

PSYCHIATRIE ET SANTE MENTALE

Sommaire

Préambule	3
Etat des lieux et diagnostic	5
1. Un équipement légèrement inférieur aux moyennes nationales	5
2. Une démographie médicale et paramédicale en question	7
3. La massification des demandes et de l'activité	9
4. L'atténuation des disparités interdépartementales par le soutien budgétaire du SROS 2	10
5. Les efforts déployés en matière d'organisation des soins sont désormais confrontés à la saturation des lits d'hospitalisation complète	11
6. Les modes de prise en charge se sont diversifiés, malgré une accessibilité de l'ambulatoire encore insuffisante	12
7. Les services de psychiatrie ont engagé un mouvement de rapprochement et d'articulation avec les services de soins généraux	13
8. Les prises en charge de populations spécifiques ont mobilisé une partie considérable des moyens, ce qui ne doit pas masquer l'existence de disparités fortes dans la région	14
Objectifs	16
Axe 1 : Les filières de la psychiatrie : améliorer leur efficacité et leur fluidité	17
1.1. Obtenir une meilleure adaptation aux besoins des recours à la psychiatrie et de leurs modalités	17
1.2. Optimiser l'organisation des soins dans les structures et par les équipes soignantes de psychiatrie	19
▪ Dans les CMP : réduire les délais de rendez-vous et améliorer l'accessibilité	19
▪ Dans les alternatives : évaluer le fonctionnement, gérer l'activité et prévenir la chronicisation	20
▪ Par des équipes mobiles intersectorielles : développer les suivis au domicile et sur les lieux d'hébergement	20
▪ En hospitalisation complète : optimiser les conditions et la qualité de l'accueil et des soins	21
▪ Dans les services somatiques : apporter un avis spécialisé rapide pour la psychiatrie aux urgences et la psychiatrie de liaison	22

1.3. Favoriser la sortie de l'hospitalisation psychiatrique des personnes handicapées par la maladie mentale et organiser leur suivi extra hospitalier	25
En mettant en place un programme de réhabilitation et de réinsertion qui :	
▪ peut comporter une unité intersectorielle de réhabilitation et de réinsertion	25
▪ organise la prise en charge globale des personnes handicapées psychiques à leur domicile ou dans leur famille	25
▪ développe la réponse aux besoins en hébergement et en soins des personnes handicapées psychiques	26
1.4. Conforter les spécificités des filières de certaines populations prioritaires	28
▪ Les enfants et les adolescents	28
▪ Les personnes âgées	31
▪ Les suicidants	33
▪ Les personnes ayant des conduites addictives	33
▪ Les détenus	35
▪ Les personnes en situation de précarité et d'exclusion	36
1.5. Développer des coopérations et des complémentarités entre établissements sectorisés et non sectorisés et avec les autres professionnels de la psychiatrie, de la santé somatique et de la santé mentale pour garantir la continuité des soins	37
Axe 2 : Les métiers de la psychiatrie : préciser ou redéfinir les périmètres d'action de certains métiers de la psychiatrie et renforcer les équipes faiblement dotées	40
2.1. Les différentes fonctions à remplir en psychiatrie	41
2.2. Pour trois métiers, en particulier, les missions doivent être précisées ou redéfinies	44
2.3. Un renforcement de certaines équipes en personnels non médicaux est nécessaire	47
Axe 3 : Les territoires de la psychiatrie : adapter l'organisation territoriale de la psychiatrie aux contraintes actuelles et à l'organisation territoriale MCO	48
3.1. Réaffirmer le secteur psychiatrique dans sa fonctionnalité pour les soins de proximité et les concertations locales	48
3.2. Développer les mutualisations des compétences pour les filières spécifiques dans des territoires de santé mentale et rechercher une mise en cohérence des limites de ces derniers avec les territoires de santé MCO	49
3.3. Maintenir des organisations départementales et régionales	50
	51
Evaluation	52
1. Indicateurs de moyens : 3 indicateurs	52
2. Indicateurs de procédure : 5 indicateurs	52
3. Indicateurs de résultat : 3 indicateurs	53
4. Indicateur de santé publique : incidence des suicides	53
Glossaire	54
Fiches techniques annexées :	
1 - CMP	55
2 - Hospitalisation complète	57
3 - Unité intersectorielle de réhabilitation psychosociale	59

Préambule

"La psychiatrie est au service d'une politique de santé mentale", tel était le premier principe directeur du SROS 1 de psychiatrie. Ce principe reste d'actualité, et se trouve réaffirmé par la nécessité désormais de distinguer deux champs :

- la psychiatrie discipline médicale : les lignes de soins pour prendre en charge la maladie psychiatrique, les compétences requises en personnel et l'organisation souhaitable. On est dans le champ purement sanitaire même si les secteurs social et médico-social ont un rôle essentiel pour permettre une prise en charge globale du patient.
- la psychiatrie au service de la santé mentale : quel peut être l'apport de la psychiatrie dans la préservation de la santé mentale, par quels personnels (le psychiatre ici est en retrait), selon quelles organisations (lieu d'écoute, CMP ressource, réseaux...), on est sur l'apport du sanitaire dans le champ social.

En effet, il existe aujourd'hui des interactions entre les champs de la santé mentale, de la souffrance psychique, du mal être et celui de la psychiatrie qui génèrent des confusions sur la place et la mission de la psychiatrie. L'ambivalence actuelle de ces termes entraîne une confusion responsable de la multiplication de demandes très diverses faites au système de soins psychiatriques et pose le problème de leur adéquation.

Les tensions et les diverses formes de mal être plus ou moins aiguës, les violences, les tentatives de suicide, les conduites à risque sont devenues des phénomènes récurrents à prendre en compte.

Ainsi, l'offre de soins en psychiatrie a évolué vers la réponse aux besoins de soins en santé mentale en incluant le contexte social, environnemental et familial du patient. Cependant la souffrance psychique et tous les troubles du comportement ne relèvent pas d'un traitement par la psychiatrie seule.

En ce sens, le champ de la santé mentale déborde celui de la psychiatrie proprement dite, comme le champ de la santé dépasse celui de la médecine.

Dans ce contexte, il convient parallèlement de réaffirmer le caractère sanitaire de la psychiatrie.

La psychiatrie est d'abord une **spécialité médicale** qui a pour vocation de traiter des pathologies mentales. Elle appartient au champ du soin. Elle repose sur une analyse psychopathologique qui prend en compte l'histoire familiale et individuelle du sujet et permet de définir une stratégie thérapeutique évolutive.

Dans ce cadre, la lutte contre les maladies mentales comporte des actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale. Ces actions ne relèvent pas de la seule compétence de l'équipe soignante de psychiatrie. C'est le cas, entre autres, pour la prise en charge des handicapés psychiques : la psychiatrie met ses compétences dans le développement de la personne handicapée et la recherche de la meilleure autonomie possible selon les termes de la loi ; elle le fait au mieux avec les partenaires concernés, y compris les usagers et leurs familles.

Il faut donc distinguer quelle est la nature des actions à mener et dans quel champ politique, associatif, social, médico-social, sanitaire, elles s'inscrivent. De même, il faut définir quels sont les dispositifs et les professionnels à mobiliser afin qu'ils assurent, en se coordonnant, leur part respective.

C'est à partir de ces définitions des rôles que s'organisent les réseaux de prise en charge.

Le volet "psychiatrie et santé mentale" du SROS 3 doit donc s'attacher à clarifier la nature des interventions de la psychiatrie et ses articulations avec les autres champs et les autres professionnels à partir de la connaissance des filières de soin.

Etat des lieux et diagnostic

La psychiatrie en Rhône-Alpes en quelques chiffres-clés

45 établissements, dont 22 sectorisés
5.821 lits et 2.629 places
702 psychiatres salariés et 637 d'exercice libéral, soit 1.339 au total, au 1^{er} janvier 2003
7.241 ETP de personnel non médical dans les établissements sectorisés
117.784 patients adultes vus et 54.101 en psychiatrie infanto-juvénile en 2001
14,33 % du budget 2004 en Rhône-Alpes

1. Un équipement légèrement inférieur aux moyennes nationales

- Avec 7.518 lits et places autorisés en psychiatrie générale et 932 en psychiatrie infanto-juvénile, la région Rhône-Alpes a un équipement légèrement inférieur à la moyenne nationale :
 - **1,33 lits et places pour 1.000 habitants en psychiatrie générale versus 1,38 en France,**
 - **0,74 lits et places pour 1.000 habitants de 16 ans et moins en psychiatrie infanto-juvénile versus 0,91 en France.**

	Psychiatrie générale		Psychiatrie infanto juvénile	
	Rhône-Alpes	France	Rhône-Alpes	France
Recensement 1999	5.645.847	59.038.459	1.256.842	12.636.320
Lits autorisés	5.577	60.744	244	2.086
Places autorisées	1.941	20.827	688	9.369
Lits et places autorisés	7.518	81.571	932	11.455
Ratio lits pour 1.000 habitants	0,99	1,03	0,19	0,17
Ratio places pour 1.000 habitants	0,34	0,35	0,55	0,74
Ratio lits et places pour 1.000 habitants	1,33	1,38	0,74	0,91

Source : STATISS 2003 - DRASS-DREES (INSEE et enquête SAE)

▪ **La grande majorité de ces capacités sont sectorisées :**

- en psychiatrie générale :
 - . 20 établissements sectorisés gérant 79 secteurs et 24 dispositifs intersectoriels autonomes
 - . 4.043 lits sectorisés, soit plus de 72 % du total des lits de la région
 - . 1.671 places sectorisées, soit plus de 86 % des places de la région
 - . 23 établissements non sectorisés
 - . disposant de 1.534 lits et 270 places
- en psychiatrie infanto-juvénile :
 - . 20 établissements sectorisés gérant 35 secteurs et 2 dispositifs intersectoriels autonomes
 - . totalisant 234 lits et 688 places, soit la totalité des capacités régionales, exception faite des 10 lits gérés par un établissement non sectorisé

- **Ces lits et places sont gérés principalement par des CHS publics.** La région Rhône-Alpes présente une particularité, dans la mesure où les établissements PSPH sont sur-représentés dans la gestion des lits et des alternatives, par rapport au niveau national. Les cliniques privées sont, en revanche, très peu représentées, en ce qui concerne la gestion des places.

		Publics		PSPH	Cliniques
		CHS	Services de psy des hôpitaux généraux		
% des lits par statut juridique	Rhône-Alpes	35,0 %	15,3 %	29,4 %	20,2 %
	FRANCE	50,0 %	19,0 %	11,0 %	20,0 %
% des places par statut juridique (hospitalisation partielle de jour et de nuit)	Rhône-Alpes	42,0 %	29,3 %	27,3 %	1,4 %
	France	53,0 %	26,0 %	9,0 %	12,0 %

Source : FRANCE (DREES, collection stats, bilan psychiatrie, n° 2, juin 2000)

2. Une démographie médicale et paramédicale en question

2.1. Les psychiatres : des projections démographiques à la baisse

- Le nombre de psychiatres en Rhône-Alpes n'a, pour l'heure, pas cessé d'augmenter. Bien au contraire, **la densité médicale** (en ETP pour 10.000 habitants), **dans les établissements sectorisés, a progressé, depuis 1993 de 43 % en psychiatrie générale et de 36 % en pédopsychiatrie.**

En Rhône-Alpes ; l'accent a donc été mis, ces 10 dernières années, sur la présence médicale.

- La démographie rhônalpine des psychiatres s'inscrit pourtant dans le cadre de projections, toutes spécialités confondues, mettant en évidence les baisses attendues.

D'après une étude ministérielle de mars 2002, dans l'hypothèse d'un maintien du *numerus clausus*, le nombre de psychiatres en France va passer de 13.291 en 2001 à 7.800 en 2020, soit une régression de 41 %.

Une autre étude du ministère prévoit, plus spécifiquement **pour la région Rhône-Alpes, une baisse de 20 % du nombre de psychiatres, qui atteindrait 1.003 au 1^{er} janvier 2015.** Cette chute est plus fortement marquée pour les psychiatres que pour les autres spécialités, qui évoluent, dans leur ensemble, de - 7 % d'ici à 2015.

- En outre, la densité de psychiatres, tous statuts confondus, montre, une fois de plus, de fortes disparités entre les départements. Seuls les départements de l'Isère et du Rhône disposent d'un taux de psychiatres salariés et libéraux rapporté à la population supérieur à celui de la région, qui s'établit à plus de 23 pour 100.000 habitants.

De la même manière, uniquement dans le domaine de la sectorisation, le ratio rapportant les effectifs médicaux en ETP à la population oscille :

- pour la psychiatrie générale, **entre 0,33 ETP et 1,8 ETP** pour 10.000 habitants par secteur psychiatrique
- pour la psychiatrie infanto-juvénile, **entre 0,5 et 3,73 ETP** pour 10.000 habitants de 0 à 16 ans par secteur psychiatrique,

d'après l'analyse des rapports annuels de secteurs 2001.

- Enfin, en moyenne, **en Rhône-Alpes, le taux de vacances s'établit en 2004 à près de 28 % dans les établissements sous dotation globale¹.** Ce taux, bien que supérieur à la moyenne nationale (23 %), est stabilisé depuis 2002. La psychiatrie est la discipline, en Rhône-Alpes, la plus confrontée à des difficultés de recrutement.

¹ Il s'agit du rapport entre le total des postes budgétés et leur occupation par un PH titulaire ou provisoire

2.2. Le personnel paramédical : des effectifs très inégalement répartis (une démographie peu favorable)

- **Les analyses nationales** sont fort éclairantes en matière d'évolutions démographiques pour le personnel paramédical :
 - le document de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) sur les secteurs de psychiatrie générale en 2000 relève que le ratio nombre d'ETP de personnels non médicaux pour 100.000 habitants est dans la région Rhône-Alpes nettement inférieur au ratio moyen national ;

Il faut noter cependant que cette étude ne prend en compte ni les inter secteurs de psychiatrie générale ni les personnels des établissements non sectorisés particulièrement nombreux dans la région.
 - d'autre part il est noté dans l'analyse une **diminution du nombre d'ETP de personnel non médical, à hauteur de - 8 % depuis 1989**. Au sein du personnel non médical, ce sont les infirmiers, cadres supérieurs de santé et agents des services hospitaliers dont les effectifs ont le plus décru (- 11 à - 55% en onze ans selon les catégories), tandis que les psychologues, les aides-soignants et les secrétaires médicales ont vu leur nombre d'ETP augmenter sensiblement sur la période.
- **L'analyse régionale** des rapports annuels des secteurs de psychiatrie générale 2001 met en évidence la relative stabilité du **personnel non médical**, avec un **total de 5.595 ETP**. Elle confirme aussi les grandes disparités de répartition de ces personnels entre les établissements et les départements.
- Il convient de souligner la particularité rhônalpine concernant les difficultés de recrutement accrues dans les zones frontalières de la Suisse.

3. La massification des demandes et de l'activité

- Le volume des demandes adressées à la psychiatrie subit une accélération continue. Cet effet volume participe des pressions accrues envers la psychiatrie pour qu'elle hospitalise.
La file active est en augmentation significative, puisqu'elle a progressé, en **psychiatrie générale, de + 59 %** de 1993 à 2001 et, en **psychiatrie infanto-juvénile, de + 64 %** sur la même période.
- Le taux de recours (file active rapportée à 100 habitants) s'établit, selon les rapports annuels de secteurs 2001, à :
 - **2,0 % en psychiatrie générale**
 - **4,5 % en psychiatrie infanto-juvénile.**
- **L'évolution des pathologies est double :**
 - les maladies mentales à manifestations bruyantes et urgentes, souvent avec des phénomènes de violence, sont signalées par les professionnels, plus fréquentes chez l'adulte et d'apparition plus précoce chez l'enfant et l'adolescent,
 - par ailleurs, la reconnaissance croissante du fait mental et de ses perturbations ainsi que celle des besoins de certaines populations vulnérables augmentent le recours à des soins pour troubles mentaux.

Cette double évolution est responsable de l'explosion des demandes anciennes et nouvelles.
- **L'évolution des modalités de prises en charge est paradoxale :**
L'application du concept bio-psychologique et social du trouble psychique incite à développer des prises en charge ambulatoires, en lien avec les usagers, les acteurs privés, médico-sociaux et sociaux. En Rhône-Alpes, en 2001, près de 69 % de la file active adulte a été prise en charge exclusivement en ambulatoire. Parallèlement, est constatée une augmentation des demandes d'hospitalisation complète.
- Enfin, tandis que les combinaisons thérapeutiques se sont diversifiées, les demandes de psychothérapies ou d'écoute qualifiées ne cessent de croître.

4. L'atténuation des disparités inter-départementales par le soutien budgétaire du SROS 2

- L'effort d'accompagnement budgétaire du SROS 2 :

Le SROS de psychiatrie de 1999 rappelle que "les moyens doivent être mieux répartis dans la région". Des efforts importants ont déjà été faits depuis 1996, mais le bilan de l'existant de 1999 a montré que de fortes inégalités subsistent d'un établissement à l'autre. L'objectif de redistribution n'a pas complètement porté ses fruits de 1996 à 1999. L'effort de l'agence régionale de l'hospitalisation pour soutenir et accompagner financièrement la psychiatrie en Rhône-Alpes s'est, par conséquent, appuyé, de manière constante, sur les principes suivants :

- garantir la réalisation des objectifs prévus par le SROS de psychiatrie
- réduire les disparités entre les départements de la région
- développer la contractualisation entre les établissements et l'agence.

Dans ce contexte, l'agence régionale de l'hospitalisation a souhaité veiller à la poursuite de la mise en œuvre active des préconisations du SROS en décidant d'élaborer une programmation financière jusqu'en 2004 des opérations prévues et non encore réalisées.

Au total, le SROS 1, de 1995 à 1999, a été financé, en mesures nouvelles, à hauteur de 11.443.000 euros, et **le SROS 2 de 2000 à 2003 a bénéficié de 19.285.000 euros, soit en quatre ans, un effort financier accru de + 59 %.**

- La persistance des inégalités interdépartementales :

A défaut d'avoir gommé les inégalités, la politique volontariste poursuivie les a cependant atténuées. L'indicateur euros par habitant, qui identifie les dépenses de psychiatrie rapportées à la population prise en charge, a augmenté dans la région de 2000 à 2004 de + 4 %, et ce, tout particulièrement dans les départements de la Loire (+ 30 %) et de la Haute-Savoie (+ 19 %), qui restent, malgré tout, les départements les moins bien dotés de la région.

Durant la période d'application du SROS 2, l'écart de cet indicateur est passé de 1 à 6 à 1 à 4.

5. Les efforts déployés en matière d'organisation des soins sont désormais confrontés à la saturation des lits d'hospitalisation complète

- L'offre de soins en hospitalisation complète s'est restructurée au cours des deux précédents SROS

L'offre de soins en hospitalisation complète a largement diminué en Rhône-Alpes, passant de 8.544 lits en 1993 à 5.821 en 2004.

Cette évolution s'explique d'une part par le retrait des lits papier qui occupaient la carte sanitaire jusqu'en 2000 et d'autre part par la reconversion de lits en places ou en capacités médico-sociales. La réduction des capacités a toutefois davantage touché le secteur public que la psychiatrie privée non sectorisée, qui a perdu un peu plus de 200 lits en dix ans.

- L'organisation de l'offre de soins en hospitalisation doit faire face à de nouvelles difficultés
 - Les **lits sont sur-occupés**, aussi bien dans le secteur public que le secteur privé, avec des taux d'occupation élevés et des listes d'attente. Les professionnels de la psychiatrie, et les services d'urgence, sont, par conséquent, contraints de consacrer du temps à la recherche de lits disponibles. Le taux d'occupation moyen était d'environ 91 % dans les établissements non sectorisés, privés et PSPH, et de 92 % dans les établissements sectorisés.
 - Le **nombre d'hospitalisations sans consentement**, parfois utilisées pour forcer l'entrée dans les unités ou dans le cadre de demandes sécuritaires, **se sont accrues**, soulevant dans leur sillon de nombreuses questions d'ordre éthique. En Rhône-Alpes, les hospitalisations d'office (HO) ont progressé de 1997 à 2001 de 16 % et les hospitalisations à la demande d'un tiers (HDT) de 20 %.
De la même manière, au niveau national, le nombre d'hospitalisations sans consentement (HDT et HO) a crû de 20 % sur la même période.
 - Les **lits d'hospitalisation des établissements sectorisés sont**, d'après une enquête du Conseil Régional de Santé Mentale, **à hauteur de 30 %, occupés par des patients qui pourraient "être déclarés sortants"**, si les structures d'aval correspondant à leurs besoins de prises en charge ne faisaient pas défaut. Au niveau national, le ministère évalue à 26 % les lits d'hospitalisation complète occupés par des personnes hospitalisées au long cours en psychiatrie faute d'un relais social ou médico-social.
 - Enfin, un nombre non négligeable **d'hospitalisations est opéré hors secteur**, ou "en subsistance". Le groupe de travail du conseil régional de santé mentale relatif à la prise en charge en amont de l'hospitalisation complète a, a fortiori, ciblé dans son diagnostic, le phénomène tendant à hospitaliser les patients hors établissement, voire hors département.

6. Les modes de prise en charge se sont diversifiés, malgré une accessibilité de l'ambulatoire encore insuffisante

- Les structures ambulatoires se sont développées, mais restent en nombre inférieur à la moyenne nationale

La part des structures à temps partiel parmi le total des lits et places autorisées a sensiblement augmenté depuis 1993, puisqu'elle **a doublé en dix ans**, passant de 15 % à 31 %. Avec ses 1.941 places en psychiatrie adulte et 688 en pédopsychiatrie, la région Rhône-Alpes reste toutefois en deçà des moyennes nationales d'équipement.

Le nombre de structures hors indice s'est également accru, puisque la région compte désormais, psychiatrie générale et infanto-juvénile confondues, 395 CMP et 184 CATTTP, soit une **progression depuis 1999 de 20 CMP et 27 CATTTP**.

- L'accessibilité au CMP se heurte à des délais d'attente longs, le plus souvent entre 3 et 6 mois

De nombreux professionnels s'accordent à reconnaître que la plupart des CMP de la région sont dans l'impossibilité de fixer un rendez vous dans un délai court. Les rapports annuels de secteurs 2001 laissent supposer qu'environ 40 % des CMP sont ouverts moins de 5 jours sur sept.

- Les efforts de redéploiement des alternatives ont été disparates

Le nombre de places d'alternatives à l'hospitalisation est passé de 1.526 à 2.629 de 1993 à 2004. Cette augmentation est principalement due à la **psychiatrie sectorisée, qui a créé près de 1.000 places en 10 ans**.

La psychiatrie privée non sectorisée s'est renforcée, notamment, de 125 places de postcure, engendrées par la reconversion de lits de SSR spécialisés.

Ce constat, et la politique volontariste de réduction des inégalités consacrée par le SROS 2, ne doivent pas masquer les disparités territoriales qui persistent au sein de la région en termes d'équipement. Le SROS 2 visait, notamment, à offrir aux patients "une gamme complète de prestations, que ces structures appartiennent en propre au secteur ou qu'elles soient mises à sa disposition dans le cadre d'une gestion intersectorielle". Cet objectif n'a été que partiellement atteint, **certains secteurs demeurant, en 2001, encore en sous équipement**. A titre d'exemple, il restait, d'après les rapports annuels de secteurs en 2001, des secteurs psychiatriques dépourvus de CATTTP, ou de places de jour.

- La durée et les modalités de prises en charge dans les alternatives varient d'une structure à l'autre, certaines pouvant paraître très prolongées.

7. Les services de psychiatrie ont engagé un mouvement de rapprochement et d'articulation avec les services de soins généraux

- L'urgence et la psychiatrie de liaison se sont renforcées sur le territoire régional
 - L'accueil psychiatrique d'urgence est localisé, en Rhône-Alpes, soit au sein des sites d'urgence SAU et UPATOU, avec le cas échéant quelques lits de psychiatrie en proximité immédiate, soit à l'hôpital psychiatrique, dans une unité dévolue à cet effet ou directement dans les secteurs.
 - L'agence régionale de l'hospitalisation a développé la présence des médecins et professionnels de la psychiatrie aux urgences générales, notamment en accordant à tous les SAU et UPATOU sous dotation globale des crédits destinés à financer le recours à des avis spécialisés en psychiatrie.
 - Au total, l'objectif du SROS 2 de rapprochement et d'articulation avec les services de soins généraux, qui se déclinait en renforcement de l'urgence, de la psychiatrie de liaison, et en installation de lits d'hospitalisation complète à l'hôpital général, a concentré **plus de 20 % des moyens consacrés à la psychiatrie de 1995 à 2003, soit plus de 6,7 millions d'euros en mesures nouvelles.**
- Leur organisation et leur fonctionnement peuvent encore être améliorés
 - L'essor du nombre des admissions aux urgences, dont environ 10 % relèveraient de la psychiatrie, engendre de nouvelles difficultés d'organisation. Pour information, en 2002, le recueil SAE comptabilise 1.354.297 passages aux urgences en Rhône-Alpes. Les recommandations du Conseil Régional de Santé Mentale à ce sujet insistent sur la nécessité pour les psychiatres et les somaticiens de mener une réflexion commune sur la prise en charge des urgences psychiatriques, et de formaliser leurs relations et fonctions respectives dans des conventions.
 - En tout état de cause, psychiatres et somaticiens partagent le constat suivant lequel la couverture psychiatrique aux urgences achoppe sur deux problématiques : la disponibilité des week-ends et jours fériés et les difficultés à faire hospitaliser les patients.
 - Peuvent, par ailleurs, être mentionnés le défaut d'information délivrée sur le dispositif de soins psychiatriques en général, et le manque de lisibilité sur les modalités d'accueil des urgences psychiatriques, en particulier dans les zones fortement urbaines.

8. Les prises en charge de populations spécifiques ont mobilisé une partie considérable des moyens, ce qui ne doit pas masquer l'existence de disparités fortes dans la région

- Enfants et adolescents : un effort à poursuivre
 - La prise en charge de la petite enfance, de l'enfance et de l'adolescence a bénéficié d'un soutien budgétaire à hauteur de **5,7 millions d'euros de 1995 à 2003**, dont 4,4 millions depuis 1999, soit 19 % des moyens globaux dévoués à la psychiatrie.
La densité médicale, en psychiatrie sectorisée, a augmenté depuis 1993 de 36 %, passant de 1,24 ETP pour 10.000 habitants âgés de 0 à 16 ans à 1,69 en 2001.
 - L'un des objectifs opérationnels du SROS 2 visait à faire tendre **la proportion de lits sur la totalité des capacités à un quart**, ce qui est le cas aujourd'hui.
 - Des **lits spécifiquement dédiés aux adolescents** ont été installés dans toute la région, exception faite de l'Ardèche.
 - Pour autant, les disparités en termes d'équipements restent d'actualité entre les départements. A titre d'exemple, la Haute-Savoie dispose de 6 % des capacités régionales en lits et places infanto-juvéniles, alors qu'elle dessert 12 % de la population des 0 à 16 ans.
 - Dans ce domaine plus encore qu'en psychiatrie générale, l'augmentation de la file active est sensible, puisqu'elle atteint + 64 % depuis 1993. Les 35 secteurs de pédopsychiatrie de la région ont vu en 2001 plus de 54.000 patients.
 - Les pratiques de psychiatrie de liaison dans les maternités et services de pédiatrie se sont développées, sans être cependant totalement généralisées.

- La prise en charge des personnes âgées

Des structures intersectorielles ont été installées au cours de la période du SROS 2, en géronto-psychiatrie, dans trois départements de la région.

Les équipes mobiles interviennent, soit à la demande, soit plus régulièrement, dans les maisons de retraite et autres établissements hébergeant des personnes âgées. Toutefois, la hausse des demandes dans les structures accueillant des personnes âgées doit faire face à l'impossibilité concrète, compte tenu du manque de moyens, de généraliser leurs interventions.

- La prise en charge des personnes handicapées psychiques

- Cette prise en charge est effective dans de nombreux établissements de psychiatrie grâce aux partenariats engagés avec les établissements médico-sociaux ou sociaux.
- Toutefois, en décembre 2000, plus de 800 patients étaient hospitalisés **depuis plus d'un an** en psychiatrie générale et 40 en psychiatrie infanto-juvénile.
Le taux d'occupation de 35 % par des patients qui pourraient "être déclarés sortants" se traduit par des besoins forts, en particulier, pour un hébergement collectif avec assistance à la vie quotidienne plus ou moins importante.

- Compte tenu de la diversité des besoins, les structures adéquates ne sont pas toujours développées : pour les psychotiques très déficitaires, les MAS ou FAM sont sur-occupés, pour les personnes handicapées psychiques avec de faibles habiletés psycho-sociales, les "soins résidentiels" sont encore très insuffisamment répandus. La diversité des compétences institutionnelles complexifie le problème : Conseil Général pour le handicap, offices HLM, bailleurs ou villes pour l'hébergement, Conseil Régional pour l'insertion professionnelle, et ARH pour l'organisation des soins.

Objectifs

Le constat actuel est celui d'une augmentation importante et continue des demandes avec, malgré le développement de l'activité, une réponse insuffisante aux besoins de la population et une saturation de l'offre de soins psychiatrique de Rhône-Alpes.

Ainsi, les filières de la psychiatrie, de la prévention à la réinsertion, présentent des difficultés de fonctionnement et les principes de mise en œuvre des soins que sont la qualité, l'accessibilité et la continuité ne sont pas toujours appliqués. En l'état, ces difficultés ne peuvent que s'aggraver avec la poursuite de l'accroissement des demandes, de la diversification des missions et des prises en charge et de la baisse de la démographie médicale.

C'est pourquoi le but de ce volet "psychiatrie et santé mentale" du SROS 3 est :

par des actions de la psychiatrie, directes ou indirectes et en partenariat, permettre aux personnes dont l'état le nécessite de bénéficier d'une prise en charge dans des délais, dans des conditions et pour une durée correspondant à leurs besoins.

Pour y parvenir il est apparu indispensable d'agir sur l'ensemble du dispositif et pour cela selon **3 axes** :

Les filières

Dans la mesure où leur bon fonctionnement implique non seulement toutes les structures sectorisées et non sectorisées mais aussi l'ensemble de l'environnement de la psychiatrie et de la santé mentale,

Les métiers

Dans la mesure où l'augmentation et la diversification des demandes adressées à la psychiatrie nécessitent de travailler sur les missions des professionnels,

Les territoires

Dans la mesure où l'on devrait tendre vers une harmonisation des différents découpages territoriaux en maintenant la qualité de l'activité de secteur.

Axe 1 : Les filières de la psychiatrie : améliorer leur efficacité et leur fluidité

Pour améliorer le fonctionnement des filières de la psychiatrie il est nécessaire d'agir à tous leurs niveaux : amont du soin, soin et aval du soin.

1.1. Obtenir une meilleure adaptation aux besoins des recours à la psychiatrie et de leurs modalités

Cet objectif s'applique en amont du soin.

Il s'agit :

- d'une part de mettre en œuvre une prévention et de permettre une entrée précoce dans le soin par des repérages et des dépistages précoces ;
- d'autre part de faire que les modalités de ce recours correspondent aux besoins réels en particulier en ce qui concerne les hospitalisations complètes et leur part sous contrainte ;
- enfin d'éviter les recours non justifiés à la psychiatrie.

Objectifs opérationnels

▪ Participer à des actions d'information et de prévention

Dans ces actions, la psychiatrie intervient souvent indirectement et en partenariat avec les autres acteurs de la santé mentale ; les soignants de la psychiatrie sont alors des conseillers techniques et stratégiques.

Une concertation de proximité (au sein des conseils de secteur ou dans tout autre groupe de concertation des différents acteurs de la santé mentale) doit permettre d'identifier les besoins sur le territoire considéré et de déterminer la population prioritairement concernée et les actions à mettre en œuvre ; les travaux doivent permettre d'élaborer le volet prévention d'un projet médical par zone de proximité qui pourra être mis en œuvre localement ou transmis pour y être étudié à la conférence sanitaire territoriale et s'intégrer dans le projet médical de territoire.

Les actions concerneront :

- des actions **d'information sur la santé mentale et d'éducation à la santé** auprès de la population en général mais aussi des usagers et de leur famille,
- des actions d'information et de **formation des acteurs de la santé mentale**, sanitaires (personnels hospitaliers, médecins libéraux), ou non sanitaires (médico-sociaux, sociaux, éducatifs, judiciaires, associatifs),
- **la prévention secondaire** avec la prise en considération de problèmes connus et parfois banalisés (problèmes du lien parent-enfant ; troubles du langage, troubles de l'apprentissage, troubles du comportement de l'enfant, retards scolaires...) ; par ailleurs la survenue d'une crise pourra être évitée par une aide à la compliance aux traitements et par l'éducation du patient et de sa famille sur le repérage des symptomatologies d'appel.

- **Améliorer l'information sur l'offre de soins en psychiatrie et sa lisibilité**

Une **meilleure information** sur le dispositif psychiatrique et son fonctionnement, sur le rôle respectif des différentes structures et des différents soignants et sur les modalités thérapeutiques doit être mise à la disposition des professionnels et des usagers.

- **Développer les liens avec les autres professionnels de santé**

- **Avec les médecins généralistes, les pédiatres et les gériatres**, en particulier, par des échanges à propos des soins à apporter à certains malades communs, par des formations mais aussi en donnant des conseils et des réponses spécialisées à leurs questions ;
- **Par les équipes mobiles** qui apportent la compétence psychiatrique en intervenant sur les lieux de vie de certaines catégories de population, dans le cadre de conventions de partenariat : personnes âgées, personnes handicapées dans les structures médico-sociales et sociales, CHRS, entre autres.

1.2. Optimiser l'organisation des soins dans les structures et par les équipes soignantes de psychiatrie

Les filières psychiatriques présentent deux difficultés principales dans leur fonctionnement : l'entrée dans le soin par les CMP qui ne peuvent en général répondre à l'ensemble des demandes et le soin en hospitalisation complète dont les lits sont occupés, par des hospitalisations anormalement prolongées par manque d'accueils en aval (enquête CRSM 2003 : 30 % des personnes hospitalisées en psychiatrie, peuvent être déclarées sortantes). Il apparaît nécessaire d'agir sur ces deux niveaux de blocage mais aussi sur l'ensemble des modalités de prise en charge.

▪ **Dans les CMP : réduire les délais de rendez-vous et améliorer l'accessibilité**

Objectifs opérationnels :

- **Repréciser dans les secteurs les fonctions et le fonctionnement des CMP et les définir dans le projet de service.**
"Unité de coordination et d'accueil en milieu ouvert, organisant des actions de prévention, de diagnostic, de soins ambulatoires et d'interventions à domicile..." (Arrêté du 14 mars 1986), le CMP tient une place pivot au sein du secteur, pour les malades et leurs familles.
Son organisation et son fonctionnement doivent être précisés dans le projet de service.
cf. fiche n°1 sur les recommandations de fonctionnement des CMP.
- **Organiser l'accueil et la première consultation** pour que la réponse aux demandes se fasse dans des délais brefs et adaptés à la perception de la gravité du trouble.
Le délai d'attente pour obtenir un rendez-vous en CMP, urgent et non urgent, doit être régulièrement suivi pour en mesurer l'évolution durant les cinq ans du SROS.
- **Favoriser l'accès physique au CMP dans le temps et sur le territoire** par des améliorations organisationnelles :

Répartition géographique

- . la localisation des CMP dans les différents territoires doit être étudiée en fonction des possibilités de déplacement des usagers ;
- . lorsque les implantations s'y prêtent, un regroupement avec des structures alternatives (HJ, CATT) doit être réalisé ;
- . le nombre de CMP par secteur doit être adapté aux conditions de fonctionnement du secteur et aux besoins de la population ;
- . dans certaines zones territoriales démunies, l'installation d'un nouveau CMP pourra être décidée.

Accessibilité dans le temps

- . le nombre d'heures d'ouverture hebdomadaire doit être suffisant. Si un CMP est ouvert moins de trois demi-journées par semaine il devra être regroupé avec un autre CMP pour élargir le temps d'ouverture ;
- . les plages horaires d'ouverture sont à déterminer en fonction de la population accueillie et de ses disponibilités (ouverture en fin d'après-midi pour les étudiants et les travailleurs, ouverture le samedi) ;

- . au moins un CMP par territoire de santé ou par groupement de secteurs aura une fonction d'accueil des malades urgents non programmés et de relais rapide après un passage aux urgences ou une hospitalisation. Ces CMP "ressources" ou "référents" à plages horaires élargies pourront accueillir des malades non programmés et effectuer certaines prises en charge spécialisées ; ils seront organisés par des fédérations de secteurs à partir de CMP existants, notamment dans les grandes agglomérations comme Lyon, Grenoble, Saint-Etienne.
- **En cas de besoin urgent, les malades et leur famille doivent avoir la possibilité, à tout moment, de joindre au téléphone un professionnel de la psychiatrie :**
 - . dans le CMP où ils sont suivis, la réponse téléphonique sera effective pendant les heures d'ouverture ;
 - . après fermeture, le répondeur du CMP doit donner des informations simples permettant de contacter un service psychiatrique ou une équipe de cadres infirmiers de permanence ;
 - . le centre 15 doit être en possession du numéro de permanence des centres hospitaliers assurant la sectorisation psychiatrique.
- **Dans les alternatives : évaluer le fonctionnement, gérer l'activité et prévenir la chronicisation**

Objectifs opérationnels :

- **Une évaluation** du fonctionnement et de l'efficacité des structures existantes est nécessaire ;
- le **projet de service précisera, dans des protocoles**, le fonctionnement et la gestion de l'activité ; les projets thérapeutiques individualisés seront élaborés et mis en oeuvre ;
- **la création de nouvelles alternatives à l'hospitalisation** (HJ, HN, CATT, post-cure, AFT ou appartements thérapeutiques), si elle correspond à un besoin défini, pourra être envisagée après évaluation, dans chaque territoire de santé, du nombre, de la répartition géographique, et du fonctionnement des structures existantes. La Loire et la Haute-Savoie sont plus particulièrement concernés.
- **Par des équipes mobiles intersectorielles : développer les suivis au domicile et sur les lieux d'hébergement**

Destinées à intervenir au domicile des patients ou sur leurs lieux de vie (maisons de retraite, établissements pour handicapés, foyers, appartements associatifs...), souvent dans le cadre de prises en charge spécifiques, les équipes mobiles, lorsqu'elles existent en Rhône-Alpes, correspondent à l'activité de secteur et ne sont pas structurées.

Les besoins doivent être étudiés et priorisés et la création d'équipes mobiles envisagée en fonction de ces besoins et de la faisabilité géographique, organisationnelle et budgétaire.

- **En hospitalisation complète : optimiser les conditions et la qualité de l'accueil et des soins**

Objectifs opérationnels :

- **Organiser la gestion des accueils :**

Le mode de gestion des entrées en HC sera précisé, médicalisé, et formalisé dans chaque établissement.

- **Améliorer les conditions matérielles de l'hospitalisation :**

- La structuration d'unités d'HC communes à plusieurs secteurs fédérés facilitera la gestion des entrées et des dossiers, et la mise en œuvre des premiers soins.
- Les lits éloignés des populations qu'ils desservent pourront être délocalisés dans un CH pour un rapprochement des usagers, si cela apparaît nécessaire et faisable ; ainsi des lits du CH du Valmont seront délocalisés au CH de Montélimar.
- La vétusté de certaines structures d'hospitalisation complète nécessite des travaux de rénovation et d'humanisation qui doivent constituer une priorité pour certains établissements. Dans le cadre de la mise en œuvre du plan santé mentale des études doivent être menées notamment par le CH Sainte-Marie de Privas, les CH Le Valmont et Drôme Nord, le CHS de Saint-Egrève, le CH de Roanne, le CHS de Saint-Cyr-au-Mont-d'Or, l'EPSM de la vallée de l'Arve et le CH de la région d'Annecy, enfin dans certains établissements privés.

- **Optimiser le temps de l'hospitalisation et préparer le relais à la sortie :**

avec :

- définition des indications ;
- mise en place d'un dossier du malade standardisé et si possible informatisé ;
- élaboration :
de protocoles d'organisation et de procédures de soins,
et pour chaque malade, d'un projet thérapeutique individualisé dont les résultats seront régulièrement évalués : ce projet précisera, entre autre, la programmation des soins, les conditions de collaboration avec les familles et l'évaluation de l'adhésion aux soins ;
- organisation de la sortie de l'hospitalisation dès que possible : avec les familles, en anticipant les procédures sociales (travail de l'assistante sociale dès l'arrivée du malade) et en s'efforçant de maintenir le domicile lors des hospitalisations.

Cf. fiche 2 sur les recommandations portant sur les indications, l'organisation et le fonctionnement de l'hospitalisation complète.

- **Prévoir des réponses graduées pour les modalités d'hospitalisations** pour permettre leur adaptation au contexte et à la gravité des différents cas.

- **Dans les services somatiques : apporter un avis spécialisé rapide pour la psychiatrie aux urgences et la psychiatrie de liaison**

- **Aux urgences**

Préciser et formaliser, avec les urgentistes, les conditions d'accueil, de soin et de suivi des malades présentant des troubles psychiques.

L'arrivée aux urgences peut être le premier contact d'une personne présentant des troubles psychiatriques avec la psychiatrie et doit donc être efficiente.

Objectifs opérationnels :

- **La présence psychiatrique dans les services d'urgence seront décidés et formalisés en fonction du nombre de passages, des besoins ressentis et du contexte local.**

En suivant les règles générales suivantes :

Les jours ouvrés, la **présence** d'un psychiatre et d'autres membres de l'équipe soignante de psychiatrie (**infirmiers expérimentés** en psychiatrie et psychologues en particulier) est nécessaire.

Cependant la durée de présence du psychiatre est à déterminer en fonction de l'étude des besoins et des conditions locales ; elle sera quotidienne à partir de 30.000 passages annuels.

La présence diurne ou 24h / 24 d'une équipe infirmière sera étudiée à partir de 30.000 passages.

Un **avis spécialisé** doit être donné dans un délai de 24 heures

L'hospitalisation complète peut être indispensable, et si nécessaire pour quelques heures en **UHCD** ou pour 48 à 72 heures dans des **lits spécifiques** (unité d'accueil et de crise intersectorielle) avec la présence d'une équipe soignante psychiatrique. La création de ces lits d'accueil psychiatrique à proximité des urgences pourra être envisagée après étude des besoins dans les services d'urgence recevant un grand nombre de passages (Grenoble, Annecy, Chambéry...).

En partant de l'existant et en concertation, seront déterminés, par bassin hospitalier, les réponses absentes ou insuffisantes de la psychiatrie et les modalités de leur amélioration (composition et temps de présence de l'équipe de psychiatrie).

La prise en charge de patients présentant certains troubles psychiques ou en situation particulière (suicides, agitations, demandes d'HDT ou d'HO...) doit faire l'objet de protocoles écrits et signés conjointement par le chef de service des urgences et le ou les chefs de service de psychiatrie intervenant dans le service d'urgence.

Les soins doivent garantir, en tant que de besoin, la double prise en charge somatique et psychiatrique.

Les conditions matérielles du travail des équipes psychiatriques aux urgences, notamment les locaux, doivent permettre l'accueil et les entretiens avec les patients et leur famille.

Des formations réciproques des équipes urgentistes et psychiatriques seront organisées.

Les **conventions** entre les deux établissements rédigées en commun, précises et détaillées, seront présentées et approuvées par les deux CME.

Organiser la post-urgence en hospitalisation ou en suivi ambulatoire :

en psychiatrie sectorisée par les liens établis entre les services d'urgence et les services psychiatriques pour faciliter l'organisation du suivi en CMP, dans les alternatives ou en hospitalisation ; cette dernière doit être possible à la sortie des services d'urgence pour les patients qui en relèvent.

dans les établissements psychiatriques non sectorisés privés ou PSPH et par les professionnels libéraux.

par les consultations relais et le suivi institutionnel ou associatif : la participation de groupes d'intervention spécifiques (en particulier post-suicide, alcool, toxicomanie) sera encouragée.

Dans le cadre de la psychiatrie de liaison

Développer dans les services somatiques les interventions estimées prioritaires et la réciprocité dans les services psychiatriques.

Objectifs opérationnels :

Définir ensemble, équipes de soins somatiques et psychiatriques, les besoins prioritaires de soins psychiatriques dans les services de soins somatiques ainsi que les interventions souhaitables et réalisables.

Déterminer en commun, en fonction des besoins prioritaires identifiés (cancérologie, hématologie, gériatrie, pédiatrie, SSR...) et restés sans réponse et des moyens des équipes de soins de psychiatrie :

les interventions nécessaires,

les personnels qui peuvent assurer cette mission (psychiatre référent, psychologues, infirmiers),

les modalités d'organisation à mettre en œuvre :

En général, la constitution d'une équipe de liaison dont l'intervention se fera dans un cadre conventionnel précis ;

Dans les CHU, les moyens humains affectés à la psychiatrie de liaison peuvent être regroupés en une unité fonctionnelle structurée autour d'un responsable médical psychiatre, cette organisation permet aussi une parfaite lisibilité de cette activité et son évaluation.

Le projet sera précisé dans un document commun qui pourra être présenté et approuvé en CME et fera l'objet d'une convention détaillée signée par les établissements concernés.

Généraliser la mise en place dans les unités de soins psychiatriques d'une médecine de liaison effectuée par les services des centres hospitaliers généraux : elle est particulièrement nécessaire en ce qui concerne la neurologie, la cardiologie et pour les malades hospitalisés au long cours.

L'organisation de cette médecine de liaison sera précisée, comme celle de la psychiatrie de liaison, dans un document commun constituant convention et approuvé en CME.

Il est aussi fortement recommandé qu'une fois par an les psychiatres soient invités à la CME de l'hôpital dans lequel ils interviennent et que le ou les présidents de CME des hôpitaux généraux soient invités à la CME de l'hôpital psychiatrique. Lorsque l'hôpital général gère les secteurs de psychiatrie, une CME annuelle élargie à l'ensemble des psychiatres pourrait traiter de tous les problèmes psychiatriques à l'hôpital.

1.3. Favoriser la sortie de l'hospitalisation psychiatrique des personnes handicapées par la maladie mentale et organiser leur suivi extra hospitalier

Il s'agit d'organiser la sortie et l'aval du soin psychiatrique hospitalier.

Objectifs opérationnels

Pour préparer la sortie prévoir sur chaque territoire de santé (bassin hospitalier ou autre territoire pertinent), **un programme de réhabilitation et réinsertion.**

- **Le programme peut comporter une unité intersectorielle de réhabilitation et de réinsertion.**

Cette unité spécialisée, unité de soins soit à temps plein soit à temps partiel peut être créée ou identifiée par reconversion d'une unité pour malades présentant des pathologies au long cours. Dans tous les cas son projet sera bien précisé : préparation active de la réhabilitation, de la réadaptation et de la réinsertion sociale ou de l'entrée dans une structure médico-sociale.

Pour cela, pendant une durée limitée et avec un projet thérapeutique individuel, des prises en charge sanitaires psychiatriques, éducatives et sociales et les coopérations établies avec les structures et les services sociaux et médico-sociaux permettront d'orienter au mieux les personnes vers l'extra hospitalier.

Cf. fiche technique n° 3 rédigée grâce à l'expérience en réhabilitation des praticiens du CH de Saint-Egrève.

- **Le programme organise la prise en charge globale des personnes handicapées psychiques à leur domicile ou dans leur famille.**

Il nécessite :

- le maintien du domicile des personnes lors des hospitalisations ou la possibilité d'acquisition d'un domicile à la sortie (sensibilisation des acteurs du logement, pratique de baux glissants, conventions avec les bailleurs...) et d'impliquer les décideurs de la politique de la ville ;
- la préparation de la sortie par l'assistante sociale ;
- la participation de la famille à l'organisation de l'accueil.

Il organise, lors du retour, une prise en charge globale de la personne avec :

- un suivi psychiatrique par des visites à domicile d'une équipe mobile de psychiatrie sectorisée ou intersectorielle et par des co-prises en charge, équipes de psychiatrie, médecine de ville, par les médecins généralistes et services infirmiers de soins à domicile (SSIAD) ;
- si nécessaire un suivi social et médico-social avec accompagnement et soutien par les différents services : services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS), services d'accompagnement médico-sociaux pour adultes handicapés (SAMSAH), assistantes sociales de secteur, tuteurs et curateurs, éducateurs ou tout autre partenaire de la santé mentale et cela grâce à un travail en réseaux sociaux et associatifs ;
- mais aussi le soutien et l'accompagnement des familles ;
- et la contractualisation, dès la sortie, des modalités des ré-hospitalisations qui pourraient être rendues nécessaire par l'évolution de l'état de la personne.

En cas d'alerte climatique un suivi rapproché de ces personnes, en CMP, HJ, CATTP ou en hospitalisation, si nécessaire, sera mis en place.

Ce retour à domicile doit pouvoir s'accompagner, lorsque l'état de la personne le permet, d'une réinsertion professionnelle. Celle-ci est souvent difficile en raison de la persistance d'une stigmatisation forte de la maladie mentale ; de plus, elle nécessite souvent une nouvelle formation professionnelle et une assistance forte de l'environnement familial et social.

▪ **Le programme développe la réponse aux besoins en hébergement et en soins des personnes handicapées psychiques.**

Les personnes handicapées par la maladie mentale doivent pouvoir :

- avoir accès à des structures d'hébergement diversifiées et adaptées à leur degré d'autonomie
- et bénéficier d'un suivi psychiatrique.

La double réponse aux besoins de ces personnes peut être apportée :

- dans certaines structures médico-sociales,
- par les "soins résidentiels".

Dans les établissements médico-sociaux avec hébergement le suivi psychiatrique peut être assuré soit par l'équipe soignante de l'établissement soit par une équipe mobile sectorielle ou intersectorielle. Des conventions entre l'établissement de psychiatrie et l'établissement médico-social préciseront alors cette organisation.

Il peut s'agir de maisons d'accueil spécialisé, de foyers d'accueil médicalisés, de foyers occupationnels..., destinés aux malades psychotiques stabilisés dont le handicap est important.

Par l'organisation de "**soins résidentiels**". Ceux-ci sont constitués par un hébergement résidentiel, et un suivi et des soins psychiatriques.

- L'hébergement résidentiel :
Pour les personnes handicapées psychiques mais avec des incapacités limitées et une certaine autonomie seront développées des formules résidentielles qui peuvent être très variées et graduées : résidences, foyers, foyers-logement, appartements associatifs, appartements HLM, accueils familiaux associatifs, petits foyers associatifs, ou toute autre forme d'hébergement innovante.
- le suivi psychiatrique assuré par une équipe mobile intersectorielle et pluridisciplinaire de psychiatrie sur le lieu d'hébergement et en coordination avec les autres intervenants ;
- les modalités d'une ré hospitalisations si l'évolution de l'état du patient le nécessite doivent être prévues et contractualisées.

L'orientation en structures sociales ou médico-sociales est déterminée, pour les personnes handicapées psychiques comme pour les autres personnes handicapées, par les COTOREP en fonction du degré de handicap. Il est donc indispensable de faire, pour les personnes qui en relèvent, un dossier COTOREP et une demande "d'allocation pour adulte handicapé" (AAH) qui leur assurera un apport financier et une chance de trouver l'établissement social ou médico-social dont leur état relève.

La conception et l'élaboration des projets de structures d'hébergement nécessitent un partenariat actif des différents acteurs intervenant dans le domaine du handicap : familles, associations d'usagers, établissements de psychiatrie.

Le soutien, l'accord et les financements relèvent des tutelles concernées après avis du CROSS.

En fait, la coordination et la volonté de tous les acteurs, particulièrement des collectivités territoriales, des conseils généraux mais aussi de la DRASS, des DDASS et de l'assurance maladie, est indispensable tout au long de l'élaboration des projets. **Le rôle des conseils généraux est central en particulier pour les établissements qui relèvent de leur compétence ou d'une compétence partagée. Des ententes avec les DDASS doivent porter sur les financements mais aussi sur les complémentarités de fonctionnement ; elles seront à fixer notamment par des conventions précisant la mise en œuvre par la psychiatrie du suivi médical et infirmier des personnes.**

Le lieu de finalisation des projets sera constitué au niveau local par **les conseils locaux de santé mentale** et au niveau régional par **les conférences sanitaires de territoire** en s'appuyant sur les schémas départementaux du handicap.

Une **cellule régionale d'appui** pourra être constituée ; elle interviendrait en soutien des promoteurs et serait chargée de l'élaboration d'un guide de projet.

Dans les 5 ans, au moins un tiers des personnes présentant une pathologie à longue évolution et dont l'état ne relève plus de soins psychiatriques hospitaliers, doit bénéficier d'une prise en charge extra-hospitalière adaptée au domicile, en appartements associatifs, en résidences et foyers ou en établissements médico-sociaux.

Les besoins de places dans ces derniers seront précisés dans le cadre du plan santé mentale mais ils sont estimés à présent à :

- Ain : 40 places de MAS,
- Ardèche : 45 places de FAM,
- Drôme : 45 à 60 places,
- Isère : 80 places au minimum réparties sur 2 FAM,
- Loire : 50 à 100 places,
- Rhône : 50 places de FAM,
- Savoie : 30 places de FAM,
- Haute-Savoie : 40 places au minimum.

1.4. Conforter les spécificités des filières de certaines populations prioritaires

1 4 1 Les enfants et les adolescents

Les efforts pour améliorer l'offre de soins pour les enfants et les adolescents sont à poursuivre.

Les SROS 1 et 2 ont priorisé le développement des prises en charge de cette population et la file active en psychiatrie infanto-juvénile (PIJ) a augmenté de 64 % en 9 ans ; cependant l'offre de soins de la psychiatrie infanto-juvénile apparaît encore insuffisante.

Sont constatés :

- . des besoins de prévention et de soins en augmentation se traduisant par les demandes des familles, des autres professionnels de santé, du milieu scolaire et du secteur médico-social ;
- . des difficultés de fonctionnement, conséquences de la baisse de la démographie médicale et de la difficulté de gérer la flexibilité nécessaire d'équipes soignantes souvent insuffisamment pourvues ;
- . pour l'enfant en particulier, une insuffisance des réponses aggravée par le report, ces dernières années, des moyens et de l'activité sur les tout-petits et les adolescents.

Ces problèmes se traduisent par :

- . des délais importants pour obtenir un rendez-vous en CMP ;
- . une réduction de la fréquence des séances de prises en charge individuelles ;
- . un début de recours aux services d'urgence comme moyen d'accès à une consultation de pédopsychiatrie.

On constate par ailleurs :

- . une psychiatrie de liaison insuffisamment développée ;
- . des difficultés pour accueillir à temps plein les enfants qui le nécessitent.

Objectifs opérationnels

Toute prise en charge par la psychiatrie d'enfants ou d'adolescents nécessite :

- . une information **des parents** sur le projet de soin et leur participation à sa mise en oeuvre mais aussi leur accompagnement et leur soutien par l'équipe soignante,
- . **des coordinations et complémentarités avec les autres acteurs de santé** : pédiatres, PMI, médecins généralistes, médecins scolaires et universitaires,
- . **un partenariat avec l'environnement de l'enfant** : pédagogique, social, médico-social, judiciaire...

Trois objectifs opérationnels sont prioritaires : psychiatrie de liaison, la réponse ambulatoire et à temps partiel et la prise en charge à temps plein.

Ils sont cependant plus ou moins prioritaires selon la tranche d'âge, qu'il s'agisse :

- . du tout-petit,
- . de l'enfant (âge de la scolarité primaire),
- . de l'adolescent dont les limites d'âge sont 12 et 18 - 20 ans (ces limites doivent être souples, l'essentiel étant d'organiser le relais des prises en charge de la PIJ à la psychiatrie générale au cas par cas entre 16 et 18 - 20 ans).

- **Poursuivre le développement des équipes de liaison de psychiatrie infanto-juvénile, préciser leur fonctionnement et formaliser leurs interventions :**

Particulièrement pour les tout-petits et les enfants, en affirmant leur place dans le soin et leur spécificité avec une culture commune autour des complémentarités médicales et psychiatriques :

Pour les tout-petits, en fonction de priorités déterminées dans le projet de service et **où que soit l'enfant** : en maternité, en pédiatrie, en PMI, en CAMSP, par les pédiatres de ville, un travail en **coordination** avec les autres soignants aidera au repérage et à la prise en charge des situations à risque et des troubles dont ceux du lien mère-enfant.

Pour l'enfant :

- . en pédiatrie, pour le soin et le suivi des enfants qui y sont hospitalisés avec des problèmes psychopathologiques, le rôle des équipes de liaison est essentiel et doit être développé notamment à Annecy, Chambéry, Roanne, Valence,
- . et, si possible, en milieu scolaire pour certaines intégrations et en soutien des équipes de l'éducation nationale, des équipes sociales et l'aide sociale à l'enfance et dans les structures sociales et médico-sociales.

- **Améliorer la capacité de réponse ambulatoire et à temps partiel (en CMP, CATTP, HJ...) pour les trois tranches d'âge :**

Pour le tout-petit et l'enfant :

- . en renforçant certains personnels,
- . **en priorisant l'accueil et la première consultation qui doivent être réalisées dans un délai le plus court possible en fonction de l'âge et de la pathologie,**
- . en réorganisant, si cela est justifié, les conditions du suivi et des psychothérapies,
- . avec une articulation entre CMP, CATTP, HJ pour apporter la souplesse nécessaire au déroulement des prises en charge,
- . en développant les complémentarités avec le médecin traitant.

Pour l'adolescent :

- . en organisant à l'échelle du secteur de psychiatrie infanto-juvénile ou d'un inter secteur, une approche spécifique qu'il s'agisse de CMP, CATTP, HJ ou accueil familial thérapeutique,
- . en prévoyant des facilités d'accès pour les adolescents : transports, repérages, horaires...

Les mesures à prendre seront aussi adaptées à l'environnement sanitaire et social local et à ses capacités de prévention, de dépistage et de suivi. Elles seront précisées et formalisées dans le projet de secteur.

- **Prévoir des modalités de prise en charge à temps plein pour l'enfant et évaluer les structures mises en place pour les adolescents :**

Pour les enfants : Prévoir des modalités de prise en charge à temps plein

L'hospitalisation en pédiatrie est actuellement la solution habituelle ; elle reste conditionnée cependant :

- . par la modération des troubles du comportement importants,
- . par l'accord du chef de service et de l'équipe soignante de pédiatrie avec la préparation et la formation de celle-ci,
- . par le renfort qu'assure la présence et le suivi de l'équipe de liaison de psychiatrie infanto-juvénile.

Les cas où une hospitalisation en pédiatrie ne peut être envisagée du fait des troubles mais pour lesquels un accueil et des soins à temps plein sont indispensables, sont peu fréquents mais constituent toujours des situations très difficiles ; ils nécessitent que des solutions puissent être prévues et organisées, telles que :

- . quelques lits individualisés dans une unité de pédiatrie avec une équipe de psychiatrie infanto-juvénile, ou une unité autonome ou semi autonome dans une proximité suffisante, en centre hospitalier généralement ;
- . des lits pour enfants ajoutés à une unité pour adolescents en psychiatrie ;
- . un accueil familial thérapeutique avec, ici aussi, un suivi important par l'équipe de psychiatrie ;
- . des lits spécialisés dans un IME avec un personnel formé et un suivi rapproché par une équipe de liaison du secteur de psychiatrie infanto-juvénile, particulièrement pour les enfants handicapés psychiques avec déficience intellectuelle ;
- . une unité de psychiatrie infanto-juvénile de quelques lits à vocation, départementale ou interdépartementale ; sa création sera décidée après une étude de besoins et avec une définition du projet médical. Celui-ci devra être précisé pour le projet du CH de la région d'Annecy, pour les lits existants au CH de Vienne et au CHU de Grenoble.

Pour les adolescents : Evaluer le fonctionnement et les difficultés des solutions mises en place pour l'hospitalisation (unités d'hospitalisation complète, hospitalisation en psychiatrie générale, en pédiatrie...)

Le groupe de travail spécifique "adolescents" du CRSM avait en 2001 recommandé l'installation **d'une unité d'hospitalisation complète intersectorielle pour adolescents par département** sur la base de 2 lits pour 100.000 habitants et de 12 lits au maximum.

A ce jour, 7 départements sur 8 ont une unité d'hospitalisation pour adolescents et l'unité de la Drôme peut accueillir des adolescents de l'Ardèche.

Il est nécessaire durant la première année du SROS, en 2005, d'évaluer les pathologies prises en charge, l'activité, le fonctionnement, le service rendu et les difficultés de ces unités. Cette évaluation devra aussi être effectuée pour les autres solutions adoptées.

Certaines organisations très spécifiques sont à préciser et à conforter ou à mettre en place :

- Pour les enfants et les adolescents présentant un état très déficitaire et des pathologies psychiatriques : ceux-ci sont le plus souvent accueillis dans des structures médico-sociales ; cependant il peut être nécessaire de les hospitaliser en psychiatrie :
 - . dans les cas très rares où leur état ne permet pas un accueil dans une structure médico-sociale,
 - . lorsque, suivis en établissement médico-social, ils nécessitent une hospitalisation temporaire.

Une étude interdépartementale des besoins d'hospitalisation en milieu psychiatrique de cette population devra déterminer le maintien, la réduction ou l'extension de l'offre existante dans l'Isère (UPMI secteur 38 I05).

- Pour les enfants et les adolescents atteints de troubles envahissants du développement
En Rhône-Alpes, il existe trois « centres de référence autisme » et un centre ressource régional.

Leurs moyens seraient à renforcer pour permettre le développement des possibilités de diagnostics précoces et les évaluations.

- Aux urgences générales

L'accueil est réalisé soit par la psychiatrie générale, soit souvent, dans la journée et en semaine, par la pédopsychiatrie.

Il est à organiser avec les pédiatres.

Il peut être totalement spécifique par la PIJ dans les services d'urgence ayant un grand nombre de passages.

Des solutions de post-urgence sont à prévoir dans chaque bassin hospitalier.

L'organisation des soins ambulatoires des enfants et des adolescents sera le plus souvent sectorielle ; en revanche les hospitalisations seront intersectorielles dans des territoires adaptés, territoires de santé MCO, départementaux ou interdépartementaux.

1 4 2 Les personnes âgées

Les besoins, les prises en charge, les intervenants peuvent être différents selon que les troubles de la personne relèvent de la neuro-psycho-gériatrie ou de la gérontopsychiatrie mais dans tous les cas une complémentarité entre la gériatrie et la psychiatrie est nécessaire.

Lorsque la personne âgée présente une démence ou des troubles psycho-comportementaux liés à l'âge (incidence estimée à 10 % chez les plus de 75 ans), il s'agit de problèmes relevant de la **neuro-psycho-gériatrie** et, elle sera prise en charge par la gériatrie : bilan des troubles cognitifs et de l'état psychique, consultation multidisciplinaire neuro-psycho-gériatrique si nécessaire et possible, hospitalisation en particulier en cas de co-morbidité.

La psychiatrie peut :

- apporter un avis spécialisé aux équipes gériatriques, à leur demande, soit indépendamment, soit au cours de consultations multidisciplinaires, toujours après la consultation gériatrique ;
- répondre aux demandes d'avis spécialisés dans les EHPAD.

Lorsque la personne âgée présente des troubles psychiatriques que ceux-ci soient apparus avec l'âge ou réactivés par lui, elle relève de la **géronto-psychiatrie** qui est la psychiatrie du sujet âgé mais la complémentarité peut s'avérer nécessaire dans de multiples situations.

Certains patients ayant présenté des problèmes psychiatriques mais stabilisés peuvent relever de la gériatrie.

Objectifs opérationnels

La prise en charge de la personne âgée par les soignants, les services et dans les structures de psychiatrie peut se faire dans le cadre généraliste du soin psychiatrique sectoriel ou intersectoriel ou par des équipes et dans des structures spécifiques ; le choix sera fait en fonction des besoins et des moyens.

- **Dans le cadre de la neuro-psycho-gériatrie**

Les soins relèvent de la gériatrie mais pour répondre aux demandes d'avis de la gériatrie, la psychiatrie met en place une équipe référente de géronto-psychiatrie qui peut être intersectorielle avec mutualisation des moyens ou sectorielle et qui pourra :

- . assurer la psychiatrie de liaison en gériatrie avec, dans les cas où les disponibilités des psychiatres le permettent, des consultations multidisciplinaires ;
- . étudier les besoins des EHPAD, définir des procédures autour d'une réciprocité et établir une convention.

- **Dans le cadre de la géronto-psychiatrie**

L'organisation des soins relève de la psychiatrie.

Par territoire de santé, sera défini **un programme spécifique coordonné de géronto-psychiatrie**. Ce programme précisera, en concertation avec les autres partenaires, la part de réponse ambulatoire et institutionnelle nécessaire pour répondre aux besoins estimés.

Dans les CMP ressource, dans des CMP spécifiques ou autre CMP, sectoriels ou intersectoriels, l'équipe référente de géronto-psychiatrie participe à des consultations de bilan, diagnostic et orientation spécialisés.

Lorsque la réponse sera institutionnelle, les lits de géronto-psychiatrie seront un lieu de bilan et d'orientation avec une durée d'hospitalisation courte et une recherche rapide de l'aval pour éviter des hospitalisations prolongées.

Dans ces lits, en particulier, et de façon plus générale dans les unités d'hospitalisation de psychiatrie, la possibilité d'obtenir un avis spécialisé des équipes gériatriques pour certains malades est à organiser.

Les besoins en lits pour handicapés psychiques vieillissants devront être étudiés.

Les équipes de psychiatrie établiront des liens avec les réseaux gérontologiques, les CLIC, et participeront, dans la mesure du possible, à l'élaboration des schémas gérontologiques départementaux.

1 43 Les suicidants

La diminution de la mortalité par suicide figure parmi les objectifs quantifiés de santé inscrits dans la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

L'objectif de réduction du nombre de décès par suicide de 20 % sur cinq ans inscrit dans le rapport annexé à la loi relative à la santé publique incite les pouvoirs publics à poursuivre un dispositif d'actions nationales.

Sur la base des actions et dispositifs mis en place lors des planifications et programmes antérieurs, trois objectifs généraux sont retenus en Rhône Alpes :

- **Intensifier, en lien avec les programmes (national et régional), les actions de prévention et de repérage ainsi que l'aide adaptée** aux personnes ayant un risque suicidaire pour lutter contre les tentatives de suicide et leur récurrence,
- **Poursuivre l'amélioration de la prise en charge aux urgences et en post urgence** de façon conjointe entre urgentistes et psychiatres et rendre compte de l'évaluation de la qualité de ces prises en charge,
- **Pérenniser la base de données régionale sur les tentatives de suicide** comme outil essentiel de pilotage de la politique régionale de lutte contre le suicide.

Dans ce cadre l'objectif opérationnel est de mettre en place une cellule de coordination régionale pour impulser l'alimentation et l'utilisation de cette base.

1 44 Les personnes ayant des conduites addictives

Il convient de distinguer,

- d'une part, les addictions, dont principalement celles qui sont prises au sens de la mission interministérielle de lutte contre la drogue et les toxicomanies (MILDT) : pratiques et conduites addictives correspondant aux comportements de consommation de substances psycho actives décrites dans le plan gouvernemental 2004-2008 de lutte contre les drogues illicites, le tabac, et l'alcool,
- d'autre part les troubles du comportement alimentaire.

Dans les deux cas cependant, les demandes des établissements portant sur les structures de type lits, places de jour, équipes, soins de suite doivent être étudiées :

- en terme de territoires pertinents mais dans une logique de filière : prévention, prise en charge avant sevrage, sevrage, soins après sevrage, réadaptation, soins au long cours ;
- au regard des dispositifs existant sur ce territoire en terme de CCAA , CSST, consultations Cannabis, équipes de liaison, prise en charge à temps plein, de jour ou ambulatoire, post cure, SSR ou soins de longue durée, réseaux et de leurs liens ;
- en fonction des indications inhérentes aux pathologies des patients et sur lesquelles les consensus devraient être explicites.

Objectifs opérationnels

- **Addictions, principalement au sens de la MILDT**

Le guide de bonnes pratiques pour les équipes hospitalières de liaison et de soins en addictologie insiste sur les co-morbidités psychiatriques :

"Elles sont très fréquentes parmi les patients ayant des conduites addictives même si leur taux peut varier en fonction des cas. Elles justifient la présence dans les équipes d'addictologie de psychiatres et de psychologues

Dans les cas de patients suivis en psychiatrie, il faut rappeler que l'équipe de liaison d'addictologie a des fonctions spécifiques complémentaires du soin psychiatrique par son expertise clinique des consommations de substances psycho actives, des risques occasionnés et des répercussions de ces risques dans le déroulement de l'hospitalisation ou des soins en cours. Un protocole commun de soins concrétisera au mieux la reconnaissance du rôle de chacun.

Du fait de la fréquence des co-morbidités psychiatriques, des liens privilégiés doivent être mis en place avec les équipes de psychiatrie de liaison.

Des liens avec les psychiatres présents dans les services d'Urgences doivent être développés et amener à la mise en place de protocoles communs de fonctionnement".

1^{er} objectif

Conforter les équipes de liaison en addictologie existantes, qu'elles soient issues de la psychiatrie ou des hôpitaux généraux ; **développer le partenariat** et les conventions **entre médecins addictologues et médecins psychiatres** ; **assurer la continuité des soins.**

Au mieux, les équipes de liaison en addictologie pourraient assurer des prestations de relais dans les CMP ressources.

2^{ème} objectif

Utiliser les outils développés et validés par les équipes de liaison en addictologie : guide de bonnes pratiques, fiche épidémiologique, rapport standardisé.

3^{ème} objectif

Formaliser les partenariats et favoriser la mise en place de réseaux.

- **Les troubles du comportement alimentaires** (TCA)

*"Ils comprennent essentiellement l'anorexie mentale et la boulimie
Ils concernent plus volontiers les adolescents et les jeunes adultes. Ils sont fréquents(2 % dans cette classe d'âge et graves).*

La prise en charge de l'ensemble de ces troubles nécessite des soins spécifiques de longue durée, 3 à 4 ans en général, associant des équipes psychiatriques et médicales bien formées et suivant annuellement un nombre suffisant de malades. Une double compétence spécifique est nécessaire :

- . *Somatique : connaissance des risques physiques propres à ces pathologies et des réponses thérapeutiques adaptées et très spécifiques. Dans certains cas, nécessité de la proximité d'un service de réanimation connaissant les problèmes particuliers posés par ce type de dénutrition.*
- . *Psychiatrique : difficultés des relations, problèmes de gestion des équipes soignantes, de leurs contre attitudes, des conflits et des effets de division que provoquent ces patientes. Nécessité d'un travail avec les familles et souvent d'une véritable thérapie familiale."*

1^{er} objectif

Mettre en place un **groupe de travail régional** pour définir des recommandations de prise en charge opérationnelles.

2^{ème} objectif

Analyser par territoire de santé mentale, **les besoins** existants et les réalisations en matière de troubles du comportement alimentaire dans l'objectif, in fine, de constituer un réseau de référents régionaux.

1 4 5 Les détenus

Les détenus doivent bénéficier de la qualité des soins comme tout malade de droit commun.

Objectifs opérationnels

- obtenir que les soins psychiques se fassent dans des **locaux adaptés** au respect des personnes et du secret professionnel ;
- **renforcer les équipes psychiatriques** intervenant en milieu carcéral et veiller à une équité entre elles : tout détenu présentant des troubles psychiques doit pouvoir être examiné et suivi par l'équipe psychiatrique de l'UCSA ;
- garantir la réalisation des objectifs nationaux dans le domaine de la **formation** au repérage de la crise suicidaire des personnes intervenant en milieu carcéral ;
- rendre lisible et opérationnel le **dispositif régional de prise en charge des auteurs d'agression à caractère sexuel** (AES) ; mettre en place le centre de ressource régional et les réseaux locaux ;
- concourir par des **actions d'éducation et de prévention**, sur la base d'expériences pilotes, à la prise en compte et aux soins des enfants et sujets atteints de troubles psychiques susceptibles de les mener à des délits ;
- implanter une **unité d'hospitalisation spécialement aménagée** (UHSA) en Rhône-Alpes en lien avec les SMPR.

1 4 6 Les personnes en situation de précarité et d'exclusion

Une bonne partie des établissements de psychiatrie sectorisés de la région a mis en place des dispositifs destinés à prendre en compte les problèmes spécifiques des personnes qui sont dans ce contexte. En cela, ils ont adhéré aux objectifs fixés par les deux SROS précédents et par les PRAPS.

Les modes d'organisation sont variés : Ils passent soit par une approche sectorielle bien adaptée à sa vocation généraliste et à la connaissance du terrain, soit par une approche partenariale autour d'une connaissance partagée de la clinique psychosociale, soit par des approches combinées au sein des conseils locaux de santé mentale.

Cependant les besoins persistent voire s'accroissent et d'autres, nouveaux, sont décrits, notamment pour les enfants accueillis avec leurs parents dans les structures d'hébergement, chez les demandeurs d'asile, chez les personnes résidant dans les foyers d'accueil.

Une intervention rapide est nécessaire ainsi que la possibilité d'hébergement pour que la personne puisse être soignée.

Sur un même territoire, de nombreux modes d'intervention peuvent être mis en place : ils posent le problème de la cohérence et de la continuité aussi bien que celui de l'efficacité.

Objectifs opérationnels

- obtenir, sur un territoire de santé pertinent, une vision systémique de la prise en compte de ce problème reposant sur l'étude précise des organisations mises en place, de leur impact, des besoins quantitatifs et qualitatifs, des contraintes et des forces inhérentes aux autres partenaires.
- poursuivre la mise en place, par territoire, avec programmation, des **engagements de la psychiatrie publique** pour permettre l'accès aux soins des personnes en situation d'exclusion sociale.

1.5. Développer des coopérations et des complémentarités entre établissements sectorisés et non sectorisés et avec les autres professionnels de la psychiatrie, de la santé somatique et de la santé mentale pour garantir la continuité des soins.

Les prises en charge psychiatriques doivent être articulées entre :

- la psychiatrie sectorisée,
- la psychiatrie non sectorisée PSPH,
- la psychiatrie non sectorisée privée,
- les spécialistes libéraux,
- les professionnels de santé des soins primaires que sont les pédiatres, les gériatres et les médecins généralistes.

▪ **Pour les soins ambulatoires :**

Les coopérations et les complémentarités à instaurer pour les soins ambulatoires des malades nécessitent une articulation organisée entre la psychiatrie sectorisée, les psychiatres libéraux et les professionnels des soins primaires ainsi qu'avec les autres professionnels de la santé mentale.

La mise en place de ces liens nécessite :

- d'une part, une meilleure lisibilité des disponibilités de soin psychiatrique et une amélioration de la réponse apportée aux demandes des professionnels de soins primaires,
- d'autre part, les psychiatres doivent améliorer la communication écrite et orale avec les médecins traitants de leurs patients, en accord avec ces derniers.

Le relais en fin de prise en charge par la psychiatrie sectorisée doit être préparé par des relations directes, si possible avant la fin de celle-ci. Il nécessite qu'il y ait communication du diagnostic, des thérapeutiques et des conditions générales des soins à poursuivre. La connaissance, notamment, du traitement médicamenteux prescrit permettra d'éviter les risques d'incompatibilité médicamenteuse et d'assurer le suivi au domicile.

Ce relais peut être soit totalement pris par la médecine de ville soit partiellement avec une transition par des prises en charge conjointes ou alternées qui nécessitent une bonne coordination.

La participation des services infirmiers de soins à domicile peut être nécessaire. Sont aussi souvent nécessaires un accompagnement et un soutien des malades et des familles par les services et réseaux sociaux, médico-sociaux et associatifs.

Les coopérations peuvent se faire par un simple partenariat, un partenariat formalisé avec convention, un contrat pour un malade déterminé, ou dans le cadre d'un réseau :

- réseau ville-hôpital généraliste existant ;
- ou création d'un réseau de soins en santé mentale entre les professionnels en santé mentale, les médecins généralistes, les pédiatres et les intervenants des centres de soins en alcoologie ou toxicomanie ;
- ou, dans certaines conditions, par la constitution d'un groupement de coopération sanitaire.

Les prestations réciproques doivent alors être bien précisées.

▪ **Pour les soins en hospitalisation complète :**

Certaines coopérations entre la psychiatrie sectorisée et les cliniques psychiatriques privées existent. Elles doivent être développées en réciprocité pour l'hospitalisation complète.

L'ordonnance du 4 septembre 2003 stipule que la lutte contre les maladies mentales est exercée dans le cadre des territoires de santé "par les secteurs psychiatriques rattachés à des établissements de santé publics ou privés PSPH et les établissements de santé privés...".

Cette affirmation confirme une orientation déjà suivie en Rhône-Alpes mais qui est à conforter et à formaliser.

Ainsi l'accueil dans des lits privés ou PSPH non sectorisés de malades suivis par les secteurs se fait :

- en post urgence,
- quand l'hospitalisation complète des établissements sectorisés est saturée et qu'une possibilité existe dans le privé,
- pour certaines pathologies ou prises en charge spécifiques.

Les établissements privés devront signer des conventions définissant ces coopérations ; une convention sera obligatoirement signée avec le service des urgences le plus proche pour l'accueil des malades en post-urgence.

Une réciprocité d'accueil et de soins peut être mise en place :

- par une utilisation conjointe des organisations spécifiques (adolescents, personnes âgées...) mises en place par l'un ou l'autre secteur public, PSPH, privé ;
- **mais aussi par une utilisation des structures alternatives par des malades suivis par les cliniques privées lorsque celles-ci n'en ont pas.**

Ces complémentarités doivent faire l'objet de propositions conjointes concrètes. Elles seront formalisées dans des conventions.

La réponse aux besoins et à leur augmentation, en cours et à prévoir ; ne pourra se faire sans que les coordinations et les complémentarités entre les différents acteurs soient développées.

Conclusions de l'axe "filières"

L'axe "filières" a ainsi pour objet d'améliorer leur efficacité et leur fluidité par la mise en œuvre, à tous leurs niveaux, d'organisations pouvant aider la psychiatrie à répondre à l'augmentation massive des besoins et de l'activité,

avec pour priorités :

- **l'optimisation des possibilités d'accueil** dans les CMP avec réduction des délais de rendez-vous,
- **la qualité et la continuité des soins extra hospitaliers** :
 - . notamment dans les alternatives et par des équipes mobiles,
 - . mais aussi grâce à des complémentarités concertées avec les autres professionnels de santé,
- **la sortie de l'hospitalisation psychiatrique des personnes handicapées psychiques et leur accueil et leur suivi extra hospitaliers,**
- certaines prises en charge de **l'enfant et de l'adolescent**, et des **personnes âgées**,
- **la rénovation et l'humanisation de locaux** qui doivent être une priorité pour certains établissements afin d'améliorer la qualité de l'accueil et des soins.

La mise en œuvre des recommandations devra être suivie par des indicateurs de moyens, de procédures et de résultats.

Mais l'évaluation devra aussi porter sur **l'évaluation des pratiques** cliniques en termes de qualité des soins, de satisfaction des objectifs médicaux et non médicaux et de satisfaction des usagers.

Elles seront définies et réalisées par les professionnels avec la participation des usagers.

Axe 2 : Les métiers de la psychiatrie : préciser ou redéfinir les périmètres d'action de certains métiers de la psychiatrie et renforcer les équipes faiblement dotées

La massification des demandes, la diversification des missions, l'évolution des pratiques et la baisse prévue de la démographie médicale nécessitent une évolution de l'organisation et du travail des équipes soignantes et donc des métiers de la psychiatrie.

Cet élargissement des périmètres d'action doit se faire :

- **en se gardant du risque d'une déqualification des soins** avec un relatif manque de formation des psychiatres aux psychothérapies réglées, des psychologues au diagnostic psychiatrique avec une insuffisance des stages de formation pratique, et des infirmiers, les jeunes devant recevoir un complément de formation, et les anciens, malgré la richesse de leur expérience devant recevoir des mise à jour de formation théorique. Sur le terrain, dans certains espaces, la formation des jeunes professionnels infirmiers ou psychologues, peut être complétée par **un travail en binôme avec un professionnel senior** ;
- **en organisant mieux le soin** et l'accès aux différents soignants ;
- **en tirant partie des expériences existantes** ;
- **en améliorant l'attractivité de la psychiatrie** pour les personnels non médicaux ;
- en demandant aux professionnels d'effectuer un travail sur **l'élaboration de guides de bonnes pratiques cliniques** qui manquent actuellement malgré l'existence de conférences de consensus trop générales ;
- **en évaluant les conséquences sur le fonctionnement de l'offre de soins des organisations nouvelles mises en œuvre** ;
- **en réalisant des travaux de recherche évaluative portant en particulier sur la qualité des soins.**

Avant de traiter de trois professions qui sont celles d'infirmiers, de psychologues et de psychiatres, sont envisagées dans un premier temps les différentes fonctions à remplir en psychiatrie, les lieux des actions et les professionnels qui peuvent les remplir avec le cas échéant un complément de formation.

2.1. Les différentes fonctions à remplir en psychiatrie

Leur énumération permet de préciser les participations de l'ensemble des membres des équipes soignantes.

▪ **Accueil orientation**

Lieux spécifiques : CMP, urgences,
problème de l'accueil 24 h. / 24

Autres lieux : principalement réseaux sociaux.

Qui : psychiatres seniors, infirmiers expérimentés avec un complément de formation, de même pour les psychologues.

Le rôle des secrétaires pour les accueils téléphoniques et la régulation des rendez-vous sont essentiels.

Pour les autres lieux, une délégation de compétence en direction des travailleurs sociaux est possible mais demande une formation de terrain prolongée et l'organisation d'un espace référence où ils peuvent demander de l'aide auprès de professionnels.

▪ **Traitements**

- Chimiothérapies :

Lieu et intervenants : hôpital, CMP, cabinets de spécialiste de ville et cabinets des omnipraticiens, en relais pour les pathologies lourdes, en première intention pour les autres pathologies (mais problème de formation et de temps).

- Thérapeutiques biologiques :

Lieu : certaines thérapeutiques biologiques (électro-convulsivo-thérapies et stimulation magnétiques) doivent être réalisées dans un établissement de santé offrant les conditions de sécurité réglementaires.

La localisation des sites sera prévue au niveau régional.

La prescription relève des médecins spécialistes.

- Psychothérapies :

On entend ici toutes les psychothérapies dites réglées (la relaxation, les thérapies cognitivo-comportementales, les psychothérapies d'inspiration psychanalytique, de groupe, familiale).

Lieux : secteur public quel que soit le lieu, secteur privé.

Qui : tout professionnel formé à ces techniques, c'est à dire pouvant faire la preuve de cette formation.

La prescription des psychothérapies est faite par le psychiatre ou le psychologue. La poursuite des soins se fait en référence aux règles de l'équipe institutionnelle.

- **Hospitalisation**

Lieux : les CHS, CHU, CH de rattachement des secteurs, cliniques privées spécialisées, ou tout autre établissement de santé où des lits seraient délocalisés.

Qui : tous les membres de l'équipe soignante et en particulier les infirmiers et les cadres de santé pour l'organisation des soins.

- **Suivi après hospitalisation**

Lieux : CMP, CATT, domicile, structures médico-sociales, sociales, associatives...

Qui : infirmiers, psychologues, psychiatres. Des infirmiers expérimentés peuvent être les référents des soins extra hospitaliers, avec une supervision régulière.

- **Réhabilitation psychosociale**

On entend par là un vaste panel d'activités dont l'efficacité a pu être démontrée. C'est sans doute le domaine où la dévolution à d'autres professions est la plus large possible, et même souhaitable.

Lieux : unités d'HC, alternatives, réseaux, dans la cité.

Qui : tous les soignants, les éducateurs et les aides-médecino-psychologiques mais aussi : assistantes sociales dont le rôle est fondamental pour préparer la réinsertion, et les accompagnants, à condition qu'ils soient encadrés.

- **Psychiatrie de liaison et psychologie médicale**

Lieux : services de soins somatiques.

Qui : les psychiatres, les psychologues.

L'intervention des infirmiers, souvent plus difficilement admise par les médecins de soins somatiques, nécessite une formation et une orientation plus particulière vers une alliance avec les infirmiers du service somatique.

L'organisation peut être celle d'une équipe de liaison ou d'une unité fonctionnelle.

- **Urgences**

Lieux : CH et établissements spécialisés.

Qui : les psychiatres, les infirmiers, le rôle des équipes infirmières 24/24 est à souligner, ainsi que celui des psychologues notamment pour les réactions psychologiques post-traumatiques.

▪ **Fonction médico-légale : placements, tutelles...**

Lieu : essentiellement services hospitaliers de psychiatrie et les urgences.

Qui : les psychiatres, les psychologues ; l'introduction des infirmiers dans cette fonction est récente et mérite d'être réfléchi.

▪ **Démarches qualité**

Avec notamment l'importance du traitement informatisé du dossier médical pour les prises en charge successives dans les différentes structures.

- Recherche
- Evaluation, particulièrement évaluation des pratiques
- Formations en s'appropriant les techniques de visio-conférence pour l'apprentissage distanciel, les études de cas, mais aussi pour la participation aux réunions de synthèse des secteurs excentrés et à terme pour une utilisation clinique.

Par tous les professionnels

▪ **Fonction de gestion et d'organisation du soin**

Qui : le médecin chef de service et tous les professionnels.

Elle est confiée statutairement au chef de secteur mais elle n'est concevable que si ce dernier travaille avec une équipe pluridisciplinaire, ce qui est la définition même du conseil de service.

Le projet de service est élaboré de façon collective et porté par le chef de service et le cadre supérieur de santé. Il clarifie l'organisation et définit les responsabilités et les hiérarchies légales et organisées ; il doit être présenté en CME.

Les délégations du chef de service aux différents praticiens hospitaliers responsables d'unité fonctionnelle doivent être précisées ; de même le fonctionnement de chaque unité fonctionnelle doit être prévu en référence au fonctionnement global du service.

Il peut définir et organiser, par exemple :

- les responsabilités et les coordinations déléguées aux cadres,
- les différents rôles des psychologues,
- les missions transversales,
- les gestions intersectorielles.

La définition précise des différentes fonctions et de leurs modalités devra s'accompagner, dans les projets de service, de la configuration de la nouvelle organisation en découlant, des protocoles de fonctionnement et des évolutions réglementaires en cours (organisation en pôle par exemple..).

2.2. Pour trois métiers, en particulier, les missions doivent être précisées ou redéfinies

Il s'agit des métiers de psychiatre, de psychologue et d'infirmier qui, dans le contexte actuel, nécessite un recentrage du périmètre d'action du psychiatre et un élargissement de celui des psychologues et des infirmiers.

En fait la réflexion doit concerner l'ensemble des métiers de la psychiatrie et doit être formulée et protocolisée dans les projets de service.

▪ **Les médecins psychiatres**

Leur présence et donc leur rôle dans les équipes de psychiatrie se heurte à deux problèmes essentiels : un effectif global qui ne suit pas l'évolution des besoins et qui devrait, au contraire, diminuer, et leur inégalité de répartition tant dans le secteur sectorisé que dans le secteur privé et libéral.

- **Il est essentiel de réduire les disparités de l'offre de soins psychiatriques et de maintenir dans les zones fragilisées un temps médical de psychiatre.**

Pour y parvenir, les créations ou transformations de postes de psychiatres porteront, en priorité, sur les secteurs les plus démunis en temps médical. Les demandes seront étudiées en fonction de la densité médicale du secteur et de l'établissement considérés et de l'évaluation de l'activité existante ou proposée et du service rendu, de proximité, départemental ou régional.

Il serait de plus nécessaire que des mesures nationales permettent d'une part de conforter le nombre de psychiatres, d'autre part de réguler la répartition géographique, l'équilibre public-privé et de faciliter l'organisation d'une complémentarité entre les deux services public et libéral.

- **Le rôle des médecins psychiatres doit être recentré sur ses aspects prioritaires :**
 - . les fonctions de diagnostic, de prescription et d'élaboration des stratégies thérapeutiques,
 - . l'organisation du fonctionnement du secteur et de ses interventions, l'animation de l'équipe pluridisciplinaire et la dynamisation des actions de santé mentale qui doivent aussi rester une des missions du psychiatre de secteur.

▪ **Les personnels non médicaux**

Pour la réalisation des différentes missions que les soignants de psychiatrie sont amenés à exercer, **une adaptation à l'emploi et donc une formation à la spécialité est indispensable :**

- complément de formation théorique,
- expérience de terrain (processus de tutorat),
- travail sur des cas cliniques,
- maîtrise des techniques d'entretien.

La supervision des équipes doit être maintenue.

- **Les psychologues :**

Le nombre de postes est très variable selon les secteurs, plus important : en psychiatrie infanto-juvénile (3,5 à 10 par secteur) qu'en psychiatrie générale (0 à 5,5, le plus souvent 2).

Leur présence et leur rôle doivent être renforcés dans les équipes de secteur après une clarification de leurs fonctions et un renforcement du contenu pratique de leur formation (formation clinique et psycho-sociale initiale et continue, formation à la pratique des psychothérapies). Des évolutions des formations sont en cours dans le cadre des programmes des nouveaux masters universitaires.

Leur activité doit permettre de garantir leur responsabilité et celle du psychiatre. Les indications de psychothérapies initiées par le psychologue doivent répondre à des indications définies collectivement et leurs interventions doivent s'intégrer dans le cadre du travail global du secteur.

Leur rôle ne doit pas être limité aux psychothérapies mais s'étendre :

- . aux demandes de prise en charge psychologique de nouveaux malades qui doivent pouvoir accéder à eux directement ;
- . à des interventions auprès des équipes (accompagnement et supervision) et dans les structures sociales et médico-sociales, particulièrement en psychiatrie infanto-juvénile ;
- . dans les services hospitaliers somatiques dans le cadre de la psychiatrie de liaison ;
- . au soutien et à l'accompagnement des familles et de l'entourage.

Dans ces dernières circonstances il doit travailler au sein de l'équipe sectorielle ou intersectorielle, ou en lien avec celle-ci.

- **Les infirmiers**

Leur rôle s'est accru en qualification et en prenant une importance croissante ces dernières années mais il peut être encore étendu à condition de **l'adapter aux expériences de chacun et de l'organiser sous la responsabilité de l'encadrement soignant en référence au projet de service du chef de secteur.**

Il s'agit donc essentiellement de préciser et de formaliser une évolution déjà amorcée.

- . L'accueil en CMP : entretiens d'accueil des patients et des familles et entretiens d'orientation, établissement du dossier de soin constituent le **rôle central de l'infirmier** au sein de l'équipe pluridisciplinaire ; l'organisation doit permettre un accueil dans des délais raisonnables.
Ce rôle sera fixé dans des protocoles de fonctionnement.
Il doit pouvoir être exercé en pleine responsabilité.
- . Aux urgences : la présence des infirmiers 24/24 h apporte un soutien psychologique aux personnes arrivant aux urgences et permet l'évaluation et la régulation des situations de crise.
L'équipe sera repérée et, si possible, encadrée (0,5 ETP de cadre).

La répartition des compétences et le niveau de responsabilité au sein de l'équipe de psychiatrie seront déterminés par le chef de service de psychiatrie en accord avec le chef de service des urgences.

- . L'organisation de la réponse téléphonique en dehors des heures d'ouverture des CMP pourrait être confiée à une équipe de cadres infirmiers en raison de leur vision transversale, interne et externe.
- . En hospitalisation complète la diminution du temps de psychiatre ne porte sur les personnels infirmiers une responsabilité plus accrue de l'évaluation et du suivi des projets de soins.
Le cadre infirmier en coordination avec le médecin responsable d'unité fonctionnelle a ici un rôle important de régulation et de garant du cadre thérapeutique défini dans le projet de service.
- . Le suivi au long cours des malades et le soutien des familles par les infirmiers peuvent être autonomes sous réserve d'une référence plus ou moins rapprochée au personnel médical.
- . Les liens avec les différents partenaires, en particulier la coordination avec les médecins généralistes et les infirmiers libéraux pourront être confiés aux infirmiers ou au cadre pour l'organisation.
- . dans les actions de prévention le rôle des infirmiers peut être direct ou indirect par un apport technique ou par la définition des stratégies.

La mise en œuvre, dans les cinq ans à venir, de ces recommandations conduira à une priorisation des missions des médecins psychiatres et à un élargissement des périmètres d'action de certains soignants, en particulier infirmiers et psychologues, donc à une réorganisation du système de soins psychiatriques rendue indispensable par l'augmentation constante des besoins et l'évolution des pratiques.

2.3. Un renforcement de certaines équipes en personnels non médicaux est nécessaire

En Rhône-Alpes, dans les secteurs de psychiatrie, le ratio moyen des personnels non médicaux rapporté à la population est inférieur au ratio moyen national. De plus l'augmentation forte de l'activité de ces huit dernières années ne s'est pas accompagnée d'une augmentation des personnels.

Par ailleurs les disparités de moyens en personnels entre établissements et entre départements sont importantes. Les équipes les plus faiblement dotées ne peuvent assurer que très partiellement l'activité sectorielle de proximité, et la continuité des soins et ne travaillent pas dans des conditions normales de sécurité.

Une mutualisation des moyens dans des fédérations de secteurs peut permettre de réaliser des actions spécialisées. Mais dans certains territoires la pénurie est globale et ne permet pas ces mutualisations ; c'est notamment le cas en Haute-Savoie, dans la Loire, le sud de la Drôme et le nord de l'Isère.

Dans le cadre du plan psychiatrie et santé mentale, de 2005 à 2008, ce sont les établissements les moins bien dotés dont les équipes seront renforcées en priorité. Ces renforcements en personnels porteront, en particulier, sur des postes de psychologues, d'infirmiers et d'aides-soignants. Ils ne feront pas appel à des redéploiements et interviendront indépendamment des opérations de développement de l'offre de soins.

Axe 3 : Les territoires de la psychiatrie : adapter l'organisation territoriale de la psychiatrie aux contraintes actuelles et à l'organisation territoriale MCO

Pour faire face aux contraintes actuelles déjà évoquées et prendre en compte la nécessité de s'articuler avec le champ somatique et d'organiser des coopérations et des partenariats avec les autres acteurs de la santé mentale, le dispositif sectoriel doit évoluer vers des prises en charge en commun et sur des territoires plus étendus.

Par ailleurs, l'organisation des actions de la psychiatrie sur les territoires de santé adaptés est préconisée par l'ordonnance du 4 septembre 2003.

La psychiatrie sectorisée peut ainsi intervenir à trois niveaux territoriaux :

- **le secteur de psychiatrie pour les prises en charge de proximité,**
- **le territoire de santé mentale, regroupement de plusieurs secteurs de psychiatrie, dont les limites doivent tendre vers une harmonisation avec les territoires de santé MCO,**
- **le département, la région, pour certaines activités et en cohérence avec d'autres organisations administratives.**

3.1. Réaffirmer le secteur psychiatrique dans sa fonctionnalité pour les soins de proximité et les concertations locales

Le secteur psychiatrique est réaffirmé dans sa fonctionnalité :

- il est le lieu des soins de proximité et généralistes : il est irremplaçable pour l'accessibilité et la continuité des soins,
- *"relais naturel de l'articulation avec les médecins généralistes, il sert de base au travail de liaison avec les hôpitaux locaux et les établissements médico-sociaux et constitue le cadre naturel du travail en réseau avec la communauté (écoles, PMI, PJJ, élus locaux, travailleurs sociaux..." (rapport MNASM 2003),*
- il est aussi le territoire des coopérations du service sectorisé et du service libéral,
- il est aussi le territoire de la concertation de proximité en santé mentale qui peut être à structurer et à formaliser (conseils locaux de santé mentale infra sectoriels, sectoriels ou inter sectoriels, ou autre organisation) ; c'est le territoire où peut être partagé par l'ensemble des acteurs de santé mentale locale, le constat des besoins, de l'existant et des évolutions souhaitables à transmettre aux conférences sanitaires de territoire.

La taille des secteurs est appelée à évoluer dans les 5 ans du SROS du fait, notamment, de la baisse de la démographie des psychiatres. Cette évolution sera à programmer rapidement en particulier dans certaines grandes agglomérations où l'organisation en secteurs plus grands et en structures fédérées devrait faciliter pour la population l'accessibilité et la lisibilité du dispositif.

2.3.2. Développer les mutualisations des compétences pour les filières spécifiques dans des territoires adaptés et rechercher une mise en cohérence des limites de ces derniers avec les territoires de santé MCO

L'intersectorialité se fonde souvent sur une organisation fédérative des secteurs rendue nécessaire :

- **géographiquement** pour constituer l'outil unique permettant une même politique de santé mentale et les liens avec le somatique et le social ;
- **fonctionnellement**, en raison du développement de nouvelles technologies pour des prises en charge et des populations particulières, ou de la nécessité d'une taille critique pour dispenser des soins personnalisés ; il peut aussi permettre à certaines équipes de se substituer à d'autres moins bien dotées pour remplir certaines tâches.

Les nouvelles organisations génèrent des territoires à géométrie variable selon les actions intersectorielles concernées et les réseaux constitués.

Ces territoires peuvent permettre :

- une différenciation des réponses aux besoins d'HC (HC sous contrainte, réadaptation-réinsertion, hospitalisations prolongées...) ou la mise en place d'unités d'HC fédérées pour faciliter les hospitalisations non programmées ;
- le développement de techniques nouvelles de prise en charge pour des populations particulières (hospitalisation des enfants et des adolescents, structures spécifiques pour adolescents, pour personnes âgées, pour handicapés psychiques...) ;
- la mutualisation des ressources disponibles (urgences, psychiatrie de liaison...).

Par ailleurs, l'adaptation de l'offre psychiatrique aux territoires de santé MCO sera progressivement recherchée par une mise en cohérence des limites des territoires de santé mentale avec les territoires de santé MCO.

Les territoires de santé MCO sont destinés à constituer un lieu de concertation privilégié avec la constitution des conférences sanitaires de territoires et l'élaboration d'un projet médical de territoire. Les représentants des territoires de santé mentale devront être membres de ces conférences sanitaires et transmettre leurs projets.

Cette organisation favorisera le décroisement entre les champs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, les usagers et leurs familles.

3.3. Maintenir des organisations départementales et régionales

Les organisations départementale et régionale permettent :

- dans les départements de répondre aux règles administratives des hospitalisations sous contrainte ;
- dans les départements et les régions de travailler en collaboration et complémentarité avec les autres administrations départementales, conseils généraux, inspections académiques et protection judiciaire de la jeunesse notamment ; ainsi qu'avec les organismes régionaux ;
- enfin de mettre en place, à un niveau régional, des activités très spécialisées telles, l'électro-convulsivo-thérapie, la stimulation magnétique transcrânienne, les diagnostics précoces et les formations des "centres ressources autisme", les prises en charge des troubles du comportement alimentaire, les unités UMAP/UPID...

Pour permettre une telle organisation territoriale à plusieurs niveaux et à "emboîtements" variables, et y améliorer l'offre de soins psychiatriques, les conseils de secteur localement et les conférences sanitaires de territoire permettront une meilleure connaissance des **besoins** et des **réponses** à apporter.

Ces commissions pourront ainsi donner aux tutelles des avis sur les besoins prioritaires non couverts et sur les **rééquilibrages des moyens à réaliser**, soit directement auprès des secteurs les moins bien dotés, soit indirectement en facilitant des coopérations et des complémentarités entre secteurs pour certaines prises en charge.

Enfin l'ordonnance du 4 septembre 2003 prévoit au niveau régional une instance de concertation : la commission régionale de concertation en santé mentale.

En Rhône-Alpes ; le conseil régional de santé mentale constitué en 2000 à titre expérimental sera formalisé et réinitialisé dans une composition élargie ; la nouvelle commission régionale disposera d'une représentation des différents modes d'exercice de la psychiatrie, des somaticiens, des professionnels du secteur médico-social et social, de représentants des usagers et de leurs familles et des élus des collectivités locales.

Il conviendra de mettre en place les évolutions des secteurs, fédérations, inter secteurs, ainsi que les conventions, réseaux et groupements de coopération sanitaire qui permettront de redéfinir, à échéance de 5 ans, l'organisation territoriale de la psychiatrie en Rhône Alpes en tendant vers une harmonisation avec les limites territoriales MCO.

En résumé

Ce volet psychiatrie et santé mentale du SROS 3 constitue un schéma de transition destiné à induire et à initier les évolutions organisationnelles du dispositif psychiatrique dans les 5 prochaines années.

Ces évolutions sont indispensables pour permettre à la psychiatrie de continuer, avec l'ensemble des partenaires de la santé mentale, à répondre aux besoins de la population et à leur augmentation.

Evaluation

Les rapports annuels de secteur (RAS) devraient être demandés, après le recueil 2003 en cours d'exploitation, tous les 3 ans, soit en 2006 et 2009. Les différentes **données**, seront régulièrement notées **sur un tableau de bord permettant le suivi**, notamment, de celles concernant le personnel et l'activité.

Les données des RAS seront confrontées et complétées avec les données SAE.

Par ailleurs dans SIGMED sera réalisé le suivi de l'évolution du nombre de PH et des postes vacants.

Pour compléter ce suivi des **indicateurs de mise en œuvre des objectifs** de ce volet ont été définis ; ce sont comme pour les autres volets, des indicateurs de moyens, de procédure et de résultat.

3.1. Indicateurs de moyens : 3 indicateurs

- Nombre de chambres de plus de 2 lits / établissement, / bassin, dans le région
 - objectif suivi : "améliorer les conditions matérielles d'hébergement dans les unités d'hospitalisation complète de psychiatrie".
 - item recueilli dans les RAS (soit en 2003, 2006, 2009)
- Nombre de "centres ressources" créés / établissement, / bassin, dans la région
 - objectif suivi : améliorer l'accessibilité des CMP
 - informations recueillies par questionnaire auprès des établissements, en 2005, 2007, 2009.
- Nombre d'équipes mobiles, extra hospitalières, intersectorielles et pluridisciplinaires
 - objectif suivi : développer les prises en charge au domicile et au substitut du domicile et les soins spécialisés après sortie de l'hospitalisation complète
 - information recueillie par questionnaire auprès des établissements, en 2005, 2007, 2009.

3.2. Indicateurs de procédure : 5 indicateurs

- Nombre de projets médicaux de territoire comportant un volet prévention / nombre de projets médicaux de territoire
 - objectif suivi : participer à des actions d'information et de prévention
 - recueil dans les projets de territoire au début et à la fin du SROS
- Nombre de conventions de psychiatrie de liaison et/ou de psychologie médicale précises et validées par les CME / nombre d'établissements de santé MCO de la région
 - objectif suivi : développer et formaliser la psychiatrie de liaison
 - recueil continu par les conventions communiquées par les établissements de psychiatrie et MCO.
- Nombre de conventions de médecine de liaison précises et validées par les CME / nombre d'établissements avec des unités de psychiatrie de la région
 - objectif suivi : mettre en place dans les unités psychiatriques une médecine de liaison effectuée par les CH
 - recueil continu par communication des conventions.

- Nombre de services d'urgence ayant des protocoles pour au moins 3 des urgences psychiatriques les plus fréquentes / nombre de services d'urgence
 - objectif suivi : préciser et formuler les conditions d'accueil, de soins et de suivi de troubles psychiques
 - communication des protocoles par les services d'urgence.
- Nombre de programmes de réhabilitation et réinsertion signés avec les partenaires sociaux et médico-sociaux / nombre d'établissements sectorisés de psychiatrie
 - objectif suivi : développer la réponse aux besoins d'hébergement de soins pour les personnes handicapées psychiques
 - recueil continu par communication des programmes par les établissements psychiatriques

3.3. Indicateurs de résultat : 3 indicateurs

- Délai moyen d'accueil dans les CMP adultes et dans les CMP enfants et adolescents / par établissement, / département, / par bassin, /par région.
 - objectif suivi : optimiser l'organisation des soins dans les structures et par les équipes soignantes ; dans les CMP réduire les délais moyens de rendez-vous.
 - enquête spécifique sur une semaine (type jour donné) renouvelée tous les 6 ou 12 mois.

Recueil annuel et si possible suivi tous les 6 mois en interne.
- Nombre de malades "déclarés sortants" par les équipe soignantes / nombre de lits
 - objectif suivi : diminuer le nombre de personnes en hospitalisation inadéquate
 - reproduction triennale de l'enquête réalisée en 2003.
- Durée moyenne de séjour par patient et par an
 - objectif suivi : optimiser les conditions de l'hospitalisation complète
 - donnée suivie par les établissement, sinon questionnaire

3.4. Indicateur de santé publique : incidence des suicides

- Suivi durant la durée du SROS
 - des suicides en RA (suivi annuel)
 - dans les établissements de psychiatrie (RAS : 2003, 2006, 2009) des suicides des tentatives de suicide.

Glossaire

AFT	Accueil Familial Thérapeutique
ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation
CATTP	Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
CCAA	Centre de Cure Ambulatoire d'Alcoologie
CH	Centre Hospitalier
CHRS	Centre d'Hébergement et de Réadaptation Sociale
CHS	Centre Hospitalier Spécialisé
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CLIC	Centre Local d'information et de Coordination
CME	Commission Médicale d'Etablissement
CMP	Centre Médico-Psychologique
COTOREP	COmmision Technique d'OriEntation et de Reclassement Professionnel
CRSM	Conseil Régional de Santé Mentale
CSST	Commission de Santé et de Sécurité au Travail
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
ETP	Equivalent Temps Plein
FAM	Foyer d'Accueil Médicalisé
HC	Hospitalisation Complète
HDT	Hospitalisation à la Demande d'un Tiers
HJ	Hospitalisation de Jour
HN	Hôpital de Nuit
HO	Hospitalisation d'Office
IME	Institut Médico-Educatif
INSEE	Institut National des Statistiques et des Etudes Economique
MAS	Maison d'Accueil Spécialisé
MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique
MILDT	Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et les Toxicomanies
MNASM	Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale
PH	Praticien Hospitalier
PIJ	Psychiatrie Infanto-Juvénile
PJJ	Protection Judiciaire de la Jeunesse
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PRAPS	Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des plus démunis
PSPH	Participant au Service Public Hospitalier
RAS	Rapport Annuel de Secteur
SAE	Statistique Annuelle des Etablissements
SAU	Service d'accueil d'Urgence
SIGMED	Système d'information et de gestion des personnels médicaux
SMPR	Service Médico-Psychologique Régional
SROS	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
STATISS	STATistiques et Indicateurs de la Santé et du Social
UCSA	Unité de Consultation et de Soins Ambulatoire pour les détenus
UHCD	Unité d'Hospitalisation de Courte Durée
UMAP	Unité pour Malades Agités et Perturbateurs
UPATOU	Unité de Proximité d'Accueil, de Traitement et d'OriEntation des Urgences
UPMI	Unité de Psychologie Médicale Infantile
UPID	Unité de Psychiatrie Inter Départementale (pour malades difficiles)

Objectif général : améliorer l'accès au CMP malgré l'augmentation des demandes.

Missions du CMP :

- Le CMP est le centre de l'organisation de la prise en charge globale de la personne en ambulatoire,
- C'est un lieu d'accueil, de diagnostic, de soins
- C'est un lieu de réponse téléphonique qui doit pouvoir diriger vers une réponse appropriée secondaire à l'appel
- C'est un lieu de concertation entre les soignants du secteur et entre d'autres professionnels
- C'est le centre organisationnel des visites à domicile.
- C'est un lieu de coordination des soins entre autres avec le dispositif libéral, médico-social et associatif
- Un CMP peut aussi être un lieu de coordination territoriale pour plusieurs secteurs : CMP Ressource Territorial

Apports attendus de l'efficience de l'organisation du CMP :

- L'organisation doit permettre l'accueil de patients non programmés sur le secteur ou le territoire de santé mentale du ressort du CMP.
- Le but est d'entreprendre des soins au stade le plus précoce possible, de restreindre la rupture avec le milieu familial et environnemental, d'éviter de retarder ou de préparer l'hospitalisation

L'efficience de l'organisation passe par :

- Un projet de CMP intégré dans le projet de service. Il précise au regard de ses interlocuteurs les objectifs, les modalités de fonctionnement, les modalités des prestations diverses incluant celles de l'accueil, de la gestion des dossiers médicaux, des types de prise en charge y compris des psychothérapies, de la gestion de la file active, du travail avec les familles et leur soutien.
Il énonce l'organisation et les rôles des professionnels membres de l'équipe pluridisciplinaire dans les différentes fonctions assurées dans le CMP et en particulier l'organisation des réponses téléphoniques, des accueils et des premières consultations.
- La présence d'une secrétaire
- La désignation d'un référent pour chaque patient
- La saisie par l'équipe d'hospitalisation complète du CMP dès l'hospitalisation d'une personne suivie par celui-ci.
- Au mieux le positionnement du bureau du chef de service au CMP.

- Un affichage des horaires d'ouverture, des professionnels et de leur fonction, des différentes activités et du numéro de téléphone à appeler en cas d'urgence.
- Le CMP ressource territorial peut être organisé sur un territoire de santé mentale pour offrir des horaires d'ouverture élargis , 6 jours sur 7 ; des plages permettant des accueils non programmés, un rôle d'information, d'orientation, d'harmonisation et de coordination des actions sectorielles et intersectorielles, un rôle de mise en place des coopérations et complémentarités avec les élus, les partenaires médico-sociaux, sociaux, associatifs et libéraux intervenant dans la vie de la personne atteinte d'une maladie mentale et dans la définition des actions de santé mentale à mener sur ce territoire.

Les indicateurs actuels de dysfonctionnement :

- Longs délais de rendez-vous signalés par les partenaires médicaux mais aussi par les structures de psychiatrie
- Les adressages aux urgences générales, y compris les renvois par les CMP eux mêmes, de patients faute de prise en charge par les CMP
- L'éloignement entre deux consultations, en particulier pour les enfants
- Les CMP injoignables par téléphone
- Les plages d'ouverture globalement réduites des CMP dans la région

Les indicateurs d'efficience :

- Présence d'un projet médical de CMP
- Diminution du recours aux urgences générales
- Les délais d'attente sont diminués
- Le projet thérapeutique personnalisé est élaboré dès l'évaluation initiale, réactualisé et sa traçabilité se retrouve dans le dossier du patient (référence ANAES)
- La continuité des soins et de la prise en charge est organisée et tracée (référence ANAES)
- La périodicité des consultations est adaptée à l'état de la personne

Texte de référence :

Arrêté du 14 mars 1986

Objectif général : Optimiser la fonction hospitalisation complète

Missions de l'hospitalisation complète :

- Fonctions cliniques et thérapeutiques
 - Evaluations lourdes qui requièrent un plateau technique
 - Sédation de symptômes aigus avec mise en place d'un programme thérapeutique devant permettre le suivi à l'extérieur
 - Crise ne pouvant être traitée dans les structures extérieures
- Soins correspondant à des pathologies particulières
 - Psychoses déficitaires graves, séquelles de psychoses infantiles, psychotiques de longue évolution dont l'état ne permet pas d'envisager la prise en charge en soins résidentiels.
 - Soins institutionnels concourant à une réhabilitation dont le moteur passe par une régulation groupale.

Apports attendus de l'efficience de l'organisation de l'hospitalisation complète :

- L'organisation doit permettre de lutter contre la sur occupation des lits en améliorant la gestion des accueils, en optimisant le temps de l'hospitalisation et en préparant le relais à la sortie afin de garantir la cohérence, la pertinence, la fluidité et la continuité des soins.

L'efficience de l'organisation passe par :

- La formalisation du mode de gestion des entrées dans chaque établissement (gestion des hors secteurs, gestion des places disponibles...), au mieux la structuration d'unité d'accueil communes à plusieurs secteurs fédérés rationalisera la gestion des entrées
- L'organisation mise en place par l'équipe hospitalière multidisciplinaire pour ne pas prolonger indûment une hospitalisation et assurer la meilleure prise en charge ultérieure au patient. Elle passe par :
 - Une concertation, dès le premier jour de l'hospitalisation, avec le médecin responsable du suivi ambulatoire du patient dont la traçabilité doit être retrouvée dans le dossier
 - La rédaction d'une fiche programme de soins et d'un projet thérapeutique individualisé du patient dès le premier jour de l'hospitalisation et son actualisation retrouvables dans le dossier
 - L'évaluation de l'adhésion aux soins et les conséquences pratiques thérapeutiques qui en découlent
 - La collaboration avec la famille sur l'adhésion aux traitements et sur la préparation de la sortie explicitement déclinée
 - L'anticipation des procédures sociales dès l'entrée du patient
 - La synergie dans l'évaluation de la personne avec d'autres compétences, en particulier celles des travailleurs sociaux qui apprécient les habiletés sociales.

Les indicateurs actuels de dysfonctionnement :

- Sur occupation des lits de psychiatrie signalée par tous les professionnels (Taux d'occupation élevé, allongement des durées moyennes de séjour, nombreux patients hospitalisés hors secteur)
- Augmentation des hospitalisations sous contrainte pour, dans certains cas, obtenir une hospitalisation
- Hospitalisations sociales imposées à la psychiatrie
- Occupation inadéquate de 30 % des lits sectorisés autorisés de la région par des patients qui ne relèvent plus de soins en hospitalisation complète de court séjour.

Les indicateurs d'efficience :

- Comptabilité et évolution du nombre de patients hospitalisés hors secteur ou groupement de secteurs, hors établissements, hors région (données administratives, PMSI)
- Evolution des hospitalisations sous contrainte
- Le projet thérapeutique personnalisé est élaboré dès l'évaluation initiale, réactualisé et sa traçabilité se retrouve dans le dossier du patient (référence ANAES)
- La continuité des soins et de la prise en charge est organisée et tracée. (référence ANAES)
- Evolution du nombre de conventions passées avec les dispositifs non sectorisés et les structures médico-sociale ou sociale d'aval pour garantir la cohérence et la continuité des soins.
- Etude adaptée type recherche action universitaire sur les pratiques en hospitalisation complète
- Avis des équipes hospitalières sur les pressions subies pour hospitaliser
- Avis des usagers

Fiche technique n 3 : Unité intersectorielle de réhabilitation psychosociale

Objectif général : Favoriser la sortie de l'hospitalisation psychiatrique des personnes handicapées par la maladie mentale.

Missions :

- Organiser les soins de réhabilitation psychosociale
et/ou {
 - à temps plein (Unité temps plein)
 - à temps partiel (hôpital de jour ou centre de réhabilitation psychosociale)

Les objectifs de la réhabilitation psychosociale ont été définis par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et l'Association Mondiale pour la Réhabilitation Psychosociale (AMPR).

- Réduction des symptômes de la maladie
 - Réduction des effets contraires des traitements
 - Amélioration des compétences sociales
 - Réduction de la stigmatisation et de la discrimination
 - Soutien des familles
 - Aide au niveau du soutien social
 - Renforcement du pouvoir des usagers.
-
- Pour un public présentant au décours des soins aigus psychiatriques
 - Une dépendance à l'institution
 - Des incapacités compromettant l'autonomie sociale
 - Etablir un partenariat repéré avec le secteur médico-social et social autour de la notion de parcours de vie de la personne handicapée psychique avec pour objectifs : la réduction et/ou la compensation des incapacités et désavantages
 - Mettre en place la continuité de soins après la sortie.

Apports attendus de la création de l'unité de réhabilitation psychosociale :

- Permettre la sortie de l'hospitalisation de sujets à risque de chronicisation,
- Améliorer la qualité de vie des personnes handicapées psychiques,
- Prévenir les rechutes.

L'établissement d'un partenariat avec les acteurs sociaux et médico-sociaux est une des conditions essentielles de la réussite de la réhabilitation psycho sociale

L'efficience de l'organisation de soins spécifiques de réhabilitation psychosociale passe par :

- La mise en place d'équipe pluridisciplinaire (personnel soignant, éducatif et social)
- Un processus de soins à durée déterminée centré autour d'un projet thérapeutique individuel réalisé selon plusieurs étapes :
 - évaluation fonctionnelle
 - plan d'aide répondant aux objectifs de la réhabilitation psychosociale
 - évaluation - auto évaluation
 - confrontation à la réalité extérieure
- La collaboration étroite avec l'utilisateur et l'entourage immédiat, en particulier pour les actions d'éducation sanitaire et thérapeutique.
- La synergie dans l'évaluation de la personne avec d'autres compétences, en particulier celles des travailleurs sociaux qui apprécient les habiletés sociales
- La formalisation des liens avec les secteurs de psychiatrie générale à l'adresse du patient et à la fin du parcours pour la continuité des soins.
- La formalisation du partenariat avec le secteur médico-social et social par le biais de conventions ou de charte de fonctionnement réseau.

Les indicateurs d'efficience :

- Durée de l'hospitalisation en réhabilitation
- Fréquence des ré hospitalisations
- Analyse du parcours d'insertion
- Evaluation de la qualité de vie
- Le projet thérapeutique personnalisé est élaboré dès l'évaluation initiale, réactualisé et sa traçabilité se retrouve dans le dossier du patient (référence ANAES)
- La continuité des soins et de la prise en charge est organisée et tracée (référence ANAES)
- Evolution du nombre de conventions passées avec les dispositifs non sectorisés et les structures médico-sociale ou sociale d'aval pour garantir la cohérence et la continuité des soins.
- Avis des usagers.