



# SROS de PSYCHIATRIE MODE D'EMPLOI

Guide de méthode pour sa mise en œuvre

## I. Nécessité d'un guide de méthode

Nous disposons

- d'un SROS de Psychiatrie prorogé le 30 septembre 1999 et définissant pour 5 ans les principes directeurs, objectifs, priorités et principes organisationnels fixant les orientations de la politique régionale dans le domaine de la psychiatrie. L'annexe qui l'accompagne est une annexe opérationnelle et précise.
- d'un guide de mise en œuvre, document « source » de l'annexe qui actualise le SROS de 1996, en confirme et en précise les orientations stratégiques et opérationnelles au niveau territorial.
- de documents dit "d'accompagnement" (non publiés) qui sont, en fait des éléments de repères pour aider ou suivre la mise en œuvre du schéma,
- de la liste des pilotes qui, au sein de l'organisation ARH, sont chargés de conduire certaines des actions citées dans le SROS.

Il manquait cependant une **méthode de mise en œuvre du SROS**, véritable mode d'emploi, qui précise concrètement quelles initiatives chaque acteur doit prendre pour traduire dans les faits les préconisations du schéma et de son guide de mise en œuvre, méthode qui doit correspondre

- au choix exprimé dans le SROS d'une démarche d'incitation des établissements à entrer dans les logiques du schéma,
- aux principes de l'organisation du travail au sein de l'ARH qui privilégie un dialogue entre niveaux régional et local pour définir les méthodes, mettre en œuvre les actions et suivre les réalisations sur le terrain.

C'est l'objet du présent document.

Il sera complété très rapidement par la publication du **dispositif de suivi et d'évaluation** du SROS qui précisera les modalités et les indicateurs retenus pour connaître tout au long de sa réalisation l'état d'avancement des chantiers ouverts et les résultats obtenus quant aux objectifs poursuivis.

## II. Principes de la méthode

Le schéma de psychiatrie a été conçu comme un document qui :

- pose un certain nombre de préconisations pour l'organisation des activités de soins marquées par la diversifications de leurs modes, l'accessibilité des structures et par le souci de développer le rapprochement et l'articulation avec les services de soins généraux et le travail en partenariat et en réseau avec les secteurs médico-social et social, en particulier,
- précise les orientations à prendre pour la prise en charge de certaines populations,
- définit les conditions mises
  - à l'obtention des autorisations
  - à l'approbation des projets d'établissements
  - à la conclusion des contrats d'objectifs et de moyens

Il s'agit à partir de ces éléments de définir le cadre d'un programme de travail qui mobilise tous les acteurs pour avancer dans la mise en œuvre des préconisations du schéma et des options par secteur affichées dans le guide de mise en œuvre .

Tout d'abord, il semble utile de poser un certain nombre de **principes** qui précisent les rôles dévolus à chaque partenaire :

### **1/ C'est au niveau du secteur sanitaire et au niveau du département qu'est conduite la mise en œuvre du SROS de psychiatrie :**

#### **- au niveau du secteur sanitaire,**

- parce que la planification sanitaire est bâtie sur une logique de réponse aux besoins au plus près des populations dans le cadre d'un secteur sanitaire,
- parce qu'au niveau du secteur sanitaire existe une instance, la conférence sanitaire de secteur, qui regroupe tous les établissements, publics et privés, et qui est un lieu de dialogue entre les hôpitaux, principaux acteurs de la mise en œuvre du schéma,
- parce que c'est à ce niveau que l'agence régionale de l'hospitalisation a organisé un échelon de déconcentration pour analyser, échanger entre partenaires de l'ARH (équipe de secteur) et, aussi, avec les établissements (commission opérationnelle de secteur, COS),

il apparaît cohérent que le secteur soit l'échelon où sont définis la programmation des actions, leur calendrier, les modalités de leur mise en œuvre, la réalisation de leur suivi et de leur évaluation.

Cependant ces instances sectorielles comportent peu d'acteurs de la psychiatrie et devront être en **formation élargie** à ceux-ci lorsqu'ils traiteront de ce domaine. Ainsi les équipes de secteur devront s'adjoindre, lorsqu'ils n'en font pas partie, les personnels médicaux et administratifs chargés de la psychiatrie dans les DDASS et à l'Assurance Maladie. De même, les commissions opérationnelles devront être constituées, pour les séances portant sur la psychiatrie, des équipes de secteurs élargies et des membres représentants des établissements auxquels seront joints des représentants des établissements ou services psychiatriques.

**- au niveau du département,**

- parce que l'organisation de la psychiatrie est départementale et que les limites des secteurs sanitaires ne correspondent ni aux limites départementales (sauf pour la Savoie), ni aux rattachements des secteurs psychiatriques.
- parce que la psychiatrie dispose d'une instance départementale, le conseil départemental de santé mentale (CDSM), dont l'avis est requis sur le nombre et la configuration des secteurs de santé mentale et sur la planification des équipements nécessaires à la lutte contre les maladies mentales et qui peut être consulté sur l'ensemble des problèmes relatifs à l'organisation et au fonctionnement des équipements et services de lutte contre les maladies mentales il apparaît indispensable que la programmation des actions soit examinée dans sa configuration départementale.

**2/ l'équipe de secteur de l'agence a une mission de proposition et de suivi, la commission opérationnelle de secteur a une mission d'animation, le CDSM donne son avis sur les scénarii sectoriels d'évolution du département, les établissements ont la responsabilité de la mise en œuvre.**

- L'équipe de secteur définit, sur la base d'un diagnostic de la situation des établissements dans les divers domaines pointés dans le SROS, les objectifs stratégiques et opérationnels prioritaires qu'elle retient pour le secteur dans la mise en œuvre des préconisations du schéma et de son guide,
- Elle présente aux établissements dans le cadre de la COS les priorités qu'elle a retenues et les soumet à l'avis du ou des CDSM concernés.
- Le CDSM étudie les scénarii élaborés par le ou les COS dans leur partie concernant leur département et donne un avis en prenant en compte une programmation départementale.  
Pour assurer cette consultation, les CDSM peuvent décider, en raison du nombre habituellement élevé de leurs membres, de constituer une commission, composée à partir de ses membres, chargée du suivi de la mise en œuvre du SROS et travaillant en lien avec la ou les commissions opérationnelles de secteur de leur département ainsi que, dans certains cas, avec les autres CDSM de même secteur sanitaire.

- Avec cet avis et à l'issue d'une concertation menée avec les établissements au sein de la conférence sanitaire de secteur, la COS retient **un scénario d'évolution de l'offre sanitaire psychiatrique**, le programme d'action et le calendrier de mise en œuvre.
- Les établissements ont la responsabilité d'engager les actions définies dans le cadre de cette programmation, et de rendre compte de l'avancement des initiatives qu'il prennent et des modalités qu'ils ont déterminées pour mettre en œuvre les préconisations du schéma et de son guide.
- Les établissements développent dans le cadre de leur démarche, tous les partenariats souhaitables avec les autres acteurs du monde de la santé : médecins libéraux, établissements sociaux et médico-sociaux, PMI...

### **3/ le niveau régional assume une fonction de pilotage**

- il définit le cadre de travail de la mise en œuvre du SROS,
  - arrête le document de méthode générale
  - programme le calendrier général des travaux
  - précise l'organisation et la coordination des interventions
- il intervient en appui des équipes de terrain,
  - par une validation des propositions et un accompagnement politique des équipes de secteur
  - par la mise en place et l'animation de missions régionales d'expertise (réseaux, ...)
  - par un suivi des décisions adoptées dans le cadre des procédures régionales (autorisation, effectifs médicaux, budget, contrat d'objectifs et de moyens ...)
  - par une capacité d'arbitrage sur des questions d'interprétation du schéma et de son guide de mise en œuvre
- il prend en charge les questions interdépartementales,
  - réseaux dépassant le territoire départemental
  - disciplines et activités d'intérêt régional
- il assure, en lien avec les établissements, la mise en place des outils favorisant une évolution stratégique de l'offre
- il arrête les modalités du suivi et de l'évaluation, et assure la production des outils nécessaires (bases des données, analyses et études...)
- il réalise les synthèses de suivi et d'évaluation et l'animation des instances en charge de ces questions dans lesquelles les établissements sont présents,
- il assure la fonction de communication externe sur la mise en œuvre du schéma, notamment dans le cadre de rencontres avec les organisations syndicales et la presse.

#### **4/ Une place doit être réservée aux usagers dans le dialogue autour de la mise en œuvre du SROS**

Au niveau des départements, comme au niveau régional, les usagers ou leur famille ou leurs représentants doivent trouver des lieux et des moments d'information et d'expression lors de la définition de nouvelles modalités d'organisation des soins au sein d'un pôle sanitaire, du secteur ou de la région.

Les modes d'association des usagers ou de leur famille ou de leurs représentants à la réflexion peuvent emprunter des formes diverses qu'il appartiendra de définir en fonction des actions envisagées.

#### **5/ Un calendrier arrêté par les acteurs mais avec des repères chronologiques dans la conduite des travaux**

- Le calendrier des actions est arrêté soit au niveau des secteurs, après avis des CDSM, soit au niveau régional pour les actions relevant de cet échelon (les pilotes désignés proposent). Des plans annuels, glissants, sont adoptés pour la durée des cinq ans.
- Dans sa mission de pilotage général, le niveau régional de l'ARH définit une programmation générale des travaux, qui prend en compte la méthode retenue. Ainsi, par exemple, la première étape doit consister à faire adopter par la Commission exécutive :
  - Pour chaque secteur, une proposition de plan de travail préparée par l'équipe de secteur à partir du diagnostic et des priorités identifiées, qui sera ensuite soumise à la Commission opérationnelle de secteur et au CDSM.
  - Un programme de travail pour les actions qui relèvent d'un pilotage régional.

### **III. La conduite des chantiers du schéma**

On peut distinguer trois ensembles dans les chantiers à conduire :

- les actions prioritaires à conduire sur la durée du schéma qui entrent dans les programmes d'action par secteur
  - Diversification des modes de prise en charge et accessibilité
  - Organisation du rapprochement et de l'articulation avec les services de soins généraux
  - Organisation de la prise en charge des enfants et des adolescents
  - Mise en place d'un partenariat et d'une complémentarité entre la psychiatrie et le secteur médico-social
  - Mise en place d'un partenariat et d'une complémentarité entre la psychiatrie et le secteur social
  
- le développement d'actions partenariales d'intérêt régional auxquelles participera la psychiatrie
  - Charte pour une politique régionale de la qualité des soins
  - Commission des innovations diagnostiques et thérapeutiques
  - Banque de données régionales des actions de prévention
  - Serveur régional sur la gestion du risque sanitaire
  - Observatoire régional des plaintes
  
- la mise en place des instances en charge de favoriser et de suivre la mise en œuvre du Schéma
  - Mission régionale d'appui aux réseaux et à la coopération inter hospitalière
  - Conseil Régional de Santé Mentale expérimental et les groupes de travail dont il demandera la constitution.

#### **II. 1 . les actions prioritaires à conduire sur la durée du schéma**

## DIVERSIFICATION DES MODES DE PRISE EN CHARGE ET ACCESSIBILITE

|                                | 2000   | 2001   | DUREE DU SROS  |
|--------------------------------|--|--|--|
| <b>REGION</b>                  |  | <p><b>3.</b> Le CRSM émet des recommandations régionales sur les principes et les conditions de la diversification des modes de prise en charge et l'accessibilité des structures.</p>   | <p><b>6.</b> Le CRSM étudie<br/>                     . L'évolution régionale de la réalisation des préconisations du SROS dans ce domaine<br/>                     . Les indicateurs de suivi et d'évaluation qui leur sont transmis.<br/> <b>7.</b> La commission exécutive valide les projets.</p> |
| <b>SECTEUR<br/>DEPARTEMENT</b> | <p><b>1.</b> .Les équipes de secteur étudient les zones où l'offre de soins psychiatriques est absente ou insuffisante et les solutions à apporter en fonction de l'existant.<br/>                     . Elles établissent des priorités stratégiques et opérationnelles</p> | <p><b>4.</b> . Les commissions opérationnelles de secteur élaborent des scénarii à partir des priorités des équipes de secteur.<br/>                     . Les CDSM donnent leur avis sur les différents scénarii d'évolution les concernant et les transmettent aux COS<br/>                     . Les COS arrêtent les scénarii après avis de la conférence sanitaire de secteur</p> | <p><b>8.</b> Etude par les équipes de secteur des projets d'établissement et révision, si nécessaire des priorités opérationnelles.<br/>                     . Révision éventuelle des scénarii d'évolution par les COS après avis des CDSM et des conférences sanitaires de secteur.</p>            |
| <b>ETABLISSEMENTS</b>          | <p><b>2.</b> Les établissements élaborent des projets de développement de structures extra-hospitalières, si nécessaire par redéploiement à partir de lits d'hospitalisation temps plein.</p>  | <p><b>5.</b> Les établissements mettent en œuvre le scénario d'évolution qui les concerne après formalisation dans leur projet d'établissement et le contrat d'objectifs et de moyens et par les autorisations.</p>  |  |

## DIVERSIFICATION DES MODES DE PRISE EN CHARGE ET ACCESSIBILITE

### Suivi et Evaluation

#### SUIVI

#### Bilan annuel

- De l'évolution du nombre des structures extra-hospitalières et de leur accessibilité
- De la mise en œuvre des préconisations du SROS dans ce domaine
- Des conséquences sur les besoins d'hospitalisation à temps complet.

#### EVALUATION

Impact sur la population (étude des flux intersectoriels et interdépartementaux, enquêtes de satisfaction...)



## ORGANISATION DU RAPPROCHEMENT ET DE L'ARTICULATION AVEC LES SERVICES DE SOINS GENERAUX

|                                | 2000  | 2001  | DUREE DU SROS  |
|--------------------------------|---|---|--|
| <b>REGION</b>                  | 1. Le CRSM suscite la constitution d'un groupe de travail sur les urgences psychiatriques et la psychiatrie de liaison  | 4. Le CRSM avec les conclusions du groupe de travail produit des recommandations stratégiques régionales dans ce domaine complétant le guide de mise en œuvre.<br>5. La C.E. valide les premiers projets de délocalisation de lits de psychiatrie.  | 8. Le CRSM étudie l'évolution régionale du rapprochement de la psychiatrie et des soins généraux et les indicateurs de suivi qui leur sont transmis par l'ARH.<br>9. La C.E. valide les projets de délocalisation. |
| <b>SECTEUR<br/>DEPARTEMENT</b> | 2. Les équipes de secteur de l'ARH<br>- établissent le bilan de l'existant en matière de rapprochement et articulation de la psychiatrie avec les soins généraux dans le cadre des urgences, de la psychiatrie de liaison, de la délocalisation de lits et de la participation aux pôles sanitaires.<br>- énoncent des objectifs stratégiques et opérationnels prioritaires en fonction des principaux dysfonctionnements ou besoins repérés. | 6. Les COS, à partir des priorités de l'équipe de secteur élaborent les scénarii d'évolution de l'offre de soins du secteur.<br>. Les CDSM donnent leur avis sur les scénarii des COS et leur cohérence départementale.<br>. Les COS arrêtent les scénarii d'évolution.   | 10. Révision éventuelle du schéma d'évolution de l'offre de soins psychiatriques du secteur par les COS sur proposition des équipes de secteur, après avis des CDSM et des conférences sanitaires de secteur.      |
| <b>ETABLISSEMENTS</b>          | 3. Les établissements constituent des groupes de travail inter établissements pour étudier les protocoles à définir aux urgences et les modalités pratiques des articulations et des rapprochements nécessaires.<br>Pour les délocalisations de lits de psychiatrie, ils établissent des contacts avec les institutions et organismes locaux.   | 7. Les établissements ont la responsabilité de la mise en œuvre, en choisissant les modes de gestion ou de coopération à mettre en place (délocalisation de lits, pôles sanitaires) ou le contenu précis des conventions ou contrats relais à signer (urgences et psychiatrie de liaison)<br>Ils assurent la mise en œuvre des scénarii d'évolution après formalisation dans leur projet d'établissement et le contrat d'objectifs et de moyens et par les autorisations. |  |

## ORGANISATION DU RAPPROCHEMENT ET DE L'ARTICULATION AVEC LES SERVICES DE SOINS GENERAUX

### Suivi et Evaluation

#### SUIVI

Bilan annuel des délocalisations, réseaux, participations au pôles sanitaires et des conventions, contrats-relais, protocoles entre le somatique et la psychiatrie -  
Analyse de l'activité de la psychiatrie dans les services de soins généraux et réciproquement des interventions des soins généraux dans les services et établissements de psychiatrie.

#### EVALUATION

Recherche des conséquences des rapprochements et complémentarités établies sur la prise en charge des personnes présentant des troubles psychiques et psychopathologiques (diminution des plaintes locales, aux urgences...) et analyse de flux intersectoriels et interdépartementaux.

## ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS

|                                | 2000   | 2001  | Durée du SROS   |
|--------------------------------|--|---|---|
| <b>REGION</b>                  | <p>1. Le CRSM suscite la constitution d'un groupe « enfants-adolescents » destiné à déterminer les orientations régionales prioritaires de l'offre de soins pour cette population.</p>   |   | <p>6. Le CRSM se prononce sur l'harmonisation régionale des programmes de mise en œuvre et la concordance avec les préconisations du groupe « enfants-adolescents ».</p> <p>7. La Commission exécutive valide les projets</p> |
| <b>SECTEUR<br/>DEPARTEMENT</b> | <p>2. Les équipes de secteurs recensent des structures, équipes, réseaux de prise en charge de l'enfant et de l'adolescent existants, précisent les principaux problèmes persistants et établissent des priorités stratégiques et opérationnelles</p>  | <p>4..Les COS établissent, à partir des priorités déterminées par les équipes de secteur le scénario d'évolution de l'offre de soins en psychiatrie pour l'enfant et l'adolescent</p> <p>. Les CDSM donnent leur avis sur ces scénarii d'évolution des secteurs sanitaires situés, même partiellement, dans leur département.</p> <p>. Les COS arrêtent les scénarii d'évolution après avis des CDSM et des conférences sanitaires de secteurs concernés.</p> | <p>8. Révision éventuelle des scénarii d'évolution par les COS après avis des CDSM (ou de leur commission de suivi) et des conférences sanitaires de secteurs.</p>  |
| <b>ETABLISSEMENTS</b>          | <p>2. Les établissements renseignent les équipes de secteur sur l'état de leurs projets et sur leurs principales difficultés de prise en charge de cette population.</p> <p>Ils organisent un partenariat et une complémentarité de prise en charge avec les autres acteurs : équipes de pédiatrie et de psychiatrie générale, services médico-sociaux, sociaux, éducatifs, scolaires, universitaires, judiciaires – et signent les conventions nécessaires.</p> | <p>5. Les établissements mettent en œuvre leurs projets en fonction du scénario d'évolution en matière d'offre de soins pour enfants et adolescents qui les concernent après formalisation dans leur projet d'établissement et le contrat d'objectifs et de moyens et par les autorisations.</p>  |   |

## **PRISE EN CHARGE DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS**

### **Suivi et Evaluation**

#### **SUIVI**

Suivi annuel de l'évolution de l'offre de soins pour cette population par le bilan des rapports annuels de secteur après harmonisation des données recueillies et en individualisant les structures pour adolescents.

Recensement des mises en réseau et des conventions et bilan des difficultés signalées.

#### **EVALUATION**

Impact des mesures prises sur certains problèmes morbides de l'enfant et de l'adolescent, les tentatives de suicide, en particulier, et comparaison avec les données nationales.

**MISE EN PLACE D'UN PARTENARIAT ET D'UNE COMPLEMENTARITE ENTRE LA PSYCHIATRIE ET LE SECTEUR MEDICO-SOCIAL**

|                              | <b>2000</b>  | <b>Durée su SROS</b>   |
|------------------------------|--|--|
| <b>REGION</b>                | <p>1. Le CRSM suscite la constitution d'un groupe de travail « partenariat et complémentarité entre la psychiatrie et le secteur médico-social »</p>   | <p>5. La Commission Exécutive examine les projets de transformation de lits de psychiatrie en lits médico-sociaux</p> <p>6. Le CRSM</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. élabore des recommandations régionales pour ce partenariat et sa réciprocité (contenu des conventions)</li> <li>. fait le bilan annuel de l'évolution de l'existant régional et des difficultés rencontrées</li> <li>. examine les indicateurs de suivi et d'évaluation</li> </ul>  |
| <b>SECTEUR DEPARTEMENTAL</b> | <p>2. Les services départementaux de l'ARH (DDASS, ELSM, CPAM) réalisent , si nécessaire, une enquête auprès des malades hospitalisés au long cours en psychiatrie afin de recenser ceux pouvant bénéficier d'une prise en charge plus appropriée en médico-social.</p> <p>3. Les DDASS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- participent à l'élaboration lorsqu'elle est en cours, des plans départementaux gérontologique et du handicap</li> <li>- ou mettent en place des groupes de travail avec le Conseil Général pour repérer les problèmes existants en ce qui concerne la psychiatrie pour les personnes âgées et les handicapés, les prioriser et rechercher les solutions.</li> </ul> | <p>7. * Les équipes de secteur</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- font annuellement le bilan des partenariats mis en œuvre, et avec l'avis des services départementaux de l'ARH des partenariats à proposer et stimuler de la programmation des transformations des structures psychiatriques pour personnes âgées et pour personnes présentant des pathologies à longue évolution, prévues dans le SROS</li> <li>- établissent le scénario d'évolution de l'offre de soins dans ce domaine</li> </ul> <p>* Les CDSM se prononcent sur le ou les scénarii d'évolution</p> <p>* Les COS arrêtent les scénarii après avis du CDSM et de la conférence sanitaire de secteur</p> |
| <b>ETABLISSEMENT</b>         | <p>4. Les établissements</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- transmettent aux équipes de secteur les conventions signées de partenariat ou de mise en réseau ainsi que les difficultés rencontrées de constitution ou de fonctionnement</li> <li>- participent aux réseaux gérontologiques locaux</li> <li>- prennent les mesures nécessaires pour faciliter le partenariat (réunions de formation, en particulier)</li> </ul>  | <p>8. Les établissements mettent en œuvre les dispositions retenues dans les schémas d'évolution après formalisation et dans les PE et les COM et (si nécessaire) par les autorisations.</p>   |

## MISE EN PLACE D'UN PARTENARIAT ET D'UNE COMPLEMENTARITE ENTRE LA PSYCHIATRIE ET LE SECTEUR MEDICO-SOCIAL

### Suivi et Evaluation

#### SUIVI

- . Bilan annuel des enquêtes de population effectuées et des transferts de lits du sanitaire au médico-social et de leurs modalités.
- . Suivi des indicateurs de partenariat réciproque entre la psychiatrie et le médico-social (accueil des patients de la psychiatrie stabilisés dans le médico-social, psychiatrie de liaison dans les établissements pour handicapés et maisons de retraite, réhospitalisations...)

#### EVALUATION

Impact de ces mesures de partenariat et de complémentarité sur les prises en charge des jeunes et adultes stabilisés et sur celles des personnes âgées : enquêtes sur les jeunes handicapés « sans solution », sur la santé des personnes âgées en maison de retraite...

## MISE EN PLACE D'UN PARTENARIAT ET D'UNE COMPLEMENTARITE ENTRE LA PSYCHIATRIE ET LE SECTEUR SOCIAL

|                                  | 2000   | Durée su SROS   |
|----------------------------------|--|---|
| <b>REGION</b>                    | <p>1. Le CRSM suscite la constitution d'un groupe de travail « partenariat et complémentarité entre la psychiatrie et le secteur social »</p>  | <p>5. Le CRSM</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. élabore des recommandations régionales pour ce partenariat et sa réciprocité (contenu des conventions)</li> <li>. fait le bilan annuel de l'évolution de l'existant régional et des difficultés rencontrées</li> <li>. examine les indicateurs de suivi et d'évaluation</li> </ul>   |
| <b>SECTEUR<br/>DEPARTEMENTAL</b> | <p>2. Les équipes de secteur font le bilan des conventions et mesures spécifiques prises en faveur des patients en situation précaire ou d'exclusion</p> <p>3. Les DDASS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- En participant aux réunions portant sur la politique de la ville et dans le cadre du PRAPS font une estimation des besoins du département pour ces populations</li> <li>- Travaillent en partenariat avec le Conseil Général et les municipalités les plus concernées.</li> </ul>  | <p>6. * Les équipes de secteur</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- font annuellement le bilan des partenariats mis en œuvre, et avec l'avis des services départementaux de l'ARH des partenariats à proposer et stimuler des mesures spécifiques prises en faveur des patients en difficulté sociale</li> <li>- en fonction des des besoins prioritaires persistants repérés par les équipes de secteur, les COS établissent les scénarii d'évolution de l'offre de soins dans ce domaine</li> </ul> <p>* Les CDSM se prononcent sur le ou les scénarii d'évolution</p> <p>* Les COS arrêtent les scénarii après avis du CDSM et de la conférence sanitaire de secteur</p> |
| <b>ETABLISSEMENTS</b>            | <p>4. Les établissements organisent</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les possibilités d'accès aux soins psychiatriques des patients en difficulté psychosociale : rendez-vous urgents en CMP, accueil et soins aux urgences, consultations avancées dans les structures sociales</li> <li>- un travail en réseau avec les partenaires sociaux (conventions) avec : <ul style="list-style-type: none"> <li>des formations pour les acteurs de terrain</li> <li>le soutien des équipes de psychiatrie aux équipes sociales</li> <li>la participation d'équipes sociales à la prise en charge de certains patients</li> </ul> </li> </ul> | <p>7. Les établissements mettent en œuvre les dispositions retenues dans les schémas d'évolution après formalisation dans les PE et les COM et (si nécessaire) par les autorisations.</p>   |

## MISE EN PLACE D'UN PARTENARIAT ET D'UNE COMPLEMENTARITE ENTRE LA PSYCHIATRIE ET LE SECTEUR SOCIAL

### **Suivi et Evaluation**

#### SUIVI

Recensement annuel des procédures, actions, moyens, mises en œuvre et des résultats et difficultés rencontrés pouvant être étudiés par les dispositifs psychiatrique et social.

#### EVALUATION

Impact sur les populations en difficulté psychosociale de la complémentarité et du partenariat entre les deux secteurs : enquêtes spécifiques et recherches-actions effectuées avec la participation des associations et entités spécialisées.



### III. 2 . le développement d'actions partenariales d'intérêt régional

Dans son chapitre 4, le SROS MCO a retenu un certain nombre de thèmes autour desquels l'agence se propose de fédérer des partenaires pour mener des réflexions ou des actions sur des problématiques qui affectent l'évolution de l'offre de soins dont le système hospitalier est une composante. La psychiatrie participera à ces réflexions grâce à la présence de représentants dans les conférences, commissions et groupes de travail..

Il s'agit dans ces domaines de prendre l'initiative d'une démarche dont les développements dépendront de la volonté commune de l'ensemble des partenaires qui définiront eux-mêmes les modalités de suivi et d'évaluation des travaux qu'ils auront choisi de mettre en œuvre.

#### 1/ CHARTE POUR UNE POLITIQUE REGIONALE DE LA QUALITE DES SOINS

**Rappel de l'objectif :** Engager une réflexion partagée avec l'ensemble des grands institutionnels, au niveau national et régional, autour du thème de la qualité à l'hôpital. Il s'agit de constituer une plate-forme commune qui servira de repère pour les programmes spécifiques à mettre en place par les différents acteurs et favoriser les partenariats ultérieurs.

**Modalité proposée :** L'agence proposera, dans les dix-huit mois, la réunion d'une conférence réunissant les partenaires concernés, l'ANAES, l'URCAM, l'URML, la FHF, les fédérations d'établissements privés, les Agences de sécurité sanitaires, les Préfets et les institutions de formation. Cette conférence définira les conditions de l'adoption d'une charte pour une politique régionale de la qualité des soins

#### 2/ COMMISSION DES INNOVATIONS DIAGNOSTIQUES ET THERAPEUTIQUES

**Rappel de l'objectif :** la Commission doit constituer un outil de conseil et d'expertise dans le domaine des innovations diagnostiques et thérapeutiques pour l'ensemble des acteurs du monde hospitalier, et de proposition sur les modalités de diffusion des innovations.

**Modalité proposée :** La composition de cette commission, arrêtée par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, comportera des experts de la région Rhône-Alpes, mais aussi de niveau national, voire international, ainsi qu'un représentant du conseil

régional. Elle se mettra en place dans le courant de l'année 2000. Elle définira son programme de travail en relation avec le Conseil des CHU.

### **3/ BANQUE DE DONNEES REGIONALE DES ACTIONS DE PREVENTION**

**Rappel de l'objectif :** L'objectif consiste à mettre à la disposition de l'ensemble des acteurs hospitaliers une base de données sur les actions de prévention mises en œuvre, outil pour construire des programmes d'action dans ce domaine.

**Modalité proposée :** La première tâche consiste à mettre en place avec les établissements un groupe de pilotage de cette action chargé d'élaborer la maquette et les modalités technique de la réalisation du serveur.

Par ailleurs, ce groupe de pilotage examinera les conditions de communication et de diffusion pour le développement de l'utilisation de cet outil.

C'est la CRAM qui au sein de l'ARH assure la conduite de ce projet.

### **4/ SERVEUR REGIONAL SUR LES RISQUES SANITAIRES**

**Rappel de l'objectif :** L'objectif est que l'ensemble des établissements hospitaliers puissent échanger sur les dispositifs de sécurité sanitaire qu'ils ont développés, les résultats qu'ils ont obtenus et les personnes ressources susceptibles d'apporter leur expérience.

**Modalité proposée :** Il s'agit d'engager les établissements à constituer un groupe de pilotage chargé au préalable d'explorer les conditions de faisabilité de la mise en place du serveur tant sur le plan de son contenu que des aspects techniques de son fonctionnement.

L'agence régionale de l'hospitalisation prendra l'initiative de saisir les hôpitaux pour constituer ce groupe et est susceptible d'intervenir financièrement pour aider à la mise en œuvre du projet lorsque celui-ci aura atteint le stade de la mise en œuvre.

C'est la DRASS qui au sein de l'ARH assure la conduite de ce projet.

#### **4/ OBSERVATOIRE REGIONAL DES PLAINTES**

**Rappel de l'objectif :** La parole de l'usager, de sa famille ou de ses représentants doit constituer un élément à part entière du dispositif hospitalier. Pour cela, la constitution d'un observatoire régional des plaintes, cogéré par les établissements et l'agence régionale de l'hospitalisation, qui recense les doléances des patients ou de leur famille, doit permettre d'analyser les dysfonctionnements et d'y répondre.

**Modalité proposée :** La mise en place d'un observatoire des plaintes doit s'inscrire dans une stratégie plus large visant à définir les conditions du dialogue entre les hôpitaux et leurs usagers.

Dans cette perspective, une première étape consistera, sous le responsabilité du médecin inspecteur de santé publique nommé « personne référente » pour les associations d'usagers (circulaire DH du 4 juin 1999) à faire un bilan des conditions de ce dialogue, des attentes, des revendications, des points de blocage... Ce bilan sera réalisé sous la forme d'une enquête régionale conduite par les équipes de l'agence régionale de l'hospitalisation qui démarrera, après une période de test au premier semestre 2000, en septembre 2000 et s'achèvera en juin 2001 par la diffusion des conclusions de l'enquête auprès des établissements et la tenue d'un forum régional des représentants des usagers.

C'est sur la base des enseignements de l'enquête et des échanges auxquels aura donné lieu le forum, que les établissements et l'agence régionale de l'hospitalisation définiront ensemble les modalités, le contenu de l'observatoire des plaintes ainsi que les conditions dans lesquelles le rapport annuel de l'observatoire donnera lieu à la mise en place de procédures de suivi.

### **III. 3 . la mise en place des instances en charge de favoriser et de suivre la mise en œuvre du Schéma**

Le schéma MCO a prévu, dans un certain nombre de domaines, la mise en place de commissions, conseils, missions, comités, concertations pour d'une part qu'existent des lieux de dialogue entre l'agence régionale de l'hospitalisation et les établissements où seront évoqués les conditions de la mise en œuvre du SROS, mais aussi des occasions régulières de faire le point sur l'avancement des travaux conduits tout au long de la période de validité du schéma.

Certaines de ces commissions sont exclusivement centrées sur les soins généraux ; deux d'entre elles concernent ou peuvent concerner aussi la psychiatrie, le conseil des CHU et la mission régionale d'appui aux réseaux et à la coopération interhospitalière. Le conseil régional de santé mentale mis en place à titre expérimental concerne la psychiatrie.

#### **1/ LE CONSEIL DES CHU**

La coopération et la complémentarité entre les CHU est un objectif réaffirmé du SROS. Le conseil des CHU a pour mission d'examiner les projets à portée stratégique avant même que le conseil d'administration de chacun des établissements n'en soit saisi, et de conduire, sur la base d'un programme annuel qu'il définit, des travaux sur les complémentarités envisageables entre les structures hospitalo-universitaires..

Cette instance associe les 3CHU, le Centre anti-cancéreux Léon Bérard et le CHS du Vinatier pour les questions du domaine de la psychiatrie, dans leurs diverses composantes (direction, CA, CME), les universités de médecine des trois pôles rhônalpins et l'agence régionale de l'hospitalisation.

Installée dès le premier trimestre 2000 elle tiendra quatre réunions par an.

## **2/ LA MISSION REGIONALE D'APPUI AUX RESEAUX ET A LA COOPERATION INTERHOSPITALIERE**

**Lettre de mission :** La mission de cette instance comporte 4 volets

- Assurer une aide méthodologique pour la mise en place et le suivi de la procédure d'agrément des communautés et réseaux de soins,
- Valoriser les expériences innovantes et préparer les axes et supports de communication de l'ARH sur ces questions,
- Proposer un conseil juridique et un appui technique rapproché aux établissements et aux équipes de l'agence qui en feront la demande,
- Evaluer les opérations de coopération et de mise en réseau conduites dans la région.

Cette mission régionale centrée sur l'hospitalisation publique et privée, travaillera en lien avec le groupe "réseaux" constitué au sein de l'URCAM, et dont l'ARH est membre, qui examine les réseaux de soins associant le secteur libéral.

**Composition :** Elle associe

- un directeur d'hôpital public,
- un président de CME d'établissement public,
- un directeur de clinique privée,
- un représentant des établissements PSPH,
- un représentant de la médecine libérale,
- un représentant de la direction des hôpitaux au ministère,

et pour l'ARH

- un médecin inspecteur de santé publique de la DRASS,
- un inspecteur DRASS,
- un médecin conseil de l'ERSM,
- un contrôleur de la CRAM,
- un médecin de la MSA,
- un représentant de l'URCAM.

Les travaux seront animés par un inspecteur principal de la DRASS.

**Fonctionnement :** Cette instance se mettra en place dès le premier trimestre 2000. Les membres de la mission qui bénéficieront d'un séminaire de formation de deux journées, se réuniront au rythme d'une séance par mois (au moins pour la première année de fonctionnement).

### 3/ LE CONSEIL REGIONAL DE SANTE MENTALE (CRSM)

Mis en place en février 2000 à titre expérimental dans la région Rhône-Alpes, ce conseil est une instance consultative d'experts placée auprès de l'ARH pour toute question relevant de la politique régionale de santé mentale. C'est ainsi un lieu de réflexion et de débats dans ce domaine. C'est pourquoi ce conseil est l'instance chargée de veiller à la mise en œuvre des préconisations du schéma de psychiatrie. Il est informé du degré de réalisation des programmes d'actions adoptés en application du schéma, au niveau régional et dans chaque secteur et département. Il examine les difficultés rencontrées pour mettre en œuvre le SROS et propose les solutions pour les surmonter. Il donne un avis sur la procédure et les résultats de l'évaluation du schéma.

- **Composition** : il est présidé par le Directeur de l'ARH et composé de :
  - . 5 membres de l'ARH
  - . 7 directeurs d'établissements ,spécialisés, publics et PSPH, privé, et CH non spécialisé gérant des secteurs de psychiatrie
  - . 8 praticiens hospitaliers
  - . 2 praticiens d'établissements privés
  - . le président des présidents de CME
  - . 2 personnes qualifiées
  - . 1 représentant des médecins généralistes
  - . 6 personnels non médicaux
  - . 3 membres d'associations d'usagers.
  - . 1 expert de la qualité des soins et de l'évaluation qui sera consulté dans ces domaines.

Les membres de ce conseil ainsi que leur président sont nommés par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation.

Pour aider ses travaux dans certains domaines spécifiques, le conseil peut susciter la constitution de groupes de travail réunissant des personnes particulièrement concernées et qualifiées et recrutées en dehors du conseil.

- **Fonctionnement** : Cette instance, dont les travaux sont préparés à l'ARH, se réunit trois à quatre fois par an sur convocation du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation. Elle rend compte à l'ARH de ses travaux et de ses conclusions sur la mise en œuvre du SROS dans un rapport annuel comportant un bilan spécifique des problèmes communs de mise en œuvre des deux SROS, SROS MCO et SROS de Psychiatrie.

#### IV. Repères pour les projets d'établissement, les autorisations , les contrats d'objectifs et de moyens

| Thèmes   | Projet d'établissement   | Autorisation  | Contrat d'objectifs et de moyens   |
|--|--|---|--|
| <b>Qualité et sécurité des soins</b>   | <p>Contient un volet spécifique sur les mesures à prendre dans le domaine de la qualité des soins.</p> <p>Programme les rénovations des locaux et les restructurations nécessaires (en particulier celles prévues dans le guide de mise en œuvre)</p> <p>Met en place un « dispositif qualité » élaboré en concertation qui traite de l'ensemble des problèmes liés à l'information et à l'accueil du malade et de sa famille. Définit les actions de structuration de l'information médicale et les actions de formation du personnel.</p>                        |   | <p>Retient en particulier les actions prioritaires de l'annexe dans le domaine de la qualité et de la sécurité des soins.</p> <p>Privilégie les opérations essentielles de restructuration des CHS et HPP.</p> |
| <b>Accessibilité et développement des alternatives et de l'ambulatoire (psychiatrie générale).</b> | <p>Reprend les projets de développement des structures de proximité de l'établissement et d'amélioration de leur accessibilité (lieu et horaires d'ouverture), dans le cadre entre autres des opérations du guide de mise en œuvre.</p> <p>Organise l'offre de soins pour que chaque secteur puisse bénéficier</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-d'un équipement minimum inscrit dans le SROS (un CMP ouvert 5 jours par semaine et de 10 places de jour ou CATTP) en moyenne</li> <li>-de la gamme la plus complète possible de prestations.</li> </ul> | <p>Ajustement des capacités autorisées aux capacités installées.</p> <p>Réajustement des capacités selon l'activité réalisée.</p> <p>Passage en CROSS pour toute fermeture, création, extension ou transformation des installations (lits ou places).</p> | <p>Privilégie les projets prioritaires retenus dans l'annexe -ou le projet d'établissement- en particulier dans les zones géographiques où l'offre de soins doit être développée.</p>                          |

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <p><b>Rapprochement et articulation avec les services de soins généraux</b></p> | <p>Prévoit les conventions qui organisent les modalités de la psychiatrie d'<b>urgence</b> dans les services d'urgence générale (même si le secteur de psychiatrie est rattaché à l'hôpital général).</p> <p>Organise, en fonction des besoins et des moyens mobilisables, le développement de la <b>psychiatrie de liaison</b> de manière concrète dans les services de médecine somatiques et prévoit sa réciprocité.</p> <p>Prévoit les opérations d'installation de lits à l'hôpital général inscrites dans le guide de mise en œuvre.</p> <p>Indique dans quel pôle sanitaire s'inscrit l'établissement. Précise l'organisation commune adoptée au sein du pôle sanitaire pour assurer le niveau d'équipement et d'activité requis.</p> | <p>Nécessite l'organisation de <b>la prise en charge des urgences psychiatrique dans les services d'urgence générale</b> avec signature d'une convention entre l'établissement gérant de la psychiatrie et l'établissement siège des urgences générales. Elle prévoit : temps et organisation de la présence des psychiatres (et des autres membres de l'équipe soignante), conditions et délais d'orientation des patients , si nécessaire, vers une consultation en CMP ou vers une unité d'hospitalisation, organisation matérielle de l'accueil et de l'examen psychiatrique (locaux, lits...) ainsi que la participation, si nécessaire, des équipes somatiques à la prise en charge des urgences psychiatriques dans les établissements spécialisés</p> <p>Analyse des <b>contrats de relais</b> entre les unités de proximité et les services psychiatriques.</p> <p>Confirmation d'autorisation pour les lits installés à l'hôpital général.</p> | <p>Organise la présence des services de psychiatrie à l'hôpital général pour l'urgence et la psychiatrie de liaison en particulier dans les services somatiques où une évaluation préalable met en évidence des besoins importants.</p> <p>Prévoit les moyens à apporter pour la mise en place de ce rapprochement et de cette articulation.</p> <p>Privilégie le cas échéant les actions d'installation de lits prévues dans l'annexe.</p> <p>Privilégie les actions visant à garantir le fonctionnement d'une organisation commune au sein du pôle sanitaire</p> |
|---|--|--|--|



|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <p><b>Evolutions organisationnelles</b></p>                       | <p>Précise les modalités des opérations prévues dans le guide de mise en œuvre.</p> <p>Indique la mise en place de communautés d'établissements dans lesquelles l'établissement est impliqué.</p>  |  | <p>Précise les modalités de mise en œuvre des opérations retenues dans l'annexe dans un but d'une meilleure répartition de l'offre de soin et prévoit les moyens nécessaires.</p> <p>Privilégie les projets de coopération inter-établissement stratégiques à mettre en place ou à développer.</p> |
| <p><b>Prise en charge spécifique : petite enfance</b></p>         | <p>Précise les réseaux dans lesquels s'inscrit la pédopsychiatrie et organise la psychiatrie de liaison. Retient au minimum les actions prioritaires du guide de mise en œuvre.</p>  |  | <p>Prévoit, le cas échéant, les actions prioritaires à mettre en œuvre pour la prise en charge de la petite enfance.</p>   |
| <p><b>Prise en charge spécifique : enfants et adolescents</b></p> | <p>Définit la position de l'établissement dans un dispositif départemental diversifié et articulé et les moyens de mise en œuvre des opérations du guide..</p> <p>Organise la réponse au besoin d'hospitalisation temps plein de cette population à travers une entente entre établissements, voire entre départements, à concrétiser par des conventions engageant les différentes parties.</p> <p>Organise l'offre de soins pour que chaque secteur puisse en moyenne bénéficier d'un CMP ouvert 5j et de 15 places d'HJ (ou CATTP).</p> | <p>Analyse les demandes dans le cadre du travail en réseau. Précise le nombre de lits de psychiatrie infanto-juvénile dédiés spécifiquement à la prise en charge des adolescents</p> | <p>Prévoit la mise en œuvre des actions prioritaires de l'annexe concernant la prise en charge de l'enfance et de l'adolescence (le développement de la psychiatrie infanto-juvénile étant une des priorités du schéma).</p>   |

|   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| <b>Prise en charge spécifique : Patients présentant des pathologies à longue évolution.</b> | <p>Fait apparaître explicitement l'organisation envisagée pour la prise en charge de ces patients (pour l'hospitalisation complète et l'extrahospitalier) en ayant comme objectif prioritaire une articulation et une complémentarité de prise en charge avec les services médico-sociaux et sociaux pour les patients stabilisés.</p> <p>Organise la mise en place des opérations du guide de mise en œuvre.</p>   | <p>Peut prévoir le transfert de lits vers le médico-social, si création de structures médico-sociales.</p> | <p>Privilégie, le cas échéant, les actions prioritaires de l'annexe concernant la prise en charge des patients présentant les pathologies à longue évolution.</p> |
| <b>Prise en charge spécifique : Personnes âgées</b>   | <p>Précise les modalités de la prise en charge coordonnée des personnes âgées avec la mise en place :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-de structures intersectorielles d'hospitalisation complète (pour accueil, bilan et orientation)</li> <li>-de structures alternatives ou ambulatoires spécifiques,</li> <li>-d'équipes mobiles pour les interventions sur les lieux de vie,</li> <li>-de participation des équipes de secteur au réseau gérontologique local.</li> </ul> |  | <p>Privilégie le cas échéant les actions prioritaires de l'annexe pour la prise en charge des personnes âgées.</p>  |
| <b>Prise en charge spécifiques : Patients en situation de précarité et d'exclusion</b>      | <p>Prévoit l'amélioration de l'accès de ces patients aux structures de soins psychiatriques et l'organisation du partenariat.</p> <p>Fait le lien avec les actions prévues dans le PRAPS</p>  |  | <p>Peut contenir certaines actions prioritaires.</p>  |

|  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| <b>Prise en charge spécifique : patients ayant des difficultés avec l'alcool.</b>      | Voir guide de méthode du SROS MCO   |  |   |
| <b>Prise en charge spécifique : personnes ayant réalisées une tentative de suicide</b> | Prévoit l'application des recommandations de l'ANAES dans les services d'urgence (élaboration de protocoles) et dans les services de médecine ainsi que celle de l'organisation du suivi après la sortie  |  | Inscrit les protocoles d'accueil et de soins des tentatives de suicide ainsi que ceux d'accueil des adolescents dans les services d'urgence.  |
| <b>Travail en réseau et complémentarité</b>  | Prévoit les conventions de travail en réseau et en partenariat qui seront signées entre :<br>-la psychiatrie générale et infanto-juvénile<br>-la psychiatrie et le secteur médico-social<br>-la psychiatrie et l'ensemble des acteurs de la santé mentale (sociaux en particulier)<br><br>Il contient également les projets d'actions en partenariat à développer ou à mettre en place. |  | Inscrit les actions de développement des réseaux et du travail en partenariat.<br><br>Fait état des projets de réseaux de soins, de coopération hospitalière ou de communautés d'établissement. |

## V. Présentation par département de l'annexe opposable