



**GUIDE DE MISE EN OEUVRE
DU SROS DE PSYCHIATRIE ET DE SON ANNEXE**

1999-2004

SOMMAIRE

Préambule	2
Chapitre 1	
Qualité des soins	3
1.1. L'accueil et l'information du malade et de sa famille	4
1.2. Les systèmes d'information médicale et l'évaluation	5
1.3. Les conditions matérielles d'accueil et d'hébergement	5
1.4. Protocoles de certains soins spécifiques	6
Chapitre 2	
Diversification des modes de prise en charge et accessibilité	8
Chapitre 3	
Rapprochement et articulation avec les services de soins généraux	11
3.1. Psychiatrie de liaison	12
3.2. Urgences psychiatriques	13
3.3. Transferts de lits de psychiatrie	16
3.4. Participation aux pôles sanitaires	17
Chapitre 4	
Evolutions organisationnelles des secteurs et des établissements	19
Chapitre 5	
Prises en charge spécifiques de certains patients	22
5.1. Enfants et adolescents	23
5.2. Autistes	28
5.3. Personnes âgées	29
5.4. Patients présentant des pathologies à longue évolution	31
5.5. Patients en situation de précarité et d'exclusion	34
5.6. Conduites addictives	35
5.7. Divers	37
Chapitre 6	
Travail en réseau et en complémentarité	38
6.1. Psychiatrie générale et psychiatrie infanto-juvénile	39
6.2. Psychiatrie sectorisée et psychiatrie non sectorisée PSPH et privé	40
6.3. Psychiatrie hospitalière et médecine libérale	41
6.4. Psychiatrie et secteur médico-social	41
6.5. Services psychiatriques et somatiques et secteurs médico-social, éducatif, scolaire, pédagogique et associatif	41
Glossaire	43

Préambule

Ce guide de mise en œuvre destiné à accompagner le SROS de psychiatrie et son annexe n'est pas un document opposable.

Il est en cohérence avec la mise à jour du SROS de 1996, et en confirme et précise les objectifs et les priorités.

Il applique sur le territoire régional les objectifs stratégiques et opérationnels définis dans le SROS et son annexe en les adaptant aux changements survenus depuis 1996, en particulier, l'évolution des besoins et celle des stratégies thérapeutiques, les mutations opérées, le contexte actuel budgétaire mais aussi les problèmes liés à la démographie médicale avec les difficultés croissantes de recrutement des psychiatres dans le secteur public.

Il prend, de plus, en compte les demandes nouvelles du secteur somatique (psychiatrie de liaison, prise en charge des urgences psychiatriques, rapprochement de l'hospitalisation complète psychiatrique des soins généraux) et du secteur social (souffrance psychique, patients en grande difficulté sociale, ...).

Ainsi, ce guide décline par objectifs stratégiques ou priorités et par départements, les opérations nécessaires à la mise en œuvre du SROS et de son annexe en précisant les lieux d'application (établissements et secteurs psychiatriques) et les modalités opérationnelles.

CHAPITRE I

QUALITE DES SOINS

Comme dans toute discipline médicale, la qualité des soins en psychiatrie se rapporte au patient et à sa prise en charge, à la détection et à la prévention des risques, au management des secteurs d'activité et à la gestion des ressources humaines, de la logistique et du système d'information ; néanmoins elle comporte pour la psychiatrie des aspects particuliers en lien, notamment, avec la spécificité de la maladie mentale, l'activité sectorielle et la pluridisciplinarité des équipes, la nécessité de travail en réseau avec ses partenaires sociaux et médico-sociaux ; elle doit aussi prendre en compte la taille et l'ancienneté de certains établissements.

1.1. L'accueil et l'information du malade et de sa famille

L'Ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée stipule dans son titre premier "les droits des malades" : qualité de la prise en charge, remise d'un livret d'accueil et de la Charte du patient hospitalisé, respect des droits et obligations des patients hospitalisés.

Par ailleurs, le code de déontologie médicale (décret du 6 septembre 1995) précise les devoirs du médecin dans le domaine de l'information et du consentement du malade ou de son représentant légal.

L'application de ces textes présente en psychiatrie des difficultés particulières qui nécessitent un travail en concertation de l'ensemble des professionnels.

Ainsi, dans chaque établissement sera mis en place un "dispositif qualité" coordonné traitant en partenariat multiprofessionnel les problèmes posés notamment par :

- l'accueil du patient
- les informations à donner au patient et à sa famille sur :
 - le diagnostic (information minimale nécessaire),
 - les traitements,
 - l'importance de l'observance et le repérage des effets secondaires,
 - les modalités de participation de la famille au suivi et à la réadaptation du patient,
- le dossier médical : il comportera les éléments d'information communs à tous les services d'un même établissement et permettra le suivi des patients (notification des différents actes, des conclusions des synthèses, des objectifs de la prise en charge, formalisation du projet individuel de soins, de réadaptation et d'insertion).
Un tel dossier doit être mis en place dans tous les établissements.
- la prise en charge hôtelière et son adaptation à la pathologie psychiatrique,
- la lisibilité du dispositif sectorisé.

1.2. Les systèmes d'information médicale et l'évaluation

L'évaluation des activités doit être quantitative et qualitative.

Dans l'attente des données du PMSI, l'évaluation s'appuiera sur les rapports annuels de secteurs mieux renseignés, fiabilisés et éventuellement complétés par des enquêtes spécifiques

La qualité des rapports de secteurs, l'amélioration et l'utilisation des fiches patients, la mise au point de nouveaux outils d'information et d'évaluation seront recherchés en concertation entre les professionnels.

Tous les établissements devront structurer l'information médicale avec un temps de médecin (au CHS de la Roche sur Foron, notamment), si nécessaire par des conventions inter établissements.

De plus, les départements d'information médicale existants optimiseront leur activité se rapportant à la psychiatrie, notamment en Isère (au CHS de Saint-Egrève où le partenariat avec les autres établissements doit être développé), et au CH de Vienne.

La démarche d'évaluation de la qualité autour des concepts de filières de soins doit se poursuivre dans la continuité de celle initiée par le COTER Evaluation et dans la perspective de l'accréditation et peut être travaillée et élaborée en inter institutionnel.

Les projets nouveaux devront comporter les méthodes et indicateurs d'évaluation de l'activité, du fonctionnement et de l'efficacité de l'opération.

Les groupes de recherche poursuivront leurs activités dans ces domaines et dans celui de l'évolution des pratiques, sur les pôles de Lyon, Grenoble et Saint-Etienne.

1.3. Les conditions matérielles d'accueil et d'hébergement

Elles nécessitent qu'en raison de leur vétusté certains établissements élaborent un calendrier prévisionnel de rénovation et de restructuration de leurs locaux.

- C'est le cas, entre autres :

Dans la Drôme : l'humanisation de locaux est à étudier et à programmer.

Dans l'Isère : la poursuite des travaux nécessaires dans les établissements du département devra être prévue dans une programmation pluriannuelle, notamment au CHS de Saint-Egrève.

Dans le Rhône : pour Saint-Jean de Dieu, Saint-Cyr au Mont d'Or, Le Vinatier et le SMPR Saint Paul.

Au CHS de la Savoie :

Le programme de rénovation-humanisation en cours et prévu jusqu'en 2001 concerne des bâtiments très vétustes et doit être réalisé.

Plusieurs bâtiments désaffectés seront disponibles et pourront trouver une autre affectation.

- Avec pour partie cet objectif, d'autres établissements doivent poursuivre leurs projets de restructuration ou de relocalisation des unités d'hospitalisation complète :

Dans l'Ain : par le projet de regroupement du CPA sur le seul site de Saint-Georges.

Dans l'Ardèche : par des délocalisations de lits sur Aubenas et Annonay.

- Les locaux attribués aux prises en charge alternatives doivent être adaptés à l'accueil de patients : certains seront rénovés ou installés dans d'autres bâtiments : **En Haute-Savoie**, notamment.

1.4. Protocoles de certains soins spécifiques

® Les tentatives de suicide

Les recommandations de l'ANAES seront appliquées de sorte que les suicidants accueillis dans les services d'urgence ou dans des services de médecine seront dans tous les cas examinés par un psychiatre et que la post-urgence sera organisée après la sortie avec suivi par des relais extrahospitaliers.

Des protocoles seront élaborés en commun entre psychiatres, somaticiens, urgentistes et travailleurs sociaux pour l'accueil des tentatives de suicide, en particulier aux services d'urgence et pour la suite de l'hospitalisation.

Des actions de santé publique seront mises en œuvre en application du programme régional de santé "Prévention des suicides et des tentatives de suicide en Rhône-Alpes". Certaines sont en cours d'élaboration dans le Rhône et en Haute-Savoie, en particulier, et seront mises en œuvre et évaluées.

® Les situations de violence

- Chambres d'isolement

Le référentiel de pratique concernant les chambres d'isolement établi par l'ANAES sera appliqué : mise en chambre d'isolement sur prescription médicale, pour des indications précises, avec une surveillance étroite médicale et infirmière et pour une durée maximum de 24 heures renouvelables.

Une possibilité de fuite en cas d'incendie doit être prévue.

Ces recommandations seront appliquées dans tous les établissements de la région, les protocoles seront réétudiés en concertation entre personnels médicaux et paramédicaux.

Lors des restructurations-rénovations des établissements, les capacités en chambres d'isolement seront maintenues en fonction des besoins identifiés.

- Unités pour Malades Agités et Perturbateurs

Ces unités doivent apporter un mode d'hospitalisation complète sécurisée adaptée à ces malades et faciliter un fonctionnement "ouvert" des autres services.

Les protocoles de prise en charge de ces malades respecteront l'intimité et la dignité des patients.

Dans l'Ain : l'accueil des malades difficiles du département dans l'unité "Les Sycomores" du CPA sera poursuivi et évalué dans son fonctionnement et ses résultats.

Dans le Rhône : il sera créé sur l'agglomération lyonnaise une unité inter-départementale de 18 lits destinée à recevoir les malades du Rhône, du Nord Isère et de la Loire. La vocation interdépartementale de cette unité pour la Drôme et pour la Loire nécessitera une définition précise des conditions d'accueil. L'évaluation du fonctionnement et de l'activité permettra aussi d'estimer l'opportunité de la création d'autres unités interdépartementales.

Dans l'Ardèche : l'individualisation d'une unité intersectorielle pour ces malades agités et perturbateurs (UMAP) sera étudiée. La vocation interdépartementale de cette unité pour la Drôme et pour la Loire nécessitera une définition précise des conditions d'accueil.

Cette unité sera évaluée dans son fonctionnement et son activité.

Les malades agités et perturbateurs de **la Loire** seront accueillis dans l'une ou l'autre des structures interdépartementales à créer dans le Rhône et l'Ardèche en fonction des conditions d'accueil et de sortie définies.

Des représentants des équipes psychiatriques du département participeront aux travaux d'élaboration de ces projets.

Dans les 3 départements alpins :

une réflexion est à initier entre les trois départements alpins sur la prise en charge des malades agités et perturbateurs.

® Les Sismothérapies

Les contraintes organisationnelles liées à la sécurité anesthésique entraînent des exigences sur les modalités d'application de cette thérapeutique.

La poursuite de sa mise en œuvre demande l'instauration d'une coopération opérationnelle des services de psychiatrie et des services d'anesthésie des centres hospitaliers généraux et des établissements privés voisins.

Des pôles intersectoriels et inter établissements de sismothérapie pourront ainsi être créés. Ils travailleront de façon contractuelle avec les autres établissements, dont les établissements privés.

CHAPITRE 2

DIVERSIFICATION DES MODES DE PRISE EN CHARGE ET ACCESSIBILITE

La diversification des modes de prise en charge à temps partiel et en ambulatoire traduit la flexibilité du système de soins.

Elle permet de mieux répondre aux besoins des patients psychiatriques en adaptant les possibilités thérapeutiques à leurs problèmes spécifiques.

Cette diversification doit s'accompagner d'un effort de développement des structures extra-muros par rapport aux établissements hospitaliers, de façon à apporter des soins adaptés à proximité des lieux de vie des patients et à les maintenir dans leur réseau relationnel ; sera ainsi favorisée l'association d'un projet de qualité de vie à un projet de soins.

Cette diversification doit s'accompagner d'une amélioration de l'accessibilité et de la proximité des soins par la localisation, les heures d'ouverture et les modalités d'accueil des structures.

Les alternatives s'organiseront en un réseau de soins coordonné, articulé autour du CMP, et comporteront des structures intersectorielles de réadaptation et de réinsertion sociale (placements familiaux thérapeutiques, appartements thérapeutiques...).

Les conditions seront réunies pour que chaque secteur puisse disposer, en moyenne par établissement et au minimum,

- en psychiatrie générale, d'un centre médico-psychologique ouvert 5 jours / semaine et de 10 places d'hôpital de jour (ou CATTP)
- en psychiatrie infanto-juvénile, d'un centre médico-psychologique ouvert 5 jours / semaine et de 15 places d'hôpital de jour (ou CATTP).

De plus, le développement des alternatives se fera, en psychiatrie générale :

Dans l'Ain : avec leur extériorisation et leur développement sur l'ensemble du département :

Cette diversification des modes de prise en charge se fera par redéploiement des moyens correspondant à la fermeture des lits d'hospitalisation complète.

Chaque secteur comportera, en extra-muros de proximité, une unité d'hôpital de jour et un CATTP.

Dans l'Ardèche, à la Voulte-sur-Rhône où une consultation sera mise en place,

Dans l'Ardèche et la Drôme, en coordination :

Les structures alternatives installées **le long de la Vallée du Rhône** s'établiront et se développeront en coordination et en complémentarité entre les deux départements de l'Ardèche et de la Drôme, soit entre l'Hôpital Sainte-Marie, le CHS le Valmont, les CH de Saint-Vallier, Romans-sur-Isère, Valence et Montélimar.

Ce sera le cas entre autres à Tain l'Hermitage - Tournon-sur-Rhône, Valence - Guilhaud-Grange et Montélimar - Le Teil.

Dans la Drôme

Seront aussi développées les prises en charge ambulatoires :

- **A Livron et Loriol** : avec amélioration de l'accessibilité par augmentation des heures d'ouverture,

- Dans le **sud-est du département**, avec installation d'alternatives, accueils familiaux et appartements thérapeutiques entre autres, devant permettre d'assurer des soins de proximité (Val de Drôme et Baronnies).

Dans l'Isère :

- Sur le **Nord-Isère** :

- renforcement de l'extrahospitalier existant pour les 3 secteurs, G11, G12 et G13 par la création d'appartements thérapeutiques et par le développement des CATTP et du Service d'Accueil Familial Thérapeutique.
- renforcement et délocalisation sur Bourgoin-Jallieu de l'hôpital de jour intersectoriel du CP du Vion.
- ouverture d'un CMP à Saint-Jean de Bournay sur le secteur G14 et étude des besoins en HJ ou CATTP dans les secteurs 38G14 et 38G15.

- Le **secteur 38 G01** doit orienter l'offre de soins au profit des alternatives à l'hospitalisation complète notamment sur le nord du secteur avec reconfiguration des structures existantes et amélioration de l'accessibilité des CMP par augmentation des heures d'ouverture et développement des CATTP.

Dans la Loire :

Le nombre limité de lits d'Hospitalisation Complète dans les secteurs de la Loire et l'absence de lits pour deux d'entre eux rendent particulièrement nécessaire le développement d'alternatives : notamment de l'hospitalisation de jour pour les secteurs 42G03, 04, 06 et 07 avec mise en place d'un CATTP intersectoriel sur le Roannais.

Dans l'agglomération stéphanoise, des CATTP permettront de renforcer les actions de santé mentale au plus près des populations dans les quartiers "sensibles".

Dans le Rhône : le renforcement de l'offre de soins sur le **nord du département** portera sur :

- l'aménagement ou le développement des structures de proximité dont les lieux d'installation et les temps d'ouverture faciliteront l'accessibilité
- l'installation d'un hôpital de jour intersectoriel de 20 places à Villefranche.

En Haute Savoie :

- **La diversification des prises en charge concernera les structures de proximité dans les bassins de population d'Annecy, Annemasse, Bonneville, Sallanches, Thonon-les-Bains et Evian-les-Bains.**

Ces opérations sont la priorité du département.

La mise en place de ces structures doit s'accompagner de l'amélioration de l'état des locaux des structures existantes.

- **Création de CMP de psychiatrie générale et de psychiatrie infanto-juvénile à Saint-Julien-en-Genevois en collaboration entre le CHS de la Roche sur Foron et le CPA.**

CHAPITRE 3

RAPPROCHEMENT ET ARTICULATION AVEC LES SERVICES DE SOINS GENERAUX

Ce rapprochement avec les établissements de santé assurant les soins généraux comporte quatre volets :

- . la psychiatrie de liaison,*
- . la participation aux activités des services d'urgences par la prise en charge des urgences psychiatriques,*
- . l'installation de lits d'hospitalisation complète de psychiatrie dans ou à proximité de ces établissements,*
- . le quatrième volet apporté par le SROS de Médecine-Chirurgie-Obstétrique est constitué par la participation aux pôles sanitaires des établissements de santé spécialisés en psychiatrie.*

Dans tous les cas des conventions bipartites formaliseront très précisément les éléments de chaque participation.

3.1. Psychiatrie de liaison

Dans les établissements de santé, centres hospitaliers de soins généraux et établissements de soins de suite et de réadaptation, le développement de la psychiatrie de liaison est mis en œuvre. Plus qu'une psychiatrie de liaison, c'est une véritable alliance dans la prise en charge des patients qui est à établir entre services somatiques et psychiatriques.

Cette collaboration réciproque, diagnostique et thérapeutique, est particulièrement nécessaire dans les troubles psychologiques accompagnant certaines affections et certains traitements somatiques, ainsi que dans des prises en charge spécifiques telles que la lutte contre la douleur et les soins palliatifs.

Cette alliance pourra prendre, au niveau organisationnel, des modes variés, interventions conjointes et complémentaires auprès des malades, formation et soutien des équipes de médecine somatique, groupes de soutien thérapeutique, consultations conjointes, unités d'hospitalisation médico-psychiatriques.

Les établissements hospitaliers auront à préciser dans leur projet d'établissement et leur contrat d'objectifs et de moyens l'organisation concrète et la réciprocité de cette psychiatrie de liaison.

Dans tous les établissements de santé de la région, la psychiatrie de liaison doit être développée en fonction des besoins et des moyens mobilisables.

Sont plus précisément concernés, avec des caractéristiques particulières, les centres hospitaliers suivants :

Dans l'Ardèche : le CH de Privas par les équipes de l'HPP Sainte Marie.

Dans la Drôme : les CH de Montélimar et de Valence par les équipes des secteurs correspondantes.

Dans le Rhône :

- L'extension de la psychiatrie de liaison au CH de Givors par le secteur 69G15 en un réseau "Ville - Hôpital - Secteur Psychiatrique" intégrant le CHS de Saint Jean de Dieu, la médecine libérale et les partenaires sociaux et institutionnels permettra de réaliser un dépistage précoce et une prise en charge globale.
- à Villefranche-sur-Saône, il convient d'établir une coopération entre le CHS de Saint Cyr au Mont d'Or et le CPA en raison des flux de population.

3.2. Urgences psychiatriques

• **Aux urgences générales** - Une coopération est imposée entre établissements assurant le service public hospitalier en ce qui concerne l'accueil et le traitement des urgences psychiatriques (décret du 30 mai 1997). L'organisation doit permettre soit la présence d'un psychiatre soit qu'à "tout moment un psychiatre puisse venir".

Etablie généralement en intersectorialité, cette organisation sera adaptée :

- à la nature et à la fréquence des urgences psychiatriques arrivant au service d'urgence,
- au contexte local (importance du service d'urgence, proximité de l'établissement psychiatrique, des CMP, psychiatrie de liaison, effectif des personnels de psychiatrie médicaux et non médicaux...).

L'obligation de convention entre établissements assurant le service public hospitalier n'exclut pas que participent à l'accueil et au traitement des urgences des psychiatres libéraux ou des établissements privés lucratifs réservant des lits à cette prise en charge.

*Dans tous les cas, le dispositif est bien précisé dans une **convention** bipartite, négociée localement entre partenaires, claire, détaillée, mentionnant*

- les temps de présence des psychiatres,
- les astreintes et les coordonnées téléphoniques des permanences d'appel,
- les temps de présence et les missions des infirmiers psychiatriques,
- les locaux mis à disposition des équipes de psychiatrie pour l'accueil des malades et de leur famille, ainsi que l'activité de secrétariat.

*Certaines prises en charge spécifiques feront l'objet de **protocoles** élaborés conjointement entre psychiatres et urgentistes.*

*La prise en charge des **urgences psychiatriques de l'enfant et de l'adolescent** sera organisée, formalisée et lisible.*

*Les établissements psychiatriques organiseront la **post-urgence** des malades reçus aux urgences générales : accueil en **hospitalisation complète** ou prise en charge **ambulatoire** selon la solution adaptée à leur état. Des contrats "de relais" ou des conventions formaliseront cette organisation.*

Lorsque les établissements psychiatriques spécialisés mettent en place un accueil d'urgence, celui-ci doit être organisé en fonction des besoins et, toujours en collaboration et complémentarité avec les services d'urgences générales et, si nécessaire, avec, dans ces cas aussi, signature de contrats dits "de relais".

Un examen psychiatrique et un examen somatique auront lieu dans les meilleurs délais après l'accueil du malade.

- *La fréquence du recours aux urgences sera réduite par la possibilité de **prise en charge des situations de crise** grâce à l'amélioration de l'accessibilité aux soins :*

- *souplesse de fonctionnement des CMP avec réservation de plages sans rendez-vous pour l'accueil des patients à voir très rapidement ;*
- *permanences téléphoniques des CMP et de l'hôpital spécialisé connue des différents partenaires de la santé mentale et des malades ;*
- *développement des interventions de secteurs (visites à domicile...).*

- *L'organisation en **réseau** de la psychiatrie avec tous les partenaires de la Santé Mentale, publics, privés, associatifs participera à la résolution des situations de crise et d'urgence. En cela, le partenariat avec la médecine libérale spécialisée et générale doit être développé.*

*Les médecins généralistes et spécialistes du territoire couvert par les urgences, les autres professionnels de santé, les secteurs médico-social, social, associatif, les services de permanence téléphonique et les malades suivis par les secteurs de psychiatrie **seront informés de l'organisation des accueils d'urgence dont la lisibilité sera assurée.***

Cette organisation sera mise en place ou réorganisée et formalisée dans les centres hospitaliers de la région en fonction des besoins et notamment dans les départements suivants :

L'Ain :

- **Au CH de Fleury** à Bourg-en-Bresse où une convention avec le CPA fixe la présence psychiatrique pour la prise en charge des urgences et la psychiatrie de liaison. L'organisation de locaux d'accueil spécifiques pour le patient et sa famille et la mise à disposition de 2 à 3 lits d'hospitalisation de très courte durée restent à étudier et à formaliser.

- **Au CPA**, les modalités d'admission sont à définir (Centre d'Accueil permanent, éventuellement) et prendront en compte la nécessité d'un examen psychiatrique et somatique dans les meilleurs délais.

- Le dispositif adopté dans les deux établissements doit être lisible et formalisé.

- **Dans les autres Etablissements de Santé** du département, la coopération sera étudiée avec le CPA.

L'Ardèche :

Les conventions entre les CH du département et l'hôpital **Sainte Marie** seront élaborées (avec le CH de Privas, notamment) ou précisées.

La Drôme :

Au CH de Valence, par les équipes du CHS Le Valmont : permanence et astreintes des psychiatres, présence et tâches de l'équipe infirmière, mise à disposition d'un local d'accueil spécifique et de quelques lits d'hospitalisation de très courte durée seront réétudiés.

En raison de la fréquentation habituelle des urgences par des malades de l'Ardèche, les équipes de **l'hôpital Sainte-Marie** participent à cette activité en application de la convention signée.

Au CH de Montélimar, par les équipes des secteurs G05 et G06 avec possibilité d'une collaboration des équipes des secteurs voisins de l'Ardèche, à étudier en concertation.

Aux CH de Romans-sur-Isère et de Saint-Vallier :

Les secteurs de psychiatrie générale et de psychiatrie infanto-juvénile doivent se coordonner pour la prise en charge des urgences psychiatriques et l'organisation de leurs astreintes.

L'Isère :

La structuration de Centre d'Accueil des Urgences Psychiatriques de l'Agglomération Grenobloise (CAUPAG) sera complétée avec en particulier un renforcement des équipes.

La Loire :

- Une augmentation de la présence psychiatrique au SATU du **CHU de Saint-Etienne**, prévue en prenant en compte la nature et la fréquence des interventions relevées par enquête, portera sur les temps de psychiatre et des infirmières,
- **Un travail en réseau avec les urgences des CH du Pays de Gier et de Firminy** devra être défini par les trois établissements dans ses modalités de partenariat et de complémentarité, en fonction des besoins observés, et formalisé.

Le Rhône :

La réponse psychiatrique apportée par les **3 CHS** et les services d'urgences des **Hospices Civils de Lyon** sera clairement définie dans ses objectifs et ses prises en charge et structurée dans son organisation dans chaque établissement et pour l'ensemble de l'agglomération lyonnaise.

Un document-guide commun devrait apporter la lisibilité du dispositif nécessaire aux différents partenaires de l'urgence.

Les participations à la prise en charge des urgences psychiatriques :

- de Saint-Jean de Dieu, à Saint Joseph - Saint Luc et à Givors
- de Saint-Cyr au Mont d'Or à Tarare et Villefranche-sur-Saône

seront étudiées en fonction des besoins et précisées.

Pour l'amélioration de l'accueil des **urgences pédopsychiatriques aux HCL**, la signature de conventions fixant un dispositif adapté avec la présence médicale et paramédicale nécessaire devra intervenir entre les services de pédopsychiatrie et les urgences pédiatriques et générales (pavillons S et N, entre autres).

La liaison sera établie entre les services d'urgences et les structures psychiatriques afin d'assurer la prise en charge de l'immédiate post-urgence soit en hospitalisation soit en ambulatoire.

Cette liaison sera notamment formalisée par une convention avec les établissements PSPH, comme c'est le cas actuellement entre les HCL et la clinique Notre-Dame pour l'hospitalisation, d'une part, et entre les HCL et Santé Mentale et Communautés pour le suivi ambulatoire, d'autre part.

La Savoie :

Dans les vallées de la Tarentaise et de la Maurienne, le CHS de la Savoie devra établir un partenariat avec les établissements de santé et organiser la présence psychiatrique et les modes de fonctionnement en fonction des besoins recensés. Pour la Tarentaise, l'organisation sera définie conjointement par le CHS de la Savoie et le syndicat inter hospitalier.

La Haute Savoie :

Aux CHI d'Annemasse-Bonneville et sur le site de Sallanches du SIH des Hôpitaux du Mont Blanc, l'amélioration de la situation actuelle est indispensable à Annemasse, en particulier : la présence de l'équipe psychiatrique, les astreintes et les locaux seront définis en fonction des besoins.

3.3. Transfert de lits de psychiatrie dans les établissements de soins généraux

Des lits de psychiatrie des établissements spécialisés seront installés dans ou à proximité des établissements de santé assurant des soins généraux lorsque ce rapprochement est estimé nécessaire pour apporter une meilleure réponse, plus proche et plus accessible, aux besoins de la population. La présence d'une équipe soignante de psychiatrie dans les unités ainsi créées auprès des services de soins somatiques facilitera la réalisation de la psychiatrie de liaison et la prise en charge des urgences psychiatriques.

Sont concernés :

L'Ain : à Ambérieu, mise en œuvre du transfert de 25 lits d'Hospitalisation complète par le CPA.

D'autres transferts pourront être envisagés après étude des besoins et en fonction des flux de population et des complémentarités avec les centres hospitaliers et la clinique du Sermay.

L'Ardèche : à Aubenas par l'Hôpital Sainte-Marie.

Cette délocalisation de lits effectuée dans le cadre d'une restructuration de l'hôpital Sainte-Marie pourrait porter sur 80 lits, soit 2 unités de 20 lits pour chacun des 2 secteurs du sud du département (07G04 et 05).

La faisabilité technique de cette opération sera préalablement précisée.

Le transfert de lits de gérontopsychiatrie à Annonay et à Aubenas sera étudié.

La Drôme : au CH de Montélimar pour les secteurs G05 et G06.

La mise en place à Montélimar de lits d'hospitalisation complète constitue une priorité au sud du département afin que tout malade des deux secteurs puisse bénéficier d'une hospitalisation de proximité, s'il le désire.

Cette installation de lits pour les secteurs G05 et G06 sera réalisée par le transfert des lits de ces secteurs installés actuellement au CHS le Valmont ;

Sont à confirmer le nombre de lits à installer (60 environ) ainsi que l'établissement de rattachement des deux secteurs concernés.

Les modalités de réalisation de cette opération et sa programmation par étapes successives, seront précisées.

La Savoie : au CH de Chambéry,

- La position de la psychiatrie sera définie en complément de la prise en charge des urgences psychiatriques et de la psychiatrie de liaison.

L'organisation des soins des patients relevant de la psychiatrie dans les services de neurologie et de neuropsychiatrie du CH de Chambéry en lien avec le CHS de la Savoie est examinée par les directions et les équipes soignantes du Centre Hospitalier et de Psychiatrie.

Il conviendra d'étudier les possibilités d'individualisation de lits de psychiatrie, de définir les objectifs des hospitalisations qui y seront faites et les populations accueillies ainsi que d'en déterminer les modalités de fonctionnement.

Cette unité pourra accueillir des lits pour adolescents.

- Par ailleurs, en raison du contexte géographique et climatique, et pour rapprocher les soins psychiatriques des usagers, une réflexion départementale est à initier sur une extériorisation de lits du CHS de la Savoie dans un **établissement de santé de la Tarentaise (C.H d'Albertville)**. Le projet élaboré sera mis en œuvre.

La Haute Savoie : sur le site de Sallanches du Syndicat Inter Hospitalier (SIH) des Hôpitaux du Mont Blanc et au Centre Hospitalier Intercommunal d'Annemasse- Bonneville (CHIAB),

le projet de transfert de lits du CHS de La Roche sur Foron sur le CHIAB estimée prioritaire en raison de l'augmentation rapide de la population locale, doit être élaboré.

Le projet de transferts de lits sur le site de Sallanches en cours d'étude sera réalisé dans les 5 ans.

3.4. Participation aux pôles sanitaires

Le SROS MCO prévoit la coopération entre établissements proches permettant de mettre à disposition de la population, au sein de pôles sanitaires, un ensemble d'équipements médicaux complémentaires entre eux. Ainsi, dans chaque secteur sanitaire, autant que possible, les établissements de santé publics ou privés répondant aux besoins principaux de la population d'un même espace géodémographique (bassin de vie ou bassin d'équipement) chercheront à définir les formes d'une

association leur permettant de constituer un pôle sanitaire.

Les établissements spécialisés s'associeront aux autres établissements de santé en participant aux pôles sanitaires, avec des liens à préciser et à formaliser :

dans le secteur sanitaire 1

le Centre Psychothérapique de l'Ain dans le pôle sanitaire de référence de Bourg-en-Bresse,

dans le secteur sanitaire 2

le CHS du Valmont et l'hôpital Sainte-Marie dans le pôle de référence de Valence, l'hôpital Sainte-Marie étant aussi associé au pôle de proximité de Privas,

dans le secteur 3

L'hôpital psychiatrique Sainte-Marie pouvant être aussi associé au pôle de proximité renforcé d'Aubenas - Vals-les-Bains et le CHS du Valmont à celui de Montélimar,

dans le secteur sanitaire 4

le CHS de Saint-Egrève dans le pôle de référence universitaire de Grenoble,

dans le secteur sanitaire 5

le Centre Psychothérapique du Vion dans le pôle de proximité renforcé de Bourgoin-Jallieu,

dans le secteur sanitaire 8

le CHS du Vinatier dans le pôle de référence et universitaire constitué autour des Hospices Civils de Lyon, l'hôpital Saint-Jean de Dieu dans le pôle de référence constitué autour de Saint Joseph - Saint Luc,

dans le secteur sanitaire 9

le CHS de Saint-Cyr au Mont d'Or dans le pôle sanitaire de proximité renforcé qui pourrait être constitué autour du CH de Villefranche-sur-saône,

dans le secteur sanitaire 10

le CHS de la Savoie dans le pôle de référence de Chambéry - Aix-les-Bains,

dans le secteur sanitaire 11

L'EPSM de la Vallée de l'Arve avec les pôles sanitaires de proximité renforcés d'Annemasse - Bonneville et de Sallanches-Chamonix et le pôle de proximité de Saint Julien en Genevois.

CHAPITRE 4

EVOLUTIONS ORGANISATIONNELLES DES SECTEURS ET DES ETABLISSEMENTS

Certaines évolutions organisationnelles sont indispensables sur quelques sites ; elles sont destinées soit à développer ou valoriser les ressources existantes, soit à apporter, sur certains sites sous-équipés, une nouvelle offre de soins améliorant ainsi la répartition de cette offre sur le territoire régional.

Cinq sites sont concernés :

Dans l'Ain :

- **Mise en œuvre du désengagement du CPA du département de la Saône-et-Loire** et rattachement à un établissement de ce département du secteur 71G08 sur lequel le CPA intervient actuellement. Les modalités opérationnelles du transfert feront l'objet d'une négociation entre les ARH de Bourgogne et de Rhône-Alpes. Ce désengagement sera rapidement mis en œuvre.

- **Lancement du projet de regroupement sur le site de Saint-Georges des unités d'hospitalisation complète actuellement sur deux sites** : rendu possible par la reconversion, le transfert voire la suppression de lits, il permettra une optimisation du fonctionnement actuel. Les locaux destinés à des prises en charge spécifiques (des toxicomanies notamment) devront bénéficier d'une localisation et d'une organisation adaptées à leur activité.

Dans la Drôme :

- Sur le nord du département les rattachements des deux secteurs de psychiatrie générale et du secteur de psychiatrie infanto-juvénile seront étudiés en fonction de l'évolution des deux centres hospitaliers de Saint-Vallier et de Romans-sur-Isère ; les modifications décidées seront appliquées.
- Sur le centre et le sud du département :
 - la réorganisation de la **gestion** des 4 secteurs sera mise en œuvre après étude du site de rattachement des deux secteurs du sud et de la constitution d'une coopération inter-hospitalière entre le CHS du Valmont et le CH de Montélimar.
 - Les territoires des secteurs de psychiatrie générale seront redéfinis par **redécoupage sectoriel** s'adaptant aux bassins de population et aux limites des secteurs sanitaires. Ce redécoupage sera organisé et appliqué.

Dans l'Isère :

Organisation et renforcement de l'offre de soins sur le Nord-Isère

avec:

- Rattachement du secteur 38G13 au centre psychothérapique du Vion avec mise en place progressive de 25 lits d'hospitalisation complète pour une implantation, à terme, en hôpital général, à Bourgoin-Jallieu.

- Collaboration et complémentarité des établissements : CP du Vion, CH de Bourgoin-Jallieu et CH de Vienne

La collaboration du CP du Vion avec le CH de Bourgoin-Jallieu est déjà effective pour les urgences et doit être poursuivie pour la psychiatrie de liaison.

Le CH de Vienne auquel restent rattachés 2 secteurs dont le secteur G14 limitrophe des secteurs G13 et G12 participe à cette restructuration par le développement des prises en charge de proximité éventuellement intersectorielles.

- Le CHS de Saint-Egrève et la communauté des trois CHS du Rhône doivent être associés à l'organisation de la prise en charge de la population du Nord-Isère.

Dans la Loire

Création d'une unité d'hospitalisation complète pour les secteurs 42G03 et 42G04.

L'installation de cette unité d'hospitalisation complète est en cours de réalisation.

Le fonctionnement co-sectoriel sera soumis à une évaluation dans les deux ans, la formule retenue pouvant évoluer.

L'organisation des deux secteurs G03 et G04 sera complétée par le développement des **alternatives** pouvant être intersectorielles et, à terme, par la possibilité de rattachement des deux secteurs au même établissement.

Dans le Rhône :

- Sur le Nord du Rhône, la fédération des deux secteurs G20 et G24 permettra une répartition des lits aboutissant à l'installation d'une unité d'hospitalisation complète pour le secteur G24 et la création d'un **hôpital de jour intersectoriel à Villefranche-sur-Saône**.

- La poursuite de la dynamique de la **communauté des trois CHS** est nécessaire avec création de fédérations se rapportant à des activités ou populations spécifiques, à des projets et à des services communs dont certains constituent un apport pour le moins doté des trois.

Un **syndicat interhospitalier** dont le principe a été retenu par les trois CHS sera constitué. Il pourra intégrer des établissements PSPH.

- Un redécoupage de l'agglomération lyonnaise pourra être étudié.

- Dans le secteur privé, **La Maison de Santé de Vaugneray** poursuivra la fermeture progressive de lits prévue dans le projet d'établissement. La mixité sera mise en place dans différentes unités.

CHAPITRE 5

PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES DE CERTAINS PATIENTS

5.1. Enfants et adolescents

5.1.1. Petite Enfance

*Centrée sur la prévention et le dépistage précoce, l'orientation organisationnelle doit se faire vers la constitution d'équipes de **pédopsychiatrie** référentes, pluridisciplinaires, intervenant dans les maternités et dans les services de pédiatrie mais aussi, en cas de nécessité, auprès des familles, des soignants, dans les crèches ou à domicile.*

En fonction des besoins identifiés et du contexte local peuvent être constituées des unités mère-enfant de quelques lits.

*Une possibilité d'**hospitalisation complète** est à prévoir dans chaque département en pédiatrie ou éventuellement dans des lits spécifiques pour hospitalisation en urgence.*

*Un travail en **réseau** avec tous les partenaires de l'enfant est à mettre en œuvre, en particulier avec les services de pédiatrie et les pédiatres libéraux, la PMI, les CAMSP et les praticiens libéraux pour réaliser des actions préventives et une réelle complémentarité avec une cohérence des prises en charge ; sont aussi concernés l'aide sociale à l'enfance, l'Education Nationale et les services sociaux.*

- Des **alternatives** sont à mettre en place dans plusieurs départements, notamment :

dans le Rhône :

- . un CAMSP spécialisé dans les troubles relationnels précoces (I07)
- . un hôpital de jour à Rillieux-la-Pape

- **La psychiatrie de liaison en pédiatrie et dans les maternités, le travail en réseau** notamment avec la PMI, les CAMSP et les praticiens libéraux doivent être initiés ou développés dans les départements suivants :

l'Ain

la Drôme

l'Isère avec étude de l'opportunité et de la faisabilité technique d'une « unité mère-bébé » par les équipes de la maternité et de la pédiatrie du CHU et celles de psychiatrie infanto-juvénile du CHU et du CHS de Saint-Egrève, étude portant sur les besoins, les modalités de fonctionnement et le lieu d'implantation des lits.

le Rhône avec :

- Poursuite et formalisation du partenariat entre l'hôpital Saint-Jean de Dieu et les maternités de l'Est Lyonnais
- Collaboration à définir et à mettre en œuvre entre la psychiatrie infanto-juvénile sectorisée et les HCL et préparation des liens à établir au sein du futur hôpital Pédiatrique-Gynécologique-Obstétrique.

5.1.2. Enfants, adolescents et jeunes

*La prise en charge des enfants, adolescents, grands adolescents et jeunes adultes repose sur **un travail en réseau** avec les partenaires de ceux-ci, sanitaires, médico-sociaux, sociaux, éducatifs, scolaires et universitaires, judiciaires, pour la prévention, le dépistage et le suivi.*

La complémentarité avec le secteur médico-social sera recherchée et précisée notamment pour apporter des réponses coordonnées à des situations particulières : phases de crise, hébergements urgents...

*- Le dispositif de **soins ambulatoires de proximité** sera développé et diversifié avec des locaux et des horaires d'ouverture adaptés à cette population.*

Les conditions seront réunies pour que chaque secteur de psychiatrie infanto-juvénile puisse disposer, en moyenne par établissement et au minimum, d'un centre médico-psychologique ouvert 5 jours/semaine et de 15 places d'hôpital de jour (ou CATTP).

*- Chaque département comportera **quelques lits spécifiques** en unité de taille réduite (une douzaine de lits) et destinés à permettre **l'hospitalisation d'adolescents en crise**, en nécessité de rupture, pour ajustement thérapeutique ou pour certains états pathologiques.*

Le nombre de ces lits est à estimer en fonction des besoins.

Ils peuvent être à utilisation interdépartementale.

D'autres possibilités d'hospitalisation complète seront organisées et formalisées par des conventions, en pédiatrie, en psychiatrie générale ou en médecine.

- Les hospitalisations en psychiatrie de certains enfants, adolescents et jeunes adultes stabilisés et handicapés seront revues **avec réorientation dans les structures** les plus adaptées à leur état, médico-sociales, en particulier. Dans ces cas, des conventions offriront la possibilité de séjours en psychiatrie séquentiels ou urgents lors de phases de crise.

*- Aux **urgences**, l'accueil des adolescents sera organisé et adapté à leur âge et à la spécificité de leurs problèmes (crises d'agitation, intoxications et tentatives de suicide).*

L'examen par un psychiatre et le suivi à la sortie seront organisés.

- Des possibilités d'accueil résidentiel avec suivi par les équipes de pédopsychiatrie seront recherchées.

- Enfin il conviendra de réaliser l'articulation avec la psychiatrie générale pour assurer la continuité de soins au passage à l'âge adulte.

Ainsi, dans chaque département, c'est un dispositif diversifié et articulé qui sera mis en place pour apporter une réponse adaptée et souple aux besoins des adolescents présentant des troubles mentaux.

Dans l'Ain :

- les **équipes** : les moyens de la psychiatrie infanto-juvénile seront renforcés par les redéploiements opérés à partir des fermetures de lits de psychiatrie générale.
- les **alternatives** et les prises en charge ambulatoires extra-muros de proximité doivent être développées, avec :
 - ouverture d'au moins un hôpital de jour et d'un CATTP extra-muros par secteur
 - ouverture d'un CMP sur le nord-ouest du département
- **l'hospitalisation complète** doit s'organiser en intersectoriel en complément des lits pour adolescents sur une seule unité d'hospitalisation de courte durée. Le nombre de lits sera défini en fonction des besoins recensés. Cette unité sera installée sur le site de Saint-Georges.
- des lits seront fermés avec réorientation des jeunes **polyhandicapés** actuellement en psychiatrie infanto-juvénile vers les structures adaptées.
- le travail en **réseau** avec l'ensemble des partenaires de la petite enfance et de l'adolescence est à développer.
- à partir des données du recensement 1999, un redécoupage des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile pourra être étudié.

Dans l'Ardèche :

- l'effectif des **équipes** des 2 secteurs doit être renforcé et adapté à la réalisation du travail en ambulatoire et dans les structures alternatives. Il doit aussi permettre la prise en charge des adolescents hospitalisés dans les CH et sur leur lieu de vie.
- un **dispositif diversifié** sera mis en place :
 - places spécifiques d'hôpital de jour ;
 - partenariat avec la Drôme, notamment pour la création d'un CMP-CATTP à Guilherand-Grange et à Bourg-Saint-Andéol ;
 - équipes qualifiées intervenant sur les lieux de soins et de vie des adolescents
 - possibilité d'hospitalisation complète pour laquelle la concertation avec la psychiatrie infanto-juvénile de la Drôme sera poursuivie pour aboutir à une organisation complémentaire.

Des lits pour adolescents pourront être installés en Ardèche en collaboration entre la psychiatrie générale et la psychiatrie infanto-juvénile.

Dans la Drôme :

Une réflexion départementale sur la prise en charge de l'adolescent en crise sera initiée. Elle intégrera le département de l'Ardèche.

- **diversification des modalités de prise en charge** avec développement d'alternatives (HJ et CATTP) et de CMP extra-muros de proximité.

Des placements familiaux thérapeutiques déjà prévus seront créés en Drôme Sud. Les structures projetées par l'hôpital Sainte-Marie pourront être utilisées en interdépartemental : CMP - CATTP à Guilherand-Grange et CMP à Bourg-Saint-Andéol.

- **l'hospitalisation complète** sera réorganisée en s'adaptant aux besoins actuels. Dans tous les cas les lits devront fonctionner 7j / 7, les fins de semaine, vacances et jours fériés.

- **réorientation** dans un établissement adapté des jeunes hospitalisés au CHS Le Valmont et au CH de Saint-Vallier et relevant d'une prise en charge médico-sociale

- un travail en **réseau** sera développé.

Dans l'Isère :

- **alternatives :**

- organisation et développement des alternatives dans le secteur I01.

L'hospitalisation de jour et les centres médico-psychologiques doivent être réorganisés pour servir l'ensemble du secteur.

- réorganisation et développement des secteurs du Nord Isère.

Les alternatives du secteur I06 (CH de Saint-Laurent-du-Pont) doivent être développées (CMP et HJ à l'Isle-d'Abeau, accueil familial, appartements thérapeutiques pour adolescents).

La réflexion pour la prise en charge des adolescents doit être conduite en intersectorialité, I05, I06, I07 et avec les secteurs de psychiatrie générale.

- **hospitalisations :**

- le fonctionnement **du service d'hospitalisation complète du CHU** se fera 7 j 7 les fins de semaine et jours fériés, en intersectoriel avec une convention CHU-CHS. Cette unité doit accueillir les enfants du Centre et du Sud Isère.

- au CH de Saint-Laurent-du-Pont, la situation des jeunes gravement déficitaires hospitalisés doit être évaluée avec l'objectif d'une réorientation pour partie vers le médico-social. Les lits d'hospitalisation restant doivent garder leur vocation intersectorielle.

- Organisation du **réseau adolescent** sur le secteur sanitaire 4 :

Les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile et un secteur de psychiatrie générale du CHSE, le secteur de psychiatrie infanto-juvénile et le département de pédiatrie du CHU, la clinique G. Dumas sont concernés par la mise en commun de l'offre de soins (Hospitalisation de Jour, antenne adolescents, hospitalisation complète).

Pour compléter ce dispositif, les 5 lits pour adolescents du CHSE devront être opérationnels.

La constitution de ce pôle adolescents doit se poursuivre en formalisant les liens par des conventions inter-établissements.

Ce réseau de soins s'élargira en réseau de prise en charge globale avec les services éducatifs, judiciaires, sociaux et médico-sociaux.

Dans la Loire :

le développement du **dispositif des alternatives** sera poursuivi dans les 4 secteurs : CMP, CATTP, hôpitaux de jour avec création de places pour adolescents.

La prise en charge des adolescents s'organisera en intersectoriel et sera formalisée dans des conventions.

Dans le Rhône :

- **alternatives** : leur développement est indispensable pour la prise en charge des **adolescents** en difficulté ; Les structures mises en place seront des structures de proximité, accessibles, à vocation sectorielle ou intersectorielle.

Sont à réaliser, entre autres :

- CATTP au CH de Villefranche-sur-Saône
- CATTP à Tarare
- CATTP à Givors
- SESSAD de 15 places pour autistes de 16 à 20 ans

- **hospitalisations** : définition et mise en œuvre d'une politique départementale de prise en charge des adolescents en prenant en compte les projets élaborés qui seront à vocation départementale :

- pour les adolescents en crise : une unité départementale pour adolescents en crise en complément et du même type que l'unité " Flavigny " est à créer (12 à 15 lits)
- renforcement de possibilités de prise en charge psychiatrique dans les unités de pédiatrie des HCL.
- les adolescents présentant des décompensations de psychose déficitaire grave doivent pouvoir être pris en charge pour de courts séjours dans une petite unité individualisée et intégrée dans le dispositif mis en place au CHS Le Vinatier,

- des **équipes qualifiées** pour l'adolescent seront constituées.

- l'accueil des adolescents aux **urgences** pédiatriques et générales sera organisé et renforcé, en particulier aux HCL.

- sera développé un travail en **réseau** avec tous les partenaires de l'adolescent. Les structures PSPH participeront à ce réseau de prise en charge des adolescents et à l'articulation entre le secteur public hospitalier, le milieu scolaire et universitaire et le secteur social (PAIO, missions locales, ANPE).

En Savoie :

- **organisation de l'hospitalisation complète** pour enfants et adolescents.

Le nombre, le lieu d'implantation et le projet médical des lits, l'âge de la population accueillie, doivent être redéfinis après étude des besoins du département.

- le **partenariat** et la complémentarité sont à poursuivre et à développer.

En Haute Savoie :

- la diversification et le développement du dispositif de **soins ambulatoires** est à poursuivre pour améliorer l'offre de soins de proximité.
Une évaluation de l'activité des nouvelles structures sera réalisée.

- Au CH de la Région Annécienne installation de lits d'hospitalisation complète pour enfants (5 au minimum) à envisager.

- création d'une **unité d'hospitalisation inter-sectorielle ou à vocation départementale pour adolescents**.

Les besoins apparus et la réduction importante du nombre de lits du CHS de Bassens en Savoie rendent cette création indispensable dans des délais rapprochés.

Ces lits d'hospitalisation complète doivent être accompagnés de la mise en place d'un dispositif global et complémentaire avec notamment des places d'hôpital de jour et de CATTP et un travail en réseau.

Dans l'attente de l'existence de cette structure, des solutions doivent être trouvées dans les services de pédiatrie, dans ceux de psychiatrie générale, par une consultation d'accueil rapide et d'orientation et par des équipes mobiles spécifiques ayant une mission d'intervention.

- une attention particulière sera portée à la prise en charge des jeunes psychotiques avec, notamment, une coordination de la psychiatrie infanto-juvénile et de la psychiatrie générale.

5.2. Autistes

Mise en place des pôles de référence autisme :

Prévus dans le plan régional de l'autisme, ces pôles seront au nombre de trois :

- à **Lyon** (secteur 69104) ;
- à **Grenoble** (secteur 38104) ;
- à **Saint-Etienne** (secteur 42104).

En plus de leur activité de proximité, de diagnostic et d'évaluation, ces trois pôles de référence assureront, sur l'ensemble du territoire régional :

- . un rôle de recours et de conseil pour les équipes de proximité ;
- . un rôle de coordination et d'animation se rapportant à la formation, la recherche et l'évaluation.

5.3. Personnes âgées

*La prise en charge de la personne âgée dans sa globalité sous-entend que **psychiatres et gériatres soignent en collaboration** et en alliance mais aussi qu'existe une **complémentarité médicale, médico-sociale, sociale et associative**. En effet ce sont **la mobilité des équipes soignantes de psychiatrie** et un travail en **partenariat avec la famille, avec les médecins généralistes et avec les équipes de suivi de terrain** qui permettront la prévention et le repérage précoce des troubles, leur traitement et le suivi sur les lieux de vie de la personne âgée.*

Sur un plan organisationnel, sont à réaliser dans chaque département :

*- l'identification **d'unités d'hospitalisation complète inter-sectorielles** dont la taille sera adaptée aux objectifs. Elles permettent de prendre en compte le temps spécifique nécessaire aux soins des personnes âgées : accueil, bilan pluridisciplinaire, traitement individuel, orientation et préparation du suivi , ainsi que celui nécessaire à la concertation avec la famille.*

*- le **suivi dans les structures alternatives***

*- la mise en place **d'équipes mobiles** de personnels compétents en gérontopsychiatrie avec désignation de référents et interventions sur les lieux de vie des personnes âgées ;*

*- un travail en partenariat de ces équipes au sein du **réseau local de gérontologie** avec formation et soutien des acteurs.*

Ce réseau multiprofessionnel doit intégrer la médecine de ville.

Cette organisation est à envisager dans tous les départements mais dans certains d'entre eux, elle est déjà amorcée et doit être poursuivie et achevée :

Dans l'Ain :

Poursuite du travail en multipartenariat au sein des réseaux gérontologiques locaux et dans le cadre d'un "dispositif avancé pour personnes âgées", ainsi que des interventions des équipes de gérontopsychiatrie à partir du CMP-PA de Bourg-en-Bresse. L'organisation sera finalisée dans le cadre d'une évolution vers une intersectorialité départementale de la gérontopsychiatrie basée sur la mobilité.

Les équipes du CPA participeront au fonctionnement de la cellule "Prévention des risques suicidaires de la personne âgée sur le bassin burgien".

Dans l'Ardèche :

L'organisation globale de la géronto-psychiatrie prévue et en cours de réalisation est à parfaire avec :

• réduction du nombre de lits en des **unités de taille limitée**, à vocation intersectorielle, fonctionnant en collaboration avec la gériatrie et sur trois sites :

- deux unités mixtes d'hospitalisation complète à **Aubenas** et, après étude de la faisabilité technique, à **Annonay**

- 20 à 25 lits maintenus sur le site de **Privas**.

- à partir des CMP, mise en place, autour d'un psychiatre référent, d'**équipes infirmières mobiles** dans les maisons de retraite, MAPAD, et autres institutions accueillant des personnes âgées.

Des indicateurs seront prévus afin d'évaluer cette activité.

- Dans l'attente des délocalisations, renforcement de la collaboration avec les gériatres et les neurologues des CH.

Dans la Drôme :

- Au nord et au centre du département, une politique de prise en charge doit être définie avec des **filières identifiées** :

- Unité intersectorielle d'hospitalisation complète de gérontopsychiatrie
- Travail en partenariat et en complémentarité avec la gériatrie et les structures médico-sociales pour personnes âgées dans le cadre du réseau gérontologique.

- Au sud, la filière de géronto-psychiatrie bien identifiée par une unité fonctionnelle au CH de Montélimar sera finalisée par la mise en place prévue du pôle ambulatoire.

Ce dispositif sera complété par des lits d'hôpital de jour de psycho-gériatrie et la possibilité d'installation de lits d'hospitalisation complète de géronto-psychiatrie.

Dans l'Isère :

Un **dispositif coordonné** de prise en charge des personnes âgées, unité de bilan et d'orientation, équipes mobiles, participation au réseau gérontologique, sera étudié par le CHSE, le CH de St Laurent du Pont et le CHU.

Dans la Loire :

Les équipes poursuivront et développeront, en partenariat avec les gériatres et les médecins généralistes, la prise en charge des personnes âgées au domicile et dans les institutions et participeront aux réseaux gérontologiques.

Au CHU de Saint-Etienne la psychiatrie sera intégrée, en intersectorialité, au projet de pôle pluridisciplinaire de neuro-psycho-gériatrie.

Dans le Rhône :

- Confirmation et mise en œuvre par les 3 CHS d'une **politique départementale** de géronto-psychiatrie avec :

- possibilité d'hospitalisation complète pour situations de crise, bilans et orientations.
- organisation d'alternatives adaptées
- suivi psychiatrique dans les alternatives et, par des équipes mobiles, sur les lieux de vie (domicile et institutions)
- formation et soutien des équipes de terrain.
- participation aux réseaux gérontologiques locaux.

- **Clinique Notre Dame** : il doit être mis fin au "long séjour psychiatrique expérimental" qui n'a pas fait la preuve de son utilité. Le projet de sa transformation en unité de 20 lits psychiatriques d'accueil, de bilan et d'orientation pour personnes âgées sera réalisé. Le réseau en cours de constitution sera complété.

En Savoie développement du partenariat entre la psychiatrie et la gériatrie et participation au réseau gérontologique départemental.

5.4. Patients présentant des pathologies à longue évolution

L'évolution sur plusieurs années de certaines pathologies et l'invalidation sociale qui en résulte, nécessitent que la prise en charge des patients soit globale, sanitaire et sociale pour leur apporter soins, prévention de la chronicisation, autonomisation, réadaptation et réinsertion ; seul un travail en multipartenariat permet d'y parvenir.

Une optimisation de l'offre avec diversification des prises en charge et valorisation des ressources existantes sera recherchée par différentes mesures :

- **réorientation** des patients handicapés, ne présentant plus de troubles évolutifs et hospitalisés au long cours en psychiatrie vers des structures médico-sociales pour leur apporter une prise en charge adaptée, éducative en particulier. Cette réorientation des patients doit s'accompagner de la participation des équipes de secteur aux soins psychiatriques dans les établissements médico-sociaux et d'une collaboration avec les médecins de ces établissements.
- **maintien d'unités intersectorielles d'hospitalisation** complète
 - . pour de courts séjours lors de rechute ou période de crise
 - . pour des hospitalisations prolongées de malades présentant des troubles graves et prolongés du comportement et dont l'état ne permet pas la sortie du milieu hospitalier psychiatrique.
- possibilités de **soins en structures alternatives** avec utilisation, entre autres, d'accueils familiaux et appartements thérapeutiques.
- organisation de **suivi sur les lieux de vie** des personnes.
- travail des équipes de secteur **en réseau** avec les équipes médico-sociales et sociales pour mettre en œuvre un effort permanent de resocialisation.
- **formation et soutien des partenaires.**

Ainsi pour parvenir à offrir aux personnes présentant des pathologies au long cours des soins adaptés, la réorganisation de leur prise en charge dans le dispositif psychiatrique et l'articulation avec le secteur médico-social du handicap et avec le secteur social doivent être réalisées.

Dans l'Ain :

Au CPA, après étude de la faisabilité technique de cette opération, **création par reconversion de lits de psychiatrie d'une structure médico-sociale (MAS ou FDT)** pour les adultes handicapés dont l'hospitalisation en psychiatrie est inadéquate. Actuellement un nombre important de patients (70) pourrait relever de ce type de structure.

Par ailleurs les soins et le suivi des personnes présentant ces pathologies doivent être organisés avec réhabilitation après stabilisation et relais dans les structures psychiatriques alternatives et les structures médico-sociales.

Dans ce dernier cas, un partenariat sera organisé avec suivi psychiatrique des patients.

Dans l'Ardèche :

- une étude des hospitalisations inadéquates permettra d'évaluer les besoins de reconversion de lits de psychiatrie en lits médico-sociaux, d'élaborer le projet et d'en prévoir la concrétisation.

- une unité intersectorielle et interdépartementale pour jeunes psychotiques aura pour objectifs les soins, l'autonomisation, la réadaptation et la réinsertion sociale.

Cette unité pourra accueillir, dans le cadre de conventions, des malades venant de départements voisins, notamment la Drôme.

Dans la Drôme :

Au CHS du Valmont et au CH de Saint-Vallier : pour les personnes présentant des pathologies à longue évolution, soin et réhabilitation seront menés conjointement. Après stabilisation, le relais sera pris par les alternatives et le médico-social pour les personnes qui en relèvent.

La réorientation se fera sur les structures existantes et par création au CHS Le Valmont d'une structure adaptée (MAS ou autre type d'établissement) et le suivi par les équipes de secteur sera organisé.

Le projet d'unité intersectorielle pour les secteurs 26G01 et 02 sera précisé.

Dans l'Isère :

- **Orientation vers le secteur médico-social** des malades dont l'hospitalisation en psychiatrie n'est pas en adéquation avec leurs besoins.

Ces orientations peuvent se faire soit par réorientation vers une structure médico-sociale existante, soit par création de la structure par l'établissement avec les moyens adaptés.

Sont concernés :

- . Le pavillon A du CHU devant se transformer en MAS en intégrant dans l'opération les lits de l'unité des Tilleuls à Veurey
- . Le CP du VION
- . Le CHS de Saint-Egrève (CHSE) pour les polyhandicapés présents en service de psychiatrie.

- Dans cet établissement, l'étude de la faisabilité technique et la mise en œuvre du projet du **Département pour Patients à Expression Déficitaire** se fera en fonction du nombre de lits nécessaires après réorientation des polyhandicapés. Dans les lits restants, le projet médical portera sur l'accueil de patients déficitaires présentant des troubles permanents du comportement et sur l'hospitalisation de courte durée de malades en phase de décompensation sur leur lieu de vie.
- Sur l'ensemble du département, une **politique de réadaptation et de réinsertion** de ces malades sera développée (appartements thérapeutiques et appartements de transition, entre autres).

Dans la Loire :

- L'intersectorialisation d'une unité pour malades présentant des pathologies à longue évolution pour les secteurs rattachés au CHU est rendue nécessaire par le nombre réduit de lits des secteurs.
- La faisabilité technique de l'individualisation d'une unité de post-cure axée sur la réinsertion sera étudiée.

Dans le Rhône :

- Dans les CHS, **l'orientation** vers le médico-social de patients dont l'hospitalisation dans les CHS sera estimée inadéquate doit être poursuivie.
- Une **politique départementale des 3 CHS**, dans la dynamique de l'évolution actuelle, sera confirmée et mise en œuvre :
 - . poursuite du projet de collaboration entre le Département de l'Autisme et des Psychoses Déficitaires de l'Adulte du Vinatier et le Département des Psychotiques Déficitaires Graves de Saint-Jean de Dieu.
 - . des lits pour adultes atteints d'un autisme grave et ne pouvant être accueillis dans le médico-social seront identifiés.
 - . développement des alternatives à l'hospitalisation
 - . organisation de la prise en charge psychiatrique dans les structures alternatives, au domicile et dans les institutions.
 - . poursuite et évaluation de l'activité de réadaptation et de réinsertion sociale du Département de Réinsertion socioprofessionnelle du Vinatier et de ses antennes.
 - . complémentarité à étudier et à formaliser entre la Maison de Santé de Vaugneray et les trois CHS du Rhône pour le suivi des patients relevant de prise en charge psychiatrique.

En Savoie : poursuite de la prise en charge des patients atteints de pathologies à longue évolution en intra-hospitalier et dans les structures alternatives.

L'organisation de la prise en charge de ces patients sera améliorée par l'aménagement d'une ou de plusieurs unités intersectorielles d'hospitalisation adaptées et le suivi dans les structures alternatives (appartements thérapeutiques, foyers d'accueil -éventuellement médicalisés- et autres lieux de vie) avec mise en œuvre de protocoles.

En Haute Savoie :

La prise en charge des patients à longue évolution sera améliorée par le développement des alternatives et par la transformation de lits d'hospitalisation complète avec création d'unités intersectorielles et diversification des solutions d'hébergement extra-muros ; ces dernières se feront en lien avec les secteurs médico-social et social.

5.5. Patients en situation de précarité et d'exclusion

*La fréquence de **la souffrance psychique**, voire de **problèmes psychiatriques** dans ces populations nécessite :*

*- la facilitation de leur **accès aux structures de soins psychiatriques** (disponibilité et mobilité à leur égard des personnels des CMP, souplesse dans les rendez-vous, développement des centres d'accueil psychiatriques permanents...)*

*- la participation des soignants de psychiatrie à leur prise en charge dans les services **d'urgences générales** lors de situations accidentelles, d'ivresses, de tentatives de suicides, en relation avec leur situation,*

*- la possibilité d'une **présence ponctuelle**, organisée ou à la demande, d'un soignant dans les structures d'accueil sociales (CHRS, missions locales, notamment), les établissements d'accueil et de suivi des jeunes ;*

*- enfin, un travail des soignants **avec les tiers sociaux pour des activités spécifiques de liaison et de soutien**, ces liens et cette complémentarité constituant la base de toute action de la psychiatrie dans ce domaine.*

Sur l'ensemble de la région, seront mises en place des mesures adaptées aux besoins observés ou ressentis par les autres professionnels de santé et par les acteurs sociaux, et en application des recommandations du programme régional d'accès à la prévention et aux soins des plus démunis.

• Dans certains départements des actions en voie de formalisation sont à mettre en œuvre :

Dans la Drôme : travail avec les commissions locales d'insertion et les acteurs du réseau social.

Dans la Loire : présence d'une équipe médico-psychologique au **SAMU social de Saint-Etienne**. Le fonctionnement du SAMU social sur les lieux d'accueil sera renforcé par une équipe médico-psychologique (IDE et psychologue) rattachée aux urgences psychiatriques.

Dans le Rhône : mise en réseau des intervenants du sanitaire et du social en vue de recherches-actions sur les avancées et les impasses de la clinique psychosociale avec coordination par les associations ou les entités spécialisées (Interface, ORSPERE...).

En Savoie : engagement d'un **partenariat avec les CHRS** et d'autres structures sociales et associatives (liens et interventions ponctuelles).

Des conventions bipartites préciseront les modalités du partenariat entre le CHS de la Savoie et les structures et services sociaux (CHRS entre autres).

- Dans d'autres départements des projets sont à préciser : partenariat avec les services sociaux, actions coordonnées :

l'Ain, l'Ardèche, la Haute-Savoie.

5.6. Patients à conduites addictives

5.6.1. Alcoolisation excessive

En application du "Programme Régional de Santé concernant l'alcoolisation excessive en Rhône Alpes" dans les établissements volontaires, têtes de secteur, doivent être installées.

*- une " **unité de soins spécialisés en alcoologie** " travaillant en coopération avec les unités de cure ;*

*- **une équipe d'alcoologie de liaison**, dans le cadre d'un plan alcool.*

*Dans les établissements de proximité quelques lits sont à réserver pour accueillir des patients en difficulté avec l'alcool et un **référént alcool** est à désigner pour faire le lien avec l'équipe d'alcoologie de liaison la plus proche (coopération inter-hospitalière).*

Si l'unité de soins spécialisés est dans un établissement psychiatrique, il conviendra de préciser :

- le cadre partenarial :

. avec la structure pouvant assurer les bilans somatiques

. avec le réseau d'aval qui effectuera la cure de sevrage

- la composition de l'équipe de liaison.

- Deux établissements spécialisés en psychiatrie sont volontaires :

Dans l'Isère :

Au CHS de Saint-Egrève :

L'équipe de liaison constituée sera complétée et poursuivra l'organisation en cours du réseau alcool sur le secteur sanitaire 4 avec signature de conventions

A partir de l'unité spécialisée existante du CHS de Saint-Egrève, **un intersecteur d'alcoologie** sera constitué avec augmentation du nombre de lits et places.

Dans l'Ardèche :

L'hôpital Sainte-Marie de Privas a ouvert une unité intersectorielle et interdépartementale de 20 lits d'alcoologie ayant une double vocation :

- accueillir sur une hospitalisation de courte durée (72 heures à 8 jours) des patients présentant un problème avec l'alcool, pour bilan psychologique, somatique et biologique, en collaboration avec les services de médecine du CH de Privas, et élaboration d'un projet de soins. Quelques lits (5, environ) auront cette fonction.

- accueillir en hospitalisation de plus longue durée des patients, y compris ceux antérieurement hospitalisés sous contrainte, présentant de manière concomitante, une pathologie psychiatrique et une dépendance alcoolique nécessitant une prise en charge psychiatrique.

Cette unité pourra recevoir des malades de la Drôme.

Elle s'intégrera dans le réseau d'alcoologie en cours de constitution avec les centres de cure ambulatoire d'alcoologie, le comité départemental de prévention de l'alcoolisme, les associations œuvrant dans le domaine et avec le Centre de post-cure de la Bastide de Virac.

- Les autres établissements étudieront en lien avec les hôpitaux généraux les modalités de prise en charge des patients en difficulté avec l'alcool ; dans tous les cas, ils désigneront un référent-alcool et participeront au réseau alcool.

Ainsi **dans la Drôme** : les équipes du CHS Le Valmont mettront en œuvre leur projet de participation au réseau local.

En Savoie et en Haute-Savoie les équipes de psychiatrie concrétiseront leur projet de participation au réseau local d'alcoologie.

5.6.2. Toxicomanies

La fréquence actuelle chez les jeunes des polytoxicomanies (drogue, alcool, médicaments) dont les causes et les conséquences sont complexes et celle de la co-morbidité psychiatrique nécessitent une implication plus grande de la psychiatrie.

Les secteurs participeront aux prises en charge en s'intégrant dans les réseaux de soins spécifiques (centres de soins spécialisés pour toxicomanes, réseaux ville-hôpital, réseaux départementaux) et en assurant les soins des troubles psychiopathologiques.

Dans l'Ain : les équipes du **CPA** participeront aux soins pour toxicomanes et notamment à la réalisation d'interventions de proximité.

Dans l'Ardèche : l'équipe de psychiatrie doit achever son installation et développer son activité au centre spécialisé de soins pour toxicomanes.

En Savoie : la complémentarité sera étudiée.

En Haute-Savoie : l'étude du mode de participation sera poursuivie avec les partenaires.

5.6.3. Troubles du comportement alimentaire

Dans la Loire : une unité de traitement des troubles du comportement alimentaire au CHU de Saint-Etienne sera installée (12 lits d'hospitalisation complète et 6 lits d'hospitalisation de jour) ; elle correspond à une activité dès à présent mise en œuvre au CHU de Saint-Etienne en partenariat entre deux secteurs de psychiatrie générale et le service d'endocrinologie, mais sans les moyens adaptés.

Cette unité aura une **vocation régionale**.

5.7. DIVERS

5.7.1. Les services médico-psychologiques régionaux

Les SMPR travailleront en coordination avec les unités de consultation et de soins ambulatoires des établissements pénitentiaires qui leur sont rattachées afin de mieux adapter les entrées dans leur service à l'urgence et à la gravité des recours. Ils développeront les liens avec les équipes des secteurs de psychiatrie générale pour les suivis à la sortie des détenus présentant des troubles psychiques, de ceux incarcérés pour délit ou crime sexuel et des toxicomanes.

5.7.2. Les cellules d'urgences médico-psychologiques

Les CUMP doivent être dotées des outils de communication nécessaires à leur activité et bénéficier de formations spécifiques.

CHAPITRE 6

TRAVAIL EN RESEAU ET EN COMPLEMENTARITE

Travail en réseau sous-entend à la fois :

- les liens, articulations et complémentarités entre structures sanitaires, médico-sociales et sociales (mise en réseau de l'offre de soins) ;
- la coordination des différents acteurs de santé autour d'un patient.

*Le réseau peut apporter au patient la réalisation **des soins les plus appropriés**, en particulier pour certaines pathologies ou à certains âges de la vie, **la continuité et la complémentarité des prises en charge** et une **orientation vers les structures les plus adaptées à ses besoins**.*

Dans certains cas, un référent peut être son interlocuteur privilégié et l'interface entre lui et les structures d'accueil.

*Le réseau assure une information et **une formation des partenaires, l'optimisation de l'utilisation des ressources, l'évaluation des activités**.*

Dans le domaine de la psychiatrie, ce fonctionnement en partenariat et en complémentarité avec les autres professionnels de santé et les acteurs des secteurs médico-social, social et associatif est une nécessité pour répondre à :

- l'augmentation et à la diversification des demandes,
- la complexité de certaines prises en charge,
- la difficulté de mise en œuvre de la continuité des soins,
- la nécessité d'organiser un "après" de l'hospitalisation et, pendant les soins psychiatriques, un "ailleurs des soins»,
- l'organisation et la réalisation de la prévention et des dépistages précoces.

Il permettra à la psychiatrie de rester centrée sur des soins spécialisés, tout en apportant aux malades les soutiens et les modes de prise en charge que leur état et leur insertion nécessitent.

Au sein du réseau, les actions communes, la présence des équipes psychiatriques dans des "consultations avancées", les réunions d'information et de formation devront être formalisées dans des conventions qui confirmeront les liens établis.

Ces conventions préciseront clairement les partenaires concernés, les domaines et les modalités de coopération et d'échanges de services, et définiront des indicateurs d'activités et de résultats ; ces indicateurs permettront une évaluation de ce partenariat.

Le réseau doit être diversifié, mais, en psychiatrie, certains liens et une complémentarité sont particulièrement nécessaires ; ils concernent notamment :

6.1. Psychiatrie générale et psychiatrie infanto-juvénile

Les relations et la complémentarité permettent la continuité des prises en charge de l'adolescent à l'âge adulte et doit se concevoir dans un cadre souple vis à vis des limites d'âge et de l'utilisation des structures.

6.2. Psychiatrie sectorisée et psychiatrie non sectorisée PSPH et privée

Le partenariat et la complémentarité encore insuffisants sur l'ensemble de la région entre psychiatrie sectorisée et psychiatrie non sectorisée, privée ou faisant fonction de public doivent être organisés et formalisés dans des conventions précisant l'implication de chaque structure et des équipes.

Cette complémentarité pourra se concrétiser, en particulier, dans la participation aux pôles sanitaires.

Les établissements respectifs devront définir leurs objectifs et leur projet médical afin de pouvoir établir des conventions de complémentarité et de coordination et formaliser les précisions nécessaires dans les Contrats d'Objectifs et de Moyens.

Dans l'Ain :

Le CPA avec l'établissement privé "clinique du Sermay», pour certaines activités de soins.

Dans l'Isère :

- entre le CP du Vion et la clinique de Meyzieu après étude commune des projets médicaux respectifs pour la prise en charge de la population du Nord-Isère.

- dans le cadre du réseau adolescent en cours de constitution, coopération et travail en réseau entre les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile du Sud Isère, le CHU et la clinique G. Dumas.

Dans la Loire :

Entre la psychiatrie sectorisée et les trois cliniques privées de ce département où l'équipement en lits privés est important.

Dans le Rhône :

Dans ce département aussi, l'importance de l'hospitalisation psychiatrique privée nécessite une réelle complémentarité public-privé, dans les domaines correspondant aux activités spécifiques de chaque établissement

Cette complémentarité déjà mise en œuvre avec les établissements PSPH sera étendue et formalisée.

En Haute Savoie :

Entre l'établissement public de santé mentale de la vallée de l'Arve (CHS La Roche sur Foron) et la Clinique des Vallées dans les domaines où elle apparaît nécessaire : urgences et adolescents, en particulier.

6.3. Psychiatrie hospitalière et médecine libérale : généralistes et psychiatres

Une collaboration est essentielle pour assurer la complémentarité et la continuité des soins.

Celle-ci est encore rare et liée trop souvent à des relations confraternelles.

Soirées de formation, études de dossiers communs, diffusion de l'organisation du dispositif psychiatrique, pourront participer, entre autres, à la création de liens et, en conséquence, au suivi des malades.

6.4. Psychiatrie et secteur médico-social

Indispensables pour la prise en charge des personnes présentant des pathologies à longue évolution, des personnes âgées, des enfants et des adolescents, entre autres, les liens entre les deux dispositifs et leurs acteurs sont encore très insuffisants ou ponctuels, sans construction de projets conjoints.

Réorientation vers les structures médico-sociales, suivi par les équipes de psychiatrie, possibilités d'hospitalisations séquentielles ou à la demande seront organisés et formalisés.

Des réflexions conjointes sont aussi à initier dans des groupes de travail inter-institutionnels et dans le cadre de l'élaboration départementale des schémas du Handicap et des schémas gérontologiques.

6.5. Services psychiatriques et somatiques et secteurs médico-social, éducatif, scolaire, pédagogique et associatif

*Cette composition large du réseau incluant en particulier les partenaires éducatifs, institutionnels, sociaux et associatifs, permet d'assurer une **prise en charge globale**, d'améliorer les complémentarités d'action vis à vis de certains patients et dans certaines tranches d'âge.*

Elle permet aussi, grâce aux échanges, de mieux connaître les modalités cliniques et d'adapter les procédures.

*Elle est aussi nécessaire pour la réalisation d'actions de **prévention** primaire, pour le **dépistage** et le **suivi** des populations «à risque» : personnes en difficulté sociale, en situation de précarité, d'exclusion ou en voie de précarisation, jeunes en difficulté ou en errance.*

Elle est indispensable dans des situations complexes, tels les cas de violence et dans les quartiers dits "sensibles " ou les zones rurales isolées

*Ainsi, ce réseau très large constitue le partenariat qui conduit à une **politique de santé mentale** dans l'ensemble de ses composantes sociales, sanitaires et environnementales.*

Dans ce multipartenariat, tout particulièrement, les compétences, le rôle et les interventions de chaque acteur doivent être bien définis, complémentaires et mis en œuvre avec des liens forts.

Diverses mesures peuvent faciliter le travail en liaison :

- une meilleure lisibilité de l'organisation et du fonctionnement des secteurs de psychiatrie (limites géographiques des secteurs, lieux d'implantation et heures d'ouverture des CMP et des structures alternatives, informations sur les services hospitaliers...)*
- l'activation des conseils de secteur,*
- des formations communes multiprofessionnelles,*
- des interventions de soutien auprès des équipes de terrain,*
- l'organisation de journées "portes ouvertes" ou de réunions sur des thèmes spécifiques*
- les contacts téléphoniques directs pour certains cas ou problèmes particuliers...*

De tels réseaux sont constitués ou en cours de constitution et seront encouragés, notamment :

- pour les personnes âgées
 - . dans l'Ain
 - . dans l'Ardèche
 - . dans le sud de la Drôme
- pour les adolescents
 - . dans la Loire
 - . dans l'Isère
- pour la prévention des suicides (en Haute-Savoie, entre autres)
- dans certaines zones rurales isolées (dans la Loire)
- pour les situations de crise, la prévention, le dépistage et la prise en charge
 - . dans le Rhône, à Givors et à Vénissieux.
 - . dans certains quartiers de Lyon, Grenoble, Saint-Etienne.

Ces réseaux seront évalués dans leur organisation, leur fonctionnement, leurs difficultés, leur activité et leurs résultats.

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