

# SANTÉ

## ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS  
ET DE LA SANTÉ

*Direction générale de l'offre de soins*

Sous-direction régulation  
de l'offre de soins

Bureau prises en charge  
post-aiguës, pathologies chroniques  
et santé mentale (R4)

### **Instruction n° DGOS/R4/2019/10 du 16 janvier 2019 relative au développement des soins de réhabilitation psychosociale sur les territoires**

NOR : SSAH1901616J

*Date d'application* : immédiate.

Validée par le CNP, le 11 janvier 2019 – Visa CNP 2019-03.

*Catégorie* : directives adressées par les directeurs d'administration centrale aux services chargés de leur application.

*Résumé* : la présente instruction vise à accompagner les ARS dans l'organisation et la structuration du développement des soins de réhabilitation psychosociale dans le cadre de l'élaboration et de la mise en œuvre des projets territoriaux de santé mentale. Elle renvoie en annexe à une note de cadrage pour structurer l'organisation des soins de réhabilitation psychosociale au sein des établissements de santé autorisés en psychiatrie.

*Mots clés* : projet territorial de santé mentale – soins de réhabilitation psychosociale – parcours de santé et de vie – soins, accompagnements médico-sociaux et sociaux – services.

*Références* :

Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, en particulier son article 69;

Décret CE n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale « Ma Santé 2022 »;

Feuille de route santé mentale et psychiatrie présentée au Comité stratégique de la santé mentale et de la psychiatrie du 28 juin 2018.

*Annexe* : note de cadrage pour le développement des soins de réhabilitation psychosociale.

*La directrice générale de l'offre de soins  
à Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé.*

### **1. Éléments de contexte**

« Ma santé 2022 » élève la psychiatrie et la santé mentale au rang de priorité et fixe parmi les objectifs à atteindre le développement renforcé de la réhabilitation psychosociale.

Cet objectif est inscrit dans la feuille de route santé mentale et psychiatrie diffusée dans le cadre du Comité stratégique de la santé mentale et de la psychiatrie du 28 juin 2018, présidé par la ministre des solidarités et de la santé.

Il figure dans le décret du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale (PTSM) qui priorise l'organisation du parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes souffrant de troubles psychiques graves et s'inscrivant dans la durée, en situation ou à risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur inclusion sociale. À ce titre, il prévoit les actions destinées à prévenir la survenue ou l'aggravation du handicap, par l'accès

le plus précoce possible aux soins notamment de réhabilitation, et aux accompagnements sociaux et médico-sociaux.

La présente instruction a pour objectif d'accompagner les acteurs de la psychiatrie et de la santé mentale et les ARS dans la structuration de l'offre de soins de réhabilitation psychosociale sur les territoires.

L'objectif est de garantir aux personnes vivant avec des troubles mentaux invalidants, ou connaissant des limitations des fonctions et des habiletés sociales en raison de leur pathologie, un accès à ces soins dans une trajectoire de rétablissement, par une meilleure prise en compte de leurs capacités, de leurs compétences et de leurs choix. Ces nouveaux outils thérapeutiques porteurs de sens et d'espoir pour les patients et leurs proches ont vocation à compléter l'offre de soins déjà présente dans les établissements sanitaires.

Cette offre de soins doit s'inscrire dans un travail en réseau qui englobe l'ensemble des acteurs du parcours de santé et de vie, notamment des soins primaires, éducatifs, sociaux et médico-sociaux, de la ville, venant en soutien de l'autonomie et de l'insertion sociale et professionnelle afin de permettre la mise en œuvre du projet global de réhabilitation favorable au rétablissement de la personne. Son cadre de mise en œuvre est le PTSM, permettant d'organiser entre les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux et avec les usagers et les familles, une prise en charge globale et coordonnée des besoins des personnes souffrant de troubles psychiques ou susceptibles d'en développer, adaptée aux lieux de vie des personnes.

## **2. Note de cadrage pour le développement des soins de réhabilitation psychosociale**

La note de cadrage annexée à la présente instruction a été élaborée au sein d'un groupe de travail réuni par la DGOS avec les professionnels concernés, dans le cadre du comité de pilotage de la psychiatrie. Elle propose un cadre d'organisation afin de structurer le développement des soins de réhabilitation psychosociale sur les territoires, au sein des PTSM.

Cette note de cadrage décrit les publics cibles, le parcours de soins en réhabilitation psychosociale ainsi que l'organisation territoriale attendue et propose des indicateurs d'évaluation et de suivi à destination des acteurs. Elle prévoit la structuration d'une offre de soins de réhabilitation organisée en proximité, intégrée dans les parcours de santé et de vie des personnes, ainsi que des fonctions de soutien, de formation et de recherche organisées au niveau régional dans un ou plusieurs centres « support ».

L'offre de soins de réhabilitation doit s'inscrire autant que possible dans les offres de soins psychiatriques existantes en proximité, en favorisant les coopérations et les partenariats mis en œuvre dans le cadre du PTSM.

Parallèlement à la note de cadrage et en complément, des références de littérature scientifique et des ressources documentaires dédiées à la réhabilitation psychosociale sont mises en ligne sur le site [sante.gouv.fr](http://sante.gouv.fr) sur la page consacrée au PTSM incluant notamment les outils de l'ANAP (synthèses, fiches pratiques organisationnelles et managériales).

## **3. Mise en œuvre sur les territoires : financement, calendrier, suivi et évaluation**

La structuration de l'offre de soins de réhabilitation psychosociale s'inscrivant dans le cadre du PTSM arrêté par le directeur général de l'Agence régionale de santé au plus tard en juillet 2020<sup>1</sup>, l'objectif est que le déploiement de cette offre soit réalisé d'ici 2020.

En conséquence, un appel à candidatures régional doit être organisé, s'appuyant sur la note de cadrage jointe en annexe, avec des financements prévus pour les lauréats comme mentionné dans Ma santé 2022.

Pour engager sans tarder cette démarche, des crédits DAF inscrits en base à hauteur totale de 5,247 millions d'euros ont été délégués aux ARS dans la 2<sup>e</sup> circulaire relative à la campagne tarifaire et budgétaire 2018 des établissements de santé, sur la base d'une répartition populationnelle.

Ces crédits sont destinés à accompagner le financement :

- du ou des centres « support » identifiés au niveau régional, disposant d'une expérience solide et reconnue en soins de réhabilitation psychosociale ;
- de l'offre de soins de réhabilitation psychosociale existante et à développer dans le cadre du PTSM.

---

<sup>1</sup> Date limite de transmission au directeur général de l'ARS du PTSM en application de l'instruction n° DGOS/R4/DGCS/3B/DGS/P4/2018/137 du 5 juin 2018 relative aux projets territoriaux de santé mentale.

Vous veillerez à renforcer dans un premier temps les offres de proximité déjà formalisées sur le territoire et à accompagner le développement de nouvelles offres de soins de réhabilitation afin qu'à l'échéance de 2020, une couverture homogène des territoires soit assurée.

Les centres de soins « support » identifiées par les ARS auront pour missions complémentaires de diffuser les connaissances et les outils en réhabilitation psychosociale (organisation de journées, congrès, formations...), fournir un appui à la structuration des offres de proximité (aide à l'ingénierie de projets, formation des professionnels...), soutenir leur fonctionnement *via* une animation territoriale, faire avancer la recherche et l'évaluation.

Ces centres « support » pourront contribuer, à la demande de l'ARS et en appui de celle-ci, à la diffusion de l'offre de soins de réhabilitation sur les territoires.

Vous réaliserez le suivi et l'évaluation de la structuration des soins de réhabilitation psychosociale sur les territoires, en lien avec les établissements de santé et les acteurs concernés, dans le cadre de la mise en œuvre du PTSM. Pour cela, des indicateurs sont proposés dans la note de cadrage, qui pourront être complétés selon les besoins des territoires.

En fonction des actions mises en œuvre et des besoins complémentaires identifiés par les ARS, une tranche complémentaire de crédits pourra intervenir pour poursuivre le déploiement de cette offre de soins sur les territoires.

Vous veillerez à communiquer aux acteurs de votre région la note de cadrage annexée à cette instruction. Celle-ci sera également mise en ligne sur le site internet du ministère<sup>2</sup>.

Mes services se tiennent à votre disposition pour tout complément d'information.

Vu au titre du CNP par la secrétaire générale des ministères chargés des affaires sociales

Pour la ministre et par délégation :

*La directrice générale de l'offre de soins,*  
C. COURRÈGES

*La secrétaire générale des ministères  
chargés des affaires sociales,*  
S. FOURCADE

---

<sup>2</sup> <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/projet-territorial-de-sante-mentale/projet-territorial-sante-mentale>.

## ANNEXE

### NOTE DE CADRAGE POUR LE DÉVELOPPEMENT DES SOINS DE RÉHABILITATION PSYCHOSOCIALE SUR LES TERRITOIRES

Les soins de réhabilitation psychosociale s'inscrivent dans la démarche du projet territorial de santé mentale avec un travail en réseau qui doit impliquer l'ensemble des acteurs du parcours de santé et de vie des personnes (autres acteurs du soin, acteurs éducatifs, sociaux et médico-sociaux, de la ville, etc., venant en soutien de l'autonomie et de l'insertion sociale et professionnelle) afin de permettre la mise en œuvre du projet global de réhabilitation, favorable au rétablissement des personnes.

#### 1. Publics cibles

Les soins de réhabilitation psychosociale s'adressent aux personnes présentant des troubles mentaux sévères, qui connaissent des limitations fonctionnelles et des troubles des interactions sociales en raison de leur maladie ainsi qu'aux jeunes chez lesquels on suspecte précocement l'émergence d'une psychose. Les pathologies concernées sont principalement les troubles psychotiques (schizophréniques), mais aussi les troubles bipolaires, certaines formes de dépressions, les TOC sévères, certains troubles du spectre de l'autisme, etc. Elles couvrent une grande partie des maladies et troubles mentaux, pour lesquels les soins de réhabilitation sont indiqués.

Les catégories suivantes peuvent notamment être distinguées :

- les jeunes à l'émergence de troubles psychotiques incluant le premier épisode, pour lesquels l'objectif se pose en termes de maintien dans les études/l'insertion sociale ;
- les personnes présentant une pathologie psychiatrique grave chronique que les soins de réhabilitation visent à remettre dans une trajectoire de rétablissement et d'inclusion sociale ;
- les personnes présentant certains troubles du spectre autistique ;
- les personnes présentant des comorbidités psychiatriques et addictives.

Les soins de réhabilitation s'adressent également aux jeunes et adolescents pour lesquels ce type de programme apparaît pertinent. Ils concernent en outre les personnes en détention, notamment dans le cadre de la préparation de leur sortie.

L'organisation territoriale doit garantir un accès aux soins de réhabilitation psychosociale pour l'ensemble de ces publics, qu'ils soient suivis habituellement par des professionnels de la psychiatrie publique ou privée, des médecins libéraux ou des professionnels de l'addictologie ou de la prise en charge des troubles du spectre de l'autisme.

#### 2. Le parcours de soins en réhabilitation psychosociale

##### 2.1. L'orientation

L'orientation doit intervenir le plus précocement possible dans le parcours de soins. Tout médecin exerçant en libéral ou en établissement sanitaire ou médico-social doit pouvoir orienter un patient vers une structure de soins de réhabilitation afin de réaliser l'évaluation et poser si nécessaire l'indication du projet de soins de réhabilitation psychosociale. Afin de favoriser l'adhésion du patient à cette prise en charge, il est recommandé de développer la formation des professionnels de soins à l'entretien motivationnel, notamment au sein des secteurs de psychiatrie.

Les acteurs susceptibles d'orienter vers une prise en charge en réhabilitation psychosociale sont notamment : les psychiatres hospitaliers et libéraux, les praticiens intervenant en établissement médico-social, les médecins addictologues (hospitaliers ou exerçant en CSAPA, CAARUD...), les praticiens exerçant dans un CRA ou une consultation autisme.

Les personnes concernées, les familles et les aidants peuvent être à l'initiative de la demande, accompagnés par le médecin traitant du patient.

##### 2.2. La construction du projet personnalisé de soins de réhabilitation psychosociale

###### L'évaluation

La construction du projet personnalisé de soins de réhabilitation repose sur une évaluation globale pluri-professionnelle mettant en avant les ressources, les compétences préservées et les aspirations de la personne. Elle doit préciser les déterminants de ses difficultés fonctionnelles et

le cas échéant de sa situation de handicap. Dans ce dernier cas, lorsqu'une équipe médico-sociale intervient déjà auprès de la personne, l'évaluation doit être menée en lien avec cette équipe, pour garantir la cohérence du parcours de santé.

L'évaluation comporte une exploration de l'inclusion sociale pour contribuer à la formulation du projet de vie par la personne et permettre de préciser les besoins de soins et d'accompagnement.

Sur la base du projet de vie formulé par la personne, l'équipe de soins détermine les évaluations nécessaires dans l'objectif de proposer un contrat de soins.

Le processus d'évaluation, coordonné par un psychiatre référent, comporte *a minima*:

- un entretien par un psychiatre destiné à évaluer la pertinence de la demande et à réaliser une évaluation clinique du patient : recueil de variables socio-démographiques, des antécédents, de l'histoire clinique, du diagnostic, du traitement médicamenteux et non médicamenteux ; évaluation clinique à l'aide d'outils psychométriques validés (auto et hétéroévaluations) ;
- une évaluation fonctionnelle par un professionnel formé aux outils d'évaluation mis en œuvre par l'équipe. L'objectif est d'évaluer les ressources/besoins de la personne en s'appuyant sur des outils d'évaluation objectifs et subjectifs dans la perspective du rétablissement : qualité de vie, bien-être, habiletés sociales, estime de soi, autonomie sociale...

L'évaluation fonctionnelle doit se faire autant que possible au domicile de la personne ;

- un bilan neuropsychologique réalisé par un neuropsychologue comportant un bilan de la neurocognition et un bilan de la cognition sociale en utilisant des outils validés et standardisés.

D'autres bilans peuvent être effectués en fonction des besoins (psychomotricité, ergothérapie, orthophonie...). Les outils utilisés doivent être validés, ils peuvent évoluer en fonction des connaissances et des données probantes de la littérature scientifique<sup>1</sup>.

Lors de l'évaluation, il est systématiquement proposé au patient d'y associer ses proches, qui font partie de son projet de vie.

#### La synthèse de l'évaluation et la construction du projet personnalisé de soins de réhabilitation

Le bilan de l'évaluation est restitué à la personne au cours d'une réunion de synthèse associant, *a minima*, les professionnels qui sont intervenus lors de cette évaluation, le patient et, s'il le souhaite, ses proches. Les professionnels qui ont adressé le patient sont invités à participer à la réunion de synthèse. Le bilan pointe notamment les difficultés éventuelles, mais aussi les ressources préservées du patient dans un objectif de rétablissement.

Le projet personnalisé de soins de réhabilitation, qui doit être en accord et en coordination avec le travail réalisé par les professionnels et équipes impliqués dans le suivi du patient, est formalisé suite à cette synthèse.

Ce projet, qui fixe les objectifs partagés avec la personne concernée et ses proches désignés, comporte à la fois :

- la description des soins de réhabilitation proposés et des acquisitions visées à travers ces soins ;
- les actions d'accompagnement qui permettront la généralisation et le transfert des acquis dans la participation sociale (loisirs, logement, emploi, citoyenneté) ainsi que les partenaires impliqués dans la mise en œuvre de ces actions.

#### Réévaluation

La situation de chaque personne doit être réévaluée régulièrement. Les échéances de réévaluation sont formalisées dans le projet personnalisé de soins de réhabilitation.

### 2.3. La mise en œuvre du projet de soins de réhabilitation psychosociale

Les soins de réhabilitation psychosociale reposent sur la mise en œuvre de thérapies telles que :

- programmes d'éducation thérapeutique ;
- programmes de remédiation cognitive ;
- programmes d'entraînement des compétences et des habiletés sociales ;
- psychothérapies cognitivo-comportementales ;

<sup>1</sup> Les outils et revues de la littérature scientifique mises en ligne sur le site du ministère: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/projet-territorial-de-sante-mentale/projet-territorial-sante-mentale>.

- programmes de soutien des familles : consultations ou entretiens individuels, groupe psychoéducatif/d'éducation thérapeutique des familles (ex. : programme Pro-famille ou AVEC), thérapie familiale... ;
- modalités de case-management pouvant être mises en œuvre.

Ces soins structurés sont complétés par des activités avec médiation pour favoriser le transfert et la généralisation des acquis à la vie quotidienne.

Les soins de réhabilitation psychosociale sont réalisés à la demande de l'équipe réalisant le suivi habituel de la personne, si elle ne les met pas elle-même en œuvre. Ils viennent compléter sur une période donnée les soins délivrés par cette équipe, sans se substituer à elle.

La structure de soins de réhabilitation construit des partenariats formalisés avec les équipes sanitaires, sociales et médico-sociales pour assurer la cohérence du parcours de santé y compris l'accès aux soins somatiques et la mise en œuvre des accompagnements.

Chaque soin fait l'objet d'échanges réguliers avec la personne, ses aidants et les professionnels impliqués dans le parcours.

### 3. L'organisation territoriale

L'accès aux soins de réhabilitation psychosociale est organisé en proximité, dans le cadre des parcours de vie des personnes. Il s'inscrit autant que possible dans les offres de soins psychiatriques existantes, en favorisant les coopérations et les partenariats dans le cadre du projet territorial de santé mentale.

#### 3.1. L'organisation de l'offre de soins de réhabilitation en proximité

Les prérequis identifiés pour le développement de cette offre sont :

- la réalisation d'un diagnostic territorial des besoins et des ressources existantes ;
- la formation des professionnels aux modalités de prises en charge axées sur le rétablissement et la promotion des capacités des personnes, et aux techniques de soins de réhabilitation psychosociale ;
- la capacité à réaliser des évaluations fonctionnelles (en particulier avec un neuropsychologue) ;
- la capacité à proposer et mettre en œuvre une palette de soins de réhabilitation diversifiée ;
- un engagement à prendre en charge l'ensemble des patients nécessitant un parcours de réhabilitation psychosociale, qu'ils soient orientés par un psychiatre de l'établissement, un praticien exerçant en libéral ou un praticien exerçant dans une autre structure ;
- l'accessibilité géographique pour les patients suivis en ambulatoire (dispositif inscrit dans la communauté, en proximité des lieux de vie en favorisant la mobilité des équipes) ;
- l'existence de partenariats avec les acteurs du parcours de vie au quotidien pour le transfert et la généralisation des acquis et le développement de la participation sociale (scolarité, études, travail, logement, loisirs).

Au sein des établissements assurant la mission de psychiatrie de secteur, une réponse intersectorielle est à privilégier dans un premier temps pour pouvoir irriguer l'ensemble des territoires d'intervention et disposer d'un volume suffisant de personnels formés et de patients bénéficiaires. Il est recommandé de favoriser la coopération des personnels issus des différents secteurs afin de favoriser la fluidité des parcours et la diffusion de la culture de rétablissement.

L'offre de soins de proximité repose sur une équipe mobilisant les compétences suivantes :

- psychiatre ;
- neuropsychologue ;
- psychologue clinicien ;
- IDE ;
- secrétaire médical ;
- assistant de service social ;
- le cas échéant : éducateur spécialisé, ergothérapeute, psychomotricien, intervenant du milieu sportif, pair aidant...

Il est recommandé que des membres de l'équipe assurent une fonction de case-management pour une partie de la file active suivie dans le cadre de la mise en œuvre des soins de réhabilitation.

La réalisation des évaluations et la mise en œuvre des soins ont vocation à s'inscrire dans des structures de soins existantes, en particulier les HDJ, CATT, ateliers thérapeutiques, appartements thérapeutiques..., dont les projets de prise en charge doivent être adaptés en conséquence. Une

complémentarité entre l'offre des secteurs et le dispositif intersectoriel évoqué *supra* devra être aménagée pour garantir l'accès à ces soins de réhabilitation. Cette offre de soins pourra s'appuyer sur la mobilité des équipes et l'utilisation des ressources numériques.

L'organisation de la prise en charge inclut des déplacements à domicile ainsi que dans le milieu de vie de la personne, pour l'évaluation des capacités d'une part, et le transfert au quotidien des acquis d'autre part. Cette organisation doit être concertée avec les autres professionnels du parcours de santé et de vie, notamment sociaux et médico-sociaux, pour garantir la cohésion des différentes interventions.

La réponse de proximité comporte impérativement :

- en remédiation cognitive, un outil de remédiation des cognitions froides (neurocognition) et un outil de remédiation de la cognition sociale ;
- des entretiens motivationnels ;
- un outil de psychoéducation/ETP de la personne et des familles ;
- un programme d'entraînements aux habiletés sociales.

Dans le cadre de partenariats formalisés avec les équipes sociales et médico-sociales, l'offre de soins de proximité se coordonne avec ces équipes, afin que soient mis en œuvre les accompagnements identifiés et partagés pour soutenir l'autonomie des personnes et leur insertion sociale (mises en situation de logement, accompagnement vers l'emploi, soutien à la scolarisation et aux études, accès à la culture et aux loisirs...), et prévenir les ruptures de parcours.

### 3.2. L'identification de centres « support » au sein de l'offre de soins de réhabilitation de proximité

Une ou plusieurs offres de proximité disposant d'une expérience solide et reconnue en réhabilitation psychosociale ainsi que d'une activité de recherche sont identifiées par l'ARS en tant que centres « support » ayant les missions principales suivantes :

- diffuser les connaissances et les outils en réhabilitation psychosociale à l'intention des différents professionnels, dont les professionnels de santé libéraux, et des usagers (organisation de journées, congrès, formations...);
- fournir un appui à la structuration des offres de proximité (aide à l'ingénierie de projets, formation des professionnels...);
- soutenir le fonctionnement des offres de soins de proximité et en assurer l'animation territoriale (mise à disposition d'outils cliniques et de protocoles validés, organisation de réunions d'échanges, accès à des évaluations et modalités de soins non disponibles en proximité...);
- contribuer, à la demande de l'ARS et en appui de celle-ci, à la diffusion de l'offre de soins de réhabilitation sur le territoire ;
- contribuer à faciliter les parcours de vie, par l'aménagement d'interfaces fonctionnelles entre les actions thérapeutiques de réhabilitation et les actions d'accompagnement et de soutien mises en œuvre par les aidants, les équipes de soutien à l'inclusion sociale et professionnelle du secteur médico-social, ou relevant du droit commun, notamment en faisant valoir, conjointement avec les équipes médico-sociales, la dimension de situation de handicap psychique, par sa reconnaissance, son évaluation, la définition et la mise en œuvre de sa compensation.

Ils peuvent participer à des projets de recherche et d'évaluation.

## 4. Les indicateurs d'évaluation et de suivi

Les indicateurs suivants sont proposés pour le suivi et l'évaluation de chaque offre de soins de proximité. Des indicateurs complémentaires peuvent être ajoutés par les acteurs selon les besoins des territoires.

Indicateurs de suivi de la démarche de structuration de l'offre de soins de réhabilitation :

- nombre de nouveaux professionnels formés participant aux soins de réhabilitation (par profession et par type de soin de réhabilitation) ;
- nombre, nature des différents types de soins proposés et nombre de sessions proposées ;
- nombre et qualité des acteurs ayant orienté des patients pour une prise en charge en réhabilitation psychosociale (secteurs, psychiatres libéraux...); répartition de ces acteurs sur le territoire de santé mentale ;
- nombre de partenaires sociaux et médico-sociaux parties prenantes du parcours de réhabilitation psychosociale (coopérations formalisées).

Indicateurs d'évaluation :

- nombre de nouveaux patients bénéficiant d'un parcours de réhabilitation psychosociale ;
- nombre de patients ayant bénéficié :
  - d'un programme de remédiation cognitive ;
  - d'un programme d'éducation thérapeutique ;
  - d'un programme d'entraînement des compétences et des habiletés sociales ;
  - de psychothérapies cognitivo-comportementales ;
- nombre de familles et d'aidants ayant bénéficié d'un programme de psychoéducation.

La montée en charge du dispositif et l'accès à ces soins sur le territoire font l'objet d'un suivi régulier sur la durée de mise en œuvre du projet territorial de santé mentale.