



LE SCHEMA REGIONAL DE L'ORGANISATION SANITAIRE DE PSYCHIATRIE DE RHONE-ALPES

1999 - 2004

SOMMAIRE

Avant-Propos	2
Arrêté du S.R.O.S. de psychiatrie	3
S.R.O.S.	5
Chapitre 1.	
Les principes directeurs du schéma	5
1.1. La psychiatrie est au service d'une politique de santé mentale	6
1.2. L'éthique doit être une préoccupation constante	6
1.3. Le secteur de psychiatrie est et doit rester la base organisationnelle sur laquelle repose la psychiatrie publique	7
Chapitre 2	
Les objectifs du schéma	8
2.1. Premier objectif : promouvoir la qualité des soins	9
2.2. Deuxième objectif : diversifier les modes de prises en charge	10
2.3. Troisième objectif : mettre en réseau l'offre de soins	12
2.4. Quatrième objectif : mieux répartir les moyens et maîtriser l'évolution des dépenses de santé	13
Chapitre 3	
Les priorités du schéma	15
3.1. La psychiatrie infanto-juvénile : en particulier meilleur repérage et prise en charge précoces des troubles des enfants et des adolescents	16
3.2. L'organisation de la réponse aux situations de crise et d'urgence	17
3.3. Les pathologies à longue évolution	18
Chapitre 4	
Les principes organisationnels	20
4.1. Le développement et l'identification du travail en réseau et du partenariat	21
4.2. Les complémentarités intersectorielles	21
4.3. Le recours à des organisations intersectorielles	23
4.4. Principes organisationnels concernant la prise en charge de certaines populations	24
Annexe du S.R.O.S. de psychiatrie	26
Arrêté des cartes sanitaires de psychiatrie générale et de psychiatrie infanto-juvénile	39
Glossaire	67

AVANT-PROPOS

Les dispositions du SROS de psychiatrie signé le 17 décembre 1996 par le Préfet de région ont été reprises dans leur intégralité ; seules des modifications de forme sont intervenues pour tenir compte des évolutions réglementaires. Son annexe, entièrement remaniée, est désormais opposable.

Le SROS de psychiatrie coïncide désormais dans le temps avec le SROS MCO et soins de suite et de réadaptation. Cette concordance d'élaboration permet d'établir des relations entre les prises en charge psychiatrique et somatique dans des domaines tels que les urgences, les tentatives de suicide, la lutte contre l'alcoolisation excessive, ou encore les personnes âgées.

Le SROS de psychiatrie poursuit des objectifs généraux dont certains correspondent à ceux du SROS MCO : amélioration de la qualité des soins, diversification des modes de prise en charge, mise en réseau de l'offre de soins, répartition plus équitable des moyens sur le territoire régional

Il propose de recentrer la psychiatrie sur sa vocation sanitaire en privilégiant trois cibles : le dépistage et la prise en charge précoces des troubles chez les enfants et adolescents, les situations de crise et d'urgence, les pathologies à longue évolution.

Pour répondre à ces objectifs et priorités, le SROS préconise quatre évolutions organisationnelles. En premier lieu, il convient de développer le travail en réseau et le partenariat ; sans s'écarter des principes fondateurs de la sectorisation psychiatrique, des structures intersectorielles adaptées à certaines pathologies ou populations seront mises en place ; les complémentarités entre secteurs public et privé seront recherchées ; enfin il y a lieu d'instaurer une étroite collaboration et une complémentarité avec les dispositifs médico-social et social.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE



AGENCE REGIONALE DE L'HOSPITALISATION DE RHONE-ALPES

ARRETE 99-RA-96
Portant révision du schéma régional d'organisation sanitaire de psychiatrie
de la région Rhône-Alpes

Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation de Rhône-Alpes,

Chevalier de la Légion d'Honneur

Vu le code de la santé publique et notamment les chapitres I, II, et III du livre VII - titre 1^{er} et le chapitre I du livre III - titre 4 ;

Vu l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée ;

Vu la convention constitutive de l'agence régionale de l'hospitalisation de Rhône-Alpes en date du 31 décembre 1996 ;

Vu les avis des conseils départementaux de santé mentale de l'Ain en sa séance du 20 mai 1999, de l'Ardèche en sa séance du 10 mai 1999, de la Drôme en sa séance du 3 mai 1999, de l'Isère en sa séance du 30 avril 1999, de la Loire en sa séance du 4 mai 1999, du Rhône en sa séance du 19 mai 1999, de la Savoie en sa séance du 30 avril, et de la Haute-Savoie en sa séance du 11 mai 1999 ;

Vu les avis émis par les conférences sanitaires des secteurs :

- n° 1 : Bourg-en-Bresse en sa séance du 1^{er} juillet 1999,
- n° 2 : Valence en sa séance du 30 juin 1999,
- n° 3 : Montélimar – Aubenas en sa séance du 15 juillet 1999,
- n° 4 : Grenoble en sa séance du 8 juillet 1999,
- n° 5 : Vienne - Bourgoin-Jallieu en sa séance du 20 juillet 1999,
- n° 6 : Saint-Etienne en sa séance du 16 juillet 1999,
- n° 7 : Roanne en sa séance du 7 juillet 1999,
- n° 8 : Lyon en sa séance du 23 juin 1999,
- n° 9 : Villefranche-sur-Saône en sa séance du 22 juin 1999,
- n° 10 : Chambéry en sa séance du 5 juillet 1999,
- n° 11 : Annecy en sa séance du 28 juin 1999 ;

Vu l'avis émis par la section sanitaire du comité régional de l'organisation sanitaire et sociale de Rhône-Alpes, en sa séance du 7 septembre 1999 ;

Vu l'avis émis par la commission exécutive de l'agence régionale de l'hospitalisation Rhône-Alpes, en sa séance du 15 septembre 1999 ;

Arrête

Article 1

Le schéma régional d'organisation sanitaire de psychiatrie et son annexe sont arrêtés pour Rhône-Alpes, tels qu'ils figurent dans les documents joints.

Article 2

Les arrêtés préfectoraux n° 96-646 et 96-648 du 17 décembre 1996 fixant respectivement le schéma régional d'organisation sanitaire de psychiatrie et l'annexe au schéma régional d'organisation sanitaire de psychiatrie de la région Rhône-Alpes sont abrogés.

Article 3

Conformément à l'article L.712-5 du code de la santé publique, la présente décision peut faire l'objet d'un recours hiérarchique auprès du ministre chargé de la santé et de la sécurité sociale, dans un délai de 2 mois à compter de sa publication.

Article 4

Le présent arrêté pourra être consulté au siège de l'agence régionale de l'hospitalisation, à la direction régionale des affaires sanitaires et sociales, et dans les directions départementales des affaires sanitaires et sociales de Rhône-Alpes.

Article 5

Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation de Rhône-Alpes est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de région et des préfectures des départements de la région Rhône-Alpes.

Lyon, le 30 septembre 1999

Philippe RITTER

CHAPITRE I

LES PRINCIPES DIRECTEURS DU SCHEMA

1.1. La psychiatrie est au service d'une politique de santé mentale

La psychiatrie ne se limite pas au soin curatif d'un individu malade. Elle doit développer également une approche complète incluant l'environnement familial et social. Les conditions de vie de plus en plus difficiles, l'isolement, l'éclatement de la cellule familiale, la précarité économique, engendrent un mal-être psychique chez un nombre croissant d'individus, qui nécessite une aide précoce pour éviter le basculement vers des troubles plus graves. Cette aide psychologique peut se faire directement auprès de la personne souffrante et au second degré auprès des travailleurs sociaux en contact avec cette souffrance.

En aval du soin curatif, l'individu doit (re)trouver une place dans la société et des conditions de vie les plus proches possibles du droit commun.

On passe ainsi de la notion de lutte contre les maladies mentales à celle de préservation de la santé mentale. Ce passage implique :

- d'associer d'autres acteurs de la société : collectivités territoriales, associations, établissements de soins, professionnels libéraux... dans le cadre d'un travail en partenariat,
- de changer la perception de la psychiatrie dans l'esprit de la population, en quelque sorte de la démystifier pour favoriser un recours au soin "banalisé" et précoce.

1.2. L'éthique doit être une préoccupation constante

Le malade mental ne jouit pas toujours de l'intégralité de ses capacités de jugement, parfois de sa liberté, voire de ses droits civiques. Les mesures prises pour assurer sa protection risquent d'accroître son état de dépendance, en l'aliénant au système de soins qui le prend en charge. Les préoccupations éthiques n'en revêtent que plus d'importance.

L'éthique est le regard porté sur l'individu malade par les soignants et les institutions, afin qu'il ne soit pas simplement *objet* de soins ou *objet* d'une institution mais *sujet*, acteur de sa santé dans son environnement.

L'éthique est un système de valeurs qui détermine les rapports soignants-soignés, en assurant la garantie du secret professionnel, le respect de la dignité du malade, le respect de sa citoyenneté, tant à l'hôpital que dans la société.

Promouvoir le souci éthique dans la pratique quotidienne des soignants est un élément fondamental de la qualité des soins.

1.3. Le secteur de psychiatrie est et doit rester la base organisationnelle sur laquelle repose la psychiatrie publique

La sectorisation psychiatrique permet de tisser les liens indispensables avec tous les acteurs institutionnels au plus près du terrain.

CHAPITRE 2

LES OBJECTIFS DU SCHEMA

2.1. Premier objectif : promouvoir la qualité des soins

Objectif stratégique

Pour dispenser des soins de qualité il est indispensable de disposer :

- de structures adaptées,
- de personnel qualifié et régulièrement formé,
- d'outils d'évaluation,

et de développer une démarche qualité dans les établissements de santé.

Objectif opérationnel

■ *assurer des conditions matérielles d'hébergement et d'accueil décentes, y compris dans les structures extra-hospitalières :*

La qualité de l'hébergement est un élément indispensable à la qualité des soins dispensés. Les projets d'établissement doivent prévoir le calendrier prévisionnel des réhabilitations nécessaires des unités d'hospitalisation qui ne répondent plus aux conditions de confort et de sécurité que tout patient hospitalisé est en droit d'attendre.

■ *privilégier le caractère pluriprofessionnel des équipes de soins et la formation des personnels*

La nature même de la maladie mentale, les troubles divers et complexes propres à chaque malade supposent un apport de compétences diversifiées par des personnels qualifiés. Il importe que tous les membres de l'équipe apportant chacun leur spécificité, travaillent dans le cadre d'une organisation rigoureuse qui vise à définir et à mettre en oeuvre **un projet de soins individualisé**. Ceci nécessite une grande cohérence et une coordination contractualisée dans les interventions pour lutter contre le risque de discordance et de morcellement du projet de soins et du projet de vie. L'élaboration d'un dossier de soins s'avère indispensable.

La formation continue des soignants médicaux et non médicaux est un élément indispensable à la qualité des soins.

■ *favoriser l'instauration de véritables systèmes d'information interne :*

- par l'exploitation des fiches patients qui doivent être remplies et de bonne qualité,
- par la mise en place des départements d'information médicale qui devront être opérationnels dans tous les établissements dans les trois ans à venir,
- par la recherche d'outils complémentaires permettant de décrire toutes les activités de secteurs qui ne concernent pas directement le patient.

Une commission régionale pourrait être constituée pour rechercher et élaborer des référentiels communs.

■ *promouvoir des démarches d'évaluation interne, par la mise en place dans les établissements, de groupes d'évaluation comportant des plans pluriannuels de travail :*

- évaluation des structures :
 - . améliorer la fiabilité des rapports de secteur,
 - . formaliser les objectifs thérapeutiques prévus dans les différentes structures et prévoir les modalités d'évaluation de l'atteinte de ces objectifs,
- évaluation des procédures,
- évaluation des résultats : développer la recherche dans ce domaine,

■ *promouvoir la recherche clinique, les essais thérapeutiques.*

La mise en place de la démarche d'évaluation et de la démarche qualité nécessite une formation spécifique des personnels.

Chaque projet d'établissement devra comprendre un volet développant les mesures à prendre dans ces domaines.

2.2. Deuxième objectif : diversifier les modes de prise en charge

Objectif stratégique

Le développement des modes de prise en charge à temps partiel et en ambulatoire traduit la **flexibilité** du système de soins, c'est-à-dire son aptitude à suivre l'évolution des besoins de la population.

L'adaptation des prises en charge vers les formes les plus adéquates selon l'évolution de la maladie psychiatrique, concourt à la lutte contre la chronicisation.

Le développement des structures de **proximité** permet de maintenir le patient dans son réseau relationnel. Il favorise l'association d'un projet de vie à un projet de soins.

L'accessibilité des soins doit être améliorée :

- accessibilité géographique, notamment en hospitalisation complète, et dans le cadre de l'urgence,
- accessibilité physique, en adaptant les horaires d'ouverture des structures ambulatoires aux contraintes des usagers,
- accessibilité de tous les publics, avec une attention particulière portée aux personnes sans domicile de référence.

Objectif opérationnel

■ Dans les cinq ans à venir chaque secteur ou groupe de secteurs rattachés à un même établissement, devrait faire évoluer ses structures de façon que :

- en psychiatrie générale : le nombre de lits d'hospitalisation complète tendent à ne pas excéder le total des places d'hôpital de jour, d'accueil familial, d'appartement thérapeutique, de centre d'accueil thérapeutique à temps partiel.
- en psychiatrie infanto-juvénile : la proportion des lits d'hospitalisation complète par rapport aux autres modalités de prise en charge tendent vers un rapport de 1/4 au maximum.

■ Dans les cinq ans à venir tous les secteurs doivent avoir la possibilité d'offrir à leurs patients une gamme complète de prestations, que ces structures appartiennent en propre au secteur, ou qu'elles soient mises à sa disposition dans le cadre d'une gestion intersectorielle :

- hospitalisation à temps plein, places de nuit,
- centre médico-psychologique, centre d'accueil thérapeutique à temps partiel,
- hôpital de jour,
- appartement thérapeutique, ou autres structures de soins avec hébergement,
- accueil familial thérapeutique.

Le développement de petites structures résidentielles de post-cure de gestion publique, privée ou associative, en lien avec le secteur est à encourager.

■ Chaque secteur de psychiatrie générale et de psychiatrie infanto-juvénile doit disposer d'au moins un centre médico-psychologique ouvert au minimum 10 demi-journées par semaine.

■ L'accessibilité passe par une bonne information des utilisateurs potentiels du réseau de soins existant, ainsi que de tous les acteurs de santé, sur les structures existantes, sectorisées et non sectorisées, les horaires d'ouverture, les personnes référentes.

2.3. Troisième objectif : mettre en réseau l'offre de soins

Objectif stratégique

La mise en réseau de l'offre de soins permet l'amélioration de la prise en charge de certaines pathologies et une meilleure potentialisation de l'offre de soins. Elle passe par une bonne collaboration et un travail de partenariat entre :

- les équipes de psychiatrie intra et extra-hospitalières et des différents secteurs,
- les équipes de psychiatrie générale et de psychiatrie infanto-juvénile,
- les équipes assurant les soins somatiques et celles assurant les soins psychiatriques,
- la psychiatrie publique et la psychiatrie privée,
- la psychiatrie en établissement et la médecine libérale,
- les établissements de santé, les établissements sociaux, médico-sociaux et les associations,
- les différents professionnels concernés par le domaine psychiatrique.

Le travail de partenariat entre les différentes équipes et les différentes institutions contribue à la **continuité** des soins. Il garantit le suivi du projet de soins tout au long du parcours du patient. Il évite les hospitalisations trop longues et limite le nombre des réhospitalisations en prévenant les rechutes engendrées par la rupture des soins.

Objectif opérationnel

Dans chaque département devra être formalisée la constitution d'un ou plusieurs réseaux mettant en relation des partenaires relevant d'institutions et de champs de compétences différents, notamment des collectivités locales (par exemple la prise en charge des alcooliques, des toxicomanes, des patients nécessitant des soins au long cours, des autistes...). Les projets d'établissement devront préciser les modalités de participation à ces réseaux. L'un de ces réseaux concernera obligatoirement l'organisation de la prise en charge des personnes âgées.

La mise en place de conseils de secteur est recommandée.

2.4. Quatrième objectif : mieux répartir les moyens et maîtriser l'évolution des dépenses de santé

Objectif stratégique

A contrainte égale pesant sur les établissements de santé, les moyens affectés à la psychiatrie doivent être globalement préservés au niveau régional, avec une attention particulière portée sur les moyens affectés à la psychiatrie dans les hôpitaux généraux.

Mais ces moyens doivent être mieux répartis sur l'ensemble de la région.

Le bilan de l'existant a mis en évidence des écarts excessifs de moyens en personnel médical et non médical rapportés à la population prise en charge.

Les études budgétaires confirment ce constat.

La réduction de ces inégalités doit être recherchée à chaque niveau : entre secteurs, entre établissements, entre départements.

Les conditions de vie des populations (sociales, économiques, géographiques) et l'importance variable de l'offre médico-sociale ont une incidence sur l'activité des secteurs.

La Commission Régionale de Psychiatrie sera chargée, entre autres, de mettre au point une méthodologie permettant de mieux apprécier les besoins des populations, les flux intersectoriels, interdépartementaux et l'activité des différentes structures. Mais d'ores et déjà, il faut tendre à réduire les écarts les plus significatifs entre les départements.

Objectif opérationnel

Les masses budgétaires consacrées à la psychiatrie rapportées à la population dans chaque département varient dans un rapport de 1 à 3. L'objectif est de réduire l'écart de 25 % en cinq ans.

Des mesures d'accompagnement d'ordre budgétaire doivent permettre de dégager des possibilités de redéploiement.

Les outils dont dispose l'autorité allouant les moyens, permettront d'assurer un rééquilibrage inter-départemental et intra-départemental.

A l'heure actuelle, ces outils peuvent être :

- la modulation du taux d'ajustement des moyens,
- l'attribution prioritaire des marges sur les départements déficitaires,
- la mise en place d'un fonds régional destiné à financer les projets prioritaires, auquel contribueront des moyens venant de la psychiatrie, à définir et à répartir de façon concertée.

Dans tous les cas, il importe d'assurer la **traçabilité** des crédits affectés à la psychiatrie, et la redistribution se fondera sur des **critères transparents et concertés**.

Afin de préserver les moyens de la psychiatrie à l'hôpital général, il sera procédé à leur identification et à leur suivi par l'autorité de tarification.

La réduction des inégalités ne saurait être une fin en soi, mais elle doit rester une impérieuse préoccupation pour garantir l'égalité de l'accès aux soins. Elle est subordonnée à l'existence de projets de soins, projets de services, projets d'établissement cohérents entre eux, et cohérents avec les orientations définies dans les schémas départementaux d'organisation et le SROS. Un effort particulier doit être fait pour renforcer la psychiatrie infanto-juvénile et pour mettre en oeuvre les priorités du SROS.

CHAPITRE 3

LES PRIORITES DU SCHEMA

3.1. La psychiatrie infanto-juvénile : en particulier meilleur repérage et prise en charge précoces des troubles des enfants et des adolescents

Deux axes prioritaires doivent être développés :

■ ■ Prévention et dépistage précoces des troubles de la petite enfance dès les lieux de vie et de soins des enfants : repérage et prise en charge précoces des familles maltraitantes, diagnostic et prise en charge précoces de l'autisme, des psychoses infantiles, ...

Un personnel qualifié en pédopsychiatrie doit être *identifié comme référent* pour mener en maternité, crèches, protection maternelle et infantile, des actions de sensibilisation et de formation des personnels au repérage des situations à risque, et pour assurer la prise en charge précoce des *troubles de la période périnatale et de la petite enfance*. Les liens doivent s'établir entre secteur de psychiatrie infanto-juvénile et secteurs de psychiatrie générale autour de cette période.

■ Meilleur repérage et prise en charge des troubles spécifiques de l'adolescence.

L'accès aux soins des adolescents doit être facilité par le développement du travail en réseau entre les équipes de psychiatrie et les différents professionnels en contact avec cette population : enseignants, éducateurs, travailleurs sociaux..., ainsi que par l'adaptation des structures d'accueil ambulatoire et à temps partiel. La formation à l'accueil des adolescents doit être développée. L'identification de référent est là aussi très importante. Une attention particulière doit être portée au passage de la structure de soins pour adolescents aux structures sanitaires ou médico-sociales pour adultes. La collaboration entre les équipes de psychiatrie générale et de psychiatrie infanto-juvénile est indispensable.

La prise en charge à *temps complet* des enfants et des adolescents doit être possible sur toute la région. Les modalités de réponse peuvent varier selon les départements : hospitalisation en pédopsychiatrie ou en clinique privée spécialisée, hospitalisation en service de pédiatrie bénéficiant de l'apport technique d'une équipe de soins spécialisée, appartements thérapeutiques pour adolescents, organisation des instituts médico-éducatifs ou des instituts de rééducation pour offrir un internat permanent avec possibilité d'intervention des équipes de secteur...

La prévention et le dépistage font partie intégrante du soin. Les outils nécessaires à la quantification et à l'évaluation de ces actions doivent être recherchés.

La réponse aux besoins de prise en charge en particulier pour l'hospitalisation temps plein des enfants et des adolescents doit être étudiée dans les schémas départementaux d'organisation et dans les projets d'établissement. Elle nécessitera des ententes entre les établissements et/ou entre les départements, qui devront se concrétiser par des conventions engageant les différentes parties.

3.2. L'organisation de la réponse aux situations de crise et d'urgence

Une réponse adaptée doit pouvoir être apportée à tout moment aux demandes des professionnels (notamment des médecins généralistes) ou des patients, qu'il s'agisse de demande d'avis ou de demande de prise en charge. Une réflexion est à mener pour étudier en particulier les modalités de réponse en amont de l'hospitalisation.

Le développement de liens de partenariat entre les équipes de psychiatrie et les acteurs de la vie sociale qui se trouvent en contact direct avec des populations fragilisées du fait de leur âge (personnes âgées, adolescents), de leur situation sociale (RMIstes, exclus), de leurs comportements (conduites addictives), concourt à la prévention des urgences psychiatriques et favorise la prise en charge en amont de l'hospitalisation.

L'organisation de l'accueil des urgences suppose une entente qui résulte d'une concertation entre tous les acteurs concernés (centres hospitaliers sièges de Service d'Accueil de Traitement des Urgences ou d'Unités de Proximité d'Accueil, de Traitement et d'Orientation des urgences, centres 15, secteurs de psychiatrie, établissements privés et/ou psychiatres libéraux).

Le niveau de référence organisationnel qui paraît le plus pertinent pour l'organisation des urgences est le niveau du secteur sanitaire.

Cette organisation doit être formalisée dans un document écrit précisant :

■ ■ L'organisation d'une réponse permanente :

- au niveau de chaque secteur de psychiatrie : au minimum une réponse téléphonique directe ou par répondeur, qui oriente sur une structure d'accueil,
- au niveau de chaque établissement gérant de l'hospitalisation complète en psychiatrie : la possibilité d'un avis spécialisé par le psychiatre d'astreinte.

Dans les centres médico-pédagogiques urbains les plus importants : une possibilité d'accueil en urgence, à côté de l'accueil programmé sur rendez-vous.

■ ■ L'organisation de la prise en charge de l'urgence psychiatrique dans les services d'accueil des urgences générales où pourra intervenir à tout moment du personnel qualifié en psychiatrie, avec possibilité d'hospitaliser les patients pour une courte durée (1 à 3 jours).

Il importe que le personnel spécialisé (psychiatre, infirmier, psychologue...) qui intervient aux urgences soit un personnel rattaché au secteur et mis à disposition du service d'urgences dans le cadre de conventions dûment formalisées, y compris quand le secteur est géré par l'hôpital général.

Une réflexion particulière doit concerner la prise en charge des tentatives de suicides.

La prise en charge des suicidants dans les services d'urgence doit faire l'objet de *protocoles précisant la conduite à tenir*, portés à la connaissance de tous les personnels des établissements de soins généraux ayant à prendre en charge ces patients, et précisant tout particulièrement la nécessité de faire réaliser par un personnel spécialisé une évaluation du problème psychiatrique, quelle que soit la gravité des conséquences de l'acte suicidant.

La formation à l'accueil des suicidants et des personnes présentant des troubles psychiatriques doit être assurée pour tous les personnels des services d'urgence.

L'organisation de la prise en charge des urgences psychiatriques à l'hôpital général et au sein de l'institution psychiatrique doit être explicitée dans les schémas départementaux d'organisation et dans chaque projet d'établissement. Elle doit être formalisée dans un document écrit, porté à la connaissance des professionnels et de la population.

3.3. Les pathologies à longue évolution

Soin et resocialisation doivent être menés de front en vue de l'autonomisation des patients et de la prévention de la chronicisation. Les pratiques de resocialisation doivent commencer le plus tôt possible dans la prise en charge hospitalière.

Il importe :

- que les unités d'hospitalisation temps plein offrent un cadre réhabilitant ; des efforts doivent être faits pour améliorer le cadre de vie, partie intégrante du soin, de certaines unités accueillant spécifiquement les patients au long cours,
- que le personnel soit qualifié, au sein d'équipes pluri-catégorielles où les différents métiers peuvent apporter chacun leur spécificité, notamment les travailleurs sociaux dont le rôle est particulièrement important,
- que des projets de soins individuels et collectifs soient élaborés et régulièrement suivis tout au long de la prise en charge.

Les projets d'établissement et les schémas départementaux d'organisation devront préciser l'organisation envisagée pour prendre en charge ces pathologies à évolution longue :

- Dans le domaine de l'hospitalisation

- . décrire l'effort envisagé pour humaniser les locaux accueillant des pathologies à évolution longue,
 - . décrire la politique d'hospitalisation choisie par chaque secteur psychiatrique et établissement non sectorisé : hospitalisation indifférenciée, unités de soins dites de "chroniques", unités de soins intersectorielles.
- Dans tous les cas, un dispositif d'évaluation des projets de soins individuels et collectifs devra être décrit et mis en place.

- Dans le domaine extra-hospitalier

- . décrire le travail en réseau liant les secteurs psychiatriques et les établissements privés aux institutions sociales ou médico-sociales concernées par la réinsertion des malades mentaux,
- . définir les modalités d'évaluation de l'organisation en réseau des prises en charge sanitaires, sociales et médico-sociales.

Une priorité doit être donnée à la mise en place des prises en charge sociales et médico-sociales pour les personnes stabilisées, en étroite collaboration avec les secteurs. L'indispensable articulation entre soin et resocialisation repose sur un partenariat à tous les niveaux. Le rôle des schémas départementaux d'organisation pourrait être de travailler avec les acteurs institutionnels concernés, sur les différentes propositions susceptibles de constituer cet "ailleurs" du soin pour les malades mentaux stabilisés mais néanmoins dépendants.

Les modalités de réponse à ces priorités devront apparaître explicitement dans les projets d'établissement soumis à approbation et les contrats d'objectifs et de moyens, et les demandes d'autorisation prévues à l'article L 712-8 du code de santé publique.

CHAPITRE 4

LES PRINCIPES ORGANISATIONNELS

4.1. Le développement et l'identification du travail en réseau et du partenariat

Le réseau a une triple fonction : *centripète* en amenant le patient à consulter plus facilement, *centrifuge* en permettant au patient de quitter plus facilement le dispositif sanitaire, de *coordination* et de *compréhension* mutuelles entre les différents partenaires.

Il permet d'apporter la réponse la plus adaptée à la situation du patient. Il permet un ailleurs du soin et évite à l'activité soignante de devenir totalitaire.

Le travail en réseau bénéficie en premier lieu au patient en permettant une meilleure coordination des prises en charge, mais chaque partenaire du réseau doit également pouvoir y trouver des avantages. Il importe que le rôle, les responsabilités, les limites de chacun soient précisés.

Le travail en réseau participe à l'amélioration de l'image de la psychiatrie, en modifiant la représentation de la psychiatrie que s'en font les partenaires institutionnels.

Principes d'organisation

Les partenaires sont multiples et il n'existe pas de modèle organisationnel unique. Toutefois il est recommandé qu'au-delà des ententes informelles entre professionnels, se mettent en place des *ententes institutionnelles* qui méritent d'être *formalisées* sous la forme de conventions.

Il est recommandé que le temps consacré au fonctionnement du réseau (notamment les réunions institutionnelles) puisse être répertorié. La valorisation de ce travail en réseau devrait permettre aux directions d'établissements et à l'autorité de tarification d'en apprécier le poids à sa juste valeur.

4.2. Les complémentarités inter-institutionnelles

■ **Des complémentarités entre psychiatrie sectorisée et psychiatrie non sectorisée** doivent être recherchées et encouragées, notamment dans les départements où il y a une forte concentration d'établissements privés. Ces complémentarités sont à rechercher en priorité avec les établissements privés participant au service public.

■ **Les relations avec les médecins libéraux** (généralistes et spécialistes) doivent se développer, en privilégiant la transmission des informations concernant les patients pour améliorer le suivi et la continuité des soins.

■ **La complémentarité entre les établissements gérant des secteurs psychiatriques et les autres établissements de santé (y compris les établissements de soins de suite) doit être organisée**

Qu'ils arrivent aux urgences ou qu'ils soient hospitalisés dans les différents services de l'hôpital, les patients accueillis dans les hôpitaux généraux présentent, pour une part importante d'entre eux, des pathologies mentales avérées ou des souffrances psychologiques. L'hôpital général doit organiser la réponse à cette demande avec un personnel spécialisé rattaché au secteur de psychiatrie.

Cependant il importe de rappeler que la psychiatrie à l'hôpital général n'est qu'un segment d'activité de la psychiatrie de secteur, et que la présence de personnels spécialisés au sein de l'hôpital général ne doit pas décharger les autres soignants de la dimension relationnelle qui s'attache à tout acte soignant.

Principes d'organisation

La prise en charge de ces patients par les personnels de secteurs doit se développer dans le cadre d'accords conventionnels.

Les conventions doivent bien préciser le temps de soignants consacré à l'hôpital général et le rôle des acteurs, qu'il s'agisse d'apporter des *soins spécialisés* auprès des patients et/ou un *soutien institutionnel* auprès de certains services.

Des malades mentaux hospitalisés en CHS peuvent souffrir de pathologies somatiques nécessitant des prises en charge spécialisées. Les conventions de partenariat liant les hôpitaux généraux et les CHS doivent prévoir des échanges de prestations : accueil des urgences, psychiatrie de liaison en hôpital général, consultations spécialisées en CHS.

Des conventions devront être conclues entre les établissements de santé gérant de la psychiatrie et ceux qui n'en gèrent pas pour préciser leurs obligations respectives.

La déconcentration de l'hospitalisation psychiatrique auprès des hôpitaux généraux dans l'objectif d'une meilleure accessibilité doit être recherchée en particulier dans les départements où l'hospitalisation est concentrée sur un seul site.

Cette déconcentration ne s'accompagne pas nécessairement d'une cession de l'administration des moyens au centre hospitalier général recevant les lits, mais peut être gérée par le biais de conventions, tant qu'il n'existe pas d'outils permettant de valoriser en termes économiques les activités des secteurs de psychiatrie.

■ ■ L'amélioration de l'articulation entre secteur psychiatrique et secteurs médico-social et social

L'interaction de la psychiatrie avec le domaine médico-social doit pouvoir trouver appui au niveau départemental sur les structures fonctionnelles et les instances de coordination existantes et être formalisée au niveau des schémas départementaux d'organisation (exemple : prise en charge des personnes âgées et schéma gérontologique, personnes en situation d'exclusion et schémas départementaux des centres d'hébergement et de réinsertion sociale, Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des plus démunis...).

L'instruction des dossiers de création de structures médico-sociales, qu'ils concernent les personnes âgées, les adultes ou les enfants doit intégrer les relations nécessaires avec les secteurs de psychiatrie ou les établissements spécialisés privés de proximité, et prévoir les conventions qui permettent les prises en charge conjointes.

Les secteurs de psychiatrie doivent être plus étroitement associés aux réflexions menées dans le cadre de la politique de la ville, pour être intégrés comme partenaires à part entière dans l'élaboration de ces politiques et pas seulement comme prestataires de service.

4.3. Le recours à des organisations intersectorielles

La sectorisation psychiatrique a été créée pour que puisse être assurée pour tous la continuité indispensable entre dépistage, traitement avec ou sans hospitalisation et suivi de post-cure. Le développement de prises en charge plus spécifiques a conduit certains établissements à mettre en place des organisations intersectorielles. L'intersectorialité peut concerner :

- le fonctionnement de certaines équipes qui sont par exemple formées à un type de prise en charge particulier et qui mettent cette compétence au service de plusieurs secteurs,
- le fonctionnement de certaines structures qui reçoivent des patients de plusieurs secteurs pour des pathologies particulières (ex : patients déficitaires graves, personnes âgées, malades dangereux, adolescents...).

Des politiques et des organisations intersectorielles peuvent se concevoir entre les secteurs d'un même établissement, mais aussi entre secteurs relevant d'établissements différents, notamment dans le cadre de l'hospitalisation des enfants et des adolescents.

Principes d'organisation

L'intersectorialité doit répondre à un certain nombre de critères. Elle n'est pas synonyme de non-sectorisation. Elle répond aux besoins spécifiques d'un nombre de secteurs précisément repérés, qui peuvent mettre en commun des moyens pour cette réalisation. Elle ne se substitue pas à la notion de secteur qui garde une place indispensable pour assurer sa triple mission de soins, de prévention et de réinsertion.

Le cahier des charges des activités intersectorielles doit être clairement établi, précisant :

- le territoire géo-démographique couvert,
- l'identification des secteurs concernés,
- le projet médical,
- les moyens mis en œuvre,
- les liens avec les secteurs concernés, afin de veiller à la continuité des projets de soins.

Une réflexion régionale s'engagera pour harmoniser les modalités permettant le recueil d'activité relevant de ces organisations intersectorielles et la façon de les intégrer dans les rapports de secteurs.

Dans chaque schéma départemental d'organisation devraient figurer les modalités de prise en charge, dans le cadre d'organisations intersectorielles, des malades difficiles et/ou dangereux.

4.4. Principes organisationnels concernant la prise en charge de certaines populations

■ La prise en charge des personnes âgées

Des **équipes sectorielles ou intersectorielles** pluriprofessionnelles formées à la géro-psycho-geriatrie, intégrées en partenariat dans le réseau gérontologique (institutions médicales, médico-sociales, services de maintien à domicile) assureront une mission de prévention, bilan-orientation, soins et suivi avec si besoin préparation au placement en institution, et participeront à la coordination de ce réseau.

Elles pourront s'appuyer sur des structures de **soins géro-psycho-geriatriques** afin de répondre aux besoins de la population âgée d'un ou plusieurs secteurs :

- en extra-hospitalier : hôpitaux de jour, centres de jour, centres d'accueil thérapeutique à temps partiel, appartements thérapeutiques,
- en intra-hospitalier : département(s) de géro-psycho-geriatrie de référence, clairement identifié(s) et statutairement individualisé(s) au sein des CHS, ainsi que dans les hôpitaux généraux et pôles gériatriques disposant de secteurs, ou par convention avec ceux-ci.

Des **structures ou filières mixtes psycho-gériatriques** pourraient être mises en place pour la prévention et la prise en charge efficiente des pathologies démentielles et/ou intriquées des personnes âgées, notamment au sein des établissements qui les reçoivent déjà.

■ **La prise en charge des personnes incarcérées**

Une attention vigilante sera apportée à la mise en œuvre des soins psychiatriques dispensés aux détenus, dans le cadre des protocoles d'accord liant les établissements de santé de référence et les établissements pénitentiaires.

Des rapports d'activité précis doivent être élaborés pour juger de l'adéquation des moyens aux besoins de cette population.

Les services médico-psychologiques régionaux doivent organiser des réunions régulières des personnels travaillant dans les maisons d'arrêt de leur secteur dans un but de formation, de coordination des soins, de meilleure connaissance mutuelle.

■ **La prise en charge des personnes présentant des conduites addictives**

La prise en charge des patients présentant des conduites d'addiction devrait se fonder sur un travail en réseau formalisé associant les centres d'accueil et de soins spécialisés, les secteurs de psychiatrie (ou, le cas échéant, les intersecteurs de toxicomanie), l'hôpital général, les centres de post-cure et la médecine de ville. Ces réseaux spécialisés auraient également en charge les missions de prévention, d'évaluation et de recherche.

ANNEXE

AU SCHEMA REGIONAL D'ORGANISATION SANITAIRE DE PSYCHIATRIE

QUALITE DES SOINS

Objectif spécifique	Département	Opération opposable à réaliser dans les cinq ans
Qualité de l'information et des soins	Tous les départements	Structuration de l'information médicale dans tous les établissements, si nécessaire par des conventions inter-établissements.
	Tous les départements	Mise en place de "dispositifs qualité" concertés, dans tous les établissements.
Conditions matérielles d'accueil et d'hébergement	Drôme Isère Rhône Savoie	Poursuite ou programmation et mise en oeuvre des travaux de rénovation et d'humanisation des locaux vétustes.
	Haute-Savoie	Amélioration de l'état des locaux des structures alternatives.
Unité pour malades agités et perturbateurs	Rhône	Création, sur l'agglomération lyonnaise, d'une unité de 18 lits, à vocation départementale et inter-départementale (Rhône, Nord-Isère et Loire) pour malades difficiles. Son fonctionnement et son activité seront évalués.
	Ardèche	Individualisation à envisager à Privas d'une unité pour malades agités et perturbateurs à vocation départementale et inter-départementale (Ardèche, Drôme et Loire). Son fonctionnement et son activité seront évalués.

DIVERSIFICATION DES MODES DE PRISES EN CHARGE ET ACCESSIBILITE

Objectif spécifique	Département	Opération opposable à réaliser dans les cinq ans
Développement des alternatives et de l'ambulatoire (en psychiatrie générale)	Tous les départements	Les conditions seront réunies pour que chaque secteur puisse disposer, en moyenne par établissement, et au minimum, d'un CMP ouvert 5 jours par semaine et de 10 places d'hôpital de jour (ou CATTP).
	Ain	Développement des alternatives (HJ et CATTP) en extra-muros de proximité sur l'ensemble du département.
	Ardèche - Drôme	Coordination et complémentarité dans les structures alternatives de la Vallée du Rhône en particulier à Valence - Guilherand-Grange, Montélimar - Le Teil, Tain l'Hermitage - Tournon-sur-Rhône.
	Drôme	Livron et Loriol : accessibilité à améliorer par une augmentation des jours d'ouverture.
		Sud Est du département : alternatives de proximité à mettre en place (Val de Drôme et Baronnies).
	Isère	Secteurs 38 G11, G12, et G13 : développement des alternatives par renforcement de l'hôpital de jour intersectoriel et sa délocalisation sur Bourgoin-Jallieu, par création d'appartements thérapeutiques, et développement des deux CATTP et du service d'accueil familial thérapeutique.
		Création d'un CMP à Saint-Jean-de-Bournay et élaboration d'un projet d'hôpital de jour (secteur 38G14).
Reconfiguration des structures existantes et amélioration de l'accessibilité des CMP dans le sud de l'Isère (secteur 38G01).		

Objectif spécifique	Département	Opération opposable à réaliser dans les cinq ans
Développement des alternatives et de l'ambulatoire (suite)	Loire	Développement des hôpitaux de jour ou CATTP des secteurs 42G03, 04, 06 et 07 et mise en place d'un CATTP intersectoriel sur le roannais.
	Rhône	Développement, aménagement et amélioration de l'accessibilité des structures de proximité dans le nord du département.
		Installation d'un hôpital de jour intersectoriel de 20 places à Villefranche-sur-Saône.
	Haute-Savoie	Diversification des prises en charge par la création ou le développement des structures de proximité dans les bassins de population d'Annecy, Annemasse, Bonneville, Sallanches, Thonon-les-Bains et Evian-les-Bains.
Création de CMP de psychiatrie générale et infanto-juvénile à Saint-Julien-en-Genevois.		

RAPPROCHEMENT ET ARTICULATION AVEC LES SERVICES DE SOINS GENERAUX

Objectif spécifique	Département	Opération opposable à réaliser dans les cinq ans
Développement de la psychiatrie de liaison	Tous les départements	Développement de la psychiatrie de liaison en fonction des besoins et des moyens mobilisables dans les services de soins des établissements de santé. Formalisation des modalités d'action dans les projets d'établissements et les COM.
Urgences psychiatriques (organisation, réorganisation et formalisation)	Ain	A Bourg-en-Bresse.
	Ardèche	A Privas.
	Drôme	A Valence.
		A Montélimar.
		A Romans-sur-Isère.
	Isère	Dans l'agglomération grenobloise.
	Loire	A Saint-Etienne, à Saint-Chamond et à Firminy avec organisation en réseau.
	Rhône	Définition claire et organisation structurée du traitement des urgences psychiatriques dans l'agglomération lyonnaise.
		A Tarare et à Villefranche-sur-Saône.
		A Givors.
Savoie	Dans les vallées de la Maurienne et de la Tarentaise.	
Haute-Savoie	A Annemasse et à Sallanches.	
Installation de lits de psychiatrie	Ain	A Ambérieu-en-Bugey (25 lits d'hospitalisation complète).
	Ardèche	A Aubenas, pour l'hospitalisation complète des malades des deux secteurs du sud du département (07G04 et 07G05) après étude de la faisabilité technique.
	Drôme	A Montélimar, pour l'hospitalisation complète des malades des secteurs 26G05 et 26G06.
	Savoie	A Chambéry, individualisation de lits d'hospitalisation complète de psychiatrie au sein de l'hôpital général, en lien avec les secteurs de psychiatrie.
	Haute-Savoie	Installation de lits à Sallanches et élaboration du projet d'installation de lits à Annemasse.

EVOLUTIONS ORGANISATIONNELLES DES SECTEURS ET DES ETABLISSEMENTS

Objectif spécifique	Département	Opération opposable à réaliser dans les cinq ans
<p>Amélioration de la répartition de l'offre de soins</p>	Ain	Rattachement du secteur 71G08 à un établissement de Saône et Loire, après négociation entre l'ARH de Bourgogne et l'ARH Rhône-Alpes sur les modalités opérationnelles, à réaliser.
		L'hospitalisation complète de psychiatrie de l'agglomération de Bourg-en-Bresse devra évoluer vers un regroupement sur un seul site.
	Drôme	Réorganisation des secteurs, de leur gestion et de leurs moyens pour la psychiatrie générale et infanto-juvénile et redécoupage des secteurs de psychiatrie générale, à réaliser.
	Isère	Pour le secteur 38G13, création de 25 lits d'hospitalisation complète, pour une implantation à terme en hôpital général à Bourgoin-Jallieu.
	Loire	Création d'une unité de lits d'hospitalisation complète pour les secteurs G03 et G04. Le fonctionnement co-sectoriel sera soumis à évaluation dans les 2 ans, la formule retenue pouvant évoluer. Développement des alternatives.
Rhône	Constitution d'un syndicat inter-hospitalier sur l'agglomération lyonnaise.	

PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES DE CERTAINS PATIENTS

Population	Département	Opération opposable à réaliser dans les cinq ans
	Tous les départements	Développement de la psychiatrie de liaison (services de pédiatrie, maternités) et organisation du travail en réseau avec les partenaires de la petite enfance (PMI, CAMSP, médecins libéraux, ...).
	Rhône	A Lyon, collaboration à définir et à mettre en oeuvre entre la psychiatrie infanto-juvénile sectorisée et la psychiatrie publique non sectorisée ; prévision des liens à établir au sein du futur Hôpital Pédiatrique-Gynécologique-Obstétrique.
Enfants, adolescents, et jeunes	Tous les départements	Les conditions seront réunies pour que chaque secteur puisse, en moyenne par établissement et au minimum, disposer d'un CMP ouvert 5 jours par semaine et de 15 places d'hôpital de jour (ou CATTP).
	Ain	Alternatives : mise en place d'un hôpital de jour et d'un CATTP extra-muros de proximité par secteur, ainsi que d'un CMP au Nord-Ouest du département.
		Fermeture de lits avec réorientation des jeunes polyhandicapés hospitalisés vers les structures adaptées.
	Ardèche	Mise en place d'un dispositif diversifié avec places d'hôpital de jour spécifiques pour adolescents, équipes qualifiées et possibilité d'hospitalisation complète.
		Développement, externalisation et amélioration de l'accessibilité des alternatives et des CMP.
	Drôme	Réorganisation de l'hospitalisation complète pour enfants et adolescents avec : * ouverture 7 jours / 7 des lits, * réorientation des handicapés vers le médico-social.
Drôme/Ardèche	Réflexion départementale et interdépartementale à mener pour la prise en charge des adolescents.	

Population	Département	Opération opposable à réaliser dans les cinq ans
<p align="center">Enfants, adolescents, et jeunes</p>	<p align="center">Isère</p>	<p>Alternatives : réorganisation dans le secteur I01 et développement dans le nord du département (I06).</p>
		<p>Hospitalisation complète : * restructuration avec réorientation vers le médico-social d'une partie des jeunes gravement déficitaires présents dans certains secteurs de psychiatrie ; Les lits restant auront une vocation intersectorielle. * fonctionnement en intersectoriel et 7 jours sur 7 de tous les services.</p>
		<p>Achèvement de la constitution et de la structuration du réseau adolescent du secteur sanitaire 4.</p>
<p align="center">(suite)</p>	<p align="center">Loire</p>	<p>Poursuite du développement des alternatives, avec augmentation des capacités des hôpitaux de jour ou CATTP pour les 4 secteurs. La prise en charge des adolescents sera intersectorielle avec création de places d'hospitalisation de jour.</p>
	<p align="center">Rhône</p>	<p>Alternatives à développer ; entre autres : CATTP pour adolescents à Villefranche-sur-Saône, à Tarare et à Givors, et SESSAD de 15 places pour autistes de 16 à 20 ans.</p>
		<p>Création d'une seconde unité départementale d'hospitalisation complète pour adolescents en crise de 12 à 15 lits dans l'agglomération lyonnaise.</p>
		<p>Individualisation d'une unité d'hospitalisation de courte durée pour jeunes psychotiques déficitaires graves dans l'agglomération lyonnaise.</p>
	<p align="center">Savoie</p>	<p>Organisation de l'hospitalisation complète et de l'ensemble de la prise en charge des adolescents et enfants.</p>
	<p align="center">Haute-Savoie</p>	<p>Diversification et développement du dispositif de soins ambulatoires.</p>
<p>Création d'une unité d'hospitalisation complète, intersectorielle ou à vocation départementale, pour adolescents.</p>		

Population	Département	Opération opposable à réaliser dans les cinq ans
	Ain	Evolution de la gérontopsychiatrie vers une organisation intersectorielle départementale basée sur la mobilité des équipes.
		Participation de la psychiatrie de secteur au fonctionnement de la cellule "prévention des risques suicidaires de la personne âgée" sur le bassin burgien.
	Ardèche	Mise en place d'unités d'hospitalisation complète intersectorielles de soins, de bilan et d'orientation à Privas et à Aubenas.
	Drôme	Au centre du département, mise en œuvre d'une filière de prise en charge avec identification d'une unité intersectorielle d'hospitalisation complète ; développement d'un partenariat et d'une complémentarité avec la gériatrie et le secteur médico-social.
		Au sud du département : mise en place du pôle ambulatoire du réseau gérontopsychiatrique.
	Rhône	Confirmation et mise en oeuvre de la politique départementale de gérontopsychiatrie prévoyant : * possibilité d'hospitalisation complète, suivi psychiatrique dans des alternatives adaptées et sur les lieux de vie, * soutien et formation des acteurs de terrain, participation aux réseaux gérontologiques.
		A Lyon, transformation du long séjour psychiatrique expérimental en unité de bilan et d'orientation travaillant en réseau avec les services de gérontopsychiatrie et les institutions accueillant des personnes âgées.
	Savoie	Développement du partenariat entre la psychiatrie et la gériatrie et participation au réseau gérontologique départemental.

Population	Département	Opération opposable à réaliser dans les cinq ans
Patients présentant des pathologies à longue évolution	Ain	Dans l'agglomération de Bourg-en-Bresse, création par reconversion de lits de psychiatrie d'une structure médico-sociale pour les personnes handicapées dont l'hospitalisation en psychiatrie est inadéquate, après étude de la faisabilité technique de cette opération.
		Organisation du suivi extra-muros des malades dans les alternatives et sur les lieux de vie.
	Ardèche	Reconversion de lits de psychiatrie en lits médico-sociaux à étudier et à concrétiser en fonction des besoins.
		Une unité intersectorielle et interdépartementale axée sur la réinsertion des jeunes psychotiques sera créée.
	Drôme	Réorganisation avec réorientation des personnes handicapées hospitalisées en psychiatrie vers les établissements médico-sociaux adaptés et création d'une structure médico-sociale.
		Organisation du suivi extra-muros des malades dans les alternatives et sur les lieux de vie.
	Isère	Création par les établissements concernés de structures médico-sociales avec les prestations réciproques ou réorientation vers le médico-social des personnes handicapées hospitalisées en psychiatrie.
		Dans l'agglomération grenobloise : étude de la faisabilité technique avant mise en oeuvre du projet du Département pour Patients à Expression Déficitaire.
	Loire	Intersectorialisation d'une unité pour pathologies à longue évolution au sud du département.
	Rhône	Développement des alternatives à l'hospitalisation et organisation du suivi extra muros des malades dans les alternatives et sur les lieux de vie.
	Savoie	Organisation de la prise en charge en hospitalisation complète intersectorielle et dans les structures d'hébergement extra-muros.
	Haute-Savoie	Mise en place d'unités intersectorielles d'hospitalisation complète et développement des prises en charge extra-muros (alternatives et solutions d'hébergement).

Population	Département	Opération opposable à réaliser dans les cinq ans
Autistes : Mise en place des pôles de référence prévus dans le "plan régional autisme"	Isère	à Grenoble.
	Loire	à Saint-Etienne.
	Rhône	à Lyon.
Patients en situation de précarité	Tous les départements	Amélioration de l'accès de ces patients aux structures de soins psychiatriques, et de leur accueil aux urgences ; partenariat avec le secteur social et actions coordonnées.
	Loire	Au SAMU social : mise en place d'une équipe médico-psychologique pour intervenir dans les lieux d'accueil.
Alcoolisation excessive	Ardèche	Organisation de l'unité intersectorielle et interdépartementale de 20 lits d'alcoologie avec quelques lits d'hospitalisation pour bilan et élaboration du projet thérapeutique. Intégration dans le réseau d'alcoologie.
	Isère	Constitution d'un intersecteur d'alcoologie avec augmentation du nombre de lits et places, à partir de l'unité spécialisée existante. Poursuite de l'organisation du réseau "alcool". Equipe de liaison à compléter.
Troubles du comportement alimentaire	Loire	Création à Saint-Etienne d'une unité de traitement des troubles du comportement alimentaire à vocation régionale.

TRAVAIL EN RESEAU ET COMPLEMENTARITE

Population/objectif	Département	Opération opposable à réaliser dans les cinq ans
Psychiatrie générale et infanto-juvénile	Tous les départements	Pour la prise en charge des adolescents et la continuité des soins au passage à l'âge adulte.
Psychiatrie sectorisée et non sectorisée	Loire	Complémentarité avec les structures non sectorisées, dans certains domaines spécifiques d'activités des établissements.
	Rhône	
	Haute savoie	
Secteur psychiatrique et secteur médico-social	Tous les départements	Orientation adaptées à leur état des personnes stabilisées et handicapées (enfants et adultes) et des personnes âgées. Suivi des personnes par les équipes de psychiatrie ; Organisation d'hospitalisations séquentielles ou lors des situations de crise. Les modalités du partenariat doivent être formalisées précisément.
Secteur psychiatrique et ensemble des partenaires de la santé mentale, sociaux en particulier	Tous les départements	Pour la prévention, le dépistage, le suivi de certaines populations notamment dans les quartiers dits "sensibles".

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE



AGENCE REGIONALE DE L'HOSPITALISATION DE RHONE-ALPES

ARRETE 99-RA-97
Fixant les cartes sanitaires de psychiatrie générale
et de psychiatrie infanto-juvénile de la région Rhône-Alpes

Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation de Rhône-Alpes,

Chevalier de la Légion d'Honneur

Vu le code de la santé publique et notamment les chapitres I, II, et III du livre VII - titre 1^{er} et le chapitre I du livre III - titre 4 ;

Vu l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée ;

Vu la convention constitutive de l'agence régionale de l'hospitalisation de Rhône-Alpes en date du 31 décembre 1996 ;

Vu l'arrêté du 14 mars 1986 relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales comportant ou non des possibilités d'hébergement ;

Vu l'arrêté du 11 février 1991 relatif aux indices de besoins concernant les équipements psychiatriques ;

Vu les avis des conseils départementaux de santé mentale de l'Ain en sa séance du 20 mai 1999, de l'Ardèche en sa séance du 10 mai 1999, de la Drôme en sa séance du 3 mai 1999, de l'Isère en sa séance du 30 avril 1999, de la Loire en sa séance du 4 mai 1999, du Rhône en sa séance du 19 mai 1999, de la Savoie en sa séance du 30 avril, et de la Haute-Savoie en sa séance du 11 mai 1999 ;

Vu les avis émis par les conférences sanitaires des secteurs :

- n° 1 : Bourg-en-Bresse en sa séance du 1^{er} juillet 1999,
- n° 2 : Valence en sa séance du 30 juin 1999,
- n° 3 : Montélimar – Aubenas en sa séance du 15 juillet 1999,
- n° 4 : Grenoble en sa séance du 8 juillet 1999,
- n° 5 : Vienne - Bourgoin-Jallieu en sa séance du 20 juillet 1999,
- n° 6 : Saint-Etienne en sa séance du 16 juillet 1999,

n° 7 : Roanne en sa séance du 7 juillet 1999,

n° 8 : Lyon en sa séance du 23 juin 1999,

n° 9 : Villefranche-sur-Saône en sa séance du 22 juin 1999,

n° 10 : Chambéry en sa séance du 5 juillet 1999,

n° 11 : Annecy en sa séance du 28 juin 1999 ;

Vu l'avis émis par la section sanitaire du comité régional de l'organisation sanitaire et sociale de Rhône-Alpes, en sa séance du 7 septembre 1999 ;

Vu l'avis émis par la commission exécutive de l'agence régionale de l'hospitalisation Rhône-Alpes, en sa séance du 15 septembre 1999 ;

Arrête

Article 1

Les secteurs de psychiatrie générale et de psychiatrie infanto-juvénile de la région Rhône-Alpes sont délimités et rattachés tels qu'ils figurent dans les documents joints.

Les indices de besoins afférents aux équipements de psychiatrie générale sont fixés pour chaque département ainsi qu'il suit :

Département	Indice partiel ⁽¹⁾	Indice global ⁽²⁾
Ain	0,90	1,78
Ardèche	0,90	1,80
Drôme	0,90	1,16
Isère	0,76	1,00
Loire	0,70	1,00
Rhône	0,90	1,80
Savoie	0,81	1,44
Haute-Savoie	0,70	1,00

⁽¹⁾ indice partiel : lits pour 1.000 habitants

⁽²⁾ indice global : lits et places pour 1.000 habitants

Les indices de besoins afférents aux équipements de psychiatrie infanto-juvénile sont fixés pour chaque département ainsi qu'il suit :

Département	Indice partiel ⁽¹⁾	Indice global ⁽²⁾
Ain	0,30	0,81
Ardèche- Drôme	0,13	0,90
Isère	0,30	0,82
Loire	0,13	0,80
Rhône	0,23	1,00
Savoie	0,25	0,92
Haute-Savoie	0,13	0,80

⁽¹⁾ indice partiel : lits pour 1.000 enfants de 0 à 16 ans

⁽²⁾ indice global : lits et places pour 1.000 enfants de 0 à 16 ans

Article 2

L'arrêté préfectoral n° 96-647 du 17 décembre 1996 fixant les cartes sanitaires de psychiatrie générale et de psychiatrie infanto-juvénile est abrogé.

Article 3

Conformément à l'article L.712-5 du code de la santé publique, la présente décision peut faire l'objet d'un recours hiérarchique auprès du ministre chargé de la santé et de la sécurité sociale, dans un délai de 2 mois à compter de sa publication.

Article 4

Le présent arrêté pourra être consulté au siège de l'agence régionale de l'hospitalisation, à la direction régionale des affaires sanitaires et sociales, et dans les directions départementales des affaires sanitaires et sociales de Rhône-Alpes.

Article 5

Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation de Rhône-Alpes est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de région et des préfectures des départements de la région Rhône-Alpes.

Lyon, le 30 septembre 1999

Philippe RITTER

CARTE SANITAIRE

PSYCHIATRIE GENERALE

Ain

Secteurs	Etablissement de rattachement	Population	
01G01	CPA de l'Ain	CHALAMONT	4 295
		SAINT-TRIVIER-SUR-MOIGNANS	9 798
		VILLARS-LES-DOBES	7 299
		PERONNAS	11 259
		VIRIAT	12 872
		BOURG-EN-BRESSE (en partie)	28 763
		74 286	
01G02	CPA de l'Ain	BAGE-LE-CHATEL	12 367
		CHATILLON-SUR-CHALARONNE	14 639
		MONTREVEL-EN-BRESSE	11 379
		PONT-DE-VAUX	7 299
		PONT-DE-VEYLE	10 281
		SAINT-TRIVIER-DE-COURTES	5 159
		THOISSEY	10 667
		BOURG-EN-BRESSE (en partie)	6 104
		77 895	
01G03	CPA de l'Ain	MEXIMIEUX	14 709
		MONTLUEL	18 044
		TREVOUX	15 285
		MIRIBEL	16 790
		REYRIEUX	15 647
		BOURG-EN-BRESSE (en partie)	6 102
		86 577	
01G04	CPA de l'Ain	AMBERIEU-EN-BUGEY	17 339
		BELLEY	14 530
		BRENOD	3 105
		CHAMPAGNE-EN-VALROMEY	4 149
		HAUTEVILLE-LOMPNES	5 301
		LAGNIEU	15 885
		LHUIS	3 974
		SAINT-RAMBERT-EN-BUGEY	5 105
		SEYSSEL	5 396
		VIRIEU-LE-GRAND	3 367
		78 151	
01G05	CPA de l'Ain	CEYZERIAT	6 960
		COLIGNY	5 794
		IZERNORE	3 548
		OYONNAX - NORD	6 257
		PONCIN	5 542
		PONT-D'AIN	9 981
		TREFFORT-CUISIAT	6 261
		OYONNAX - SUD	5 296
		OYONNAX	23 875
		73 514	
01G06	CPA de l'Ain	BELLEGARDE-SUR-VALSERINE	16 334
		COLLONGES	7 416
		FERNEY-VOLTAIRE	25 255
		GEX	19 548
		NANTUA	12 187
		80 740	

Ardèche

Secteurs	Etablissement de rattachement		Population
07G01	<i>Hôpital Sainte-Marie</i>	ANNONAY-NORD	7 048
		BOURG ARGENTAL	6 161
		SATILLIEU	7 104
		SAINT-AGREVE	4 122
		SAINT-FELICIEN	3 737
		SERRIERES	8 842
		ANNONAY-SUD	7 194
		ANNONAY	18 524
		62 732	
07G02	<i>Hôpital Sainte-Marie</i>	LAMASTRE	6 530
		SAINT-PERAY	23 458
		TOURNON-SUR-RHONE	20 393
		VERNOUX-EN-VIVARAIS	3 963
		54 344	
07G03	<i>Hôpital Sainte-Marie</i>	CHEYLARD (LE)	6 877
		CHOMERAC	8 223
		PRIVAS	18 240
		SAINT-MARTIN-DE-VALAMAS	3 468
		SAINT-PIERREVILLE	3 477
		VOULTE-SUR-RHONE (LA)	12 986
		53 271	
07G04	<i>Hôpital Sainte-Marie</i>	ANTRAIQUES-SUR-VOLANE	2 594
		AUBENAS	17 713
		BURZET	1 435
		COUCOURON	2 213
		MONTPEZAT-SOUS-BAUZON	2 053
		THUEYTS	6 541
		VILLENEUVE-DE-BERG	7 529
		VALS-LES-BAINS	10 204
		50 282	
07G05	<i>Hôpital Sainte-Marie</i>	BOURG-SAINT-ANDEOL	13 311
		JOYEUSE	7 819
		LARGENTIERE	6 893
		ROCHEMAURE	5 953
		SAINT-ETIENNE-DE-LUGDARES	1 032
		VALGORGE	953
		VALLON-PONT-D'ARC	6 613
		VANS (LES)	7 579
VIVIERS	13 103		
		63 256	

Drôme

Secteurs	Etablissement de rattachement	Cantons	Population
26G01	<i>CH Saint-Vallier</i>	GRAND-SERRE (LE)	7 756
		ROMANS-SUR-ISERE - CANTON 1	4 610
		ROMANS-SUR-ISERE - CANTON 2	5 050
		SAINT-DONAT-SUR-L'HERBASSE	6 031
		SAINT-VALLIER	23 059
		TAIN-L'HERMITAGE	18 302
		64 808	
26G02	<i>CH Romans</i>	BOURG-DE-PEAGE	23 887
		CHAPELLE-EN-VERCORS (LA)	1 734
		SAINT-JEAN-EN-ROYANS	6 662
		ROMANS-SUR-ISERE (avec les communes de Saint-Paul-les-Romans et Mours-Saint-Eusèbe)	37 404
		69 687	
26G03	<i>CHS Le Valmont</i>	CHABEUIL	16 042
		CHATILLON-EN-DIOIS	1 746
		DIE	5 682
		LUC-EN-DIOIS	1 476
		SAILLANS	1 842
		BOURG-LES-VALENCE	21 950
		VALENCE (en partie)	27 614
76 352			
26G04	<i>CHS Le Valmont</i>	LORIOLE-SUR-DROME	15 468
		PORTES-LES-VALENCE	17 364
		VALENCE (en partie)	35 823
68 655			
26G05	<i>CH Montélimar</i>	BOURDEAUX	1 300
		CREST - NORD	8 011
		CREST - SUD	4 896
		DIEULEFIT	6 501
		MARSANNE	9 739
		MOTTE-CHALANCON (LA)	955
		CREST	7 590
		MONTELIMAR - CANTON 1	899
		MONTELIMAR - CANTON 2	7 082
		MONTELIMAR (en partie)	18 300
		65 273	
26G06	<i>CH Montélimar</i>	BUIS-LES-BARONNIES	4 665
		GRIGNAN	6 478
		NYONS	11 812
		PIERRELATTE	17 627
		REMUZAT	1 327
		SAINT-PAUL-TROIS-CHATEAUX	14 660
		SEDERON	1 920
		MONTELIMAR (en partie)	13 086
		71 575	

Isère

Secteurs	Etablissement de rattachement	Cantons	Population
38G01	<i>CHRU Grenoble</i>	TOUVET (LE)	17 911
		MEYLAN	28 454
		SAINT-ISMIER	14 772
		GRENOBLE (selon découpage S.D.O)	13 489
			74 626
38G02	<i>CHS Saint-Egrève</i>	ALLEVARD	5 567
		DOMENE	22 606
		GONCELIN	16 367
		EYBENS - NORD	4 924
		SAINT-MARTIN-D'HERES - SUD	13 886
	63 350		
38G03	<i>CHS Saint-Egrève</i>	GRENOBLE (selon découpage S.D.O)	44 336
		SAINT-MARTIN-D'HERES - NORD	20 455
		64 791	
38G04	<i>CHS Saint-Egrève</i>	FONTAINE-SEYSSINET (avec Fontaine ville)	43 122
		GRENOBLE (selon découpage S.D.O)	45 319
		88 441	
38G05	<i>CHS Saint-Egrève</i>	BOURG-D'OISANS (LE)	9 476
		CORPS	1 693
		MENS	2 480
		MURE (LA)	13 386
		VALBONNAIS	1 543
		VIZILLE	26 132
		EYBENS - SUD	11 238
			65 948
38G06	<i>CHS Saint-Egrève</i>	CELLES	1 312
		MONESTIER-DE-CLERMONT	3 417
		VIF	32 246
		ECHIROLLES - EST	15 898
		ECHIROLLES - OUEST	19 290
	72 163		
38G07	<i>CHS Saint-Egrève</i>	PONT-EN-ROYANS	5 273
		SAINT-MARCELLIN	18 909
		FONTAINE-SASSENAGE (sans Fontaine ville)	12 818
		VILLARD-DE-LANS	8 234
		VINAY	7 404
	52 638		
38G08	<i>CHS Saint-Egrève</i>	SAINT-EGREVE	24 391
		GRENOBLE (selon découpage S.D.O)	48 608
		72 999	
38G09	<i>CHS Saint-Egrève</i>	SAINT-GEOIRE-EN-VALDAINE	7 576
		SAINT-LAURENT-DU-PONT	9 814
		VIRIEU - SUD	3 485
		LE GRAND LEMPS - SUD	6 589
		VOIRON	38 701
	66 165		

Isère (suite)

Secteurs	Etablissement de rattachement	Cantons	Population
38G10	<i>CHS Saint-Egrève</i>	COTE-SAINT-ANDRE (LA)	11 385
		LE GRAND-LEMPES - NORD	4 789
		RIVES	27 169
		ROYBON	5 476
		SAINTE-ETIENNE-DE-SAINT-GEOIRS	9 871
		TULLINS	10 119
		68 809	
38G11	<i>Centre psychothérapique du Vion</i>	MORESTEL	19 536
		PONT-DE-BEAUVOISIN (LE)	17 324
		TOUR-DU-PIN (LA)	23 175
		VIRIEU - NORD	4 432
		64 467	
38G12	<i>Centre psychothérapique du Vion</i>	BOURGOIN-JALLIEU - SUD (avec la commune d' Eclose)	8 637
		CREMIEU	22 498
		BOURGOIN-JALLIEU - NORD	9 615
		BOURGOIN-JALLIEU - VILLE	22 400
		63 150	
38G13	<i>Centre psychothérapique du Vion</i>	VERPILLERE (LA)	15 031
		PONT-DE-CHERUY	21 979
		L'ISLE-D'ABEAU	25 414
		62 424	
38G14	<i>CH Vienne</i>	HEYRIEUX	15 007
		VIENNE - NORD (avec les communes d'Estrablin et de Moidieu)	38 223
		SAINTE-JEAN-DE-BOURNAY (sans la commune d' Eclose)	11 573
			64 803
38G15	<i>CH Vienne</i>	BEAUREPAIRE	11 106
		ROUSSILLON	38 758
		VIENNE - SUD (sans les communes d'Estrablin et Moidieu)	22 102
		71 966	

Loire

Secteurs	Etablissement de rattachement	Cantons	Population
42G01	CH Roanne	PACAUDIERE (LA)	4 630
		SAINT-HAON-LE-CHATEL	11 763
		SAINT-JUST-EN-CHEVALET	5 074
		ROANNE - NORD	17 433
		ROANNE (en partie)	31 248
		Communes de Bully, Saint-Polgues et Dance	552
		70 700	
42G02	CH Roanne	BELMONT-DE-LA-LOIRE	5 013
		CHARLIEU	15 187
		PERREUX	16 489
		SAINT-SYMPHORIEN-DE-LAY	11 946
		ROANNE (en partie)	24 245
		72 880	
42G03	CH Montbrison	BOEN	10 942
		MONTBRISON	24 942
		NOIRETABLE	4 185
		SAINT-GEORGES-EN-COUZAN	4 202
		SAINT-JEAN-SOLEYMIEUX (sans les communes de Marols, La Chapelle en Lafaye, Montarcher et Luriecq)	4 026
		SAINT-JUST-SAINT-RAMBERT (sans la commune de Saint Just-Saint Rambert)	20 145
			68 442
42G04	CH Feurs	CHAZELLES-SUR-LYON	8 881
		FEURS	21 953
		NERONDE	7 866
		SAINT-GALMIER (sans la commune d'Andrézieux-Bouthéon)	22 424
		SAINT-GERMAIN-LAVAL (sans les communes de Bully, Saint-Polgues et Dance)	4 724
		SAINT-HEAND (sans les communes de l'Etrat, La Tour-en-Jarez, Sorbiers et La Talaudière)	9 884
			75 732
42G05	CHRU Bellevue	FIRMINY	36 434
		SAINT-BONNET-LE-CHATEAU	6 680
		Commune de Saint-Victor	2 345
		Communes de Le Chambon-Feugerolles	16 066
		Communes de Marols, La Chapelle en Lafaye, Montarcher et Luriecq	1 091
	62 616		
42G06	CHRU Bellevue	SAINT-GENEST-MALIFAUX	6 938
		Commune de Saint-Genest-Lerpt	5 481
		Commune de Roche-la-Molière	10 103
		Commune de La Ricamarie	10 247
		SAINT-ETIENNE (en partie)	34 570
	67 339		
42G07	CHRU Bellevue	SAINT-ETIENNE (en partie)	34 301
		Commune d'Andrézieux-Bouthéon	9 408
		Commune de Villars	8 192
		Commune de Saint Just-Saint Rambert	12 299
	64 200		

Loire (suite)

Secteurs	Etablissement de rattachement	Cantons	Population
42G08	CHRU Saint-Jean-Bonnefonds	PELUSSIN	11 966
		RIVE-DE-GIER	26 598
		GRAND-CROIX (LA)	23 088
			61 652
42G09	CHRU Saint-Jean-Bonnefonds	SAINT-ETIENNE (en partie)	53 000
			53 000
42G10	CHRU Saint-Jean-Bonnefonds	SAINT-ETIENNE (en partie)	44 234
		Commune de Saint-Jean-Bonnefonds	6 415
		Communes de Sorbiers et La Talaudière	13 029
		Commune de Saint-Priest-en-Jarez	5 675
		Communes de l'Etrat et La Tour-en-Jarez	3 647
		73 000	
42G11	CHRU Saint-Jean-Bonnefonds	SAINT-CHAMOND	38 880
		SAINT-CHAMOND-SUD	745
		Ancienne commune de Rochetaillée	725
		SAINT-ETIENNE (en partie)	30 730
		71 080	

Rhône

Secteurs	Etablissement de rattachement	Cantons	Population
69G01	CHS Le Vinatier	LYON 1ER ARRONDISSEMENT	26 592
		LYON 4EME ARRONDISSEMENT	30 552
			57 144
69G02	CHS Le Vinatier	LYON 2EME ARRONDISSEMENT	28 601
		LYON 5EME ARRONDISSEMENT	46 060
			74 661
69G03	CHS Le Vinatier	LYON 3EME ARRONDISSEMENT	70 273
			70 273
69G04	CHS Le Vinatier	LYON 6EME ARRONDISSEMENT	47 640
			47 640
69G05	CHS Le Vinatier	LYON 8EME ARRONDISSEMENT	64 775
			64 775
69G06	CHS Le Vinatier	CALUIRE-ET-CUIRE	41 340
		Communes de Fontaine-sur-Saône, Fontaine-Saint Martin et Cailloux-sur-Fontaine	10 639
			51 979
69G07	CHS Le Vinatier	RILLIEUX-LA-PAPE	36 877
		Commune de Neuville-sur-Saône	6 765
			43 642
69G08	CHS Le Vinatier	VILLEURBANNE	116 851
			116 851
69G09	CHS Le Vinatier	BRON	39 683
			39 683
69G10	CHS Le Vinatier	MEYZIEU	47 872
		DECINES-CHARPIEU	42 391
			90 263
69G12	CHS Le Vinatier	VAULX-EN-VELIN	44 153
			44 153
69G13	CHS Saint-Jean-de-Dieu	SAINT-SYMPHORIEN-D'OZON	33 949
		SAINT-PRIEST	41 884
		SAINT-FONS (sans la commune de Saint-Fons)	18 626
			94 459
69G14	CHS Saint-Jean-de-Dieu	SAINT-LAURENT-DE-CHAMOUSSET	10 502
		SAINT-SYMPHORIEN-SUR-COISE	12 208
		VAUGNERAY	36 755
		TASSIN-LA-DEMI-LUNE	26 348
			85 813
69G15	CHS Saint-Jean-de-Dieu	MORNANT	17 093
		CONDRIEU	12 918
		GIVORS	36 483
			66 494
69G16	CHS Saint-Jean-de-Dieu	VENISSIEUX	60 447
		Commune de Saint-Fons	15 731
			76 178
69G17	CHS Saint-Jean-de-Dieu	LYON 7EME ARRONDISSEMENT	53 846
			53 846

Rhône (suite)

Secteurs	Etablissement de rattachement	Cantons	Population
69G18	CHS Saint-Jean-de-Dieu	OULLINS	26 126
		SAINTE-FOY-LES-LYON	28 743
			54 869
69G19	CHS Saint-Jean-de-Dieu	SAINT-GENIS-LAVAL	37 573
		IRIGNY	24 831
			62 404
69G20	CHS Saint-Cyr au Mont d'Or	BEAUJEU	10 553
		BELLEVILLE	18 976
		MONSOLS	3 765
		Commune de Villefranche-sur-Saône	29 548
			62 842
69G21	CHS Saint-Cyr au Mont d'Or	LYON 9EME ARRONDISSEMENT	47 140
		Communes d' Albigny, Curis, Saint-Romain, Couzon, Saint-Germain, Quincieux, et Poleymieux	12 613
			59 753
69G22	CHS Saint-Cyr au Mont d'Or	LIMONEST	54 271
		Commune de Dommartin	1 617
			55 888
69G23	CHS Saint-Cyr au Mont d'Or	AMPLEPUIIS	7 845
		TARARE	20 244
		THIZY	12 896
		ARBRESLE (L') (sans la commune de Dommartin)	27 735
			68 720
69G24	CHS Saint-Cyr au Mont d'Or	ANSE	19 284
		BOIS-D'OINGT (LE)	12 350
		LAMURE-SUR-AZERGUES	5 471
		VILLEFRANCHE-SUR-SAONE (sans la commune de Villefranche-sur-Saône)	22 063
			59 168

Savoie

Secteurs	Etablissement de rattachement	Cantons	Population
73G01	<i>CHS de la Savoie</i>	EHELLES (LES)	4 193
		PONT-DE-BEAUVOISIN (LE)	7 220
		RAVOIRE (LA)	16 683
		COGNIN	11 600
		CHAMBERY - SUD - SUD-OUEST	28 605
		68 301	
73G02	<i>CHS de la Savoie</i>	ALBENS	5 661
		CHATELARD (LE)	3 452
		MOTTE-SERVOLEX (LA)	12 740
		RUFFIEUX	3 719
		SAINT-GENIX-SUR-GUIERS	4 688
		YENNE	5 141
AIX-LES-BAINS -CENTRE - SUD - NORD-GRESY	39 423		
		74 824	
73G03	<i>CHS de la Savoie</i>	CHAMOIX-SUR-GELON	3 405
		MONTMELIAN	11 607
		ROCHETTE (LA)	6 204
		SAINT-PIERRE-D'ALBIGNY	5 232
		SAINT-ALBAN-LEYSSE	13 724
		CHAMBERY - EST	12 032
		CHAMBERY - NORD	14 460
		66 664	
73G04	<i>CHS de la Savoie</i>	AIGUEBELLE	4 309
		CHAMBRE (LA)	5 941
		LANSLEBOURG-MONT-CENIS	2 431
		MODANE	7 257
		SAINT-JEAN-DE-MAURIENNE	15 751
		SAINT-MICHEL-DE-MAURIENNE	5 518
		41 207	
73G05	<i>CHS de la Savoie</i>	ALBERTVILLE - NORD - SUD	30 379
		BEAUFORT	4 086
		GRESY-SUR-ISERE	6 466
		UGINE	11 198
		52 129	
73G06	<i>CHS de la Savoie</i>	AIME	7 753
		BOURG-SAINT-MAURICE	13 253
		BOZEL	8 055
		MOUTIERS	16 089
		45 150	

Haute-Savoie

Secteurs	Etablissement de rattachement		Population
74G01	<i>CH de la région annécienne</i>	ALBY-SUR-CHERAN	7 676
		CRUSEILLES	6 819
		FRANGY	5 603
		RUMILLY	19 633
		ANNECY (en partie)	16 549
		SEYSSEL	4 462
		THORENS-GLIERES	7 882
		68 624	
74G02	<i>CH de la région annécienne</i>	FAVERGES	11 830
		THONES	11 802
		ANNECY (en partie)	16 549
		ANNECY-LE-VIEUX	31 362
		71 543	
74G03	<i>CH de la région annécienne</i>	ANNECY - NORD-OUEST	23 629
		SEYNOD	41 504
		ANNECY (en partie)	16 549
		81 682	
74G04	<i>EPSM La Roche-sur-Foron</i>	ANNEMASSE - NORD	20 917
		SAINT-JULIEN-EN-GENEVOIS	22 952
		ANNEMASSE - SUD (sans la commune de Bonne)	16 352
		ANNEMASSE	27 705
		MONNETIER-MORNEX (commune)	1 828
		89 754	
74G05	<i>EPSM La Roche-sur-Foron</i>	BOEGE	4 801
		BONNEVILLE	26 111
		REIGNIER (sans la commune de Monnetier-Mornex)	10 347
		ROCHE-SUR-FORON (LA)	16 254
		SAINT-JEOIRE	8 164
		SAMOENS	3 696
		BONNE (commune)	1 889
TANINGES	5 869		
		77 131	
74G06	<i>EPSM La Roche-sur-Foron</i>	CHAMONIX-MONT-BLANC	12 593
		CLUSES	21 943
		SAINT-GERVAIS-LES-BAINS	15 362
		SCIONZIER	10 564
		SALLANCHES	23 345
		83 807	
74G07	<i>Hôpitaux du Léman</i>	ABONDANCE	4 420
		BIOT (LE)	6 005
		DOUVAIN	17 216
		EVIAN-LES-BAINS	22 975
		THONON-LES-BAINS	45 480
		96 096	

CARTE SANITAIRE

PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILE

Ain

Secteurs	Etablissement de rattachement	Cantons	Population 0-16 ans
01101	CPA de L'Ain	AMBERIEU-EN-BUGEY	4 334
		BELLEGARDE-SUR-VALSERINE	3 948
		BELLEY	3 294
		BRENOD	778
		CHALAMONT	971
		CHAMPAGNE-EN-VALROMEY	737
		COLLONGES	1 689
		FERNEY-VOLTAIRE	6 512
		GEX	4 717
		HAUTEVILLE-LOMPNES	1 086
		LAGNIEU	4 153
		LHUIS	795
		MEXIMIEUX	4 261
		MONTLUEL	5 291
		SAINT-RAMBERT-EN-BUGEY	1 066
		SAINT-TRIVIER-SUR-MOIGNANS	2 739
		SEYSSEL	1 136
		TREVOUX	4 472
		VILLARS-LES-DOBES	1 989
		VIRIEU-LE-GRAND	729
MIRIBEL	4 127		
REYRIEUX	4 620		
		63 444	
01102	CPA de L'Ain	BAGE-LE-CHATEL	3 006
		CEYZERIAT	1 639
		CHATILLON-SUR-CHALARONNE	3 754
		COLIGNY	1 310
		IZERNORE	922
		MONTREVEL-EN-BRESSE	2 632
		NANTUA	3 250
		OYONNAX - NORD	1 882
		PONCIN	1 179
		PONT-D'AIN	2 400
		PONT-DE-VAUX	1 540
		PONT-DE-VEYLE	2 768
		SAINT-TRIVIER-DE-COURTES	946
		THOISSEY	2 708
		TREFFORT-CUISIAT	1 558
		PERONNAS	2 996
		OYONNAX - SUD	1 526
		VIRIAT	3 245
		OYONNAX	6 109
		BOURG-EN-BRESSE	9 264
		54 634	

Ardèche

Secteurs	Etablissement de rattachement		Population 0-16 ans
07101	<i>Hôpital Sainte-Marie</i>	ANNONAY - NORD	1 915
		CHEYLARD (LE)	1 438
		LAMASTRE	1 239
		SAINT-AGREVE	943
		SAINT-FELICIEN	807
		SAINT-MARTIN-DE-VALAMAS	550
		SAINT-PERAY	5 796
		SATILLIEU	1 663
		SERRIERES	2 202
		TOURNON-SUR-RHONE	4 968
		VERNOUX-EN-VIVARAIS	826
		VOULTE-SUR-RHONE (LA)	2 755
		ANNONAY - SUD	1 775
		ANNONAY	4 082
			30 959
07102	<i>Hôpital Sainte-Marie</i>	ANTRAIQUES-SUR-VOLANE	427
		AUBENAS	3 588
		BOURG-SAINT-ANDEOL	3 220
		BURZET	211
		CHOMERAC	2 070
		COUCOURON	324
		JOYEUSE	1 384
		LARGENTIERE	1 495
		MONTPEZAT-SOUS-BAUZON	298
		PRIVAS	4 049
		ROCHEMAURE	1 550
		SAINT-ETIENNE-DE-LUGDARES	138
		SAINT-PIERREVILLE	580
		THUEYTS	1 006
		VALGORGE	163
		VALLON-PONT-D'ARC	1 056
		VANS (LES)	1 281
		VILLENEUVE-DE-BERG	1 513
VIVIERS	2 912		
VALS-LES-BAINS	1 947		
	29 212		

Drôme

Secteurs	Etablissement de rattachement		Population 0-16 ans
26101	<i>CH Saint-Vallier</i>	BOURG-DE-PEAGE	6 063
		CHAPELLE-EN-VERCORS (LA)	316
		GRAND-SERRE (LE)	1 781
		ROMANS-SUR-ISERE - CANTON 1	1 635
		SAINT-DONAT-SUR-L'HERBASSE	1 509
		SAINT-JEAN-EN-ROYANS	1 498
		SAINT-VALLIER	5 234
		TAIN-L'HERMITAGE	4 682
		ROMANS-SUR-ISERE - CANTON 2	1 571
		ROMANS-SUR-ISERE	7 289
		31 578	
26102	<i>CHS Le Valmont</i>	CHABEUIL	3 976
		CHATILLON-EN-DIOIS	303
		CREST - NORD	3 091
		CREST - SUD	1 587
		DIE	1 156
		LORIOLE-SUR-DROME	3 932
		LUC-EN-DIOIS	254
		SAILLANS	375
		BOURG-LES-VALENCE	5 086
		PORTES-LES-VALENCE	4 059
		VALENCE	13 254
26103	<i>CH Montélimar</i>	BOURDEAUX	250
		BUIS-LES-BARONNIES	902
		DIEULEFIT	1 417
		GRIGNAN	1 441
		MARSANNE	2 451
		MONTELMAR - CANTON 1	215
		MOTTE-CHALANCON (LA)	156
		NYONS	2 352
		PIERRELATTE	4 622
		REMUZAT	275
		SAINT-PAUL-TROIS-CHATEAUX	3 610
		SEDERON	325
		MONTELMAR - CANTON 2	1 891
MONTELMAR	6 840		
		26 747	

Isère

Secteurs	Etablissement de rattachement	Population 0-16 ans	
38101	<i>CHRU Grenoble</i>	ALLEVARD	1 267
		DOMENE	5 617
		GONCELIN	4 176
		TOUVET (LE)	4 876
		MEYLAN	6 654
		SAINT-ISMIER	3 578
		SAINT-MARTIN-D'HERES	6 801
		GRENOBLE (selon découpage S.D.O)	2 656
	35 625		
38102	<i>CHS Saint-Egrève</i>	FONTAINE-SASSENAGE	3 279
		VILLARD-DE-LANS	2 114
		FONTAINE-SEYSSINET (avec Fontaine ville)	10 390
		GRENOBLE (selon découpage S.D.O)	17 260
	33 043		
38103	<i>CHS Saint-Egrève</i>	BOURG-D'OISANS (LE)	2 042
		CLELLES	246
		CORPS	287
		MENS	483
		MONESTIER-DE-CLERMONT	873
		MURE (LA)	3 027
		VALBONNAIS	304
		VIF	8 402
		VIZILLE	6 455
		ECHIROLLES - EST	3 196
		EYBENS (communes de Herbeys, Poisat, Gières)	4 687
		ECHIROLLES - OUEST	8 506
	38 508		
38104	<i>CHS Saint-Egrève</i>	COTE-SAINT-ANDRE (LA)	2 777
		PONT-EN-ROYANS	1 181
		ROYBON	1 217
		SAINT-ETIENNE-DE-SAINT-GEOIRS	2 641
		SAINT-MARCELLIN	4 233
		TULLINS	2 433
		VINAY	1 710
		SAINT-EGREVE	7 428
		Commune de Voreppe	1 251
		GRENOBLE (selon découpage S.D.O)	8 690
	33 561		
38105	<i>CH Saint-Laurent-du-Pont</i>	GRAND-LEMPS (LE)	3 136
		PONT-DE-BEAUVOISIN (LE)	4 051
		RIVES	7 162
		SAINT-GEOIRE-EN-VALDAINE	1 930
		SAINT-LAURENT-DU-PONT	2 210
		TOUR-DU-PIN (LA)	5 951
		VIRIEU	2 059
		VOIRON (sans la commune de Voreppe)	6 843
	33 342		

Isère (suite)

Secteurs	Etablissement de rattachement		Population 0-16 ans
38106	<i>CH Saint-Laurent-du-Pont</i>	BOURGOIN-JALLIEU - SUD (avec la commune d'Eclosé)	2 268
		CREMIEU	6 251
		MORESTEL	4 792
		VERPILLIERE (LA)	4 297
		PONT-DE-CHERUY	7 037
		BOURGOIN-JALLIEU - NORD	2 533
		L'ISLE-D'ABEAU	9 225
		BOURGOIN-JALLIEU - VILLE	5 203
			41 606
38107	<i>CH Vienne</i>	BEAUREPAIRE	2 626
		HEYRIEUX	4 237
		ROUSILLON	9 655
		SAINT-JEAN-DE-BOURNAY (sans la commune d'Eclosé)	2 827
		VIENNE - NORD	4 995
		VIENNE - SUD	3 501
		VIENNE - VILLE	7 177
	35 018		

Loire

Secteurs	Etablissement de rattachement		Population 0-16 ans
42101	<i>CH Roanne</i>	BELMONT-DE-LA-LOIRE	1 134
		CHARLIEU	3 807
		PACAUDIERE (LA)	1 021
		PERREUX	3 957
		ROANNE - NORD	2 562
		SAINT-HAON-LE-CHATEL	2 913
		SAINT-JUST-EN-CHEVALET	929
		SAINT-SYMPHORIEN-DE-LAY	2 722
		ROANNE - SUD	5 079
		ROANNE	8 439
		Communes de Bully, Saint-Polgues et Dance	129
		32 692	
42102	<i>CH Montbrison</i>	BOEN	2 450
		CHAZELLES-SUR-LYON	2 082
		FEURS	5 161
		MONTBRISON	6 111
		NERONDE	1 600
		NOIRETABLE	797
		SAINT-GALMIER (sans la commune d'Andrézieux-Bouthéon)	6 155
		SAINT-HEAND (sans les communes de l'Etrat, La Talaudière, La Tour-en-Jarez et Sorbiers)	2 517
		SAINT-JUST-SAINT-RAMBERT (sans la commune de Saint Just-Saint Rambert)	5 544
		SAINT-GEORGES-EN-COUZAN	898
		SAINT-GERMAIN-LAVAL (sans les communes de Bully, Saint-Polgues et Dance)	978
		SAINT-JEAN-SOLEYMIEUX (sans les communes de Marols, La Chapelle en Lafaye, Montarcher et Luriecq)	962
			35 255
		42103	<i>CHRU Bellevue</i>
CHAMBON-FEUGEROLLES (LE)	6 633		
FIRMINY	8 107		
SAINT-BONNET-LE-CHATEAU	1 335		
SAINT-ETIENNE (en partie) avec les communes de Saint-Genest-Lerpt, Roche-la-Molière, La Ricamarie, et Villars	28 052		
SAINT-GENEST-MALIFAUX	1 824		
Commune de Saint Just-Saint Rambert	2 934		
Commune d'Andrézieux-Bouthéon	2 796		
Communes de Marols, La Chapelle en Lafaye, Montarcher et Luriecq	197		
	53 180		

Loire (suite)

Secteurs	Etablissement de rattachement	Population 0-16 ans
42104	CHRU Saint-Jean-Bonnefonds	
	PELUSSIN	2 890
	RIVE-DE-GIER	6 719
	Commune de la Valla-en-Gier	205
	SAINT-ETIENNE (en partie) avec les communes de Saint-Jean-Bonnefonds et Saint-Priest-en-Jarez	23 640
	GRAND-CROIX (LA)	5 835
	SAINT-CHAMOND	9 300
	Communes de l'Etrat, La Talaudière, La Tour-en-Jarez et Sorbiers	3 984
	52 573	

Rhône			
Secteurs	Etablissement de rattachement		Population 0-16 ans
69101	<i>CHS Le Vinatier</i>	LYON 1ER ARRONDISSEMENT	4 741
		LYON 2EME ARRONDISSEMENT	4 440
		LYON 4EME ARRONDISSEMENT	5 278
		LYON 5EME ARRONDISSEMENT	9 171
			23 630
69102	<i>CHS Le Vinatier</i>	RILLIEUX-LA-PAPE	9 972
		NEUVILLE-SUR-SAONE (sauf 7 communes)	6 565
		CALUIRE-ET-CUIRE	8 601
		LYON 6EME ARRONDISSEMENT	7 635
			32 773
69103	<i>CHS Le Vinatier</i>	LYON 3EME ARRONDISSEMENT	11 968
		LYON 8EME ARRONDISSEMENT	12 729
			24 697
69104	<i>CHS Le Vinatier</i>	VILLEURBANNE	23 250
			23 250
69105	<i>CHS Le Vinatier</i>	BRON	9 067
		MEYZIEU	13 241
		DECINES-CHARPIEU	11 780
		VAULX-EN-VELIN	13 265
			47 353
69106	<i>CHS St Cyr</i>	ANSE	5 022
		BEAUJEU	2 284
		MONSOLS	767
		BELLEVILLE	4 770
		VILLEFRANCHE-SUR-SAONE	13 150
		LYON 9EME ARRONDISSEMENT	10 911
			36 904
69107	<i>CHS Saint-Jean-de-Dieu</i>	VENISSIEUX	15 158
		LYON 7EME ARRONDISSEMENT	8 973
		Commune de Saint-Fons	3 968
			28 099
69108	<i>CHS Saint-Jean-de-Dieu</i>	CONDRIEU	3 123
		GIVORS	9 362
		MORNANT	4 760
		SAINT-LAURENT-DE-CHAMOUSSET	2 719
		SAINT-SYMPHORIEN-SUR-COISE	3 294
		SAINT-SYMPHORIEN-D'OZON	9 328
		SAINT-PRIEST	11 094
		SAINT-FONS	5 061
69109	<i>CH Lyon Sud</i>	SAINT-GENIS-LAVAL	10 251
		VAUGNERAY	9 683
		OULLINS	5 633
		IRIGNY	6 782
		SAINTE-FOY-LES-LYON	6 602
		TASSIN-LA-DEMI-LUNE	6 004
		44 955	

Rhône (suite)

Secteurs	Etablissement de rattachement	Population 0-16 ans
69110	CHS Saint-Cyr au Mont d'Or	
	AMPLEPUIS	1 755
	ARBRESLE (L')	7 999
	BOIS-D'OINGT (LE)	3 184
	LAMURE-SUR-AZERGUES	1 155
	LIMONEST	13 615
	TARARE	5 045
	THIZY	2 863
	Communes de Albigny, Curis, Saint-Romain, Couzon, Saint-Germain, Quincieux, et Poleymieux	3 145
		38 761

Savoie

Secteurs	Etablissement de rattachement	Population 0-16 ans	
73101	CHS de la Savoie	AIGUEBELLE	843
		CHAMBRE (LA)	1 228
		CHAMOIX-SUR-GELON	789
		LANSLEBOURG-MONT-CENIS	558
		MODANE	1 715
		MONTMELIAN	2 825
		ROCHETTE (LA)	1 413
		SAINT-JEAN-DE-MAURIENNE	3 717
		SAINT-MICHEL-DE-MAURIENNE	1 097
		CHAMBERY	11 879
		26 064	
73102	CHS de la Savoie	ALBENS	1 429
		CHATELARD (LE)	635
		EHELLES (LES)	980
		MOTTE-SERVOLEX (LA)	3 273
		PONT-DE-BEAUVOISIN (LE)	1 739
		RUFFIEUX	826
		SAINT-GENIX-SUR-GUIERS	1 091
		YENNE	1 122
		AIX-LES-BAINS - NORD - GRESY	1 409
		RAVOIRE (LA)	3 907
		AIX-LES-BAINS - SUD	2 165
		COGNIN	2 555
		AIX-LES-BAINS	5 155
73103	CHS de la Savoie	AIME	1 798
		ALBERTVILLE - NORD	1 038
		BEAUFORT	928
		BOURG-SAINT-MAURICE	3 133
		BOZEL	1 774
		GRESY-SUR-ISERE	1 634
		MOUTIERS	3 603
		SAINT-PIERRE-D'ALBIGNY	1 277
		UGINE	2 458
		ALBERTVILLE - SUD	2 110
		SAINT-ALBAN-LEYSSE	3 246
ALBERTVILLE	4 056		
		27 055	

Haute-Savoie

Secteurs	Etablissement de rattachement		Population 0-16 ans
74101	<i>USS Seynod</i>	ALBY-SUR-CHERAN	2 093
		CRUSEILLES	1 692
		FAVERGES	3 017
		FRANGY	1 467
		RUMILLY	5 418
		SEYSSEL	1 066
		THONES	2 894
		THORENS-GLIERES	2 148
		ANNECY - NORD-OUEST	6 589
		ANNECY-LE-VIEUX	7 257
		SEYNOD	11 089
		ANNECY	9 012
			53 742
74102	<i>USS La Roche-sur-Foron</i>	ANNEMASSE - NORD	4 811
		BOEGE	1 291
		BONNEVILLE	7 014
		REIGNIER	3 027
		ROCHE-SUR-FORON (LA)	4 115
		SAINT-JEOIRE	2 123
		SAINT-JULIEN-EN-GENEVOIS	5 682
		ANNEMASSE - SUD	3 758
		ANNEMASSE	6 485
			38 306
74103	<i>CH Thonon</i>	ABONDANCE	1 054
		BIOT (LE)	1 385
		DOUVAINE	4 542
		EVIAN-LES-BAINS	5 321
		THONON-LES-BAINS	10 569
			22 871
74104	<i>USS La Roche-sur-Foron</i>	CHAMONIX-MONT-BLANC	2 906
		CLUSES	5 531
		SAMOENS	792
		TANINGES	1 457
		SAINT-GERVAIS-LES-BAINS	3 652
		SALLANCHES	5 867
		SCIONZIER	2 786
			22 991

GLOSSAIRE

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
ANPE : Agence Nationale Pour l'Emploi
CAMSP : Centre d'Action Médico-Sociale Précoce
CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel.
CAUPAG : Centre d'Accueil des Urgences Psychiatriques de l'Agglomération
Grenobloise
CH : Centre Hospitalier
CHI : Centre Hospitalier Intercommunal
CHRS : Centre d'Hébergement et de Réadaptation Sociale
CHS : Centre Hospitalier Spécialisé.
CHSE : Centre Hospitalier de Saint Egrève
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CMP : Centre Médico-Psychologique
COM : Contrat d'Objectifs et de Moyens
COTER : Comité Technique Régional
CPA : Centre Psychothérapique de l'Ain
CUMP : Cellule d'Urgence Médico-Psychologique
EPSM : Etablissement Public de Santé Mentale
FDT : Foyer à Double Tarification
HC : : Hospitalisation Complète
HCL : Hospices Civils de Lyon
HJ : Hôpital de Jour
HPP : Hôpital Psychiatrique Privé
IDE : Infirmier Diplômé d'Etat
MAPAD : Maison d'Accueil pour Personnes Agées Dépendantes
MAS : Maison d'Accueil Spécialisée
MCO : Médecine – Chirurgie – Obstétrique
ORSPERE : Observatoire Régional de la Souffrance Psychique En Rapport avec
l'Exclusion.
PAIO : Permanence d'Accueil, d'Information et d'Orientation
PMI : Protection Maternelle et Infantile
PMSI : Programme Médicalisé des Systèmes d'Information
PSPH : Privé Participant au Service Public Hospitalier
SAMU social : Service d'Aide Médicale d'Urgence sociale
SATU : Service d'Accueil et de Traitement des Urgences
SESSAD : Service d'Education Spéciale et de Soins A Domicile
SIH : Syndicat Inter- Hospitalier
SMPR : Service Médico-Psychologique Régional
SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
UMAP : Unité pour Malades Agités et Perturbateurs
UPATOU : Unité de Proximité d'Accueil, de Traitement et d'Orientation des Urgences
UPID : Unité Psychiatrique Inter Départementale