'écoute de proximité, ainsi que certaines permanences associatives ou dispositifs de soutien psychologique.

Inscrits dans une logique d'intervention précoce, ils constituent un maillon essentiel de l'écosystème territorial en santé mentale, en facilitant le repérage, l'orientation et l'accès aux soins ou aux accompagnements adaptés, tout en offrant des réponses accessibles et non stigmatisantes.

En 2022, les permanences des lieux d'écoute se concentrent majoritairement dans la métropole de Lyon ainsi que les structures des lieux d'écoute. Malgré la centralisation de ces lieux, l'entièreté du département peut bénéficier de séances d'écoute à distance.

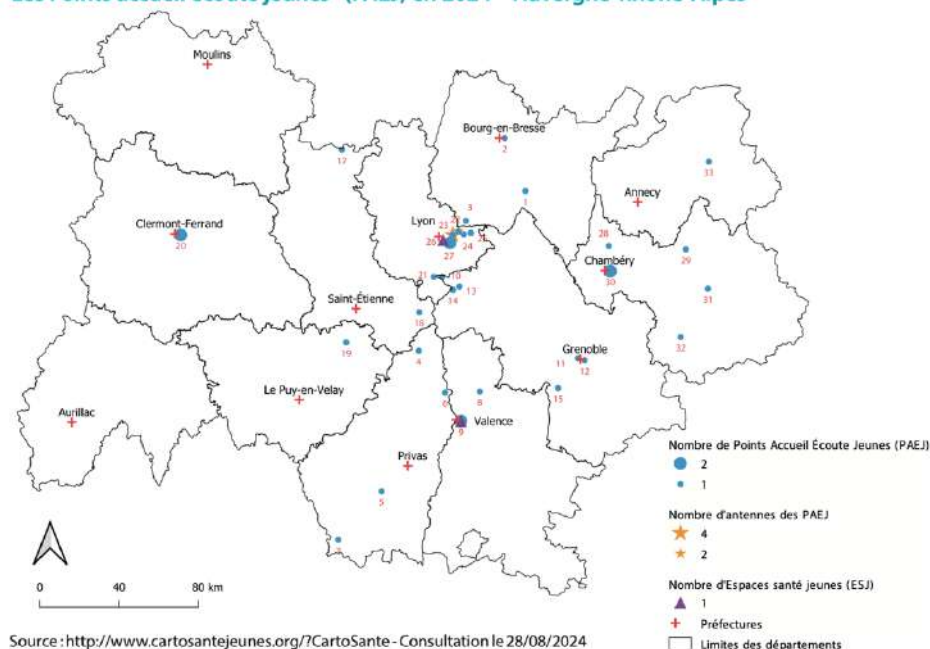
Carte 23 - Les lieux d'écoute en 2022 - Auvergne-Rhône-Alpes



Les numéros des lieux d'écoute et des permanences sont indiqués en rouge sur la carte
Source : Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes 2022

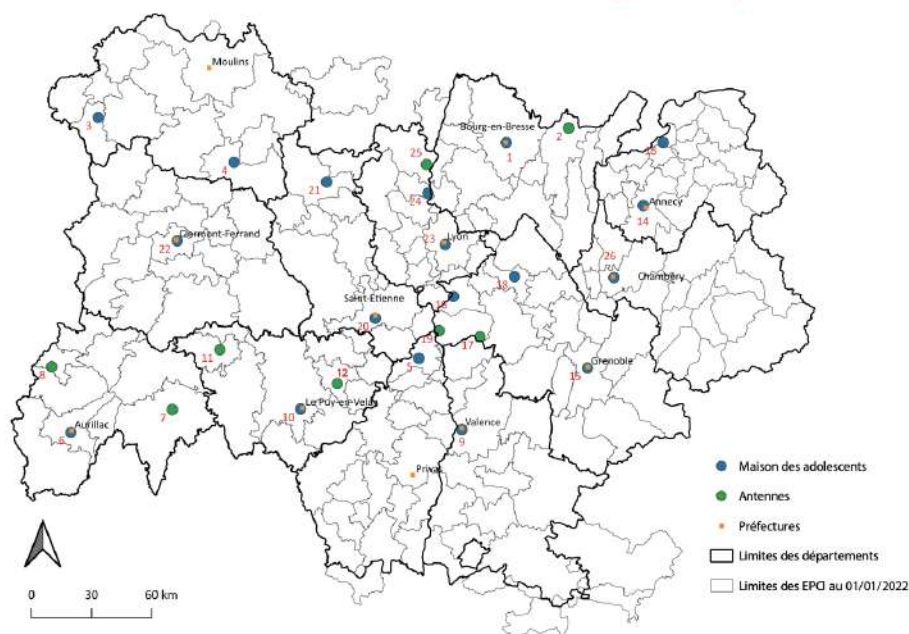
Les points accueil écoute jeunes (PAEJ) sont principalement dans la métropole de Lyon, aussi bien dans le centre de Lyon que dans l'Est Lyonnais. La métropole de Lyon propose également des points écoute parent enfant (PEPE).

Carte 9 - Les Points accueil écoute jeunes* (PAEJ) en 2024 - Auvergne-Rhône-Alpes



Les maisons des adolescents et leurs antennes sont réparties dans la métropole de Lyon et dans le CD 69.

Carte 8 - Les maisons des adolescents et leurs antennes* en 2023 - Auvergne-Rhône-Alpes



* Les numéros des maisons des adolescents sont indiqués en rouge sur la carte.

Les Plateformes d'accompagnement et de répit pour les aidants

Le Rhône dispose de plusieurs plateformes d'accompagnement et de répit pour les aidants majoritairement présents dans la métropole de Lyon.

Par ailleurs, le territoire dispose de plusieurs ressources dédiées au soutien des aidants. L'UNAFAM et l'association La Douceur de l'Hêtre proposent des actions d'écoute, de soutien et d'accompagnement, tandis que le dispositif Métropole aidante assure une mission d'information, d'orientation et de mise en lien pour l'ensemble des aidants du territoire.

En 2025, l'ARS recense plusieurs plateformes d'accompagnement et de répit pour les aidants

DISPOSITIF REPIT APAJH (69100)

BISTROT DES AIDANTS POLYDOM
(69008)

LIEU DE REPIT (69100)

SMD LYON (69001)

LES FENOTTES (Hors compétence
ARS) (69100)

Maison de Répit du Rhône (69160)

Les DAC et la C360

Enfin, le département comprend d'autres dispositifs. Les DAC (Dispositif d'appui à la coordination) relèvent de la coordination entre acteurs et viennent en appui aux professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux faisant face à des personnes avec un parcours complexe (cumulant diverses difficultés et aux besoins de santé complexe). Deux DAC couvrent le département dont l'un dans le CD 69 et le deuxième dans la métropole lyonnaise.

De plus, la Communauté 360 sur l'ensemble du territoire, apporte une réponse de proximité à toutes les personnes en situation de handicap, ainsi qu'à leurs aidants confrontés à des recherches d'informations ou des difficultés particulières dans leur quotidien ou en recherche de solution d'accompagnement.

Ces différents dispositifs jouent un rôle très important dans le paysage de la santé mentale. Le PTSM travaille avec ces acteurs dans un objectif de collaboration mutuelle.

Conclusion

La mise à jour du portrait de territoire met en évidence des éléments sociodémographiques importants ainsi que des disparités persistantes dans l'accès à l'accompagnement et aux soins entre la Métropole de Lyon et le CD 69. Dans ce contexte, il apparaît essentiel de s'intéresser à la dynamique territoriale en santé mentale à l'issue du premier PTSM.

En amont des éléments méthodologiques d'élaboration du PTSM 2, il est important de rappeler les évolutions et transformations engagées dans le cadre du PTSM 1, qui ont structuré l'action des cinq dernières années. L'analyse du portrait territorial gagne ainsi à être complétée par les constats issus de cette première phase de déploiement du PTSM 69, afin de mieux comprendre les dynamiques à l'œuvre et leurs effets sur le territoire.

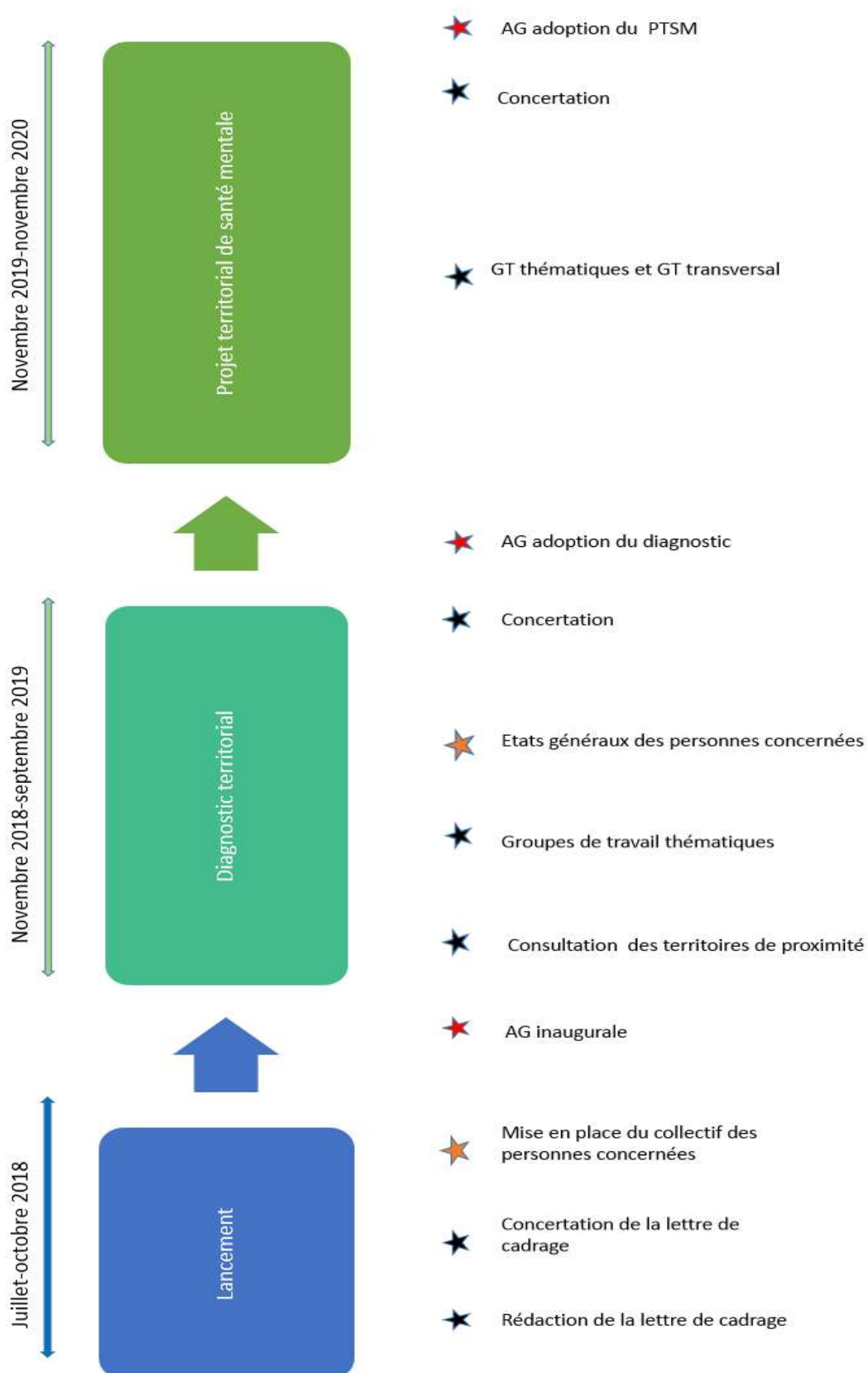
Le PTSM 1 (bilan, actions, transformations, synergies)

Le premier Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM) du Rhône et de la Métropole de Lyon s'est déployé sur la période 2020-2025, à l'issue d'une phase d'élaboration conduite entre juillet 2018 et novembre 2020 comme l'illustre le schéma 1 ci-dessous. Le lancement opérationnel du projet et le déploiement des 21 fiches actions ont débuté en décembre 2020.

Ce premier PTSM s'articulait autour de 5 constats partagés, 6 ambitions stratégiques et 21 fiches actions (présentées dans le tableau ci-après). Il reposait également sur une gouvernance structurée et partenariale (cf. schéma 2), associant les financeurs, les directions d'établissements, les professionnels, les personnes concernées ainsi que les aidants.

L'une des caractéristiques fortes de ce premier PTSM a été l'importance accordée à la participation des personnes concernées et de leurs proches, considérés comme des acteurs à part entière de la démarche. Cette volonté s'est traduite par leur implication à tous les niveaux du projet, y compris au sein des instances de gouvernance, dans une logique de co-construction des orientations et des actions. Le PTSM 2020-2025 s'est notamment appuyé sur les enseignements issus des premiers États généraux des personnes concernées, organisés en 2019, et qui ont contribué à faire émerger des priorités et des orientations structurantes pour le projet. Cette dynamique a participé à l'ancrage d'une approche davantage centrée sur le pouvoir d'agir, le rétablissement et la reconnaissance du savoir expérientiel des personnes concernées.

Schéma 1 – Phases d'élaboration du PTSM 1¹

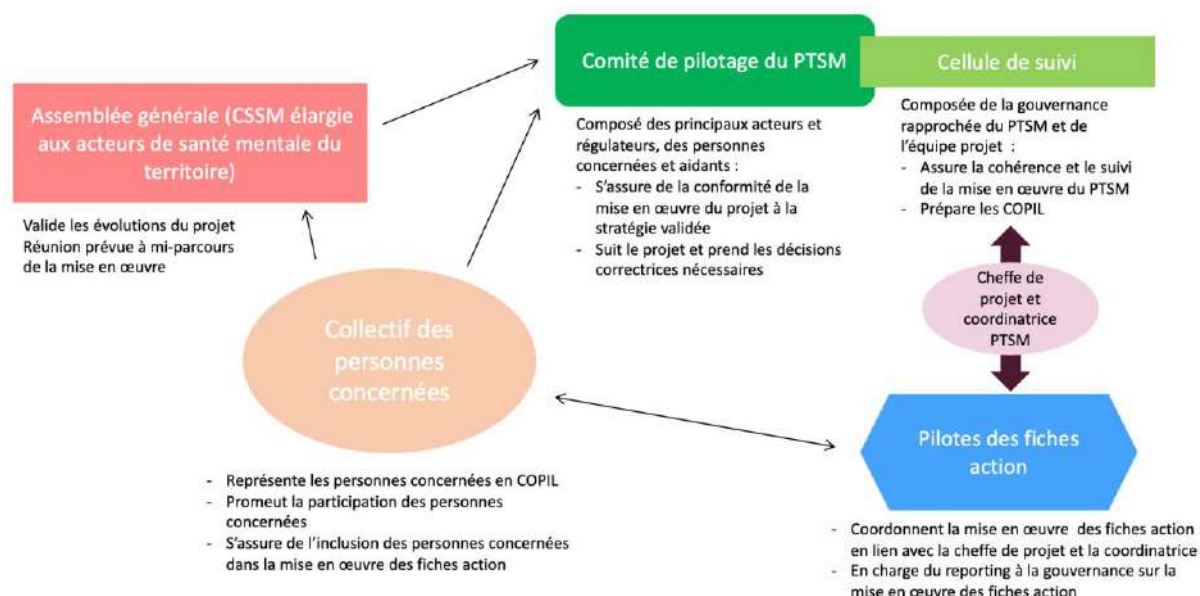


¹ Schéma repris de la feuille de route PTSM 1.

Tableau – Les fiches Actions du PTSM 1

Fiche action	
1	Systématiser la présence des personnes concernées dans les instances et lieux de décision en santé mentale
2	Développer les pratiques orientées rétablissement et les pratiques collaboratives dans les soins et les accompagnements
3	Développer la pair aide professionnelle dès l'entrée dans la maladie psychique
4	Systématiser l'aide aux aidants de manière précoce jusqu'au stade de la psychoéducation
5	Implémenter la réhabilitation psychosociale en proximité sur les territoires
6	Développer la prise en charge précoce des premiers épisodes psychotiques sur le territoire
7	Développer les parcours coordonnés de manière transversale sur le territoire
8	Développer le case management sur les territoires
9	Développer et diversifier la palette de solutions de logement (du logement autonome au logement collectif) et d'accompagnement dans le logement
10	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
11	Définir un cadre commun d'organisation, de pilotage et d'évaluation des CMP
12	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)
13	Développer des soins ambulatoires de crise dans le cadre de pratiques orientées rétablissement
14	Définir les circuits d'alerte et de traitement des alertes sur le territoire
15	Développer une plateforme d'orientation à destination des personnes, des aidants et des professionnels
16	Mettre en place une équipe mobile de pédopsychiatrie en direction des établissements socio éducatifs de l'aide sociale à l'enfance
17	Développer les programmes de renforcement des compétences psychosociales en milieu scolaire
18	Développer les interventions de déstigmatisation auprès des enfants et des jeunes en intervenant avec des personnes concernées
19	Déployer la formation aux Premiers Secours en Santé Mentale (PSSM)
20	Mettre en place la stratégie de prévention du suicide
21	Périnatalité psychique

Schéma 2 – la gouvernance du PTSM 1



Le bilan des actions menées dans le cadre du PTSM 1 constitue une étape déterminante pour orienter les travaux du PTSM 2. Il met en évidence les dynamiques positives engagées, notamment la synergie créée entre les acteurs du territoire et le développement de pratiques orientées vers les parcours, la coopération et l'amélioration de l'accompagnement, qui constituent des facteurs majeurs de réussite.

Ce bilan permet également d'identifier les points d'attention et les limites rencontrées, en particulier la nécessité d'impliquer davantage et plus largement les acteurs de première ligne et du champ de la prévention.

Il met en évidence un projet encore largement centré sur une approche hospitalo-centrée, avec un focus important sur les troubles psychiatriques sévères. Si cette orientation a permis de structurer des réponses essentielles, elle invite aujourd'hui à élargir la focale dans le cadre du PTSM 2, afin d'intégrer davantage de nouveaux sujets, de nouvelles populations et de nouveaux acteurs.

Par ailleurs, la prise en compte des réalités infra-territoriales et des inégalités locales reste à renforcer, tout comme l'articulation avec les dynamiques de proximité, afin de gagner en lisibilité et en cohérence territoriale.

Enfin, si le PTSM 1 a constitué un cadre de référence reconnu, il doit être davantage intégré dans les projets des organisations afin de renforcer l'implication des acteurs de terrain.

Ces enseignements fondent l'ambition du PTSM 2 de renforcer la mobilisation des acteurs afin de mieux structurer les actions de repérage précoce, de prévention et

de promotion de la santé mentale, et de répondre de manière plus globale et coordonnée aux besoins du territoire. Cette analyse rétrospective nourrit une démarche d'amélioration continue, en capitalisant sur les acquis et en ajustant les méthodes, les priorités et les modalités de gouvernance afin de construire un PTSM 2 cohérent et opérationnel.

Les évaluations annuelles

Tout au long du PTSM 1, nous avons mené des évaluations annuelles, totalisant 4 campagnes. Ces évaluations ont porté majoritairement sur le suivi des indicateurs de la mise en œuvre des 21 actions priorisées dans la feuille de route du PTSM 1. Un bilan global à mi-parcours a été fait pour la campagne référente à l'année 2023. Lors de la campagne sur l'année 2024, une auto-évaluation finale sur la mise en œuvre des actions ainsi que sur l'impact global du projet a été demandée en plus du suivi des indicateurs chiffrés.

Concernant la participation des acteurs, on observe une irrégularité et une discontinuité dans les contributions d'une année à l'autre, tant en nombre de structures impliquées qu'en participants mobilisés. Cette variabilité rend difficile une analyse croisée et chiffrée des évolutions sur le territoire. Par ailleurs, plusieurs acteurs soulignent la complexité de l'outil d'évaluation, qui constitue un frein à la réalisation de cet exercice.

Tableau de participation aux évaluations du PTSM 1

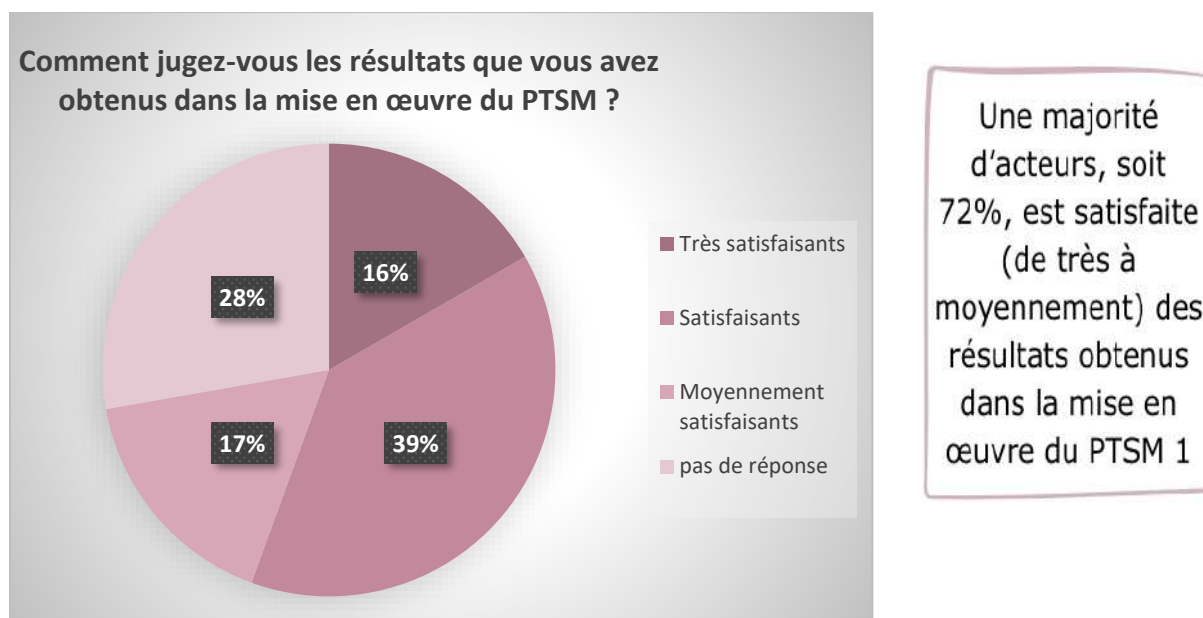
	Relatif à l'année	Nombre de répondants signataires (sans compter les contributeurs)	Nombre de signataires
T0	2021	29	65
T1	2022	27	67
T2	2023	23	67 (60 acteurs sollicités)
T3	2024	16	67 (60 acteurs sollicités)

Dans la perspective du PTSM 2, il apparaît donc essentiel de repenser l'outil de recueil de données afin de le rendre plus simple et plus accessible, dans le but de faciliter l'implication du plus grand nombre d'acteurs engagés.

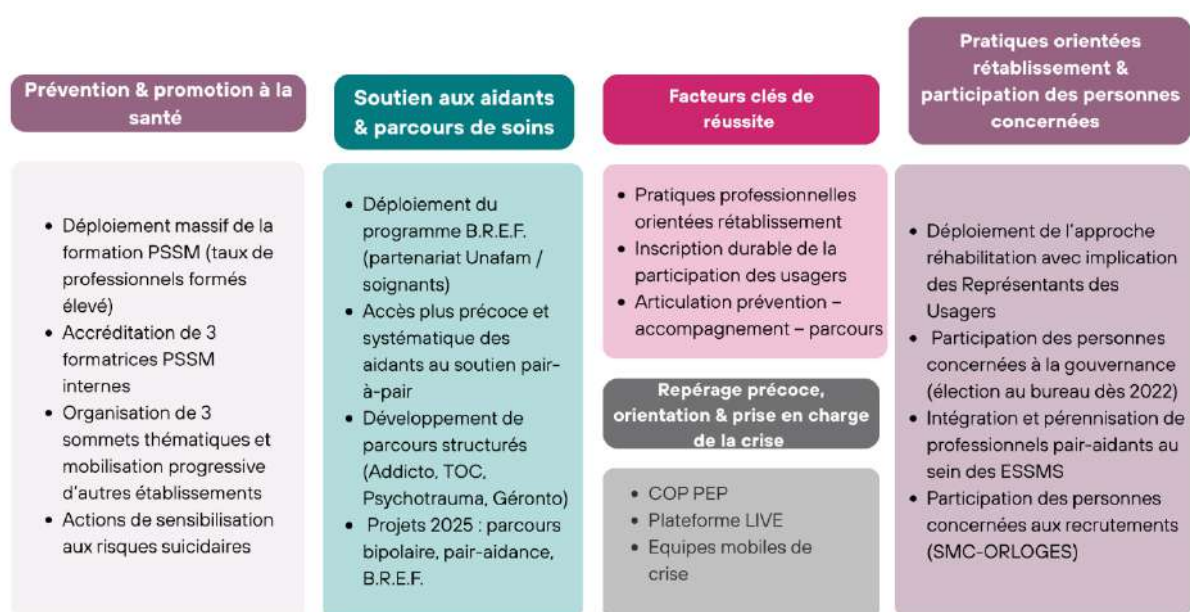
L'enjeu est également de favoriser une démarche participative, en associant directement les professionnels à l'élaboration de cet outil.

L'autoévaluation finale (sur l'année 2024)

L'analyse des données de l'autoévaluation menée en 2024, permet d'examiner les résultats obtenus par établissement et la perception des acteurs quant à l'impact global du projet sur le territoire.



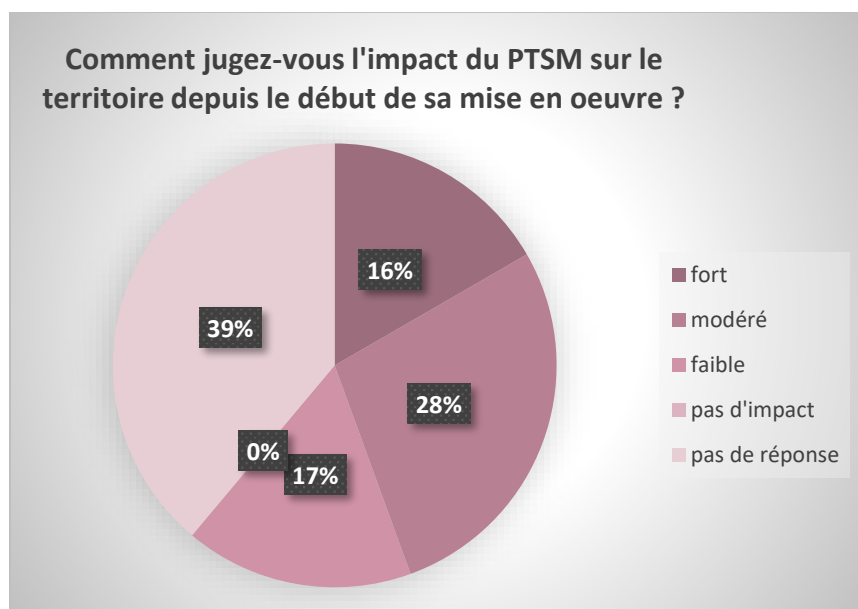
Lorsque la question « **quelle est votre plus belle réussite ?** » est posée aux acteurs, les réponses font émerger cinq grandes catégories, comme le présente le schéma ci-dessous :



Lorsque l'on interroge les acteurs sur les objectifs à prolonger dans le cadre du prochain PTSM, plusieurs priorités se dégagent de manière cohérente. :

- La thématique de **l'aide aux aidants**, avec la nécessité de poursuivre le développement d'un accès précoce et systématique dans l'ensemble des pôles de psychiatrie adulte, ainsi que le maintien des actions de sensibilisation, notamment là où les dispositifs restent encore peu déployés.
- Les répondants soulignent également l'importance de poursuivre l'évolution des **pratiques professionnelles**, à travers des approches centrées sur le développement des habiletés sociales ou encore la mise en place de fonctions de coordination de parcours. Dans la même dynamique, le renforcement de la place des usagers et le développement du case management constituent des axes jugés essentiels pour la suite.
- **La question du logement** et de la prévention du suicide sont également identifiées comme des enjeux à poursuivre. Enfin, la formation aux **Premiers Secours en Santé Mentale** (PSSM) est largement citée comme un levier à maintenir et à renforcer.

Concernant la question autour de **l'impact global du projet** depuis sa mise en œuvre, le graphique ci-dessous illustre les réponses des acteurs :

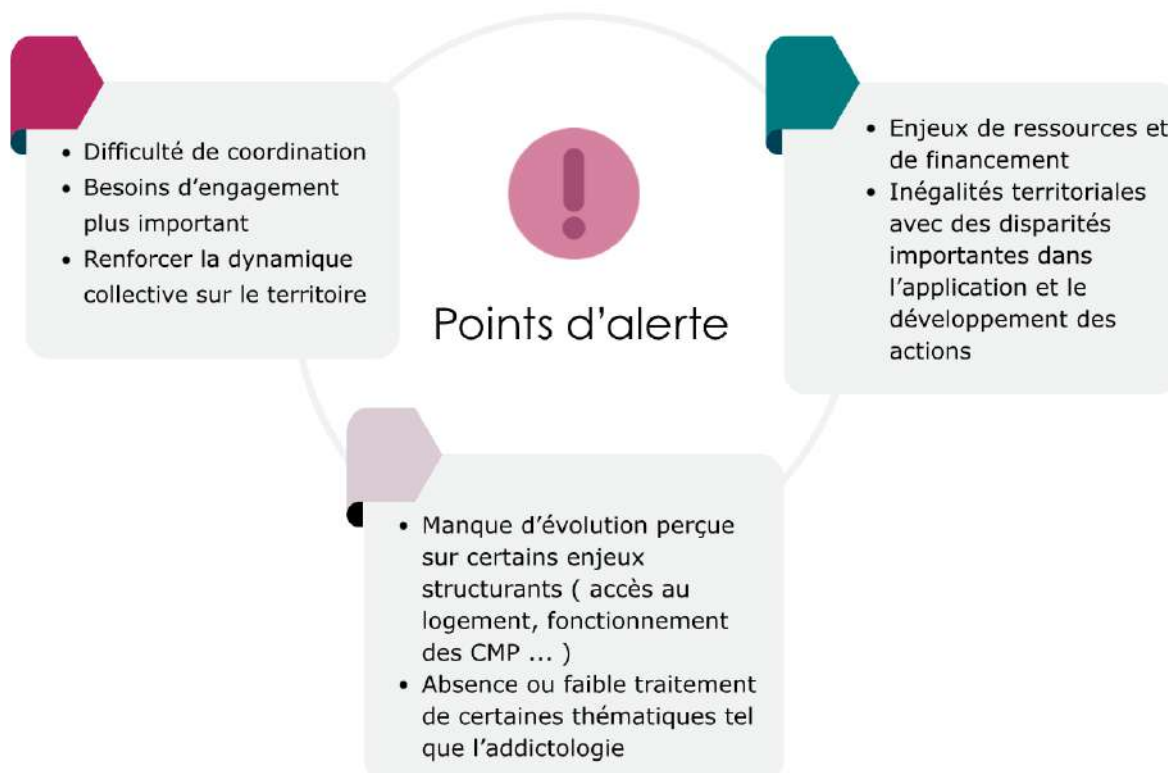


Malgré les 39% de « pas de réponse », nous pouvons constater que parmi les répondants la majorité juge l'impact du PTSM entre fort et modéré.

Les évolutions les plus significatives du PTSM 1



Les principaux points d'alerte du PTSM 1



Les 3 priorités

En lien avec la question des « **3 priorités pour le PTSM 2** », les acteurs font ressortir :

- En première intention, des **enjeux liés aux parcours de soins et à leur transformation** :
 - Les acteurs insistent sur la nécessité de poursuivre le décloisonnement des parcours et l'évolution de l'offre, tout en renforçant les approches orientées vers le rétablissement.
 - L'amélioration de l'accès aux soins et de la précocité et l'intensité des prises en charge apparaissent également comme un enjeu central, en particulier pour les publics jeunes.
 - Enfin, les réponses soulignent l'importance de consolider la coordination territoriale et les articulations avec les acteurs du premier recours afin de favoriser des parcours plus lisibles, fluides et adaptés aux besoins des personnes.
- En deuxième intention, l'amélioration des parcours de vie et la prise en compte des **déterminants sociaux de la santé mentale** :
 - Notamment autour du logement, de l'emploi et de l'accompagnement social.
 - Les réponses soulignent également l'importance de renforcer les actions de prévention et de prévention du suicide, de développer les dispositifs ambulatoires et les réponses de proximité afin de limiter les ruptures de parcours, ainsi que de réduire les inégalités territoriales et sociales d'accès aux soins.
 - Enfin, la coordination entre acteurs et le développement de la pair-aidance apparaissent comme des leviers importants pour améliorer la continuité des accompagnements et soutenir les parcours de rétablissement.
- En troisième intention :
 - La **poursuite des actions de déstigmatisation** de la santé mentale auprès du grand public.
 - Le développement **du répit pour les aidants** ainsi que la **pérennisation des collectifs de personnes concernées**. Les réponses soulignent également l'importance de renforcer certaines réponses spécifiques, notamment autour du logement, des troubles de la personnalité et des ressources psychiatriques de proximité.
 - Enfin, la **nécessité de maintenir un pilotage fort et structurant du PTSM** pour soutenir la dynamique territoriale a également été exprimée.

Les éléments issus de l'autoévaluation finale du PTSM 1, s'inscrivent dans la démarche d'évaluation globale du projet.

Cette analyse est complétée par une lecture synthétique de l'état d'avancement des 21 fiches actions (cf. tableau ci-dessous), distinguant les actions jugées bien avancées, partiellement avancées ou moins abouties. Une analyse détaillée est présentée en annexe.

Ce bilan du PTSM 1 peut être mis en regard du diagnostic territorial partagé, élaboré dans un second temps, afin d'éclairer d'éventuelles convergences sur les enjeux majeurs du territoire, sans pour autant présumer d'une correspondance systématique.

Moins abouties	Partiellement avancées	Bien avancées
FA 9 - Diversifier la palette de solutions de logement FA 10 - Vie professionnelle en emploi FA 11 - Évaluation des CMP FA 21 - Périnatalité psychique	FA 2 - Pratiques orientées rétablissement FA 3 - Pair-aidance professionnelle FA 4 - Systématiser l'aide aux aidants FA 5 - Implémenter la réhabilitation psychosociale FA 7 et 8 - Parocurs coordonnées - développer le case management FA 12 - Dispositifs de collaboration et de suivi partenarial FA 13- Soins ambulatoires de crise FA 14 - Circuits d'alerte et de traitement FA 20 - Stratégie de prévention du suicide	FA 1- La participation des personnes concernées FA 6 - Prise en charge précoce des premiers épisodes psychotiques sur le territoire FA 15 - Plateforme d'orientation à destination des personnes, des aidants et des professionnels FA 16- L'équipe mobile de pédopsychiatrie FA 17 - Compétences psychosociales en milieu scolaire FA 18- Déstigmatisation auprès des enfants/jeunes FA 19- Formation de PSSM

La majorité des fiches actions classées comme partiellement avancées témoigne d'une dynamique réelle et d'initiatives concrètes déployées sur le territoire. Toutefois, ces avancées sont souvent restées limitées à certains établissements ou secteurs d'activité, sans parvenir à produire un effet pleinement structurant à l'échelle du territoire, ce qui en réduit l'impact systémique observable.

Concernant les fiches les moins abouties, leur faible niveau d'avancement s'explique le plus souvent par des difficultés importantes de recueil et de consolidation des données — notamment pour les actions relatives au logement, à l'emploi ou aux CMP — ne permettant pas d'avoir une visibilité suffisante sur les actions effectivement mises en œuvre. Dans certains cas, les dynamiques ont également été engagées tardivement dans le calendrier du premier PTSM, limitant les possibilités de déploiement et d'évaluation.

Par ailleurs, plusieurs actions portées par le PTSM visaient à accompagner des transformations profondes de l'offre de soins, d'accompagnement ou de coopération entre acteurs. Or, ces évolutions nécessitent des temporalités

longues, tant pour construire les partenariats, faire évoluer les organisations et les pratiques professionnelles que pour produire des effets mesurables à l'échelle du territoire. Le niveau d'avancement observé doit donc être analysé à l'aune de ces temps de transformation.

Enfin, l'absence de financements dédiés pour certaines fiches actions a constitué un facteur limitant important. Si de nombreux acteurs se sont mobilisés en s'appuyant sur leurs ressources propres et leur volonté de coopération, certaines ambitions du PTSM nécessitaient des moyens humains, organisationnels ou financiers complémentaires pour permettre un déploiement plus large et plus homogène sur l'ensemble du territoire.

Conclusion du bilan PTSM 1

Une dynamique territoriale toujours bien présente, portée par un engagement fort des acteurs malgré un contexte contraint.

Plusieurs points d'attention structurants pour la suite du projet :

- La nécessité de mieux reconnaître et **renforcer la place des personnes concernées** et de leur **entourage**,
- **D'améliorer** l'accès à l'information sur leurs **droits**,
- **Poursuivre** les efforts autour de **l'attractivité** des métiers du secteur, dans un contexte de **tensions en ressources humaines et financières**.

Le territoire se caractérise par une grande diversité d'acteurs et une offre riche, mais encore très dispersée. Cette situation interroge la capacité collective à mieux coordonner les dispositifs et à construire des priorités partagées, au regard des besoins croissants en santé mentale, notamment dans les champs social et médico-social.

Elle met également en évidence la nécessité d'élargir les acteurs impliqués dans le projet, ainsi que les publics concernés par les actions. Dans ce contexte, la complexité du territoire invite à s'interroger sur l'adéquation entre les ressources disponibles et les besoins réels, dans un cadre marqué par des contraintes budgétaires et des évolutions des pratiques professionnelles.

Enfin, le bilan rappelle l'importance de poursuivre les dynamiques engagées autour des pratiques orientées rétablissement et de la réhabilitation psychosociale, identifiées comme des leviers essentiels de transformation.

Ces éléments dessinent les enjeux majeurs dans lesquels s'inscrit la deuxième génération du PTSM, appelée à consolider les acquis tout en renforçant la cohérence et l'efficacité des réponses sur le territoire.



PARTIE 2 - La démarche d'élaboration du PTSM 2 : méthodologie et diagnostic territorial partagé

La démarche PTSM 2

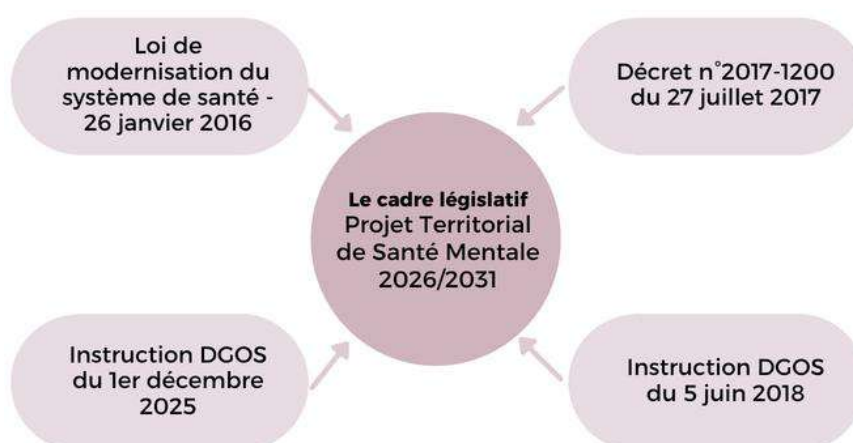
Le Projet Territorial de Santé Mentale 2026/2031 (PTSM 2) du Rhône et de la Métropole s'engage dans une nouvelle démarche pour la conception de la deuxième génération du projet, et s'ouvre vers une nouvelle étape dans la dynamique territoriale.

Sur notre territoire, le choix a été fait de conduire une démarche largement participative, avec la volonté à la fois de mobiliser de nouveaux acteurs, au-delà de ceux déjà engagés dans le PTSM 1, et de relancer une dynamique collective autour des enjeux de santé mentale.

Cette démarche, présentée ci-après, rappelle tout d'abord le cadre législatif et stratégique dans lequel s'inscrit le PTSM, ainsi que le cadre partagé pour les 5 prochaines années inscrit dans la lettre de cadrage. Elle décrit ensuite l'équipe préfiguratrice missionnée pour piloter l'élaboration du PTSM 2, avant de détailler les différentes étapes de travail, depuis la phase de concertation et de diagnostic partagé jusqu'à la production de la nouvelle feuille de route stratégique 2026–2031.

1. Le cadre législatif et stratégique

1.1. Le cadre législatif



L'élaboration du PTSM 2 s'inscrit, à l'instar du 1^{er} PTSM, dans un cadre législatif, réglementaire et stratégique, défini d'abord par trois textes fondateurs :

- **La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016.**

La loi de 2016 redéfinit la politique de santé mentale à l'article L3221-1 du Code de la santé publique, en affirmant une approche globale incluant prévention, diagnostic, soins, réadaptation et insertion sociale.

Elle consacre également l'évolution vers une diversification des acteurs, incluant le sanitaire, le social, le médico-social, le logement, l'hébergement et l'insertion. L'article L3221-2 introduit le Projet Territorial de Santé Mentale, dont l'objet est l'amélioration continue de l'accès à des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture.

Le PTSM doit organiser l'accès de la population :

- À la prévention, au repérage et au diagnostic précoce ;
- Aux modalités de soins et de prises en charge spécifiques ;
- Aux dispositifs d'accompagnement et d'insertion sociale.

- **Le décret n°2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale (articles R3224-1 à R3224-10 du Code de la santé publique).**

Le décret précise le contenu du PTSM et fixe six priorités nationales qui structurent son plan d'action à 5 ans :

- Repérage précoce, diagnostic et accès aux soins et accompagnements.
- Parcours de santé et de vie continus et de qualité pour les personnes avec troubles psychiques sévères.
- Accès aux soins somatiques.
- Prévention et prise en charge des crises et urgences.
- Promotion des droits, pouvoir d'agir et lutte contre la stigmatisation.
- Actions sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale.

- **L'instruction n° DGOS/R4/DGCS/3B/DGS/P4/2018/137 du 5 juin 2018 relative aux projets territoriaux de santé mentale**

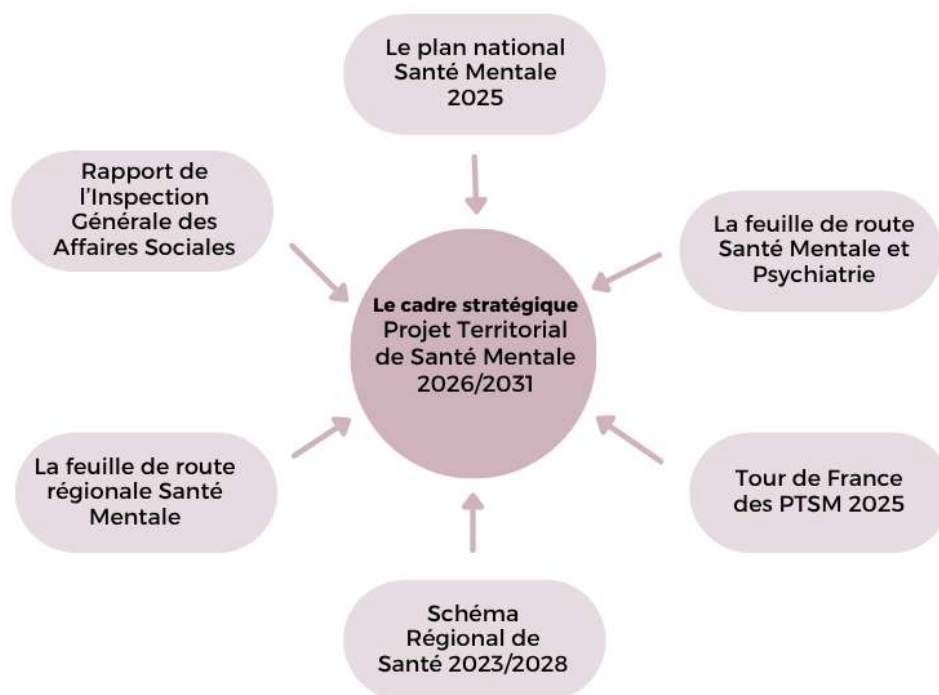
Cette instruction fonde les modalités de gouvernance, de pilotage et de participation, en soulignant l'importance :

- De l'équilibre entre acteurs sanitaires, sociaux, médico-sociaux ;
- De la participation des usagers, des familles et des collectivités ;
- D'une logique de co-construction des parcours.

- **L'instruction DGOS/P3/DGS/SP4/DGCS/SD3B/DMSMP/2025/129 du 1er décembre 2025 relative à l'actualisation des projets territoriaux de santé mentale**

Elle réaffirme le PTSM comme cadre territorial de référence, élargira la gouvernance et la représentation à tous les niveaux des personnes concernées et de leurs proches, et insistera sur la prise en compte de publics spécifiques (personnes âgées, les personnes en situation de handicap, celles placées sous-main de justice ou en situation de précarité, les personnes souffrant de conduites addictives, les personnes souffrant d'un psychotraumatisme, les familles nécessitant un accompagnement à la parentalité ou encore les personnes isolées), avec un volet spécifique « enfants et adolescents » en y associant les acteurs portant la stratégie pour les troubles du neurodéveloppement, et en portant également une attention particulière sur la situation des enfants protégés.

1.2 Le cadre stratégique



Le PTSM 2 s'appuie également sur les grandes orientations nationales, régionales et territoriales en santé mentale, à travers :

- Le **nouveau plan national santé mentale et psychiatrie paru en juin 2025** articulé autour des 3 axes : soigner, repérer et reconstruire,

- La **feuille de route nationale santé mentale et psychiatrie (2018/2025)**, qui organise la politique autour de 3 axes (promotion du bien-être mental et prévention ; parcours de soins coordonnés et inclusion, citoyenneté et soutien aux aidants ;
- Le **Projet Régional de Santé Auvergne-Rhône-Alpes** (2018/2028, révisé en 2023) qui identifie la santé mentale comme un enjeu prioritaire et priorise alors le renforcement de la promotion du bien-être, de la prévention et du repérage précoce, en particulier chez les jeunes ; et la structuration des coopérations territoriales ;
- La **feuille de route régionale santé mentale 2025/2028**, structurée autour de 4 axes :
 - Un premier axe dédié à la prévention, mettant l'accent sur la lutte contre la stigmatisation et prévention du suicide ;
 - Un deuxième axe dédié au renforcement de l'offre de soins en psychiatrie mettant l'accent sur le repérage précoce, les dynamiques de coopérations entre les acteurs, l'accès facilité et le soutien aux évolutions du secteur ;
 - Un troisième axe dédié à l'inclusion des personnes concernées en soutenant les pratiques orientées rétablissement ;
 - Un quatrième axe dédié à la santé mentale des jeunes, dans une logique de parcours global, en mettant l'accent sur les dispositifs spécifiques de prévention portés par l'Agence Régionale de Santé et les organisations adaptées à l'offre de soins.

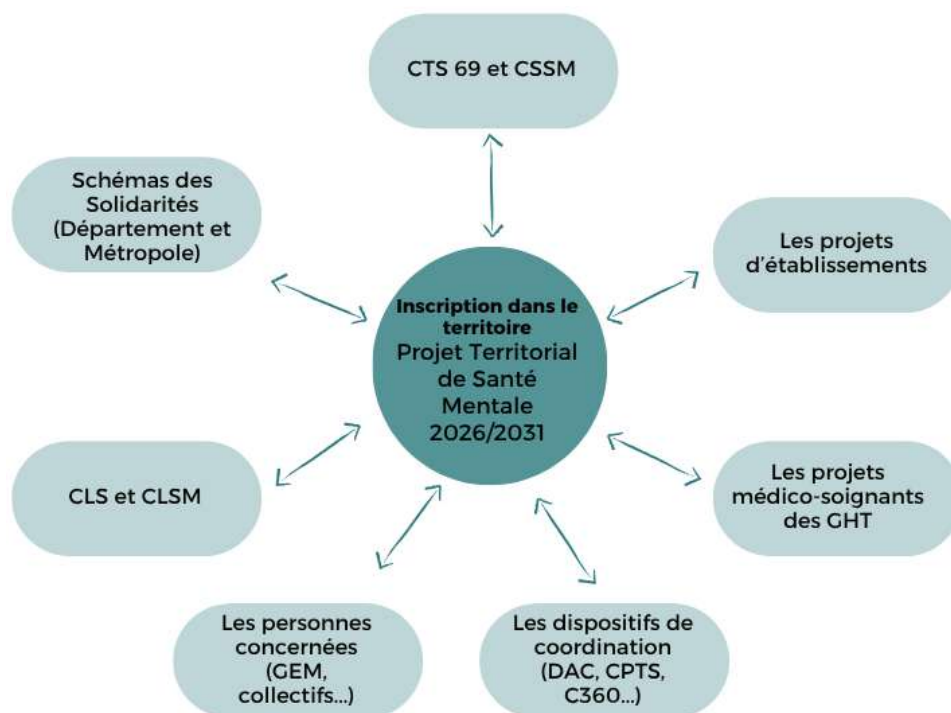
De nouveaux documents d'orientations stratégiques ont également été source d'inspiration pour sa construction :

- **Le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) de janvier 2025** notamment sur le décroisement de l'offre sociale et médico- sociale au bénéfice d'une offre modulaire, et le renforcement des droits ;
- **Le rapport du tour de France des PTSM** réalisé par la Délégation Ministérielle à la santé mentale, incitant à développer la participation effective des personnes concernées, à éviter l'effet « mille-feuille », à rendre effective la co-responsabilisation des acteurs et à trouver des vecteurs de financement.

1.3. Inscription dans le territoire

Le PTSM est ancré dans la réalité territoriale du département avec la réalisation d'un diagnostic partagé s'appuyant sur les acteurs et sur les dynamiques locales. Il est articulé avec les politiques de santé publique locales (CLS et CLSM) dans une

approche communautaire ainsi qu'avec les instances de démocratie sanitaire (Conseil Territorial de Santé et CSSM) qui sont garantes de la démarche.



Il prend place dans un environnement dynamique et doit se coordonner avec :

- Le Conseil Territorial de Santé (CTS) 69 et la Commission Spécialisée en Santé Mentale (CSSM),
- Les projets médico-soignants des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT),
- Le projet métropolitain des solidarités 2023/2027 et le schéma des Solidarités départemental 2023/2028,
- La MDMPH,
- Les dispositifs de coordination (Dispositifs d'Appui à la Coordination, Communautés Professionnelles Territoriales de Santé, Communauté 360...)
- Les Contrats Locaux de Santé et les Conseils Locaux de Santé Mentale, avec une logique de diagnostic partagé et d'actions convergentes.
- Les Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM) et les collectifs de personnes concernées du territoire.

2. La lettre de cadrage

Adossée au cadre législatif et stratégique, la lettre de cadrage du Projet Territorial de Santé Mentale de deuxième génération (PTSM 2) du Rhône et de la Métropole de Lyon constitue le document fondateur de la démarche d'élaboration du projet pour la période 2026–2031.



Elle fixe les principes, les valeurs, les orientations stratégiques, ainsi que les modalités de gouvernance et de co-construction du PTSM 2.

La lettre de cadrage du PTSM Rhône et Métropole de Lyon 2026/2031 rappelle les fondations du PTSM 1 avec **des ambitions fortes** :

- Une démarche participative, décroisée, centrée sur les besoins de la population et intégrant pleinement les personnes concernées ;
- Une dynamique partenariale soutenant la transformation des pratiques et l'émergence de solutions locales ;
- Des actions structurées basées sur le paradigme du rétablissement, la participation active des usagers et de la coordination territoriale.

La lettre de cadrage affirme **les valeurs fondatrices** de la démarche :

- Valeurs démocratiques, notamment pour l'accès pour tous aux soins de premiers recours et aux droits fondamentaux ;
- Valeurs fédératrices : fédérer les territoires autour d'actions communes ; fédérer les acteurs dans un contexte qui tend à se replier sur soi ; fédérer pour optimiser les ressources et les énergies ;
- Valeurs inclusives et citoyennes, c'est-à-dire un PTSM qui touche le plus grand nombre, les populations les plus à risque comme les jeunes ou les plus éloignées dans une approche populationnelle.

La lettre de cadrage réaffirme **les fondamentaux** de sa définition s'orientant autour de 4 points cardinaux :

- La priorité donnée à la place et à la parole des personnes concernées et la prise en compte de leur savoir expérientiel, « rien pour nous sans nous » ;
- Une démarche transversale, participative et ascendante ;
- La primauté des intérêts communs du projet ;
- La continuité de certaines actions du PTSM 1.

Et enfin, il est orienté autour des **3 principes d'action** :

- Principe de prévention, notamment au travers des compétences psychosociales, des premiers secours en santé mentale, de la détection précoce, du repérage des signes de désinsertion et de priorisation ;
- Principe de promotion, qui induit communication, sensibilisation, formation, renforcement des pratiques d'aller vers ;
- Principe de décroisement et de travail multisectoriel par des actions sur les déterminants de santé mentale.

La lettre de cadrage précise le **cadre méthodologique de la démarche de transition**, en définissant :

- Le rôle et la composition de l'équipe préfiguratrice, chargée de piloter l'élaboration du PTSM 2. Elle est composée d'une équipe de co-référents (assurant le portage politique et l'élaboration des documents cadres du PTSM 2), une équipe projet associant acteurs terrains, usagers et experts, et une équipe de coordination ;
- Les principes de participation et de co-construction, de transparence et d'évaluation qui guideront l'ensemble du projet ;
- Les grandes étapes du processus, depuis la rédaction de la lettre de cadrage jusqu'à l'adoption de la feuille de route 2026-2031.



La lettre de cadrage inscrit le PTSM 2 dans le renforcement de la synergie entre l'ensemble des acteurs de santé mentale pour répondre aux besoins de la population en s'adaptant aux réalités et en privilégiant une approche décloisonnée, multisectorielle, préventive et populationnelle.

La phase de transition

La phase de transition entre le PTSM de première génération et le PTSM 2 s'inscrit dans un contexte de renouvellement des acteurs, marqué par le départ de plusieurs acteurs historiques. Cette situation a confirmé la nécessité de structurer **un nouveau leadership** afin d'assurer la continuité du projet et de relancer une dynamique territoriale partagée.

Dans ce cadre, une **équipe préfiguratrice** a été mise en place pour piloter la transition et préparer l'élaboration du PTSM 2. Elle repose sur une nouvelle organisation articulant une équipe de co-référents associée à une équipe opérationnelle, et s'appuyant sur une équipe projet, garantissant cohérence et portage stratégique.

Cette phase a également été conçue comme un **temps de remobilisation des acteurs déjà engagés dans le PTSM 1 et d'ouverture à de nouveaux partenaires**, notamment grâce à l'élargissement de l'équipe projet. Une attention particulière a été portée à la participation des personnes concernées, dans un contexte de démobilisation partielle du collectif, nécessitant à la fois un travail de recrutement et de relance de la dynamique participative.

Enfin, la transition s'est inscrite dans un calendrier précis, avec un objectif fixé au mois de juin 2026 pour l'élaboration et la validation de la feuille de route du PTSM 2, structurant l'ensemble de la démarche, au 1^{er} juillet 2026.

1. L'équipe préfiguratrice

L'équipe préfiguratrice est un dispositif transitoire, missionné par la gouvernance du PTSM 1, pour organiser et piloter la construction du PTSM 2026/2031.

Elle bénéficie également du soutien méthodologique de Promotion Santé 69, pour la structuration de la démarche d'élaboration du nouveau projet.

L'équipe préfiguratrice est missionnée jusqu'à la mise en route de la nouvelle gouvernance du PTSM 2.

1.1. L'équipe de co-référents

L'équipe de co-référents, composée de représentants de différents champs de la santé mentale, porte la dimension stratégique, l'arbitrage et la conceptualisation des documents cadres du PTSM.

Elle est composée de :

- Monsieur ANIZAN Francois, directeur adjoint de l'association La Roche,
- Madame Mathilde CANET, représentant le collectif des personnes concernées du PTSM,
- Madame Bénédicte CEZARD, directrice de l'association GRIM
- Madame Tea GIRARD, représentant le collectif des personnes concernées du PTSM,
- Madame JEHANNO Anaïs, directrice du Centre Hospitalier de Saint Cyr au Mont D'or

Ses missions sont les suivantes :

- Piloter la transition vers le PTSM 2
- Fixer la lettre de cadrage
- Définir la méthodologie du diagnostic, de la priorisation et de l'évaluation
- Garantir la dimension participative de la démarche
- Assurer le reporting auprès de la gouvernance du PTSM 1 à chaque étape de la démarche
- Communiquer de la démarche auprès des acteurs institutionnels et des partenaires.

1.2. L'équipe de coordination

L'équipe de coordination assure l'opérationnalité de la phase de transition et le suivi transversal du PTSM.

Elle est composée de :

- Madame MADEIRO Elen, cheffe de projet opérationnel du PTSM
- Madame JEROME Gersende, chargée de mission de Coordination 69 Soins Psychiques et Réinsertions

Ses missions sont les suivantes :

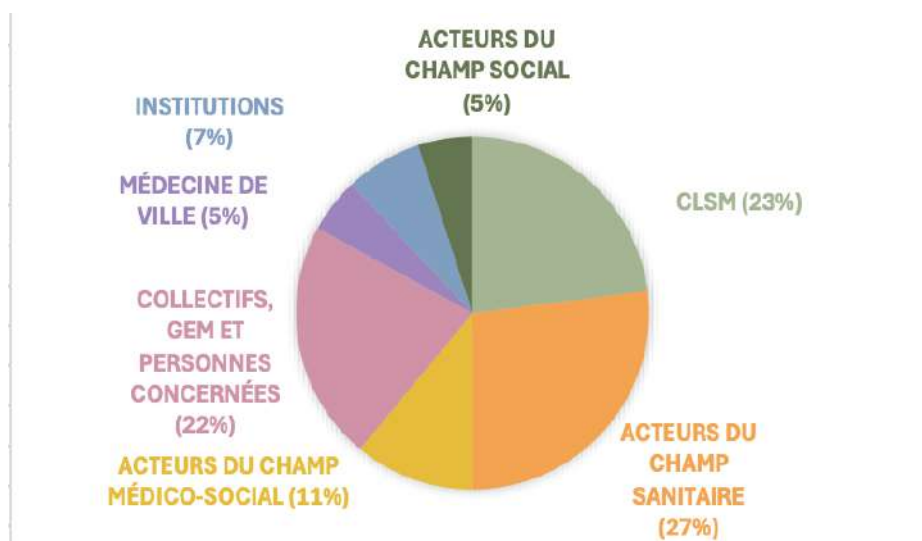
- Contribution à la conceptualisation du PTSM
- Coordination des acteurs et suivi des actions
- Mise en œuvre opérationnelle de la démarche d'élaboration du projet (outils, réunions, accompagnement des acteurs...)
- Rédaction et diffusion des comptes rendus
- Élaboration des outils
- Représentation du PTSM dans les instances
- Garantie du respect du calendrier

1.3. L'équipe projet

Elle est constituée d'acteurs du territoire (CLSM, établissements, GEM, collectifs de personnes concernées, professionnels, élus, etc.), pour assister les pilotes dans la construction du PTSM 2.

Un appel à participation a été largement diffusé afin d'assurer une représentativité large et légitime. Les acteurs ayant accepté se sont positionnés pour participer à l'équipe projet à trois niveaux : participation au COPIL du PTSM ; relecture de documents ; animation des groupes de travail.

La répartition de l'équipe projet est la suivante :



Ses missions sont les suivantes :

- Participer aux réflexions aux différentes phases de l'élaboration du projet concernant leur champ d'action
- Être force de proposition pour identifier de nouveaux acteurs
- Participer à la mise en œuvre et à l'animation des groupes de travail
- Participer à la priorisation des actions
- Rôle de consultation des documents élaborés
- Être relais dans leur institution.

2. Le cadre méthodologique

2.1. La lettre de cadrage

La lettre de cadrage constitue **l'acte fondateur du projet PTSM 2**. Elle garantit ainsi un cadre partagé, lisible et entériné pour piloter collectivement la transition.

La rédaction de la lettre de cadrage du PTSM 2 s'inscrit dans une **démarche structurée et participative**, fidèle à l'esprit du PTSM 69 et à l'organisation mise en place dès le PTSM 1.

La démarche d'écriture s'est déroulée en 4 étapes, en cohérence avec les valeurs du PTSM, de septembre à novembre 2025 :

- **Étape 1**

L'équipe de co-référents et de coordination rédige une première version du document, intégrant :

- Le cadre réglementaire et les orientations régionales et ministérielles
- Les fondamentaux du PTSM 69,
- Les valeurs et principes d'action,
- Les enjeux territoriaux et les enseignements du PTSM 1
- Les orientations stratégiques de la transition.

La lettre de cadrage est accompagnée d'annexes reprenant :

- Les grandes lignes du PTSM 1,
- Les fondamentaux et valeurs du PTSM 69,
- L'inscription territoriale,
- La méthodologie du PTSM 2,
- Le calendrier de transition,
- Les éléments structurants du diagnostic et de la feuille de route.

- **Étape 2 — Lecture et ajustements par la cellule de suivi du PTSM 1**

La cellule de suivi (échelon proactif de la gouvernance du PTSM 1 en lien entre les différents niveaux de pilotage du projet) apporte un premier regard opérationnel et stratégique :

- Relecture critique et clarification du texte
- Cohérence avec les travaux engagés dans le PTSM 1,
- Vérification du calendrier et des modalités de pilotage.

- **Étape 3 — Partage avec le COPIL et l'équipe projet**

Le document est ensuite diffusé aux membres du COPIL et de l'équipe projet. Ce temps permet de :

- Recueillir les remarques, propositions et compléments des acteurs,
- Valider la pertinence territoriale et intégrer les attentes des acteurs de terrain
- Assurer l'appropriation collective

- **Étape 4 — Présentation et vote en assemblée générale**

La lettre de cadrage est présentée au Conseil territorial de Santé (CTS), puis soumise à la validation en Assemblée Générale, le 20 novembre 2025.

La participation des personnes concernées :

⇒ Rencontre du collectif des personnes concernées du PTSM pour :
Aborder la démarche de construction du PTSM 2,
Proposer les modalités de participation pour les membres du collectif à chacune des étapes clés (diagnostic, proposition d'actions, feuille de route).

⇒ Présentation de l'équipe préfiguratrice, son rôle et ses missions pour un appel à candidature pour la rejoindre.

« Plus nous serons nombreux, plus le collectif pourra peser et faire entendre la voix des personnes concernées ! »

2.2. Le diagnostic territorial partagé

Le diagnostic constitue une étape structurante de la méthodologie globale du PTSM2 (2026–2031).

Il s'appuie sur :

- Les enseignements et le bilan du PTSM 1,
- La dimension participative appuyée sur le savoir des acteurs du PTSM (personnes concernées, aidants, professionnels et pouvoirs publics)
- Les 6 priorités du décret du 27 juillet 2017,
- La dynamique territoriale existante (CLS, CLSM, CTS, CSSM, CPTS, GHT...).

Il est piloté par l'équipe préfiguratrice, avec l'appui de l'équipe projet, et fait l'objet d'une validation par les instances de gouvernance du PTSM.

Il s'agit de construire collectivement un diagnostic en recensant les besoins, en identifiant les forces sur lesquelles nous appuyer et en repérant les zones de fragilité ou de rupture afin de faire émerger les priorités et axes stratégiques du prochain PTSM.

a- Une phase préparatoire basée sur des données existantes et des consultations des acteurs et parties prenantes

Le diagnostic territorial repose en premier lieu sur une mise à jour de l'état des lieux réalisé lors du PTSM 1, en mobilisant :

- Les données socio-démographiques territoriales,
- Les données des évaluations annuelles du PTSM 1
- Les travaux déjà existants sur le territoire.

Cette approche est complétée par **une consultation large des acteurs**, à travers des questionnaires afin de recueillir leurs besoins, les forces et les zones de fragilité qu'ils ont pu identifier et leurs propositions ; un **questionnaire spécifique pour les pilotes des fiches-actions du PTSM 1**, majoritairement composé de questions ouvertes autour des modalités de déploiement des fiches actions, des actions mises en œuvre et des modalités d'animation du collectif des pilotes.

80 répondants, près de 70% des répondants sont impliqués depuis au moins 3 ans donnant ainsi un réel poids aux constats, 30% ne sont pas ou peu impliqués ce qui peut en limiter la représentativité

Points forts : formation PSSM, quelques actions d'information.

Points faibles : coordination inter-acteurs, accès aux soins somatiques, pair-aidance, prévention des ruptures, droits et autodétermination.

Enjeux prioritaires : renforcer la coordination, développer les pratiques orientées rétablissement, améliorer l'accès aux soins pour publics vulnérables.

Besoin d'une instance d'animation des pilotes tout au long de la mise en œuvre du projet

La participation des personnes concernées constitue un pilier central de cette étape. Elle a été soutenue par des modalités adaptées visant à garantir une implication effective et qualitative.

Cela s'est traduit par une méthodologie facilitatrice qui comprend :

- Un questionnaire dédié à l'évaluation globale du PTSM 1 avec des éléments de diagnostics et accompagnement de remplissage par une animatrice pair;
- Des données extraites d'un questionnaire de recueil des besoins et des attentes, diffusé à l'échelle régionale pour préparer un plaidoyer restitué lors des États Généraux Régionaux qui ont eu lieu le 4 novembre 2025, à Saint Etienne. Les données recueillies auprès des 260 répondants domiciliés

sur le Rhône concernant toutes les dimensions du parcours de vie d'une personne (cf. encadré) ;

- Deux temps de travail, ouverts à toute personne concernée, réalisés en amont de la journée de diagnostic pour travailler sur les thématiques des groupes de travail qui seront proposées lors de la journée du diagnostic territorial partagé, pour recueillir leurs avis sur la mise en œuvre et l'impact du PTSM 1, leurs souhaits d'amélioration et leurs choix de 3 thématiques prioritaires pour le PTSM 2.

Nombre total de répondants : 260

Problèmes récurrents : stigmatisation, manque d'information sur les droits, complexité administrative

La stigmatisation est très présente, surtout dans le milieu médical et via des préjugés sociaux.

Besoin de former les professionnels à la santé mentale

Renforcer le travail en réseau entre acteurs

Forte demande pour intégrer des pairs dans les dispositifs.

Manque de moyens pour répondre aux besoins spécifiques.

Améliorer la communication vers les usagers.

Des activités de loisirs pour favoriser le rétablissement.

Améliorations prioritaires :

Renforcer la formation et la pair-aidance.

Améliorer la communication et la coordination.

Augmenter les ressources financières.

Une consultation spécifique sur les modes de gouvernance du futur PTSM a été aussi effectuée, par l'organisation d'un temps de travail pour recueillir des données qualitatives des acteurs quant à la gouvernance du 1^{er} PTSM et des propositions d'améliorations. Ces données ont nourri la construction d'un atelier spécifique à la prochaine gouvernance du PTSM, lors de la journée organisée pour le diagnostic territorial partagé du 20 novembre.

b- La journée de diagnostic territorial partagé

Le diagnostic territorial partagé prend une forme centrale lors de la **journée de diagnostic du 20 novembre 2025**, ouverte à l'ensemble des acteurs du territoire (du sanitaire, de la prévention, du médicosocial, du social, de l'éducation, représentants institutionnels, professionnels de terrain, personnes concernées et aidants...).

À l'inscription et à partir de leur choix de thématiques, les participants sont répartis en groupes de travail, organisés selon les six priorités nationales du PTSM qui structurent le plan d'action des PTSM :

- Repérage précoce, diagnostic et accès aux soins et accompagnements.
- Parcours de santé et de vie continus et de qualité pour les personnes avec troubles psychiques sévères.
- Accès aux soins somatiques.
- Prévention et prise en charge des crises et urgences.
- Promotion des droits, pouvoir d'agir et lutte contre la stigmatisation.
- Actions sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale.

Un groupe supplémentaire est spécifiquement dédié à la gouvernance.

135 participants, issus de 68 structures différentes

33 % professionnels issus du sanitaire, 35 % du médico-social, 9% de personnes concernées, 7.4% du secteur social, 5% représentants de proches et d'aidants, 10 % d'autres structures (ARS, Education Nationale, Université, CLSM, France Travail, ville de Lyon...).

55 % services de direction, 31% services opérationnels, 12.5 % de bénévoles.

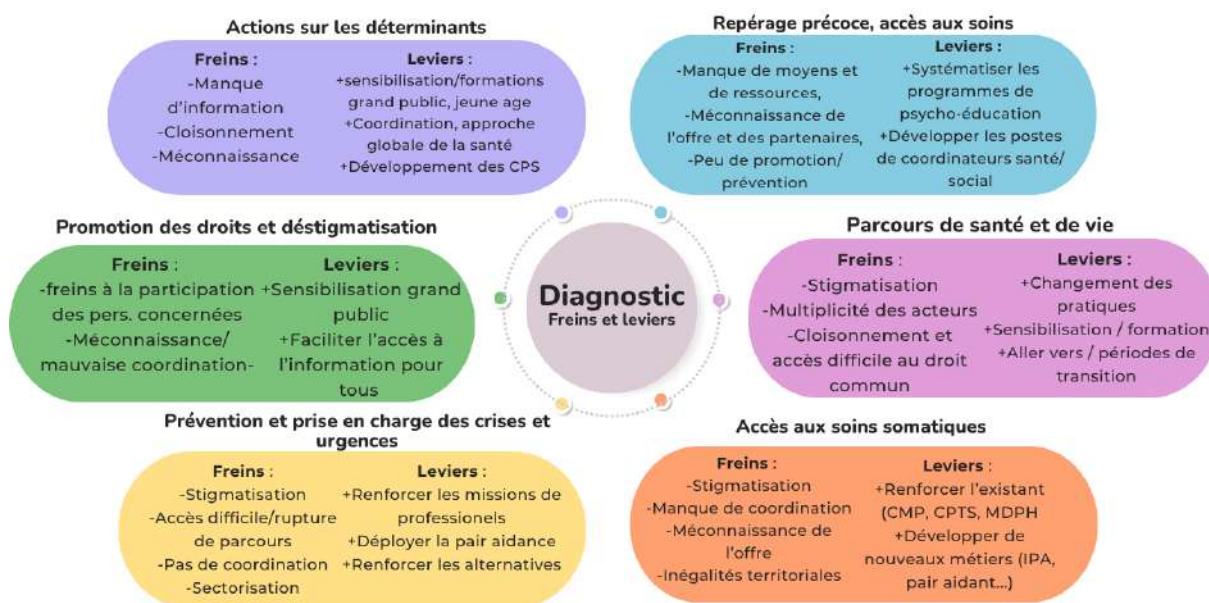
Les groupes de travail sont animés par des membres de l'équipe projet et travaillent à partir des résultats des questionnaires, du bilan du PTSM 1, et des réalités de terrain portées par les participants.

Dans un premier temps, les groupes travaillent sur les réalisations et limites du PTSM 1, dégagent les freins rencontrés et les besoins non couverts, et identifient les ruptures de parcours.

Dans un second temps, les mêmes groupes identifient des leviers d'action, évaluent leur faisabilité et proposent des pistes concrètes d'évolution.

En guise de conclusion de la journée, l'ensemble des participants a la possibilité de faire individuellement le choix de 2 leviers qui lui semblent prioritaires selon leur pertinence et leur faisabilité, parmi tous ceux identifiés dans chaque groupe de travail.

La journée de diagnostic territorial partagé a permis de faire émerger des freins et leviers convergents, déclinés ci-dessous selon les 6 priorités du décret :



La démarche d'élaboration du diagnostic territorial partagé s'est également enrichie des **contributions écrites de partenaires institutionnels majeurs**.

Ces contributions ont permis d'apporter un éclairage complémentaire sur les enjeux territoriaux, en particulier en matière de inégalités sociales et territoriales de santé, de santé mentale des jeunes et de publics vulnérables, ainsi que sur les problématiques spécifiques rencontrées dans les quartiers prioritaires et dans le champ de la protection de l'enfance.

Elles ont également confirmé la nécessité de renforcer la prévention, le repérage précoce, la coordination interinstitutionnelle et l'articulation des politiques publiques, tout en soulignant l'enjeu d'un pilotage plus lisible et territorialisé du PTSM.

Le recueil de ces données fait alors apparaitre un besoin de transformation du système, que le projet peut traduire en ambitions claires, bonnes pratiques partagées et actions opérationnelles réalistes, tout en portant un plaidoyer crédible et fondé sur le terrain.

Concernant le mode de gouvernance, les constats issus des retours des questionnaires des pilotes, du retour de l'équipe projet et de l'atelier du 20 novembre dernier, sont les suivants :

- Un besoin de renforcer la lisibilité du dispositif
- Un besoin de simplification et de distinction des fonctions stratégiques et opérationnelles
- Un manque de liens avec les CLSM et les politiques locales par territoires
- Un renforcement des articulations avec les différentes instances et les différentes sphères

- Un manque de lisibilité des fonctions des pilotes et un besoin d'articulation transversale entre les pilotes et la gouvernance
- Un recueil d'indicateurs et de suivi trop complexe
- Le souhait d'une gouvernance plus simple et participative

Un modèle commence alors à se dessiner avec une gouvernance simplifiée, donnant une place renforcée des personnes concernées et une articulation avec les instances territoriales existantes

À l'issue de cette phase, l'ensemble des contributions issues des données analysées, des questionnaires, et des groupes de travail aboutit à une **synthèse du diagnostic territorial partagé**.

Ce diagnostic permet d'identifier les grands constats structurants, de mettre en évidence les enjeux prioritaires du territoire, et de poser les bases de la **co-construction des axes stratégiques et du plan d'actions du PTSM 2**.

2.3. Des axes stratégiques à l'élaboration des fiches actions

Les travaux de diagnostic ont permis d'identifier un ensemble d'**enjeux prioritaires** pour structurer les axes stratégiques du PTSM 2, parmi lesquels :

- La place, la participation et le pouvoir d'agir des personnes concernées et de leurs proches
- Le renforcement de la coordination et de la transversalité des parcours entre secteurs sanitaire, médico-social, social et premier recours ;
- La territorialisation de la politique de santé mentale, en articulation étroite avec les CLS, CLSM et autres politiques locales ;
- L'action sur les déterminants sociaux et territoriaux (logement, emploi, santé somatique, quartiers prioritaires) ;
- Le développement de la prévention, du repérage précoce et des compétences psychosociales ;
- La promotion de la santé mentale, la formation et la lutte contre la stigmatisation ;
- L'amélioration de l'accès aux soins, de la continuité des accompagnements, et le développement d'alternatives à l'hospitalisation ;
- La santé mentale des jeunes, de la périnatalité à l'adolescence ; et les spécificités de certains publics (population en grande précarité, publics vieillissants...)
- La lisibilité et la simplification des dispositifs et des parcours.

3. Du diagnostic à l'élaboration de la feuille de route

3.1. Méthodologie

À l'issue du diagnostic territorial partagé, la démarche d'élaboration du PTSM 2 est entrée dans une phase de déclinaison stratégique et opérationnelle, visant à traduire les constats et enjeux identifiés en axes stratégiques structurants, puis en fiches actions concrètes, coordonnées et évaluables.

Pour traduire ces axes stratégiques en propositions opérationnelles, la démarche s'est appuyée sur la mise en place de groupes de travail thématiques organisés entre février et mars 2026.

Neuf thématiques ont structuré ces travaux :

- Coordination des parcours et articulation entre acteurs,
- Prévention et repérage précoce,
- Continuité des soins (équipes mobiles, urgences, dispositifs innovants),
- Accès aux soins (ambulatoire et hospitalisation),
- Sensibilisation et accès aux droits,
- Place et participation des personnes concernées et de l'entourage,
- Accès, accompagnement vers et maintien dans le logement
- Accès, accompagnement vers, retour et maintien dans l'emploi,
- Santé mentale des jeunes, de la périnatalité à l'adolescence.

Les groupes de travail se sont constitués par inscription libre, associant des acteurs du champ sanitaire, médico-social, social, des collectivités, ainsi que des personnes concernées et leurs représentants, garantissant une diversité des points de vue et des expertises.

Chaque groupe de travail est animé par un ou 2 acteurs volontaires du territoire, soutenu par un.e co-référent.e chargé d'assurer le cadrage méthodologique et la cohérence avec la lettre de cadrage du PTSM 2.

Les travaux ont été conduits en visioconférence, afin de favoriser une participation large dans un calendrier contraint. Les groupes, volontairement limités en taille (15 à 20 participants – soit volume total de **513 heures de travail** mobilisé par les participants dans les GT), ont permis des échanges approfondis et opérationnels.

Les personnes dont les inscriptions à la visio conférence n'ont pas été retenues, ont été sollicitées pour une participation « à distance », consistant à l'envoi en amont de leurs propositions d'actions, sur le modèle attendu, afin d'alimenter le groupe de travail.

L'objectif des groupes de travail est de faire émerger des propositions d'actions structurées, à partir :

- **Des enjeux identifiés dans le diagnostic territorial,**
- **Des axes stratégiques du PTSM 2,**
- **Des valeurs fondatrices et principes d'action (prévention, promotion, décroisement),**

- **Du paradigme du rétablissement.**

Chaque participant est invité à préparer en amont deux à trois actions structurées maximum, à partir d'un format défini par sa thématique, son action, sa finalité, son public, ses objectifs opérationnels et ses indicateurs. L'identification de co-pilotes potentiels était encouragée dès cette phase, pour ancrer les actions dans une dynamique de portage collectif.

Une **attention particulière a été portée à la place des personnes concernées**, à chacun de ces groupes de travail par l'apport d'actions rédigées, en amont, au format attendu par le collectif des personnes concernées du PTSM.

Chaque groupe de travail a effectué un premier travail de regroupement des actions afin d'aboutir à des déclinaisons opérationnelles structurées.

3.2. Priorisation

À partir des propositions issues de ces 9 groupes, un premier travail d'analyse est effectué par l'équipe de pilotage, qui fait émerger 46 propositions d'actions couvrant l'ensemble des thématiques prioritaires du PTSM 2.

Les actions proposées s'inscrivent à des niveaux de maturité variables et traduisent à la fois des besoins immédiats et des axes de transformation plus structurels du système territorial de santé mentale.

S'enchaîne alors **une phase de priorisation** pour laquelle l'équipe projet a été sollicitée pour :

- Dégager un premier niveau de hiérarchisation parmi les propositions formulées ;
- Identifier les actions présentant la plus forte valeur ajoutée au regard des parcours de santé et de vie des personnes concernées ;
- Garantir la cohérence globale du projet, au regard des enjeux politiques et stratégiques du PTSM ;
- Poser les bases d'une feuille de route soutenable, articulant ambitions, faisabilité et équité territoriale.

La synthèse des actions proposées est présentée collectivement aux participants pour apporter un niveau d'information homogène leur permettant d'apprécier chaque action selon une grille commune.

La démarche de priorisation repose sur une **évaluation individuelle des actions**, réalisée via un formulaire en ligne, dans un délai dédié pour procéder à leur cotation.

Chaque action fait alors l'objet d'une notation multicritère, à partir des critères suivants :

- La faisabilité opérationnelle ;

- L'impact sur les parcours de soins et de vie des personnes concernées ;
- La réponse aux besoins des publics vulnérables et spécifiques ;
- L'impact sur l'organisation territoriale ;
- La prise en compte des déterminants de la santé mentale ;
- L'équité territoriale ;
- L'articulation avec l'existant et l'absence de doublons ;
- La maturité et le caractère innovant de l'action ;
- L'alignement avec les principes de prévention, de promotion et de décroisement ;
- La place accordée aux personnes concernées et à leur savoir expérientiel.

3.3 Les fiches actions

Les notes attribuées ont constitué le socle de la priorisation, sur lequel s'est appuyé l'équipe de pilotage pour aboutir à 15 fiches actions autour de 6 axes, traduisant de manière opérationnelle les ambitions du PTSM 2:

- Axe 1 : Les personnes concernées et leurs proches : des partenaires, une ressource, des compétences ;
- Axe 2 : Repérer, prévenir, orienter à tout âge ;
- Axe 3 : Améliorer le parcours de soins et d'accompagnements ;
- Axe 4 : Soutenir l'inclusion citoyenne ;
- Axe 5 : Garantir la continuité des parcours, particulièrement lors des transitions ;
- Axe 6 : Améliorer la lisibilité des ressources.

Ces fiches-actions constituent le niveau opérationnel du projet, permettant de passer d'une logique d'orientations à une logique de transformation concrète des parcours de santé et de vie. Elles sont conçues comme des outils dynamiques et évaluables, portés collectivement par les acteurs du territoire.

Un axe transversal est constitué par la structuration de la gouvernance du PTSM 2, le diagnostic faisant ressortir un besoin majeur d'amélioration (place des pilotes, articulation avec les politiques locales et leurs instances, rôle de la chefferie de projet...).

Des travaux menés spécifiquement (questionnaire pilotes, groupes de travail, concertation) ont mis en évidence plusieurs enjeux majeurs :

- Un besoin de simplification et de lisibilité du dispositif,
- Un besoin de clarification des rôles entre pilotage stratégique et opérationnel,
- Un manque d'articulation avec les dynamiques territoriales (CLSM, CLS, politiques locales),
- Un manque de lisibilité, d'animation et d'articulation avec les pilotes des fiches actions,

- Une complexité du suivi et des indicateurs,
- Et une attente forte d'une gouvernance plus participative incluant les personnes concernées

Il s'agit alors de ne pas limiter la gouvernance à un dispositif de pilotage, mais de la concevoir avec une fonction structurante d'animation, de coordination et de régulation dans le déploiement des actions.

Le choix a alors été fait de formaliser la gouvernance du PTSM 2 sous forme de fiche action pour permettre, dans un premier temps, la structuration claire d'un cadre organisationnel.

Cela implique de définir et de décrire les différentes instances, leurs missions ainsi que les liens qui les unissent, avec pour objectif de mieux clarifier le rôle de chacune au sein de l'écosystème.

La gouvernance du PTSM 2 s'organise autour de trois niveaux complémentaires :

- Le pilotage stratégique et politique :
 - Définit les orientations globales
 - Garantit l'alignement avec les politiques publiques (ARS, collectivités)
 - Valide les grandes décisions
- Le pilotage opérationnel :
 - Suit la mise en œuvre des fiches actions
 - Coordonne les pilotes et copilotes
 - Assure la transversalité entre les axes
- L'animation territoriale et technique :
 - Anime les réseaux d'acteurs
 - Soutient les pilotes des fiches actions
 - Favorise les coopérations locales (CLSM, CPTS, etc.)

La structuration de la gouvernance vise à renforcer le rôle et le soutien des pilotes de fiches actions, en :

- Clarifiant leurs missions,
- Organisant des espaces réguliers d'échange entre pilotes,
- Facilitant leur accompagnement méthodologique,
- Renforçant leur articulation avec la gouvernance globale.

La gouvernance s'organise également avec la participation effective des personnes concernées, par leur présence dans les instances de décision et leur implication dans le suivi des actions.

Il s'agit également de penser la gouvernance en articulation avec les dynamiques locales existantes (CLSM, CPTS, COTER CPS...) pour valoriser l'existant et inscrire pleinement le PTSM dans une approche territorialisée.



PARTIE 3 - La Feuille de Route

Introduction

Le PTSM s'appuie sur une démarche territoriale structurée autour de deux volets complémentaires :

- Un diagnostic partagé du territoire, permettant d'identifier les besoins, les ressources existantes et les principaux enjeux en santé mentale ;
- Une feuille de route opérationnelle, regroupant à la fois des fiches actions portées dans le cadre du PTSM et des actions contributives déjà inscrites dans d'autres cadres stratégiques ou programmatiques (PRS, schémas départementaux, dispositifs institutionnels, etc.), sans faire nécessairement l'objet d'une fiche action dédiée.

Le diagnostic territorial partagé du PTSM ayant été présenté dans les parties précédentes, cette section est désormais consacrée à la feuille de route opérationnelle du projet pour la période 2026-2031. Cette feuille de route a vocation à être évolutive. Elle doit permettre au PTSM de s'adapter aux transformations du territoire, aux besoins émergents et à l'évolution des dynamiques partenariales.

Certaines thématiques identifiées comme importantes pour le territoire ne font pas l'objet, à ce stade, d'une fiche action dédiée. Cela s'explique soit par l'existence de dynamiques déjà structurées en dehors du PTSM, soit par un niveau de maturité encore insuffisant pour permettre la formalisation d'actions opérationnelles dans le cadre de cette feuille de route.

Compte tenu de leur caractère transversal et de leurs interactions avec plusieurs fiches actions et dynamiques territoriales, elles sont intégrées à la feuille de route en tant qu'**axes transversaux**. À ce titre, elles figurent dans le tableau de synthèse des axes et des fiches actions et feront l'objet d'une attention particulière tout au long de la mise en œuvre du PTSM.

Il s'agit notamment :

- Du **renforcement des CLSM**,
- De la **prévention du suicide**,
- Des **troubles du neurodéveloppement (TND)** et
- Des **addictions**.

Ces sujets présentent des enjeux forts pour les parcours de santé mentale et nécessitent de poursuivre le travail d'articulation avec les acteurs et dispositifs déjà mobilisés sur le territoire.

Ces thématiques demeurent néanmoins des points d'attention de la feuille de route et seront suivies dans le cadre de la gouvernance du PTSM et/ou des groupes de travail. Les perspectives de développement et d'approfondissement les concernant sont présentées dans les éléments de conclusion du document.

Les fiches actions

15 fiches actions sont présentées au regard des 6 axes définis à l'issu du diagnostic. Chacune des actions est présentée sous formes d'une fiche qui comporte les éléments suivants :

- Les constats et argumentaire
- Données du diagnostic territorial
- L'articulation avec les politiques publiques et les démarches territoriales
- Le descriptif de l'action
- Les objectifs stratégiques
- Les leviers de déploiement
- Publics cible
- Les co-pilotes
- Les contributeurs
- Les objectifs opérationnels
- Résultats attendus
- Indicateurs de suivi
- Calendrier prévisionnel

Une **16ième fiche action** concerne l'évolution de la **gouvernance du PTSM 2** au vu de l'importance du travail mené à ce sujet lors du diagnostic.

Conformément aux consignes régionales pour la transmission du PTSM 2 en juin, les déclinaisons opérationnelles et l'identification des pilotes feront l'objet d'un travail complémentaire participatif à partir du 3^{ième} trimestre 2026.

Les 6 axes	Fiches-actions	Lancement des GT
AXE 1 : Les personnes concernées et leurs proches : des partenaires une ressource, des compétences	FA 1 - Structurer et renforcer la participation des personnes concernées	3ème trimestre 2026 (p. 81)
	FA 2 - Renforcer le soutien aux aidants	4ème trimestre 2026 (p. 84)
Axe 2 : Repérer, prévenir, orienter à tout âge	FA 3 - Structurer et renforcer le repérage précoce en santé mentale dans la 1ère ligne : repérer - orienter - accompagner	1er trimestre 2027 (p. 88)
Axe 3 : Améliorer le parcours de soins et d'accompagnements	FA 4 - Poursuivre le développement des alternatives à l'hospitalisation temps plein	1er trimestre 2027 (p. 93)
	FA 5 - Poursuivre le développement de la pair-aidance en santé mentale et des pratiques orientées rétablissement	4ème trimestre 2026 (p. 96)
	FA 6 - Garantir l'accès et la continuité des soins et de l'accompagnement	2ème trimestre 2027 (p. 99)
Axe 4 : Soutenir l'inclusion citoyenne	FA 7 - Développer et diversifier l'offre et l'accompagnement pour l'accès et le maintien vers le logement de droit commun	4ème trimestre 2026 (p. 104)
	FA 8 - Favoriser l'accès et le maintien dans l'emploi des personnes vivants avec un trouble psychique	4ème trimestre 2026 (p. 108)
	FA 9 - Poursuivre les actions de déstigmatisation et de sensibilisation en santé mentale	3ème trimestre 2026 (p. 111)
	FA 10 - Favoriser, garantir et lever les freins à l'accès aux droits des personnes concernées	2ème trimestre 2027 (p. 114)
Axe 5 : Garantir la continuité des parcours particulièrement lors des transitions	FA 11 - Déployer une Communauté de Pratiques (COP) autour de la coordination des parcours complexes	3ème trimestre 2026 (p. 118)
	FA 12 - Structurer un parcours territorial de santé mentale périnatale	1er trimestre 2027 (p. 122)
	FA 13 - Définir une stratégie globale et transversale pour la santé Mentale des jeunes	1er trimestre 2027 (p. 125)
	FA 14 - Définir une stratégie globale et transversale pour la santé Mentale des personnes âgées	2ème trimestre 2027 (p. 129)
Axe 6: Améliorer la lisibilité des ressources	FA 15 - Développer la lisibilité et les espaces ressources en santé mentale	1er trimestre 2027 (p. 133)
Gouvernance	FA 16 - Structuration de la Gouvernance du PTSM 2	3ème trimestre 2026 (p. 137)
Axes transversaux	Thématiques ² : - Renforcement des CLSM, - La prévention du suicide, - Les TND - Les addictions.	(p. 149)

² En complément des fiches actions présentées dans cette feuille de route, ces thématiques ont été identifiées comme stratégiques par les acteurs du territoire. Bien qu'elles ne fassent pas l'objet d'une fiche action dédiée à ce stade, elles constitueront des axes de travail à suivre et à approfondir au cours de la mise en œuvre du PTSM 2026-2031.



**AXE 1 - Les
personnes
concernées et leurs
proches : des
partenaires, une ressource,
des compétences**

FICHE ACTION 1 – Structurer et renforcer la participation des personnes concernées

Constats et rappel argumentaire

L'un des fondamentaux du PTSM est de permettre, soutenir et impulser la participation des personnes concernées à tous les niveaux et les étapes du projet et plus largement au sein des différentes instances des établissements et dispositifs. La valorisation de leurs expériences et savoirs est un facteur essentiel pour l'amélioration durable des réponses en santé mentale.

La participation³ des personnes concernées ne se limite pas à la consultation ou au recueil ponctuel de leur avis. Elle peut prendre différentes formes et degrés d'implication, allant de l'accès à l'information et de la consultation, jusqu'à la co-construction, la collaboration et la participation pleine et entière aux décisions et à l'évaluation des dispositifs. En santé mentale et en psychiatrie, cette démarche contribue à renforcer le pouvoir d'agir des personnes, à reconnaître les savoirs issus de l'expérience vécue et à développer des pratiques plus respectueuses des droits, des parcours et des besoins des personnes accompagnées.

Dès le PTSM1 le choix a été fait de reconnaître leur place déterminante dans l'écosystème. La participation réelle des personnes concernées, et celle de leurs proches, dans la construction de leur parcours de soins et de vie constitue un élément reconnu d'amélioration de leur état de santé et de réussite du parcours de rétablissement.

Données du diagnostic territorial partagé

Freins soulevés	Leviers identifiés
- Reconnaissance insuffisante des savoirs expérientiels, - La non reconnaissance de la place des personnes concernées, - L'accessibilité numérique, - La barrière linguistique et de l'accès aux transports	- Développer une culture commune et une stratégie territoriale pour favoriser et pérenniser la participation des personnes concernées; - La formation des professionnels, - Le développement du pouvoir d'agir ; - Soutenir et donner les moyens pour la participation des personnes concernées aux différentes instances.

³ D'après l'échelle de la participation citoyenne d'Arnstein

Lien avec les différents textes de cadrage du territoire

- La Feuille de route nationale santé mentale et psychiatrie (2018, 2025) : action 34 ;
- La feuille de route régionale Santé Mentale (2025 – 2028) : objectif 20.

Descriptif de l'action

Il s'agit de **favoriser et d'impulser la participation des personnes concernées à tous les niveaux du projet** (élaboration, gouvernance, mise en œuvre et évaluation) ainsi que **dans les différents milieux de vie et de soins**, dans une logique de complémentarité entre savoirs expérientiels, professionnels et académiques, dans le cadre du changement de paradigme vers le rétablissement et des relations plus horizontales.

Lien avec les 46 actions soumises au vote

7.01: Structurer et renforcer la participation des personnes concernées

Objectifs Stratégiques

- Renforcer la participation des personnes concernées à tous les niveaux dans les instances du PTSM et au sein des établissements, des structures et des services, en reconnaissant pleinement leur expertise d'usage ;
- Garantir la mise en œuvre du PTSM conformément aux propositions portées par les personnes concernées ;
- Structurer un mouvement collectif construit autour d'une parole collective, ayant comme finalité, de tendre vers une force politique.

Leviers de déploiement

- Soutien à l'organisation des collectifs de personnes concernées dans le territoire et au sein des établissements ;
- Soutenir la prise de parole en public via des ateliers dédiés dont ceux développés par le dispositif ZEST ;
- L'articulation avec les GEM du territoire ;
- Renforcement de l'autodétermination des personnes concernées ;
- Développement d'une culture professionnelle commune autour de la participation des personnes concernées ;
- Dédommagement du temps passé à la participation.

Publics cibles

- Personnes concernées, aidants et proches ;
- Tous les acteurs du parcours de la personne dans le médico-social, sanitaire et social, etc.

Les Co-pilotes

À contractualiser au 3ème trimestre 2026.
Les contributeurs
À contractualiser au 3ème trimestre 2026.
Objectifs opérationnels
A définir en GT.
Résultats attendus
A définir dans le cadre du groupe de travail de la fiche action.
Indicateurs de suivi
A définir en GT.
Calendrier prévisionnel
Lancement de la FA au 3ème trimestre 2026 : - Identification et contractualisation des co-pilotes ; - Mise en place d'un groupe de travail dédié au déploiement de la fiche action.
En +
En lien avec : - Les différents collectifs de personnes concernées du territoire ; - Les GEM ; - La cellule des facilitateurs de parcours de vie, dispositif de soutien à l'autodétermination portée par la C360.

FICHE-ACTION 2 - Renforcer le soutien aux aidants

Constats et rappel argumentaire

Systématiser une aide précoce aux aidants constitue un enjeu majeur, tant pour préserver leur qualité de vie que pour améliorer le parcours et le pronostic des personnes concernées.

Les données scientifiques internationales démontrent en effet que les interventions de soutien et de psychoéducation destinées aux aidants réduisent les rechutes et les ré hospitalisations et favorisent une meilleure observance thérapeutique et constitue le deuxième facteur prédictif le plus puissant de moindre recours à l'hospitalisation et de diminution des symptômes.

Données du diagnostic territorial

Freins soulevés	Leviers identifiés
– Accompagnement de l'entourage, – Inégalités territoriales, – Accessibilité numérique, – Barrière linguistique.	– Psychoéducation des aidants, – Formation des professionnels au rétablissement, – Développer une stratégie territoriale durable, – Développement du pouvoir d'agir

Lien avec les différents textes de cadrage du territoire

- La Feuille de route nationale santé mentale et psychiatrie (2018, 2025) : action 35 ;
- La feuille de route régionale Santé Mentale (2025 – 2028) : objectif 21.

Descriptif de l'action

Assurer le déploiement systématique de l'aide aux aidants sur l'ensemble du territoire, en s'appuyant sur le renforcement de l'offre existante.

Lien avec les 46 actions soumises au vote

7.05: Renforcer, structurer et rendre visible l'offre de soutien aux aidants en santé mentale

7.06: Former à la pair-aidance parentale

7.07: Recenser les dispositifs rhodaniens à l'accompagnement des aidants en psychiatrie

Objectifs Stratégiques

- Assurer aux aidants du territoire un accès précoce et systématique à un accompagnement adapté ;
- Améliorer la santé mentale et physique des aidants du territoire ;
- Favoriser l'acquisition de connaissances et de compétences des aidants face à la situation.
- Accompagner les aidants pour mieux comprendre et mieux appréhender leur rôle d'aidants.

Leviers de déploiement

- Orientation vers le programme de psychoéducation BREF⁽⁴⁾ dès le premier contact d'un proche (parent, conjoint, fratrie, etc.) avec un professionnel de santé.
- Soutien à l'accès aux programmes de psychoéducation structurés (ex. : LEO, Profamille, etc)
- Renforcement et développement de l'offre de programmes de psychoéducation des aidants ;
- Soutien aux associations et réseaux dédiés aux aidants existants sur tout le territoire ;
- Formation et sensibilisation des professionnels à l'aide aux aidants.

Publics cibles

- Familles et entourage des personnes vivant avec des troubles psychiques.
- Professionnels du sanitaire, du social et du médico-social

Les Co-pilotes

À contractualiser au 3ème trimestre 2026.

Les contributeurs

À contractualiser au 3ème trimestre 2026.

Objectifs opérationnels

A définir en GT.

Résultats attendus

A définir dans le cadre du groupe de travail de la fiche action.

Indicateurs de suivi

⁴ Ce programme court a deux objectifs principaux : répondre aux questions prioritaires de l'entourage et leur faire connaître les ressources disponibles pour les soutenir.

A définir en GT.

Calendrier prévisionnel

Lancement de la FA au 4ème trimestre 2026 :

- Mise en place d'un groupe de travail dédié au déploiement de la fiche action.



AXE 2 - Repérer, prévenir, orienter à tout âge

FICHE-ACTION 3 : Structurer et renforcer le repérage précoce en santé mentale dans la 1ère ligne : repérer – orienter – accompagner

Constats et rappel argumentaire

La prévention et le repérage précoce en santé mentale constituent des leviers majeurs pour améliorer durablement la santé de la population. Trop souvent, les difficultés psychiques sont identifiées tardivement, lorsque la situation est déjà installée, repérer plus tôt c'est permettre un accompagnement adapté avant que les ruptures ne surviennent — qu'elles soient scolaires, professionnelles, sociales ou familiales. Un **repérage précoce** favorise une **orientation** plus rapide vers des **accompagnements** adaptés, renforce les chances de rétablissement et soutient les proches.

Faire le lien avec les acteurs de première ligne est essentiel pour renforcer la prévention, favoriser un repérage précoce en santé mentale et assurer un parcours fluide, permettant d'agir dès les premiers signes de détresse et d'orienter rapidement vers des prises en charge plus spécialisées si nécessaire. Pour chaque catégorie de pathologie ou de situation, la question d'une **prise en charge adaptée, précoce et fondée sur les bonnes pratiques validées** constitue un enjeu central afin de limiter les ruptures de parcours et les pertes de chance. La 1ère ligne regroupe les acteurs du sanitaire, du médico-social, du social et également les acteurs de tous les âges (ehpad, services à domicile, MDA, points écoute, MJC, centres sociaux, pharmaciens, les GEM etc.).

Données du diagnostic territorial partagé

Freins soulevés	Leviers identifiés
- Résistance au changement, - Manque de visibilité des actions de prévention, - Manque de lien entre les professionnels de différents secteurs, - Manque de connaissances, - Stigmatisation, - Accessibilité, - Inégalités territoriales.	- Formation des professionnels de la 1ère ligne, - Travail en réseau, - Des espaces de rencontre et de collaboration entre les différents acteurs, - des actions de déstigmatisation
Recueil des données des états généraux - freins identifiés : 50% de répondants ont exprimé rencontrer des freins dans l'accès aux soins spécialisés (délai d'attente, ruptures de suivi, manque de professionnels).	

Lien avec les différents textes de cadrage du territoire

- La Feuille de route nationale santé mentale et psychiatrie (2018, 2025) : actions 20bis et 23 ;
- La feuille de route régionale Santé Mentale (2025 – 2028) : objectif 7.

Descriptif de l'action

Il s'agit d'**améliorer la collaboration entre les acteurs du repérage et ceux des soins spécialisés** à travers la structuration du circuit de partage d'information ; la formation des professionnels ; et la co-construction d'outils.

Focus :

- **Repérage et prise en charge précoce des troubles psychotiques et états mentaux à risque**
- **Publics en situation de vulnérabilité sociale et de précarité**
- **Enfants, adolescents et jeunes adultes**
- **Personnes vieillissantes et âgées**
- **Personnes avec des comorbidités à risque d'atteinte de la santé mentale.**

Lien avec les 46 actions soumises au vote

2.01: Structurer et renforcer le repérage précoce en santé mentale dans la 1ère ligne : repérer – orienter – accompagner

2.02: déployer un parcours de prévention petite enfance/enseignement supérieur

2.03: Formation et sensibilisation des professionnels à la culture du repérage

5.05 : Sensibiliser et accompagner les populations plus vulnérables à travers la médiation en santé

9.03: Déployer une stratégie territoriale de santé mentale des jeunes : prévention, orientation et aller-vers

9.06 : Structuration et consolidation d'un réseau territorial de Points Écoute et MDA

Objectifs Stratégiques

- Améliorer le repérage précoce en santé mentale
- Fluidifier les parcours en structurant une stratégie territoriale coordonnée entre acteurs de la 1ère ligne et soins spécialisés.
- Faciliter le repérage et l'orientation ciblée ;

- Réduire les hospitalisations itératives.
Leviers de déploiement
- Formation et accompagnement des acteurs de la première ligne à la santé mentale ; - Développement et essaimage des dispositifs de collaboration entre les CMP et les CPTS ; - Co-construction et formalisation des protocoles d'orientation partagés ; - Structuration et pérennisation des espaces de concertation pluri-professionnels ; - Soutien à la consolidation et pérennisation du réseau territorial de Points Écoute ; - Poursuite de la stratégie d'essaimage territorial des Maisons des Adolescents.
Publics cibles
- Les médecins généralistes ; - Professionnels de 1ère ligne : sanitaire, social dont la grande précarité, médico-social, éducatif, - Acteurs de proximité (PMI, établissements scolaires, MJC, Missions Locales, EHPAD, associations, structures sociales), CLSM, CPTS, GEM, Le 102, les services de santé étudiante, les acteurs sportifs et culturels, etc. - Les personnes concernées : L'action cible en premier lieu les professionnels, mais elle bénéficie in fine aux personnes concernées, qui en constituent le public bénéficiaire de second niveau.
Les Co-pilotes
À contractualiser au 3ème trimestre 2026.
Les contributeurs
À contractualiser au 3ème trimestre 2026.
Objectifs opérationnels
A définir en GT.
Résultats attendus
A définir dans le cadre du groupe de travail de la fiche action.
Indicateurs de suivi
A définir en GT.
Calendrier prévisionnel

Lancement de la FA au 1^{er} trimestre 2027 :

mise en place d'un groupe de travail dédié au déploiement de la fiche action.

En +

En lien avec :

- La fiche de liaison sociale-psychiatrie.



AXE 3 - Améliorer le parcours de soins et d'accompagnement

FICHE ACTION 4 – Poursuivre le développement des alternatives à l'hospitalisation temps plein

Constats et rappel argumentaire

Les parcours en santé mentale restent souvent marqués par des hospitalisations fréquentes, parfois évitables, des passages répétés aux urgences et des réhospitalisations itératives. Ces situations ne s'expliquent pas uniquement par l'état de santé des personnes, mais aussi par un manque de solutions pro actives, accessibles au plus près des lieux de vie des personnes et réactives en amont, capables d'éviter que les situations ne s'aggravent.

Développer des **alternatives à l'hospitalisation** signifie proposer des **accompagnements plus souples, plus proches du lieu de vie et plus intensifs**. Cela permet d'intervenir avant que les situations ne deviennent critiques, de **limiter les passages aux urgences, de réduire les hospitalisations et d'éviter les ruptures de parcours**. Les approches centrées sur le **rétablissement** mettent en avant l'importance de soutenir les personnes dans leur vie quotidienne, en tenant compte de leurs besoins, de leurs projets et de leur autonomie.

Dans le même objectif, les dispositifs de **santé mentale communautaire** proposent des réponses en proximité, avec plus de réactivité et travaillent en réseau. En impliquant davantage les personnes dans leur parcours et en s'appuyant sur leur environnement, ils renforcent l'adhésion, limitent le recours à des mesures contraignantes et permettent de maintenir autant que possible les personnes dans leur cadre de vie habituel.

Données du diagnostic territorial :

Freins soulevés	Leviers identifiés
- Des inégalités territoriales, - manque de ressources, - offre insuffisamment déployée	- Rétablissement et alternatives à l'hospitalisation, - formation des professionnels, - développement du pouvoir d'agir, - pair-aidance, - suivi et accompagnement
Recueil des données des états généraux - freins identifiés : 50% de répondants ont exprimé avoir rencontré des obstacles dans l'accès aux soins spécialisés.	

Lien avec les différents textes de cadrage du territoire

- La Feuille de route nationale santé mentale et psychiatrie (2018, 2025) : action 17 ;
- La feuille de route régionale Santé Mentale (2025 – 2028) : objectif 9.

Descriptif de l'action

Il s'agit de diversifier l'offre en psychiatrie en développant des **alternatives à l'hospitalisation temps plein**, afin de proposer **des parcours plus fluides, plus inclusifs et centrés sur le rétablissement**. Cela passe par plusieurs axes complémentaires : **renforcer les dispositifs ambulatoires** pour intervenir plus tôt et de manière intensive, développer des approches de santé mentale communautaire au plus près des lieux de vie, proposer des solutions de gestion de crise en dehors de l'hôpital, et **mieux sécuriser les parcours** pour éviter les ruptures de suivi.

Lien avec les 46 actions soumises au vote

3.02 développer des alternatives à l'hospitalisation

3.04 : développer l'offre en santé communautaire

Objectifs Stratégiques

- Soutenir les parcours de rétablissement des personnes ;
- Favoriser le maintien des personnes dans leurs parcours de vie ordinaire
- Réduire la durée et les recours aux hospitalisations en psychiatrie ainsi que les réhospitalisations ;
- Réduire les soins sans consentement et le recours aux mesures restrictives de liberté ;
- Réduire les passages aux urgences ;
- Poursuivre la gradation de l'offre de soins ;
- Réduire les inégalités territoriales en essaimant les dispositifs.

Leviers de déploiement

- Renforcement des dispositifs de prise en charge en ambulatoire intensives et d'aller vers (équipes mobiles de soins intensifs à domicile) et articulation avec le secteur et les dispositifs d'urgence
- Développement des dispositifs de santé mentale communautaire ;
- Mieux accompagner les moments clés du parcours et les situations de crise ;
- Soutien aux professionnels de première ligne pour favoriser le maintien en milieu de vie ordinaire ;
- Une attention renforcée aux publics les plus vulnérables ;
- Pratiquer en systématique le recueil du vécu de l'isolement (critère HAS).

Publics cibles
- Etablissements sanitaires, - Personnes concernées et entourage, avec une attention renforcée pour les publics cumulant plusieurs facteurs de vulnérabilités (sociale, situation de handicap physique, vieillissement...) - Collectif la case en plus.
Les Co-pilotes
À contractualiser au 3ème trimestre 2026.
Les contributeurs
À contractualiser au 3ème trimestre 2026.
Objectifs opérationnels
A définir en GT.
Résultats attendus
A définir dans le cadre du groupe de travail de la fiche action.
Indicateurs de suivi
A définir en GT.
Calendrier prévisionnel
Lancement de la FA au 1 ^{er} trimestre 2027 : - mise en place d'un groupe de travail dédié au déploiement de la fiche action.
En +
En lie avec : - Les Mesures Anticipées en Psychiatrie - Pair-aidance - Rétablissement - Projet La case en + - Les dispositifs médicosociaux de type SAMSAH (pratique ambulatoire, coordination d'acteurs...)

FICHE ACTION 5 - Poursuivre le développement de la pair aideance en santé mentale et des pratiques orientées rétablissement

Constats et rappel argumentaire

Le **paradigme du rétablissement** fait évoluer les pratiques en santé mentale en proposant de porter un autre regard sur les personnes accompagnées. Il ne s'agit plus seulement de se centrer sur les troubles, mais aussi de prendre en compte les ressources, les capacités et le projet de vie de chacun. Les interventions des différents professionnels (médicaux, soignants, sociaux, médico-sociaux...) viennent soutenir des parcours plus personnalisés et favoriser le maintien en milieu de vie ordinaire.

Le rétablissement offre ainsi un cadre commun qui permet de rassembler les acteurs autour d'une même vision. Il implique de **faire évoluer les postures professionnelles** vers davantage de coopération, de personnalisation des accompagnements et de prise en compte globale des parcours de vie.

Le développement de **la pair-aidance professionnelle** s'inscrit pleinement dans cette évolution des pratiques et concerne l'ensemble des champs de la psychiatrie et du médico-social. L'intervention de personnes ayant une expérience vécue des troubles psychiques permet de créer un lien différent, souvent plus direct et porteur d'espoir. Elle facilite l'engagement dans l'accompagnement, renforce la confiance et contribue à des accompagnements plus adaptés **en complémentarité des autres professionnels**. En valorisant **les savoirs expérientiels**, la pair-aidance participe plus largement à l'évolution des pratiques et à une meilleure prise en compte des besoins des personnes accompagnées.

Données du diagnostic territorial :

Freins soulevés	Leviers identifiés
- Reconnaissance insuffisante des savoirs expérientiels, - La place des personnes concernées, - Manque de ressources.	- Former les professionnels, - Soutien à la pair-aidance, - Développement du pouvoir d'agir.
Recueil des données des états généraux - freins identifiés : 70,6% de répondants ont exprimé avoir le sentiment de solitude et d'isolement.	

Lien avec les différents textes de cadrage du territoire

- La Feuille de route nationale santé mentale et psychiatrie (2018, 2025) : action 34 ;
- La feuille de route régionale Santé Mentale (2025 – 2028) : objectif 20.

Descriptif de l'action

L'action vise à soutenir le déploiement d'une approche orientée rétablissement dans les pratiques et les organisations en santé mentale, en s'inscrivant dans une dynamique de transformation des cultures professionnelles.

Elle repose sur le développement de formations à l'approche rétablissement, le soutien aux dispositifs de réhabilitation psychosociale, ainsi que sur la structuration et la professionnalisation de la pair-aidance.

Elle vise également à faire reconnaître le savoir expérientiel comme une expertise légitime, en favorisant la participation active des personnes concernées dans les dispositifs de soins et les instances institutionnelles.

Lien avec les 46 actions soumises au vote

4.03: développer la Réhabilitation psychosociale en situation de crise

7.03: Développer les pratiques orientées rétablissement et structurer la pair-aidance en santé mentale

Objectifs Stratégiques

- Développer une culture commune du rétablissement au sein des équipes et des établissements ;
- Reconnaître le savoir expérientiel ;
- Systématiser la prise en compte du parcours de rétablissement dans l'élaboration des projets de soins et d'accompagnement ;
- Développer les relations collaboratives avec les aidants ;
- Réduire les inégalités territoriales en essaimant les dispositifs.

Leviers de déploiement

- Formation des professionnels à l'approche rétablissement ;
- Développement de toutes les formes de pair-aidance en santé mentale ;
- Généralisation des mesures d'anticipation en psychiatrie (MAP) ;
- Promotion de la participation active des personnes concernées dans les dispositifs de soins et les instances institutionnelles (formation open dialogue...) ;
- Levée des freins d'accès aux droits afin de faciliter les parcours de rétablissement des personnes.

Publics cibles

Etablissements sanitaires, médico-social, social, ainsi que tous les acteurs du parcours de la personne ;

Professionnels de la santé mentale ;

Personnes concernées et proches aidants ;

GEM.
Les Co-pilotes
À contractualiser au 3ème trimestre 2026.
Les contributeurs
À contractualiser au 3ème trimestre 2026.
Objectifs opérationnels
A définir en GT.
Résultats attendus
A définir dans le cadre du groupe de travail de la fiche action.
Indicateurs de suivi
A définir en GT.
Calendrier prévisionnel
Lancement de la FA au 4ème trimestre 2026 : - mise en place d'un groupe de travail dédié au déploiement de la fiche action.
En +
En lien avec : L'observatoire du rétablissement ESPAIRS La participation des personnes concernées GT MAP (PTSM 1) Parcours de vie (logement et emploi) Lever les freins à l'accès aux droits (EMPP)

FICHE ACTION 6 - Garantir l'accès et la continuité des soins et de l'accompagnement

Constats et rappel argumentaire

L'accès et la continuité des soins en santé mentale constituent aujourd'hui un enjeu majeur pour le territoire. Ils touchent **directement la qualité de vie, le rétablissement, la dignité et l'inclusion sociale des personnes concernées**. Malgré la diversité des dispositifs existants, la difficulté d'accès aux soins spécialisés est toujours très présente, les ruptures de parcours restent fréquentes et sont renforcées par d'importantes inégalités territoriales d'accès aux ressources, aux professionnels et aux dispositifs de prise en charge. Ces difficultés fragilisent les personnes, épuisent les proches et entraînent des recours répétés aux urgences ou à l'hospitalisation. Cette problématique est aujourd'hui largement partagée par les professionnels, les institutions, les acteurs sociaux et médico-sociaux, et par les personnes concernées elles-mêmes.

Lever les freins à l'accès aux soins et favoriser la continuité des parcours constituent des conditions essentielles pour soutenir le rétablissement et prévenir les ruptures de prise en charge. Cela implique de renforcer l'offre territoriale en santé mentale, d'améliorer l'accès et le fonctionnement des CMP, de mieux accompagner les parcours complexes (pathologies duelles, publics vulnérables, publics en grande précarité, publics avec des comorbidités addictologiques, transitions 16-25 ans) et de réduire les délais d'accès, notamment en pédopsychiatrie.

Cette dynamique repose également sur **une meilleure organisation des réponses aux situations de crise et aux soins non programmés**, à travers la structuration des parcours aux urgences psychiatriques, le développement du SAS Psy 69, ainsi que le renforcement des dispositifs ambulatoires, des équipes mobiles et des coopérations entre acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, afin de proposer des parcours plus fluides, réactifs et coordonnés.

Données du diagnostic territorial :

Freins soulevés	Leviers identifiés
– Reconnaissance insuffisante des savoirs expérientiels, – la place des personnes concernées, – manque de ressources,	– Former les professionnels, – articulation des parcours, – travailler en réseau, – cadre partenarial,

- absence de continuité de parcours, - manque de lien	
Recueil des données des états généraux - freins identifiés : - 50% de répondants ont exprimé avoir rencontré des obstacles dans l'accès aux soins spécialisés. - 31 % ont rencontré des obstacles à l'accès à un accompagnement social et/ou médico-social	

Lien avec les différents textes de cadrage du territoire
-La Feuille de route nationale santé mentale et psychiatrie (2018, 2025) : actions 17 et 28 ; -La feuille de route régionale Santé Mentale (2025 – 2028) : objectifs 10 et 16 ; - Charte de coopération ARS-DDETS-MVS.

Descriptif de l'action
Cette fiche action vise à améliorer l'accès aux soins en santé mentale et à garantir la continuité des parcours, en particulier pour les publics les plus vulnérables et aux moments clés de rupture. Elle répond à des enjeux majeurs : limiter les situations de crise et les recours inadaptés aux urgences, prévenir les ruptures de parcours (notamment lors du passage à l'âge adulte), améliorer l'accompagnement des publics plus vulnérables et favoriser l'articulation entre le sanitaire et le médico-social, notamment la gestion des situations complexes.
Lien avec les 46 actions soumises au vote
3.03: Structurer le parcours et diversifier les pratiques aux urgences psychiatriques 4.01: renforcer l'offre territoriale d'accès aux soins en santé mentale pour des publics vulnérables/spécifiques 4.02: développer la branche psychiatrique du SAS 69 (service d'accès aux soins) pour faciliter l'orientation et l'accès aux soins 4.04: Améliorer le parcours des personnes concernées par une pathologie duelle 4.05: Structurer l'organisation et le fonctionnement des CMP 9.04: Structurer et renforcer la transition entre pédopsychiatrie et psychiatrie adulte (16-25 ans) 9.05 : Réduire les délais d'accès aux CMP pédopsychiatriques et améliorer la prise en charge initial

Objectifs Stratégiques

- Améliorer l'accès aux soins en santé mentale et la fluidité des parcours, en particulier pour les publics les plus vulnérables et précaires ;
- Améliorer la prise en charge des personnes présentant des troubles psychiques associés à des conduites addictives ;
- Prévenir les situations de crise et de réduire le recours aux urgences.
- Anticiper les transitions (notamment à l'âge adulte) ;
- Renforcer l'orientation plus précoce et coordonnée sur l'ensemble du territoire ;
- Renforcer la prise en charge précoce ;
- Améliorer l'articulation et la collaboration entre les acteurs du sanitaire, du social et du médico-social et notamment dans la gestion des situations complexes
- Réduire les inégalités territoriales.

Leviers de déploiement

- Structuration et lisibilité de l'offre de soins : clarification des modalités d'accès et amélioration de l'orientation vers les CMP ;
- Anticipation et sécurisation des périodes de transition, notamment entre l'adolescence et l'âge adulte, à travers le développement de dispositifs dédiés et le renforcement des liens entre structures ;
- Développement de réponses en amont des crises, alternatives aux urgences, prévention des réhospitalisations et amélioration du suivi dans la durée ;
- Renforcement et essaimage des dispositifs de prise en charge précoce (PEP) ;
- Renforcement des démarches d'aller-vers en direction des publics les plus vulnérables, notamment les personnes en situation de précarité ;
- Renforcement des coopérations entre les équipes de psychiatrie et les structures d'addictologie du territoire
- Développement des collaborations entre le sanitaire et le médico-social dans la gestion des situations complexes
- Valorisation de l'expertise d'usage et participation des personnes concernées et des aidants dans la construction, la mise en œuvre et l'évaluation des actions.

Publics cibles

- Personnes concernées, avec une attention renforcée pour les publics cumulant plusieurs facteurs de vulnérabilités (sociale, situation de handicap physique, vieillissement...)
- Professionnels des services de psychiatrie
- Professionnels de la 1ère ligne (en particulier ceux en lien avec le public vulnérable/ spécialisé)
- Médico-social et social

- Professionnels de l'urgence sociale - Professionnels de l'addictologie - GHT - COP PEP
Les Co-pilotes
À contractualiser au 3ème trimestre 2026.
Les contributeurs
À contractualiser au 3ème trimestre 2026.
Objectifs opérationnels
A définir en GT.
Résultats attendus
A définir dans le cadre du groupe de travail de la fiche action.
Indicateurs de suivi
A définir en GT.
Calendrier prévisionnel
Lancement de la FA au 2ème trimestre 2027 : - mise en place d'un groupe de travail dédié au déploiement de la fiche action.
En +
En lien avec : La fiche de liaison sociale-psychiatrie.



AXE 4 - Soutenir l'inclusion citoyenne

FICHE ACTION 7 – Développer et diversifier l'offre et l'accompagnement pour l'accès et le maintien vers le logement de droit commun

Constats et rappel argumentaire

Le logement constitue un déterminant central de la santé mentale : disposer d'un habitat stable favorise le rétablissement, la continuité des soins et l'inclusion des personnes vivant avec des troubles psychiques.

Disposer d'un logement stable facilite en effet l'accès, la coordination et la continuité des parcours : moins de ruptures, moins de renoncements, meilleure articulation entre soins, accompagnement social et médico-social.

Le logement est aussi un déterminant social majeur. Agir sur l'accès, le maintien et les dispositifs adaptés le bien-être, réduit la stigmatisation et favorise l'inclusion citoyenne.

Les évolutions des pratiques et des organisations en santé mentale, caractérisées par une réduction du recours à l'hospitalisation au profit d'interventions dans la cité et de durées de séjours plus courtes, exigent **des réponses renforcées en matière de logement et d'accompagnement**. Ces réponses doivent pouvoir être mobilisées rapidement, avec un niveau de pertinence et d'adaptation aux besoins, afin d'éviter les ruptures de parcours, les hospitalisations sociales et les situations d'exclusion durable.

Dans ce contexte, les politiques du logement et de l'accompagnement doivent être pensées de manière indissociable, tant pour répondre aux besoins des personnes que pour prévenir les situations de rupture ou des solutions inadéquates.

Données du diagnostic territorial partagé

Freins soulevés	Leviers identifiés
– Saturation du parc social/manque de logements – Stigmatisation à l'accès et au maintien dans le logement – Manque de lisibilité des offres et des ressources – Manque de coordination autour de la personne – Peu de lisibilité et de fluidité dans l'offre – Inégalité territoriale (métropole/département)	– Désstigmatisation, – Formation des professionnels, – Construction d'une stratégie durable de prévention des situations de ruptures.

Dans le cadre des états généraux 38% des personnes concernées ont indiqué des freins à l'accès au logement (délais d'accès, discrimination liée à la situation sociale ou au handicap, aspect financier...)

Lien avec les différents textes de cadrage du territoire

- Plan national psychiatrie et santé mentale : mesure 17
- Feuille de route régionale ARS
- Schéma des solidarités
- PDALHPD/PLAID
- Plan Logement d'abord
- Plan local d'urbanisme et habitat PLUH avec son programme d'orientations et d'actions de l'habitat POAH
- CIA : convention intercommunale du logement
- Le plan partenarial de gestion de la demande et d'information des demandeurs (PPGID).

Descriptif de l'action

Le maintien et l'accès au logement des personnes concernées par des troubles psychiques **nécessitent une meilleure interconnaissance, une culture partagée et une coordination renforcée entre les acteurs du logement et ceux de la santé mentale**, afin de prévenir les ruptures de parcours et de sécuriser les ménages les plus fragiles.

Parallèlement, **le développement de solutions diversifiées, souples et sécurisées** est un levier essentiel pour faciliter le parcours résidentiel de la personne, favoriser son rétablissement et prévenir les hospitalisations prolongées.

Lien avec les 46 actions soumises au vote

6.01 : Améliorer la collaboration et développer une culture commune entre les acteurs du logement et les acteurs de la santé mentale

6.02: Développer et diversifier l'offre et l'accompagnement pour favoriser la transition vers le logement de droit commun.

Objectifs Stratégiques

- Structurer une réponse territoriale coordonnée entre les acteurs du logement et de la santé mentale dans l'accompagnement des personnes pour l'accès, le maintien et le passage vers le logement de droit commun.

Leviers de déploiement

– Développement d’une culture commune entre les acteurs du logement et les acteurs de la santé mentale. – Promotion d’un parcours résidentiel – Lutte contre la stigmatisation (voisinage, bailleurs...) – Elaboration en cours, par la métropole et la commission des financeurs habitat inclusif, d’un diagnostic complet de l’offre de logement partagé pour les publics en situation de handicap et personnes âgées.
Publics cibles
– Les acteurs du logement (bailleurs, acteurs des établissements d’accueil, d’hébergement et d’insertion, foyers, habitats spécifiques...) – Les acteurs de la santé mentale – Publics vulnérables, publics avec un long parcours d’errance.
Focus
– Publics vulnérables, avec une attention renforcée pour les publics cumulant plusieurs facteurs de vulnérabilités (sociale, situation de handicap physique, vieillissement...) – Sorties d’hospitalisation
Les Co-pilotes
À contractualiser au 3ème trimestre 2026.
Les contributeurs
À contractualiser au 3ème trimestre 2026.
Objectifs opérationnels
A définir en GT.
Résultats attendus
A définir dans le cadre du groupe de travail de la fiche action.
Indicateurs de suivi
A définir en GT.
Calendrier prévisionnel
Lancement de la FA au 4ème trimestre 2026 : – mise en place d’un groupe de travail dédié au déploiement de la fiche action
En +
En lien avec :

- CLSM
- Les services d'aide à domicile sont aussi des professionnels qui permettent une limitation des troubles pouvant engendrer des problématiques de voisinage comme l'incurie. Ces professionnels œuvrent notamment dans les pensions de famille, dans les logements sociaux et permettent, malgré leur manque de formation, une stimulation dans les actes de la vie quotidienne de la personne accompagnée.

FICHE ACTION 8 – Favoriser l'accès et le maintien dans l'emploi des personnes vivants avec un trouble psychique

Constats et rappel argumentaire

L'accès et le maintien dans l'emploi constituent un **levier essentiel de rétablissement, d'inclusion socioéconomique et d'autonomie** pour les personnes vivant avec des troubles psychiques. Pourtant, **les parcours restent souvent marqués par des ruptures** (interruption des études, arrêt maladie, inaptitude, désinsertion professionnelle, etc...) des freins multiples et une méconnaissance des ressources existantes.

La priorité 2 du PTSM vise à « permettre l'accès et le maintien des personnes dans le logement, l'emploi et la participation à la vie sociale, en visant en priorité l'inclusion en milieu ordinaire et l'accès aux dispositifs de droit commun, tout en permettant l'accès aux dispositifs dédiés dès lors que le milieu ordinaire n'est pas ou plus adapté ».

Données du diagnostic territorial

Freins soulevés	Leviers identifiés
– Accès et maintien dans l'emploi, – inégalités territoriales, – stigmatisation, – coordination et collaboration	– Déstigmatisation, – formation des professionnels, – travail en réseau, – cadre partenarial
Dans le cadre des états généraux de 2025 , 55% des personnes concernées ont identifié des freins liés à l'accès à l'emploi et 49% à la formation adaptée.	

Lien avec les différents textes de cadrage du territoire

- Feuille de route régionale : objectif 22 ;
- Plan de solidarités métropole ;
- Plan Régional d'Insertion des Travailleurs Handicapés ;
- Plan Régional Santé au Travail Auvergne Rhône-Alpes.

Descriptif de l'action

Cette action vise à **mieux intégrer les enjeux d'emploi et de formation dans les parcours en santé mentale, dès les premiers temps de la maladie ou dès l'entrée dans les soins.**

Elle repose sur le principe de priorité donnée, chaque fois que cela est possible, au maintien ou à l'accès au milieu ordinaire de travail, **en tenant compte du projet professionnel de la personne et en soutenant son maintien dans l'emploi ou en formation. + Veiller aux freins à la mobilité et soutenir les projets de reconversion professionnelle**

Lien avec les 46 actions soumises au vote

7.02: Développer une culture professionnelle orientée rétablissement pour soutenir et favoriser la participation et l'accès aux droits des personnes concernées

8.02: Structurer un accompagnement durable des entreprises pour favoriser l'accès et le maintien dans l'emploi des personnes vivants avec un trouble psychique

8.03: déployer un dispositif de prévention primaire santé mentale & travail

8.04 : Construire un parcours emploi fluide et sécurisé pour les personnes en situation de handicap psychique

8.05: Sécuriser le parcours des personnes sortant d'ESAT/dispositifs d'insertion vers le milieu ordinaire

Objectifs Stratégiques

- Prévenir les ruptures et les pertes de chance dans les parcours professionnels et/ou de formation des personnes vivant avec des troubles psychiques
- Systématiser la prise en compte de la dimension emploi/formation dans les parcours de rétablissement et de soins des personnes concernées ;
- Renforcer la collaboration entre les acteurs de l'emploi et de l'insertion professionnelle et ceux du soin et de l'accompagnement en santé mentale;
- Promouvoir un changement de regard et lutter contre la stigmatisation des troubles psychiques dans les différents milieux de travail et de formation.

Leviers de déploiement

- Intégration du projet professionnel ou de formation dès l'entrée dans le parcours de soins, avec un objectif de maintien dans l'emploi ou en formation tout au long de l'accompagnement.
- Accompagnement des entreprises et des employeurs dans l'accès et le maintien dans l'emploi des personnes vivant avec un trouble psychique.
- Organisation de passerelles sécurisées entre les ESAT et dispositifs d'insertion vers le milieu ordinaire de travail, incluant la mobilisation effective du droit au retour en milieu protégé lorsque cela est nécessaire.
- Organisation d'un cadre territorial de coopération entre les acteurs du soin et de l'insertion, en s'appuyant sur les instances existantes, afin de renforcer les articulations opérationnelles et de favoriser des approches décloisonnées ;
- Développer une adaptation des mesures anticipatives au milieu professionnel.

Publics cibles
Employeurs privés et publics, Structures spécialisées en santé mentale, Professionnels de l'insertion, Personnes concernées
Les Co-pilotes
À contractualiser au 3ème trimestre 2026.
Les contributeurs
À contractualiser au 3ème trimestre 2026.
Objectifs opérationnels
A définir en GT.
Résultats attendus
A définir dans le cadre du groupe de travail de la fiche action.
Indicateurs de suivi
A définir en GT.
Calendrier prévisionnel
Lancement de la FA au 4ème trimestre 2026 : – Identification et contractualisation des co-pilotes ; – mise en place d'un groupe de travail dédié au déploiement de la fiche action.
En +
En lien avec : – Le GTH (Groupe travail et handicap) – Destigmatisation et sensibilisation – ESPAIRS – Repérage précoce – Les pratiques orientées rétablissement – Lever les freins à l'accès aux droits (EMPP) – Coordination de parcours en santé mentale – Plateforme emploi accompagné – CLSM – Working first

FICHE ACTION 9 – Poursuivre les actions de déstigmatisation et de sensibilisation en santé mentale

Constats et 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 diagnostic et d'orientation, à une majoration des souffrances et des troubles, à une auto-stigmatisation des personnes atteintes de troubles psychiques et à des difficultés d'insertion sociale et professionnelle.

La sensibilisation et la formation de la population générale à la santé mentale constituent un levier central de déstigmatisation.

En diffusant des connaissances fiables et en montrant la diversité des parcours et des expériences, ces actions contribuent à transformer le regard porté sur les troubles psychiques pour tendre vers une approche centrée sur la personne et ses capacités.

Cette **évolution des représentations** a des effets concrets sur la vie quotidienne des personnes concernées. **Elle réduit l'isolement social, favorise des relations plus respectueuses et limite les discriminations dans des domaines essentiels comme l'emploi, le logement ou l'accès aux soins.**

Données du diagnostic territorial partagé

Freins soulevés	Leviers identifiés
– Manque de visibilité des actions de prévention, – Méconnaissance des dispositifs et institutions, – Inégalités territoriales, – Manque de stratégie commune définie, – Limites de la formation PSSM	– Formation des professionnels, – Promotion de la santé globale, – Programmes probants de CPS, – Formation Premiers secours en santé mentale
Dans le cadre des états généraux de 2025 : 56,6% déclarent s'être sentis stigmatisés dont auto stigmatisation et stigmatisation des professionnels.	

Lien avec les différents textes de cadrage du territoire

Feuille de route régionale : objectifs 1 et 3.

Descriptif de l'action
Dans un contexte de transformation des parcours en santé mentale, marqué par le développement du repérage précoce, de la prévention et de l'intervention dans la cité, il apparaît indispensable de structurer une stratégie territoriale cohérente, lisible et pérenne de déstigmatisation, fondée sur les recommandations internationales, l'expertise d'usage et la participation des personnes concernées.
Lien avec les 46 actions soumises au vote
5.01 : Mettre en place une stratégie territoriale de déstigmatisation en santé mentale
Objectifs Stratégiques
– Réduire durablement la stigmatisation et l'auto-stigmatisation liées à la santé mentale sur le territoire, en modifiant les représentations, en développant une culture commune de repérage et d'inclusion, et en favorisant la participation active des personnes concernées dans les actions de sensibilisation, de formation et d'information.
Leviers de déploiement
– Développement d'une culture partagée de la santé mentale et du repérage précoce chez les professionnels – Structuration des actions de déstigmatisation fondées sur l'expertise d'usage et les recommandations internationales – Mobilisation des citoyens, du grand public et des jeunes par des actions territoriales coordonnées et accessibles – Structurer et animer un réseau territorial de personnes concernées, de pairs-aidants et de citoyens volontaires, formés à intervenir dans des actions de sensibilisation ; – Encourager et valoriser le partage des récits de vie des personnes concernées (Bibliothèques vivantes) – Poursuivre le développement des formations PSSM (Premiers Secours en Santé Mentale).
Publics cibles
– Population générale, – Professionnels du sanitaire ; du social ; du médico-social ; acteurs de l'enseignement ; animateurs en éducation pour la santé ; – collectivités / acteurs de proximité, CLSM
Les Co-pilotes
À contractualiser au 3ème trimestre 2026.

Les contributeurs
À contractualiser au 3ème trimestre 2026.
Objectifs opérationnels
A définir en GT.
Résultats attendus
A définir dans le cadre du groupe de travail de la fiche action.
Indicateurs de suivi
A définir en GT.
Calendrier prévisionnel
Lancement de la FA au 3ème trimestre 2026 : – identification et contractualisation des co-pilotes ; – mise en place d'un groupe de travail dédié au déploiement de la fiche action.
En +
En lien avec : - Les semaines d'information en santé mentale (SISM) - les ambassadeurs en santé mentale

FICHE ACTION 10 – Favoriser, garantir et lever les freins à l'accès aux droits des personnes concernées

Constats et rappel argumentaire

L'accès effectif aux droits constitue un déterminant majeur de la santé mentale, du rétablissement et de l'inclusion sociale des personnes concernées par des troubles psychiques. Sur le territoire, **de nombreux constats partagés font état d'un non-recours et d'une méconnaissance des droits** tant par les personnes concernées que par les professionnels, **de pratiques professionnelles hétérogènes, d'une persistance des pratiques restrictives de liberté** notamment le recours à la contention et l'isolement. Cette situation se traduit par une atteinte à l'exercice de la citoyenneté des individus concernés.

Dans ce contexte, le territoire s'engage à **structurer une action ambitieuse visant à garantir l'effectivité des droits, à transformer les pratiques professionnelles et à faire de l'accès aux droits un levier central du rétablissement.**

Données du diagnostic territorial

Freins soulevés	Leviers identifiés
– Manque de connaissances, suivi et l'accompagnement, – manque de ressources, inégalités territoriales – La complexité administrative pour accéder aux droits ;	– Formation des professionnels, coordination et collaboration, – développement du pouvoir d'agir,
Recueil des données des états généraux - freins identifiés : 73% des répondants ont une connaissance partielle ou faible de leur droits et 47% rencontrent des difficultés dans l'accès aux droits	

Lien avec les différents textes de cadrage du territoire

Descriptif de l'action
Cette fiche action consiste à mieux structurer l'information sur les droits, à renforcer la coordination entre professionnels et à systématiser l'évaluation sociale afin de repérer plus précocement les besoins et limiter les situations de non-recours. Elle s'inscrit également dans une dynamique territoriale plus large visant à réduire les pratiques coercitives et à renforcer le pouvoir d'agir des personnes dans leurs parcours.
Lien avec les 46 actions soumises au vote
3.01: Faire du territoire un territoire pilote de la moindre coercition en France 5.02 : Organiser et faciliter l'accès à l'information sur les droits des personnes concernées 5.03: Mise en place d'une Communauté de pratiques (COP) autour de l'accès aux droits 5.04 : Systématiser l'évaluation sociale pour l'accès aux droits
Objectifs Stratégiques
– Favoriser, garantir et lever les freins à l'accès aux droits des personnes concernées par des troubles psychiques ; – Renforcer le pouvoir d'agir et l'autonomie des personnes en faisant de l'accès aux droits un levier du rétablissement ; – Améliorer la coordination territoriale autour des situations nécessitant un accompagnement aux droits ; – Développer une approche précoce et systématique de l'évaluation des besoins sociaux dans les parcours en santé mentale ; – Contribuer à la réduction des pratiques coercitives en favorisant des parcours fondés sur les droits, l'information et le consentement.
Leviers de déploiement
– Structuration et diffusion de l'information sur les droits des personnes concernées, via des supports accessibles, des points relais identifiés et des outils favorisant l'autonomie et le pouvoir d'agir ; – Systématisation de l'évaluation sociale précoce dans les parcours en santé mentale, intégrant les besoins liés aux droits dès l'entrée dans le parcours de soins ou d'accompagnement ; – Renforcement de la formation et de la sensibilisation des professionnels aux droits des personnes, au pouvoir d'agir et à la prévention des situations de non-recours ou de rupture de droits ; – Transformation des pratiques et réduction des mesures restrictives de liberté ; – Décloisonnement sanitaire, social, médico-social et juridique ; – Développer la prescription sociale.
Publics cibles

- Les personnes concernées, avec une attention renforcée pour les publics cumulant plusieurs facteurs de vulnérabilités (sociale, situation de handicap physique, vieillissement...)
- Les professionnels du sanitaire ; du social ; du médico-social,
- les professionnels du droit commun

Les Co-pilotes

À contractualiser au 3ème trimestre 2026

Les contributeurs

À contractualiser au 3ème trimestre 2026.

Objectifs opérationnels

A définir en GT.

Résultats attendus

A définir dans le cadre du groupe de travail de la fiche action.

Indicateurs de suivi

A définir en GT.

Calendrier prévisionnel

Lancement de la FA au 2ème trimestre 2027 :

- mise en place d'un groupe de travail dédié au déploiement de la fiche action.

En +



AXE 5 - Garantir la continuité des parcours particulièrement lors des transitions

FICHE-ACTION 11 - Déployer une Communauté de Pratiques (COP) autour de la coordination des parcours complexes

Constats et rappel de l'argumentaire

Parmi les 6 priorités des PTSM, la priorité 2 vise à garantir que toute personne vivant avec des troubles psychiques puisse bénéficier d'un accompagnement continu, cohérent et adapté, tout au long de son parcours de vie et de soins. Dans une approche orientée rétablissement, le projet de vie de la personne constitue un fil conducteur qui implique de mobiliser, précocement et autant de fois que nécessaire, l'ensemble des ressources nécessaires à son inscription dans une dynamique durable de rétablissement.

Le parcours doit être élaboré en associant l'ensemble des acteurs concernés, précoce, construit collectivement et personnalisé en tenant compte des besoins, des ressources et des choix de la personne. Cette démarche nécessite des ressources de coordination, du partage d'informations et de la coopération, dans une logique horizontale entre acteurs.

La coordination de parcours est un levier central à l'amélioration des parcours complexes.

Les travaux de la première génération du PTSM ont permis de consolider :

- La posture professionnelle orientée rétablissement,
- L'articulation des acteurs autour des situations de vie complexes (sorties d'hospitalisation, transitions adolescents/adultes, comorbidités, situations de rupture, manifestations comportementales, etc.).

Malgré les avancées grâce à la mise en place des dispositifs/services de coordination (DAC, Communauté 360, SAMSAH rétablissement, PCPE Handicap Psychique, fonctions de case management...), des **limites persistent** :

- Des dispositifs parfois empilés et insuffisamment articulés,
- Une coordination encore largement dépendante de l'interconnaissance plutôt que d'une culture commune partagée,
- Des réponses trop souvent sectorielles face à des situations transversales,
- Un sentiment d'isolement des professionnels, y compris dans les situations les plus complexes.

Données du diagnostic territorial

Freins soulevés	Leviers identifiés
– La multiplicité des acteurs – Manque de lisibilité de l'offre, associée à la méconnaissance des structures entre elles. – Une difficulté/mauvaise coordination des acteurs autour de la personne pour la prise en charge des situations complexes (fonctionnement en silo et imperméabilité entre les dispositifs d'accompagnement et de droit commun) – La lourdeur administrative – Le changement des pratiques, orientées rétablissement (résistance au changement, manque de culture commune)	– Travail en réseau et stratégie durable sur les périodes de transition et/ou ruptures – Articulation des parcours, découloisonnement.

Lien avec les différents textes de cadrage du territoire
– Cahier des charges des Communautés 360, des Communautés Professionnelles territoriales de santé, DAC, SAMSAH, PCPE – Cahier des charges des CLSM

Descriptif de l'action
Une communauté de pratiques professionnelles (CoP) est un collectif d'acteurs partageant un champ d'intervention commun et s'engageant dans une dynamique d'apprentissage mutuel, d'échange de pratiques et de co-construction de solutions face à des problématiques professionnelles partagées. Dans notre contexte, il s'agit de concevoir, structurer et animer une communauté de pratiques sur la coordination de parcours de vie complexes en santé mentale, impliquant des situations de handicap psychique et nécessitant l'intervention conjointe d'acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, de personnes concernées, de proches et de pair-aidants, d'experts et d'intervenants externes. Cette communauté est conçue comme un espace horizontal, ouvert et collaboratif.
Lien avec les 46 actions soumises au vote
1.01 : Déployer une Communauté de Pratiques (COP) autour de la coordination des parcours complexes

Objectifs Stratégiques
Améliorer la qualité, la continuité et la cohérence des parcours de vie complexes en santé mentale par : – le développement d’une culture partagée de la coordination et du décroisement (résolution collective de problèmes en dépassant les enjeux propres aux institutions), – l’accompagnement des changements des pratiques professionnelles, (formation, notamment au case management) ; – le soutien coordonné de situations complexes de personnes concernées – le rôle central des Dispositifs d’Appui à la Coordination dans l’accompagnement des parcours complexes, et l’étayage nécessaire des DAC par les experts de la santé mentale.
Leviers de déploiement
– développement d’un socle partagé de valeurs, de repères et de références communes entre acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux. – promotion de l’analyse collective de situations complexes, le partage d’expériences et l’expérimentation de nouvelles modalités de coordination. – promotion de l’interconnaissance, la confiance et les liens opérationnels entre acteurs du territoire autour des parcours complexes ; – S’appuyer sur les cases managers existants.
Publics cibles
– Professionnels sanitaires, sociaux, médico sociaux – Pair aidants – Personnes concernées et entourage, notamment personnes concernées par des troubles psychiques dont le parcours est à risque de ruptures (sorties d’hospitalisation, transition enfant/adulte/personnes âgées, sans-abri...).
Les Co-pilotes
À contractualiser au 3ème trimestre 2026.
Les contributeurs
À contractualiser au 3ème trimestre 2026.
Objectifs opérationnels
A définir en GT.
Résultats attendus
A définir dans le cadre du groupe de travail de la fiche action.
Indicateurs de suivi
A définir en GT

Calendrier prévisionnel

Lancement de la fiche action au 3ème trimestre 2026 :

- identification et contractualisation des co-pilotes ;
- mise en place d'un groupe de travail dédié au déploiement de la fiche action.

En +

Focus :

- Publics vulnérables, spécifiques
- Comorbidités
- Problématiques de logement, d'emploi
- Case managers

En lien avec :

- L'UDCCAS
- ADISCO (Articulation des Dispositifs de Coordination des situations complexes)

FICHE-ACTION 12 – Structurer un parcours territorial de santé mentale périnatale

Constats et rappel argumentaire

La santé mentale périnatale recouvre l'ensemble des troubles psychiques susceptibles de survenir **pendant la grossesse et jusqu'à un an après la naissance** : dépression périnatale et post-partum, troubles anxieux, troubles du lien parent-bébé...

Ces troubles ont des **conséquences majeures et durables** sur la santé psychique des parents, le développement émotionnel et cognitif de l'enfant, la qualité des interactions précoces et la dynamique familiale.

Sur le plan épidémiologique :

- environ **20 % des femmes** développent un trouble psychique au cours de la période périnatale ;
- **0,5 %** présentent des troubles psychiatriques sévères justifiant une hospitalisation ;
- **environ 5 %** présentent des troubles psychiatriques majeurs pouvant relever d'une prise en charge ambulatoire spécialisée.

Au-delà des impacts humains, les troubles psychiques périnataux non traités représentent un **enjeu socio-économique majeur**, comme l'illustre une étude britannique estimant leur coût global à **8,1 milliards de livres** pour les mères et leurs enfants.

Les recommandations de la HAS soulignent que **plus de la moitié des troubles psychiques périnataux ne sont pas repérés** et qu'une large majorité des femmes concernées ne bénéficie pas d'une prise en charge adaptée.

Données du diagnostic territorial

Freins soulevés	Leviers identifiés
– Manque de connaissances de la santé mentale périnatale, – Manque de visibilité des actions de prévention et de l'offre existante – Faible coordination, et connaissance et collaboration insuffisante des acteurs	– Formation des professionnels, – Communication, – Structuration d'un travail en réseau et partenarial,

Lien avec les différents textes de cadrage du territoire

- Les 1000 premiers jours- La où tout commence
- Feuille de route régionale Santé mentale en Auvergne Rhône-Alpes, Action 4
- Feuille de route nationale Santé mentale et psychiatrie, action 10
- Schémas des solidarités de la Métropole et du Département.

Descriptif de l'action

Cette action vise à **structurer un parcours territorial coordonné en santé mentale périnatale**, articulant la prévention, le repérage précoce, l'orientation et la prise en charge des vulnérabilités psychiques parentales et infantiles.

L'objectif est de garantir une **continuité de parcours fluide et lisible entre les acteurs de la périnatalité** (maternité, PMI, médecine de ville, psychiatrie périnatale, pédiatrie, secteur médico-social et protection de l'enfance), tout en **renforçant les actions de prévention et de soutien à la parentalité**.

Ce parcours s'appuie également sur des **actions "aller-vers"** les publics les plus éloignés du soin, ainsi que sur des espaces de coordination et de concertation entre professionnels.

Lien avec les 46 actions soumises au vote

9.01: Structurer un parcours territorial de santé mentale périnatale

9.02: Programme territorial coordonné de prévention et de promotion de la santé mentale périnatale durant les 1000 premiers jours

Objectifs Stratégiques

- Améliorer le repérage précoce des vulnérabilités psychiques pendant la grossesse et le post-partum.
- Renforcer la prévention et la promotion de la santé mentale périnatale dès les 1000 premiers jours.
- Garantir un accès rapide et adapté aux soins spécialisés et aux dispositifs de soutien.
- Assurer la continuité du suivi et prévenir les ruptures de parcours, notamment à la sortie d'hospitalisation.
- Soutenir le développement émotionnel, relationnel et cognitif de l'enfant en renforçant le lien parent-bébé.
- Améliorer la coordination des acteurs de la périnatalité l'articulation avec les acteurs de la protection de l'enfance,
- Réduire les inégalités sociales et territoriales d'accès aux soins, en particulier pour les publics en situation de précarité ou d'isolement.

– Développer la psychiatrie périnatale sur l'ensemble du territoire
Leviers de déploiement
– Organisation du parcours et coordination des acteurs – Repérage précoce et orientation – Prévention et soutien à la parentalité – Formation des professionnels
Publics cibles
– Établissements sanitaires, GHT, médecine de ville, CAMSP – Personnes concernées ,entourage, femmes, parents et nourrissons ; avec une attention renforcée pour les publics cumulant plusieurs facteurs de vulnérabilités (sociale, situation de handicap physique, vieillissement...) – CLSM, Partenaires ASE, éducatif, PMI et judiciaire
Les Co-pilotes
A contractualiser au 3ème trimestre 2026
Les contributeurs
A contractualiser au 3ème trimestre 2026
Objectifs opérationnels
A définir en GT.
Résultats attendus
A définir dans le cadre du groupe de travail de la fiche action.
Indicateurs de suivi
A définir en GT.
Calendrier prévisionnel
Lancement de la fiche action au 1er trimestre 2027 : – mise en place d'un groupe de travail dédié au déploiement de la fiche action.
En +

FICHE-ACTION 13 - Définir une stratégie globale et transversale pour la santé mentale des jeunes

Constats et rappel argumentaire

L'adolescence et l'entrée dans l'âge adulte constituent des périodes charnières du développement, augmentant la vulnérabilité psychique, sans relever nécessairement d'un trouble psychiatrique avéré, mais exposant à des situations de souffrance psychologique nécessitant repérage et accompagnement précoce.

Les données récentes montrent une augmentation significative des troubles anxieux et dépressifs, du mal-être psychologique et des conduites à risque, et donc une dégradation préoccupante de la santé mentale des adolescents et des jeunes adultes, notamment depuis la crise sanitaire.

Cette situation s'est accentuée ces dernières années sous l'effet de facteurs multiples: isolement social, pression scolaire et professionnelle, incertitudes liées à l'avenir, précarité, usage intensif des réseaux sociaux et difficultés d'accès aux soins.

Sur le plan national, 14 % des collégiens et 15 % des lycéens présentent un risque élevé de dépression, et plus de 20 % des 18-29 ans ont connu un épisode dépressif au cours des 12 derniers mois, avec une hausse marquée depuis 2019.

Dans la région Auvergne-Rhône-Alpes, près d'1 jeune sur 4 (18-24 ans) déclarait des symptômes dépressifs en 2022, avec des niveaux plus élevés dans les départements urbains, dont le Rhône. Et les 15-24 ans constituent le deuxième groupe d'âge le plus touché par le suicide dans la région, après les 25-34 ans

Par ailleurs, les hospitalisations pour tentatives de suicide chez les jeunes ont augmenté de 16,6 % en cinq ans, touchant particulièrement les adolescentes et jeunes femmes.

Le Rhône fait partie des départements où le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide chez les 15-24 ans est supérieur à la moyenne nationale

En Auvergne-Rhône-Alpes, 40 % des passages aux urgences pour gestes suicidaires concernent les moins de 25 ans

Dans le même temps, près d'un million de jeunes ont été remboursés pour des psychotropes en 2023, révélant des besoins croissants face à une offre de soins encore insuffisante.

Il s'agit d'un enjeu majeur, au cœur des préoccupations sociétales, qui sera évolutif en fonction de la mutation de cette problématique et nécessitera une capacité d'adaptation des actions du PTSM 2 sur les 5 ans à venir.

Données du diagnostic territorial

Freins soulevés	Leviers identifiés
– Craintes liées à la stigmatisation, – Manque de connaissances de l'offre existante et difficultés d'accès aux différentes ressources – Délais d'accès très longs – Absence de continuité de parcours	– Promotion des formations PSSM – Promotion de la santé globale – Articulation des parcours

Lien avec les différents textes de cadrage du territoire
– Feuille de route nationale Santé mentale et psychiatrie ; – Feuille de route régionale Santé mentale en Auvergne Rhône-Alpes objectifs 26, 27 et 28 ; – Schémas des solidarités de la Métropole et du Département.

Descriptif de l'action
Cette fiche action vise à construire et déployer une stratégie territoriale intégrée, globale et transversale en agissant sur la prévention, la stigmatisation, le repérage précoce, orientation et la continuité des parcours. Elle accorde une attention particulière aux jeunes en situation de vulnérabilité, notamment les jeunes aidants confrontés à la maladie psychique d'un proche, ainsi qu'aux enjeux de prévention du suicide. L'objectif est de favoriser une meilleure compréhension de la santé mentale, de faciliter l'expression des difficultés, et de permettre un repérage et une orientation précoces.
Lien avec les 46 actions soumises au vote
2.06 : Co-construire une stratégie territoriale de prévention de la crise suicidaire chez les jeunes 7.08 : Structurer une politique de repérage et d'accompagnement des jeunes proches en santé mentale - dispositif Les Funambules 9.07: Déstigmation auprès des jeunes / Programme La tête haute 9.08: Déployer une stratégie territoriale de développement des compétences psychosociales (CPS) chez les enfants et les jeunes

Objectifs Stratégiques
– Promouvoir une culture positive de la santé mentale chez les jeunes, en renforçant les compétences psychosociales et les facteurs de protection. – Prévenir les situations de mal-être, de crise et le risque suicidaire par des actions de repérage et d'intervention précoce ; – Lutter contre la stigmatisation des troubles psychiques ; – Améliorer le repérage, l'orientation et l'accès aux ressources adaptés dès le plus jeune âge, notamment pour les jeunes en situation de vulnérabilité, et les jeunes aidants ; – Sécuriser les parcours, notamment lors des périodes de transition (adolescence/jeunes adultes) ; – Réduire les inégalités territoriales et sociales.
Leviers de déploiement
– Prévention et promotion de la santé mentale – Développement des compétences psycho-sociales (CPS) – Déstigmatisation et participation des personnes concernées – Continuité des parcours adolescents/jeunes adultes et coordination des parcours
Publics cibles
- Adolescents et jeunes adultes (12-25 ans) - Entourage (parents, proches, aidants) - Professionnels (sanitaire, médico-social, social, éducatif, jeunesse, insertion, ASE, PMI)
Les Co-pilotes
À contractualiser au 3ème trimestre 2026.
Les contributeurs
À contractualiser au 3ème trimestre 2026.
Objectifs opérationnels
A définir en GT.
Résultats attendus
A définir dans le cadre du groupe de travail de la fiche action.
Indicateurs de suivi
A définir en GT.
Calendrier prévisionnel
Lancement de la fiche action au 1er trimestre 2027 :

- mise en place d'un groupe de travail dédié au déploiement de la fiche action.

En +

FICHE-ACTION 14 - Définir une stratégie globale et transversale pour la santé mentale des personnes âgées

Constats et rappel argumentaire

En France, le vieillissement de la population constitue une évolution démographique majeure. Au 1^{er} janvier 2026, près de **19,6 millions de personnes ont 60 ans ou plus**, soit près de **trois Français sur dix**, 22% de la population a **65 ans et +**, 11% a **75 ans et plus**.

Les personnes âgées présentent des **vulnérabilités psychiques spécifiques, souvent sous-repérées et insuffisamment prises en compte**, alors même que les troubles psychiques, la souffrance psychologique et l'isolement social sont fréquents à ces âges de la vie.

La santé mentale des personnes âgées est étroitement liée à de nombreux facteurs : perte d'autonomie, maladies chroniques, troubles cognitifs, deuils, ruptures sociales, précarité, isolement, sentiment d'inutilité sociale, changements de lieu de vie (entrée en EHPAD, hospitalisation), ou encore épuisement des aidants.

Ces situations peuvent favoriser l'apparition ou l'aggravation de troubles anxieux et dépressifs, de conduites suicidaires, de troubles du comportement ou de pathologies psychiatriques chroniques.

En France, environ **14 % à 16 % des personnes âgées** présentent un trouble mental, principalement dépressif ou anxieux, 2 millions des personnes âgées sont en situation d'isolement, dont 750 000 en situation de "mort sociale" (Baromètre Solitude et Isolement des personnes de 60 ans et plus – Petits frères des Pauvres) ; la population de plus de 65 ans concentrent plus de **30 % des décès par suicide**, avec un taux de suicide particulièrement élevé chez les hommes de 75 ans et plus.

Données du diagnostic territorial

Freins soulevés	Leviers identifiés
– Absence de continuité de parcours – Forte hétérogénéité territoriale – Épuisement et souffrance des aidants	– Promotion de la santé globale, – Formation des professionnels de la 1^{ère} ligne

Lien avec les différents textes de cadrage du territoire

- Stratégie Bien vieillir

- Feuille de route nationale Santé mentale et psychiatrie (action 8)
- Feuille de route régionale Santé mentale en Auvergne Rhône-Alpes (objectif 2)

Descriptif de l'action

L'action vise à **structurer à l'échelle du territoire une stratégie globale et transversale articulant prévention, repérage précoce, accompagnement psychosocial, accès aux soins et coordination des parcours**, en lien étroit avec les politiques du grand âge, de l'autonomie et de l'inclusion sociale.

Concrètement, il s'agira de :

- Construire un diagnostic centré sur la santé mentale
- Élaborer une feuille de route territoriale « santé mentale et personnes âgées »
- Fédérer et coordonner les acteurs et développer une culture commune autour de la santé mentale de la personne âgée
- Renforcer et initier des actions structurantes, en lien avec les politiques du grand âge.

Cette action vise également à organiser une réponse territoriale spécifique à la question du vieillissement et de son impact sur la santé mentale.

Objectifs Stratégiques

- Améliorer le repérage précoce de la souffrance psychique des personnes âgées.
- Fluidifier et sécuriser les parcours de soins et d'accompagnement.
- Renforcer la coordination entre acteurs sanitaires, médico-sociaux, sociaux et citoyens.
- Lutter contre l'isolement, la stigmatisation et les ruptures de parcours.
- Soutenir les aidants, professionnels et proches.
- Réduire les inégalités territoriales
- Diminuer les impacts du vieillissement sur la santé mentale

Leviers de déploiement

- Prévention et promotion de la santé mentale tout au long du vieillissement
- Repérage précoce de la souffrance psychique et des situations de vulnérabilité
- Amélioration des parcours et coordination des acteurs

Publics cibles

Les personnes âgées, les aidants et proches.

Professionnels (sanitaire, médico-social, social, grand âge)

GHT
Les caisses de retraites, filières gérontologiques, Dispositifs d'appui à la coordination)
Les Co-pilotes
À contractualiser au 3ème trimestre 2026.
Les contributeurs
À contractualiser au 3ème trimestre 2026.
Objectifs opérationnels
A définir en GT.
Résultats attendus
A définir dans le cadre du groupe de travail de la fiche action.
Indicateurs de suivi
A définir en GT.
Calendrier prévisionnel
Lancement de la fiche action au 2ème trimestre 2027 : – Mise en place d'un groupe de travail dédié au déploiement de la fiche action.
En +
En lien avec : - UDCCAS - CFPA



AXE 6 - Améliorer la lisibilité des ressources

FICHE-ACTION 15 – Développer la lisibilité et les espaces ressources en santé mentale

Constats et rappel argumentaire

Sur le territoire, l'offre en santé mentale – tant en matière de soins que d'accompagnement et d'accès aux droits – est **riche mais morcelée, évolutive** et **inégalement connue des acteurs**, des personnes concernées et de leurs proches.

Les travaux des groupes thématiques du PTSM ont mis en évidence, de manière transversale, un **manque de visibilité et de lisibilité des actions et dispositifs existants**, limitant :

- l'accès effectif aux soins et aux droits,
- la continuité et la sécurisation des parcours,
- la coopération entre acteurs.

Dans un contexte de **transformations permanentes de l'offre** (dispositifs expérimentaux, évolutions de périmètre, nouvelles modalités d'intervention), l'absence d'un outil partagé et actualisé ne permet ni une lecture territoriale commune, ni une approche prospective.

La **cartographie territoriale des ressources en santé mentale** constitue à ce titre un **levier structurant**, à la fois opérationnel et stratégique, pour améliorer la lisibilité des parcours, outiller les professionnels, soutenir les personnes concernées et éclairer la planification territoriale.

La mise en place d'un Observatoire territorial de Santé Mentale permettrait à la fois de disposer de données fiabilisées d'analyse du territoire et de ses inégalités et également de mesurer les impacts du PTSM 2 et de ses 15 fiches actions.

Données du diagnostic territorial

Freins soulevés	Leviers identifiés
– Manque de visibilité des actions de prévention – Méconnaissance des dispositifs et institutions – Accès complexe à l'information pour les professionnels et le public	– Réalisation d'une cartographie – Données populationnelles prospectives – Demande forte des acteurs du territoire

Lien avec les différents textes de cadrage du territoire

- Feuille de route régionale Santé mentale en Auvergne Rhône-Alpes,
- Schémas des solidarités de la Métropole et du Département.
- Cahier des charges de la Communauté 360

Descriptif de l'action

L'action vise à **concevoir, structurer et déployer une cartographie territoriale partagée des ressources en santé mentale**, couvrant l'ensemble du champ :

- soins,
- accompagnement médico-social et social,
- prévention,
- accès aux droits.

La cartographie permettra d'abord :

- une **vision claire, structurée et actualisée** de l'ensemble des ressources disponibles ;
- l'identification des ressources par typologie, territoire, public, modalités d'intervention ;

Cette démarche constitue également une **première étape vers la structuration d'un observatoire territorial de la santé mentale**, avec :

- une meilleure compréhension des **zones de fragilité, des manques et des tensions** ;
- Une analyse des inégalités territoriales pouvant servir d'aide à la décision du COPIL ;
- la production et l'exploitation de **données utiles à l'aide à la décision et à la planification**.

Lien avec les 46 actions soumises au vote

5.06 Produire une cartographie actualisée et partagée entre acteurs

Objectifs Stratégiques

- Améliorer la visibilité, la lisibilité et l'accessibilité de l'offre en santé mentale (soins, accompagnement, accès aux droits)
- Faire de la cartographie un vecteur de coopération entre acteurs,
- Produire et structurer des données partagées en santé mentale
- in fine, mettre en place un observatoire territorial pour identifier les besoins émergents, repérer les zones de fragilité ou les manques dans l'offre, contribuer à la planification territoriale, et éclairer les décisions

Leviers de déploiement

- Lisibilité et accessibilité des parcours en santé mentale
- Décloisonnement des acteurs et coordination territoriale

- Accès aux droits et information de l'ensemble des parties prenantes
- Structuration et exploitation des données existantes et manquantes
- Ouverture à des usages plus avancés de la cartographie par l'analyse des flux, le repérage des tensions, l'anticipation des évolutions démographiques, l'intégration de données qualitatives.

Publics cibles

- Professionnels sanitaires, médico-sociaux, sociaux et associatifs
- Personnes concernées par des troubles psychiques
- Proches et aidants
- FLAURA

Les Co-pilotes

À contractualiser au 3ème trimestre 2026.

Les contributeurs

À contractualiser au 3ème trimestre 2026.

Objectifs opérationnels

A définir en GT.

Résultats attendus

A définir dans le cadre du groupe de travail de la fiche action.

Indicateurs de suivi

A définir en GT.

Calendrier prévisionnel

Lancement de la fiche action au 1er trimestre 2027 :

- Mise en place d'un groupe de travail dédié au déploiement de la fiche action.

En +



Structuration de la gouvernance du PTSM 2

FICHE ACTION 16 - Structuration de la Gouvernance PTSM 2

Le parti pris de formaliser la gouvernance du PTSM 2 sous forme de fiche action permet, dans un premier temps, de structurer clairement le cadre organisationnel. Cela implique de définir et de décrire les différentes instances, leurs missions ainsi que les liens qui les unissent, avec pour objectif de mieux clarifier le rôle de chacune au sein de l'écosystème.

Dans un second temps, sur le plan stratégique, cette fiche positionne la structuration de la gouvernance comme une priorité, s'articulant avec les autres fiches actions. Elle a également pour fonction d'assurer l'articulation entre la stratégie, le pilotage et la mise en œuvre opérationnelle.

Contexte et enjeux

Dans le cadre de l'élaboration de la deuxième génération du PTSM 69 des travaux ont été menés (questionnaire pilotes, GT sur la gouvernance, concertation avec le COPIL PTSM1) pour co construire un modèle de gouvernance adapté à la dimension multi acteur du projet, permettant d'être opérationnel dans son pilotage stratégique-politique, dans son pilotage opérationnel et dans l'animation et suivi du déploiement des actions.

L'instruction ministérielle de décembre 2025⁵ sur le PTSM 2 rappelle les niveaux de gouvernance souhaités :

- 1- Acteurs institutionnels et stratégie territoriale (les directions des différentes politiques publiques, élus locaux ou représentants des collectivités, les organismes de protection sociale, CTS, CSSM, etc...). Cette instance a pour objectif de traiter des besoins identifiés, des projets émergents et de l'avancement des actions. Elle permettrait de consolider la stratégie territoriale par les engagements contractuels et financiers de chaque acteur ;
- 2- Pilotage du projet et suivi de sa mise en œuvre (COPIL PTSM) ;
- 3- Instance de déclinaison opérationnelle des actions prévues par le PTSM et de co-animation du réseau (Instance d'animation des pilotes) ;
- 4- La participation des personnes concernées (via le collectif des personnes concernées du PTSM69).

⁵ <https://bulletins-officiels.social.gouv.fr/instruction-ndeg-dgosp3dgssp4dgcssd3bdmsmp2025129-du-1er-decembre-2025-relative-lactualisation-des-projets-territoriaux-de-sante-mentale>

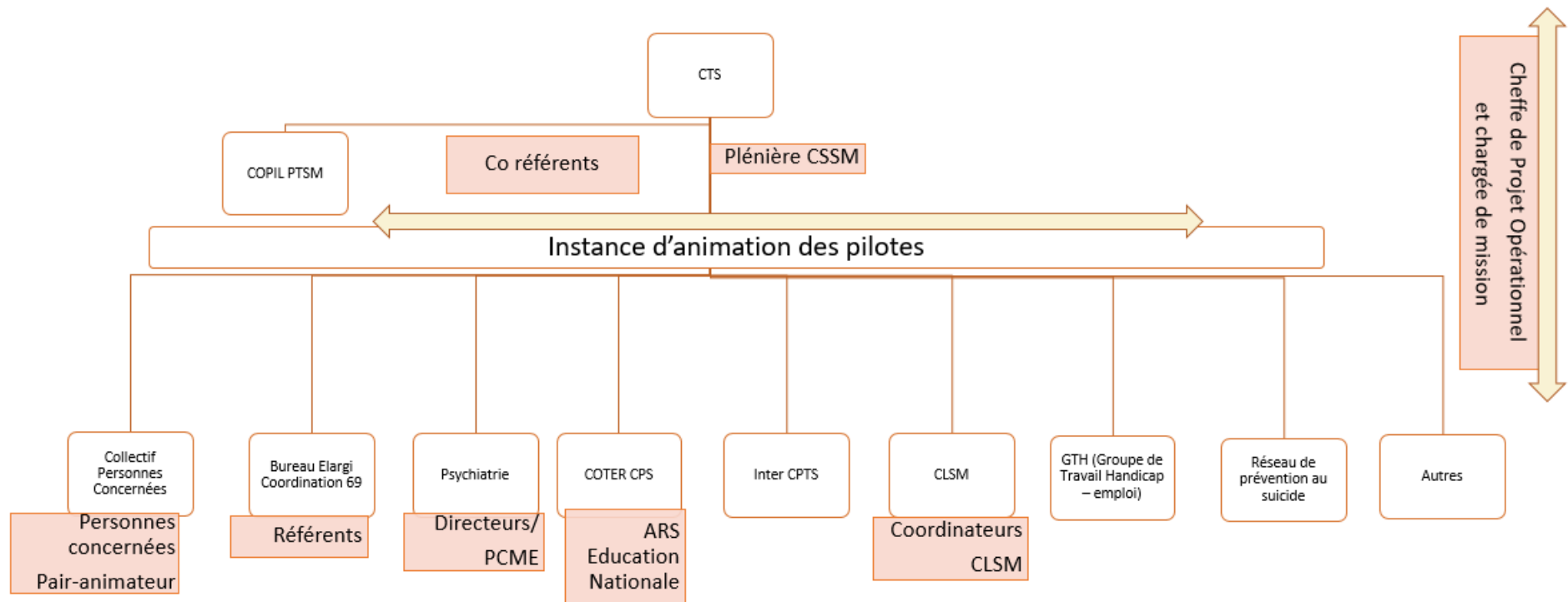
De plus, ce document relève également l'importance de l'articulation entre PTSM et les différents dispositifs du territoire (par ex. : le CTS et sa CSSM ; les CLSM, les CPTS, les DAC et communauté 360, et d'autres).

Concernant le mode de gouvernance, les constats issus des questionnaires des pilotes, des retours de l'équipe projet et de l'atelier du 20 novembre 2025 mettent en évidence plusieurs besoins : améliorer la lisibilité du dispositif, simplifier son organisation en distinguant mieux les fonctions stratégiques et opérationnelles, et renforcer les liens avec les CLSM et les politiques locales à l'échelle des territoires. Ils soulignent également la nécessité de mieux articuler les différentes instances, de clarifier le rôle des pilotes et de favoriser davantage de transversalité et de mobilisation entre eux.

Dans ce contexte, un modèle tend à se dessiner, avec la poursuite de la priorité donnée à la place des personnes concernées et une meilleure articulation avec les instances territoriales existantes.

Objectifs
La gouvernance du PTSM 2 vise à renforcer le pilotage stratégique du dispositif, notamment en redonnant toute sa place au COPIL, et à garantir la participation effective des personnes concernées, en lien avec le collectif du PTSM. Elle a pour objectif de mettre en place une gouvernance territoriale intégrée et articulée, permettant : • la coordination des acteurs ; • une communication fluide, ascendante et descendante, autour des pratiques ; • un ancrage renforcé dans les territoires ; • le déploiement des actions du PTSM ; • leur suivi et leur évaluation ; • la prise de décisions pour le pilotage global du projet
Objectifs Stratégiques
• Identifier et, si nécessaire, structurer des instances thématiques (logement, emploi, crise, etc.) ; • Assurer l'articulation entre les niveaux stratégique, tactique et opérationnel ; • Garantir le suivi des fiches actions et des feuilles de route ; • Favoriser la co-responsabilité des acteurs ainsi que l'autonomie des différentes instances.

Présentation du modèle de gouvernance du PTSM 2



Typologie des instances de la gouvernance du PTSM 2

Le CTS

Les Conseils territoriaux de santé⁶ (CTS) sont des instances départementales au service de la démocratie sanitaire. Ils regroupent les partenaires locaux professionnels, institutionnels et associatifs, dans le but de mieux cerner les besoins des territoires en matière de santé.

Rôles et missions des Conseils territoriaux de santé (CTS)

Un Conseil territorial de santé :

- Veille à conserver la spécificité des dispositifs et démarches locales
- Participe à la réalisation du diagnostic territorial partagé
- Contribue au projet régional de santé
- Est informé des créations de plates-formes territoriales d'appui à la coordination et contribue à leur suivi
- Est associé à la mise en œuvre du pacte territoire santé
- Donne un avis sur le projet territorial de santé mentale
- Dispose d'une compétence expérimentale (art. 158)
- Peut faire au Directeur général de l'Agence régionale de santé toute proposition pour améliorer la réponse aux besoins de la population sur le territoire, notamment sur l'organisation des parcours de santé
- Peut être saisi par le Directeur général de l'Agence régionale de santé sur toute question relevant de ses missions prévues dans la loi.

Un CTS se réunit en assemblée plénière et comporte également un Bureau et 2 commissions :

- Une Commission spécialisée en santé mentale (CSSM)
- Une Formation spécifique organisant l'expression des usagers (FSOEU) et intégrant la participation des personnes en situation de pauvreté ou de précarité.

Le PTSM 69 s'appuie sur le Comité Territorial de Santé (CTS) et sa Commission spécialisée en santé mentale (CSSM), qui constituent des instances structurantes de sa gouvernance. À ce titre, ils participent à l'ancrage territorial du PTSM et à son articulation avec les politiques de santé portées par l'ARS.

Dans le cadre du nouveau schéma de gouvernance du PTSM 2, les co-référents du PTSM sont systématiquement invités à participer aux travaux du CTS. Cette participation vise à renforcer les liens entre les instances, à faciliter la circulation

⁶ <https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/les-conseils-territoriaux-de-sante-en-auvergne-rhone-alpes>

de l'information et à assurer une meilleure coordination entre les niveaux stratégique et opérationnel.

Le Comité de Pilotage du Projet Territorial de Santé du Rhône et de la métropole de Lyon

1. Définition et finalité

Le Comité de Pilotage (COPIL) constitue l'instance stratégique et politique du Projet Territorial de Santé Mentale. Il assure la gouvernance générale du PTSM et garantit la cohérence des orientations retenues avec les politiques publiques nationales, régionales et locales en matière de santé mentale.

Il est l'instance décisionnelle de référence pour l'ensemble des acteurs engagés dans la démarche territoriale.

2. Missions et responsabilités

Le COPIL exerce les missions suivantes :

2.1. Orientation stratégique

- Définir et valider les orientations stratégiques du PTSM.
- S'assurer de la cohérence du projet avec :
 - la feuille de route nationale santé mentale et psychiatrie,
 - le Projet Régional de Santé (PRS),
 - les stratégies territoriales (CLS, CPTS, schémas médico-sociaux, politiques locales).
 - Les schémas départementaux et métropolitains

2.2. Décision et arbitrage

- Valider les priorités d'action, les livrables stratégiques et les propositions issues des groupes de travail.
- Arbitrer les choix stratégiques en cas de divergence ou de blocage.
- Mesurer régulièrement les avancées du projet.
- Définir les ajustements nécessaires en cours de mise en œuvre.

2.3. Pilotage global

- Suivre l'avancement global du PTSM tant dans son contenu que dans son déploiement territorial et veiller au respect des engagements.
- Garantir la cohérence et l'articulation entre les différentes instances et acteurs du projet.
- Assurer la continuité et la dynamique territoriale du PTSM, notamment par l'action des co référents.
- Garantir l'équité territoriale en identifiant les inégalités territoriales, en les analysant et en les faisant remonter aux financeurs, aux partenaires institutionnels et aux collectivités territoriales (notamment en lien avec la FA 15, dans le cadre de l'observatoire).

2.4. Redevabilité

- Rendre compte aux institutions compétentes (ARS, collectivités territoriales, partenaires institutionnels).
- Veiller à la transparence des décisions et à la diffusion des informations stratégiques.

3. Rôle des co référents

Les co référents du PTSM sont les garants de la dynamique territoriale. À ce titre, ils assurent :

- La coordination générale du projet,
- La préparation des travaux soumis au COPIL,
- Le lien fonctionnel avec les groupes de travail et les partenaires,
- La mise en cohérence des contributions opérationnelles,
- La remontée d'informations au Conseil Territorial de Santé.
- La diversité des points de vue (secteurs sanitaire, médico-social, social et personnes concernées)

Ils exercent une fonction d'animation stratégique et de facilitation interinstitutionnelle.

Pour cette mise en œuvre, les co-référents travaillent en étroite collaboration avec le chef de projet opérationnel du PTSM ainsi que le chargé de mission de Coordination 69 Soins Psychiques et Réinsertions.

4. Système de délégation et articulation avec les autres instances

Le COPIL s'appuie sur un système de délégation clairement défini :

- Conseil Territorial de Santé : instance politique auquel se réfère le COPIL

- Groupes de pilotage des fiches actions du PTSM : instances de production technique et d'expertise assurée par les pilotes de fiche action
- Instances de coordination opérationnelle : interface entre les travaux techniques et les orientations stratégiques.

Le COPIL :

- Délègue la mise en œuvre opérationnelle aux acteurs compétents,
- Valide les orientations et priorités,
- Assure la cohérence globale du dispositif,
- Garantit l'articulation entre les niveaux stratégique, tactique et opérationnel.

5. Ce que le Comité de Pilotage n'est pas

Afin de prévenir toute confusion de rôle, il est rappelé que le COPIL n'est pas :

- Une instance de mise en œuvre opérationnelle des actions,
- Un groupe de travail technique,
- Un espace de gestion quotidienne des projets,
- Un lieu de traitement de situations individuelles ou de cas particuliers.

Son périmètre est strictement stratégique et décisionnel.

6. Modalités de fonctionnement

Les modalités de fonctionnement du COPIL sont formalisées comme suit :

6.1. Composition

La composition du COPIL est définie de manière à garantir une représentation équilibrée des acteurs du territoire. Elle comprend notamment :

- les co référents du PTSM,
- des représentants des acteurs institutionnels : ARS, Conseil Départemental, Métropole, CPAM, Education Nationale
- des représentants des collectivités territoriales,
- des représentants des établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux,
- des personnes concernées et des aidants,
- tout autre acteur stratégique identifié par le territoire.

6.2. Fréquence des réunions

Le COPIL se réunit au minimum trois fois par an, et autant que nécessaire en fonction des besoins stratégiques du projet.

6.3. Règles de décision

Les règles de validation et d'arbitrage sont formalisées dans une charte de gouvernance. Elles précisent notamment :

- les conditions de quorum,
- les modalités de prise de décision (consensus, vote, majorité),
- les modalités d'arbitrage en cas de désaccord,
- le rôle des co référents dans la préparation et la consolidation des décisions.

6.4. Fonctionnement pratique

- L'ordre du jour est préparé par les co référents qui assurent la présidence du COPIL.
- Les documents nécessaires sont transmis aux membres en amont des réunions.
- Un relevé de décisions est produit à l'issue de chaque séance et validé lors de la réunion suivante.
- Un tableau de bord stratégique assure le suivi des décisions et de l'avancement du PTSM.

Instance d'animation des co-pilotes

Dans le cadre du PTSM 2, le déploiement des fiches actions est confié à des co-pilotes, afin d'éviter qu'un seul acteur ne porte cette responsabilité et de favoriser une dynamique de collaboration entre acteurs. Les co-pilotes s'appuient sur une instance dédiée, qui a pour rôle de les accompagner, de suivre l'avancement des actions et de veiller à la cohérence transversale du projet.

L'instance d'animation des co-pilotes constitue le niveau opérationnel central de la gouvernance du PTSM 2. Elle est animée par le binôme opérationnel (cheffe de projet opérationnel et chargée de mission), elle participe à la dynamique globale du projet et assure le suivi transversal du déploiement des actions.

Rôle et missions

Cette instance assure :

- Le suivi opérationnel des actions du PTSM ;
- L'articulation avec les différentes instances et groupes de travail (thématiques, territoriaux, etc.) pour assurer la cohérence de la dimension opérationnelle du projet;

- L'ajustement continu du projet (calendrier, priorités, objectifs) en fonction des avancées et des besoins identifiés.

Responsabilités

À ce titre, l'instance d'animation des co-pilotes est responsable de :

- Assurer le suivi et l'avancement des fiches actions ;
- Rendre compte régulièrement au COPIL de l'état d'avancement, des points de vigilance et des ajustements nécessaires ;
- Soutenir la mobilisation des acteurs et maintenir une dynamique partenariale ;

Articulation avec les autres instances

L'instance d'animation des co-pilotes s'inscrit dans un système de délégation et d'interrelations avec :

- Le COPIL, auquel elle rend compte et qui assure le pilotage stratégique ;
- Les instances thématiques et les autres espaces de concertation (CLSM, CPTS, Groupe de Travail Handicap (pour l'emploi), COTER CPS, Collectif Logement, Collectif des personnes concernées, etc.), avec lesquels elle veille à l'articulation des travaux.

Ce que l'instance d'animation des co-pilotes n'est pas

Afin de clarifier son positionnement, l'instance d'animation des co-pilotes ne se substitue pas aux autres niveaux de gouvernance et **n'a pas vocation à** :

- Se substituer au COPIL dans ses fonctions de pilotage stratégique et de prise de décision ;
- Constituer une instance décisionnelle autonome ;
- Se substituer aux instances territoriales ou aux dynamiques locales existantes.

Elle se positionne ainsi comme une instance de suivi opérationnel transversale du projet.

Modalités de fonctionnement

Les modalités de fonctionnement de cette instance sont à définir en concertation avec les co-pilotes, mais pourraient inclure :

- Une fréquence de réunions régulière (proposition : 3 fois par an) ;
- La production de supports de suivi (tableaux de bord, indicateurs, points d'étape) ;
- Des temps de coordination élargis avec les acteurs ou les référents thématiques selon les besoins.

Instances thématiques opérationnelles

Les instances thématiques s'inscrivent comme des espaces de concertation et d'expertise mobilisés dans le cadre du PTSM. S'appuyant sur des dynamiques préexistantes du territoire, elles contribuent à l'identification des besoins, produisent des analyses, des propositions et des retours d'expérience, et peuvent assurer le suivi de certaines fiches actions ou actions spécifiques.

Elles participent également à la diffusion et à la démultiplication des actions auprès du plus grand nombre, en contribuant à réduire les inégalités territoriales et à renforcer l'ancrage territorial du PTSM. En tant qu'instances au plus près du terrain, elles constituent des espaces privilégiés où les réalités sont partagées et où les opportunités d'expérimentation peuvent être plus facilement identifiées et mises en œuvre.

Rôle

Les instances thématiques ont un rôle contributif et constituent des lieux de concertation associés au PTSM.

Articulation avec les autres instances

Les instances thématiques sont en lien avec :

- Le COPIL, auquel elles peuvent faire remonter des éléments d'analyse, des propositions ou des points de vigilance ;
- L'instance d'animation des co-pilotes, qui assure l'articulation entre le stratégique et l'opérationnel, le suivi des actions et la cohérence transversale du projet.

Cette articulation vise à garantir une bonne circulation de l'information entre les niveaux stratégique, opérationnel et de terrain.

Modalités de fonctionnement

Les instances thématiques conservent une autonomie de fonctionnement afin de ne pas déstabiliser les dynamiques existantes. Le PTSM s'appuie sur ces espaces sans en modifier les modalités d'organisation propres.

Toutefois, un cadre de collaboration est à formaliser, pouvant inclure :

- des modalités de participation au PTSM (information, contribution ponctuelle ou régulière) ;
- l'invitation de représentants du PTSM aux réunions, selon les besoins ;
- la remontée d'indicateurs, de données ou de retours qualitatifs utiles au suivi des actions.

Articulation avec les feuilles de route

Une articulation est recherchée, existante ou à construire, entre le PTSM et les objectifs ou feuilles de route propres à chaque instance thématique, afin de favoriser la cohérence des actions, d'éviter les doublons et de valoriser les dynamiques déjà en place sur le territoire.

Etapes de mise en œuvre
• Identifier les instances; • Clarifier leurs rôles et leurs périmètres ; • Formaliser les mandats, notamment sous la forme d'un engagement précisant les rôles et responsabilités de chaque instance ; • Définir les fiches de mission ; • Formaliser les modes de fonctionnement ; • Mettre en place des outils de suivi ; • Évaluer le fonctionnement du dispositif après 12 à 18 mois.
Indicateurs de suivi
Indicateurs de fonctionnement (pour chaque instance) • Nombre de réunions tenues • Taux de participation • Diversité des acteurs Indicateurs d'impact (global au projet) • Taux d'avancement des feuilles de route/ des FA • Satisfaction des acteurs
Facteurs clés de réussite
• Articulation claire entre les instances • Leadership identifié • Outils de pilotage partagés • Implication des usagers • Logique de résultats (et pas seulement de concertation)



Éléments de conclusion

Axes transversaux : Les thématiques

La construction de la feuille de route s'est appuyée sur une articulation étroite avec les orientations et stratégies définies aux niveaux national, régional, départemental et local. Cette mise en cohérence avec les autres démarches constitue un facteur essentiel de réussite, de lisibilité et d'efficacité du PTSM.

Dans une logique à la fois ascendante et descendante, le PTSM s'inscrit en complémentarité avec les politiques publiques et les dynamiques territoriales existantes. Ses orientations ont vocation à se décliner et à s'articuler avec différents cadres de mise en œuvre, tels que le Contrat Territorial de Santé Mentale, les CPOM, les projets d'établissement, les projets médico-soignants partagés ou encore les contrats de ville.

Dans cette même logique, certaines thématiques ont été identifiées comme des enjeux majeurs pour le territoire. Bien qu'elles soient déjà portées par d'autres dispositifs ou cadres de travail et ne fassent donc pas, à ce stade, l'objet d'une fiche action dédiée, elles sont néanmoins inscrites dans la feuille de route en tant qu'axes transversaux, de vigilance et de collaboration. Elles feront l'objet d'un suivi dans le cadre de la gouvernance du PTSM et pourront, le cas échéant, être approfondies au cours de la mise en œuvre de la feuille de route. Certaines pourront ainsi donner lieu, à terme, à la création de nouvelles fiches actions.

Les thématiques concernées sont les suivantes :

- **Le renforcement des Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM) :** les CLSM occupent une place importante dans l'écosystème territorial de la santé mentale. Ils sont pleinement intégrés à la gouvernance du PTSM en tant qu'instances thématiques. Le PTSM souhaite développer avec eux une dynamique de coopération renforcée, fondée sur un partage réciproque des orientations stratégiques et des travaux menés.

La feuille de route régionale santé mentale 2025-2029 comprend dans son objectif n° 6 – accompagner le déploiement des instances territoriales dédiées à la santé mentale. Cet objectif comprend :

- Soutenir l'animation territoriale de la politique de santé mentale en accompagnant la sensibilisation et la formation des élus locaux à la thématique de santé mentale dans toutes ses dimensions, notamment au travers des instances territoriales existantes ainsi que des outils pratiques soutenus par l'ARS.
- Accompagner la mise en œuvre des volets consacrés à la santé mentale des CLS en s'assurant qu'ils tiennent compte des projets territoriaux de santé mentale.
- Engager une réflexion sur l'articulation entre le volet Santé mentale des CLS et des CLSM.

- **La prévention du suicide** : cette thématique constitue un enjeu majeur de santé publique et bénéficie déjà d'instances et de dynamiques de travail dédiées. Elle sera suivie dans le cadre des instances thématiques du PTSM, avec une attention particulière portée aux articulations possibles avec les autres actions de la feuille de route.
- **Les troubles du neurodéveloppement (TND)** : Dans son objectif n°5, la feuille de route régionale fait référence à l'amélioration du repérage et du diagnostic des troubles du neurodéveloppement (TND), ainsi qu'à l'orientation et à l'accompagnement des personnes concernées.

Les principaux axes identifiés par la feuille de route régionale sont les suivants :

- Poursuivre la sensibilisation et la formation des professionnels du soin aux TND, notamment autour du repérage et du diagnostic, en s'appuyant sur un programme régional renforcé ainsi que sur les plans de formation des établissements et les dispositifs existants ;
- Accompagner les organisations de professionnels libéraux (CPTS, MSP) investies sur les TND et renforcer leur articulation avec les Plateformes de Coordination et d'Orientation (PCO) ainsi qu'avec les acteurs territoriaux ;
- Soutenir les initiatives hospitalières visant à rapprocher les services et centres experts afin de faciliter les parcours diagnostiques et l'accès à l'expertise ;
- Renforcer l'expertise territoriale autour du Trouble Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDAH) et l'intégrer dans les organisations territoriales existantes ;
- S'appuyer sur les dynamiques territoriales déjà existantes, notamment les PTSM et les autres dispositifs de coordination en santé mentale ;
- Développer l'accès à des équipes mobiles intervenant dans les situations complexes afin d'appuyer les professionnels et les structures accompagnant les personnes présentant des TND ;
- Poursuivre l'amélioration du repérage des adultes présentant des troubles du spectre de l'autisme accueillis en psychiatrie ou dans des établissements médico-sociaux non spécialisés, et accompagner l'évolution des pratiques professionnelles conformément aux recommandations de bonnes pratiques ;

- Conforter le rôle des Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM) TSA et renforcer les liens avec les dispositifs de réhabilitation psychosociale.

Le territoire dispose déjà d'un réseau d'acteurs structuré et engagé autour de cette thématique, avec ses propres orientations et feuilles de route. À ce jour, les liens entre ce réseau et le PTSM restent encore à consolider. L'ambition est de renforcer progressivement les collaborations, dans la mesure où les enjeux liés aux TND et ceux de la santé mentale se croisent régulièrement dans les parcours des personnes accompagnées.

- **Les addictions** : cette thématique a été identifiée à plusieurs reprises comme un enjeu important par les acteurs du territoire. Si de nombreuses initiatives existent déjà, les acteurs engagés dans le PTSM ont exprimé le souhait de pouvoir davantage travailler cette question dans le cadre du projet. Toutefois, les délais d'élaboration du PTSM 2 n'ont pas permis de mobiliser suffisamment les acteurs du champ des addictions pour les associer aux différentes étapes de construction de la feuille de route. Un travail de rapprochement sera donc engagé, notamment à travers la mise en place d'un groupe de travail dédié, afin de favoriser leur participation et d'évaluer l'opportunité de construire, à terme, une fiche action dédiée.

La prise en compte de ces axes transversaux traduit la volonté du PTSM de rester attentif aux évolutions des besoins du territoire et aux dynamiques partenariales en cours. Leur approfondissement pourra conduire, lorsque les conditions seront réunies, à la formalisation de nouvelles actions ou priorités.

Suite et perspectives

L'adoption de cette feuille de route constitue une étape importante de la démarche. Elle marque toutefois le début d'une nouvelle phase de travail, consacrée à la mise en œuvre opérationnelle du projet et à la mobilisation des acteurs du territoire autour des actions retenues.

1. Structurer la gouvernance et formaliser les engagements

L'une des premières étapes consistera à finaliser l'organisation de la gouvernance du PTSM 69. **Les modalités de fonctionnement des différentes instances**, et notamment du COPIL, seront précisées afin de garantir un cadre de travail clair, partagé et opérationnel.

Parallèlement, les membres des différentes instances de gouvernance, les institutions partenaires ainsi que les professionnels, personnes concernées et aidants identifiés pour contribuer à la démarche seront invités à **formaliser leur engagement dans le projet**. Selon les situations, cette formalisation pourra prendre la forme de contrats d'engagement, de fiches de mission ou de tout autre support adapté.

L'objectif est de sécuriser les contributions de chacun et d'inscrire le projet dans une dynamique collective pérenne, au-delà des personnes actuellement mobilisées.

2. Identifier les co-pilotes et mobiliser les acteurs des fiches actions

La désignation des co-pilotes des différentes fiches actions constituera une étape essentielle du lancement du PTSM 2026-2031.

Au-delà de ces co-pilotages, chaque fiche action devra pouvoir s'appuyer sur un groupe d'acteurs engagés dans sa mise en œuvre. Ces acteurs, identifiés en fonction de leurs compétences, de leur expertise ou de leur rôle sur le territoire, formeront progressivement un « pool d'acteurs » mobilisé autour de chaque thématique.

Leurs engagements seront également formalisés afin de clarifier les contributions attendues et de favoriser une participation durable aux travaux et aux actions qui seront déployés.

3. Des GT pour approfondir les dimensions opérationnelles des fiches actions

Les fiches actions présentées dans cette feuille de route définissent les orientations stratégiques du projet. Elles ont vocation à être approfondies afin de préciser leurs modalités de mise en œuvre opérationnelle.

À partir du troisième trimestre 2026, des groupes de travail thématiques seront réunis afin de construire collectivement :

- les **objectifs opérationnels** ;
- les **indicateurs de suivi** ;
- les **modalités d'évaluation** ;
- les **conditions de déploiement** ;
- ainsi que le **calendrier prévisionnel de mise en œuvre**.

Cette phase de travail permettra de traduire les ambitions stratégiques de la feuille de route en actions concrètes, adaptées aux réalités du territoire.

4. Consolider le projet et lancer sa mise en œuvre

La feuille de route sera consolidée par la signature du **Contrat Territorial de Santé Mentale** (CTSM), prévue en décembre 2026.

Une **journée de lancement du PTSM 2026-2031** est par ailleurs en cours d'organisation pour octobre 2026. Elle constituera un temps fort de mobilisation des acteurs et marquera l'entrée dans la phase opérationnelle du projet.

5. Construire un cadre évaluatif

La co-construction des indicateurs de suivi et d'impact des différentes fiches actions fera partie des travaux à conduire lors de la prochaine phase du projet. Elle sera réalisée en concertation avec les co-pilotes et les acteurs engagés dans chaque thématique, dans le cadre des groupes de travail dédiés à l'approfondissement opérationnel des actions. En particulier, la FA 15 contribuera de manière déterminante à l'évaluation, en lien avec ses objectifs de lisibilité et sa fonction d'observatoire.

6. Des indicateurs régionaux et nationaux

Enfin, en complément des dispositifs d'évaluation qui seront construits avec les acteurs du territoire dans le cadre des groupes de travail, le suivi du PTSM s'appuiera sur un socle d'indicateurs régionaux et nationaux définis par l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes et par la DGOS. Ces indicateurs constitueront un cadre de référence commun pour apprécier l'avancement de la feuille de route, mesurer les effets des actions engagées et préparer le bilan du PTSM à l'échéance de 2031. Les deux socles d'indicateurs sont présentés ci-après.

Socle régional inter PTSM	Statut	Fournisseur
Nombre d'infirmières en pratiques avancées santé mentale (IPA) exerçant en psychiatrie	Obligatoire	CPAM
Nombre de CPTS portant un projet en lien avec la santé mentale	Obligatoire	CPO PTSM
Taux d'évolution de la file active des équipes mobiles de psychiatrie (Equipe mobile psychiatrie - précarité / Equipe mobile psychiatrie de la personne âgée)	Obligatoire	ARS
Nombre annuel d'inclusions dans Vigilans	Obligatoire	ARS
Nombre de passages aux urgences pour tentative de suicide	Obligatoire	ARS
Nombre d'établissements accueillant des jeunes (tous publics confondus, ASE, PJJ, scolaire etc) ayant bénéficié d'interventions au titre des CPS dans l'année	Obligatoire	ARS
Nombre de partenaires impliqués dans les SISM	Obligatoire	CPO PTSM
Nombre de psychologues inclus dans le dispositif Mon soutien psy	Facultatif	CPAM
Nombre de personnes fréquentant les GEM / adhérents des Club house	Obligatoire	ARS
Suivi de l'implication des acteurs : représentation de l'inter institutionnalité	Obligatoire	CPO PTSM

INDICATEURS PTSM- Socle National

Taux de passages aux urgences pour tentative de suicide (pour 100 000 habitants)
Taux d'hospitalisations MCO suite à tentative de suicide (pour 100 000 habitants)
Taux d'hospitalisations longues (>90 jours) (pour 1 000 séjours)
Taux d'hospitalisations longues (>292 jours) (pour 1 000 séjours)
Part de la file active des établissements prise en charge à domicile (%)
Part des patients ayant consulté un médecin généraliste dans un délai d'un an après leur hospitalisation en psychiatrie (%)
Part des passages aux urgences pour motif psychiatrique (%)
Durée moyenne de passage aux urgences pour motif psychiatrique (minutes)
Part des patients accédant à une consultation de psychiatre sous 15 jours après hospitalisation en psychiatrie (%)
Nombre de mesures de soins sans consentement

Conclusion

La démarche de Projet Territorial de Santé Mentale, impulsée par la loi de modernisation de notre système de santé, a suscité un engagement fort de l'ensemble des acteurs concernés par les enjeux de santé mentale sur le territoire. La mobilisation croissante observée tout au long de l'élaboration de cette feuille de route témoigne d'une conscience partagée de plusieurs enjeux majeurs :

- L'enjeu sociétal d'une nécessaire amélioration de réponses en santé mentale
- La pertinence d'une inscription dans des logiques de parcours et par conséquence de structurer l'intervention dans des dynamiques de coopérations
- La prise en considération d'un nouveau paradigme quant au positionnement des personnes concernées et de leurs proches.

Malgré un calendrier particulièrement contraint, la participation active des acteurs aux différentes étapes de la démarche a permis d'enrichir l'interconnaissance, de renforcer les liens entre partenaires et de faire émerger une vision commune des priorités du territoire. Cette dynamique collective constitue un atout majeur pour la réussite du PTSM et pour la mise en œuvre future du Contrat Territorial de Santé Mentale.

Cette feuille de route 2026-2031 représente ainsi bien plus qu'un document de planification. Elle traduit **une ambition collective et un cadre d'engagement partagé au service de parcours plus accessibles, mieux coordonnés et plus adaptés aux besoins des personnes**. Sa réussite reposera sur la capacité des acteurs à poursuivre la dynamique partenariale engagée, à construire ensemble les modalités opérationnelles des actions et à maintenir, dans la durée, **une culture de coopération et de co-responsabilité**.

Les prochaines années seront consacrées à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation des actions retenues. Elles permettront également d'adapter la feuille de route aux évolutions des besoins du territoire, de consolider les coopérations existantes et de faire émerger, lorsque cela sera pertinent, de nouvelles initiatives au service de la santé mentale.

Le PTSM 69 a vocation à demeurer un espace de dialogue, de coordination et d'innovation, au sein duquel institutions, professionnels, personnes concernées, proches aidants et partenaires du territoire pourront continuer à construire ensemble des réponses toujours plus cohérentes et adaptées. Cette feuille de route marque ainsi l'aboutissement d'un travail collectif, mais surtout le point de départ d'une nouvelle étape au service de la santé mentale sur le territoire.



Annexes

Liste des Annexes

Table des matières

Avis formel CTS	159
Avis Formel des CLSM.....	161
Lettre de cadrage du PTSM 2	163
Composition du COPIL du PTSM 1.....	178
Bilan du PTSM 1	179
Les trames des GT de la journée diagnostic	204
Les trames des GT pour la proposition d’actions	264
Document de synthèse des actions proposées	269
Tableau d’analyse de la priorisation des actions (avec les 46 soumises au vote).....	297

Avis du Conseil Territorial de Santé de la Circonscription du Rhône

Projet territorial de santé mentale 2 (2026-2031)

Les projets territoriaux de santé mentale (PTSM) constituent un dispositif réglementaire structurant l'organisation de la santé mentale en France. Institués par la loi du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé, puis précisés par le décret de 2017 et les instructions ministérielles (2018 et 2025), ils ont pour objectif d'organiser, à l'échelle des territoires, une réponse coordonnée, accessible et continue aux besoins en santé mentale des populations.

Le code de la santé publique prévoit que le conseil territorial de santé doit rendre un avis sur

1. Le diagnostic territorial partagé en santé mentale, qui constitue la base du PTSM
2. Le projet territorial de santé mentale lui-même, c'est-à-dire les orientations stratégiques et le plan d'actions élaborés à partir du diagnostic

Une équipe de co-référents en lien avec la commission santé mentale du conseil territorial de santé de la circonscription du Rhône a présenté le 05 juin 2026 devant l'assemblée plénière de ce CTS le PTSM sur la période 2026-2031. A l'issue de la présentation un échange avec les membres du CTS et l'équipe des co-référents a permis de mettre en évidence :

Tout d'abord certains membres du CTS regrettent de ne pas avoir pu avoir communication d'un document, même non abouti, plus en amont de la séance. Tous saluent cependant l'importance et la qualité du travail réalisé qui a été porté à leur connaissance.

Certains membres du CTS expriment leur préoccupation sur la faisabilité et l'opérationnalité d'un tel nombre de fiches actions, même s'il est reconnu qu'il est normal que le projet marque des ambitions fortes, et ils expriment la probable adaptation nécessaire, au fil des 5 ans à venir.

En même temps il est noté que les actions ambitieuses proposées sur les modalités de travail sur la santé mentale doivent inviter à l'optimisme et sont un facteur d'attractivité.

Certains membres du CTS font remarquer l'intérêt qu'il pourrait y avoir à mener des expérimentations, à innover, afin d'embarquer le plus d'acteurs possibles.

- La démarche résolument participative et systémique : Le projet est construit avec et pour les personnes concernées, en associant un large éventail d'acteurs des secteurs sanitaire, social, médico-social, éducatif, culturel, économique, etc. L'accent est mis sur la participation des personnes concernées et de leurs proches, reconnaissant leur savoir expérientiel.
- L'approche globale de la santé mentale : Le PTSM 2 intègre les trois dimensions complémentaires de la santé mentale : promotion, prévention et soin, en cohérence avec la définition de l'OMS.
- Le paradigme du rétablissement : Le projet s'appuie sur le paradigme du rétablissement, valorisant le développement des pratiques orientées vers celui-ci et le renforcement du pouvoir d'agir des personnes concernées.

- Le cadre stratégique et législatif solide : Le PTSM 2 s'inscrit dans un cadre législatif clair (loi de modernisation du système de santé, décrets, instructions ministérielles) et s'aligne sur les orientations nationales et régionales (plan national santé mentale, feuille de route régionale, projet régional de santé).
- L'ancrage territorial fort : Le projet est fondé sur un diagnostic territorial partagé, s'appuyant sur les réalités locales et s'articulant avec les politiques de santé publique locales (CLS, CLSM) et les instances de démocratie sanitaire (CTS, CSSM).
- La feuille de route opérationnelle et évolutive : La feuille de route comprend 15 fiches actions structurées autour de 6 axes stratégiques, visant à transformer concrètement les parcours de santé et de vie. Elle est conçue pour être évolutive et s'adapter aux besoins émergents.
- La structuration de la gouvernance : Un modèle de gouvernance simplifié et participatif est proposé, visant à renforcer le pilotage stratégique, la coordination opérationnelle, l'animation territoriale et la participation effective des personnes concernées.
- L'attention particulière à des publics spécifiques et aux transitions : La stratégie prend en compte la santé mentale des jeunes, des personnes âgées, des personnes en situation de vulnérabilité (précarité, handicap, addictions) et les transitions critiques dans le parcours de vie.
- Le développement de la lisibilité des ressources : Une fiche action est dédiée à la cartographie des ressources en santé mentale, visant à améliorer la visibilité, l'accessibilité et la coopération des acteurs.
- La continuité des acquis du PTSM 1 : Le PTSM 2 s'appuie sur les dynamiques positives engagées lors de la première génération du projet, notamment en matière de synergie entre acteurs, de pratiques orientées parcours et de participation des usagers.

Sur la base de ces observations et après en avoir débattu lors de sa séance du 5 juin 2026, le conseil territorial de santé émet l'avis favorable ci-dessous, adopté à l'unanimité sauf deux abstentions.

Le CTS de la circonscription du Rhône se prononce favorablement sur le PTSM 2 2026-2031. Le diagnostic territorial présenté s'appuie sur un ensemble de données permettant une analyse fine de la situation territoriale en santé mentale. Les orientations stratégiques et la feuille de route mettent en évidence une démarche participative incluant tous les acteurs dont les personnes concernées dans une approche globale de la santé mentale. Le plan d'actions est ambitieux mais marque la volonté des acteurs de mobiliser sur un large spectre du champ de la santé mentale, le CTS et sa CSSM seront attentifs au suivi du déploiement de ce PTSM.

Avis partagé des coordinateurs.trices CLSM Rhône/Métropole pour le PTSM 2

Les coordinatrices et coordinateurs CLSM retrouvent dans les différentes fiches actions les contenus des échanges des groupes de travail, il reste cependant quelques points structurels dans lesquels nous nous retrouvons moins :

1. Le contenu reste très généraliste :

Il s'agit d'orientations générales, les coordinateurs regrettent de ne pas retrouver des propositions d'actions concrètes qui ont émergé lors des groupes de travail.

Les fiches actions sont synthétiques et par conséquent manquent de vision concrète pour un déploiement plus opérationnel.

2. Identification des CLSM et des communes

- Le PTSM tel que rédigé semble ne pas identifier réellement ce que sont les CLSM : ils sont identifiés comme des publics cibles, or les CLSM sont des instances de concertation en capacité de déployer des fiches actions considérées prioritaires sur leurs territoires. La gouvernance locale pour l'articulation de ces fiches actions dans les territoires n'a pas été interrogée. Par exemple page 49, le schéma mélange des acteurs, des feuilles de route, et des dispositifs.

- Le soutien au développement des CLSM est mentionné dans le document (p. 133), ils sont également cités régulièrement dans le document (23 occurrences) en tant qu'acteur, copilote, acteur-clef, etc. Cependant, leur rôle n'est pas repris dans les fiches actions

- Les villes sont sous-représentées en tant que telles, certes les CLSM sont co-portés par les villes, mais celles-ci peuvent avoir leur stratégie spécifique, leurs besoins particuliers. Il semble important de les nommer comme acteurs de santé mentale.

3. La gouvernance et la méthodologie : la question de la place des territoires au sein du PTSM est importante.

Comment articuler le lien du PTSM aux territoires / CLSM, notamment comment décliner les actions dans les instances CLSM ?

Les questions que nous nous posons pour la suite : comment ça fonctionne et quelles sont les ressources ? Quels sont les conventionnements ?

4. Validation et engagement politiques des communes

La validation politique aurait pu être à ce niveau : comment participer aux orientations proposées, qui finance et participe, qui sont les signataires, qui s'engage et comment ?

Les communes porteuses de CLSM ont été saisies au niveau technique (rôle des coordo CLS/CLSM) mais en raison des délais de validation post élections municipales la validation politique reste compliquée.

Proposition :

- les CLSM proposent de faire émerger des fiches actions prioritaires pour chacun de leur territoire à l'appui d'un travail partenarial. En ce sens, elles pourront être validées politiquement au sein de chaque CLSM. Le pilotage et la mise en œuvre des actions ainsi priorisées peuvent ensuite être portés par les CLSM via une contractualisation PTSM - CLSM (collectivité interco, ville, structure hospitalière). Cet engagement politique peut permettre d'appuyer des demandes de co-financements.
- dans le dernier trimestre de l'année 2026, les CLSM peuvent s'engager à faire valider le PTSM2 par leurs instances CLSM (politique, partenaires).



Projet Territorial de Santé Mentale 69 - 2026/2031 Lettre de cadrage

Le projet territorial de santé mentale a pour objet « d'améliorer l'accès des personnes concernées à des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture ». Les PTSM ont ainsi proposé une approche spécifique de la santé mentale dans une dynamique globale de structuration des parcours de santé dans une démarche co-construite par la communauté des acteurs avec la réalisation d'un diagnostic territorial et la définition d'un plan d'action. Actuellement, 104 PTSM sont en cours en France avec le plus souvent un territoire départemental.

Le PTSM du Rhône et de la Métropole de Lyon a été officiellement adopté en décembre 2020. Presque cinq ans après, ce premier projet se termine et un PTSM de deuxième génération se prépare.

Le Projet Territorial de Santé Mentale de la circonscription départementale du Rhône (PTSM 69) s'engage dans une nouvelle démarche pour la conception de la deuxième génération du projet. D'un point de vue réglementaire, Le PTSM 2 se réfère à la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 (loi n° 216-41). Il devra ainsi être en cohérence avec les 6 priorités définies par le décret du 27 juillet 2017 et réaffirmées dans l'instruction ministérielle DGOS/DGS/DGCS du 5 juin 2018 :

- Priorité 1 : Le repérage précoce des troubles psychiques, l'accès au diagnostic, aux soins et aux accompagnements conformément aux données actualisées de la science et aux bonnes pratiques professionnelles.
- Priorité 2 : Le parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes présentant des 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 insertion sociale.
- Priorité 3 : L'accès des personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins.
- Priorité 4 : La prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence.
- Priorité 5 : Le respect et la promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques, le renforcement de leur pouvoir de décider et d'agir et de la lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques.
- Priorité 6 : L'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale.

Le PTSM sera ancré dans la réalité territoriale du département avec la réalisation d'un diagnostic partagé s'appuyant sur les acteurs et sur les dynamiques locales. Il est articulé avec les politiques de santé publique locales (Contrat Local de Santé (CLS) et Conseil Local de Santé Mentale (CLSM)) dans une approche communautaire ainsi qu'avec les instances de démocratie sanitaire (Conseil Territorial de Santé (CTS) et Commission Spécialisée en Santé Mentale (CSSM)) qui sont garantes de la démarche.

De nouveaux documents d'orientation stratégique vont être source d'inspiration pour la construction du PTSM 2 : le nouveau plan national santé mentale et psychiatrie paru en juin 2025, la feuille de route régionale Santé Mentale 2025-2028, le rapport du tour de France réalisé par la Délégation Ministérielle à la santé mentale ainsi que la nouvelle instruction ministérielle autour des PTSM qui devrait être publiée fin 2025.

Le PTSM 69 dans sa 2^{ème} génération ambitionne de conduire une démarche participative et décloisonnée au service de la co-construction d'une politique de santé mentale initiée par les acteurs. Il vise à engager l'ensemble des acteurs autour d'une dynamique commune de réussite qui soit efficiente, pour assurer la pérennité des changements opérés.

Il s'appuie sur les valeurs fondatrices suivantes :

- Valeurs démocratiques, notamment pour l'accès pour tous aux soins de premiers recours et aux droits fondamentaux
- Valeurs fédératrices : fédérer les territoires autour d'actions communes ; fédérer les acteurs dans un contexte qui tend à se replier sur soi ; fédérer pour optimiser les ressources et les énergies
- Valeurs inclusives et citoyennes, c'est-à-dire un PTSM qui touche le plus grand nombre, les populations les plus à risque comme les jeunes ou les plus éloignées dans une approche populationnelle

Les fondamentaux de sa définition s'orientent autour de 4 points cardinaux :

- La priorité donnée à la place et à la parole des personnes concernées et la prise en compte de leur savoir expérientiel, « rien pour nous sans nous »
- Une démarche transversale, participative et ascendante
- La primauté des intérêts communs du projet
- La continuité de certaines actions du PTSM 1

Il est orienté autour des 3 principes suivants :

- Principe de prévention, notamment au travers des compétences psychosociales, des premiers secours en santé mentale, de la détection précoce, du repérage des signes de désinsertion et de priorisation
- Principe de promotion, qui induit communication, sensibilisation, formation, renforcement des pratiques d'aller vers
- Principe de décloisonnement et de travail multisectoriel par des actions sur les déterminants de santé mentale.

La présente lettre vise à favoriser une dynamique de collaboration et d'engagement collectif de l'ensemble des acteurs de santé mentale. Elle a également vocation à structurer le mode de gouvernance du PTSM 2.0 et la méthodologie de la nouvelle démarche.

Le PTSM 2 doit permettre de dégager des actions à la fois ambitieuses, réalistes et susceptibles d'être inscrites dans le contrat territorial de santé mentale qui sera signé avec le Directeur Général de l'ARS, conformément à l'article L3221-2 du Code de la santé publique.

A travers cette lettre, les membres de l'AG et les professionnels et institutions qu'ils représentent collectivement ainsi que les représentants des personnes concernées renouvellent l'engagement déjà défini dans le PTSM 1, qui consiste à :

- Apporter leur expertise et associer les professionnels et les personnes concernées dans cette démarche,
- S'impliquer dans la réalisation du diagnostic territorial partagé et à la définition de la feuille de route,
- S'articuler au pilotage du déploiement du PTSM
- Déployer le PTSM dans leur structure,
- Contribuer à la mise en œuvre des actions, avec une attention particulière à leur déclinaison au plus proche des bassins de vie,
- Participer au suivi et à l'évaluation du PTSM dans une volonté de transparence
- Prendre part à la communication, à la diffusion de l'information autour du PTSM et à la valorisation des actions mises en œuvre .

A partir de juillet 2026, le PTSM 2 vise durant les 5 ans à venir à renforcer la synergie entre l'ensemble des acteurs de santé mentale pour répondre aux besoins de la population en s'adaptant aux réalités et en privilégiant une approche décloisonnée, multisectorielle, préventive et populationnelle.

Signature



LES FICHES ANNEXES

Les fiches que suivent font référence aux éléments de cadrage de la période dite de transition, relative à la conception et l'élaboration de la feuille de route du prochain PTSM, jusqu'à la mise en route du nouveau projet.

Éléments de cadrage relatifs à la conception et élaboration de la feuille de route du prochain PTSM :

- Les grandes lignes du PTSM 1
- Les fondamentaux du PTSM 69
- Les valeurs et principes du PTSM 69
- Inscription dans le territoire
- Pilotage de la démarche
- Méthodologie de la démarche
- Calendrier de la transition



Les grandes lignes du PTSM 1

Alors que la situation appelait à une transformation systémique et globale, sur l'ensemble du territoire et en accord avec le paradigme du rétablissement, la **lettre de cadrage du PTSM 1, adoptée lors de l'assemblée générale inaugurale du 19 novembre 2018** retenait les principes suivants :

- Une place centrale conférée au sein de la gouvernance et des travaux aux personnes concernées
- Une participation large des acteurs des différents territoires du Rhône et de la Métropole
- Une inscription du PTSM en tant que soutien et accélérateur de la démarche globale de transformation

En ce sens, le PTSM1 constituait 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.**

Par sa **démarche partenariale**, le PTSM 1 est aussi une vision partagée des acteurs du territoire du Rhône et de la Métropole.

C'est alors **cinq constats, six ambitions, et 21 fiches action** qui engagent chacun de ses signataires. 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.

L'évaluation de l'atteinte des ambitions constituera une exigence incontournable pour garantir sa mise en œuvre conformément à la direction choisie collectivement et la production d'améliorations globales souhaitées au bénéfice des personnes concernées.

Les perspectives :

Il est important d'identifier les éléments de réussite de ce premier projet pour les intégrer dans la construction de la dynamique de deuxième génération. Sans oublier d'être attentifs aux angles morts et aux dimensions qui ont moins avancé ces cinq dernières années pour les investir d'avantage dans le PTSM 2.



Les Fondamentaux du PTSM 69

La poursuite du soutien et de l'accompagnement à la structuration et à l'expression des personnes concernées est essentielle pour assurer une meilleure adéquation entre les décisions prises dans le cadre de l'élaboration du projet et leurs besoins réels.

Les usagers, aidants et personnes vivant avec des troubles psychiques seront pleinement associés à la définition des besoins, à l'identification des priorités et à la mise en œuvre des actions du territoire. Cette démarche repose sur la complémentarité des savoirs et des expériences de chacun des acteurs.

Cette implication se concrétise par leur présence dans les instances de gouvernance, leur contribution au diagnostic territorial partagé, et à la co-construction des priorités.

L'élaboration du PTSM repose sur la mobilisation de l'ensemble des acteurs du territoire — professionnels du soin, du médico-social et social, usagers, aidants, collectivités— autour d'un diagnostic partagé et d'une co-construction des priorités.

Cette démarche collaborative vise à décloisonner les secteurs, renforcer la coordination entre les intervenants et faire émerger des solutions adaptées aux spécificités locales.

Le principe de primauté des intérêts communs constitue un pilier structurant de la démarche.

Il garantit que les décisions et les actions entreprises servent avant tout le bien collectif du territoire, en dépassant les logiques institutionnelles et sectorielles.

La deuxième génération du PTSM 69 marque une évolution notable, en élargissant ses ambitions et son périmètre afin de mieux répondre aux enjeux de promotion et prévention de la santé mentale en population générale.

Certaines actions initiées dans le cadre du premier PTSM du Rhône et de la Métropole de Lyon seront reconduites ou renforcées dans le PTSM 2, témoignant d'une volonté de continuité et de consolidation des dynamiques engagées. Cette nouvelle étape vise également à rééquilibrer l'attention portée aux différentes ambitions; notamment celle relative à l'action sur les déterminants de la santé mentale.



Les valeurs et principes du PTSM

69

Des valeurs fondatrices :

- **Valeurs démocratiques**, notamment pour l'accès pour tous aux soins de premiers recours et aux droits fondamentaux
- **Valeurs fédératrices** : fédérer les territoires autour d'actions communes ; fédérer les acteurs dans un contexte qui tend à se replier sur soi ; fédérer pour optimiser les ressources et les énergies
- **Valeurs inclusives et citoyennes**, c'est-à-dire un PTSM qui touche le plus grand nombre, voire les populations les plus à risque comme les jeunes

Des principes à adopter :

- **Principe de prévention**, notamment au travers des compétences psychosociales, des premiers secours, de la détection précoce, du repérage des signes de désinsertion et de priorisation
- **Principe de promotion**, qui induit communication, sensibilisation, formation, renforcement des pratiques d'aller vers
- **Principe de décroisement et de travail multisectoriel par des actions sur les déterminants de santé mentale.**



Inscription dans le territoire

La démarche d'élaboration du Projet territorial de Santé Mentale du Rhône s'inscrit dans une politique nationale et régionale :

- **Le plan national santé mentale 2025 :** (https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dp-sante_mentale_et_psychiatrie_-_juin_2025.pdf)
Il s'articule autour de 3 axes :
 - Mieux repérer (repérage et intervention précoce)
 - Mieux soigner (une psychiatrie de proximité)
 - Mieux accompagner (renforcer la formation et la coordination)
- **La feuille de route santé mentale et psychiatrie (2018, enrichie en 2021) :**
(https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/bilan_feuille_de_route.pdf)
Elle s'articule autour de 3 axes :
 - Promotion du bien-être mental et prévention du suicide.
 - Parcours de soins coordonnés avec une offre psychiatrique accessible.
 - Inclusion sociale et citoyenneté des personnes en situation de handicap psychique.
- **Tour de France des PTSM 2025 :** (https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_tour_de_france_ptsm-2.pdf)
Des constats et des préconisations :
 - Le PTSM s'est imposé comme un cadre structurant de la politique territoriale de la santé mentale
 - Le PTSM et la mobilisation multisectorielle favorise des solutions innovantes
 - Le renforcement des actions sur les déterminants de santé mentale
 - Une meilleure prise en compte des populations vulnérables et d'autres thématiques (addictions, TND, précarité)
 - Construction d'un volet spécifique santé mentale des jeunes (enfant/ adolescent)
- **Schéma régional de santé 2023/2028 :** (<https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/schema-regional-de-sante-srs-2023-2028-en-auvergne-rhone-alpes>).
La santé mentale s'y inscrit dans les enjeux prioritaires et prévoit le renforcement des actions en matière de santé mentale, structuré autour de 2 axes :
 - Le renforcement de la promotion du bien être mental, de la prévention et du repérage précoce de la souffrance psychique, notamment chez les enfants et les jeunes ;
 - Le renforcement et la structuration de la coopération en santé mentale dans les territoires, en lien étroit avec les élus et les associations.
- **La feuille de route régionale Santé Mentale :** (<https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/media/143081/download?inline>).
Structurée autour de 4 axes :
 - La prévention (lutte contre la stigmatisation et prévention du suicide)
 - Le renforcement de l'offre de soins (repérage précoce, dynamiques de coopération entre les acteurs, accès facilité et le soutien aux évolutions du secteur)
 - L'inclusion des personnes concernées en soutenant les pratiques orientées rétablissement
 - La santé mentale des jeunes,



Inscription dans le territoire

La démarche d'élaboration du PTSM 69 s'appuie également sur une dynamique territoriale riche, avec laquelle le PTSM est étroitement articulé pour garantir une cohérence territoriale :

- Projet Métropolitain des Solidarités 2023-2027 (Métropole de Lyon).
- Schéma des Solidarités 2023-2028 (Département du Rhône)
- Conseil Territorial de Santé du Rhône (CTS 69) et CSSM 69
- Les Projets Médico-soignants Partagés des Groupements Hospitaliers du Teritoire (GHT)
- Les Contrats Locaux de Santé (CLS) et les Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM), porteurs privilégiés d'actions de proximité sur les déterminants de santé, d'information en population générale.
- Les Communautés Professionnelles des Territoires de Santé (CPTS)



Pilotage de la démarche

L'équipe préfiguratrice est une équipe qui a été missionnée par la gouvernance du PTSM 1 pour assurer la bonne transition vers le PTSM 2.

Cette équipe :

- s'inscrit dans la continuité de la gouvernance du PTSM1 : CSSM, AG, COPIL, Cellule de suivi
- Elle a été missionnée en ce sens par le COPIL et a été évoquée en CSSM.

Elle comporte :

- Une équipe de **co référents** composée d'acteurs des différents champs et avec des compétences en chefferie de projet pour la dimension d'arbitrage. Elle assure le **portage politique et l'élaboration des documents cadres du PTSM 2**
- Une **équipe projet** assurant **la mise en œuvre et l'animation** de chaque étape de la transition jusqu'à la nomination de la nouvelle gouvernance
- Un **appui méthodologique** global de Promotion Santé
- La **Coordonnatrice PTSM et la Chargée de mission** de coordination 69

L'équipe préfiguratrice est missionnée jusqu'à la mise en route de la nouvelle gouvernance du PTSM 2.



Méthodologie

Cadrage et construction du PTSM de 2ème génération

Pilotage – équipe préfiguratrice

- Equipe de co-référents
- Coordinatrice PTSM
- Chargée de mission Coordination 69

Ressources

- Une **équipe projet** élargie a été constituée pour assister les pilotes dans la construction du PTSM 2. Un appel à la participation a été largement diffusé et les acteurs ayant accepté se sont positionnés pour participer à l'équipe projet à trois niveaux : participation au COPIL PTSM; relecture de documents; animation des GT.

Etapes

• **Lettre de cadrage**

Suite à débat et avis en COPIL du PTSM, mise en place de l'équipe préfiguratrice pour piloter la démarche : élaboration de la lettre de cadrage; consultation des acteurs principaux; validation en COPIL PTSM.

• **Diagnostic :**

Phase conduite par l'équipe préfiguratrice à trois niveaux dans une démarche participative et soucieuse de l'équilibre territorial :

- 1) Mise à jour des données de l'état des lieux réalisé lors du PTSM 1 et appui sur les indicateurs ANAP
- 2) Consultation des acteurs (septembre – novembre 2025) autour des 6 priorités du décret (du 27/07/2017) et du bilan du PTSM 1. En complément, 3 types de questionnaires élaborés par l'équipe préfiguratrice permettront de recueillir les avis (pour les acteurs en général; pour les pilotes des fiche-actions du PTSM 1 et pour les personnes concernées);



Méthodologie

- 3) Organisation d'une journée de diagnostic ouvert à tous les acteurs (novembre 2025) avec des groupes de travail répartis selon les 6 priorités du PTSM. L'objectif sera de définir les axes stratégiques du PTSM par priorité et proposer des actions.

Les groupes de travail sont pilotés et animés par des membres de l'équipe projet élargie. Chaque groupe de travail aura un rapporteur et devra fournir une synthèse des échanges avec relevé de conclusions.

L'équipe préfiguratrice sera en charge de l'élaboration du document final du diagnostic, à valider en COPIL.

- **Écriture de la Feuille de route du PTSM 2 (jan- Mars 2026):**
 - 1) Organisation de groupes de travail ouverts, répartis selon les actions figurant au diagnostic,
 - 2) Définition des modalités spécifiques de conduite de projet et d'évaluation,
 - 3) rédaction de la Feuille de Route, débat et vote en assemblée générale PTSM
- **Etapes de validation de la feuille de route (Avril - Juin 2026)**

- **Réalisation du PTSM 2 (juillet 2026 – juin 2031) :**

Une fois la feuille de route du PTSM 2 finalisée, validée et arrêtée, la nouvelle gouvernance assure le pilotage et la réalisation du projet.



Méthodologie

- **Focus sur la participation des personnes concernées**

La participation des personnes concernées étant un pilier essentiel du PTSM 69, nous travaillons en étroite collaboration avec le collectif des personnes concernées du PTSM afin de garantir leur implication effective à chaque étape. Cela se traduit par une méthodologie facilitatrice qui comprend :

- Un questionnaire dédié à l'évaluation globale du PTSM 1 avec des éléments de diagnostics et accompagnement de remplissage par une animatrice pair ;
- Données extraites d'un questionnaire* de recueil des besoins et des attentes, diffusé à l'échelle régionale. Les données recueillies auprès des répondants domiciliés sur le Rhône compléteront le diagnostic territorial.
- Des réunions thématiques du collectif ouvertes à toute personne concernée en amont de la journée de diagnostic (travail autour des 6 priorités du PTSM et des modèles de gouvernance pour le PTSM 2)
- Il est aussi proposé aux membres du collectif de se positionner pour participer à l'équipe préfiguratrice.

***Méthodologie du recueil des besoins et des attentes des personnes concernées vivant en Auvergne Rhône Alpes :**

- Constitution d'un groupe de travail mixte (professionnels et personnes concernées) pour clarifier les finalités du questionnaire, identifier les publics et les thématiques et formuler les questions de manière accessible et inclusive
- Validation du questionnaire en COPIL (groupe mixte, avec une représentativité des profils (professionnels, personnes concernées, proches, répartition géographique)
- Diffusion des questionnaires par les coordinateurs PTSM de la région Auvergne Rhône-Alpes, du 15 avril au 9 septembre, sur leur territoire propre, en format numérique et en animation propre lors d'actions de collectifs de personnes concernées (GEM, InterGEM...)
- 534 réponses en AURA, 262 réponses sur le Rhone (individuelle et collective)
- Traitement des données par le groupe de travail initial et écriture d'un plaidoyer régional restitué lors des Ateliers du Rétablissement 2025



Méthodologie

- **Focus sur la gouvernance du PTSM 2**

Dans un premier temps, le besoin est celui de recomposer l'AG avec l'association des acteurs de l'équipe préfiguratrice (co référents et équipe projet élargie).

En ce qui concerne le modèle de gouvernance du PTSM 2, nous allons nous appuyer sur une démarche participative pour le faire émerger. Cette approche permettra d'associer l'ensemble des acteurs concernés, en valorisant la diversité de leurs expériences. Nous allons procéder par :

- Un temps de travail avec les acteurs de l'équipe projet élargie pour les premières propositions de modèles;
- Un groupe de travail dédié lors de la journée diagnostic pour soumettre les modèles proposés et les retravailler pour trouver sa forme finale.

Une fois le modèle de gouvernance du PTSM 2 fixé, il pourra faire objet d'un avenant à la présente lettre de cadrage.

- **Validation Lettre de Cadrage**

La présente lettre de cadrage sera soumise à des étapes de validation :

- D'abord en COPIL,
- Puis validation ultime du diagnostic et de la lettre de cadrage par l'AG.



Calendrier Prévisionnel

Période	Etapes clés	Livrables/ objectifs
Juin – sept 2025	Mise en route et cadrage	• Constitution de l'équipe pré figuratrice • Rédaction de la lettre de cadrage
Juil – Nov 2025	Diagnostic territorial partagé	• Bilan du PTSM 1 • Analyse des besoins (données, entretiens, enquêtes) • Synthèse du diag
Nov – Jan 2026	Co-construction des Axes stratégiques et des actions	• Axes et objectifs du PTSM 2 • Plan d'action préliminaire • Identification des porteurs
Janv – Mars 2026	Rédaction de la feuille de route et validation territoriale	• Document finalisé du PTSM 2 • Validation en COPIL et à la CSSM
Mars – Mai 2026	Etape de validation	• Avis CLS / CLSM • Avis du CTS formalisé
Juin 2026	Etape de validation	• Information de la CRSA par l'ARS
Juin 2026	Arrêté du PTSM 2.0	• Arrêté PTSM pris par la DG ARS
Juin - Déc 2026	Rédaction du CTSM	Deadline pour le CTSM = déc 2026

Composition du COPIL du PTSM 1

Institution	Invité à titre principal
ARS	La Référente régionale La Direction de la délégation territoriale
Métropole	Le Vice-président délégué à la santé, aux personnes âgées et au handicap. La Référente PTSM indiqué par la Métropole
Département	Le Vice-Président en charge des solidarités et de l'autonomie Le Directeur Général Adjoint Solidarités La Chargée de Mission Santé Publique
Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRDJSCS)	La Directrice départementale de la cohésion sociale (DDCS) du Rhône
MDMPH	La directrice adjointe
URPS médecins généralistes	L' élu et/ou représentant indiqué
CH Saint Jean de Dieu	Le Directeur Général La Présidente du CME La directrice de l'offre de services
CH du Vinatier	Le Directeur Général Le Président du CME La directrice de l'offre de soins
CH de Saint Cyr au Mont d'Or	La Directrice Générale Le Président du CME
Cliniques psychiatriques	La Directrice FHP Aura
Coordination 69 soins psychiques et réinsertions	Le Président de coordination 69
	La directrice de GRIM
UNAFAM	La présidente de la délégation 69
Handicap 69	La présidente
Messidor	Le Directeur
Association La Roche	Le Directeur
Représentants des usagers	Le représentant de la FNAPPSY AURA
Présidence du CSSM	Le Président

Bilan PTSM 1

Analyse du PTSM 1 par Fiche Action

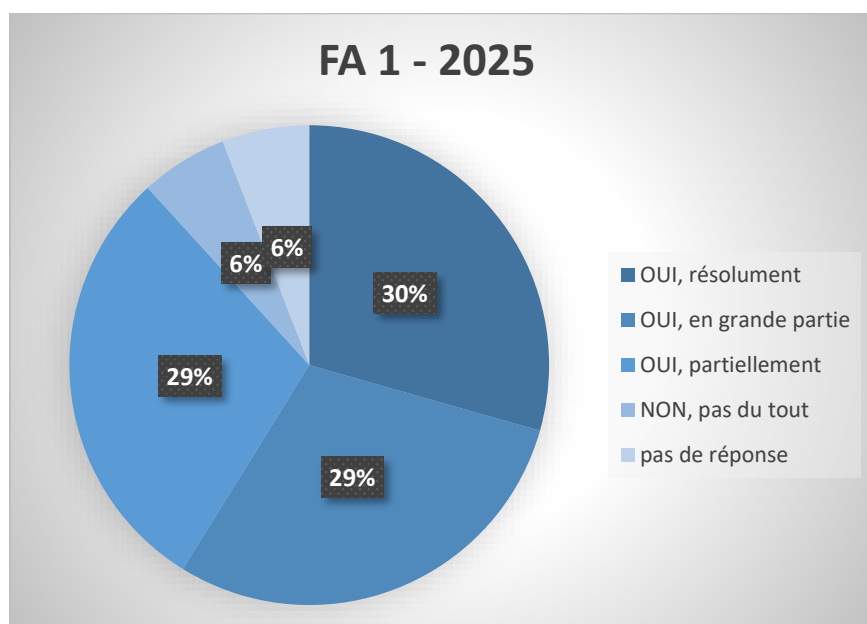
Fiche action n°1 : Systématiser la présence des personnes concernées dans les instances et lieux de décision en santé mentale

Rappel des objectifs opérationnels de la fiche action

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

Pilote : Coordination 69, soins psychiques et réinsertions

Question : Avez-vous engagé la mise en œuvre des objectifs opérationnels de la fiche action ?

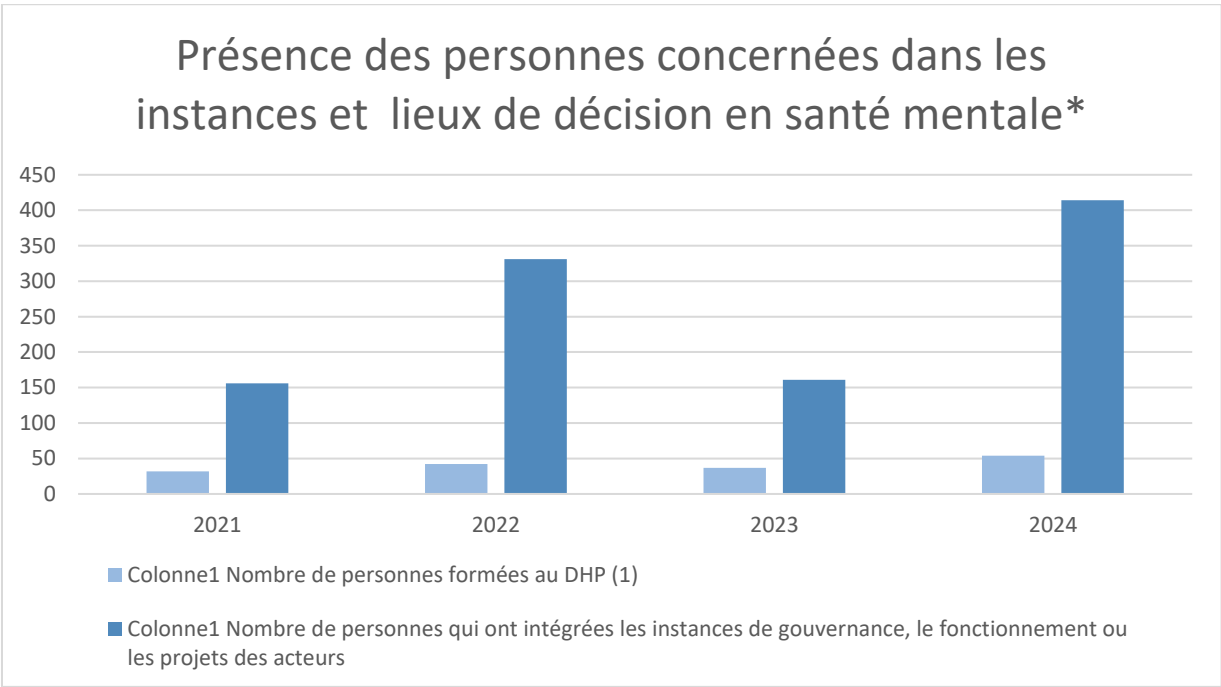


Une majorité d'acteurs, soit 88%, a répondu « OUI » à la question.

Analyse des indicateurs chiffrés

Année	2021	2022	2023	2024
Nombre de personnes formées au DHP (1)	32,00	42,00	37,00	54,00
Nombre de personnes qui ont intégrées les instances de gouvernance, le fonctionnement ou les projets des acteurs	156,00	331,00	161,00	414,00

Au total, **165 personnes ont été formées sur 4 ans**, soit une augmentation de 37,5% par rapport à l’objectif initial de former 120 personnes.



*Pour 2022, chiffre probablement surestimé car il n'a pas été possible de retraiter les participations d'une même personne au sein d'institutions différentes
(1) Formation DHP : droit, handicap, participation sociale

Fiche n°2 : Développer les pratiques orientées rétablissement et les pratiques collaboratives dans les soins et les accompagnements

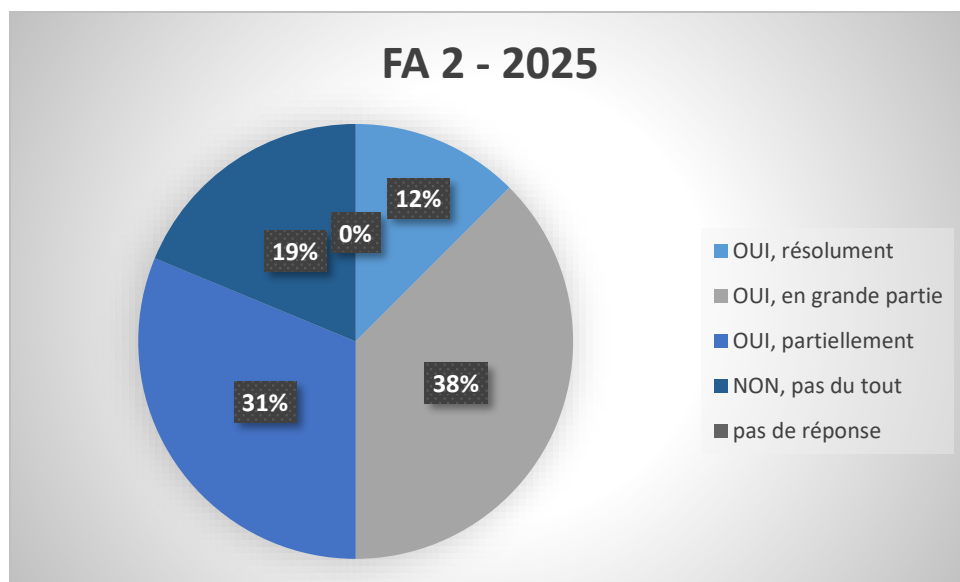
Rappel des objectifs opérationnels de la fiche action

1. Sensibiliser les équipes à l'écart entre leurs pratiques actuelles et les pratiques orientées rétablissement via le déploiement d'audits collaboratifs dans les services
2. Former toutes les équipes de santé mentale aux pratiques orientées rétablissement
3. Systématiser la rédaction de plans de crise conjoints

Pilote : Communauté psychiatrique de territoire ⁽⁶⁾

1

Question : Avez-vous engagé la mise en œuvre des objectifs opérationnels de la fiche action ?



Une majorité d'acteurs, soit 81%, a répondu « OUI » à la question.

¹ La Communauté Psychiatrique de Territoire (CPT) Rhône-Métropole a été initiée en 2016 et a fait l'objet d'une convention constitutive signée en décembre 2017 pour une durée initialement prévue de cinq ans. Elle avait pour objectif de contribuer au diagnostic territorial et à l'élaboration du PTSM 1. La CPT visait également à fédérer l'ensemble des acteurs de la psychiatrie et de la santé mentale, ainsi que les représentants des usagers et les Conseils Locaux de Santé Mentale. Toutefois, sa dynamique a été interrompue avant le terme prévu de la convention, conduisant à sa dissolution anticipée.

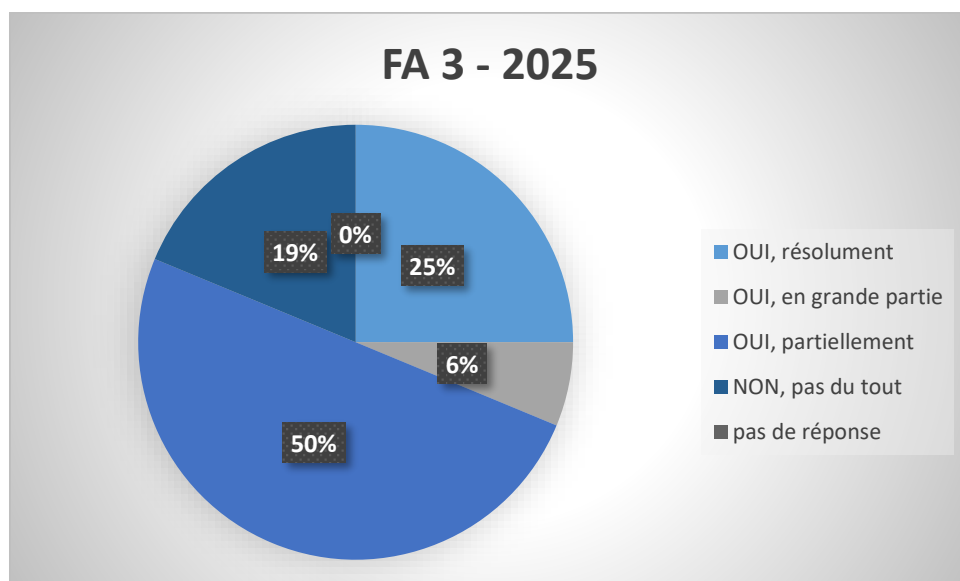
Fiche n°3 : Développer la pair-aidance professionnelle dès l'entrée dans la maladie psychique

Rappel des objectifs opérationnels de la fiche action

1. Développer les interventions de pair aidants professionnels au sein des établissements et structures de santé mentale
2. Développer l'accès aux formations diplômantes de pair aidants et favoriser la qualité et diversité des stages
3. Fédérer les pair aidants professionnels sur le territoire via la mise en place et l'animation d'une communauté de pratiques

Pilote : Communauté psychiatrique de territoire

Question : Avez-vous engagé la mise en œuvre des objectifs opérationnels de la fiche action ?



31% des acteurs ont répondu « OUI » (résolument et en grande partie) à la question.

50% de réponses « OUI partiellement »

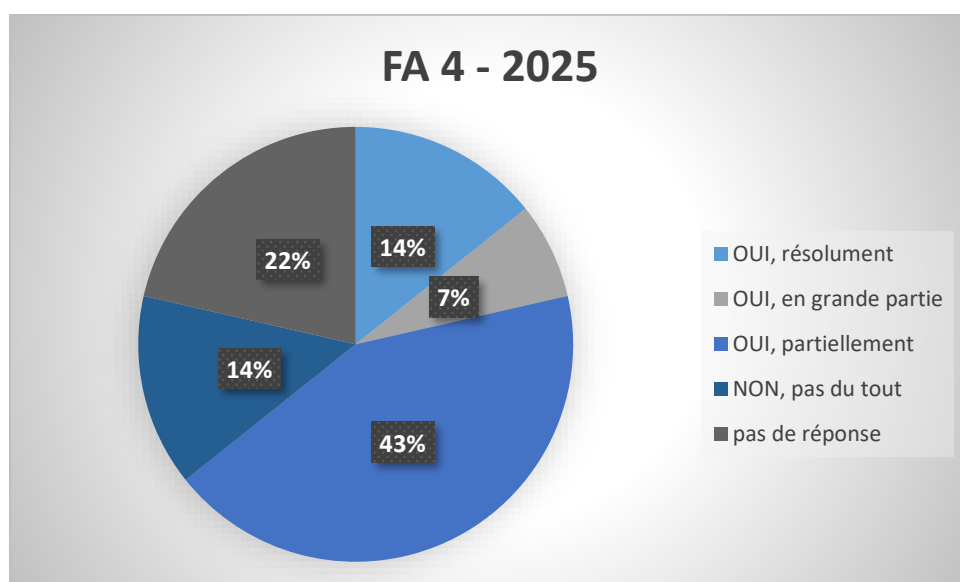
Fiche n°4 : Systématiser l'aide aux aidants de manière précoce jusqu'au stade de la psychoéducation

Rappel des objectifs opérationnels de la fiche action

1. Sensibiliser les professionnels à l'efficacité des parcours et programmes d'aide aux aidants
2. Déployer le programme BREF dans tous les établissements pour une connexion des aidants dès l'entrée dans les soins
3. Développer l'inscription des aidants du territoire dans un parcours structuré d'aide aux aidants auprès des associations
4. Augmenter l'accès aux programmes structurés de psychoéducation des aidants
5. Développer de nouveaux projets collaboratifs entre établissements et associations de familles

Pilote : Communauté psychiatrique de territoire

Question : Avez-vous engagé la mise en œuvre des objectifs opérationnels de la fiche action ?



21% des acteurs ont répondu « OUI » (résolument et en grande partie) à la question.

43% de réponses « OUI partiellement »

14% « non, pas du tout »

Nombres de professionnels formés à BREF :

	2021	2022	2023	2024
Nombres de professionnels formés à BREF :	72	167	341	342

Total de **1082 professionnels** formés à l'animation du programme BREF sur le territoire depuis 12/10/2018

Nombres d'aidants ayant reçu le programme BREF complet

	2021	2022	2023	2024
Nombre d'aidants ayant reçu la formation BREF :	100	125	172	118

Nouvelles familles accueillies par UNAFAM

	2021	2022	2023	2024
Nouvelles familles accueillie par UNAFAM	190	177	327	402

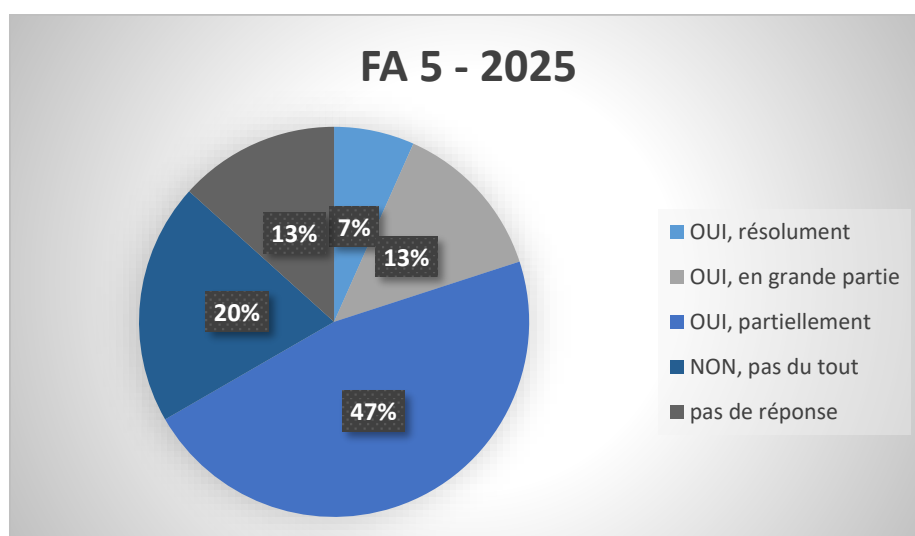
Fiche n°5 : Implémenter la réhabilitation psychosociale en proximité sur les territoires

Rappel des objectifs opérationnels de la fiche action

1. Implémenter de manière large les concepts et les outils de la réhabilitation psychosociale dans les pratiques de soins courants en psychiatrie
2. Implémenter les pratiques de réhabilitation dans les accompagnements sociaux et médico sociaux
3. Organiser la complémentarité et la cohérence des interventions entre les acteurs intervenant dans les parcours de réhabilitation psychosociale

Pilote : Communauté psychiatrique de territoire

Question : Avez-vous engagé la mise en œuvre des objectifs opérationnels de la fiche action ?



20% des acteurs ont répondu « OUI » (résolument et en grande partie) à la question.

47% de réponses « OUI partiellement »

20% « non, pas du tout »

ANNÉE	2021	2022	2023	2024
Nombre de patients ayant suivi un programme de psychoéducation ou d'ETP	726	828	1791	1611

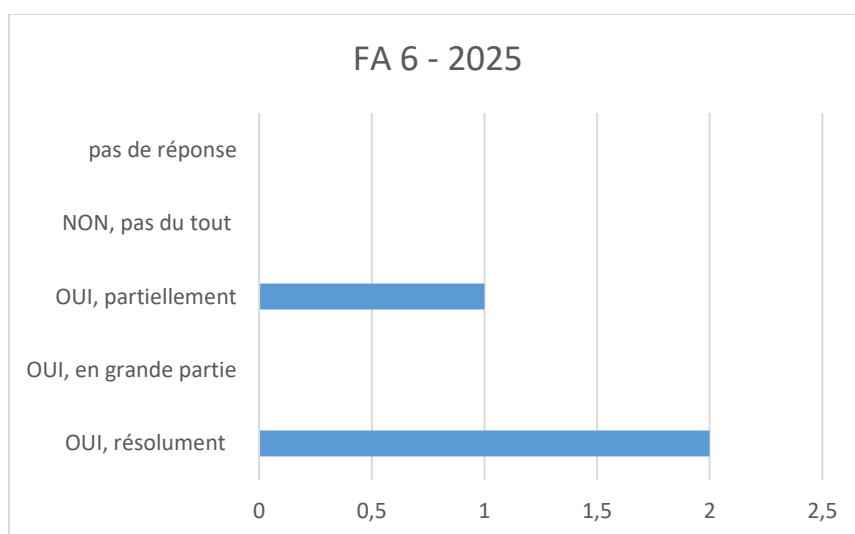
ANNÉE	2021	2022	2023	2024
Nombre de programme de psychoéducation co-animé par un.e pair-aidant	3	12	20	18

Fiche n°6 : Mettre en place la crise en charge précoce des premiers épisodes psychotiques

Rappel des objectifs opérationnels de la fiche action

1. Définir un référentiel partagé clinique et organisationnel de la prise en charge des premiers épisodes psychotiques (PEP)
2. Proposer une implémentation de la prise en charge dans chaque établissement de la CPT et déposer un dossier pour financement par le FIO
Systématiser la rédaction de plans de crise conjoints
3. Déployer la communauté de pratique et les équipes d'intervention précoce

Pilote : Communauté psychiatrique de territoire



Deux établissements de psychiatrie sectorisés ont ouvert leur filière PEP, et le troisième a prévu de le développer dans son nouveau projet d'établissement.

COP PEP

Année	2021	2022	actuellement
Mise en place communauté de pratiques inter-établissements	Financement fondation France	Membres de la communauté de pratiques (cop pep 69) 164 personnes	255 membres

Fiches n°7 et n°8 : Développer les parcours coordonnés de manière transversale- Développer le case management sur les territoires

Rappel des objectifs opérationnels de la fiche action

Parcours coordonnés :

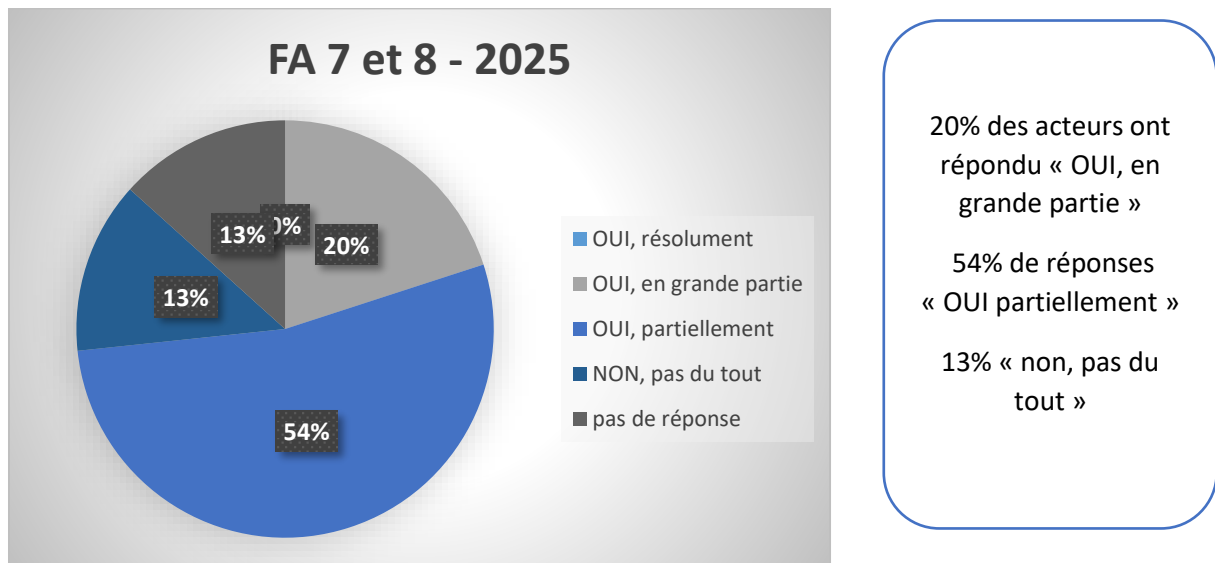
- 1/Investiguer les différents modèles de coordination transversale en santé mentale existant sur le territoire régional et national et proposer un modèle pour le territoire Rhône Métropole
- 2/Structurer et mettre en place une coordination transversale au territoire du PTSM
- 3/Organiser un fonctionnement en réseaux territoriaux de proximité
- 4/Elaborer et généraliser un modèle partagé unique d'évaluation des besoins et des attentes et de projet individualisé de rétablissement

Case management :

- 1/ Elaborer un cahier des charges partagé du case management
- 2/Travailler les conditions garantissant la légitimité du case manager auprès de l'ensemble des acteurs du parcours
- 3/ Recruter et déployer les case managers, assurer la transversalité du positionnement des case managers existants

Pilote : Coordination 69, soins psychiques et réinsertions

Question : Avez-vous engagé la mise en œuvre des objectifs opérationnels de la fiche action ?



Les acteurs confirment leur engagement dans le développement des postes de case managers ainsi que leur volonté de faire bénéficier les usagers de parcours fluide. Néanmoins, dans l'exercice de ses missions, la transversalité du case mangement se heurte aux frontières des institutions. Certains usagers peuvent se trouver « dotés » de plusieurs case managers appartenant à des institutions différentes.

Fiche n°9 : Développer et diversifier la palette de solutions de logement (du logement collectif au logement autonome) et d'accompagnement dans le logement

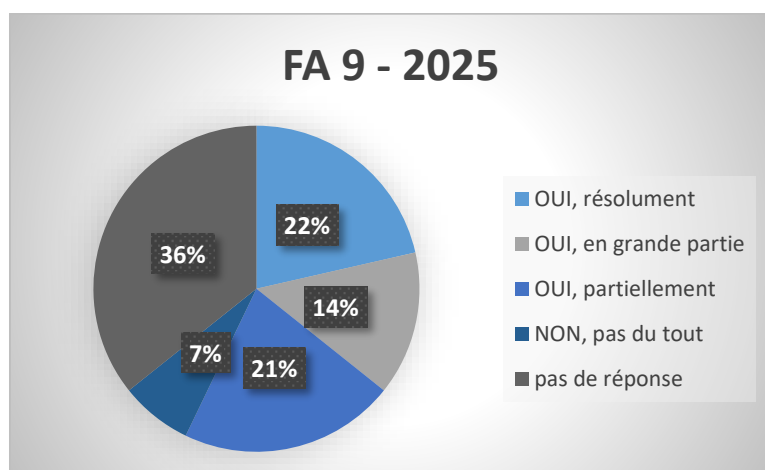
Rappel des objectifs opérationnels de la fiche action

- 1/ Organiser le recueil des données relatives au besoin de logement et d'accompagnement
- 2/ Soutenir la formulation du besoin et des attentes individuelles dès l'entrée dans la maladie
- 3/ 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 »
- 4/ Développer une captation efficace de logements correspondant aux besoins d'aujourd'hui et de demain compte tenu du PTSM
- 5/ Etudier les possibilités de mobilisation de la PCH en vue d'une aide humaine pour l'entretien du logement

Pilotes :

- Métropole de Lyon (direction PA-PH et direction de l'habitat) pour le territoire de la Métropole
- Département du Rhône (direction de l'action sociale, de l'insertion et du logement) pour le territoire du Département

Question : Avez-vous engagé la mise en œuvre des objectifs opérationnels de la fiche action ?



Les différentes campagnes d'évaluation du PTSM montrent une mobilisation croissante des acteurs pour accompagner les personnes dans leur parcours logement. Toutefois, les données recueillies restent partielles et difficiles à consolider, ce qui ne permet pas d'évaluer clairement l'évolution de la réponse aux besoins. Les acteurs signalent des listes d'attente importantes, révélant un manque d'accès à l'offre d'accompagnement, d'hébergement et de logement.

Enfin, les données des établissements sanitaires confirment que les hospitalisations constituent souvent des périodes de fragilisation, voire de rupture, dans les parcours logement, soulignant la nécessité de renforcer les actions de prévention et d'anticipation des sorties d'hospitalisation.

Fiche n°10 : 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 barrière à l'accès

Rappel des objectifs opérationnels de la fiche action

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

2/ 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

3/ Intégrer l'objectif de transition dans la stratégie et le fonctionnement des ESAT

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

Pilotes : MESSIDOR / LADAPT/Clubhouse

Dans le cadre de cette fiche action, le recueil de données reste complexe et hétérogène selon les acteurs mobilisés. Si de nombreuses actions sont mises en œuvre pour accompagner les personnes dans leur parcours emploi, leurs effets demeurent difficiles à mesurer faute d'indicateurs consolidés et partagés. Les données disponibles restent ainsi partielles et peu comparables d'une année à l'autre, ce qui limite l'analyse de l'évolution des besoins et des réponses apportées sur le territoire

Fiche n°11 : Définir un cadre commun d'organisation, de pilotage et d'évaluation des CMP (psychiatrie adulte et infanto-juvénile)

Rappel des objectifs opérationnels de la fiche action

- 1/ Définir les modalités et le parcours d'accès au CMP
- 2/ 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)
- 3/ Définir et déployer une stratégie de prévention et de traitement proactif des risques de ruptures de soins (« perdus de vue »)
- 4/ Redéfinir les règles de suivi ambulatoire des personnes sans domicile (notamment suite à une expulsion)
- 5/ 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
- 6/ Améliorer le partage d'informations avec les autres acteurs du parcours (notamment application du décret de 2016)

Pilote : Communauté psychiatrique de territoire

Les objectifs de cette fiche action n'ont pas pu faire l'objet de travail transversal entre les établissements concernés, à l'exception des travaux sur les règles de référence sectorielle des personnes sans domicile individuel qui ont eu lieu dans le cadre d'un co-pilotage ARS/DDETTS/PTSM. Les données rendent impossible un état des lieux du fonctionnement de ces structures sur la manière dont leur organisation a pu travailler ou non pour améliorer l'accessibilité et définir les parcours de soins afin de les rendre plus lisibles et plus efficaces.

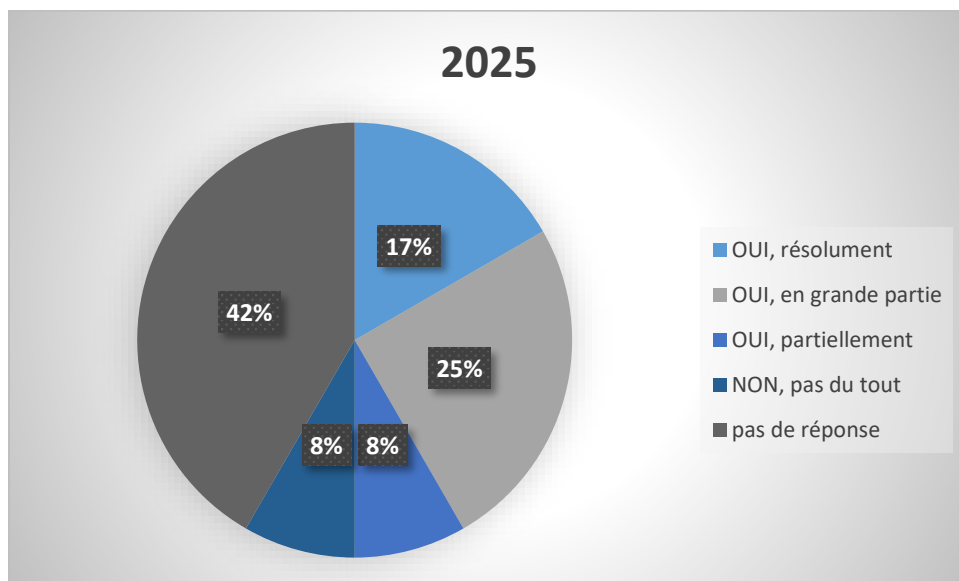
Fiche n°12 : Développer les dispositifs de collaboration et de suivi partenarial psychiatrie. Médecine générale et structurer le premier recours en santé mentale autour des soins primaires (CPTS)

Rappel des objectifs opérationnels de la fiche action

- 1/ Mettre en place des dispositifs partenariaux spécifiques psychiatrie médecine générale sur chaque territoire, dans une logique de réciprocité
- 2/ Déployer de manière courante les échanges d'information entre médecins généralistes et équipes de psychiatrie par l'usage des outils de communication
- 3/ Viser la prise en compte de la santé mentale dans les objectifs de santé des CPTS (communautés professionnelles territoriales de santé)
- 4/ Améliorer la formation initiale et continue des professionnels de premier recours en santé mentale

Pilote : Communauté psychiatrique de territoire

Question : Avez-vous engagé la mise en œuvre des objectifs opérationnels de la fiche action ?



La fiche action dédiée au partenariat avec les soins primaires a connu plusieurs évolutions positives ces dernières années, même si elles restent inégales selon les territoires. Des coopérations se sont développées entre les établissements spécialisés et les CPTS, tandis que des outils comme la télé expertise ou la messagerie sécurisée sont davantage mobilisés pour faciliter les échanges entre professionnels. Toutefois, l'hétérogénéité et l'instabilité des données recueillies d'une année à l'autre rendent difficile l'évaluation de l'impact réel de ces avancées sur les parcours des personnes accompagnées.

Fiche n° 13 : Développer des soins ambulatoires de crise dans le cadre de pratiques orientées rétablissement

Rappel des objectifs opérationnels de la fiche action

- 1/ 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
- 2/ Organiser la fluidité de l'accès aux dispositifs de crise et leur mobilisation dans le parcours des personnes
- 3/ Améliorer la prévention et la prise en charge des crises en institution médico sociale
- 4/ Organiser l'accès partagé des services d'urgence au dossier patient des établissements

Pilote : Communauté psychiatrique de territoire

Année	2021	2022	2023	2024
Nombre de patients pris en charge par une équipe mobile	1 861	2 885 sur 2 EPSM	1242 pour le CH répondant	2534 sur 2 CH répondants

Cette fiche action reste difficile à évaluer en raison du faible nombre de données disponibles.

A retenir sur cette fiche action :

En 2022, 2 nouvelles équipes mobiles en psychiatrie adulte et une en pédopsychiatrie ont été créés. La progression de patients pris en charge par une équipe mobile reflète la montée en charge des dispositifs.

En 2023, les HCL indiquent ne pas gérer d'équipe mobile mais disposent de dispositifs de consultations post-crise en psychiatrie adulte et pédopsychiatrie après un passage aux urgences. Les HCL mentionnent également la mise en place d'un groupe de réflexion collégiale inter établissement autour de l'approche centrée sur le rétablissement en post-crise intégrant le CHU Saint-Etienne, la pédopsychiatrie de l'HFME et celle du Vinatier.

En 2024, ouverture de l'unité RéCréA, unité de résolution de la crise en ambulatoire, avec une orientation rétablissement, au CH SJDD.

Fiche n°14 : Définir les circuits d'alerte et de traitement des alertes sur le territoire

Rappel des objectifs opérationnels de la fiche action

1/ Décrire les circuits d'émission, d'analyse et de traitement de l'alerte pour les différentes situations possibles

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

3/ Garantir des réponses d'aller vers pour les personnes non connues ou en rupture prolongée de soins refusant une démarche de soin

Pilote : Communauté psychiatrique de territoire

Année	2021	2022	2023	2024
Activité de l'équipe ELIP'S : nombre de situation de prise en charge	258	291	260	129

Résultat des trois premières années : les circuits de réception et de réponse aux alertes en fonction des situations restent à construire. La plateforme LIVE joue un rôle majeur dans l'analyse des situations et l'orientation des personnes, des aidants comme des professionnels, vers une réponse adaptée. Par ailleurs, on constate une prise en compte très inégale par les structures psychiatriques de proximité pour des situations en cours de dégradation.

Transformation du projet d'Elips en mobilité du SAS Psy : **projet SAS PSY MOBILE** mis en œuvre à partir de septembre 2024 avec plein essor en mai 2025, suite à l'obtention d'un FIOP en 2024.

Fiche n°15 : Développer une plateforme d'orientation à destination des personnes, des aidants et des professionnels (plateforme LIVE)

Rappel des objectifs opérationnels de la fiche action

1/ S'appuyer sur le retour d'expérience du fonctionnement de LIVE

2/ Construire les interactions de la plateforme avec les autres dispositifs

3/ Mettre en place la plateforme

Pilote : Communauté psychiatrique de territoire

Année	2021	2022	2023	2024
Plateforme LIVE	Pas de données	1164 orientations réalisées par LIVE	1355 orientations soit =16,5 %	2114 orientations (16.95% des actions)
Orientation vers le SAU		40%	59%	65,85%
Effectivité des orientations proposées		63,5 %	81,20 %	89,76%

A retenir sur cette fiche action :

La plateforme LIVE est devenue LIVE SAS PSY en 2023.

Fiche n°16 : Mettre en place une équipe mobile de pédopsychiatrie en direction des établissements socio éducatifs de l'aide sociale à l'enfance

Rappel des objectifs opérationnels de la fiche action

1. Mettre en place une équipe mobile de pédopsychiatrie en direction des établissements socio éducatifs de l'aide sociale à l'enfance

Pilote : Communauté psychiatrique de territoire / HCL

À retenir de cette fiche-action :

2022 : Obtention d'un financement par la Métropole de Lyon et le Département du Rhône. Puis lancement du COPIL partenarial et début de l'activité mobile le 8 novembre 2022.

En 2023 : 51 jeunes relevant de 22 structures différentes confiés à l'aide sociale à l'enfance de la métropole et du département, ont reçu une intervention de RESILUDE.

En 2024 : 59 saisines (37 établissements différents de l'ASE, 2 établissements PJJ, 2 Familles d'accueil, 2 jeunes en situation de placement externalisé). 41 situations closes dans l'année.

Ce projet collaboratif vise à mieux accompagner les jeunes présentant des vulnérabilités psychiques à travers une mission d'aller vers, d'orientation, de soutien des équipes éducatives et de sensibilisation à l'approche « trauma informée ». De plus en plus d'établissements et services font appel à Resilude.

Fiche n°17 : Développer les programmes de renforcement des compétences psychosociales en milieu scolaire

Rappel des objectifs opérationnels de la fiche action

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

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

Pilote : Education nationale

Déploiement du programme « agir à fond les CPS » sur trois niveau scolaire CM1, CM2, 6ème

Année	2021	2022	2023	2024
Nombre d'écoles et d'établissements ayant mis en œuvre le programme	14	14	15	15 écoles et 3 collèges

Nombre d'élèves ayant bénéficié du programme	574	524	1183	1323
Nombre d'adulte ayant bénéficié du programme	27	20	48 enseignants du 1 ^{er} degré et une dizaine de professeurs du collège	57

À retenir de cette fiche-action :

En 2022, des effets sont constatés sur l'autonomie des enfants, le développement de l'estime de soi, la capacité à exprimer ses émotions dans les situations du quotidien, dont les apprentissages, ainsi qu'un climat scolaire plus apaisé.

En 2023/2024, l'action se termine pour Givors sur cette année avec une proposition de poursuite d'actions avec le programme Unplugged (programme probant et validé pour le niveau 5^e). Une réflexion se poursuit dans de nouveaux territoires pour « Agir à fond les CPS » avec une nouvelle version en cours de finalisation.

En 2024 : La réflexion se poursuit quant à de nouveaux territoires pour ce programme Agir à fond les CPS, une version 2 est en cours de finalisation avec un guide de l'implantation et un guide d'animation réajusté. La poursuite des projets est conditionnée aux futures décisions de financements ARS.

Les territoires de Villeurbanne et Thizy sont envisagés pour la rentrée prochaine.

L'instruction interministérielle de 2022 sur le déploiement des CPS génération 2037 nous engage collectivement (EN, ARS, collectivités territoriales) pour renforcer l'attention portée aux CPS. De nombreux autres programmes comme ALLIANCE ou PACAP travaillent et mobilisent les compétences psycho-sociales soit comme objet de conscientisation, soit comme pratiques intégrées et conscientisées aux enseignements.

Des outils, kit empathie pour les plus jeunes élèves par exemples, sont mis à disposition des équipes pédagogiques pour accompagner cette ambition pour tous.

Fiche n°18 : Développer les interventions de déstigmatisation auprès des enfants et des jeunes en intervenant avec des personnes concernées

Rappel des objectifs opérationnels de la fiche action

1/ 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

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

Pilote : Education nationale /
Coordination 69, soins psychiques et réinsertions

À retenir de cette fiche-action :

En 2021, lancement opérationnel du programme « La tête haute » avec le financement de l'ARS et de la fondation AESIO. Puis en 2022, 5 collèges ont été recrutés, conduisant à la participation de 57 élèves et de 21 accompagnateurs. Des ambassadeurs santé mentale ont également participé ainsi que 4 personnes concernées.

Concernant l'année 2023-2024, 3 « sommets » ont été organisés, permettant de lancer la démarche au sein de 15 collèges. Dans l'un des collèges, 45 élèves et 12 accompagnateurs de 5 collèges ont participé à « La tête haute ». Dans un deuxième collège, ce sont 68 élèves et 18 accompagnateurs qui ont participé à ce programme. En mars 2024, une expérimentation a eu lieu en format virtuel réunissant 3 collèges participants en 2022-2023.

Pour l'année 2024-2025 : 13 collèges participants sur 3 sommets, 151 élèves 36 adultes de la communauté éducative et 6 personnes concernées. Pour cette année 2 territoires retenus en présentiel : Rhône sud et Beaujolais Val de Saône ; et 3 collèges en distanciel sur Lyon, Vaulx-en-Velin et Caluire. 10 collèges étaient volontaires et mobilisés pour entrer dans la démarche en 2024-2025 mais, la contrainte budgétaire a empêché un plus grand déploiement sur le Rhône.

Fiche n°19 : Déployer la formation aux premiers secours en santé mentale (PSSM)

Rappel des objectifs opérationnels de la fiche action

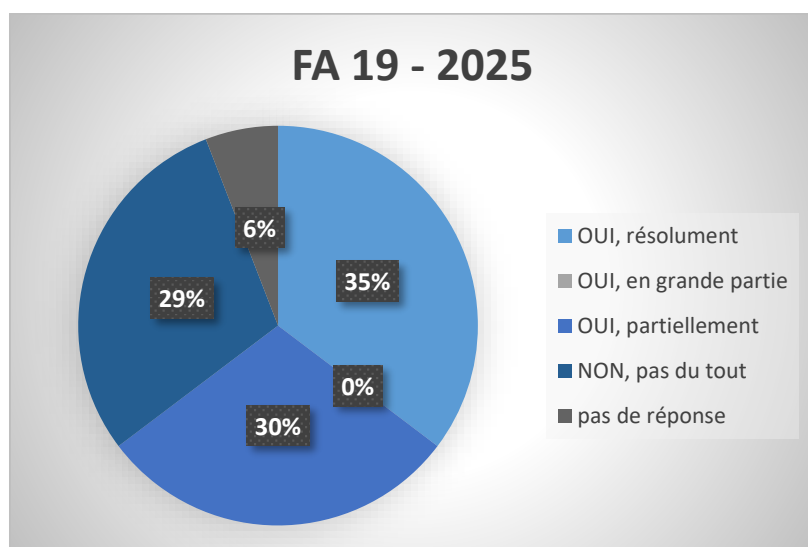
1/ Déployer la formation auprès des étudiants

2/ Déployer la formation auprès de chacun des autres publics cible (acteurs du secteur social, acteurs des politiques sociales des collectivités territoriales, personnes concernées/GEM, professionnels de l'éducation nationale

Pilote : Université de Lyon (public étudiant)

Institut régional Jean Bergeret (autres publics)

Question : Avez-vous engagé la mise en œuvre des objectifs opérationnels de la fiche action ?



Une majorité d'acteurs, soit 65%, a répondu « OUI » à la question.

	2021	2022	2023	2024
Nombre total de professionnels (et / ou bénévoles) ayant été formés aux PSSM	74	228	533	387

Dans le cadre du PTSM 69, au total, **1222 personnes ont été formées** au cours des quatre années.

La formation aux Premiers Secours en Santé Mentale (PSSM) a pu se développer sur le territoire avec une mobilisation croissante des acteurs institutionnels et des professionnels. Plusieurs structures issues des secteurs sanitaire, médico-social, social, éducatif et des collectivités territoriales ont intégré cette formation dans leurs plans de formation. Des sessions PSSM standard et jeunes ont ainsi été déployées auprès de professionnels et d'étudiants, témoignant d'une dynamique territoriale soutenue et d'une forte adhésion des partenaires.

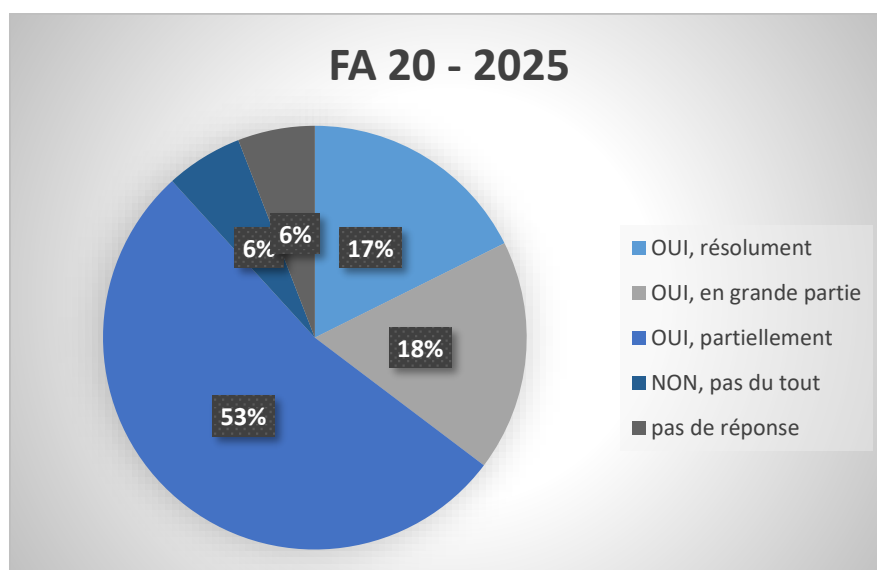
Fiche n°20 : Mettre en place la stratégie de prévention du suicide

Rappel des objectifs opérationnels de la fiche action

- 1/Déployer le dispositif de recontact Vigilans et la postvention du suicide
- 2/ Déployer les formations au repérage du risque suicidaire et l'utilisation des protocoles et outils associés
- 3/ Renforcer les réseaux de proximité en matière de prévention du suicide

Pilote : ARS DT 69

Question : Avez-vous engagé la mise en œuvre des objectifs opérationnels de la fiche action ?



Une majorité d'acteurs, soit 88%, a répondu « OUI » à la question.

En 2021, Vigilans s'est déployé dans les services d'urgences du territoire 69 et dans leurs services de crise et de liaison au sein des HCL et dans le CH de Vinatier.

En 2022, 254 professionnels ont été formés au repérage/évaluation du risque suicidaire et/ou à la prise en charge de la crise suicidaire. Au total, 16 professionnels ont bénéficié de la formation sentinelle.

En 2023, le nombre de professionnels formés est en augmentation, soit 387 professionnel. Durant cette année, le dispositif Vigilans a été déployé dans 5 cliniques ainsi qu'au HEH, à l'hôpital Lyon Sud et dans divers CMP dont Décines ou Bron.

En 2024 6 répondants ont déclaré les numéros de personnes formées à la crise suicidaire, avec un total de 275 personnes formées.

Dispositif Vigilans	2022	2023	2024
Taux de couverture (mesure le pourcentage de personnes passées dans un service d'urgence pour une tentative de suicide qui ont fait l'objet d'une inclusion dans le programme)	38,65%	49,23%	51%

Fiche n°21 : Périnatalité psychique

Rappel des objectifs opérationnels de la fiche action

- 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 » (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)

Pilote : HCL / réseau périnatalité psychique

À retenir de cette fiche-action :

Pas d'indicateurs pour 2021.

En 2022, la fiche action a été lancée par une commission périnatalité psychique organisée par le pilote, ouverte aux établissements publics et privés, à la PMI, à l'URSPS médecins, à l'Éducation Nationale, à l'UNAFAM et aux personnes concernées. Un financement a été obtenu.

En 2023, au sein des HCL, 953 consultations de psychiatrie périnatale ont été réalisées avec 169 séjours de mère ainsi que 174 séjours de bébé. Au sein du CH Le Vinatier, l'activité de la psychiatrie périnatale représente une file active de 1 095 patients et de 6 719 actes en ambulatoire.

En 2024 : 2 équipes de périnatalité en cours de mise en œuvre au CH SJDD suite à un FIOP. Dans cet établissement la file active représente 432 patients avec 4559 actes. Dans la même année, pour le CH Vinatier la file active représente 1293 patients. De plus, le CH de SCMO a obtenu l'autorisation en périnatalité avec un conventionnement pour l'HDJ et l'hospitalisation complète. L'établissement intervient, grâce à des conventions dans les PMI de la métropole de Lyon relevant de notre secteur, dans les PMI du Rhône, dans les maternités. Une équipe mobile est en cours de construction en plus des VAD et unités déjà présente sur Vaise, Villefranche et Tarare/L'Arbresle.



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

**GT 1 : Le repérage précoce des troubles
psychiques, l'accès au diagnostic, aux soins et
aux accompagnements conformément aux
données actualisées de la science et aux
bonnes pratiques professionnelles**

Trame d'animation

Avant-propos

Ce document a été élaboré pour accompagner le déroulé des Groupes de Travail de la Journée Diagnostic du PTSM. Il rassemble les objectifs, les étapes d'animation, ainsi que des données utiles pour guider les échanges.

Afin de favoriser la bonne tenue des groupes, quelques repères sont proposés :

- Lors des prises de parole, inviter les participants à dire de quelle place ils s'expriment (professionnel de tel domaine, représentant de famille, etc..) ;
- Solliciter la prise de parole du plus grand nombre de participants ;
- Pratiquer régulièrement la reformulation ;
- Eviter l'usage des acronymes ;
- Inviter les participants à des prises de parole courtes ;
- Mettre en exergue les éventuelles antagonismes de points de vue ;
- Soulever, lors que pertinent les enjeux propres à la santé mentale des jeunes ; des personnes âgées ; et/ou de la grande précarité ;
- Permettre aussi à nos animateurs de donner leurs points de vue pour enrichir le débat ;
- Prise de notes au moins par l'un des membres du binôme d'animateurs ;
- Faire attention au niveau sonore des échanges pour ne pas gêner les autres groupes ;

Animateur/trice :

Dirige le groupe vers la tâche indiquée en veillant à atteindre l'objectif de chaque atelier.
Favorise la démocratisation de la parole et synthétise les idées en propositions claires.

Support possible :

Accompagne le déroulement des tâches, veille au respect du temps et à une participation homogène. Peut également se charger de préparer l'activité suivante.

À définir entre eux qui préfère écrire.

Matériaux :

- Liste des participants
- Infographie avec les informations importantes sur la priorité
- Déroulé des GT
- Résultats imprimés pour chaque participant avec colonnes « d'accord / pas d'accord »
- Stylos
- Post-it
- Feutres
- Paperboards (3 minimum par groupe)
- Tableau de faisabilité (plusieurs par GT)
- Tableau des leviers priorités (en A3 pour la dynamique des gommettes)
- Gommettes (14 par participant)

Trame d'animation

Premier moment dans la matinée : Durée : 1h30 (de 11h à 12h30)

Thème : Bilan et évaluation du PTSM 1– questionnaire et freins

Objectif : Reprendre les résultats du questionnaire, faire évoluer leur interprétation et valider l'état des lieux.

1. Introduction – 15 min

1.1 Conceptualiser la priorité, le cadre et le déroulé des GT.

Priorité 1 : Le repérage précoce des troubles psychiques, l'accès au diagnostic, aux soins et aux accompagnements

L'intervention précoce doit permettre la mise en place de prises en charge adaptées dès l'apparition des premiers symptômes d'une pathologie, afin de prévenir son aggravation et les conséquences qui y sont associées, pour éviter la perte de chances et soutenir le parcours de rétablissement des personnes.

Cette priorité fait référence à la collaboration et au partenariat entre les acteurs du repérage (1ère ligne d'accès aux soins - professionnels de santé de proximité ; Education Nationale ; Aide sociale à l'enfance ; les aidants ; social ; médico-social ; et bien d'autres) et les acteurs de la santé mentale et de la psychiatrie.

1.2 Des exemples de fiches actions du PTSM 1 en lien avec la priorité 1

FA 4 - Systématiser l'aide aux aidants de manière précoce jusqu'au stade de la psychoéducation

FA 6 - Développer la prise en charge précoce des premiers épisodes psychotiques sur le territoire

FA 12 - 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)

FA 15 - Développer une plateforme d'orientation à destination des personnes, des aidants et des professionnels

FA 16 - Mettre en place une équipe mobile de pédopsychiatrie en direction des établissements socio éducatifs de l'aide sociale à l'enfance

FA 21 - Périnatalité psychique

2. Réflexion individuelle – 15 min

2.1 - Présentation des résultats du questionnaire.

À partir des résultats du questionnaire, chaque participant exprime son accord ou désaccord pour chaque item.

Puis, parmi la liste des freins identifiés, il sélectionne les trois plus importants selon lui et peut en ajouter d'autres si nécessaire.

2.1.1 Résultat - réponse à la question de satisfaction :

Distribuer les tableaux aux participants. Chaque participant exprime son accord ou désaccord pour chaque item.

Concernant le champ de référence de la priorité 1 et la réalité du repérage précoce, de l'accès au diagnostic, aux soins et aux accompagnements, comment jugez-vous dans votre territoire :

[Chart options »](#)

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Moyennement satisfaisant	Pas du tout satisfaisant	Non concerné
1 - L'accessibilité aux soins pour les enfants	0	4	25	23	39
2 - L'accessibilité aux soins pour les adultes	0	6	43	32	11
3 - L'accessibilité aux soins pour les personnes en situation de précarité	0	3	35	43	11
4 - La présence de pratiques "d'aller vers" des équipes psychiatriques	2	13	36	25	14
5 - La présence de pratiques "d'aller vers" des équipes médico-sociales	2	18	43	13	14
6 - La mission de repérage réalisée par les professionnels de la première ligne (médecin traitant, infirmière, pharmaciens...)	2	20	41	9	18
7 - La mission de repérage réalisée par les professionnels de proximité (services sociaux, médico-sociaux, acteurs de l'hébergement/ logement,	3	40	33	6	10

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Moyennement satisfaisant	Pas du tout satisfaisant	Non concerné
établissements d'enseignement,...)					
8 - La collaboration entre les acteurs du repérage (PMI - protection maternelle infantile, services sociaux, établissements d'enseignement,...) et les acteurs psychiatriques	1	17	39	17	16
9 - La collaboration entre acteurs de la psychiatrie et acteurs des soins primaires (médecins généralistes, maisons de santé, MSP, centres de santé..)	0	11	32	20	27
10 - L'offre de prises en charge précoces spécifiques lors de l'entrée dans la pathologie	0	10	28	30	19
11 - L'accessibilité et précocité des accompagnements sociaux et médico-sociaux pour prévenir la désinsertion sociale	0	12	35	28	12
12 - L'accessibilité et les modalités de soutien des aidants	0	15	31	21	20

2.1.2 Résultat - Réponse aux freins et leviers

Dans la liste des freins identifiés, chaque participant identifie les trois plus importants selon lui et peut en ajouter d'autres si nécessaire.

- Le manque de moyens et/ou manque de professionnels ;
- Les délais d'attente pour accéder aux soins et aux accompagnements, ce qui fait frein à la prise en charge précoce ;
- Manque de visibilité sur l'offre existante ;
- Les difficultés d'accès aux soins (par manque de professionnels, par le coût des prestations, par l'éloignement géographique, ...)
- Les inégalités territoriales dans l'offre ;
- Absence d'offre de soins à proximité ;
- Difficulté de coordination entre les acteurs, les alertes de certains acteurs du repérage ne sont pas pris en compte ;
- Manque de connaissance (pour certains professionnels) pour pouvoir repérer les premiers signes ;
- Difficultés d'accès au diagnostic ;
- Manque d'outils communs pour la coordination des parcours ;
- Manque de psychiatre pour le public adolescent ;
- La stigmatisation au sein des professionnels de santé ;
- La barrière de la langue ;
- Des difficultés d'accès au numérique.

3. Travail en petits groupes – 30 min

On divise le groupe en sous-groupes et on distribue les items. Chaque sous-groupe va travailler sur 1/3 des items (par exemple : items de 1 à 5 ; des 6 à 10 ; de 11 à 15).

Ils justifient pourquoi ces items sont jugés satisfaisants ou non.

Ensuite, **ils identifient un frein majeurs par item**, à noter chaque frein sur un post-it et identifier le numéro de l'item correspondant au frein.

Il convient de désigner un rapporteur qui va présenter les freins au groupe lors de l'étape suivante.

4. Synthèse en grand groupe – 30 min

Chaque rapporteur présente les freins identifiés dans les sous-groupes. L'animateur récupère les post-its pour afficher sur une feuille paper board de façon à **rassembler les freins similaires dans une même catégorie**.

On identifie les freins les plus importants, en se basant sur ceux qui ont été le plus fréquemment mentionnés.

Un accord est recherché sur les trois freins prioritaires de la thématique, avec possibilité d'en retenir plus de trois si nécessaire (5 au maximum).

Outil : tableau en A3 avec la liste des items à remplir avec les freins identifiés

Deuxième moment dans l'après-midi - Durée : 1h30 (de 13h30 à 15h)

Thème : Leviers et faisabilité

Objectif : Identifier les leviers d'action, évaluer leur faisabilité et explorer des pistes concrètes à mettre en œuvre.

1. Retour sur le travail du matin – 15 min (en grand groupe)

Faire une synthèse des éléments abordés le matin, notamment les freins prioritaires identifiés et les priorités retenues.

2. Réflexion individuelle – 10 min

Chaque participant réfléchit à des leviers d'action possibles en réponse à chaque frein identifié.

Il est possible d'utiliser les leviers identifiés dans le questionnaire comme exemple pour la réflexion :

- Plusieurs dispositifs existants dans le territoire (CADEO ; Point écoute ; La maison de la santé mentale ; PAEJ ; PEP ; Plateformes LIVE et POP ; les CPTS ; les CLSM ; les équipes mobiles et les pratiques d'aller-vers.
- Le point le plus mis en avant comme étant aidant c'est la coordination des acteurs !
- Les dispositifs d'appui à la coordination en font partie ;
- L'importance d'identifier les partenaires du territoire ;
- La formation et sensibilisation des professionnels à la santé mentale est aussi indiquée ;
- Ainsi que la formation aux PSSM ;
- L'accès à l'information à travers de guides ;
- Les différentes instances partenariales sont mises en avant (ex. : instance santé mentale MVS ; des instances pour le logement...)
- Le développement de l'offre de proximité ;
- Le développement de la télé expertise.

3. Travail en petits groupes – 30 min

Les groupes discutent de la faisabilité de chaque levier proposé.

Ils remplissent un tableau d'analyse avec des critères (ex. : ressources disponibles, temps, impact dans la vie des personnes concernées, faisabilité technique) et attribuent une note ou un point à chaque levier.

Concernant le tableau de critères de priorisation (ci-dessous), il convient d'adopter une notation entre 0 et 5 – ou 0 indique mauvais niveau du critère et 5 très bon niveau du critère. Les axes mieux notés seront à prioriser dans l'élaboration des actions.

Modèle tableau de critères de priorisation

Les axes de travail identifiés	Critère 1 : Faisabilité (capacité opérationnelle des acteurs, durée, difficultés éventuelles, opportunité concrète, investissement/coût)	Critère 2 : Ressources mobilisables (humaines, financières, matérielles)	Critère 3 : Maturité du projet (Par exemple : projet documenté, benchmarké, performance avérée d'un tel projet notamment quantifié, ...)	Critère 4 : Impact attendu sur la simplification/ rationalisation des process	Critère 5 : Prévention (impact spécifique sur la prévention)	Critère 6 : Impact attendu sur l'amélioration du parcours de vie et/ou de soins des personnes concernées
Levier 1						
Levier 2						
Levier 3						

4. Mise en commun – 30 min (en grand groupe)

Les leviers sont listés et classés du plus faisable au moins faisable.

Afficher la liste en préparation de la phase plénière.

Distribution de gommettes aux participants du GT – 14 par participant

5 min - pause/transition - pour regagner la plénière

Restitution des ateliers en plénière

Exposition et priorisation

Les différentes listes de leviers sont affichées. Les participants individuellement circulent entre les affiches et choisissent deux leviers prioritaires par groupe de travail (GT), selon leur pertinence et leur faisabilité.

Ils indiquent les leviers choisis avec des gommettes.



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

GT 2 : Le parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes présentant des 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 insertion sociale.

Trame d'animation

Avant-propos

Ce document a été élaboré pour accompagner le déroulé des Groupes de Travail de la Journée Diagnostic du PTSM. Il rassemble les objectifs, les étapes d'animation, ainsi que des données utiles pour guider les échanges.

Afin de favoriser la bonne tenue des groupes, quelques repères sont proposés :

- Lors des prises de parole, inviter les participants à dire de quelle place ils s'expriment (professionnel de tel domaine, représentant de famille, etc..) ;
- Solliciter la prise de parole du plus grand nombre de participants ;
- Pratiquer régulièrement la reformulation ;
- Eviter l'usage des acronymes ;
- Inviter les participants à des prises de parole courtes ;
- Mettre en exergue les éventuelles antagonismes de points de vue ;
- Soulever, lors que pertinent les enjeux propres à la santé mentale des jeunes ; des personnes âgées ; et/ou de la grande précarité ;
- Permettre aussi à nos animateurs de donner leurs points de vue pour enrichir le débat ;
- Prise de notes au moins par l'un des membres du binôme d'animateurs ;

Animateur/trice :

Dirige le groupe vers la tâche indiquée en veillant à atteindre l'objectif de chaque atelier.
Favorise la démocratisation de la parole et synthétise les idées en propositions claires.

Support possible :

Accompagne le déroulement des tâches, veille au respect du temps et à une participation homogène. Peut également se charger de préparer l'activité suivante.

À définir entre eux qui préfère écrire.

Matériaux :

- Liste des participants
- Infographie avec les informations importantes sur la priorité
- Déroulé des GT
- Résultats imprimés pour chaque participant avec colonnes « d'accord / pas d'accord »
- Stylos
- Post-it
- Feutres
- Paperboards (3 minimum par groupe)
- Tableau de faisabilité (plusieurs par GT)
- Tableau des leviers priorités (en A3 pour la dynamique des gommettes)
- Gommettes (14 par participant)

Trame d'animation

Premier moment dans la matinée : Durée : 1h30 (de 11h à 12h30)

Thème : Bilan et évaluation du PTSM 1– questionnaire et freins

Objectif : Reprendre les résultats du questionnaire, faire évoluer leur interprétation et valider l'état des lieux.

1. Introduction – 15 min

1.3 Conceptualiser la priorité, le cadre et le déroulé des GT.

Priorité 2 : Le parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture pour les personnes présentant des troubles psychiques sévères et persistants, en situation ou à risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et leur inclusion sociale

Il s'agit de construire avec les personnes des réponses inclusives, pluridimensionnelles, modulaires et modulables dans le parcours de vie, de l'enfance à la vieillesse.

THEMATIQUES PRINCIPALES :

Coordination de proximité des parcours; développement des pratiques orientées rétablissement (dont éducation thérapeutique et réhabilitation psychosociale); accès et maintien dans l'emploi; accès et maintien dans le logement; accès et maintien dans la vie sociale.

1.4 Des exemples de fiches actions du PTSM 1 en lien avec la priorité 1

FA 2 - Développer les pratiques orientées rétablissement et les pratiques collaboratives dans les soins et les accompagnements

FA 5 - Implémenter la réhabilitation psychosociale en proximité sur les territoires

FA 7 - Développer les parcours coordonnés de manière transversale sur le territoire

FA 8 - Développer le case management sur les territoires

FA 9 - Développer et diversifier la palette de solutions de logement (du logement autonome au logement collectif) et d'accompagnement dans le logement

FA 10 - 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

FA 11 - Définir un cadre commun d'organisation, de pilotage et d'évaluation des CMP

FA 21 - Périnatalité psychique

2. Réflexion individuelle – 15 min

2.2 - Présentation des résultats du questionnaire.

À partir des résultats du questionnaire, chaque participant exprime son accord ou désaccord pour chaque item.

Puis, parmi la liste des freins identifiés, il sélectionne les trois plus importants selon lui et peut en ajouter d'autres si nécessaire.

2.2.1 Résultat - réponse à la question de satisfaction :

Distribuer les tableaux aux participants. Chaque participant exprime son accord ou désaccord pour chaque item.

Concernant les actions favorisant des parcours de vie et de santé de qualité et sans rupture pour les personnes présentant des troubles psychiques, comment jugez-vous dans votre territoire:

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Moyennement satisfaisant	Pas du tout satisfaisant	Non concerné
L'accès et maintien dans le logement, en particulier dans le droit commun, des personnes avec troubles psychiques	0	13	34	11	33
L'accès et maintien dans le travail des personnes avec troubles psychiques	0	5	37	23	27
L'accès et maintien à la vie sociale (culture, sports...) des personnes avec troubles psychiques	0	8	40	20	22
Le développement des pratiques "orientées rétablissement" chez les acteurs du soin psychiatrique	1	11	27	10	41
Le développement des pratiques "orientées rétablissement" chez les acteurs du social et du médico-social	0	15	24	10	41
Les modalités existantes d'accompagnements conjoints ou coordonnés	0	7	32	22	29

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Moyennement satisfaisant	Pas du tout satisfaisant	Non concerné
entre la psychiatrie et le social/médico-social					
Les modalités de coordination de parcours de proximité visant à favoriser des parcours de vie et de santé de qualité et sans rupture pour les personnes avec troubles psychiques	0	6	38	20	25
Les modalités de coordination pour éviter les risques de rupture à la sortie de l'hospitalisation	0	5	36	26	23
Les modalités de coordination pour éviter les risques de rupture dans le passage à l'âge adulte	0	2	31	24	33

2.2.2 Résultat - Réponse aux freins et leviers

Dans la liste des freins identifiés, chaque participant identifie les trois plus importants selon lui et peut en ajouter d'autres si nécessaire.

- Le manque de professionnels de la santé et du médico-social ;
- Les délais d'attente pour les dispositifs médico-sociaux ;
- La difficulté d'accès à des accompagnements ou à des services par manque de place ;
- Le cloisonnement, la méconnaissance des structures entre elles ;
- Manque de connaissance des partenaires ;
- Le manque de lisibilité de l'offre ;
- La stigmatisation (frein au logement et à l'insertion professionnelle, par exemple) ;
- Les freins à l'accès au logement dans la procédure et dans le CERFA (ne prend pas en compte les spécificités liées aux troubles psychiques) ;
- Manque de coordination des acteurs de l'enfance et de l'âge adulte ;
- Rupture de soins à la sortie d'hospitalisation ;
- Difficulté de coordination entre les différents acteurs autour de la personne ;
- Difficulté de coordination entre les différents acteurs pour la prise en charge des situations complexes ;
- Peu d'offres en matière de sport ;
- Difficulté de structurer la coordination de parcours (parfois une même personne a plusieurs niveaux de coordination de parcours, et d'autres personnes n'en ont pas) ;
- Peu de coordination/ collaboration entre les soins et le social ;
- Manque de lien entre les professionnels du soin et les acteurs de l'insertion professionnelle ;
- La lourdeur administrative du dossier MDPH ;

3. Travail en petits groupes – 30 min

On divise le groupe en sous-groupes et on distribue les items. Chaque sous-groupe va travailler sur 1/3 des items (par exemple : items de 1 à 5 ; des 6 à 10 ; de 11 à 15).

Ils justifient pourquoi ces items sont jugés satisfaisants ou non.

Ensuite, **ils identifient un frein majeurs par item**, à noter chaque frein sur un post-it et identifier le numéro de l'item correspondant au frein.

Il convient de désigner un rapporteur qui va présenter les freins au groupe lors de l'étape suivante.

4. Synthèse en grand groupe – 30 min

Chaque rapporteur présente les freins identifiés dans les sous-groupes. L'animateur récupère les post-its pour afficher sur une feuille paper board de façon à **rassembler les freins similaires dans une même catégorie**.

On identifie les freins les plus importants, en se basant sur ceux qui ont été le plus fréquemment mentionnés.

Un accord est recherché sur les trois freins prioritaires de la thématique, avec possibilité d'en retenir plus de trois si nécessaire (5 au maximum).

Outil : tableau en A3 avec la liste des items à remplir avec les freins identifiés

Deuxième moment dans l'après-midi - Durée : 1h30 (de 13h30 à 15h)

Thème : Leviers et faisabilité

Objectif : Identifier les leviers d'action, évaluer leur faisabilité et explorer des pistes concrètes à mettre en œuvre.

1. Retour sur le travail du matin – 15 min (en grand groupe)

Faire une synthèse des éléments abordés le matin, notamment les freins prioritaires identifiés et les priorités retenues.

2. Réflexion individuelle – 10 min

Chaque participant réfléchit à des leviers d'action possibles en réponse à chaque frein identifié.

Il est possible d'utiliser les leviers identifiés dans le questionnaire comme exemple pour la réflexion :

- Plusieurs dispositifs ont été identifiés comme de ressources importants dans le territoire (SAVS, SAMSAH, PAEJ, Un chez soi d'abord, hôpital de jour, les case managers et coordinateurs de parcours, les pair-aidants, les associations d'aidants/ UNAFAM, les équipes mobiles, les plateformes territoriales de coordination de parcours, les DAC...);
- Le professionnel coordinateur de parcours apparaît comme une bonne réponse à la complexité provoquée par le nombre d'acteurs intervenants auprès de la personne ;
- La place de la personne au centre de son projet de vie et de soins est rappelée ;
- L'articulation et la collaboration entre les différents acteurs est un levier très puissant dans la structuration des réponses adaptées quand les liens sont établis ;
- Le développement des pratiques orientées rétablissement (l'éducation thérapeutique, réhabilitation psychosociale, les GEM...);
- Le développement de dispositifs d'habitat adaptés aux besoins des personnes ;
- Les conventions de partenariat entre les différents acteurs ;
- Les instances partenariales autour de situations complexes ;
- Le lien avec les bailleurs ;
- Le médiateur en santé ;
- L'anticipation des situations de transition et à risque de rupture ;

3. Travail en petits groupes – 30 min

Les groupes discutent de la faisabilité de chaque levier proposé.

Ils remplissent un tableau d'analyse avec des critères (ex. : ressources disponibles, temps, impact dans la vie des personnes concernées, faisabilité technique) et attribuent une note ou un point à chaque levier.

Concernant le tableau de critères de priorisation (ci-dessous), il convient d'adopter une notation entre 0 et 5 – ou 0 indique mauvais niveau du critère et 5 très bon niveau du critère. Les axes mieux notés seront à prioriser dans l'élaboration des actions.

Modèle tableau de critères de priorisation

Les axes de travail identifiés	Critère 1 : Faisabilité (capacité opérationnelle des acteurs, durée, difficultés éventuelles, opportunité concrète, investissement/coût)	Critère 2 : Ressources mobilisables (humaines, financières, matérielles)	Critère 3 : Maturité du projet (Par exemple : projet documenté, benchmarké, performance avérée d'un tel projet notamment quantifié, ...)	Critère 4 : Impact attendu sur la simplification/ rationalisation des process	Critère 5 : Prévention (impact spécifique sur la prévention)	Critère 6 : Impact attendu sur l'amélioration du parcours de vie et/ou de soins des personnes concernées
Levier 1						
Levier 2						
Levier 3						

4. Mise en commun – 30 min (en grand groupe)

Les leviers sont listés et classés du plus faisable au moins faisable.

Afficher la liste en préparation de la phase plénière.

Distribution de gommettes aux participants du GT

5 min - pause/transition - pour regagner la plénière

Restitution des ateliers en plénière

Exposition et priorisation

Les différentes listes de leviers sont affichées. Les participants individuellement circulent entre les affiches et choisissent deux leviers prioritaires par groupe de travail (GT), selon leur pertinence et leur faisabilité.

Ils indiquent les leviers choisis avec des gommettes.



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

GT 3 : L'accès des personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins.

Trame d'animation

Avant-propos

Ce document a été élaboré pour accompagner le déroulé des Groupes de Travail de la Journée Diagnostic du PTSM. Il rassemble les objectifs, les étapes d'animation, ainsi que des données utiles pour guider les échanges.

Afin de favoriser la bonne tenue des groupes, quelques repères sont proposés :

- Lors des prises de parole, inviter les participants à dire de quelle place ils s'expriment (professionnel de tel domaine, représentant de famille, etc..) ;
- Solliciter la prise de parole du plus grand nombre de participants ;
- Pratiquer régulièrement la reformulation ;
- Eviter l'usage des acronymes ;
- Inviter les participants à des prises de parole courtes ;
- Mettre en exergue les éventuelles antagonismes de points de vue ;
- Soulever, lors que pertinent les enjeux propres à la santé mentale des jeunes ; des personnes âgées ; et/ou de la grande précarité ;
- Permettre aussi à nos animateurs de donner leurs points de vue pour enrichir le débat ;
- Prise de notes au moins par l'un des membres du binôme d'animateurs ;

Animateur/trice :

Dirige le groupe vers la tâche indiquée en veillant à atteindre l'objectif de chaque atelier.
Favorise la démocratisation de la parole et synthétise les idées en propositions claires.

Support possible :

Accompagne le déroulement des tâches, veille au respect du temps et à une participation homogène. Peut également se charger de préparer l'activité suivante.

À définir entre eux qui préfère écrire.

Matériaux :

- Liste des participants
- Infographie avec les informations importantes sur la priorité
- Déroulé des GT
- Résultats imprimés pour chaque participant avec colonnes « d'accord / pas d'accord »
- Stylos
- Post-it
- Feutres
- Paperboards (3 minimum par groupe)
- Tableau de faisabilité (plusieurs par GT)
- Tableau des leviers priorisés (en A3 pour la dynamique des gommettes)
- Gommettes (14 par participant)

Trame d'animation

Premier moment dans la matinée : Durée : 1h30 (de 11h à 12h30)

Thème : Bilan et évaluation du PTSM 1– questionnaire et freins

Objectif : Reprendre les résultats du questionnaire, faire évoluer leur interprétation et valider l'état des lieux.

1. Introduction – 15 min

1.5 Conceptualiser la priorité, le cadre et le déroulé des GT.

Priorité 3 : L'accès des personnes à des soins somatiques adaptés à leurs besoins

Il s'agit d'identifier les modalités permettant aux établissements de santé autorisés en Médecine, Chirurgie et Obstétrique (MCO) d'adapter leur accueil et leurs prises en charge aux spécificités des personnes présentant des troubles psychiques (angoisses, déni, difficultés d'expression, difficultés à anticiper...), ainsi qu'à la présence d'un accompagnant professionnel ou familial.

THEMATIQUES PRINCIPALES : Partenariat avec la médecine générale pour prise en charge somatique; prise en charge des comorbidités entre troubles psychiques, addictions, cancers et autres maladies chroniques; accès aux dispositifs de prévention; accès aux consultations et examens spécialisés.

1.6 Des exemples de fiches actions du PTSM 1 en lien avec la priorité 1

FA 12 - 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)

2. Réflexion individuelle – 15 min

2.3 - Présentation des résultats du questionnaire.

À partir des résultats du questionnaire, chaque participant exprime son accord ou désaccord pour chaque item.

Puis, parmi la liste des freins identifiés, il sélectionne les trois plus importants selon lui et peut en ajouter d'autres si nécessaire.

2.3.1 Résultat - réponse à la question de satisfaction :

Distribuer les tableaux aux participants. Chaque participant exprime son accord ou désaccord pour chaque item.

Concernant l'accès des personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins, comment jugez-vous dans votre territoire:

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Moyennement satisfaisant	Pas du tout satisfaisant	Non concerné
L'accès aux soins somatiques des personnes avec troubles psychiques	1	4	31	24	30
L'accès aux soins somatiques des personnes en situation de précarité	1	5	26	26	32
Les modalités existantes de coordination et suivi conjoint psychiatrie/médecine générale sur les aspects somatiques et de pharmacologie	1	3	22	16	48
L'accès aux prises en charge en addictologie	1	14	26	18	31
La prise en compte des aspects somatiques par les acteurs du soin et de l'accompagnement psychique	0	12	29	13	36

2.3.2 Résultat - Réponse aux freins et leviers

Dans la liste des freins identifiés, chaque participant identifie les trois plus importants selon lui et peut en ajouter d'autres si nécessaire.

- La stigmatisation ;
- Le manque de connaissance en santé mentale de la part des autres spécialités ;
- Le manque de disponibilité en addictologie ;
- Les délais d'attente très longs pour prise en charge ;
- Le manque de places dans les dispositifs spécifiques (LHSS, LAM, ACT...)
- Difficulté d'accès à un médecin généraliste ;
- Manque de coordination entre les soins somatiques et psychique ;
- Les dispositifs existants restent peu lisibles ;
- Désertification des zones rurales ou offre trop limitée ;
- Difficulté à reconnaître la légitimité de l'accompagnant (par exemple aux urgences) ;
- Peu de place laissée aux aidants et aux proches ;
- Manque de personnel et de temps pour la médecine générale sur les questions de santé mentale et psychiatrie ;
- Globalement les acteurs du territoire sont peu sensibles aux questions des comorbidités psychiatriques et notamment les addictions ;
- Absence de bilan régulier et systématique pour évaluation somatique (et en addictologie) ;
- Le coût financier ;
- Difficulté à prendre soin de soi et à faire des démarches.

3. Travail en petits groupes – 30 min

On divise le groupe en sous-groupes et on distribue les items. Chaque sous-groupe va travailler sur 1/3 des items (par exemple : items de 1 à 5 ; des 6 à 10 ; de 11 à 15).

Ils justifient pourquoi ces items sont jugés satisfaisants ou non.

Ensuite, **ils identifient un frein majeurs par item**, à noter chaque frein sur un post-it et identifier le numéro de l'item correspondant au frein.

Il convient de désigner un rapporteur qui va présenter les freins au groupe lors de l'étape suivante.

4. Synthèse en grand groupe – 30 min

Chaque rapporteur présente les freins identifiés dans les sous-groupes. L'animateur récupère les post-its pour afficher sur une feuille paper board de façon à **rassembler les freins similaires dans une même catégorie**.

On identifie les freins les plus importants, en se basant sur ceux qui ont été le plus fréquemment mentionnés.

Un accord est recherché sur les trois freins prioritaires de la thématique, avec possibilité d'en retenir plus de trois si nécessaire (5 au maximum).

Outil : tableau en A3 avec la liste des items à remplir avec les freins identifiés

Deuxième moment dans l'après-midi - Durée : 1h30 (de 13h30 à 15h)

Thème : Leviers et faisabilité

Objectif : Identifier les leviers d'action, évaluer leur faisabilité et explorer des pistes concrètes à mettre en œuvre.

1. Retour sur le travail du matin – 15 min (en grand groupe)

Faire une synthèse des éléments abordés le matin, notamment les freins prioritaires identifiés et les priorités retenues.

2. Réflexion individuelle – 10 min

Chaque participant réfléchit à des leviers d'action possibles en réponse à chaque frein identifié.

Il est possible d'utiliser les leviers identifiés dans le questionnaire comme exemple pour la réflexion :

- Former et sensibiliser les professionnels du soin somatique à la santé mentale et aux spécificités des troubles psychiques (notamment l'évaluation de la douleur) ;
- L'existence de services spécifiques (CSAPA, dispositifs de coordination de soins, des maraudes CAARUD, SAMSAH, les DAC, le centre Le Jardin, le Réseau santé Rue Hôpital, les consultations type Handiconsult ...)
- Développer le partenariat ;
- La présence d'un accompagnant ;
- Développer la télémédecine pour les personnes isolées ;
- Le référentiel HAS qui impulse des liens entre psychiatrie et soins somatiques ;
- Le développement de nouveaux métiers : médiateurs en santé, IPA, pairs-aidants, case managers ;
- La formation PSSM ;

3. Travail en petits groupes – 30 min

Les groupes discutent de la faisabilité de chaque levier proposé.

Ils remplissent un tableau d'analyse avec des critères (ex. : ressources disponibles, temps, impact dans la vie des personnes concernées, faisabilité technique) et attribuent une note ou un point à chaque levier.

Concernant le tableau de critères de priorisation (ci-dessous), il convient d'adopter une notation entre 0 et 5 – ou 0 indique mauvais niveau du critère et 5 très bon niveau du critère. Les axes mieux notés seront à prioriser dans l'élaboration des actions.

Modèle tableau de critères de priorisation

Les axes de travail identifiés	Critère 1 : Faisabilité (capacité opérationnelle des acteurs, durée, difficultés éventuelles, opportunité concrète, investissement/coût)	Critère 2 : Ressources mobilisables (humaines, financières, matérielles)	Critère 3 : Maturité du projet (Par exemple : projet documenté, benchmarké, performance avérée d'un tel projet notamment quantifié, ...)	Critère 4 : Impact attendu sur la simplification/ rationalisation des process	Critère 5 : Prévention (impact spécifique sur la prévention)	Critère 6 : Impact attendu sur l'amélioration du parcours de vie et/ou de soins des personnes concernées
Levier 1						
Levier 2						
Levier 3						

4. Mise en commun – 30 min (en grand groupe)

Les leviers sont listés et classés du plus faisable au moins faisable.

Afficher la liste en préparation de la phase plénière.

Distribution de gommettes aux participants du GT

5 min - pause/transition - pour regagner la plénière

Restitution des ateliers en plénière

Exposition et priorisation

Les différentes listes de leviers sont affichées. Les participants individuellement circulent entre les affiches et choisissent deux leviers prioritaires par groupe de travail (GT), selon leur pertinence et leur faisabilité.

Ils indiquent les leviers choisis avec des gommettes.



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

GT 4 : La prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence.

Trame d'animation

Avant-propos

Ce document a été élaboré pour accompagner le déroulé des Groupes de Travail de la Journée Diagnostic du PTSM. Il rassemble les objectifs, les étapes d'animation, ainsi que des données utiles pour guider les échanges.

Afin de favoriser la bonne tenue des groupes, quelques repères sont proposés :

- Lors des prises de parole, inviter les participants à dire de quelle place ils s'expriment (professionnel de tel domaine, représentant de famille, etc..) ;
- Solliciter la prise de parole du plus grand nombre de participants ;
- Pratiquer régulièrement la reformulation ;
- Eviter l'usage des acronymes ;
- Inviter les participants à des prises de parole courtes ;
- Mettre en exergue les éventuelles antagonismes de points de vue ;
- Soulever, lors que pertinent les enjeux propres à la santé mentale des jeunes ; des personnes âgées ; et/ou de la grande précarité ;
- Permettre aussi à nos animateurs de donner leurs points de vue pour enrichir le débat ;
- Prise de notes au moins par l'un des membres du binôme d'animateurs ;

Animateur/trice :

Dirige le groupe vers la tâche indiquée en veillant à atteindre l'objectif de chaque atelier.
Favorise la démocratisation de la parole et synthétise les idées en propositions claires.

Support possible :

Accompagne le déroulement des tâches, veille au respect du temps et à une participation homogène. Peut également se charger de préparer l'activité suivante.

À définir entre eux qui préfère écrire.

Matériaux :

- Liste des participants
- Infographie avec les informations importantes sur la priorité
- Déroulé des GT
- Résultats imprimés pour chaque participant avec colonnes « d'accord / pas d'accord »
- Stylos
- Post-it
- Feutres
- Paperboards (3 minimum par groupe)
- Tableau de faisabilité (plusieurs par GT)
- Tableau des leviers priorisés (en A3 pour la dynamique des gommettes)
- Gommettes (14 par participant)

Trame d'animation

Premier moment dans la matinée : Durée : 1h30 (de 11h à 12h30)

Thème : Bilan et évaluation du PTSM 1– questionnaire et freins

Objectif : Reprendre les résultats du questionnaire, faire évoluer leur interprétation et valider l'état des lieux.

1. Introduction – 15 min

1.7 Conceptualiser la priorité, le cadre et le déroulé des GT.

Priorité 4 : La prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence.

THEMATIQUES PRINCIPALES : Prévention de la crise : dispositifs d'aller vers/ intervention au domicile/ prises en charge intensives; prévention du suicide; organisation de la prise en charge aux urgences; organisation du suivi en sortie d'hospitalisation.

1.8 Des exemples de fiches actions du PTSM 1 en lien avec la priorité 1

FA 7 - Développer les parcours coordonnés de manière transversale sur le territoire

FA 8 - Développer le case management sur les territoires

FA 13 - Développer des soins ambulatoires de crise dans le cadre de pratiques orientées rétablissement

FA 14 - Définir les circuits d'alerte et de traitement des alertes sur le territoire

FA 16 - Mettre en place une équipe mobile de pédopsychiatrie en direction des établissements socio éducatifs de l'aide sociale à l'enfance

FA 19 - Déployer la formation aux Premiers Secours en Santé Mentale (PSSM)

FA 20 - Mettre en place la stratégie de prévention du suicide

2. Réflexion individuelle – 15 min

2.4 - Présentation des résultats du questionnaire.

À partir des résultats du questionnaire, chaque participant exprime son accord ou désaccord pour chaque item.

Puis, parmi la liste des freins identifiés, il sélectionne les trois plus importants selon lui et peut en ajouter d'autres si nécessaire.

2.4.1 Résultat - réponse à la question de satisfaction :

Distribuer les tableaux aux participants. Chaque participant exprime son accord ou désaccord pour chaque item.

Concernant la prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence, comment jugez-vous dans votre territoire:

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Moyennement satisfaisant	Pas du tout satisfaisant	Non concerné
Les modalités de prise en charge aux urgences psychiatriques	1	8	23	28	32
Les modalités de prise en charge aux urgences générales	1	9	25	26	31
Les modalités d'accès et de prise en charge de la crise en ambulatoire	0	6	28	29	29
Les modalités d'accès et de prise en charge de la crise à domicile	2	4	31	25	29
Les modalités de réponse(s) aux ruptures de soins (coordination de parcours, équipe mobile, dispositifs de coordination pour les situations complexes...)	1	8	37	21	22
L'offre existante de dispositifs de prévention du suicide	0	26	33	7	24
L'offre existante en santé mentale communautaire	1	8	36	13	29
L'organisation de la continuité du suivi après une hospitalisation en urgence	0	5	31	26	28

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Moyennement satisfaisant	Pas du tout satisfaisant	Non concerné
La prise en compte des mesures d'anticipation en psychiatrie (plan de crise conjoint, directives anticipées en psychiatrie, plan de prévention partagé, autres)	0	4	23	22	41
Le déploiement de la formation PSSM - Premiers Secours en Santé Mentale	7	34	30	7	12

2.4.2 Résultat - Réponse aux freins et leviers

Dans la liste des freins identifiés, chaque participant identifie les trois plus importants selon lui et peut en ajouter d'autres si nécessaire.

- Manque de professionnels de santé ;
- Manque d'offre de soins (CMP et hôpitaux psy saturés) ;
- Difficulté dans la transmission des documents de mesures d'anticipation en psychiatrie ;
- L'absence de prise en compte des MAP aux urgences et dans les services ;
- Manque d'information et de formation de certaines catégories professionnelles (ex. : police et pompiers) ;
- Manque de soins à domicile ;
- Absence de plans ou de dispositifs de prévention pour les situations fragilisées ;
- Engorgement des urgences ;
- Difficultés de communication (perte d'informations entre les différentes séquences de soins) ;
- Turn-over des équipes ;
- Manque de lisibilité sur le circuit d'acteurs à contacter en cas de crise ;
- Peu d'acteurs de la première ligne sensibilisés ;
- Eloignement des urgences psychiatriques et refus d'envoyer une ambulance ;
- Des ruptures de soins (par exemple à la sortie d'hospitalisation) ;
- Le manque de lits à l'UPRM ;
- Le manque de structures port-urgences ;
- Difficulté d'accès aux dispositifs en ambulatoire ;
- Manque d'offre de prise en charge de la crise en ambulatoire et/ ou à domicile (dont équipes mobiles) ;
- Beaucoup de situations où les personnes se dirigent aux urgences mais ne sont pas prises en charge ;
- La santé communautaire est peu développée ;
- Manque d'articulation entre les acteurs, autour des situations complexes ;

3. Travail en petits groupes – 30 min

On divise le groupe en sous-groupes et on distribue les items. Chaque sous-groupe va travailler sur 1/3 des items (par exemple : items de 1 à 5 ; des 6 à 10 ; de 11 à 15).

Ils justifient pourquoi ces items sont jugés satisfaisants ou non.

Ensuite, **ils identifient un frein majeurs par item**, à noter chaque frein sur un post-it et identifier le numéro de l'item correspondant au frein.

Il convient de désigner un rapporteur qui va présenter les freins au groupe lors de l'étape suivante.

4. Synthèse en grand groupe – 30 min

Chaque rapporteur présente les freins identifiés dans les sous-groupes. L'animateur récupère les post-its pour afficher sur une feuille paper board de façon à **rassembler les freins similaires dans une même catégorie**.

On identifie les freins les plus importants, en se basant sur ceux qui ont été le plus fréquemment mentionnés.

Un accord est recherché sur les trois freins prioritaires de la thématique, avec possibilité d'en retenir plus de trois si nécessaire (5 au maximum).

Outil : tableau en A3 avec la liste des items à remplir avec les freins identifiés

Deuxième moment dans l'après-midi - Durée : 1h30 (de 13h30 à 15h)

Thème : Leviers et faisabilité

Objectif : Identifier les leviers d'action, évaluer leur faisabilité et explorer des pistes concrètes à mettre en œuvre.

1. Retour sur le travail du matin – 15 min (en grand groupe)

Faire une synthèse des éléments abordés le matin, notamment les freins prioritaires identifiés et les priorités retenues.

2. Réflexion individuelle – 10 min

Chaque participant réfléchit à des leviers d'action possibles en réponse à chaque frein identifié. Il est possible d'utiliser les leviers identifiés dans le questionnaire comme exemple pour la réflexion :

- Des dispositifs identifiés dans le territoire : la plateforme LIVE, le 115, le 3114, formation PSSM, formation sentinelle, les DAC, les CLSM, les équipes de liaison et d'urgence (ELU)... ;
- Le développement de la pair-aidance professionnelle ;
- Former et sensibiliser les pompier, la police, la gendarmerie... ;
- Former et sensibiliser les professionnels du social, médico-social, de l'insertion professionnelle, du logement, les bailleurs... ;
- Renforcer les alternatives à l'hospitalisation et les accompagnements/ soins en amont de la crise (équipes mobiles, des pratiques d'aller vers...);
- Développer une culture de soins et d'accompagnements autour de la prévention ;
- Des actions de destigmatisation et sensibilisation à destination de la population générale ;
- Mettre plus de moyen pour les équipes mobiles ;
- Le développement des Mesures d'anticipation en psychiatrie (plan de crise conjoint, plan de prévention partagé, ...)
- Développer des dispositifs d'écoute et d'orientation de proximité et facilement mobilisables ;
- Amélioration du lien et de la collaboration entre les acteurs du repérage et de la psychiatrie (permettant d'intervenir avant le recours à l'hospitalisation) ;
- Le développement des compétences psychosociales ;
- Communiquer et informer sur les dispositifs existants ;
- Renforce la prévention et l'intervention précoce chez les enfants et les jeunes ;
- Développement de l'éducation thérapeutique ;

3. Travail en petits groupes – 30 min

Les groupes discutent de la faisabilité de chaque levier proposé.

Ils remplissent un tableau d'analyse avec des critères (ex. : ressources disponibles, temps, impact dans la vie des personnes concernées, faisabilité technique) et attribuent une note ou un point à chaque levier.

Concernant le tableau de critères de priorisation (ci-dessous), il convient d'adopter une notation entre 0 et 5 – ou 0 indique mauvais niveau du critère et 5 très bon niveau du critère. Les axes mieux notés seront à prioriser dans l'élaboration des actions.

Modèle tableau de critères de priorisation

Les axes de travail identifiés	Critère 1 : Faisabilité (capacité opérationnelle des acteurs, durée, difficultés éventuelles, opportunité concrète, investissement/coût)	Critère 2 : Ressources mobilisables (humaines, financières, matérielles)	Critère 3 : Maturité du projet (Par exemple : projet documenté, benchmarké, performance avérée d'un tel projet notamment quantifié, ...)	Critère 4 : Impact attendu sur la simplification/ rationalisation des process	Critère 5 : Prévention (impact spécifique sur la prévention)	Critère 6 : Impact attendu sur l'amélioration du parcours de vie et/ou de soins des personnes concernées
Levier 1						
Levier 2						
Levier 3						

4. Mise en commun – 30 min (en grand groupe)

Les leviers sont listés et classés du plus faisable au moins faisable.

Afficher la liste en préparation de la phase plénière.

Distribution de gommettes aux participants du GT

5 min - pause/transition - pour regagner la plénière

Restitution des ateliers en plénière

Exposition et priorisation

Les différentes listes de leviers sont affichées. Les participants individuellement circulent entre les affiches et choisissent deux leviers prioritaires par groupe de travail (GT), selon leur pertinence et leur faisabilité.

Ils indiquent les leviers choisis avec des gommettes.



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

**GT 5 : Le respect et la promotion des droits
des personnes présentant des troubles
psychiques, le renforcement de leur pouvoir
de décider et d'agir et de la lutte contre la
stigmatisation des troubles psychiques.**

Trame d'animation

Avant-propos

Ce document a été élaboré pour accompagner le déroulé des Groupes de Travail de la Journée Diagnostic du PTSM. Il rassemble les objectifs, les étapes d'animation, ainsi que des données utiles pour guider les échanges.

Afin de favoriser la bonne tenue des groupes, quelques repères sont proposés :

- Lors des prises de parole, inviter les participants à dire de quelle place ils s'expriment (professionnel de tel domaine, représentant de famille, etc..) ;
- Solliciter la prise de parole du plus grand nombre de participants ;
- Pratiquer régulièrement la reformulation ;
- Eviter l'usage des acronymes ;
- Inviter les participants à des prises de parole courtes ;
- Mettre en exergue les éventuelles antagonismes de points de vue ;
- Soulever, lors que pertinent les enjeux propres à la santé mentale des jeunes ; des personnes âgées ; et/ou de la grande précarité ;
- Permettre aussi à nos animateurs de donner leurs points de vue pour enrichir le débat ;
- Prise de notes au moins par l'un des membres du binôme d'animateurs ;

Animateur/trice :

Dirige le groupe vers la tâche indiquée en veillant à atteindre l'objectif de chaque atelier.
Favorise la démocratisation de la parole et synthétise les idées en propositions claires.

Support possible :

Accompagne le déroulement des tâches, veille au respect du temps et à une participation homogène. Peut également se charger de préparer l'activité suivante.

À définir entre eux qui préfère écrire.

Matériaux :

- Liste des participants
- Infographie avec les informations importantes sur la priorité
- Déroulé des GT
- Résultats imprimés pour chaque participant avec colonnes « d'accord / pas d'accord »
- Stylos
- Post-it
- Feutres
- Paperboards (3 minimum par groupe)
- Tableau de faisabilité (plusieurs par GT)
- Tableau des leviers priorités (en A3 pour la dynamique des gommettes)
- Gommettes (14 par participant)

Trame d'animation

Premier moment dans la matinée : Durée : 1h30 (de 11h à 12h30)

Thème : Bilan et évaluation du PTSM 1– questionnaire et freins

Objectif : Reprendre les résultats du questionnaire, faire évoluer leur interprétation et valider l'état des lieux.

1. Introduction – 15 min

1.9 Conceptualiser la priorité, le cadre et le déroulé des GT.

Priorité 5 : Le respect et la promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques, le renforcement de leur pouvoir de décider et d'agir et de la lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques.

THEMATIQUES PRINCIPALES : Diminution des soins sans consentement et du recours à la contrainte; promotion du pouvoir de décider et d'agir des personnes accompagnées; promotion de la participation des proches et aidants; déstigmatisation des troubles psychiques.

1.10 Des exemples de fiches actions du PTSM 1 en lien avec la priorité 1

FA 1 - Systématiser la présence des personnes concernées dans les instances et lieux de décision en santé mentale

FA 3 - Développer la pair aide professionnelle dès l'entrée dans la maladie psychique

FA 18 - Développer les interventions de déstigmatisation auprès des enfants et des jeunes en intervenant avec des personnes concernées

2. Réflexion individuelle – 15 min

2.5 - Présentation des résultats du questionnaire.

À partir des résultats du questionnaire, chaque participant exprime son accord ou désaccord pour chaque item.

Puis, parmi la liste des freins identifiés, il sélectionne les trois plus importants selon lui et peut en ajouter d'autres si nécessaire.

2.5.1 Résultat - réponse à la question de satisfaction :

Distribuer les tableaux aux participants. Chaque participant exprime son accord ou désaccord pour chaque item.

Concernant le respect et la promotion des droits des personnes concernées, le renforcement de leur pouvoir de décider et d'agir, la lutte contre la stigmatisation, comment jugez-vous dans votre territoire:

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Moyennement satisfaisant	Pas du tout satisfaisant	Non concerné
L'accès des personnes concernées à leurs droits	6	16	42	9	19
Les pratiques visant à développer et renforcer l'autodétermination des personnes	6	18	38	9	20
Les pratiques de co-construction avec l'utilisateur du projet de soins et de vie	4	28	29	7	24
Le développement de la pair-aidance professionnelle	3	15	33	12	26
L'offre existante d'autres modalités de pair-aidance (GEM, ...)	3	26	32	3	27
L'accès aux programmes de psychoéducation des personnes concernées	0	14	29	9	38
L'accès aux programmes de psychoéducation des aidants	1	9	29	10	42
Les actions de lutte contre la stigmatisation	5	23	29	15	19

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Moyennement satisfaisant	Pas du tout satisfaisant	Non concerné
Les pratiques visant la réduction des soins sans consentement	2	10	24	7	47
La place des personnes concernées/ usagers dans la gouvernance des institutions du territoire	2	17	26	22	22

2.5.2 Résultat - Réponse aux freins et leviers

Dans la liste des freins identifiés, chaque participant identifie les trois plus importants selon lui et peut en ajouter d'autres si nécessaire.

- La faible reconnaissance du métier de pair aidant et faible valorisation salariale et institutionnelle ;
- La complexité administrative pour accéder aux droits ;
- Les délais trop longs d'accès à des soins et des accompagnements ;
- La stigmatisation et son impact sur la participation sociale des personnes concernées ;
- Faible visibilité des droits et des dispositifs ;
- Une culture professionnelle encore trop descendante ;
- Une faible visibilité des personnes concernées dans l'espace public ;
- Un isolement territorial limitant l'accès aux initiatives citoyennes ;
- Les difficultés d'accès aux programmes de psychoéducation des aidants ;
- La numérisation des démarches représente un frein pour certains publics ;
- Les inégalités territoriales en termes d'offre et d'accompagnements ;
- Méconnaissance encore présente de ce que sont les CPS, comment les aborder, quels sont leurs intérêts ;
- Des freins à la participation des personnes concernées (manque de communication adaptée, manque de moyens pour faire émerger la parole, pas de valorisation à la participation...) ;
- Peu de personnes concernées dans la gouvernance des structures ;
- Manque d'information/ sensibilisation auprès du grand public ;
- Une méconnaissance mutuelle entre acteurs de l'emploi, du soin et du médico-social, limitant la coordination ;
- - Recours encore trop important à l'isolement et à la contention ;

3. Travail en petits groupes – 30 min

On divise le groupe en sous-groupes et on distribue les items. Chaque sous-groupe va travailler sur 1/3 des items (par exemple : items de 1 à 5 ; des 6 à 10 ; de 11 à 15).

Ils justifient pourquoi ces items sont jugés satisfaisants ou non.

Ensuite, **ils identifient un frein majeurs par item**, à noter chaque frein sur un post-it et identifier le numéro de l’item correspondant au frein.

Il convient de désigner un rapporteur qui va présenter les freins au groupe lors de l’étape suivante.

4. Synthèse en grand groupe – 30 min

Chaque rapporteur présente les freins identifiés dans les sous-groupes. L’animateur récupère les post-its pour afficher sur une feuille paper board de façon à **rassembler les freins similaires dans une même catégorie**.

On identifie les freins les plus importants, en se basant sur ceux qui ont été le plus fréquemment mentionnés.

Un accord est recherché sur les trois freins prioritaires de la thématique, avec possibilité d’en retenir plus de trois si nécessaire (5 au maximum).

Outil : tableau en A3 avec la liste des items à remplir avec les freins identifiés

Deuxième moment dans l’après-midi - Durée : 1h30 (de 13h30 à 15h)

Thème : Leviers et faisabilité

Objectif : Identifier les leviers d’action, évaluer leur faisabilité et explorer des pistes concrètes à mettre en œuvre.

1. Retour sur le travail du matin – 15 min (en grand groupe)

Faire une synthèse des éléments abordés le matin, notamment les freins prioritaires identifiés et les priorités retenues.

2. Réflexion individuelle – 10 min

Chaque participant réfléchit à des leviers d’action possibles en réponse à chaque frein identifié. Il est possible d’utiliser les leviers identifiés dans le questionnaire comme exemple pour la réflexion :

- Plusieurs dispositifs du territoire ont été identifiés comme leviers pour cette priorité : les bibliothèques vivantes, la maison de la santé mentale, la pair-aidance, les Mesures d’anticipation en psychiatrie (MAP), les PAEJ, les SISIM, les CLSM et CLS, ESPAIRS, les associations des proches et aidants, associations d’usagers, les CCAS ... ;
- Mettre les moyens pour une véritable participation des personnes concernées au sein des établissements et institutions ;
- Des campagnes d’information et des actions pour la destigmatisation ;
- Le développement des compétences psychosociales - CPS ;
- Impliquer les personnes concernées dans la co construction des parcours de soins et des projets de vie ;
- Développer des alternatives aux soins sans consentement ;
- Déployer les pratiques orientées rétablissement ;
- La formation des professionnels à l’accompagnement l’autodétermination et au développement du pouvoir d’agir ;
- La formation PSSM ;
- Renforcement du partenariat pour améliorer l’accès aux soins des publics étrangers ;
- Les programmes d’aide aux aidants ;
- Renforcer la coordination et collaboration entre les différents acteurs ;
- Promouvoir des espaces d’échange de bonnes pratiques entre les professionnels du territoire ;
- La formation des personnes concernées à leurs droits et à leur capacité d'agir ;

3. Travail en petits groupes – 30 min

Les groupes discutent de la faisabilité de chaque levier proposé.

Ils remplissent un tableau d’analyse avec des critères (ex. : ressources disponibles, temps, impact dans la vie des personnes concernées, faisabilité technique) et attribuent une note ou un point à chaque levier.

Concernant le tableau de critères de priorisation (ci-dessous), il convient d’adopter une notation entre 0 et 5 – ou 0 indique mauvais niveau du critère et 5 très bon niveau du critère. Les axes mieux notés seront à prioriser dans l’élaboration des actions.

Modèle tableau de critères de priorisation

Les axes de travail identifiés	Critère 1 : Faisabilité (capacité opérationnelle des acteurs, durée, difficultés éventuelles, opportunité concrète, investissement/coût)	Critère 2 : Ressources mobilisables (humaines, financières, matérielles)	Critère 3 : Maturité du projet (Par exemple : projet documenté, benchmarké, performance avérée d'un tel projet notamment quantifié, ...)	Critère 4 : Impact attendu sur la simplification/ rationalisation des process	Critère 5 : Prévention (impact spécifique sur la prévention)	Critère 6 : Impact attendu sur l'amélioration du parcours de vie et/ou de soins des personnes concernées
Levier 1						
Levier 2						
Levier 3						

4. Mise en commun – 30 min (en grand groupe)

Les leviers sont listés et classés du plus faisable au moins faisable.

Afficher la liste en préparation de la phase plénière.

Distribution de gommettes aux participants du GT

5 min - pause/transition - pour regagner la plénière

Restitution des ateliers en plénière

Exposition et priorisation

Les différentes listes de leviers sont affichées. Les participants individuellement circulent entre les affiches et choisissent deux leviers prioritaires par groupe de travail (GT), selon leur pertinence et leur faisabilité.

Ils indiquent les leviers choisis avec des gommettes.



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

GT 6 : L'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale.

Trame d'animation

Avant-propos

Ce document a été élaboré pour accompagner le déroulé des Groupes de Travail de la Journée Diagnostic du PTSM. Il rassemble les objectifs, les étapes d'animation, ainsi que des données utiles pour guider les échanges.

Afin de favoriser la bonne tenue des groupes, quelques repères sont proposés :

- Lors des prises de parole, inviter les participants à dire de quelle place ils s'expriment (professionnel de tel domaine, représentant de famille, etc..) ;
- Solliciter la prise de parole du plus grand nombre de participants ;
- Pratiquer régulièrement la reformulation ;
- Eviter l'usage des acronymes ;
- Inviter les participants à des prises de parole courtes ;
- Mettre en exergue les éventuelles antagonismes de points de vue ;
- Soulever, lors que pertinent les enjeux propres à la santé mentale des jeunes ; des personnes âgées ; et/ou de la grande précarité ;
- Permettre aussi à nos animateurs de donner leurs points de vue pour enrichir le débat ;
- Prise de notes au moins par l'un des membres du binôme d'animateurs ;

Animateur/trice :

Dirige le groupe vers la tâche indiquée en veillant à atteindre l'objectif de chaque atelier.
Favorise la démocratisation de la parole et synthétise les idées en propositions claires.

Support possible :

Accompagne le déroulement des tâches, veille au respect du temps et à une participation homogène. Peut également se charger de préparer l'activité suivante.

À définir entre eux qui préfère écrire.

Matériaux :

- Liste des participants
- Infographie avec les informations importantes sur la priorité
- Déroulé des GT
- Résultats imprimés pour chaque participant avec colonnes « d'accord / pas d'accord »
- Stylos
- Post-it
- Feutres
- Paperboards (3 minimum par groupe)
- Tableau de faisabilité (plusieurs par GT)
- Tableau des leviers priorisés (en A3 pour la dynamique des gommettes)
- Gommettes (14 par participant)

Trame d'animation

Premier moment dans la matinée : Durée : 1h30 (de 11h à 12h30)

Thème : Bilan et évaluation du PTSM 1– questionnaire et freins

Objectif : Reprendre les résultats du questionnaire, faire évoluer leur interprétation et valider l'état des lieux.

1. Introduction – 15 min

1.11 Conceptualiser la priorité, le cadre et le déroulé des GT.

Priorité 6 : L'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale.

Au-delà du parcours de santé et de vie des personnes présentant des troubles ou une souffrance psychiques, le projet territorial de santé mentale s'attelle à promouvoir les conditions d'une bonne santé mentale dans l'ensemble de la population, par des actions sur les milieux de vie et les facteurs de risque, et par le renforcement des capacités des individus à développer une santé mentale positive et des compétences psychosociales (les capacités à gérer ses émotions, communiquer et collaborer avec les autres, et à faire face aux défis du quotidien).

THEMATIQUES PRINCIPALES : développement des compétences psychosociales et lutte contre les risques psychosociaux; qualité de vie au travail; bien-être dans les différents milieux de vie; lutte contre le mal-logement; prévention de l'isolement social; lutte contre les violences et le

1.12 Des exemples de fiches actions du PTSM 1 en lien avec la priorité 1

FA 9 - Développer et diversifier la palette de solutions de logement (du logement autonome au logement collectif) et d'accompagnement dans le logement

FA 10 - 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

FA 17 - Développer les programmes de renforcement des compétences psychosociales en milieu scolaire

2. Réflexion individuelle – 15 min

2.6 - Présentation des résultats du questionnaire.

À partir des résultats du questionnaire, chaque participant exprime son accord ou désaccord pour chaque item.

Puis, parmi la liste des freins identifiés, il sélectionne les trois plus importants selon lui et peut en ajouter d'autres si nécessaire.

2.6.1 Résultat - réponse à la question de satisfaction :

Distribuer les tableaux aux participants. Chaque participant exprime son accord ou désaccord pour chaque item.

Concernant l'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale, comment jugez-vous dans votre territoire:

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Moyennement satisfaisant	Pas du tout satisfaisant	Non concerné
Les actions de promotion de la santé mentale des adultes	3	25	38	14	10
Les actions de promotion de la santé mentale des enfants et des jeunes	1	18	34	11	27
Les actions de promotion et de soutien de la parentalité	1	28	28	11	23
Les actions de promotion de la santé mentale chez les populations vulnérables (quartiers politique de la ville..)	2	18	39	17	13
Les actions et modalités d'information sur la santé mentale	2	27	43	15	3
Les actions de développement et renforcement des compétences psychosociales des jeunes	0	14	33	16	26
Les actions de développement et renforcement des compétences psychosociales des adultes	0	14	35	25	14

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Moyennement satisfaisant	Pas du tout satisfaisant	Non concerné
Les actions de promotion de la qualité de vie au travail	1	12	38	13	25
Les actions de prévention des conduites addictives	0	16	42	19	13
Les actions et modalités de soutien aux personnes en détresse émotionnelle	0	5	34	29	19

2.6.2 Résultat - Réponse aux freins et leviers

Dans la liste des freins identifiés, chaque participant identifie les trois plus importants selon lui et peut en ajouter d'autres si nécessaire.

- Grande méconnaissance de l'existant en terme de promotion et de prévention ;
- Faible culture locale en santé mentale positive ;
- Le cloisonnement entre les politiques publiques santé, social, logement, jeunesse ;
- Des actions existantes, mais fragmentées non pérennes et peu accessibles à destination des publics les plus vulnérables ;
- Peu d'apprentissage de la gestion de ses émotions, de l'école jusqu'à la vieillesse ;
- La stigmatisation et les tabous autour de la santé mentale ;
- Le déficit de moyens dédiés à la prévention primaire, la plupart des efforts restant concentrés sur la gestion des situations déjà critiques ;
- Peu d'investissement autour de la question de la souffrance au travail ;
- Un manque de cohérence et de lisibilité des actions territoriales, souvent dispersées entre acteurs et dispositifs ;

3. Travail en petits groupes – 30 min

On divise le groupe en sous-groupes et on distribue les items. Chaque sous-groupe va travailler sur 1/3 des items (par exemple : items de 1 à 5 ; des 6 à 10 ; de 11 à 15).

Ils justifient pourquoi ces items sont jugés satisfaisants ou non.

Ensuite, **ils identifient un frein majeur par item**, à noter chaque frein sur un post-it et identifier le numéro de l'item correspondant au frein.

Il convient de désigner un rapporteur qui va présenter les freins au groupe lors de l'étape suivante.

4. Synthèse en grand groupe – 30 min

Chaque rapporteur présente les freins identifiés dans les sous-groupes. L'animateur récupère les post-its pour afficher sur une feuille paper board de façon à **rassembler les freins similaires dans une même catégorie**.

On identifie les freins les plus importants, en se basant sur ceux qui ont été le plus fréquemment

mentionnés.

Un accord est recherché sur les trois freins prioritaires de la thématique, avec possibilité d'en retenir plus de trois si nécessaire (5 au maximum).

Outil : tableau en A3 avec la liste des items à remplir avec les freins identifiés

Deuxième moment dans l'après-midi - Durée : 1h30 (de 13h30 à 15h)

Thème : Leviers et faisabilité

Objectif : Identifier les leviers d'action, évaluer leur faisabilité et explorer des pistes concrètes à mettre en œuvre.

1. Retour sur le travail du matin – 15 min (en grand groupe)

Faire une synthèse des éléments abordés le matin, notamment les freins prioritaires identifiés et les priorités retenues.

2. Réflexion individuelle – 10 min

Chaque participant réfléchit à des leviers d'action possibles en réponse à chaque frein identifié. Il est possible d'utiliser les leviers identifiés dans le questionnaire comme exemple pour la réflexion :

- Plusieurs dispositifs : la maison de la santé mentale, les CLSM, les CPTS, les SISM, le tissu associatif, le centre de santé mentale étudiante 102, les points écoute, les CMP, LIVE, 3114 ... ;
- Des politiques publiques en faveur de plus de justice sociale ;
- La lutte contre le mal logement ;
- En faveur de plus de solidarité, moins de discrimination, plus d'écologie, pour plus de moyens donnés à l'éducation des enfants et des jeunes ;
- Des temps ou des journées d'information et la mise en place d'action de QVT ;
- Le déploiement des espaces d'échanges d'information et de partage de ressources (des environnements favorables à la promotion de la santé mentale) ;
- Des actions de sensibilisation et renforcement des compétences psychosociales des jeunes dès le plus jeune âge ;
- Des campagnes de communication et sensibilisation dans la matière ;
- Des actions de destigmatisation de la santé mentale ;
- Des actions de promotion de la santé mentale ;
- Construction d'une culture locale de santé mentale positive, accessible à tous ;
- Développer la prévention des risques psychosociaux et addictions ;
- Le déploiement des points écoute qui reçoivent les personnes en souffrance psychique et permettent un accueil en santé mentale en première ligne ;
- Promouvoir l'articulation avec les acteurs de proximité (Education Nationale, centres sociaux, travailleurs sociaux autonomie des MDM, PMI) pour agir au plus près de l'environnement des personnes ;
- Développer des actions transverses liant santé mentale, logement, précarité et insertion ;
- La lutte contre l'isolement ;
- Travailler les questions de parentalité avec les familles migrantes et avec le public en vulnérabilité de façon plus générale ;
- Le déploiement d'une offre de proximité ;
- Développer les partenariats interinstitutionnels (santé, emploi, éducation, collectivités, associations) qui permettent d'aborder la santé mentale dans une approche globale, incluant le logement, l'emploi, la précarité et la parentalité

3. Travail en petits groupes – 30 min

Les groupes discutent de la faisabilité de chaque levier proposé.

Ils remplissent un tableau d'analyse avec des critères (ex. : ressources disponibles, temps, impact dans la vie des personnes concernées, faisabilité technique) et attribuent une note ou un point à chaque levier.

Concernant le tableau de critères de priorisation (ci-dessous), il convient d'adopter une notation entre 0 et 5 – ou 0 indique mauvais niveau du critère et 5 très bon niveau du critère. Les axes mieux notés seront à prioriser dans l'élaboration des actions.

Modèle tableau de critères de priorisation

Les axes de travail identifiés	Critère 1 : Faisabilité (capacité opérationnelle des acteurs, durée, difficultés éventuelles, opportunité concrète, investissement/coût)	Critère 2 : Ressources mobilisables (humaines, financières, matérielles)	Critère 3 : Maturité du projet (Par exemple : projet documenté, benchmarké, performance avérée d'un tel projet notamment quantifié, ...)	Critère 4 : Impact attendu sur la simplification/ rationalisation des process	Critère 5 : Prévention (impact spécifique sur la prévention)	Critère 6 : Impact attendu sur l'amélioration du parcours de vie et/ou de soins des personnes concernées
Levier 1						
Levier 2						
Levier 3						

4. Mise en commun – 30 min (en grand groupe)

Les leviers sont listés et classés du plus faisable au moins faisable.

Afficher la liste en préparation de la phase plénière.

Distribution de gommettes aux participants du GT

5 min - pause/transition - pour regagner la plénière

Restitution des ateliers en plénière

Exposition et priorisation

Les différentes listes de leviers sont affichées. Les participants individuellement circulent entre les affiches et choisissent deux leviers prioritaires par groupe de travail (GT), selon leur pertinence et leur faisabilité.

Ils indiquent les leviers choisis avec des gommettes.



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

GT 1 : Coordination de parcours (articulation entre acteurs, case management...)

Thématique : La coordination de parcours (priorité 2 du PTSM, Code de la Santé publique)

La priorité 2 du PTSM vise à garantir que toute personne vivant avec des troubles psychiques puisse bénéficier **d'un accompagnement continu, cohérent et adapté**, tout au long de son parcours de soins et de vie.

Elle repose sur trois idées clés : **ne pas laisser les personnes seules dans la complexité, agir ensemble, et favoriser le rétablissement et l'inclusion.**

Pour assurer un parcours sans rupture, les actions du territoire doivent permettre :

- L'amélioration de la santé psychique et somatique
- Le soutien à l'expression des choix de la personne (participation aux décisions, autodétermination)
- La prévention du handicap psychique
- L'accès et maintien dans le logement, l'emploi, les études, la vie sociale
- L'inclusion en milieu ordinaire autant que possible.

Objectif du groupe de travail :

Dans la suite des enjeux identifiés dans le diagnostic territorial (questionnaires, journée Diagnostic Territorial), il s'agit de **faire émerger les propositions d'actions structurées** qui pourront être priorisées dans le cadre du PTSM 2

Rappel des Fondamentaux du PTSM :

Chaque action doit être formulée de manière claire, opérationnelle et évaluable, en lien **avec les axes stratégiques du PTSM, le paradigme du Rétablissement** ainsi **que les besoins identifiés sur le territoire**.

Les fondamentaux :

- La priorité donnée à **la place et à la parole des personnes concernées** et la prise en compte de leur savoir expérientiel, « rien pour nous sans nous »
- Une **démarche transversale, participative et ascendante**
- **La primauté des intérêts communs** du projet
- La continuité de certaines actions du PTSM 1.

Les 3 principes suivants :

- Principe de **prévention**, notamment au travers des compétences psychosociales, des premiers secours en santé mentale, de la détection précoce, du repérage des signes de désinsertion et de priorisation
- Principe de **promotion**, qui induit communication, sensibilisation, formation, renforcement des pratiques d'aller vers
- Principe de **décloisonnement** et de travail multisectoriel par des actions sur les déterminants de santé mentale.

Argumentaire :

La coordination de parcours est un levier central à son amélioration.

Les accompagnements doivent être **conjoint**s entre tous les acteurs, **précoces** (intervention dès les premiers signes de difficultés, **organisés collectivement** et **engageant durablement les acteurs**, et **personnalisés**.

Leur coordination peut s'appuyer sur des services/dispositifs existants.

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.**

1.1 Des exemples de fiches actions du PTSM 1 en lien avec la coordination des parcours

FA 2 – Développer les pratiques orientées rétablissement et les pratiques collaboratives dans les soins et les accompagnements

FA 7 - Développer les parcours coordonnés de façon transversale

FA 8 - Développer le case management sur les territoires

FA 9 - Développer et diversifier la palette de solutions du logement (du logement collectif au logement autonome) et d'accompagnement dans le logement

FA 10 - 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

FA 12 - 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)

[Pour accéder au document complet du PTSM 2020 - 2025](#)

1.2 Les données du Diagnostic territorial

Le diagnostic territorial met en évidence :

- Des ruptures de parcours (sorties d'hospitalisation, transitions jeunes/adultes, passage sanitaire/médico-social).
- Une hétérogénéité des pratiques de coordination.
- Une méconnaissance des dispositifs existants.
- Des difficultés d'articulation entre acteurs (sanitaire, médico-social, social, libéral).
- Un besoin d'espaces de concertation réguliers autour des situations complexes.

Dans ce contexte, la structuration d'une dynamique territoriale dédiée à la coordination constitue un levier prioritaire du PTSM.

Synthèse des freins identifiés :

- La stigmatisation est un frein à l'accès et au maintien dans le logement et l'emploi
- La multiplicité des acteurs entraîne des difficultés pour les personnes concernées à se repérer dans cette multitude, un manque de lisibilité de l'offre, une méconnaissance des structures entre elles.
- Une difficulté/mauvaise coordination des acteurs autour de la personne/ pour la prise en charge des situations complexes/ entre le secteur social, médico-social et sanitaire / entre le secteur enfance/adulte (fonctionnement en silo et imperméabilité entre les dispositifs d'accompagnement et de droit commun)
- La lourdeur administrative
- Le changement des pratiques, orientées rétablissement (résistance au changement, manque de culture commune)

Propositions identifiées :

- Sensibilisation en « participation croisée » (professionnels et personnes concernées) auprès des acteurs spécifiques et grand public
- Avoir une connaissance des ressources avec l'intensité d'accompagnement pour chacun des dispositifs sur un bassin de vie (droit commun, sport, travail, logement...)
- Formation des professionnels à la réhabilitation psychosociale et aux pratiques orientées rétablissement
- Développement des équipes mobiles/relais pluridisciplinaires (sanitaires/médico-sociales/sociales), intervenant sur les périodes de transition (sorties d'hospitalisation, passage enfant/adulte, grand âge)

2. La structuration d'action

Il est demandé à chaque participants de structurer les actions qui seront proposées dans le format suivant :

- **Objet de l'action** : Décrire en une phrase la thématique et le problème auquel répond l'action
- **Action (verbe)** : Décrire succinctement ce qui va être mis en œuvre
- **Public cible** : Personnes concernées ? Professionnels ? Partenaires ?
- **Finalité** : Quel changement durable pour les personnes ? le territoire ? les parcours ?
- **Objectifs mesurables** : Donner des résultats concrets attendus
- **Indicateurs** : Comment mesurer les effets de l'action ?
- **Pilote (s)** : Qui porte ou coordonne l'action ? Qui est garant de la mise en œuvre de l'action

A partir d'un outil de post-its virtuel (lien d'accès transmis pendant le GT)

- Choisir un post-it et s'identifier (écrire Prénom NOM) ;
- Remplir les éléments de la grille pour présenter l'action proposé ;
- Il est possible de dupliquer son post-it pour renseigner une deuxième proposition ;
- Il n'y a pas obligation de renseigner les 7 éléments demandés, des actions moins complètes peuvent être proposées ;

Tous les post-its seront lus par l'animateur et complétés/précisés grâce à la collaboration des participants. Les propositions proches ou similaires seront regroupées et fusionnées pour aboutir à une fiche-action.

Les propositions d'action travaillées dans le cadre de l'ensemble des groupes de travail constitueront les fiches actions du PTSM 2.

Un travail de priorisation et d'écriture des fiches sera conduit ultérieurement par l'équipe des co-référents, avec l'appui des contributeurs qui seront sollicités pour participer à cette étape, selon les critères de priorisation suivants :

- **Faisabilité opérationnelle** au déploiement de l'action par les acteurs présents (humains et financiers, pilote)
- Alignement **principes lettre de cadrage** : principes et valeurs
- Impact sur les **parcours de soins et de vie des PC** (valeur ajoutée)
- Impact sur les **publics vulnérables/ les ISS (inégalités sociales de santé) / publics spécifiques**
- Impact sur **l'amélioration durable de l'organisation du territoire**
- **Maturité de l'action**
- **Innovation** (besoin couvert/non couvert, réponse nouvelle ou améliorée, valeur ajoutée durable)
- **Équité territoriale**,
- Articulation avec l'existant/ spécificités territoriales
- Critères éliminatoires : **absence de doublon**, identification d'un **pilote/ co pilotes**



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

Document de synthèse des actions proposées

Action 1.01 : Déployer une Communauté de Pratiques (COP) autour de la coordination des parcours complexes

Action 1.01 : Déployer une Communauté de Pratiques (COP) autour de la coordination des parcours complexes	
Déclinaisons	Déployer une Communauté de Pratiques (COP) autour de la coordination des parcours complexes. A travers : • Prévoir une structure juridico-financière de type GCSMS favorisant la mise en commun de moyens existants et permettant le décloisonnement du fonctionnement des acteurs ; • Dans cette CoP, définir l'articulation des dispositifs de coordination existants (Communauté 360, DAC, Samsah Rétab', PCPE Psy, CCAS, etc...), et permettre par exemple des initiatives d'infirmier coordinateur en santé mentale à double ancrage CMP/CPTS ; • Des réunions de partage de pratiques et de concertation pluri professionnelle (CREX, RCP, commissions cas complexes, MOBIDEP...) ; • répondre au projet de vie individualisé des personnes concernées dans tous les domaines qui les concernent (soins, logement, études, emploi, loisirs...) – désigner un référent clairement identifié pour la PC ; • Le développement d'une culture/ pratiques communes basées sur les données probantes (repérage précoce +, DAIP, etc...) et rendre lisible l'offre, favoriser l'interconnaissance ; • Co construction d'outils et de modalités de collaboration entre les acteurs.
Public cible	• Elus • Professionnels sanitaires, sociaux, médico sociaux • Pair aidants • Personnes concernées et entourage, notamment personnes concernées par des troubles psychiques dont le

	parcours est à risque de ruptures (sorties d'hospitalisation ++ , transition enfant/adulte/personnes âgées, sans-abri
--	---

Action 1.02 : Soutenir le développement des CLSM sur l'ensemble du territoire pour aligner la collectivité avec les priorités de santé publique

Action 1.02 - Soutenir le développement des CLSM sur l'ensemble du territoire pour aligner la collectivité avec les priorités de santé publique :	
Déclinaisons	- Co-construire des actions locales adaptées aux besoins du territoire. - Décloisonner les services (santé, médico-social, social, justice, éducation...). - Améliorer la prévention, l'accès aux soins et l'insertion sociale. Permettre un espace unique de gouvernance partenariale : Adapter l'action aux réalités infra locales : Permettre le décloisonnement des dispositifs existants - développer la mise en place d'un cadre territorial de coordination favorisant l'interconnaissance, le travail partenarial et le co-accompagnement des publics vulnérables et/ou spécifiques (acteurs de la veille sociale et de l'hébergement (thématique du logement, accès aux soins et continuité des soins pour les publics vulnérables, emploi) Lutter contre la stigmatisation Axes stratégiques prioritaires : - Articulation acteurs - Participation des personnes, développement pair aide, expertise patient - Améliorer les parcours des personnes âgées ou vulnérables, des jeunes vivant avec des troubles psychiques - Sécurisation des parcours
Public cible	- Elus - Professionnels sanitaires, sociaux, médico sociaux - Pair aidants - Personnes concernées et entourage, notamment personnes concernées par des troubles psychiques dont le parcours est à risque de ruptures (sorties d'hospitalisation ++, transition enfant/adulte/personnes âgées, sans-abri

Action 2.01 : Structurer et renforcer le repérage précoce en santé mentale dans la 1ère ligne : repérer – orienter – accompagner

Action 2.01 : Structurer et renforcer le repérage précoce en santé mentale dans la 1ère ligne : repérer – orienter – accompagner	
Déclinaisons	Améliorer le repérage précoce des troubles de santé mentale et fluidifier les parcours d'orientation et d'accompagnement, en structurant une stratégie territoriale coordonnée entre acteurs de la 1ère ligne et soins spécialisés. • Former et outiller les acteurs de la 1ère ligne (formation au repérage (signaux faibles de mal être et de vulnérabilité, psychotrauma...), cycles de sensibilisation intersectoriels (santé, éducation, social, médico-social, animation...) • Co-construire et formaliser des protocoles d'orientation partagés vers les ressources du territoire; • Structurer et pérenniser des espaces de concertation pluri-professionnels (développement d'une culture commune, postures et pratiques favorisant un accompagnement adapté) • structurer le maillage territorial des dispositifs d'intervention précoce Axes stratégiques prioritaires : • Publics en situation de vulnérabilité sociale et de précarité (ISS) ; • Enfants, adolescents et jeunes adultes ; • Repérage et prise en charge précoce des troubles psychotiques et états mentaux à risque (PEP). Déployer un programme territorial structuré de formation au repérage des vulnérabilités et du psychotrauma chez les enfants et les jeunes Former les professionnels à l'approche transdiagnostique (transfert de l'apprentissage des compétences) et à l'émergence des troubles Modéliser une activité de bilan de prévention en santé mentale à la population générale • Former les professionnels de la 1ère ligne pour le bilan Santé Mentale • Réaliser des bilans Santé Mentale au sein des établissements scolaires
Public cible	• Médecins traitants, • Personnels de santé scolaire (en) • Personnel de la petite enfance, • Travailleurs sociaux, • Travailleurs sociaux de la santé, • Mjc, centres sociaux; • Milieu scolaire, extra-scolaire

	• Epahd • Esat • Gem
--	--

Action 2.02 : Déployer un parcours de prévention petite enfance/enseignement supérieur

Action 2.02 : déployer un parcours de prévention petite enfance/enseignement supérieur	
Déclinaisons	• Former et sensibiliser les professionnels de la petite enfance aux signe de repérage des TND, chez les enfants ; • équipe mobile en direction des professionnels de la petite enfance • Équipe spécialisée en santé mentale (Infirmier, pair-aidant, ...) : permanences, ateliers aller-vers dans les universités
Public cible	professionnels de la petite enfance, étudiants

Action 2.03 : Formation et sensibilisation des professionnels à la culture du repérage

Action 2.03 : Formation et sensibilisation des professionnels à la culture du repérage	
Déclinaisons	Cette action vise à renforcer la sensibilisation et la déstigmatisation en santé mentale auprès des professionnels. Il s'agit de : • structurer et consolider l'offre de formation en promotion de la santé mentale à destination des professionnels; • former les professionnels de la première ligne et du repérage à la santé mentale (promotion et destigmatisation) ; • déployer des actions de sensibilisation auprès de professionnels avec participation des personnes concernées ; • Organiser un ou plusieurs évènements et rencontres favorisant l'échange de pratique, le partage d'expérience et la connaissance des ressources en santé mentale.
Public cible	Professionnels du sanitaire ; du social ; du médico-social ; acteurs de l'enseignement ; animateurs en éducation pour la santé ; Personnes concernées, pair-aidants, associations d'usagers, aidants ; Collectivités / acteurs de proximité engagés sur ces sujets.

Action 2.04 : Prévenir la rupture de traitements (psychotropes)

Action 2.04 : Prévenir la rupture de traitements (psychotropes)	
Déclinaisons	Lutter contre la pénurie des psychotropes en créant un task force au sein de l' ANSM (cpts, pharmacie) publication régulière de l'état des stocks et des mesures mobilisées, stratégie de diversification des fournisseurs en prévoyant les approvisionnements dans les pharmacies.
Public cible	

Action 2.05 : Stratégie structurée de prévention et repérage en milieu scolaire (COTER CPS)

Action 2.05 : Stratégie structurée de prévention et repérage en milieu scolaire (COTER CPS)	
Déclinaisons	Les CPS sont intégrées dans les programmes scolaires, un coter CPS a été mis en place dans le département du Rhône. Les actions de lutte contre la stigmatisation sont inscrites au sens plus large de la santé mentale avec la mise en place des protocoles de santé mentale et la formation des personnes repères dans chaque établissement scolaire. D'autres action en lien avec la stratégie en milieu scolaire : • Mobiliser les étudiants en santé dans les établissements scolaires pour sensibiliser les jeunes à la gestion des émotions, au stress, au respect de soi et des autres. • Mise en place d'un village prévention au sein des collèges du territoire animé par les professionnels de santé et partenaires du territoire
Public cible	

Action 2.06 : Co-construire une stratégie territoriale de prévention de la crise suicidaire chez les jeunes

Fiche Action 2.06 : Co-construire une stratégie territoriale de prévention de la crise suicidaire chez les jeunes	
Actions	Co-construire un protocole partagé de gestion de la crise suicidaire adolescente entre urgences générales, pédopsychiatrie, médecins généralistes, établissements scolaires et partenaires sociaux.
Public cible	Professionnels de première ligne (infirmiers scolaires, médecins généralistes, CPE, éducateurs).

Action 3.01 : Faire du territoire un territoire pilote de la moindre coercition en France

Action 3.01 : Faire du territoire un territoire pilote de la moindre coercition en France	
Déclinaisons	Créer un Parcours Crise 360° harmonisé entre les différents acteurs sur le territoire articulant : • Anticipation systématique (MAP, pair-aidance, alliance thérapeutique) ; • Intervention précoce non coercitive ; • Alternatives à l'hospitalisation complète ; • Transparence et culture commune (des indicateurs territoriaux, retour d'expérience, comité éthique) Mise en œuvre d'une stratégie territoriale commune aux 3 hôpitaux psychiatriques visant l'abolition progressive de la contention mécanique et la réduction du recours à l'isolement en psychiatrie, dans le cadre du respect des droits fondamentaux et des recommandations de la Haute Autorité de Santé. Il s'agit de : • Réaliser un diagnostic territorial partagé sur les pratiques de contention et d'isolement ; • Former 100 % des professionnels des unités d'hospitalisation aux techniques de désescalade et aux alternatives à la contention (développement de chambres sensorielles, accès à des soins alternatifs...) ; • Créer ou aménager des espaces d'apaisement dans chaque établissement ; • Publier annuellement les indicateurs territoriaux de recours à la contention.
Public cible	• Personnes concernées • Professionnels des services de psychiatrie et des urgences, de la première ligne • Encadrement et directions d'établissements • Familles et aidants • Les professionnels des milieux de vie des personnes (médico-social/ social/ centre d'hébergement ou lieux d'accueil pour les personnes sans-abri.)

Action 3.02 : Développer des alternatives à l'hospitalisation

Action 3.02 : développer des alternatives à l'hospitalisation	
Déclinaisons	Déployer et formaliser sur le territoire du Rhône une fonction d'IDE coordinateur territorial en santé mentale, à double ancrage CMP / CPTS, intervenant : • en amont des hospitalisations,

	• en sortie d'hospitalisation, • en appui aux professionnels de première ligne, • dans l'organisation graduée des réponses à la crise. Développer des alternatives à l'hospitalisation à travers : • Continuité ambulatoire ; • Des équipes mobiles de crise et des centres d'accueil en amont des urgences ; • Des dispositifs innovants (par ex. : La case en +) • Prévoir des soins post hospitalisation adaptés aux personnes sans domicile (en complément aux dispositifs LHSS) Création d'une équipe SAAD handicap psychique: Accompagner les personnes chez elle dans leur lieu de vie dans leur projet de maintien à domicile et de leur compétence dans une démarche d'aller-vers.
Public cible	Professionnels, personnes concernées et proches

Action 3.03 : Structurer le parcours et diversifier les pratiques aux urgences psychiatriques

Action 3.03 : Structurer le parcours et diversifier les pratiques aux urgences psychiatriques	
Déclinaisons	• Structurer les parcours aux urgences psychiatriques pour une prise en charge lisible et graduée ; • Diversifier les équipes psychiatriques dans les services d'urgence hospitalier pour encourager la présence de pairs-aidants, de coordinateurs de parcours, de travailleurs sociaux dans les équipes en lien avec les structures de réhabilitation psychosociale ; • Former les équipes des urgences aux alternatives à l'isolement et à la contention ; • intégrer une offre de suivi, post urgence dans le projet médical partagé des GHT
Public cible	professionnels des urgences, travailleurs sociaux, pair-aidants, IPA

Action 3.04 : développer l'offre en santé communautaire

Action 3.04 : développer l'offre en santé communautaire
--

Déclinaisons	Structurer une offre territoriale de soin communautaire articulée autour de trois axes : • Déploiement d'équipes mobiles communautaires ; • Structuration et intégration structurée de la pair-aidance professionnelle ; • Renforcement de l'articulation médecine de ville – psychiatrie – secteur associatif.
Public cible	• Personnes présentant des troubles psychiques stabilisés ou en phase précoce, nécessitant un accompagnement soutenu dans leur milieu de vie. • Personnes en situation de vulnérabilité sociale exposées au risque de rupture de soins. • Patients sortant d'hospitalisation. • Médecins généralistes et professionnels de premier recours ayant besoin d'un appui coordonné. • Acteurs associatifs impliqués dans l'accompagnement psychosocial / médico-social / social.

Action 4.01 : renforcer l'offre territoriale d'accès aux soins en santé mentale pour des publics vulnérables/spécifiques

Action 4.01 : renforcer l'offre territoriale d'accès aux soins en santé mentale pour des publics vulnérables/spécifiques	
Déclinaisons	• Créer et déployer une équipe mobile de transition (EMOT) intervenant en pré et post libération, pour accompagner les personnes sortant de détention présentant des troubles psychiques ou des vulnérabilités • Intervenir auprès des équipes pour former et sensibiliser aux troubles psychiques avec la particularité de la précarité • Maintenir ou mettre en place un suivi psychiatrique chez les personnes en situation de précarité, avec un accès rapide en CMP, HDJ...hors sectorisation
Public cible	• Personnes majeures sortant d'établissement pénitentiaire du Rhone • Personnes en situation de grande précarité

Action 4.02 : développer la branche psychiatrique du SAS 69 (service d'accès aux soins) pour faciliter l'orientation et l'accès aux soins

Action 4.02 : développer la branche psychiatrique du SAS 69 (service d'accès aux soins) pour faciliter l'orientation et l'accès aux soins	
Déclinaisons	• Permettre une évaluation spécialisée de la demande et des besoins • Orienter en fonction sur les dispositifs adaptés

	• Promouvoir la santé mentale auprès du grand public et des partenaires • Maîtriser la « cartographie » des dispositifs de soins • Favoriser l'aller vers au sein des territoires du PTSM via des permanences tournantes, délocalisées • Réaliser un recensement des ressources, et optimiser/réajuster les ressources existantes (plus d'efficacité, plus d'équité) • Faciliter l'accès aux soins semi-urgents en PEA (pole enfants/adultes) par un ou des dispositifs de soins non programmés
Public cible	• Personnes concernées et entourage • Professionnels du sanitaire, libéraux, professionnels médico-sociaux et sociaux • Associations de familles • Grand public

Action 4.03 : développer la Réhabilitation psychosociale en situation de crise

Action 4.03 : développer la Réhabilitation psychosociale en situation de crise	
Déclinaisons	• Développer la remédiation et la psychomotricité (avec l'outil escalade) associées à la pair-aidance
Public cible	• Personnes concernées • Professionnels des services de psychiatrie, de la première ligne

Action 4.04 : Améliorer le parcours des personnes concernées par une pathologie duelle

Action 4.04 : Améliorer le parcours des personnes concernées par une pathologie duelle	
Déclinaisons	• Soutenir le développement des centres de santé communautaires • Soutenir les consultations avancées (collaboration médecine générale/CSAPA/CMP) • Développer les actions de repérage, de prévention avec la médecine de ville (IDE ASALEE/IPA...)
Public cible	• Personnes concernées • Professionnels des services de psychiatrie, de la première ligne • Population en H (continuité PTSM 1)

Action 4.05 : Structurer l'organisation et le fonctionnement des CMP (centres médico-psychologiques)

Action 4.05 : Structurer l'organisation et le fonctionnement des CMP (centres médico-psychologiques)	
Déclinaisons	• Modéliser le parcours et les modalités d'accès au CMP sur l'ensemble du territoire • Améliorer l'organisation et le suivi des parcours (limiter la chronicité, éviter les perdus de vue... • Améliorer la collaboration et le partage d'information avec l'ensemble des acteurs du parcours de la personne • Faciliter la transition CMP ados/CMP adultes • Favoriser les liens avec les professionnels de la 1^{ère} ligne (co-consultations, favoriser la connaissance et les spécificités de la prise en charge des adolescents
Public cible	• Personnes concernées • Professionnels des services de psychiatrie, de la première ligne • Professionnels de la 1^{ère} ligne

Action 5.01 : Mettre en place une stratégie territoriale de destigmatisation en santé mentale

Action 5.01 : Mettre en place une stratégie territoriale de destigmatisation en santé mentale	
Déclinaisons	Structurer un Programme territorial de destigmatisation, avec : • des actions à court, moyen et long terme (ciné/théâtre-débat sur les troubles de santé mentale, des ateliers (écoles, entreprises) avec témoignages, un salon annuel santé mentale, projet Culture et Santé • La création d'un réseau territorial avec des personnes concernées formées + citoyens volontaires intervenant dans écoles, entreprises, institutions et médias locaux • Le déploiement de formation (PSSM Ados...) • Des campagnes d'information et de destigmatisation (SISM...) Renforcer la déstigmatisation en santé mentale en consolidant et en développant des dispositifs existants fondés sur le témoignage et la participation des personnes concernées. Cette action vise à soutenir et développer les dispositifs du type : • bibliothèques vivantes ; • des vidéos de témoignage / web documentaire
	Population générale

Public cible	
--------------	--

Action 5.02 : Organiser et faciliter l'accès à l'information sur les droits des personnes concernées

Action 5.02 : Organiser et faciliter l'accès à l'information sur les droits des personnes concernées	
Déclinaisons	Améliorer l'accès à l'information sur les droits des personnes concernées en santé mentale et favoriser l'autonomie et le pouvoir d'agir des personnes. Modalités de mise en œuvre : • Développer des outils en langage accessible pour informer les personnes concernées de leurs droits ; • Former / sensibiliser les personnes concernées sur leurs droits ; • Simplifier l'information pour que l'utilisateur soit acteur de ses démarches ; • Favoriser la mise en place d'un COFOR à Lyon (centre de co-formation au rétablissement).
Public cible	Personnes concernées / aidants et proches / les différents professionnels autour de la personne (santé, social, médico-social)

Action 5.03 : Mise en place d'une Communauté de pratiques (COP) autour de l'accès aux droits

Action 5.03 : Mise en place d'une Communauté de pratiques (COP) autour de l'accès aux droits	
Déclinaisons	Mise en place d'une Communauté de Pratiques pour développer les compétences individuelles et collectives des acteurs du territoire (personnes concernées et professionnels) et améliorer l'accès effectif aux droits en santé mentale.
Public cible	Personnes concernées, professionnels, entourage.

Action 5.04 : Systématiser l'évaluation social pour l'accès aux droits

Action 5.04 : Systématiser l'évaluation social pour l'accès aux droits
--

Déclinaisons	Systématiser la rencontre avec un travailleur social en cas d'hospitalisation ou de consultation avec un professionnel de santé afin qu'une évaluation sociale soit faite, que le patient soit informé de ses droits. Il s'agit de : • Inscrire l'évaluation sociale et le plan d'action dans le dossier patient ; • Mettre en place un suivi coordonné entre professionnel en interne et externe jusqu'à l'obtention du droit ; • Désigner un référent social du parcours ; • Contractualiser à travers la signature d'une charte avec le patient un engagement mutuel visant à avancer ensemble avec l'aide de partenaire pour aboutir au résultat escompté.
Public cible	Personnes concernées / les différents professionnels autour de la personne (santé, social, médico-social)

Action 5.05 : Sensibiliser et accompagner les populations plus vulnérables à travers la médiation en santé

Action 5.05 : Sensibiliser et accompagner les populations plus vulnérables à travers la médiation en santé	
Déclinaisons	• Sensibiliser les populations les plus vulnérables à la santé mentale, lutter contre les ISS (démarche d'aller-vers) à travers la médiation en santé. • Développer la médiation en santé : entretiens individuels, temps collectifs, liens partenariaux. • Développer le réseau médiation santé. Mettre en place des permanences mobiles co-animées par professionnel et personne concernée pour accompagner les démarches sociales.
Public cible	Populations vulnérables, en QPV

Action 5.06 : Produire une cartographie actualisée et partagée entre acteurs

Action 5.6: Produire une cartographie actualisée et partagée entre acteurs	
Déclinaisons	Améliorer la visibilité et modalité de l'offre (soins + accès au droit) en santé mentale par une cartographie participative entre professionnels (paddlet ou autre) à coordonner par le biais d'une concertation annuelle (mise à jour, partage d'infos) par territoire identifié (sectorisation psy ou si territoires métropolitains, s'appuyer sur la gouvernance des CTM). avoir une plateforme unique

Public cible	Professionnels en lien avec du public vulnérable notamment (santé, socio-médical, éducateurs, enseignants, etc).
--------------	--

Action 6.01 : Améliorer la collaboration et développer une culture commune entre les acteurs du logement et les acteurs de la santé mentale

Action 6.01 : Améliorer la collaboration et développer une culture commune entre les acteurs du logement et les acteurs de la santé mentale	
Déclinaisons	Former et sensibiliser l'ensemble des professionnels (intervenant à domicile, bailleurs, acteurs du logement/hébergement, élus, services sociaux, équipes médico-sociales) aux enjeux du handicap psychique, du rétablissement <u>et</u> aux process « logement » Organiser des journées, rencontres croisées et formations (type PSSM, pair-aidance, ateliers thématiques), afin de créer une culture commune logement-santé mentale et de soutenir les professionnels dans l'accompagnement des ménages. Déployer des actions d'accompagnement pluridisciplinaires pour les ménages en grande difficulté, afin de prévenir les contentieux, favoriser la cohérence entre professionnels et maintenir les locataires dans leur logement. Favoriser le soutien d'un pair-aidant dans l'accompagnement et le maintien dans le logement.
Public cible	les acteurs du logement Les acteurs de la santé mentale

Action 6.02 : Développer et diversifier l'offre et l'accompagnement pour favoriser la transition vers le logement de droit commun

Action 6.2 : Développer et diversifier l'offre et l'accompagnement pour favoriser la transition vers le logement de droit commun	
Déclinaisons	Favoriser la création davantage de places dans les dispositifs adaptés (logement d'abord, bail glissant, appartements d'essai...), et simplifier les procédures d'accès pour permettre des transitions rapides depuis les résidences accueil ou établissements Créer des appartements d'essai et d'évaluation, des solutions de transition pour éviter les hospitalisations sociales, et préparer l'accès au logement ordinaire et travailler le rétablissement dans un environnement sécurisé. Soutenir le développement des résidences accueil, des dispositifs « Un chez soi d'abord » (y compris jeunes), et pérenniser les projets innovants type Zone Libre

	pour proposer un habitat choisi aux personnes sans abri ou en très grande vulnérabilité.
Public cible	publics vulnérables, publics avec un long parcours d'errance

Action 7.01 : Structurer et renforcer la participation des personnes concernées

Action 7.01: Structurer et renforcer la participation des personnes concernées	
Déclinaisons	Structurer et renforcer la participation des personnes concernées à tous les niveaux dans les instances du PTSM et au sein des établissements, en reconnaissant pleinement leur expertise d'usage. Modalités de mise en œuvre : • Création d'espaces identifiés d'échanges entre pairs • Mobiliser activement les personnes concernées, notamment via des démarches d'« aller-vers » dans leurs lieux de vie ou d'hébergement • faire connaître les espaces et modalités d'engagement, notamment via des outils de communication adaptés • recueillir, valoriser et intégrer de manière systématique l'expérience des personnes concernées dans les parcours (de l'évaluation à la réévaluation) et dans les décisions institutionnelles, en garantissant un retour concret et visible de leurs contributions dans les projets et orientations.
Public cible	• Institutions de soins; (élargir à tous les acteurs du parcours de la personne) • Professionnel.le.s de la santé mentale (sanitaire, social, médico-social, clsm ...) • Personnes concernées

Action 7.02 : Développer une culture professionnelle orientée rétablissement pour soutenir et favoriser la participation et l'accès aux droits des personnes concernées

Action 7.02: Développer une culture professionnelle orientée rétablissement pour soutenir et favoriser la participation et l'accès aux droits des personnes concernées	
Déclinaisons	Déployer des cycles de formations (initiale et continue) centrées sur les pratiques orientées rétablissement, à destination des professionnels de la santé mentale et du premier recours sur le modèle suivant : • les formations sont axées sur les pratiques orientées rétablissement et les outils de la réhabilitation psychosociale,

	avec une « certification » des contenus par un partenaire expert (le CRR, par ex) • Animations des formations en duo/trio (personne concernée / professionnel / proche aidant) pour mettre en exergue les points de vue respectifs, et en particulier les savoirs expérientiels Renforcer la reconnaissance du savoir expérientiel, de la pair-aidance et de la place des proches aidants Favoriser la pleine participation des personnes concernées dans les parcours de soins Structurer un dispositif/ cadre d'intervention visant à renforcer le pouvoir d'agir des personnes concernées dans les établissements
Public cible	Les professionnels de santé

Action 7.03 : Développer les pratiques orientées rétablissement et structurer la pair-aidance en santé mentale

Action 7.03: Développer les pratiques orientées rétablissement et structurer la pair-aidance en santé mentale	
Déclinaisons	L'action vise à soutenir le déploiement d'une approche orientée rétablissement dans les pratiques et les organisations en santé mentale, en s'inscrivant dans une dynamique de transformation des cultures professionnelles. Elle repose sur le développement de formations à l'approche rétablissement, le soutien aux dispositifs de réhabilitation psychosociale, ainsi que sur la structuration et la professionnalisation de la pair-aidance. Elle vise également à faire reconnaître le savoir expérientiel comme une expertise légitime, en favorisant la participation active des personnes concernées dans les dispositifs de soins et les instances institutionnelles. Résultats attendus : • Diffusion d'une culture du rétablissement à l'échelle du territoire • Développement et reconnaissance de la pair-aidance professionnelle • Meilleure intégration du savoir expérientiel dans les pratiques et les décisions • Renforcement de la participation des usagers dans les institutions • Mise en place d'un groupe de parole animé par un pair aidant
Public cible	• Personnes concernées par des troubles psychiques • Pairs-aidants (en poste ou en devenir)

	• Professionnels de santé • Maison des usagers • Institutions sanitaires, sociales et médico-sociales
--	---

Action 7.04 : Soutenir le projet « hébergeant aidants »

Action 7.04 : Soutenir le projet « hébergeant aidants »	
Déclinaisons	Ce projet de l'association Cité Talent vise à renforcer et soutenir en continu les « hébergeants aidants », acteurs clés du parcours de vie des personnes souffrant de troubles psychiques. Il repose sur deux volets : • un accompagnement dès l'hôpital (information et temps d'écoute dédiés) • et la mise en place d'un numéro d'appui 24h/24 pour soutenir les aidants face aux situations de crise et du quotidien. L'objectif est de sécuriser les parcours, prévenir les ruptures et les hospitalisations évitables, tout en soutenant les aidants pour éviter leur épuisement. En structurant leur rôle et en améliorant la coordination entre acteurs, le projet contribue à renforcer la continuité des soins, la prévention des crises et l'inclusion des personnes concernées.
Public cible	• Personnes souffrantes d'un trouble Psychique, acteurs de leur santé. • Les « Hébergeants aidants » et futurs « Hébergeants aidants » : amis ,familles, autres... • Les Équipes médicales (psychiatres, infirmiers, CMP, urgences, Hopitaux, cliniques, équipes mobiles) : soins, diagnostic, suivi clinique, réhabilitation psycho sociaux. • Les Structures médico-sociales et sociales : accompagnement global, insertion. • Les Associations partenaires sur le Territoire (UNAFAM, etc.) : écoute, soutien, intervention de premier niveau. L'imbrication de tous les acteurs du territoire est essentielle

Action 7.05 : Renforcer, structurer et rendre visible l'offre de soutien aux aidants en santé mentale

Action 7.05 : Renforcer, structurer et rendre visible l'offre de soutien aux aidants en santé mentale	
Déclinaisons	L'action vise à consolider et développer l'offre de soutien aux aidants en santé mentale, en s'appuyant sur les dispositifs existants (programmes psychoéducatifs, groupes de soutien, interventions structurées). Elle a pour ambition de systématiser leur déploiement à l'échelle du territoire. Il s'agit de : • Renforcer et déployer l'offre de soutien aux aidants sur l'ensemble du territoire • Favoriser l'accès équitable aux dispositifs existants (programmes type BREF, LÉO, etc.) • Améliorer la lisibilité et la visibilité de l'offre pour les aidants et les professionnels • Soutenir les aidants dans leur rôle et prévenir leur épuisement • créer un salon/salle « cocon » pour les parents/les familles pendant le PEC des enfants au CMP
Public cible	aidants, personnes concernées, professionnels de tous les secteurs (sanitaire, médico-social, social, Ville, Métropole, ...)

Action 7.06 : Former à la pair-aidance parentale

Action 7.06 : Former à la pair-aidance parentale	
Déclinaisons	Former et intégrer des parents-pairs dans différents dispositifs pour : • Groupes de soutien • Participation aux plans de crise • Co-animation d'ateliers psychoéducatifs Renforcer la prévention des ruptures par l'empowerment familial. Renforcer l'alliance thérapeutique et prévenir les décompensations.
Public cible	Familles d'enfants/adolescents suivis en pédopsychiatrie, Professionnels

Action 7.07 : Recenser les dispositifs du rhodaniens à l'accompagnement des aidants en psychiatrie

Action 7.07 : Recenser les dispositifs du rhodaniens à l'accompagnement des aidants en psychiatrie	
Déclinaisons	Recenser tous les dispositifs rhodaniens destinés à l'accompagnement des aidants en psychiatrie et créer un document synthétique (papier et dématérialisé) avec la liste des dispositifs, selon les âges, les modalités d'accompagnement (ce qu'ils proposent exactement pour les aidants) et les coordonnées communiquer ce document auprès de tous les acteurs en santé mentale du Rhône notamment les secteurs intra-hospitaliers et les CMP du 69 et aussi les services d'urgence++ ainsi que psychiatres libéraux et médecins généralistes (en passant par les CPTS?) afin qu'ils puissent le transmettre aux aidants qu'ils rencontrent. Outils les professionnels pour un repérage actif des aidants
Public cible	aidants et soignants

Action 7.08 : Structurer une politique de repérage et d'accompagnement des jeunes proches en santé mentale - dispositif Les Funambules

Action 7.08 : Structurer une politique de repérage et d'accompagnement des jeunes proches en santé mentale - dispositif Les Funambules	
Déclinaisons	Structurer une politique de repérage et d'accompagnement des jeunes proches en santé mentale à travers la mise en place : • D'un protocole d'orientation graduée partagé (éducation nationale/CLMS/dispositifs d'écoute) • Des formations destinées aux professionnels de première ligne au repérage des jeunes proches aidants ; • déploiement d'actions collectives type soutien psychosocial
Public cible	• Jeunes proches aidants • Professionnels du repérage

Action 8.01 : Accompagner les employeurs dans la construction d'une culture inclusive en santé mentale, inspirée de la démarche Inclusio

Action 8.01 : Accompagner les employeurs dans la construction d'une culture inclusive en santé mentale, inspirée de la démarche Inclusio	
Déclinaisons	• Former, sensibiliser et outiller les employeurs (RH, managers, médecine du travail) à la santé mentale, au handicap psychique et au rétablissement, • Informer sur les droits, les dispositifs et les ressources existantes, et promouvoir une meilleure compréhension des enjeux de santé mentale et travail auprès d'un large public (salariés, employeurs, travailleurs sociaux). • sensibiliser les organismes de formation aux problématiques de santé mentale afin de faciliter la reprise d'étude ou d'éviter la rupture pendant la formation (mise en place d'un référent santé mentale dans les organismes de formation, adaptation des parcours de formation (support écrit, distanciel, modularisation, rythme adapté...) • structurer une approche collective par branche professionnelle et en inter professionnelle (MEDEF-CPME) ainsi qu'avec les chambres consulaires (CCI, CMA) • proposer des actions de déstigmatisation à conduire auprès des entreprises
Public cible	• Employeurs privés et publics, Structures spécialisées en santé mentale • Professionnels de l'insertion • Personnes concernées

Action 8.02 : Structurer un accompagnement durable des entreprises pour favoriser l'accès et le maintien dans l'emploi des personnes vivants avec un trouble psychique

Action 8.02 : Structurer un accompagnement durable des entreprises pour favoriser l'accès et le maintien dans l'emploi des personnes vivants avec un trouble psychique	
Déclinaisons	• Déployer une animation collective et des partenariats pérennes avec les acteurs du soin, de l'insertion et de la réhabilitation psychosociale pour soutenir les employeurs, favoriser le maintien en emploi et adapter l'organisation du travail aux besoins des salariés vivant avec un trouble psychique. • Former les conseillers, encadrants techniques, responsables d'ACI et salariés en insertion au handicap psychique, au rétablissement, aux aménagements de poste et aux outils d'accompagnement (diagnostics, immersion...).
Public cible	• Employeurs privés et publics, Structures spécialisées en santé mentale • Professionnels de l'insertion • Personnes concernées

Action 8.03 : Déployer un dispositif de prévention primaire santé mentale & travail

Action 8.03 : déployer un dispositif de prévention primaire santé mentale & travail	
Déclinaisons	• Mettre en place une équipe mobile capable d'aider au diagnostic, repérer les situations à risques en amont, en lien avec les risques psycho-sociaux • accompagner le bénéficiaire et l'entreprise par des interventions pluridisciplinaires (conseillers en emploi, travailleurs sociaux, ergothérapeutes (adaptation du poste de travail) et neuro psychologue (bilan) ; • soutenir les entreprises dans l'adaptation de leurs pratiques managériales • favoriser la concertation entre médecin traitant / CPAM / service de santé au travail pour accompagner le duo entreprise / salarié en souffrance psychique. • En plus des conseillers en emploi et des travailleurs sociaux, deux métiers en particulier peuvent être mis en exergue pour accompagner le bénéficiaire et l'entreprise : ergothérapeute (adaptation du poste de travail) et neuro psychologue (bilan).
Public cible	• public en activité professionnelle, entreprise privée /publique

Action 8.04 : Construire un parcours emploi fluide et sécurisé pour les personnes en situation de handicap psychique

Action 8.04 : Construire un parcours emploi fluide et sécurisé pour les personnes en situation de handicap psychique	
Déclinaisons	• Déployer le dispositif PASS'ESAT pour préparer les personnes avant leur entrée en ESAT (évaluation des capacités, mise en situation, levée des freins), en lien avec la MDMPH • Positionner l'ESAT comme étape de rétablissement par le travail, en développant les pratiques orientées rétablissement (POR) en son sein • Mettre en œuvre la convention d'appui de 3 ans entre l'ESAT et l'employeur en milieu ordinaire pour sécuriser la transition • Mobiliser l'emploi accompagné (dispositif IPS ou similaire) pour accompagner la personne et l'employeur tout au long de la transition • Développer des passerelles formalisées entre secteur protégé, secteur adapté et milieu ordinaire, en lien avec la MDMPH et travail auprès d'un large public (salariés, employeurs, travailleurs sociaux).

Public cible	• Personnes concernées, avec RQTH, • Travailleurs ESAT, • Employeurs
--------------	--

Action 8.05 : Sécuriser le parcours des personnes sortant d'ESAT/dispositifs d'insertion vers le milieu ordinaire

Action 8.05 : Sécuriser le parcours des personnes sortant d'ESAT/dispositifs d'insertion vers le milieu ordinaire	
Déclinaisons	• Renforcer les liens ESAT/RPE (réseau pour l'emploi) • Organiser des évaluations sur poste, associer les équipes encadrantes et de soin • Assurer un accompagnement sans rupture, basé sur les ressources de la personne, depuis la définition du projet professionnel jusqu'à l'immersion et la période post-embauche • Former les acteurs de l'emploi en IAE
Public cible	• Personnes concernées, avec RQTH, • travailleurs ESAT, • Conseillers en insertion, Encadrants techniques • Responsables de structures • Chef.fe.s d'équipe • Educateurs spécialisés

Action 9.01 : Structurer un parcours territorial de santé mentale périnatale

Action 9.01: Structurer un parcours territorial de santé mentale périnatale	
Déclinaisons	Structurer un parcours territorial de santé mentale périnatale permettant : • Le repérage précoce des vulnérabilités psychiques pendant la grossesse et en post-partum • L'orientation rapide vers les dispositifs spécialisés (CPC, psychiatre périnatal, CMP, unités d'hospitalisation HDJ/HC) • La coordination des professionnels entre maternité, psychiatrie, pédiatrie, sages-femmes, PMI, médecine de ville et secteur médico-social • L'accompagnement des familles à la sortie d'hospitalisation afin de garantir la continuité du suivi et prévenir les ruptures de parcours • La mise en œuvre d'un partenariat renforcé avec la protection de l'enfance pour les situations relevant des deux champs • Développer une équipe mobile psychiatrie-précarité périnat/pédiatrie pour Aller-vers les publics les plus éloignés du soin (Attention au public précaire) Ce dispositif pourra s'appuyer sur : • Des réunions de concertation pluriprofessionnelles périnatales

	• Des référents de périnatalité psychique sur le territoire • Des protocoles d'orientation et de liaison entre maternités, unités d'hospitalisation mère-bébé et structures ambulatoires
Public cible	• Femmes enceintes ou en post partum présentant une vulnérabilité psychique et ou précarité • Parents en difficulté dans la relation précoce avec leur bébé • Nourrissons exposés à un risque de troubles du développement ou du lien d'attachement • Situations déjà en lien avec la protection de l'enfance: IP, mesure éducative ou placement. Partenaires ASE, éducatif, PMI et judiciaire.

Action 9.02 : Programme territorial coordonné de prévention et de promotion de la santé mentale périnatale durant les 1000 premiers jours

Action 9.02 : Programme territorial coordonné de prévention et de promotion de la santé mentale périnatale durant les 1000 premiers jours	
Déclinaisons	Développer un programme territorial coordonné de prévention et de promotion de la santé mentale périnatale durant les 1000 premiers jours, visant à : • Favoriser le développement émotionnel, relationnel et cognitif de l'enfant • Soutenir les compétences parentales et le lien parent-bébé • Renforcer la promotion de la santé mentale et le repérage précoce des vulnérabilités psychiques • Améliorer la connaissance, l'accès et l'orientation vers les ressources du territoire (consultations parents-bébé, équipes de psychiatrie périnatale, dispositifs de soutien à la parentalité, etc.) Ce programme comprendra : • Des actions de sensibilisation à la santé mentale précoce auprès des parents et des professionnels • Des ateliers de soutien à la parentalité et aux interactions précoces • Des groupes parents-bébé favorisant les compétences relationnelles • La formation des professionnels de la petite enfance et du secteur médico-social au repérage des signes de vulnérabilité • La mise en place de temps de prévention dans les lieux fréquentés par les familles (PMI, crèches, lieux d'accueil parents-enfants) • Mise en place d'un groupe de parole animé par un pair aidant.
	• Futurs parents

Public cible	• Parents d'enfants de 0 à 2 ans • Nourrissons et jeunes enfants
--------------	---

Action 9.03 : Déployer une stratégie territoriale de santé mentale des jeunes : prévention, orientation et aller-vers

Action 9.03 : Déployer une stratégie territoriale de santé mentale des jeunes : prévention, orientation et aller-vers	
Déclinaisons	Inspirer du modèle Maison des adolescents : Améliorer le repérage et la précocité de la prise en charge • Garantir une information claire et accessible à l'ensemble de la population (ados, familles, professionnels) Dupliquer les Equipes Mobiles (Type Mouv'ados/ Equipe de liaison sociale) afin d'aller-vers les adolescents en crise et les familles
Public cible	• Ados et familles

Action 9.04 : Structurer et renforcer la transition entre pédopsychiatrie et psychiatrie adulte (16-25 ans)

Actions 9.04: Structurer et renforcer la transition entre pédopsychiatrie et psychiatrie adulte (16-25 ans)	
Déclinaisons	Mise en place d'une organisation territoriale structurée pour accompagner les jeunes dans le passage à l'âge adulte, reposant sur des protocoles communs, des pratiques de co-suivi et des outils facilitant la coordination entre les acteurs. Consultation conjointe anticipée et référent de transition. Modalités de mise en œuvre : • Élaboration et déploiement d'un protocole territorial de transition partagé entre les équipes de pédopsychiatrie et de psychiatrie adulte • Mise en place de périodes de co-suivi (pédopsychiatrie / psychiatrie adulte) pour sécuriser les passages • Désignation d'un référent de parcours pour chaque jeune concerné • Définition de critères d'orientation harmonisés entre les équipes • Renforcement et développement des dispositifs dédiés aux 16-25 ans (augmentation des capacités d'accueil, dispositifs spécifiques)

	• Déploiement d'outils numériques pour : • faciliter la communication entre professionnels (sanitaire, médico-social, social, éducation, ASE, collectivités...) • améliorer la coordination et la fluidité des parcours
Public cible	• Jeunes entre 15 à 18 ans, • familles, • équipes soignantes pédopsychiatriques et adultes, • CMP, CMPP, hôpitaux de jour, • structures médico-sociales. • Une attention pour les jeunes avec un trouble sévère ou suivi prolongé

Action 9.05 : Réduire les délais d'accès aux CMP pédopsychiatriques et améliorer la prise en charge initiale

Action 9.05 : Réduire les délais d'accès aux CMP pédopsychiatriques et améliorer la prise en charge initiale	
Déclinaisons	Amélioration de l'accessibilité et de la réactivité du fonctionnement des CMP pédopsychiatriques afin de fluidifier l'accès aux soins, en s'appuyant notamment sur une évaluation rapide des demandes et une meilleure orientation des jeunes dès le premier contact. Renforcer les CMP pour offrir des soins accessibles et réactifs pour les enfants, les adolescents et les jeunes adultes ainsi que du post-crise après un passage aux urgences (UPRM, POST-URGENCE) Modalités de mise en œuvre : • Mise en place d'entretiens de première intention réalisés par des infirmiers (IDE) pour évaluer rapidement les situations • Organisation d'un accueil et d'un tri des demandes permettant une orientation adaptée et priorisée • Réorganisation des circuits internes des CMP pédopsychiatriques pour réduire les délais de prise en charge • Développement de modalités de réponse rapide pour les situations nécessitant une intervention précoce • Renforcement de la coordination avec les partenaires (médecine de ville, établissements scolaires, secteur médico-social) pour améliorer l'adressage et le suivi
Public cible	patients relevant des dispositifs sanitaires

Action 9.06 : Structuration et consolidation d'un réseau territorial de Points Écoute

Action 9.06 : Structuration et consolidation d'un réseau territorial de Points Écoute

Déclinaison	Structuration et consolidation d'un réseau territorial de Points Écoute, accessibles, repérables et articulés avec les autres dispositifs de santé mentale, afin de proposer des réponses de proximité, précoces et adaptées aux besoins des jeunes et des familles. Développer des permanences portées par les CH (le même modèle que propose SCMO) - CMP • Lien à exploiter avec des dispositifs du social et du médico-social Modalités de mise en œuvre : • Recensement et élaboration d'une cartographie territoriale des Points Écoute existants (jeunes, enfants, parents, proches), tous porteurs confondus • Développement et renforcement de l'offre de Points Écoute sur les zones sous-dotées • Mise en place d'actions de communication pour améliorer leur visibilité auprès des jeunes, des familles et des professionnels • Sensibilisation des acteurs éducatifs, sociaux et de santé pour favoriser l'orientation vers ces dispositifs • Renforcement de la coordination avec les structures de santé mentale et les partenaires du territoire (dont CLSM) pour faciliter les orientations et les relais • Soutien à la pérennisation et au développement des financements des dispositifs existants Développer des permanences portées par les CH (le même modèle que propose SCMO) - CMP • Lien à exploiter avec des dispositifs du social et du médico-social
Public cible	• Enfants, • adolescents, • jeunes adultes, • parents, • proches, • professionnel.les

Action 9.07 : Destigmation auprès des jeunes / Programme La tête haute

Action 9.07 : Destigmatisation auprès des jeunes / Programme La tête haute	
Déclinaisons	Développer les interventions de destigmatisation auprès des jeunes en intervenant avec des personnes concernées Mettre en œuvre des actions d'intervention, d'information et de formation en milieu scolaire et auprès de la communauté éducative en s'appuyant sur des interventions menées par des personnes concernées (pc dans le sens large de la SM et de préférence en lien, ou au plus proche des thématiques vécus par le public cible) par des troubles psychiques.
Public cible	Jeunes : 12 ans à 25 ans (6e à Post-Bac) Entourage : Adultes de l'environnement de l'enfant, parents et communauté éducative.

Action 9.08 : Déployer une stratégie territoriale de développement des compétences psychosociales (CPS) chez les enfants et les jeunes

Action 9.8 : Déployer une stratégie territoriale de développement des compétences psychosociales (CPS) chez les enfants et les jeunes	
Déclinaisons	Mise en œuvre d'une stratégie territoriale de promotion des CPS auprès des enfants et des jeunes, s'appuyant sur le déploiement de programmes validés, la formation des professionnels et l'animation d'un réseau d'acteurs éducatifs, sociaux et d'insertion. Modalités de mise en œuvre : • Déploiement de programmes probants de développement des CPS auprès : • des jeunes enfants (écoles, structures petite enfance) • des adolescents (établissements scolaires, structures jeunesse, Mission Locale) • Mise en place d'ateliers de sensibilisation et de développement des CPS (gestion des émotions, relations aux autres, gestion du stress, estime de soi) dans une logique de parcours et de continuité • Formation de la communauté éducative et des professionnels (éducation, animation, insertion, médico-social) à la promotion et à l'animation des CPS • Animation d'un réseau territorial d'acteurs autour d'un référentiel commun CPS • Développement d'actions ciblées à destination des publics vulnérables • Soutien à la mise en œuvre d'actions dans la durée, favorisant un impact à long terme
Public cible	Professionnels de la périnatalité, petite enfance, éducation, jeunesse, sport, prévention.

	Enfants, ados, parents. partenaires : programmes de développement des CPS développés dans le cadre du PTSM 1
--	--

n°	d'apos;actionintitulé de l'apos;action	nb points total	nb de répondants	nb de point pondéré	Bonus
2.01	Structurer et renforcer le repérage précoce en santé mentale dans la 1ère ligne : repérer – orienter – accompagner	2860	32	89,375	14
1.02	Soutenir le développement des CLSM sur l'ensemble du territoire pour aligner la collectivité avec les priorités de santé publique	2805	32	87,65625	11
3.02	Développer des alternatives à l'hospitalisation	2795	32	87,34375	13
9.04	Structurer et renforcer la transition entre pédopsychiatrie et psychiatrie adulte (16-25 ans)	2271	27	84,11111111	8
7.05	Renforcer, structurer et rendre visible l'offre de soutien aux aidants en santé mentale	2349	28	83,89285714	6
4.05	Structurer l'organisation et le fonctionnement des CMP	2682	32	83,8125	11
7.03	Développer les pratiques orientées rétablissement et structurer la pair-aidance en santé mentale	2340	28	83,57142857	7
7.01	Structurer et renforcer la participation des personnes concernées	2336	28	83,42857143	6
3.04	Développer l'offre en santé communautaire	2657	32	83,03125	10
9.08	Déployer une stratégie territoriale de développement des compétences psychosociales (CPS) chez les enfants et les jeunes	2238	27	82,88888889	10
2.03	Formation et sensibilisation des professionnels à la culture du repérage	2634	32	82,3125	11
9.05	Réduire les délais d'accès aux CMP pédopsychiatriques et améliorer la prise en charge initiale	2210	27	81,85185185	10
9.03	Déployer une stratégie territoriale de santé mentale des jeunes : prévention, orientation et aller-vers	2207	27	81,74074074	9
6.02	Développer et diversifier l'offre et l'accompagnement pour favoriser la transition vers le logement de droit commun	2270	28	81,07142857	7
8.02	Structurer un accompagnement durable des entreprises pour favoriser l'accès et le maintien dans l'emploi des personnes vivants avec un trouble psychique	2180	27	80,74074074	7
7.02	Développer une culture professionnelle orientée rétablissement pour soutenir et favoriser la participation et l'accès aux droits des personnes concernées	2222	28	79,35714286	8
4.01	Renforcer l'offre territoriale d'accès aux soins en santé mentale pour des publics vulnérables/spécifiques	2531	32	79,09375	4
1.01	Déployer une Communauté de Pratiques (COP) autour de la coordination des parcours complexes	2530	32	79,0625	5
9.06	Structuration et consolidation d'un réseau territorial de Points Écoute	2109	27	78,11111111	9
6.01	Améliorer la collaboration et développer une culture commune entre les acteurs du logement et les acteurs de la santé mentale	2185	28	78,03571429	5
5.05	Sensibiliser et accompagner les population plus vulnérables à travers la médiation en santé	2150	28	76,78571429	6
9.01	Structurer un parcours territorial de santé mentale périnatale	2065	27	76,48148148	6
5.06	Produire une cartographie actualisée et partagée entre acteurs	2123	28	75,82142857	4
2.06	Co-construire une stratégie territoriale de prévention de la crise suicidaire chez les jeunes	2426	32	75,8125	14
5.01	Mettre en place une stratégie territoriale de destigmatisation en santé mentale	2108	28	75,28571429	8
9.02	Programme territorial coordonné de prévention et de promotion de la santé mentale périnatale durant les 1000 premiers jours	1962	27	72,66666667	7
2.05	Stratégie structurée de prévention et repérage en milieu scolaire (COTER CPS)	2303	32	71,96875	8
2.02	Déployer un parcours de prévention petite enfance/enseignement supérieur	2263	32	70,71875	6
5.02	Organiser et faciliter l'accès à l'information sur les droits des personnes concernées	1980	28	70,71428571	5
7.06	Former à la pair-aidance parentale	1970	28	70,35714286	4
8.03	Déployer un dispositif de prévention primaire santé mentale & travail	1891	27	70,03703704	6
5.04	Systématiser l'évaluation social pour l'accès aux droits	1939	28	69,25	3
4.02	Développer la branche psychiatrique du SAS 69 (service d'accès aux soins) pour faciliter l'orientation et l'accès aux soins	2204	32	68,875	6
8.04	Construire un parcours emploi fluide et sécurisé pour les personnes en situation de handicap psychique	1856	27	68,74074074	4
8.01	Accompagner les employeurs dans la construction d'une culture inclusive en santé mentale, inspirée de la démarche Inclusio	1824	27	67,55555556	7
8.05	Sécuriser le parcours des personnes sortant d'ESAT/dispositifs d'insertion vers le milieu ordinaire	1812	27	67,11111111	2
7.07	Recenser les dispositifs du rhodaniens à l'accompagnement des aidants en psychiatrie	1878	28	67,07142857	2
7.08	Structurer une politique de repérage et d'accompagnement des jeunes proches en santé mentale - dispositif Les Funambules	1818	28	64,92857143	6
9.07	Destigmation auprès des jeunes / Programme La tête haute	1730	27	64,07407407	5
7.04	Soutenir le projet « hébergeant aidants »	1745	28	62,32142857	4
3.03	Structurer le parcours et diversifier les pratiques aux urgences psychiatriques	1991	32	62,21875	5
5.03	Mise ne place d'une Communauté de pratiques (COP) autour de l'accès aux droits	1742	28	62,21428571	1
3.01	Faire du territoire un territoire pilote de la moindre coercition en France	1947	32	60,84375	8
4.03	Développer la Réhabilitation psychosociale en situation de crise	1876	32	58,625	5
2.04	Prévenir la rupture de traitements (psychotropes)	1870	32	58,4375	4

4.04	Améliorer le parcours des personnes concernées par une pathologie duelle	1665	32	52,03125	2
------	--	------	----	----------	---

- GT 1 coordination de parcours
- GT 2 Prévention et repérage
- GT 3 continuité des soins
- GT 4 accès aux soins
- GT 5 sensibilisation, accès aux droits
- GT 6 logement
- GT 7 participation des personnes et de l'entourage
- GT 8 emploi
- GT 9 santé mentale des jeunes