

ENSP

ECOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2006 –

**« L'ANALYSE DES SECTEURS PSYCHIATRIQUES
FRANÇAIS : QUELS ENSEIGNEMENTS »**

– Groupe n° 30 –

- AUVERGNON Thomas
- BRINI Laëtitia
- FIESCHI Marie-Dominique
- GUITARD Elise
- GOMEZ Virginie
- LE BONNEC Aurore
- MASCLAUX Jean-Luc
- RABAUD Elodie
- VARNIER Frédéric

Animatrice :
QUIDU Frédérique

Sommaire

INTRODUCTION : Pour comprendre le secteur.....	9
A) Le secteur s'inscrit dans une dynamique historique de la psychiatrie.....	9
1) Genèse de la politique de santé mentale.....	9
2) L'apparition du secteur	9
3) Définition et organisation de la psychiatrie de secteur	10
B) Le secteur devient le mode d'organisation de référence.....	10
1) Les évolutions législatives récentes influent sur le concept de secteur	10
2) Des principes de sectorisation à la réalité du secteur	12
3) Annonce de la problématique.....	13
I- Etat des lieux de la sectorisation.....	14
A) Du principe de sectorisation : avantages/objectifs	14
1) Les objectifs originels de la sectorisation.....	14
2) Etat des lieux du secteur	15
B) Au limites du secteur : Inconvénients/limites	16
1) Un découpage « artificiel »	16
2) Un découpage à vocation « égalitaire » mais qui n'a pas empêché un déséquilibre des moyens.....	16
3) Une conception qui a fortement conditionné le paysage en psychiatrie	17
4) Disparités du mode de traitement des patients.....	17
5) Séparation de l'Intra Extra hospitalier	17
6) La mixité, problématique issue de la cohabitation des pathologies	17
II- Le secteur en pratique vu par les acteurs.....	18
A) Le secteur perçu par les professionnels de santé	18

B) Le secteur vécu par les usagers.....	20
C) Le secteur appréhendé par les institutions/ tutelles	21
III- La sectorisation peut elle servir de modèle à l'organisation générale des soins	24
A) Récapitulatif : une vision commune mais des représentations et pratiques différentes	24
1) Un accord unanime sur les principes de la sectorisation.....	24
2) Des désaccords relatifs sur la pratique	25
B) Les tendances actuelles : Mutualisation et convergence entre secteur psychiatrique et offre de soins générale	26
1) Planification et sectorisation	26
2) L'appréciation de la psychiatrie selon la Haute Autorité en Santé.....	28
3) Ecueil du PMSI et adaptation de nouveaux outils d'évaluation de l'activité en psychiatrie.....	29
C) Perspectives d'évolution : une intégration ?.....	30
1) une conception souple du secteur : une conciliation géographique et fonctionnelle	30
2) une articulation raisonnée du secteur et des soins généraux.....	31
Conclusion.....	33

Bibliographie.....	35
---------------------------	-----------

Liste des annexes	I
--------------------------------	----------

Remerciements

Ce travail a été réalisé en collaboration avec les professionnels des secteurs psychiatriques des établissements Guillaume Régnier à Rennes, Sainte Anne à Paris et Thonon les Bains,

et grâce à la participation de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale, de la Fédération Hospitalière de France et de l'Agence Régionale d'Hospitalisation de Haute Normandie.

Nous les remercions pour leur accueil, leur disponibilité et leur contribution qui a facilité le cheminement et la construction de notre réflexion.

Nous remercions tout particulièrement Madame QUIDU Frédérique pour son soutien méthodologique et son accompagnement tout au long de ce travail.

Liste des sigles utilisés

ARH : agence régionale d'hospitalisation

AM : assurance maladie

CATTP : centre d'accueil thérapeutique à temps partiel

CMP : centre médico-psychologique

CH : centre hospitalier

CHS : centre hospitalier spécialisé

CSP : code de la santé publique

CAT : centre d'aide par le travail

DDASS : direction départementale des affaires sanitaires et sociales

DRASS : direction régionale des affaires sanitaires et sociales

DARH : direction de l'agence régionale de l'hospitalisation

DHOS : direction de l'hospitalisation et des soins

EPSM : établissement de santé mentale

GIP : groupement d'intérêt public

GEM : groupement d'entraide mutuelle

HAS : Haute autorité de santé

HAD : hospitalisation à domicile

HP : hôpital psychiatrique

MNASM : mission nationale d'appui à la santé mentale

MCO : médecine, chirurgie, obstétrique

MAS : maison d'accueil spécialisée

OMS : organisation mondiale de la santé

PRSP : programme régional de santé publique

PJJ : police judiciaire de la jeunesse

PMSI : programme médicalisé des systèmes d'information

SROS : schéma régional d'organisation sanitaire

UMD : unité pour malades difficiles

VAP : valorisation de l'activité psychiatrique

INTRODUCTION : Pour comprendre le secteur

A- Le secteur s'inscrit dans une dynamique historique de la psychiatrie

Le secteur participe à l'abandon de la conception aliéniste au profit du concept de santé mentale.

1. Genèse de la politique de santé mentale

Au début du XIX^e siècle, à la suite du mouvement né de la révolution française, marqué par les noms de PINEL et ESQUIROL et par la promulgation de la loi du 30 juin 1838, la France s'est dotée d'un système d'assistance aux malades mentaux de structure asilaire. Chaque département a l'obligation de créer un établissement public habilité à recevoir et à soigner les malades mentaux placés sous le mode de l'internement. En 1924, apparaissent les premiers services ouverts. La circulaire de Marc RUCARD de 1937 incite à la création de dispensaires d'hygiène mentale dont l'organisation suivra le modèle de la lutte anti-tuberculeuse. C'est au cours des « Journées Nationales de Psychiatrie » en 1945, que le terme de « *sectorisation* » est mis en évidence pour la première fois ; les buts et les méthodes du nouveau système sont définis.

Après la seconde guerre mondiale, la psychothérapie et le mouvement désaliéniste, avec entre autre Lucien BONNAFE, font leur apparition, permettant la continuité des soins : prévention, dépistage et post-cure. Plusieurs médecins et en particulier Gérard DAUMEZON, expliquent que la psychiatrie doit se partager entre l'hôpital et l'extérieur. En 1838, on parle d'asiles d'aliénés puis d'Hôpitaux Psychiatriques (H.P) en 1937, de Centres Hospitaliers Spécialisés (C.H.S) en 1970, et aujourd'hui d'Etablissements Publics de Santé Mentale (E.P.S.M).

D'abord appliquée en France, la sectorisation a été largement appliquée en Europe avec le recul de la conception aliéniste.

2. L'apparition du secteur

Le texte fondateur de la sectorisation psychiatrique reste la circulaire du 15 mars 1960, relatif au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales.

Elle fonde la politique actuelle de santé mentale en France. Complétée par un dispositif juridique de plus en plus complexe, elle a permis une sectorisation du territoire national, mais aussi l'amorce d'une prise en charge psychiatrique hors les murs de l'hôpital. Il s'agissait « *d'assurer pour tous les malades la continuité indispensable entre le dépistage, le traitement sans hospitalisation, quand il est possible, les soins avec hospitalisation et enfin la surveillance post-cure* ».

3. Définition et organisation de la psychiatrie de secteur

La sectorisation psychiatrique repose sur les principes fondamentaux suivants :

- le refus de la ségrégation du malade mental
(Éviter la rupture avec l'environnement et favoriser le retour du patient à son domicile)
- la favorisation de l'accès aux soins
- la continuité des soins.

Le secteur général, alors défini comme une aire géographique délimitée correspondant à une population de 70000 habitants, est rattaché à un centre hospitalier de référence. Le secteur est doté d'une équipe pluridisciplinaire qui intervient en intra et extra hospitalier. En effet, une même équipe est responsable de toutes les phases de l'itinéraire thérapeutique d'un patient.

Cette organisation est devenue effective avec les lois de juillet et décembre 1985 portant sur la globalisation des budgets intra et extra hospitaliers. Par conséquent, il est transféré aux établissements hospitaliers la possibilité de créer des structures alternatives à l'hospitalisation. L'arrêté du 14 mars 1986 va définir les structures avec ou sans hébergement qui peuvent être mis à disposition de la population d'un secteur et en définit les missions.

B- Le secteur devient le mode d'organisation de référence

L'évolution institutionnelle, juridique et réglementaire de la psychiatrie est aussi perceptible à travers l'évolution des mœurs et dès lors de nouveaux enjeux dans le système traditionnel de soins sont à intégrer.

1. Les évolutions législatives récentes influent sur le concept de secteur

Ainsi, **la circulaire du 14 mars 1990** fait de la lutte contre les maladies mentales une priorité de santé publique. Quelques mois plus tard, **la loi du 27 juin 1990** révisé la grande loi de 1838 et redéfinit les droits des malades mentaux et les modalités de leur hospitalisation (l'hospitalisation libre devient la règle, l'hospitalisation sous contrainte l'exception).

La loi du 31 juillet 1991 fait de l'hôpital psychiatrique un lieu de soin comme les autres : il se trouve désormais englobé dans le secteur sanitaire. Elle reconnaît déjà le droit du patient à choisir son praticien et son établissement de soin. Enfin, elle prévoit la mise en place des SROS et donne à la planification en santé mentale un souffle nouveau.

L'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privé refonde la planification et l'allocation de ressource avec notamment la création des ARH. Elle vise une planification globale comprenant le privé lucratif (assurance maladie) et le public ou assimilé (DDASS-DRASS). Elle opère un renforcement des coopérations (l'ARH est 1 GIP regroupant l'AM et les services déconcentrés) et demande aux établissements de santé de développer des réseaux de soins médico- sociaux coordonnés.

L'Organisation Mondiale de la Santé a désigné 2001 comme étant l'année de la santé mentale. L'OMS préconise effectivement à cette occasion une psychiatrie communautaire.

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de soins accorde au patient –et pas seulement aux familles ou aux associations- des droits (choix de médecin, choix de suivre ou non une thérapie) et une place active dans les structures de soins, voire dans les instances de concertation autour de l'organisation des soins¹.

L'ordonnance du 4 mars 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé prévoit la mise en place des SROS de troisième génération et donne la personnalité morale aux réseaux. Par ailleurs, **la loi de Santé Publique du 9 août 2004** définit 100 indicateurs et introduit l'articulation entre SROS et PRSP.

¹ En Haute-Normandie, des usagers participent au groupe de travail unique qui réunit les différents acteurs (ARH, DRASS, Conseil général, personnels des structures sanitaires et médico-sociales...).

La loi sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées du 11 février 2005 reconnaît le handicap psychique, ce qui porte un nouveau coup à la vision strictement sanitaire : l'usager n'est plus « malade mental » mais une « personne » handicapée. Cette loi ouvre une large porte à l'articulation entre sanitaire et médico-social.

Enfin, **le Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2005-2008** consacre une approche transversale entre les secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Les « évènements de PAU » fin 2004 ont accéléré la mise en place de ce plan.

Ces orientations principales concernent à la fois des mesures relatives à l'investissement immobilier, la sécurité, les moyens humains et la formation des jeunes infirmiers en psychiatrie. A cela s'ajoute deux programmes concernant la prise en charge des détenus et des personnes suicidaires / dépressives.

2. Des principes de sectorisation à la réalité du secteur

La philosophie de la sectorisation ne s'est finalement pas révélée en adéquation avec la réalité du secteur. En effet, la sectorisation est liée à la problématique de proximité des soins. Elle repose sur une dimension fonctionnelle, une équipe pluridisciplinaire étant chargée d'assurer la continuité de la prise en charge de la prévention à la réinsertion. A partir de là, il s'agit donc de développer, au plus près de la population, des structures de prise en charge, dans une logique de désinstitutionalisation et de valorisation de l'ambulatoire, dont le centre médico-psychologique (CMP) est le pivot.

Pourtant, le secteur comporte une dimension géo démographique visant la définition d'un territoire d'accès aux soins sur un critère de population et non de besoin de santé (difficilement définissables certes) : 70 000 habitants pour la psychiatrie générale et 210 000 pour la psychiatrie infanto juvénile selon l'arrêté du 14 mars 1972 peut entraver la continuité de la prise en charge (déménagement du patient, SDF, « publics mobiles ») ou la pertinence de la prise en charge (structure de référence trop éloignée du lieu d'habitation).

Les différentes formes organisationnelles présentes sur le terrain (les structures tournées vers l'ambulatoire et les équipes pluridisciplinaires, dicit le bilan) montre que la dimension fonctionnelle de la majorité des secteurs rend bien compte des principes. Par contre, on peut se poser la question de la tactique relative à la dimension géographique qui limite la portée des principes.

3. Annonce de la problématique

Le concept de santé mentale s'est progressivement substitué à la conception médicale classante, utilisé dans le travail soignant quotidien. Alors que dans l'inconscient collectif, la psychiatrie cible les « grands fous », la santé mentale, quant à elle, fait référence à la souffrance psychique de tout un chacun.

L'intérêt de ce changement sémantique réside dans une tentative de destigmatisation de la personne atteinte de troubles mentaux. Mais, la banalisation, pour réelle qu'elle soit, ne peut réduire l'intensité des perturbations ressenties.

La lutte contre les « maladies mentales » comporte désormais des missions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale.

Dans le système général, le législateur insiste de plus en plus sur la nécessité de prendre en compte le patient dans sa globalité, c'est-à-dire de prendre en compte les différents stades que sont la prévention, la prise en charge de la pathologie et le suivi. Il apparaît que les principes fondateurs de la sectorisation semblent rejoindre cette philosophie. Dès lors il est intéressant de se demander **dans quelles mesures la sectorisation psychiatrique pourrait elle servir de modèle pour l'organisation générale des soins.**

C'est pourquoi, après avoir établi un état des lieux du secteur psychiatrique aujourd'hui à la fois théorique (Partie I) et pratique (Partie II), nous avons tenté de dégager les pistes d'inspiration pour le système global des soins (Partie III).

I- Etat des lieux de la sectorisation

L'état des lieux des secteurs psychiatriques français a été établi selon une approche bibliographique, prenant pour appui principal le dossier fourni par l'animatrice et complété par les recherches documentaires du groupe.

A- Du principe de sectorisation : avantages/objectifs

1. Les objectifs originels de la sectorisation

- *Renforcer l'offre de proximité par la mise en place de secteurs géo démographiques*

La sectorisation permet de délivrer des soins au plus près du lieu de résidence des patients afin de les séparer le moins possible de leur famille et de leur milieu de vie. Le maintien du malade dans la communauté constitue une rupture avec la conception asilaire antérieure : l'environnement –notamment familial- du patient n'est plus stigmatisé comme un facteur pathogène mais au contraire comme une condition du maintien et du rétablissement de son autonomie sociale et de son intégration.

- *Délimiter le champ d'action des établissements et des praticiens*

La sectorisation attribue sans ambiguïté le patient à l'établissement de référence du secteur auquel il appartient. Les praticiens comme les établissements ont une vision claire sur leurs attributions respectives. Cette notion ne prend plus en compte la disponibilité des lits, ni la bonne volonté du praticien de prendre en charge ou non un patient. La sectorisation permet la mise en place d'un travail d'équipe contrebalance les risques de toute puissance du médecin. L'équipe se trouve responsabilisée par l'autonomie dont elle dispose.

- *Assurer la continuité des soins, de la prévention à la réinsertion*

La sectorisation confie la prise en charge et le suivi de tous les malades d'une aire géographique donnée à une même équipe de la prévention jusqu'à la réinsertion. Le patient retrouve dans les différentes structures du secteur les membres de cette même équipe. La cohérence de la prise en charge est donc assurée par le partage par l'équipe d'une philosophie de soin commune. Il faut souligner le nouveau rôle de la prévention dans le cadre du secteur, notamment par la prise en charge des problèmes mentaux et le dépistage précoce.

- *Assurer une prise en charge globale du patient et de sa famille*

La pluridisciplinarité de l'équipe consacre la volonté d'associer les aspects médicaux et sociaux de la psychiatrie. Pour ce faire, elle est constituée de psychiatres, de psychologues, d'infirmiers, parfois d'assistantes sociales. L'articulation optimisée des réseaux sanitaires, sociaux et médico-sociaux permet ainsi la prise en charge globale du patient. Ce caractère global ne peut se passer de la prise en compte des familles, partie intégrante de l'histoire du patient.

2. Etat des lieux du secteur

L'OMS classe les troubles psychiatriques, en terme de prévalence, au troisième rang des maladies (10.5% du total). En France, la morbidité déclarée des troubles mentaux et du sommeil est de 12%. Les dépressions représentent un quart du total des recours aux soins contre 7% pour les psychoses. La part des dépressions semble augmenter, celle des retards mentaux et des démences diminuer.

En 2001, on compte 104 lits de psychiatrie pour 100 000 habitants, soit un total de 62 349 lits dont 42063 publics. Pendant des années, la psychiatrie sectorisée a diminué ses lits (entre 1991 et 1997 : -27 % pour les adultes, -42 % pour les enfants). Suite aux évènements de Pau, la politique de fermeture de lits a été gelée par le plan de Santé mentale. Pour les adultes, on compte en moyenne 165 lits et places pour 100 000 habitants. Pourtant, les écarts entre les départements vont de 1 à 10. Pour la pédopsychiatrie, la disparité est encore plus importante, les écarts vont de 1 à 20.

Un tel écart est-il vraiment trop important ou ne correspond-il pas à des besoins de santé différents ? D'où l'importance d'être en mesure de définir des territoires de santé perspicaces pour adapter le nombre et le type de structures.

Les prises en charges concernent à 85% la forme ambulatoire, surtout par le CMP. Depuis 1995, le mode de prise en charge à temps partiel le plus utilisé est le CATTp avec 53% de la file active de l'ambulatoire. Il devance désormais l'hôpital de jour. Les secteurs psychiatriques sont très inégalement dotés. Constituée de 829 secteurs adultes (+5% par an depuis 1989), 320 secteurs infanto-juvéniles et 26 secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire, la psychiatrie sectorisée est rattachée à 301 hôpitaux publics ou privés participant au service public. Parmi eux, 34% des secteurs adultes et 41% des secteurs infanto-juvéniles dépendent d'hôpitaux non spécialisés en psychiatrie.

Avec 13 200 psychiatres, la France est très bien pourvue (deuxième position en Europe). Par contre, le taux de vacance des postes de psychiatrie hospitalier reste un des plus élevés (10 % en 1997) parmi les disciplines médicales. La répartition géographique des psychiatres libéraux ou salariés est très inégale, avec une moyenne nationale de 22 pour 100 000 habitants. Entre 2005 et 2020, le nombre de psychiatres diminuerait de 41 %.

B- Au limites du secteur : Inconvénients/limites

1. *Un découpage « artificiel »*

Le découpage est fonction de la zone géographique délimitée. En effet, il n'est pas fondé sur les besoins de la population et n'a pas toujours été en mesure de s'adapter à leur évolution, en particulier en milieu urbain, selon le président de la MNASM. En effet, «le découpage s'est contenté de comprendre environ 70 000 habitants, une zone urbaine et une zone rurale pour justifier des activités et structures déjà en place avant la sectorisation ». Ce qui pose clairement le problème du choix des critères permettant de définir un besoin et surtout de l'évaluation en psychiatrie.

De plus, le découpage de secteurs regroupant des territoires urbanisés et ruraux afin de garantir l'attractivité des secteurs pour les médecins est fictif car la majorité des praticiens se situe en ville (problème de démographie médicale).

2. *Un découpage à vocation « égalitaire » mais qui n'a pas empêché un déséquilibre des moyens.*

La répartition territoriale homogène du système de soins n'est pas réalisée. La distribution des équipements hospitaliers (en 1er lieu du nombre de lits par habitant) apparaît extrêmement variable. Les écarts départementaux sont ainsi dans un rapport de 1 à 10 en psychiatrie contre 1 à 4 dans les disciplines de court séjour somatique. Ces écarts ne paraissent pas être justifiés par une variabilité de besoins selon la DRESS, mais semblent plutôt la conséquence de la persistance d'une structure d'offre ancienne qui aurait été insuffisamment redéployée à ce jour.

Néanmoins, cette hétérogénéité peut également être la conséquence de pratiques variables ou d'une politique d'organisation et d'allocation de ressources. La répartition territoriale des personnels présente les mêmes déséquilibres que les équipements.

3. Une conception qui a fortement conditionné le paysage en psychiatrie

Les pratiques de secteur présentent une grande hétérogénéité sans réelle lisibilité pour le public, qu'il s'agisse des patients et ou des familles ou les partenaires tels les élus ; un exercice du libre choix de l'équipe soignante (article L. 3211.1 du CSP4) par les patients est limité de fait ; les équipes ne sont pas favorables au redécoupage, notamment lorsque celui-ci s'accompagne d'une modification des établissements de rattachement, eu égard aux conséquences en termes de continuité des soins, de transfert de ressources et de partenariats établis.

4. Disparités du mode de traitement des patients

Le patient est contraint dans son hospitalisation dans la mesure où celui-ci est pris en charge au plus proche de son domicile par une équipe prédéfinie. Le type de traitement, hétérogène, est fonction des écoles d'appartenance des équipes médicales. Il en résulte que le patient est dépendant d'une prise en charge non choisie.

5. Séparation de l'Intra Extra : personnel médical vs personnel médico-social

La création de l'extrahospitalier a permis une meilleure prise en charge du patient. Cependant, elle a subi un effet pervers de scission entre les équipes médicales. L'intra hospitalier se spécialise dans le traitement somatique des troubles psychiques, les personnels extrahospitaliers accompagnent le patient en vue d'une réinsertion sociale. Ces derniers agissent en aval afin d'éviter la chronicisation bien qu'ils soient également destinés à agir en amont au travers de la prévention et du dépistage précoce.

6. La mixité, problématique issue de la cohabitation des pathologies

La sectorisation promeut la non stigmatisation de la pathologie et incite ainsi à la mixité au sein d'un même secteur. Néanmoins, la cohabitation des pathologies légères avec les troubles lourds n'est pas sans incidence sur le processus de guérison. La mixité présente un risque d'aggravation des troubles légers. Le président de la MNASM précise que la mixité ou la proximité des patients qu'elle que soit la pathologie n'était pas explicitement inscrit dans la circulaire de 1960, il s'agit de l'interprétation faite par les praticiens Hospitaliers. Cependant, cette question de cohabitation est encore à ce jour un débat non tranché comme le démontre les avis divergents de praticiens hospitaliers de l'hôpital Sainte Anne à Paris.

II- Le secteur en pratique vu par les acteurs

L'approche souhaitée par le groupe pour l'évaluation objective de l'efficacité des secteurs français fut une approche terrain focalisée sur le point de vue des différents acteurs intervenants. Afin de parfaire notre analyse, nous avons choisi Rennes comme terrain d'études pivot, cependant, il nous a paru judicieux de la mettre en perspective avec d'autres centres hospitaliers significatifs de par leur spécificité.

De plus, le directeur du centre hospitalier Guillaume Régnier a choisi d'orienter notre étude sur le secteur G03, secteur pivot du CH.

Afin de mieux appréhender la sectorisation, nous avons décidé de travailler sur des secteurs de psychiatrie adulte de Bretagne, de Paris et de Haute Savoie. Ces secteurs permettent d'aborder la sectorisation en milieu périurbain, urbain et rural afin de dégager à la fois les tendances communes dans l'organisation et les divergences.

Nous avons axé nos entretiens sur l'ensemble des acteurs afin d'obtenir la vision la plus complète possible de la problématique du secteur, soit des professionnels de santé (praticien hospitalier, cadre supérieur de santé et cadre de santé), des représentants des usagers (association de Rennes), des responsables des tutelles (ARH de Normandie et de Bretagne) ainsi que le président de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale. Des équipes composées de deux ou trois personnes se sont déplacés sur les lieux de travail des interviewés afin de procéder dans le même temps aux visites des locaux. Pour mettre en évidence la complexité du secteur, il nous est apparu judicieux de faire ressortir les divergences d'opinion en fonction de la place de chacun des acteurs du système.

A- Le secteur perçu par les professionnels de santé

Les différents interlocuteurs interrogés ont mis en avant la pertinence des principes de la sectorisation (proximité, continuité, « humanisme », ouverture). Par exemple la prise en charge d'un patient par une même équipe, pluridisciplinaire, garantit la cohérence du traitement à ses différents stades. Ceci est particulièrement important pour des pathologies où il existe un risque de rupture (ré hospitalisations fréquentes) à l'instar de la schizophrénie. Tous sont apparus attachés à une « philosophie du secteur » comme rupture avec la psychiatrie asilaire.

Différents points forts ont été dégagés lors des entretiens avec les professionnels du secteur G03. Tout d'abord, sur ce secteur, le travail en réseau a été privilégié, qu'il soit sous forme de convention (avec le SAD) ou non (groupes de travail avec les CDAS). Ensuite, sur le secteur G03, le choix est de ne proposer qu'un seul CMP. Il leur est apparu plus judicieux de concentrer tous les soins en un seul lieu plutôt que de démultiplier l'offre au risque d'être moins efficace. Enfin, pour mieux répondre aux besoins des personnes âgées, une politique d'intersectorialité a été mise en place au sein de l'EPSM Guillaume Régnier.

Lors des entretiens, les professionnels ont également abordé les limites du secteur et de la sectorisation, tout en émettant des propositions en vue de son amélioration. Un des points faibles mis en avant par le cadre supérieur de santé est le manque de moyens humains en lits et la vétusté des locaux, notamment pour l'unité d'admission. En outre, la technicisation des soins psychiatriques impliquent des différences dans l'offre de soins, créant des inégalités de prise en charge pouvant conduire à une psychiatrie à plusieurs vitesses. Il s'avère opportun de créer des unités intersectorielles et de mieux former les équipes. Ainsi, l'ambition de l'Hôpital de jour Beaulieu est de devenir intersectoriel, notamment en raison du coût (et de la qualité) des soins qui y sont pratiqués et de la nécessité de la continuité de la prise en charge pour les patients schizophrènes.

De plus, tous ont soulevé la problématique du découpage : le secteur G03 n'apparaît pas pertinent au regard des données démographiques et ne correspond pas au secteur social entraînant une charge de travail supplémentaire pour les équipes. Il est donc indispensable de redécouper les secteurs en bassins de vie. Une autre limite du secteur est qu'il constitue pour certains un frein aux droits du patient, notamment dans le choix de son médecin : il est difficile de passer d'un secteur à un autre. Le secteur G03 bénéficie sur ce point d'un avantage particulier : au titre de leur activité universitaire, des patients d'autres secteurs peuvent être accueillis.

Les enjeux évoqués portent à la fois sur le besoin de formation, de moyens et de sensibilisation à la pathologie mentale de l'ensemble de la société. En milieu rural, si les acteurs confirment leur attachement à la philosophie de la sectorisation, les difficultés de la réalité apparaissent avec encore plus d'acuité. La nécessité encore plus grande de tisser des relations privilégiées avec les partenaires des différents champs d'intervention.

La multiplication des unités fonctionnelles sur l'extra hospitalier incitent les équipes à fonctionner indépendamment les unes des autres. Du fait que chaque structure a sa propre spécificité, elles développent une autonomie propre et s'autogèrent sans concertation.

Le secteur rural étant peu attractif en terme d'emploi, il souffre de manque de personnel et les problèmes de recrutement limitent les possibilités de développement. Encore plus qu'en milieu périurbain, les carences en structures d'accueil se font ressentir.

Les praticiens hospitaliers parisiens sont de fervents défenseurs de la sectorisation. Cependant, les avis divergent quant à la « pratique » du secteur. Tandis que certains défendent plutôt la notion de secteur géographique comme bien fondé de l'accessibilité aux soins, les autres déplorent le caractère arbitraire et standard de la notion géographique pour tendre vers une sectorisation fonctionnelle fondée sur la notion de réseau considérant qu'une même équipe si isolée du social et médico-social ne peut répondre aux besoins de l'usager. Il ne s'agit pas de proposer des services sociaux et médico-sociaux en parallèle de l'action sanitaire mais bien de coordonner les modes de prise en charge pour favoriser la prévention, traiter de manière plus efficace, éviter la récurrence et promouvoir la posture.

B- Le secteur vécu par les usagers²

La sectorisation avait pour objectif d'humaniser la prise en charge en favorisant l'extrahospitalier et le rôle actif du patient. Ces principes sont louables et vont dans le bon sens selon l'association « L'Autre Regard ». Malheureusement, cette même association regrette aussi que la sectorisation psychiatrique telle qu'elle existe aujourd'hui n'ait pas répondu à ses objectifs de départ à savoir la proximité, la continuité, et la prise en compte de l'usager comme acteur de son parcours de soins. La sectorisation n'apparaît réalisée que dans sa dimension administrative (les structures sont en place mais la coopération manque).

L'association souligne l'inefficacité de la prévention, l'inexistence d'un vrai travail de réintégration, l'hospitalo-centrisme du système, la logique purement médicale de la prise en charge et l'absence de véritables échanges avec le secteur social.

Cette perception pourrait être relativisée car la prise en charge concerne à 86% la forme ambulatoire, cependant ces structures sont pour la plupart des émanations de l'hôpital (tel le CMP), gérées par des praticiens et cadres de santé, les acteurs sociaux étant souvent omis dans la prise en charge.

² Notre point de vue est éclairé par l'Association « L'Autre Regard », rattachée à la FNAP-Psy, qui regroupe des usagers et des bénévoles. Elle s'inspire de la psychothérapie institutionnelle.

L'association « L'Autre Regard » met en avant son action, à savoir être « un club » où les personnes peuvent se retrouver, faire des activités. Surtout, il n'existe aucune exigence vis-à-vis de l'utilisateur, aucun résultat à atteindre : il est seulement demandé d'agir avec respect vis-à-vis du groupe. L'utilisateur se trouve alors responsabilisé et identifié par autre chose que sa maladie. Selon l'association, toute réflexion sur l'impact social de la maladie mentale a été délaissée par un système qui cherche avant tout à « guérir » au sens médical du terme sans prendre en compte l'environnement de la personne (ni sensibilisation du public, ni travail d'intégration sociale).

A ce titre, la reconnaissance dans le plan Santé mentale des Groupes d'Entraide Mutuelle (G.E.M.) est une avancée pour les usagers qui sont reconnus comme « experts » en santé mentale. On soulignera de plus que les GEM bénéficient d'une dotation de 20 millions d'euros, ce qui encourage leur développement³. Cependant, la satisfaction des usagers reste partielle car les professionnels envisageraient les GEM comme la dernière étape du suivi du patient. Les usagers souhaitent au contraire que ces GEM participent au traitement dans toutes ses étapes.

C- Le secteur appréhendé par les institutions/ tutelles

Les mêmes constats reviennent dans les déclarations de nos interlocuteurs et dans les écrits que nous avons pu consulter. La philosophie du secteur n'est jamais remise en cause par les institutions : elles reconnaissent qu'il a été précurseur dans une nouvelle approche de l'organisation des soins. Selon la MNASM, cependant, le secteur tel qu'il est perçu aujourd'hui (rigide de par son caractère cadastral, limité sur la mise en place de nouvelles structures, soumis aux jeux de pouvoirs des praticiens, ...) prête à s'interroger sur sa pertinence et son devenir : alors que la démographie, la société, les institutions et les modes de gouvernance évoluent fortement, le secteur est destiné à évoluer et à s'adapter.

Il est évident que la psychiatrie, surtout depuis le développement du concept de santé mentale, met en jeu une multitude d'acteurs. On peut par exemple citer la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ), l'Education Nationale, le Conseil général, la ville, les pays, les communautés de communes ou d'agglomération... Or, chaque acteur institutionnel dispose de son propre découpage territorial (certes, les besoins ne sont pas identiques, donc le découpage personnalisé est en soi pertinent, mais seulement s'il prend en considération les contraintes de la population et non les facilités administratives).

Il devient alors difficile d'envisager une coopération efficace : l'information se diffuse mal, toute concertation implique la multiplication des réunions avec les différents acteurs des différents zonages. Faute d'adaptation à ces évolutions, le secteur n'est plus ce cadre idéal de coordination de l'ensemble des acteurs autour du patient. Selon le président de la MNASM, il ne s'agit pas d'une remise en cause du secteur en soi mais bien des acteurs qui doivent s'adapter à un nouveau contexte, de nouvelles problématiques ; les acteurs sont, en effet, réticents au changement et au partage des missions. Le jeu de pouvoirs reste un frein à la pérennité du secteur, tout du moins à sa pertinence.

Surtout, le secteur apparaît trop limité au regard des enjeux de l'organisation de l'offre de soins. Dans un souci de rationalité -et d'économie- de l'offre de soins, les institutions estiment absurde de considérer que chaque secteur doit disposer dans l'ensemble de l'éventail des structures de soins. Elles plaident pour une mutualisation des moyens et une graduation qui puissent apporter une réponse adaptée et réaliste aux besoins des patients⁴. Les institutions font valoir la notion de taille critique des secteurs accueillant des structures importantes, notamment lorsqu'elles disposent d'un plateau technique lourd. L'ARH, dans un souci de rationalisation de l'offre, ne voit dans la question du libre choix du médecin qu'un faux débat : elle ne retient pas cette critique contre la sectorisation.

Face à ces enjeux, deux démarches peuvent être adoptées. La première consiste à redéfinir les secteurs. Selon les acteurs rencontrés, cette option comporte un risque : s'enliser dans un débat stérile avec les chefs de secteur sans que le résultat en vaille la peine. La notion de territoire pertinent apparaît en effet complètement illusoire : jamais un découpage ne sera entièrement satisfaisant. On ne pratique donc que des ajustements à la marge pour améliorer concrètement l'accessibilité des soins et la cohérence des découpages⁵.

La seconde démarche adoptée très largement par les institutions, et notamment par les ARH, consistent à promouvoir des projets axés sur l'articulation des structures (au sein du secteur sanitaire, mais aussi avec les structures sociales et médico-sociales⁶) et centrés sur l'amélioration qualitative de l'offre de soins. Ainsi les SROS de Bretagne et de Haute Normandie insistent sur les actions à mener sur des populations spécifiques (adolescents, personnes âgées, détenus...). On retrouve alors la philosophie originelle du secteur, par le dépassement des secteurs géographiques ou « cadastraux ».

³ Un GEM est ainsi en cours de mise en place à l'hôpital de jour Beaulieu.

⁴ ARH Haute Normandie

⁵ En Bretagne.....

Cette dynamique de projet doit permettre, selon les ARH, de surpasser les blocages liés aux enjeux de personnes. L'ouverture des secteurs sur des projets communs doit casser les « féodalités » existantes, engager une discussion sur les pratiques professionnelles, lutter contre la chronicité des équipes, réduire les inégalités.

Conclusion

De part la diversité des secteurs (population, problématiques et moyens), il nous est apparu important d'étudier différentes zones urbaines, périurbaines et rurale. On retrouve une unanimité concernant les vertus déjà évoquées de la sectorisation. Malheureusement, le secteur échoue à apporter une réponse adéquate à la diversité des problèmes rencontrés.

L'enjeu majeur est de faire évoluer le concept par l'ensemble des acteurs engagés vers un but commun, remplaçant les principes fondamentaux de la sectorisation au cœur d'une organisation des soins optimale, plus souple et plus ouverte à l'articulation optimisée des réseaux.

⁶ Voir le rapport du groupe 22 du MIP 2006 sur l'articulation entre sanitaire, social et médico-social dans le domaine de la psychiatrie.

III- La sectorisation peut elle servir de modèle à l'organisation générale des soins

Afin de répondre à la problématique posée, le groupe a collecté et analysé l'information recueillie au niveau documentaire et pratique, l'a mis en perspective avec les nouvelles orientations stratégiques et l'évolution du système de soins.

A- Récapitulatif : une vision commune mais des représentations et pratiques différentes

1. Un accord unanime sur les principes de la sectorisation

A travers nos lectures et les différents entretiens réalisés, nous avons pu constater une unanimité quant au bien-fondé des principes fondamentaux de la sectorisation dont le système général de soins pourrait s'inspirer :

- la continuité qui se traduit par un accompagnement sur le long terme du patient (pré et post-cure) ; en France l'exclusivité du curatif dans le système sanitaire est souvent pointée du doigt pour son efficacité relative et son coût important

- l'unicité de l'équipe sur un secteur qui s'oppose à la segmentation de la prise en charge dans le système général où le patient est soumis à la localisation et au «turn-over » des professionnels

- la pluridisciplinarité de l'équipe qui contraste avec le « tout médical » du système général où la souffrance psychologique naissant de la maladie est insuffisamment prise en charge.

En définitive, il apparaît que le principal atout de la sectorisation réside dans l'adaptation de l'offre de soins psychiatriques aux besoins du patient par sa proximité, sa multiplicité... Cependant, sur le terrain, la mise en œuvre effective de ces principes est limitée du fait de l'obsolescence et de l'incohérence de la carte actuelle des secteurs (évolution géo démographique, apparitions de « pratiques locales », enjeux de pouvoir entre les psychiatres...). Si les acteurs (professionnels, tutelles et usagers) s'accordent sur la difficulté de mise en œuvre des principes, ils diffèrent sur les enseignements à tirer d'un tel état de fait et par conséquent sur les améliorations prioritaires à apporter au système.

2. Des désaccords relatifs sur la pratique

Globalement, les tutelles et les professionnels, voient dans le redécoupage et l'intersectorialité une solution aux limites du secteur tel qu'il fonctionne aujourd'hui. Une meilleure prise en charge passerait par une rationalisation de la géographie du secteur et l'augmentation des moyens en termes de plateau technique, de personnel et de locaux.

Il est vrai que, aujourd'hui, les professionnels ont reçu une formation qui s'inscrit dans le secteur et il est difficile pour eux d'imaginer un autre mode d'organisation des soins. De plus, une véritable identité soignante en psychiatrie a émergé et tout le monde ne souhaite pas forcément être intégré à l'hôpital général de peur d'être « noyé dans la masse ». Les professionnels et les tutelles retiennent donc comme principal enseignement de la sectorisation sa pertinence et sa perfectibilité : il ne s'agit en aucun cas de la supprimer car elle permet dans l'ensemble une proximité et une continuité dans la prise en charge.

Les usagers s'inscrivent quant à eux dans une démarche plus globale en privilégiant tout ce qui est « autour » du système de soins en tant qu'élément également important et essentiel au mieux-être et à la guérison des patients. Le traitement médical n'a pas grand sens sans travail sur le retour du patient chez lui et sur l'intégration au groupe social. En effet, le plus dur à vivre est souvent le regard des autres qui identifie ces personnes à travers leur pathologie. Voici le témoignage d'un usager : « Je ne suis perçu que comme un malade, à travers ma pathologie et la méthode de soin⁷. ». Ce ressenti vient du fait que le versant soignant est largement plus conséquent que le versant « social » dans la prise en charge et que le regard renvoyé par une société insuffisamment sensibilisée aux problèmes psychiatriques est très stigmatisant.

Ainsi, il est nécessaire pour parler d'efficacité, d'accompagner le traitement médicamenteux d'espaces de parole tels que les GEM. Le patient, par son expérience, peut être une personne ressource pour comprendre la maladie mentale, proposer des solutions adaptées aux besoins. C'est le cas, par exemple, au Québec avec le système des « pairs aidant », des usagers qui dans les services de soins aident les autres à surmonter leur souffrance. L'utilisateur est alors reconnu en tant que personne qualifiée.

⁷ « En parler un peu, beaucoup, à la folie... », revue éditée par l'association « L'Autre Regard », septembre 2005, p. 8.

L'enseignement que les usagers retirent de la sectorisation est qu'elle n'a pas respecté les objectifs d'humanisation en échouant dans la promotion du sujet en tant qu'acteur. Il ne s'agit pas néanmoins d'opposer soignants et tutelles aux usagers. Les deux constats sont complémentaires plus qu'antagonistes.

Si les principes de la sectorisation inspirent l'évolution récente de l'organisation de l'offre de soin, nous ne pouvons pas parler d'une généralisation pure et simple de la sectorisation à l'ensemble du système de soins. En effet, les orientations actuelles privilégient le rapprochement et la complémentarité des deux modes d'organisation.

B- Les tendances actuelles : Mutualisation et convergence entre secteur psychiatrique et offre de soins générale

1. Planification et sectorisation

La reconnaissance du secteur s'inscrit d'abord dans la convergence entre psychiatrie et MCO⁸, convergence confirmée par son maintien dans la nouvelle planification⁹. En effet, le SROS de troisième génération met en place des territoires de santé qui remplacent les secteurs sanitaires de MCO et reprennent les secteurs psychiatriques. La circulaire du 25 octobre 2004 précise que le secteur est maintenu dans sa dimension fonctionnelle (accessibilité, continuité, pluridisciplinarité et qualité des soins), à laquelle s'ajoute la dimension territoriale.

La politique de sectorisation de la psychiatrie représente une des premières innovations dans l'organisation en réseau des moyens thérapeutiques, en adoptant une approche territoriale. Celle-ci, centrée sur l'adaptation de l'offre de soins aux spécificités d'une population déterminée, est l'élément déterminant repris par la planification actuelle. Elle permet en effet de placer l'utilisateur au cœur du dispositif médical et plus largement, de coordonner l'action des différentes politiques publiques qui entrent en jeu : logement, transports.... Cette approche territoriale répond aussi à la multiplicité des acteurs : collectivités locales avec le renforcement de la décentralisation, assurance maladie, ARH, Etat.

⁸ On peut notamment évoquer l'alignement progressif de l'organisation administrative des hôpitaux psychiatriques sur les hôpitaux généraux (loi du 31 juillet 1968, art. 25), la reprise de la notion de secteur, la suppression par la loi de 1991 des centres hospitaliers spécialisés au profit de l'établissement de santé, la réforme du diplôme unique d'infirmier en 1992 et enfin l'application à la psychiatrie du droit commun législatif (règle de planification sanitaire issues des ordonnances de 1996, accréditation, droits du patients, représentation des usagers...).

⁹ Le maintien du secteur psychiatrique, tant en psychiatrie générale qu'en psychiatrie infanto juvénile, est réaffirmé dans l'ordonnance du 4 septembre 2003.

Le travail en réseau, qui apparaît aujourd'hui comme une voie d'avenir dans l'organisation des soins, est apparu très tôt en psychiatrie du fait de cette approche territoriale. Il apparaît d'autant plus primordial avec l'élargissement du périmètre de la psychiatrie produit par le concept de santé mentale : chaque institution (école, famille, entreprise ou justice) est concernée par l'atteinte psychique, aucune maladie ou situation sociale ne peut plus être abordées sans envisager la souffrance psychique.

La convergence entre la sectorisation psychiatrique et l'offre générale des soins se perçoit ensuite au travers de la planification qui permet une démarche globale, exploitant plus largement les possibilités ouvertes par la philosophie de la sectorisation.

Le SROS « unique » permet une reconnaissance des différentes disciplines dont le fonctionnement ne peut plus être envisagé de manière totalement indépendante. Il ambitionne d'identifier des territoires pertinents pour l'organisation des soins, dont les frontières tiennent compte des réalités locales, indépendamment des limites administratives. En théorie, les territoires de santé peuvent être variables selon les disciplines¹⁰, mais une cohérence territoriale de toutes les activités liées au plateau technique doit être maintenue. De plus, le SROS doit prendre en compte d'autres actions de planification et de programmation dans le champ de la santé mentale qui sont inscrites dans certains PRSP : programme santé scolaire, plan santé au travail, plan psychiatrie et santé mentale, plan Alzheimer.

L'approche territoriale inspirée par la sectorisation trouve un nouveau souffle dans l'optimisation de l'organisation des soins qui sous-tend les réformes récentes du système de santé français¹¹, et traduit donc une réelle complémentarité des dispositifs. Il faut également souligner que le développement de la planification nourrit une nouvelle réflexion sur le secteur dans sa généralité, y compris le secteur psychiatrique. La convergence se traduit dès lors par une complémentarité certaine. Les objectifs de la nouvelle planification s'opposent ainsi à certaines rigidités du secteur psychiatrique (comme le souligne la MNSAM).

¹⁰ Eric Graindorge, Quel place pour le secteur psychiatrique dans la nouvelle planification sanitaire ?, Pluriels, n°42-43, Mars-Avril 2004, p. 12.

¹¹ Ordonnances du 24 04 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privé : création ARH pour une planification globale comprenant le privé lucratif (assurance maladie) et le public et assimilé (DDASS-DRASS) ; renforcement des coopération (l'ARH est 1 GIP regroupant l'AM, et les services déconcentrés) ; loi du 2 janvier 2002 relatives aux droits des patients ; loi de Santé Publique du 9 août 2004 (100 indicateurs, articulation SROS / PRSP) ; ordonnance du 4 mars 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ; loi sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées du 11 février 2005 ; décret du 31 mai 2005 relatifs aux objectifs quantifiés de l'offre de soin (art. 6121-2 CSF) ; décret du 6 mai 2005 relatifs à l'organisation et à l'équipement sanitaire.

En s'attachant à l'étude des populations et de ses besoins réels, en recherchant la meilleure adéquation possible de l'offre de soins (accessibilité, continuité, droit du patient à choisir son médecin...), la planification condamne la conception « cadastrale » du secteur.

Bien que le secteur ait permis de déterminer un moyen d'accéder aux soins et d'inspirer l'organisation générale des soins en matière de prise en compte de l'ensemble des patients, le mode opératoire actuel n'est pas réellement adapté à l'individu. Le secteur ne doit pas être une multiplication de zones découpées de manière standardisée mais bien une politique de personnalisation du service et donc des structures proposées.

2. L'appréciation de la psychiatrie selon la Haute Autorité en Santé

Par ses travaux sur la définition des pratiques professionnelles et sur les procédures d'accréditation et de certification, la HAS participe au mouvement de convergence entre secteur psychiatrique et organisation générale des soins, le premier apparaissant à certains égards comme une référence pour la seconde.

L'enjeu porte sur la poursuite de l'amélioration de la qualité, de l'accessibilité et de l'efficacité des soins au profit de l'approfondissement de la démarche communautaire, d'une meilleure intégration de la psychiatrie dans l'offre générale des soins et d'un renforcement de l'articulation des moyens des établissements de santé avec ceux de la médecine de ville et ceux des secteurs social et médicosocial. À cet effet, l'appréhension territoriale de l'organisation des soins en psychiatrie au sein de territoires de santé, intégrant les établissements organisés en secteurs et les établissements privés, vise une meilleure articulation entre les soins psychiatriques et les soins somatiques. Ces données sont fondamentales et peuvent servir de modèle à l'organisation sanitaire classique et ainsi améliorer l'organisation générale des soins si elles y sont intégrées. Cela concerne notamment la réponse aux urgences, l'intervention des équipes de psychiatrie dans les autres services et, réciproquement, la réponse aux besoins somatiques des patients pris en charge en psychiatrie.

L'appréhension de l'offre de soins psychiatriques et somatiques au sein de territoires de santé, définis localement et de manière cohérente, doit faciliter l'articulation entre ces deux champs, sur la base de principes d'organisation communs redéfinis par la HAS : accessibilité, qualité des soins, continuité et cohérence des prises en charge, soutien et implication des familles.

La même logique est observable au travers des principes de l'organisation des urgences psychiatriques¹². La continuité des soins est assurée grâce à la coordination du médecin des urgences avec les acteurs de la prise en charge ultérieure (psychiatres publics et libéraux, médecins généralistes et partenaires des services médicosociaux, sociaux, éducatifs, juridiques, etc..) dans le cadre d'un travail en réseau. Le système classique d'organisation des urgences générales doit, quant à lui et cette fois ci, intégrer ces principes pour être pleinement efficient. De même en ambulatoire, les CMP et les visites à domicile (lorsqu'elles existent) assurent les soins non programmés. A cet égard, l'ouverture de l'hôpital psychiatrique a préfiguré celle de l'hôpital général par le développement de l'hospitalisation à domicile.

Quant au champ couvert par l'accréditation en psychiatrie, il est à noter que la procédure d'accréditation des établissements psychiatriques concerne l'ensemble des structures de psychiatrie générale et infantojuvénile, qu'elles soient intra ou extrahospitalières. En revanche, les structures médicosociales et sociales (par exemple, les centres d'aide par le travail – CAT – ou les maisons d'accueil spécialisées – MAS), bien qu'essentielles dans la prise en charge des patients et parfois gérées par des établissements de santé, sont exclues du champ de l'accréditation.

3. Ecueil du PMSI et adaptation de nouveaux outils d'évaluation de l'activité en psychiatrie

Le PMSI à titre expérimental montre ses limites avec notamment l'absence de standardisation des traitements en psychiatrie. Face aux différentes « expériences » qui ont été menées par la mission PMSI de la Direction des hôpitaux, les différentes thématiques de journées pondérées, trajectoire de soin et fiche patient n'ont pas abouti concrètement. Le rapport de secteur a suppléé ces outils. En parallèle, de nouveaux moyens de mesure de l'activité sont à l'étude, notamment la valorisation de l'activité psychiatrique (VAP), qui auraient le mérite de prendre en compte les actes réalisés sur les structures extra hospitalières¹³.

Une convergence dans ce domaine apparaît comme un enjeu futur à intégrer.

Cependant, les psychiatres sont plus que réservés par rapport à cette réforme. Certains la souhaitent tout de même, craignant d'être démunis d'indicateurs chiffrés « durcis » dans leurs négociations avec leurs collègues somaticiens ou les tutelles.

¹² Principes préconisés par la circulaire DHOS/O1 n° 2003-195 du 16 avril 2003, relative à la prise en charge des urgences.

¹³ ODIER B. L'information psychiatrique La drôle de guerre des systèmes d'information en psychiatrie N°4 – AVRIL 2001

D'autres y voient un outil de gestion interne aux établissements. Quelques uns comptent sur une redistribution de moyens qui, s'appuyant sur cette base, serait favorable.

Dès lors, la codification est difficile à mettre en place de par la spécificité de l'activité psychiatrique et notamment extrahospitalière, et du type de pathologies traitées. L'hétérogénéité des pratiques ne permet pas une harmonisation du coût d'unité d'œuvre utilisé. Ainsi, on peut s'interroger sur l'impact plus global de la réforme de la tarification. La réticence des psychiatres quant à la mise en place de la T2A est officielle, la comptabilité analytique suppose, selon les praticiens, un traitement standardisé : une convergence financière est-elle envisageable ? De même, dans la perspective de la nouvelle gouvernance, serait-il possible et souhaitable de concilier les notions de secteur et de pôle ? Il convient donc de s'interroger sur l'exemplarité du secteur comme point de départ quant à l'organisation générale des soins et de définir les leviers d'amélioration du système.

C- Perspectives d'évolution : une intégration ?

1. une conception souple du secteur : une conciliation géographique et fonctionnelle

La nouvelle planification incite à concilier les approches géographique et fonctionnelle afin de tirer pleinement parti des possibilités d'adaptation offertes par la sectorisation. En effet, la différenciation des secteurs est concevable dès lors qu'elle répond à un besoin spécifique et qu'elle s'inscrit dans une cohérence globale de l'offre de soin. On peut ainsi envisager une spécialisation de certains secteurs, une personnalisation des soins dans le cadre d'une organisation différenciée des capacités et structures au sein d'un bassin géographique pertinent. Il est possible d'imaginer, sur le modèle MCO, des niveaux de prise en charge : niveau 1 relevant du bassin de santé, niveau 2 organisé dans le cadre du secteur et niveau 3 pour la région.

La conciliation des logiques géographique et fonctionnelle permet de plus une meilleure allocation des ressources en planifiant le développement de nouvelles techniques, en définissant une taille critique pour dispenser des soins personnalisés. Elle incite de plus à multiplier les liens avec le secteur privé pour optimiser l'offre de soins, et à utiliser le travail en réseau.

Des découpages respectant une logique de fonctionnalité et d'accessibilité peuvent être réalisés. Dans le cadre actuel, des souplesses par rapport aux normes de population peuvent être apportées en fonction des données socio-démographiques.

Un secteur rural peut, par exemple, concerner une population plus restreinte, et à contrario, un secteur urbain correspondre à une population plus importante. D'une manière générale, le regroupement de secteurs à partir des instructions ministérielles s'est le plus souvent effectué à l'échelle du département (territoire qui correspond par ailleurs au schéma départemental d'organisation en santé mentale ainsi qu'au champ de compétence des anciens CHS départementaux dont le conseil d'administration est présidé par un représentant du Conseil général). Certaines régions ont modifié récemment la carte psychiatrique pour faire coïncider les regroupements de secteurs avec les secteurs sanitaires, pour favoriser les synergies avec les autres disciplines médicales et chirurgicales. Cette logique pourrait être étendue d'une part à l'intersectorialité en fonction des pathologies et des besoins spécifiques à chaque type de population.

D'autre part, la mise en place d'un nouveau mode d'organisation en pôles conformément à la nouvelle gouvernance contribuera peut être à la redéfinition du secteur. Dans cette perspective, divers modes d'organisations s'esquissent : l'idée qu'un secteur devienne un pôle aurait comme avantage de préserver l'existant mais comme inconvénient majeur d'empêcher la réflexion sur l'amélioration du fonctionnement. Ainsi, il pourrait plutôt être envisagé de repenser les pôles en terme de type de pathologie ou de tranches d'âge¹⁴. L'enjeu des pôles porterait alors que l'évaluation des pratiques et la cohérence du fonctionnement des différentes structures.

2. une articulation raisonnée du secteur et des soins généraux

Dans une logique de convergence et de mutualisation est –il possible de mettre en lien les perspectives d'évolution de la sectorisation psychiatrique avec les nouvelles théories de la sociologie des organisations ? *La théorie de la Traduction* de Bruno LATOUR et Michel CALLON s'intéresse à un problème central dans l'organisation : celui des relations entre services aux logiques différentes et celui de la création de réseaux. Aussi la sectorisation a mis en évidence son expérience dans ce domaine et dispose de ressources pour être prise en compte comme modèle pour une organisation générale des soins. Cette théorie apparaît aujourd'hui pertinente lors de l'implantation d'innovation et dans les situations du changement.

¹⁴ Au CMP-CATTP Saint Exupéry, on envisage par exemple un pôle pour la recherche et l'enseignement, un pôle pour la réhabilitation psychiatrique, un pôle personnes âgées, un pôle de liaison avec les autres secteurs psychiatriques et sociaux.

Une première voie de réflexion permet d'envisager une organisation davantage centrée sur l'utilisateur à travers l'intégration des structures de prise en charge en ville (ex. renforcement des CMP à l'intérieur de centre ville dans un souci d'accessibilité horaire et géographique). Il s'agirait de privilégier et d'accentuer l'externalisation des portes d'entrée dans le système de soins. Une alternative à l'hospitalocentrisme et au système sanitaire classique pourrait dès lors être établie.

Un deuxième type d'articulation promeut la complémentarité par l'intégration du secteur psychiatrique en tant que spécialité à part entière de l'hôpital général. Portée par les préoccupations gestionnaires, cette articulation permettrait de rationaliser l'emploi des moyens humains, financiers et matériels. Bien plus, ce processus d'intégration au sein de centres hospitaliers universitaires permettrait une plus grande valorisation de la recherche dans ce domaine (progrès médicaux et thérapeutiques).

Conclusion

A l'origine, le secteur était une aire de desserte d'une population ; il est devenu aujourd'hui une mosaïque diversifiée, une aire de planification, une organisation complexe.

Les problèmes sociaux auxquels est confrontée notre société (isolement, précarité économique, éclatement de la cellule familiale...) génèrent souvent des difficultés psychologiques qui aggravent des problèmes de santé mentale. Cela a amené les équipes des secteurs de psychiatrie à élargir leurs champs d'intervention pour prendre en compte des personnes mal insérées socialement et en état de souffrance psychique. Des années 60 à nos jours le développement de la sectorisation a permis une rupture avec l'enfermement asilaire et la ségrégation des malades au profit du développement de l'ambulatoire, des structures extra hospitalières et du travail en réseau.

On est alors passé de la notion de lutte contre la maladie mentale à celle de préservation de la santé mentale. Ce passage a impliqué d'associer d'autres acteurs de la société : services médico-sociaux, professionnels libéraux, associations... dans le cadre d'un travail en partenariat. Aujourd'hui l'enjeu porte sur l'amélioration de la qualité, de l'accessibilité et de l'efficacité des soins au profit d'une meilleure intégration de la psychiatrie dans l'offre générale des soins, d'un renforcement de l'articulation des moyens entre les établissements de santé avec ceux de la médecine de ville et ceux des secteurs médicosociaux.

La Haute Autorité de Santé (HAS)¹⁵ précise qu'au sein des territoires de santé le secteur psychiatrique demeure le cadre d'organisation des soins en psychiatrie publique. Le secteur perd cependant sa dimension géographique (70.000 habitants pour la psychiatrie adultes) au profit de sa dimension fonctionnelle définie par des principes d'accessibilité, de continuité des soins et de pluridisciplinarité des équipes.

Le fait d'appréhender l'offre de soins psychiatriques et somatiques au sein de territoires de santé a pour objectif de faciliter l'articulation entre ces deux champs sur la base de principes d'organisation communs : Accessibilité dans une logique de proximité des soins, qualité des soins, continuité et cohérence des prises en charge (coopérations entre établissements publics et privés, somatiques et psychiatriques, des articulations avec la médecine de ville et le champ social et médicosocial), soutien et implication des familles.

¹⁵ Haute Autorité de santé – HAS – Fiche thématique – Psychiatrie et santé mentale – Service de l'accréditation - 2005

Si les changements institutionnels, juridiques et réglementaires de la psychiatrie sont dorénavant perceptibles à travers l'évolution des mœurs, de nouveaux enjeux précurseurs dans le système traditionnel de soins sont à intégrer. L'actuelle convergence des systèmes de soins constatée dans les derniers textes de lois permet d'affirmer de l'efficacité des secteurs comme nouveau vecteur de qualité des soins dans l'organisation générale des soins. Ainsi, la part de l'extrahospitalier augmente considérablement aussi bien en psychiatrie et que dans le système général.

Bibliographie

Encyclopédie

Thesaurus santé psy : thesaurus en psychiatrie et en santé mentale

Ouvrages

ALBERNHE Thierry, TYRODE Yves.- *Législation en santé mentale*.- Pratique médico-hospitalière Tome II, Duphar Unjohn, Lyon.- 1993, 408 p.

CARTIER Annie (coordonnateur).- *Le service social en psychiatrie*.- Editions ENSP, Politiques et interventions sociales.- 2005, 166 p.

GEORGE Marie-Claude, TOURNE Yvette.- *Le secteur psychiatrique*.- Que-sais-je, Presse Universitaire de France, Paris.- 1996, 127 p.

MORDELET Patrick.- *La santé mentale : organisation et gestion*.- Berger-Levrault, Paris.- 1997, 514 p.

Articles

BRUNELLE Francis.- « Le plan de santé mentale ».- Regards sur l'actualité, n°314.- octobre 2006, p 67-79.

COLDEFY Magali, BOUSQUET Frédéric.- « Typologie des secteurs de psychiatrie générale en 1999 ».- DREES, *Etudes et Résultats*, n°163.- mars 2002.

COLDEFY Magali, SALINES Emmanuelle.- « Les secteurs de psychiatrie général en 2000 : évolutions et disparités ».- DREES, *Etudes et Résultats*, n° 342.- octobre 2004, p 1-11.

GRAINDORGE Eric.- « quelle place pour le secteur psychiatrie dans la nouvelle planification psychiatrique ? ».- *Pluriels*, n°42-43.- mars-avril 2004.

MNASM, « Le mouvement de réhabilitation psychosociale aujourd'hui ».- *Infopsy* 2006 82 : 291-6.

ODIER B. .- « La drôle de guerre des systèmes d'information en psychiatrie ».- *l'information psychiatrique*, n°4.- 2001, p 340-351.

ROELANDT J.L. .- « Psychiatrie citoyenne et promotion de la santé mentale ».- *Revue française des Affaires Sociales*, n°1.- janvier-mars 2004.

VILLENEUVE Philippe, VILLENEUVE Hélène, VILLON J.M. .-« Aperçu historique de la psychiatrie française ».- *Gestion hospitalière*, n°337.- juin-juillet 1994, p 482-485.

Rapports

STROHL Hélène, CLEMENTE Martine (Inspection générale des affaires sociales).- Rapport du groupe national d'évaluation de la loi du 27 juin 1990.- mission SA/AC/GT/950013, septembre 1997, 149 p.

CLERY-MELIN Philippe, KOUESS Viviane, PASCAL Jean-Charles, « Plan d'actions pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale, rapport d'étape de la mission clery-melin remis au ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées », 15 septembre 2003.

CENTRE HOSPITALIER Guillaume REGNIER de Rennes.- « Rapport de gestion ».- 2004.

Plan Santé Mentale 2005-2008, www.sante.gouv.fr

Sites internet

www.academie-medecine.fr

<http://www.carnetpsy.com>

www.ccne-ethique.fr

www.courrierpsy.com

www.fehap.fr

www.fhf.fr

www.has-sante.fr/anaes/publications.nsf

www.inpes-sante.fr

www.inserm.fr

www.ladocumentationfrancaise.fr

www.lautreregard.free.fr : association rennaise

www.legifrance.gouv.fr

www.nervure-psy.com

<http://psydoc-fr.broca.inserm.fr>

www.sante.gouv.fr

www.sante.gouv.fr/drees/seriestat75.htm : Atlas régional de psychiatrie générale

www.sante.gouv.fr/htm/dossier/sante_mentale/sommaire.htm : Rapport technique de santé mentale 2005

www.santé.gouv.fr/drees/etude-resultat

www.serpsy.org : soin, étude et recherche en psychiatrie

<http://www.unafam.org>

www.web.ordre.medecin.fr/rapport

Liste des annexes

- Annexe 1 : Coordonnées et parcours des participants
- Annexe 2 : Budget du module interprofessionnel
- Annexe 3 : Méthodologie
- Annexe 3 bis : Emploi du temps
- Annexe 4 : Matrice brainstorming
- Annexe 5 : Présentation de la mission nationale d'appui en santé mentale
- Annexe 6: Fiche technique des établissements et orientations des secteurs étudiés
- Annexe 7: Grille des entretiens
- Annexe 8: Compte rendus des entretiens
- Annexe 9: Définitions utiles
- Annexe 10: Circulaire du 15 mars 1960
- Annexe 11 : Circulaire du 14 mars 1990
- Annexe 12 : Les références législatives et réglementaires en matière de santé mentale
- Annexe 13: Le concept de santé mentale
- Annexe 14: Le plan de santé mental

Annexe 1 : Présentation des membres du groupe de travail

Directeur d'établissement sanitaire et social et médico-social

Laetitia BRINI

laetitiabrini@hotmail.com

Etudes : DESS Analyse décisionnelle de la relation client

Dernier emploi occupé : Analyste de marché

Virginie GOMEZ

gomezvir30@yahoo.fr

Etudes : Maîtrise de droit public Administration publique

Dernier emploi occupé : Attachée d'administration Hospitalière

Elise GUITARD

elisequitard@wanadoo.fr

Etudes : Diplôme d'Institut d'études politiques

Elodie RABAUD

rabaud.el@wanadoo.fr

Etudes : D.E.S.S. Droit de la santé

Directeur d'hôpital

Aurore LE BONNEC

tipinel@hotmail.com

Etudes : Master de gestion Ecole Supérieure de Commerce

Dernier emploi occupé : Chargée de mission qualité

Frédéric VARNIER

varnier@gmail.com

Etudes : Diplôme d'Institut d'études politiques

Directeur des Soins

Marie-Dominique FIESCHI

fieschimarie@yahoo.fr

Etudes : D.E.S.S. Ingénierie de la formation

Dernier emploi occupé : Responsable de Formation

Jean Luc MASCLAUX

masclaux.jl@wanadoo.fr

Etudes : D.E.S.S. en organisation et gestion

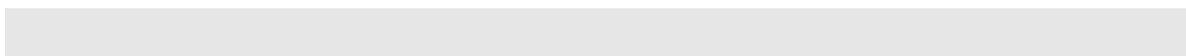
Dernier emploi occupé : Cadre supérieur de santé

Inspecteur des Affaires Sanitaires et Sociales

Thomas AUVERGNON

thomasauvergnon@yahoo.fr

D.E.A. Droit public



Annexe 2 : Le budget

Budget autorisé: 610 euros

Dates	Déplacement	Nb. de pers.	Budget
Mardi 9 mai 2006			
Mercredi 10 mai 2006	CH Guillaume Régnier, Rennes	3	6 tickets métro
Jeudi 11 mai 2006	Association beau regard, Rennes	2	Véhicule personnel
	Hôpital de jour, Rennes	2	4 tickets métro
	Admissions CH G. Régnier	2	4 tickets métro
Vendredi 12 mai 2006	CH Guillaume Régnier	2	4 tickets métro
	CMP/CATTP	2	4 tickets métro
	ARH Haute Normandie	1	Véhicule: 120 euros
Lundi 15 mai 2006	ARH, Rennes	2	Véhicule personnel
Mardi 16 mai 2006			
Mercredi 17 mai 2006			
Jeudi 18 mai 2006	Sainte Anne, Paris	2	200 euros
			Voiture ou train Métro 5 euros
Vendredi 19 mai 2006	FHF	2	Métro 5 euros
	MNASM	2	Métro 5 euros
Budget transport prévisionnel			335 euros
Jeudi 18 mai 2006	Sainte Anne, Paris	2	Repas midi et soir
Vendredi 19 mai 2006	FHF	2	Repas midi et soir
	MNASM		
Budget alimentaire prévisionnel			50 euros
Carnet de timbres			5,30
2 cartes téléphoniques			20 euros
Fournitures (CD Rom ; papier ; pochette ; cartouche couleur imprimante, transparents...)			100 euros
Reprographie pour la préparation du dossier et de la soutenance			30 euros
Budget annexe prévisionnel			155,30 euros

TOTAL BUDGET PREVISIONNEL : 540,30 euros

FRAIS REELS au 19 mai 2006: 330 euros

Introduction

Afin de répondre au mieux à la problématique posée, le groupe s'est organisé autour de trois axes principaux de travail :

1. la recherche documentaire
2. l'appréhension du terrain
3. l'exploitation, l'analyse et la synthèse des données recueillies en interfiliarité

Ces axes de travail ont finalement influencé la formation du plan retenu :

1. l'état des lieux de la sectorisation par une approche bibliographique
2. le secteur en pratique du point de vue des acteurs suivant une logique d'interviews pluridisciplinaires
3. l'impact de la sectorisation sur l'organisation générale des soins insufflée par les échanges en interfiliarité des membres du groupe

1. Appréhension du sujet

Après avoir pris connaissance des membres du groupe (identité, parcours universitaire et professionnel, formation à l'ENSP, ...), nous avons procédé à un brainstorming du sujet.

La démarche étant de comprendre le sujet de manière globale, de lister les concepts et mots clés à ne pas oublier dans le traitement de la problématique mais aussi et surtout d'identifier dès le départ le positionnement de chacun d'entre nous face au sujet.

Les résultats furent probants : les directeurs de soins ont dégagé de suite les idées forces relatives au patient tandis que les directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux s'attardèrent plutôt sur les notions relatives à l'articulation des réseaux ; l'inspecteur des affaires sanitaires et sociales insista sur les notions de SROS et de territoires de santé tandis que les directeurs d'hôpital n'oublièrent pas d'évoquer les aspects organisationnels et financiers liés à la problématique.

Ci-joint la liste des mots clés du brainstorming en annexe.

2. Approche théorique

- Elaboration des binômes de travail en fonction des thèmes d'études

Les binômes se sont établis selon les appétences de recherche de chacun et non par affinités entre membres du groupe.

- Recherche documentaire en binôme

Les sources et modes de recherche furent fonction des disponibilités et des contraintes matériels des membres du groupe.

- Mise en commun des informations retenues et des écrits réalisés

Chaque binôme fut en charge de fournir un document écrit suite aux recherches documentaires répondant à la problématique posée et si possible en lien avec le plan retenu. Ces écrits étaient soumis à l'ensemble du groupe pour discussion, approbation si nécessaire et cumul d'information ; ceci dans le but d'évoluer ensemble au même rythme vers la « résolution » de la problématique.

- Coordination et articulation du devoir en fonction des divers apports

Selon les conclusions de la mise en commun, le plan évolua et le devoir pris forme selon les éléments sélectionnés par le groupe.

3. Approche terrain

- Création des groupes de visite

Les groupes se sont formés sur la base de l'interfiliarité. En effet, dans la mesure du possible, un groupe comporte 3 personnes de formation différente pour retranscrire de la manière la plus objective les conclusions d'entretien. De plus, les groupes changent automatiquement de composition après chaque entretien pour favoriser l'échange et l'interactivité.

- Entretien avec les professionnels

Les interviews se sont organisées autour d'un principe de vision pluridisciplinaire. Pour déterminer un avis équilibré et objectif, le groupe a volontairement sélectionné les principaux acteurs représentatifs et concernés par le secteur.

Nous avons ainsi sélectionné quatre types d'acteurs et donc cherché à obtenir quatre visions présentées ci-dessous :

- Le point de vue administratif des cadres supérieurs de santé et des chefs de services à défaut d'avoir pu rencontré un directeur d'hôpital
- L'avis médical des praticiens et du personnel soignant
- Le regard d'une association d'usagers, représentante du patient
- La vision politique de l'ARH, la MNASM et la FHF

Les entretiens ont été répartis de la façon suivante :

Fonction	secteur rural	secteur péri-urbain	secteur dans un Centre hospitalier à Paris	Total
Praticien hospitalier		1	1	2
Cadre supérieur	1	1		2
Cadre de santé		2		2
MNASM			1	1
ARH		1		1
FHF			1	1
Total	1	5	3	9

La trame de l'interview intégrait la récolte d'informations préalable et la production du groupe pour permettre la confrontation de nos avancées et de notre compréhension du sujet aux arguments des acteurs.

- Choix des établissements de santé

Afin de comprendre l'organisation des soins en matière de santé mentale et d'identifier les possibles disparités de l'offre de soins, le groupe a souhaité comparer les pratiques dans trois établissements distincts, chacun d'entre eux étant implanté soit dans une zone péri-urbaine, urbaine ou rurale :

- CH Guillaume Régnier à Rennes

Le centre hospitalier Guillaume Régnier fut en effet le **centre hospitalier pivot** de notre étude, d'une part de par sa proximité géographique et donc son accessibilité pour le groupe. De plus, il s'agit du CH sélectionné par notre animatrice, Frédérique QUIDU pour ces mêmes raisons.

- CH Sainte Anne à Paris

Le CH de Sainte Anne est à la fois le **centre hospitalier de référence en matière de psychiatrie** puisqu'il s'agit du premier centre hospitalier spécialisé de France. Il présente également un intérêt par rapport à sa spécificité géographique, en plein cœur de Paris ; en effet, il nous a paru intéressant de comprendre la logique francilienne.

- CH Thonon Les Bains,

Ce **centre hospitalier rural** a permis au groupe de visualiser les disparités de l'offre de soins entre les zones urbaines, péri-urbaines et rurales. En effet, le manque de structures, l'éloignement des centres de recours, le manque de personnel, ... sont autant de constats déplorables quant à l'accessibilité et l'égalité d'accès aux soins des patients.

4. Gestion du temps

Dès notre premier regroupement, le groupe s'est fixé sur une gestion stricte du temps pour des raisons d'efficacité du travail réalisé. Il a également fallu prendre en compte les contraintes organisationnelles (autres travaux en groupes, préparation de dossiers de stage, entretien de filières, ...) de chaque formation et gérer les départs successifs en stage des membres du groupe.

C'est pourquoi, nous avons décidé du planning ci-dessous :

La recherche documentaire s'effectua sur la première semaine du MIP à partir du 9 mai 2006.

Les entretiens à Rennes se sont organisés la semaine du 9 mai 2006.

Les entretiens en dehors de la résidence administrative se sont étalés sur la semaine 15 mai 2006.

La rédaction brute du rapport s'est achevée le jeudi 18 mai 2006.

Les derniers arrangements ont été apportés la semaine 22 mai 2006.



Annexe 3 bis : L'emploi du temps du groupe

Mardi 9 mai 2006

Rencontre avec l'animateur

Présentation de chaque participant

Connaissance du dossier papier fourni par l'ENSP

Mise en place de la méthodologie

Prise de rendez-vous avec les professionnels et placement des binômes sur les entretiens

Annonce du plan retenu par le groupe et dispatching des parties à traiter

Mercredi 10 mai 2006

Elaboration du budget

Rédaction de la grille de lecture pour le déroulement de l'entretien

Rédaction de la partie I

Entretien le cadre supérieur de santé du CH Guillaume Régnier

Jeudi 11 mai 2006

Entretien à l'ARH de haute normandie

Premier retour d'entretien partagé et mis en forme

Evolution du plan et du contenu du rapport

Rencontre avec l'animatrice pur un premier point sur la méthode et les premiers résultats

Vendredi 12 mai 2006

Entretien avec un praticien hospitalier responsable de l'extra hospitalier au CH Guillaume Régnier

Entretien avec un cadre de santé au CMP / CATTP Saint Exupéry

Visite du CMP et CATTP

Lundi 15 mai 2006

Mise en commun, formalisation des entretiens et rédaction du rapport en groupe

Mardi 16 mai 2006

Mise en commun et rédaction du rapport en groupe

Définition des objectifs des prochains entretiens (pour comparaison des pratiques et des idées)

Mercredi 17 mai 2006

Rencontre avec l'animatrice pour un point sur les avancements du rapport
Entretien à la FHF

Jeudi 18 mai 2006

Rédaction du rapport
Entretien à Sainte Anne avec le chef de service du G03

Vendredi 19 mai 2006

Rédaction du rapport
Entretien à Sainte Anne avec le président de la mission nationale d'appui en Santé mentale
Fin du MIP officiel

Lundi 22 mai 2006

Première rédaction du résumé
Fixation de la date du 29 juin pour l'ensemble du groupe pour la préparation de la soutenance

Mardi 23 et Mercredi 24 mai 2006

Rencontre avec l'animatrice pour les derniers arrangements du dossier (lecture, recadrage, correction, apports,...)

Jusqu'au 2 juin 2006

Echanges entre le groupe et l'animatrice par mail



Annexe 4 : Matrice brainstorming

<p>Maladie mentale</p> <p>Folie</p> <p>Handicap</p> <p>Stigmatisation</p> <p>Image de la psychiatrie</p> <p>Asile</p> <p>Idéologies, philosophies</p> <p>Evolution de la recherche</p> <p>Spécificités de la psychiatrie</p>	<p>Usager</p> <p>Exclusion</p> <p>Précarisation</p> <p>CMU</p> <p>Accessibilité</p> <p>Proximité</p> <p>Continuité des soins</p> <p>Inégalités sociales, géographiques</p> <p>Dépendance</p> <p>Pédopsychiatrie</p> <p>Psychiatrie adulte</p> <p>Psychiatrie gériatrique</p>
<p>SROS</p> <p>Réseau</p> <p>Planification</p> <p>Sectorisation</p> <p>Législation</p> <p>Territoires de santé</p> <p>Rural versus urbain</p> <p>Besoins de santé</p> <p>Engagement politique</p> <p>Plan santé mentale</p> <p>Pôles</p> <p>CHS vers CH</p> <p>Secteurs</p> <p>Public/privé</p>	<p>Soins</p> <p>Pathologies</p> <p>Social et médico-social</p> <p>Structures</p> <p>Intra hospitalier versus Extra hospitalier</p> <p>Equipe</p> <p>CMP</p> <p>CATTP</p> <p>Cellule de crise</p> <p>CHS et hôpital général</p> <p>Modes de prise en charge</p> <p>Association</p> <p>Famille</p>
<p>T2A</p> <p>Nouvelle gouvernance</p> <p>Financement</p> <p>Codage de l'activité</p> <p>Accréditation, certification, qualité</p>	<p>Médecins</p> <p>Personnel soignant</p> <p>Personnel technique</p> <p>Directeur d'établissement</p> <p>Gouvernement</p> <p>ARH</p> <p>Mission nationale d'appui en santé mentale</p> <p>HAS</p>

La MNASM est une instance d'aide à la planification en santé mentale.

Créée en 1993 et confiée au docteur Massé, actuellement praticien hospitalier Chef de service au centre hospitalier Sainte-Anne (Paris 14^e), suite à la parution du rapport du même nom, la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale a été renouvelée à plusieurs reprises.

Le dernier renouvellement, pour cinq ans, date d'octobre 2000. Il fait suite à l'évaluation menée par l'Inspection Générale des Affaires Sociales, qui a préconisé le fonctionnement actuel : les missions confiées à la MNASM sont fixées et évaluées par un comité de pilotage qui se réunit annuellement, composé du Directeur de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, de la Direction Générale de l'Action Sociale, de la Direction Générale de la Santé, des ARH et des services extérieurs de l'État, DDASS, DRASS.

La MNASM assure une triple mission :

Une mission d'aide à la planification en Santé Mentale "sur site": à la demande des autorités de tutelle, la MNASM réalise des études conduites de façon pluri-professionnelle sur des établissements hospitaliers et services spécialisés dans la prise en charge de la santé mentale. Ces études donnent lieu à des propositions d'organisation ou de mode de fonctionnement destinées à optimiser les réponses en terme de santé publique, dans le domaine de la santé mentale. À ce jour, la MNASM a réalisé près d'une quarantaine d'études de tous départements français et territoires d'Outre-Mer, ce qui représentent 90% des régions.

Une mission d'expertise auprès de l'Administration Centrale, pour enrichir sa réflexion, son action, voire construire avec elle des outils à partir de problématiques observées sur le terrain. Elle participe en appui technique, à des groupes de travail (offre de soins, urgences, métiers, etc.) au niveau national ou régional, auprès des ARH.

Une mission de communication et d'information, pour faciliter l'accompagnement des acteurs, notamment par la publication d'une lettre pluriannuelle, "Pluriels", ou / et la participation à des journées d'information et de communication.

Annexe 6: Fiche technique des établissements et orientations des secteurs étudiés

CH Guillaume Régnier

Le centre hospitalier Guillaume Régnier se situe dans une zone périurbaine.

Il propose 8 secteurs de psychiatrie adulte et 3 secteurs de psychiatrie infanto juvénile.

Le dispositif est complété par une Maison d'Accueil Spécialisée au Placis Vert sur la commune de Thorigné-Fouillard, un Service Médico-Psychologique Régional (SMPR), un Service d'accueil et de soins pour adolescents et jeunes adultes, un département des Conduites addictives qui regroupe : - le Centre Spécialisé des Soins pour Txicomanes et Pharmaco-Dépendants (CSST) - le Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie (CCAA) - L'unité d'Alcoologie "Les Iris", un Service de Soins de Longue Durée sur trois sites (Rennes, Châteaugiron, Bruz).

Chacun des services développe sur son secteur géographique des structures hospitalières visant à favoriser les actions de prévention, de soins et de réinsertion. L'objectif est de coordonner les efforts de tous, équipes de soins, d'accueil, personnels administratifs, techniques pour créer les conditions optimales d'une reconquête de soi-même.

A côté de cela, le Centre Hospitalier Guillaume Régnier intervient :

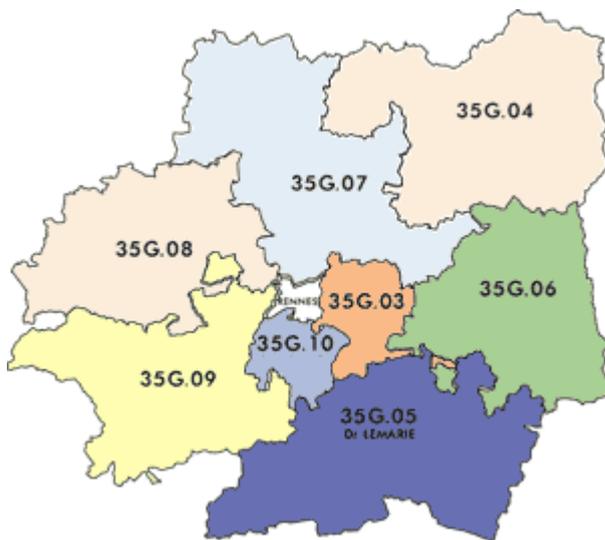
- dans le Service d'Accueil Urgences du CHU de Rennes ainsi que dans les services d'urgences des Centres Hospitaliers de Vitré et de Fougères.
- auprès des plus démunis.
- auprès des étudiants fragilisés.

2145 lits et places qui se répartissent pour l'ensemble des structures en **1201** lits d'hospitalisation complète et **886** places en intra et extrahospitalier (hôpital de jour, de nuit, accueil à temps partiel, appartements thérapeutiques, appartements de réinsertion, accueil familial, y compris les **45** places de C.A.T. "Maffrais Services" et **8** places de S.AC.A.T.

La psychiatrie générale adultes comprend :

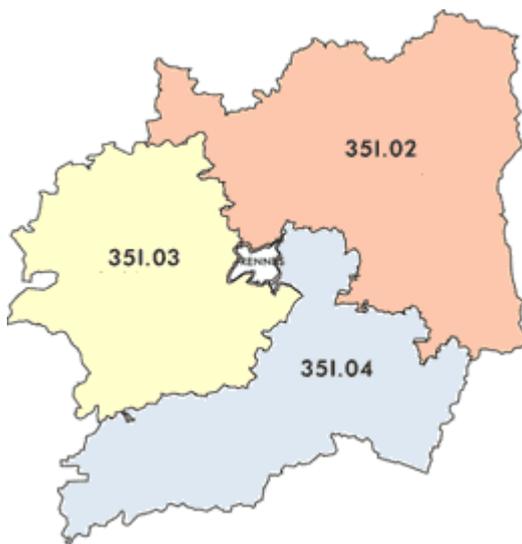
- **741** lits d'hospitalisation complète pour huit secteurs.
- **438** places d'hôpital de jour et d'accueil à la demi-journée.
- **14** places d'hôpital de nuit.
- **48** places en appartements de réinsertion.
- **3** places en appartements thérapeutiques.

- **105** places en familles d'accueil thérapeutiques.
- **130** points de consultation ou d'intervention



La psychiatrie infanto-juvénile comprend :

- **36** lits d'hospitalisation complète pour les trois secteurs relevant du C.H.G.R.
- **184** places d'hôpital de jour, accueil à la demi-journée.
- **22** points d'intervention ou de consultation.



Le Centre du Placis Vert à Thorigné-Fouillard :

- **160** places d'hospitalisation en Maison d'Accueil Spécialisées,
- **20** lits d'hospitalisation de pédo psychiatrie,
- **37** places de jour,
- **17** places d'accueil familial thérapeutique.

Le Département des Conduites Addictives regroupe :

- Le centre spécialisé des soins pour Toxicomanes et Pharmaco dépendants
- **1** centre d'accueil et de soins ambulatoires,
- **10** places d'appartements thérapeutiques-relais,

- **1** centre de prescription et de distribution de méthadone sur Rennes et **1** centre à St Brieuc
- **7** points d'intervention hors Centre Hospitalier Guillaume Régnier sur les départements d'Ille-et-Vilaine et des Côtes-d'Armor.
- Le centre de cure ambulatoire en alcoologie de Rennes (C.C.A.A.)
- **1** unité d'alcoologie "Les Iris" de 10 lits

Le Service Médico-Psychologique Régional (S.M.P.R.) :

- **25** lits à la Maison d'Arrêt de Rennes,
- **1** centre médico-psychologique au centre pénitentiaire des femmes de Rennes,
- **1** point de consultation post-pénale

Le Service d'accueil et de Soins pour Adolescents et jeunes Adultes :

- **1** point de consultation.
- **1** Unité de Soins pour Adolescents et Jeunes Adultes (USSAJA)
- **1** Hôpital de jour - CATTP

Le Service des soins de Longue Durée :

- **200** lits d'hospitalisation complète sur trois sites dont 80 à Rennes
- **30** places d'accueil familial pour personnes âgées ou handicapées.

Le C.A.T. "Maffrais Services" à Thorigné-Fouillard :

- **50** places,
- **8** places de SACAT (Section Annexe de CAT)

Le capital humain

L'équipe du secteur GO3 est composée de

149,6 Equivalents à temps plein

1 cadre supérieur de santé

4 praticiens hospitaliers

2 praticiens hospitaliers universitaires

1 gériatre

3 psychologues

Des moyens supplémentaires ont été attribués en 2004 permettant une mise à niveau des moyens médicaux, le renforcement de la prise en charge somatique et du dispositif d'aide aux personnels.

Les orientations du secteur

Le contrat d'objectifs et de moyens signé en décembre 2001 s'articule autour de quatre objectifs principaux

- Poursuivre la diversification du dispositif de prise en charge pour l'adapter à l'évolution des besoins
- Promouvoir l'intégration des soins en psychiatrie au sein du dispositif sanitaire et favoriser leur articulation avec le dispositif de prise en charge médico-sociale et sociale
- Renforcer la qualité et la sécurité des prises en charge
- Mettre en œuvre le projet social

La procédure d'accréditation et de démarche qualité est en cours de finalisation. Le compte rendu de la Haute Autorité de Santé sera prochainement diffusé suite à la visite réalisée en décembre 2006. La relance de la démarche du projet d'établissement
Le projet d'établissement est validé par les instances du Centre Hospitalier et est soumis à validation auprès de l'Agence Régionale d'Hospitalisation.

CH SAINTE ANNE

Le Centre hospitalier Sainte-Anne est édifié sur un site qui a connu dès le XIIIe siècle une vocation hospitalière.

L'Hôpital Sainte Anne est un pôle important de soins psychiatriques.

Il comprend :

- 787 places
- 308 médecins ETP
- 2204 Agents non médicaux ETP
- 560 lits et places de psychiatrie adulte
- 10 lits et places de pédopsychiatrie

Il est doté de structures telles que :

- hôpital de jour,
- foyer de post cure,
- hôpital de semaine,
- CMP/CATTP
- appartement thérapeutique

7 secteurs psychiatriques adultes sont rattachés à Sainte-Anne, que ce soit pour les hospitalisations, ou pour les structures de soins ou de consultations de proximité.

Le Service Hospitalo Universitaire de santé mentale & de thérapeutique et la Clinique des Maladies Mentales et de l'Encéphale, outre leurs activités de soins, participent à l'enseignement universitaire de la psychiatrie.

Les orientations du secteur

- Fusionner certains secteurs par la mise en place des pôles
- Fermer des lits en intra hospitalier
- Développer le concept de cellule de crise

CH THONON LES BAINS - Zone rurale

Secteur géographique de 110.000 habitants. Cette population double en période estivale.

Le capital humain

L'équipe médicale est composée de sept médecins (praticiens, assistants, interne)

Le personnel soignant regroupe 43 infirmiers – 2 aides soignants – 3 cadres de santé – un cadre supérieur de santé

10 Agents de Service Hospitaliers (ASH)

Les structures

Le service se compose de :

- deux unités d'hospitalisations complètes (24 et 19 lits plus deux chambres d'isolements),
- un hôpital de jour d'une capacité d'accueil de 19 places,
- un Centre Médico Psychologique (C.M.P)
- un Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel ouvert depuis un an. Cette structure fonctionne à minima du fait d'un manque de personnel
- une activité « Urgences et Psychiatrie de liaison » qui s'est avérée être un point fort lors de la visite des experts visiteurs pour la première accréditation.

Les projets en cours

- L'ouverture d'un deuxième CMP sur Evian,
- La création dans les locaux existants d'une unité pour Malades Agités Perturbateurs (UMAP) de 8 lits.
- Le renforcement de l'équipe infirmière de psychiatrie de liaison.

Les particularités et les contraintes de secteur

Il dépend d'un Centre Hospitalier Général et couvre le même espace géographique que le service de pédopsychiatrie. Ses contraintes majeures se traduisent par :

- la géographie du secteur proprement dite. En effet ses missions concernent à la fois un bassin de population urbanisée et une autre partie beaucoup plus rurale avec des distances à couvrir importantes,
- la difficulté de recruter et de fidéliser du personnel soignant du fait de la Suisse voisine et de la vie chère de la région.
- Un turn over de 50 % des professionnels infirmiers en 2005,
- Le sous équipement de cette partie nord du département.

Annexe 7: Grille des entretiens

	Présentation	Apports	Limites	Éléments d'évolutions
Les besoins de la population Les modes de prise en charge Réponses à l'urgence La qualité et la sécurité La prévention L'éducation La recherche L'accompagnement social				
Dispositifs intersectoriels Articulation avec le social et le médico social				
Les partenaires				
La GRH Recrutement Compétences Formation				
Impact de l'évolution réglementaire SROS Projet d'établissement et projet de secteur Evaluation de l'activité et financement				
Sources d'évolution du secteur				

Annexe 8: Compte rendus des entretiens

Entretien du 10 mai 2006, EPSM Guillaume Régnier

Personnes présentes :

Virginie Gomez (DESS), Jean-Luc MASCLAUX (DS), Marie-Dominique FIESCHI

Personnes interviewées : cadre supérieur de santé

Déroulement de l'entretien :

Entretien

Thèmes abordés :

1. La situation du secteur

Il y a aujourd'hui un panel de prises en charge échelonnées et différentes : la mise en place d'appartements thérapeutiques et d'actions de réinsertion sociale Il n'y a pas que la phase d'hospitalisation Il y a la phase de prévention. Possibilité de plusieurs choix et de stratégies de soins 5 unités d'hospitalisation, 1 hôpital de jour intersectoriel pour les personnes âgées, 2 hôpitaux de jours pour patients psychotiques, 1 CMP, 1 CATTP, une activité de liaison et un hôpital de nuit qui présente une faible activité La capacité d'hospitalisation à temps complet est de 114 lits. La durée moyenne de séjour est de 38,79 jours pour toutes les unités confondues ; Une population de 95 000 habitants largement au dessus du chiffre prévu par la réglementation La création d'un 9^{ème} secteur est demandée L'analyse démographique sur 10 ans laisse prévoir une population de 90 000 habitants par secteur pour 9 secteurs. Ces effectifs sont importants Il existe une demande forte de consultation Les missions sont importantes par rapport aux moyens existants Les délais d'attente en C.MP pour une consultation sont importants : 2 mois d'attente. L'organisation essaie de s'adapter La mise en place en 2005 d'un infirmier d'accueil de 1^{ère} intention en CMP : accueil évaluation et orientation a selon la décision médicale 30% sont réorientés en CMP, vers un généraliste ou un établissement de santé. Il existe un problème en hospitalisation : le manque de lits

Le secteur a choisi de conserver une unité de géronto psychiatrie qui accueille des patients âgés chronicisés mais aussi des personnes âgées non connus en psychiatrie ayant par exemple un syndrome dépressif.

La personne âgée peut avoir besoin de soins psychiatriques. Il existe un hôpital de jour intersectoriel de psycho gériatrie facilitant le maintien à domicile

Le CMP est la structure clef du secteur Pour les urgences, un infirmier exerce sur 24 heures au sein du Service d'Accueil et d'urgences du Centre Hospitalier Problème de conciliation entre les horaires du CMP et de l'UPATOU La psychiatrie de liaison permet d'y répondre.

2. Les partenaires et les réseaux

Le travail avec les professionnels du champ social est important : assistants social de quartier, animateur locaux d'insertion, les services d'aide à domicile... L'important est de se connaître pour s'articuler Il existe des réunions pour accompagner et préparer l'intervention des aides à domicile. La mise en place de programmes éducatifs et de réinsertion chez le psychotique schizophrène : c'est une population lourde, tradition du secteur de psychiatrie qu'il faut accompagner dans leur vie au quotidien en appartement. Un projet de conventionnement est aussi en cours afin d'articuler l'unité de gériatrie-psychiatrie avec le CMP et l'EHPAD

3. Les ressources du secteur

Il y a un problème de moyens Certains bâtiments sont très vétustes « du siècle dernier » avec des chambres à 3 lits collés les uns aux autres .Il faut des moyens humains pour élargir les horaires du CMP et mieux répondre à la demande de consultations en réduisant les délais d'attente. Renforcement de l'équipe en matière de sécurité avec 4 soignants supplémentaires Création d'un observatoire de la violence qui donne des recommandations avec des procédures d'intervention Un dispositif d'alarme a été mis en place pour la protection des travailleurs isolés Il existe une déclaration systématique des incidents Il est prévu de relier le CMP au commissariat Pour l'instant, il n'existe pas de dispositif relatif à la prévention de la maltraitance

L'équipe est composée de 149, 60 ETP (AS, IDE, ASH, Cadres), 1 cadre supérieur, 4,5 psychiatres, 1 gériatre, 3 psychologues. Le recrutement ne pose pas de problème aujourd'hui. La population est stable. La population est surtout féminine et cela pose un problème dans la gestion des soins. Les soignants hommes qui restent ont tendance à s'épuiser. Au vu de demande d'aides multiples des unités. Le problème du tutorat est important au vu du nombre de personnels nouveaux dans le métier qui ont moins de 3 ans de diplôme

4. L'évolution de la politique du secteur

Le projet d'établissement est validé par les instances et est en attente de validation par l'ARH. La mise en place d'un conseil exécutif est réalisée. Le découpage en pôles est en cours. : un pôle universitaire réunissant la pédo psychiatrie et la psychiatrie adultes. Les contrats restent à bâtir. La visite d'accréditation vient d'être réalisée en janvier ; Cela s'est fait tardivement, reporté deux fois. L'hygiène et les vigilances seront des axes d'amélioration à conduire. Ce qui a été impulsé en matière de qualité préalablement à l'accréditation depuis 1995, c'est surtout le dossier de soins et On ne parle plus de PMSI. La valorisation de l'activité psychiatrique est à l'étude. au niveau national. L'évaluation de l'activité est peu réalisée. Le système d'information est à améliorer. Le SROS 3 c'est trop tôt pour en parler. L'idée clef de la sectorisation c'est la proximité et la prévention même si la prévention primaire reste à développer. L'intervention précoce est un point important. Un système idéal où chacun peut accéder. L'approche généraliste du secteur nécessite aussi des réponses spécifiques comme la prise en charge des personnes ayant des conduites addictives par exemple.

CR de l'entretien du 10 mai 2006, secteur rural

Personnes présentes :

Jean-Luc MASCLAUX

Personnes interviewées : cadre supérieur de santé

Déroulement de l'entretien :

Entretien

Thèmes abordés :

1. Description du secteur

Le service X correspond à un secteur géographique de 110.000 habitants. Cette population double en période estivale, la fois l'été mais aussi l'hiver avec la saison de ski.

Le capital humain :

L'équipe médicale est composée de sept médecins (praticiens, assistants, interne)

Le personnel soignant regroupe 43 infirmiers – 2 aides soignants – 3 cadres de santé – un cadre supérieur de santé

10 Agents de Service Hospitaliers (ASH)

Les structures :

Le service se compose de :

- deux unités d'hospitalisations complètes (24 et 19 lits plus deux chambres d'isolements),
- un hôpital de jour d'une capacité d'accueil de 19 places,
- un Centre Médico Psychologique (C.M.P)
- un Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel ouvert depuis un an. Cette structure fonctionne à minima du fait d'un manque de personnel
- une activité « Urgences et Psychiatrie de liaison » qui s'est avérée être un point fort lors de la visite des experts visiteurs pour la première accréditation.

2. Les orientations du secteur

Le projet médical du service a été défini en cohérence avec les orientations du SROS. Il intègre aussi les axes du plan Santé Mentale 2005 – 2008. Le projet d'établissement doit être renouvelé en fin d'année 2006. Aussi nous retrouvons comme projets prioritaires :

- L'ouverture d'un deuxième CMP sur Evian,
- La création dans les locaux existants d'une unité pour Malades Agités Perturbateurs (UMAP) de 8 lits.
- Le renforcement de l'équipe infirmière de psychiatrie de liaison.

En matière de formation continue il a été privilégié pour l'année 2006 deux axes clefs à savoir :

- un programme de formation pour les jeunes professionnels,
- un programme de réhabilitation psychosociale pour la prise en charge des patients psychotiques.

3. Les particularités et les contraintes du secteur

✓ Ses particularités résident dans le fait que :

- il dépend d'un Centre Hospitalier Général
- il couvre le même espace géographique que le service de pédo-psychiatrie,

✓ Ses contraintes majeures se traduisent par :

- la géographie du secteur proprement dite. En effet ses missions concernent à la fois un bassin de population urbanisée et une autre partie beaucoup plus rurale avec des distances à couvrir importantes,
- la difficulté de recruter et de fidéliser du personnel soignant du fait de la Suisse voisine et de la vie chère de la région.
- Un turn over de 50 % des professionnels infirmiers en 2005,
- Le sous équipement de cette partie nord du département.

4. Points de vue des acteurs

Entretien semi directif de Mr X – Cadre supérieur de santé.

Les points forts :

« Le service est très attaché aux notions de proximité, d'accès aux soins et de continuité. Les partenaires du réseau sont identifiés ce qui est un atout dans la trajectoire des patients.

Ces deux dernières années les efforts du service ont porté sur le développement de l'extra hospitalier avec l'ouverture d'un CMP adapté et d'un CATTP sur la ville de Thonon. L'accueil et la gestion des délais d'attente pour un premier rendez vous sur les structures intermédiaires est une préoccupation majeure.

La sectorisation a été un outil formidable pour le développement des soins psychiatriques. Elle a été le précurseur dans le développement du travail en réseau. Cela a permis de constituer un maillage et d'optimiser la prise en charge des patients. Aujourd'hui les enjeux se portent en terme d'optimisation des ressources avec la nécessité de tendre vers l'efficience. Je pense que la nouvelle organisation structurelle en pôle et les territoires de santé vont donner une nouvelle impulsion ».

Les points d'amélioration :

- La multiplication des unités fonctionnelles sur l'extra hospitalier à tendance à transformer chaque équipe en groupements d'isolats indépendants les uns des autres. Du fait que chaque structure à sa propre spécificité, elles ont tendance à rechercher leur autonomie propre, à s'auto-gérer en quelque sorte. La fonction coordination (ou complémentarité) présente dans la notion de projet de service lutte contre cette tendance. Mais ce n'est pas facile. Il faudra être vigilant avec les pôles et le risque de balkanisation d'où la nécessité d'avoir rapidement un projet de pôle et un règlement intérieur du pôle.
- Nos difficultés de recrutement limitent nos possibilités de développement. Mais néanmoins cela nous a amené à optimiser nos ressources existantes.
- 1/3 des patients hospitalisés sont des patients dit «chroniques ». Et la région manque de structures d'accueil

Enjeux et perspectives :

« Le secteur de psychiatrie de Thonon les Bains doit non seulement achever l'équipement en structures intermédiaires des vallées alpines. La création d'un hôpital de jour avait été demandée sur Evian mais celui-ci a été refusé par l'ARH. Par contre le CMP est accordé. Parallèlement des liens doivent être renforcés avec les établissements psychiatriques publics de la Haute Savoie (La Roche sur Foron et Annecy) et aussi avec le secteur privé. Nous manquons cruellement de lits d'hospitalisation (44 lits pour un secteur de 120.000 habitants).

Je pense que le point fort de la sectorisation réside dans le travail en réseau mis en œuvre depuis des années par les professionnels ».

CR de l'entretien du 11 mai 2006, association « l'autre regard »

Personnes présentes :

Elise GUITARD (DESMS), Aurore LE BONNEC (EDH)

Personnes interviewées : représentant des usagers

Déroulement de l'entretien :

Entretien

Thèmes abordés :

La création de L'Autre Regard à RENNES en 1985 reposait sur le souhait d'apporter un lieu de rencontre et d'activités aux patients de la psychiatrie sortis d'unités de soins mais totalement inactifs dans la cité. Elle regroupe actuellement 200 adhérents.

L'originalité et la force, selon la personne interviewée, de L'Autre Regard sont d'être exclusivement « composées » de non-experts. En effet, il n'y a pas de soignants et cela reste un principe de l'association qui aspire à réunir uniquement des usagers et bénévoles. Ce choix est motivé par l'objectif de ne pas reproduire le schéma de toutes les structures institutionnelles de prise en charge du patient, sanitaires ou sociales, qui placent ce dernier dans une relation inégalitaire face au professionnel, c'est-à-dire celui qui sait. Le professionnel sait ce qui est bon pour le patient, il veut lui faire monter des projets, obtenir des résultats... Il n'y a pas réellement de place laissée à l'expression personnelle.

Or les personnes souffrant de troubles psychiques ont souvent besoin de reprendre confiance en elles. L'Autre Regard privilégie cela par le biais d'une responsabilisation des adhérents qui gèrent eux-mêmes l'association et les activités.

Aujourd'hui sous l'appellation « L'Autre Regard » se regroupent plusieurs réalités différentes :

- **Un club de loisirs éducatifs et culturels** qui a donc 20 ans, 200 adhérents participant à plus de 30 activités hebdomadaires, 8 salariés et une trentaine d'adhérents-bénévoles.

- **Un collectif d'usagers en santé mentale** né il y a un peu plus de 5 ans. Chaque mardi, il réunit une dizaine d'usagers de L'Autre Regard ou d'autres associations. Ce collectif prépare les usagers à intervenir en public, à s'investir dans les diverses représentations, à créer des outils de communication (recueils de témoignages, films, reportages télé, une expo...) ou à effectuer des travaux de recherches ou d'enquêtes.

- **Coop.1 Services** est une association autonome depuis août 2004 qui a pour ambition de se transformer en Coopérative d'entraide et formation mutuelles sous statut SCIC. Conventionnée avec le Fonds Social Européen, elle fournit à ce jour 8 heures hebdomadaires de travail salarié à 4 sociétaires relevant du handicap psychique.

- Et depuis janvier 2006, avec le soutien conjoint de l'UNAFAM et de la FNAP-Psy, un **Groupe d'Entraide Mutuelle** plus particulièrement réservé aux jeunes adultes.

Les usagers sont les principaux acteurs de ces quatre pôles par le biais desquels ils ne sont plus uniquement des « malades » mais bien des acteurs sociaux et des experts. En effet, l'association, par ses travaux de recherche sur la maladie mentale, requalifie les principaux intéressés en spécialistes de leurs pathologies. L'association est d'ailleurs très favorable au système des pairs aidant (système québécois) dans les divers services sanitaires et sociaux accueillant des personnes souffrant de maladie psychique.

La personne de l'association, qui n'est pas transposable, reprend ce qui fut l'esprit de la sectorisation à savoir la proximité, la continuité, la place de sujet de l'utilisateur... Un esprit qui n'a pas été respecté dans la pratique selon lui :

- inefficacité de la prévention ;
- inexistence du travail de réintégration
- système trop centré sur l'hôpital ;
- pas de prise en compte de la problématique sociétale.

Ainsi, il propose comme « solutions » de :

- redonner au CHS une mission de soins ponctuels ;
- instituer des lieux d'accueil non sanitaires pour les patients en crise pour éviter de les stigmatiser et de les stresser ;
- instituer le suivi de soins avec des acteurs non-soignants.

CR de l'entretien du 11 mai 2006 hôpital de jour de Beaulieu

Personnes présentes :

Thomas AUVERGNON (IASS), Virginie GOMEZ (DESS)

Personnes interviewées : cadre de santé

Déroulement de l'entretien :

Visite et entretien dans le même temps

Thèmes abordés :

1. Missions de l'hôpital de jour Beaulieu.

L'hôpital prend en charge en accueil de jour des patients adultes schizophrènes et psychotiques dans le cadre d'une offre de soins visant à la réhabilitation et à la réappropriation des capacités sociales.

Il s'agit d'un travail sur le besoin du patient, qui ne s'inscrit pas dans un parcours de soin proprement dit. C'est une offre de soin répondant à une attente spécifique. Cette démarche va à l'encontre d'une chronicisation hospitalière : elle vise à créer une offre de lien à même de développer l'autonomie du patient.

L'axe fondamental est l'ouverture sur la ville par un travail en réseaux (partenariat, divers modes de coopération...) mis en œuvre par des équipes pluridisciplinaires incluant le secteur intra et extra ainsi que les professionnels libéraux. Par exemple, la structure « Le Lampadaire » réunit une fois par mois l'ensemble des acteurs du secteur Rennes nord autour de l'étude de cas concrets et afin d'apporter de nouvelles propositions. Il existe par ailleurs différentes conventions avec le service d'aide à domicile de Rennes Nord, les EPHAD de proximité et divers foyers logement. Le but est de créer un secteur de soin et non un secteur géographique en évitant ainsi toute parcellisation ou rupture des soins.

L'ambition de l'hôpital de jour est de devenir intersectoriel, notamment en raison du coût des soins qui y sont pratiqués et de la nécessité de la continuité de la prise en charge pour le patient.

L'objectif est d'assurer une continuité dans la prise en charge pour éviter des ruptures particulièrement traumatisantes pour ce type de patients et de développer leur autonomie sociale. C'est notamment l'objectif poursuivi avec la mise en place d'un « club thérapeutique d'entraide » qui constituerait la dernière étape de la prise en charge psychiatrique de cette population.

Parmi les projets conduits par l'équipe (démarche projet constante), l'évaluation tient une place importante. Elle se base sur de nouveaux indicateurs et une réflexion sur la manière valoriser le travail réalisé à l'hôpital de jour. Ainsi, une réhospitalisation n'est pas forcément considérée comme un échec, puisque la continuité des soins est assurée.

La démarche projet s'inscrit par la suite à travers la mise en place d'une prise en charge thérapeutique individuelle des patients, le lien entre intra et extra par la présence des soignants et les fiches de liaison.

Enfin on peut évoquer l'ambition d'un projet global avec les chefs d'entreprise pour développer la réinsertion sociale par le travail, ainsi qu'une étude sur les logements sociaux (HLM) pour développer la réinsertion sociale par l'habitat.

L'hôpital de jour, comme l'ensemble du secteur, bénéficie des liens établis avec l'université et la recherche. A titre d'exemple, le protocole pour la médicalisation et son expérimentation est en place pour réduire l'appétence par l'adjonction d'un second médicament. Par ailleurs, l'hôpital a la possibilité de recevoir des patients relevant normalement d'un autre secteur au titre des activités universitaires.

2. Moyens humains

Pour répondre à la file active de patients (maximum 20 personnes), l'effectif soignant est le suivant : 4 IDE à temps plein, 1 cadre de santé, 1 médecin et un interne. Il faut ajouter les vacances d'ergothérapeutes.

La particularité de l'hôpital de jour tient à la philosophie médicale de la réhabilitation. Le travail se fait en binôme médecin/infirmier avec une prise de décision commune et non pyramidale, ce qui peut être un apport positif pour l'organisation des soins. Cette démarche permet aux infirmiers de disposer d'une autonomie appréciable dans un cadre qui reste cohérent.

3. Les limites de la sectorisation.

- L'inégalité des prises en charge pouvant conduire à une psychiatrie à plusieurs vitesses : la qualité des soins et des thérapies s'avère très variable.
- Le découpage géographique non pertinent des secteurs.
- La dérive vers l'hospitalo-centrisme, frein évident à une accessibilité correcte.
- Une conception « géographique » se limitant à la reproduction d'une offre de soins standard sur plusieurs secteurs voire dans des sous-secteurs.

Personnes présentes :

BRINI Laetitia (DESS), GUITARD Elise (DESMS)

Personne interviewées : cadre de santé

Déroulement de l'entretien :

Premier temps : visite de l'unité et description des locaux

Deuxième temps : discussion autour du thème de la sectorisation

Thèmes abordés :

1. Description des locaux

Etats des locaux : très vétustes.

Nécessité de rénover mais le bâtiment accueille un autre service, ce qui fait un total de 250 lits, il est donc difficile et coûteux d'engager les travaux.

La réhabilitation est prévue pour le prochain projet d'établissement c'est-à-dire après 2009.

Unité d'admission :

25 lits + une chambre de soins intensifs, sur les 25 lits un seul est médicalisé. Les chambres sont des dortoirs à 3 patients.

Sanitaire : 3 salles d'eau et 5 WC dont un adapté pour l'accueil de patients handicapés.

Une salle à manger commune.

Il existe une deuxième unité d'admission : ce qui fait un total de 50 lits d'accueil.

Le personnel : 2 internes par unités de 9h à 17h.

Mobilité du personnel : changement de service tout les 3 ans mais il existe un fort absentéisme.

Effectif requis pour l'unité d'admission : 6 infirmières et 1 AS.

2. Discussion autour du service, de ses missions et de la sectorisation.

Les missions de l'unité : Accueil d'urgence, examen et orientation.

Les patients arrivent en état de crise ou de retour après une première visite (patients alcooliques, schizophrènes, suicidaires...). C'est une unité d'urgence qui ne s'occupe que de la prise en charge des soins.

L'accompagnement est plutôt pris en charge en extra hospitalier par le CMP-CATTP, les hôpitaux de jour.

Projet : mettre en place des projets d'accompagnement en intra hospitalier, travailler sur des concepts de soins en commun avec l'extra hospitalier (travail sur la réinsertion sociale par exemple).

Processus d'admission :

- Orientation vers un secteur en fonction de l'adresse du patient (à noter qu'il existe une permanence SAU au CHU qui s'occupe des orientations).
- Les disponibilités sont vérifiées sinon orientation sur un autre secteur.
- Accueil à l'unité d'admission : accueil dans la chambre.
- Entretien avec un infirmier : présentation du livret d'accueil, du service et inventaire des biens.
- Divers entretien pour permettre la meilleure prise en charge possible : réorientation.

Son analyse de la sectorisation :

- Points forts : pour le patient permet d'avoir de structures relativement proches et accessibles. Cela permet aussi le développement des partenariats.
- Points faibles : c'est un frein dans les droits des patients car il ne peut pas choisir son médecin et le découpage des secteurs est inadapté.

Personnes présentes :

Thomas AUVERGNON (IASS)

Personnes interviewées : chargée de mission

Déroulement de l'entretien :

Entretien

Thèmes abordés :

1. Une planification globalisante

En matière de planification, la Haute-Normandie a adopté une démarche originale : un groupe de travail unique a élaboré le volet psychiatrie du SROS III (la psychiatrie était d'ailleurs déjà intégrée dans le SROS I et II en Haute Normandie), du PRSP et du schéma départemental de compensation du handicap de Seine-Maritime. Ce groupe de travail était composé de représentants des usagers, des personnels soignants et administratifs, de l'éducation nationale, de la PJJ, de l'administration pénitentiaire, du Conseil général, de la DRASS, de l'ARH... Ce groupe unique était axé sur l'articulation. Cette démarche a permis une grande cohérence de la planification : la conception du PRIAC tient compte de ces travaux et le handicap psychique a été reconnu comme priorité régionale. Tous les acteurs sont en phase. La planification est ainsi un moyen de lutter contre les divergences de moyens et de pratiques professionnelles qui marquent les secteurs psychiatriques.

La DRASS a mené avec l'Assurance Maladie, une enquête « psychiatrie au long cours » afin de dénombrer avec précision les situations de prise en charge inadéquate. Cette enquête est la base d'un important travail de mise en réseaux des acteurs et de recherche de cohérence entre les offres des secteurs sanitaire, médico-social et social. Il s'agit de vérifier la pertinence des prises en charge en psychiatrie et de créer des parcours répondant aux besoins effectifs des personnes. Ce travail en réseau, doit permettre des allers-retours entre structures. Il renforcera aussi les relations et les coopérations entre les structures (par exemple entre le secteur psychiatrique et les EHPAD).

Cette démarche s'oppose notamment aux logiques institutionnelles qui permettent la chronicité des prises en charges au sein d'une même structure. Le secteur apparaît alors comme un cadre souvent trop étroit et mal adapté.

En Seine-Maritime, un projet global est conduit pour chaque territoire de santé autour du handicap psychique : des réunions avec des représentants des secteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires permettent de travailler les dossiers de manière transversale. Par exemple, en matière de logement, un dialogue est engagé avec les bailleurs. En matière de travail, on s'interroge sur la nécessité de spécialiser –ou non- les ESAT, et sur la manière de les ouvrir aux handicapés psychiques.

2. La transversalité dans le contexte législatif

La transversalité de la psychiatrie est renforcée par le Plan Santé mentale, qui ne fait que regrouper des crédits qui existaient déjà auparavant (sauf pour le sanitaire) mais qui étaient éclatés entre les secteurs sanitaire, social et médico-social.

La Loi 2005 sur le handicap change vraiment la donne : on passe du patient à la personne handicapée, ce qui ouvre notamment les portes du secteur médico-social et participe à la déstigmatisation des handicapés psychique

Les difficultés de la coopération : si on diminue l'hospitalisation à temps plein en psychiatrie, les ressources d'un établissement sont-elles assurées dans le contexte de la mise en place de la T2A ? Certains médecins défendent leur pré carré et refusent de mettre en place des coopérations qui «videraient » les hôpitaux psychiatriques d'une partie de leurs résidents.

3. L'ARH de Haute Normandie et le secteur psychiatrique

Le secteur apparaît problématique :

- dès que les soins nécessitent un plateau technique important (problème de la taille critique)
- pour les régions souffrant de la démographie médicale, surtout si l'on considère qu'il faut des médecins en psychiatrie (donc des psychiatres et non des psychothérapeutes ou simplement des cadres infirmiers)
- par la diversité des moyens et des pratiques professionnelles (la conception asilaire persiste dans certains secteurs)

- par les dérives de « féodalisation » des secteurs qui s'opposent à l'organisation équitable et pertinente des soins
- par la chronicité des prises en charge mais aussi des équipes (parfois, les équipes vieillissent avec les patients)
- par une déresponsabilisation du corps médical : si un médecin pose problème dans son secteur, cela n'atteint pas les autres secteurs ; donc les autres chefs de secteurs ne sont pas incités à mettre en cause les pratiques de leur collègue.

Le secteur est utile s'il permet :

- une non spécialisation des publics
- un travail en équipe
- un travail en réseaux.

L'ARH de Haute Normandie n'a pas voulu s'embourber dans une recombinaison des secteurs. Elle préfère dépasser les secteurs par la mise en place de projets qui les transcendent. Elle envisage par exemple une graduation de l'offre de soin (sur le modèle MCO), notamment pour des publics spécifiques : adolescents, personnes âgées, détenus [voir le SROS Bretagne pour un choix stratégique équivalent]. Nathalie Viard compare ainsi la périnatalité (3 niveaux en MCO) à la psychiatrie périnatale : cette dernière pourrait être constituée d'un centre départemental (niveau supérieur) et d'une psychiatrie de liaison développée (niveau inférieur).

CR de l'entretien du 12 mai 2006, CMP CATTP St Exupéry

Personnes présentes :

Laetitia BRINI (DESS), Elodie RABAUD (DESS), Aurore LE BONNEC (EDH), Frédéric VARNIER (EDH)

Personnes interviewées : Cadre de santé, responsable de l'extra hospitalier ; Praticien hospitalier, responsable de l'extra hospitalier.

Déroulement de l'entretien :

Premier temps : description du service et discussion avec Mme ANNEIX et Dr LEVOYER.

Deuxième temps : visite des locaux (locaux neufs, le CATTP mériterait d'être plus grand)

Les thèmes abordés :

3. Le service et ses missions

Le CMP, le CATTP et les 3 hôpitaux de jour dépendent du service universitaire de psychiatrie adulte et , par là même, remplissent les missions d'un service hospitalier universitaire : soins, enseignement et recherche.

Missions particulières du CMP et du CATTP :

- Suivi après une hospitalisation
- Prévention
- Relation avec les partenaires (lien et contractualisation de convention)
- Prise en charge proposée : entretien au CMP, actions thérapeutiques au CATTP, appartements de réinsertion, entretien à domicile, soins

Le secteur G03, auxquels appartiennent le CMP, le CATTP et les 3 hôpitaux de jour, dispense une large offre de soins.

- 2 unités d'entrants (Cf, CR du jeudi 11 mai avec le cadre de santé d'un des services d'admission du secteur G03)
- 1 unité d'hospitalisation long-court
- 1 unité pour psychotique (MAS)
- 1 service pour les pathologies du vieillissement
- 3 hôpitaux de jour dont un à l'intérieur de l'hôpital (malades schizophrènes jeunes, intersectorialité pour les personnes âgées démentes, psychotique déficitaires)
- 1 CMP-CATTP

Configuration du CMP :

Le choix du service a été de ne proposer qu'un seul grand CMP avec un large panel de mode de prise en charge. Il leur est apparu plus judicieux de proposer tout les soins en un seul lieu plutôt que de démultiplier l'offre au risque d'être moins efficace.

Cette structure est ouverte depuis 3 ans.

Equipe : 1 médecin temps plein, 1 secrétaire médicale temps plein, une cadre de santé, 8 infirmiers de secteurs et 2 infirmiers CATTP.

Projet : club thérapeutique d'entraide.

4. Population accueillie

Zone d'attraction : tout le NE de Rennes ce qui représente environs 90000 personnes.

Caractéristiques : plutôt issue d'un milieu urbain mais prennent aussi en charge une population rurale.

Population accueillie au CATTP : psychotiques, névroses, sur prescription médicale (accueil pour des soins).

Beaucoup de personnes sont accueillies suite à une hospitalisation.

Remarque : la population accueillie n'a pas de caractéristique particulière même si elle est plutôt jeune. Cella s'explique par la prise en charge à domicile des personnes âgées.

5. Le réseau : relation avec les partenaires

Les partenariats (convention ou non) ont essentiellement pour objectif de permettre l'échange d'informations, de pratiques et de sensibiliser les partenaires.

Ainsi le CMP et le CATTP sont en relation avec :

- CDAS : 2 sur le secteur (réunion au moins une fois par mois avec études de cas anonymé)
- SAD (par voie de convention)

- CLIC (convention pour un suivi des personnes déjà prises en charge sur le secteur au sein même de maisons de retraites), à noter qu'une infirmière est à temps plein sur la prise en charge des personnes âgées.
- Bailleurs sociaux
- Police
- Conseil général
- Mairie
- Association (UNAFAM, groupe d'entraide mutuelle)
- Tutelles (DDASS, ARH ...)

Concernant le partenariat avec les maisons de retraites, ils proposent de travailler en partenariat d'équipes, de partage de pratiques et de réflexions sur le fonctionnement de la maison de retraite plutôt que d'instaurer une permanence avec des listes de personnes à consulter.

Projet : se tourner vers les différents élus locaux du secteur pour permettre une meilleure insertion professionnelle des personnes prises en charge.

La mise en place des partenariats permet des complémentarités entre le soin (CMP, CATTP, hôpitaux de jour) et l'accompagnement social. Leur philosophie est de donner le choix au patient ne pas lui imposer un parcours fléché obligatoire mais plutôt un accompagnement individualisé vers l'autonomie.

6. Le secteur : intérêt et limites

Constat : un secteur= une philosophie. Globalement les deux personnes interviewées sont satisfaits de la prise en charge de leur secteur.

Ils ne le considèrent pas seulement comme une zone géographique mais comme un lieu qui leur permet d'offrir une offre de soins diversifiée.

Points forts : articulation entre le social, médico-social et sanitaire qui permet aux intervenants d'un secteur d'avoir des relations privilégiées.

Limites à la sectorisation :

- Comme les soins psychiatriques se technicisent beaucoup, chaque secteur n'est pas à même de répondre à l'ensemble des besoins de la population. D'où la nécessité de créer des unités intersectorielles et de former les équipes.
- Difficulté : ne pas pouvoir passer d'un secteur à un autre

- Aberration de certains découpages qui n'ont pas suivi l'évolution démographique
- Non cohérence entre le découpage des secteurs psychiatriques et sociaux d'où le besoin de redécouper le secteur psychiatrique (plus facile que le secteur social et médico-social)
- Le secteur nécessite de savoir tout faire

Proposition du praticien hospitalier :

- Redécouper les secteurs en bassin de vie.
- Formation des personnels qui travail en psychiatrie mais également de l'ensemble des partenaires
- Résoudre le problème d'information et de manque de lisibilité sur ce qu'et un secteur
- Sensibiliser à la pathologie mentale

7. Nouvelle gouvernance et pôle

L'hôpital Guillaume REGNIER n'est, pour l'instant, pas organisé en pôles. Divers modes d'organisations possibles se dégagent.

L'idée qu'un secteur devienne un pôle aurait l'avantage de préserver l'existant mais l'inconvénient majeur d'empêcher la réflexion sur l'amélioration du fonctionnement.

Le praticien interviewé ne partage l'idée de transformer un secteur en un pôle mais propose plutôt de repenser les pôles en terme de types de pathologies, tranche d'âge ... (exemple : un pôle pour la recherche et enseignements, un pôle pour la réhabilitation psychiatrique, un pôle personnes âgées, un pôle de liaison avec les autres secteurs psychiatrique et social).

Pour lui l'enjeu des pôles est l'évaluation des pratiques et la cohérence du fonctionnement.

8. Divers : PMSI, financement, intégration de l'hôpital psychiatrique dans l'hôpital général.

Difficultés de la codification en psychiatrie qui peut être un obstacle à l'homogénéisation du financement à l'activité.

L'intégration de la psychiatrie à l'hôpital général : le praticien se révèle en défaveur de ce projet. Il considère qu'il est important de conserver une spécificité et une organisation propre.

CR de l'entretien du 18 mai 2006, secteur urbain

Personnes présentes :

Aurore LE BONNEC, Frédéric VARNIER

Personne interviewée : Docteur Marcel, praticien hospitalier, chef de service du secteur GO3, Centre Hospitalier Saint-Anne,

Déroulement de l'entretien :

Entretien

Thèmes abordés :

1) La pertinence du secteur psychiatrique

Les grands principes fondateurs de la sectorisation sont abordés ainsi que le contenu et l'impact de la circulaire de mars 1960.

Le secteur constitue selon lui un modèle original et unique d'organisation de la discipline psychiatrique. Il est particulièrement bien adapté et opérationnel pour offrir aux patients atteints de troubles une prise en charge complète.

Le Docteur soutient donc ouvertement son attachement au secteur et s'interroge même sur les motivations des psychiatres qui demandent à le réformer. Le secteur permet selon lui de garantir la continuité des soins grâce à une prise en charge par une même équipe. Cette organisation permet de ne pas séparer l'hospitalisation du reste de la prise en charge.

Plus globalement, le secteur va à l'encontre de l'hospitalo-centrisme.

Pour illustrer la capacité du secteur à répondre aux besoins actuels en matière de psychiatrie, exemple est pris du secteur GHO3 de Saint Anne.

Le secteur, pour appartenir à la capitale (il couvre les 5^{ème} et 6^{ème} arrondissements), ne peut servir de modèle « exemplaire » de secteur puisqu'il ne connaît pas tout à fait les mêmes problématiques. A titre d'exemple, le secteur G03 ne manque pas de lit. Or, de

nombreux services psychiatriques font face à des difficultés quant au placement des patients.

Le secteur couvre une population d'environ 100 000 habitants. IL dispose de 31 lits temps plein. Il est composé de multiples structures :

- une unité d'hospitalisation à temps partiel ;
- un CATTP ;
- un CMP ;
- un centre d'accueil familial thérapeutique ;
- un foyer ;
- un hôpital de jour ;
- un appartement associatif ;
- un centre d'accueil et de crise (avec possibilité de pris en charge à domicile).

Le secteur ne constitue pas un pôle à part entière mais est associé à un autre secteur psychiatrique. La mise en place de ce pôle n'a pas posé de problèmes fondamentaux. Le flou qui entoure son fonctionnement est mentionné.

2) Sur la mixité des pathologies, limite du secteur

La mixité des patients atteints de troubles véritablement différents, notamment dans leur gravité, est un réel problème qui se pose dans les services hospitaliers.

Le docteur souligne néanmoins, que selon lui, deux patients, dont l'un est skyzophrène et l'autre dépressif, peuvent parfaitement cohabiter au sein d'un même service.

En revanche, un dépressif hospitalisé pour la première fois cohabite moins facilement avec un arriéré profond.

La réponse à une telle question mérite donc d'être nuancée. Il existe quasiment autant de réponse que de cas. Le docteur souligne que sur le principe, rien ne peut justifier l'évitement de toute mixité pathologique, le risque étant grand de retrouver une logique asilaire.

3) La tarification

Les nombreuses difficultés qui empêchent de faire passer la psychiatrie sous T2A sont mentionnées. Elles ne semblent pas être solutionnables compte tenu de la difficulté de décomposer l'acte médical pour chaque patient. Il y aurait, là encore, autant de coûts et de pathologies que de patients, ce qui rend vain toute tentative d'établir une tarification à l'activité.

CR de l'entretien du 19 mai 2006, secteur urbain

Personnes présentes :

Aurore LE BONNEC

Personne interviewée : praticien hospitalier, président de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale

Déroulement de l'entretien :

Entretien

Thèmes abordés :

1. Quelques données chiffrées

3 à 4 % de la population française souffre de maladies mentales telles que la schizophrénie. Ce chiffre diminuera lorsque les chercheurs trouveront la cause de ces troubles et si des traitements, des interventions ou des médicaments permettent de guérir le patient atteint.

En revanche, 25% de la population est en souffrance psychique aujourd'hui en France. Ces troubles se manifestent autour de la mélancolie latente et de la dépression par exemple. Ceux-ci ne relèvent pas directement de la psychiatrie mais bien d'une action sociale plus générale.

2. Histoire de la sectorisation et évolution du secteur

Les grands principes fondateurs de la sectorisation sont abordés ainsi que le contenu et l'impact de la circulaire de mars 1960. D'ailleurs, son caractère facultatif influença la mise en application de la sectorisation et de la compréhension du texte.

3. Les perspectives du secteur

La sectorisation est un formidable outil, le contenu de la circulaire a malheureusement été mal interprété par les praticiens. Ces mêmes praticiens aujourd'hui réduisent les grands principes fondateurs à une vision hospitalocentrique qui ne permet pas au secteur de remplir ses missions initiales.

Liste des dérives du secteur :

- la mixité des pathologies
- la disparité de l'offre de soins sur un même territoire
- la rigidité de l'application du critère géo démographique
- le manque de coordination entre les réseaux sanitaires, sociaux et médico-sociaux

La sectorisation n'implique pas la mixité des pathologies au sein d'un même service dans la mesure où le soin doit être adapté et personnalisé. Le patient doit se reconnaître dans le soin qu'on lui procure et dans l'environnement qui lui est offert, qui doit être rassurant pour lui et sa famille. Si elle n'incite pas à la mixité, elle promeut la non ségrégation des patients en fonction de leurs troubles.

En outre, le secteur doit évoluer au maximum dans sa logique fonctionnelle c'est-à-dire selon une logique de territoire de santé et non se perdre dans un découpage géographique arbitraire « élaboré par des politiques et relayé par des gardiens de territoires de pouvoirs ». Une réelle politique d'évaluation est à mettre en place afin de faire évoluer la qualité du service rendu et l'évolution des pratiques.

De plus, il serait souhaitable de coordonner les réseaux de santé pour assurer le service le plus complet au patient. La réticence de certains médecins aujourd'hui quant à l'évolution vers l'articulation optimale des réseaux émane de la peur de perdre une spécificité acquise depuis des décennies puis une perte de patients.

D'ailleurs, une même équipe, si elle reste isolée, dans une société où les troubles psychiques ne cessent d'augmenter, ne peut assurer seule des prestations de qualité.

Le secteur psychiatrique doit évoluer et s'adapter aux besoins réels de la population. Ceci peut être accompli si le concept est compris par tous et la maladie reconnue afin de prévenir les troubles et de les traiter. Ainsi, la société, les familles et l'éducation sont sollicitées dans la lutte en faveur de la santé mentale.

QUEST-CE QUE LA SECTORISATION ?

L'application de la sectorisation à partir de 1972 a imposé de déterminer pour chaque département des circonscriptions en "secteurs" pour la psychiatrie adulte et pour la psychiatrie infanto-juvénile, à l'intérieur de chacun desquels une équipe paramédicale et sociale intervient et assure la prévention, le diagnostic précoce, le traitement à l'hôpital et en dehors de lui le suivi ultérieur des patients et la réinsertion. Ceci en coordination avec l'ensemble des acteurs de santé, en particulier médecins généralistes et psychiatres privés.

QU'EST-CE QU'UN SECTEUR ?

Les départements français ont fait l'objet d'un découpage géographique par zone.

Ces zones appelées secteurs peuvent, suivant la densité de population domiciliée, être de la taille d'un arrondissement parisien ou être une subdivision.

Ce découpage permet de mettre en rapport une densité de population (en moyenne 80 000 habitants) avec une équipe pluridisciplinaire de soins qui a en charge cette population. C'est donc en fonction du quartier d'habitation du patient que la notion de secteur prend son sens.

Une équipe de soins a en charge la population du quartier ou de l'arrondissement où elle est implantée.

C'est la politique de sectorisation définie par les lois du 25 juillet et du 31 décembre 1985.

QU'EST-CE QU'UNE STRUCTURE EXTRA-HOSPITALIÈRE, LES DIFFÉRENTS TYPES :

Ce sont des alternatives à l'hospitalisation complète.

Les centres médico-psychologiques

Ce sont des structures implantées dans la cité, en dehors de l'hôpital où s'organisent dans la journée l'accueil et les soins ne nécessitant pas d'hospitalisation tels que les consultations, les soins ambulatoires ainsi que les actions de prévention et de suivi au domicile des patients.

Les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel

Les centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel visent à maintenir ou favoriser une existence autonome par des actions de soutien ou de thérapie de groupe.

Ils peuvent constituer le prolongement de l'activité d'un centre médico-psychologique ou d'une unité d'hospitalisation à temps complet.

Les centres d'accueil et de crise

Ouvertes 24h/24, il s'agit de structures implantées dans la cité, à l'instar des centres médico-psychologiques, permettant d'accueillir, de soigner, d'orienter, voire d'héberger pour une durée brève des patients ne nécessitant pas une hospitalisation immédiate ou longue, mais se présentant en urgence ou manifestant un état de crise.

Les foyers de postcure

Ces structures assurent, après la phase aiguë de la maladie, le prolongement des soins et les activités de soutien nécessaires à la réadaptation en vue du retour à une existence autonome.

Les hôpitaux de jour

Implantés soit auprès des services d'hospitalisation soit auprès des centres médico-psychologiques, ils concernent des patients nécessitant des soins réguliers, mais pas, ou plus, d'hospitalisation à temps complet.

Les services d'accueil et d'urgence

Implantés dans les hôpitaux généraux, ils permettent un rapprochement au plus près du domicile pour la prise en charge des urgences psychiatriques.

Le cas échéant, le patient est orienté vers une structure hospitalière ou extra hospitalière en fonction de son état.

CIRCULAIRE du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales

Au cours des dernières années, les données du problème de l'organisation de la lutte contre les maladies mentales ont, dans notre pays, été sensiblement modifiées. En effet, des thérapeutiques et des méthodes nouvelles ont été mises au point, permettant notamment de réduire sensiblement la durée d'hospitalisation. Des efforts importants ont été entrepris pour améliorer les conditions de vie et de soins des malades hospitalisés, notamment grâce à l'ouverture de services libres, à l'augmentation des effectifs du personnel médical, paramédical et soignant, à l'organisation de la formation professionnelle des élèves infirmiers et infirmières. La modernisation des locaux des établissements existants (hôpitaux psychiatriques autonomes, hôpitaux psychiatriques départementaux, quartiers psychiatriques, hôpitaux psychiatriques privés faisant fonction de publics) (1) a été commencée en même temps que la construction d'établissements neufs est progressivement réalisée. Enfin, la mise en place dans chaque département d'un réseau de dispensaires d'hygiène mentale, dont le rôle va en s'accroissant, s'est accélérée grâce à la réforme du financement de ces organismes effectuée par le décret du 20 mai 1955.

La conjugaison de ces éléments nouveaux a eu pour résultat :

- de modifier considérablement les caractéristiques présentées par la population admise à l'hôpital psychiatrique ainsi que par la population présente, comparativement à la période écoulée. Non seulement le malade entre à l'hôpital psychiatrique à la suite d'un dépistage effectué de plus en plus précocement au dispensaire, mais il sort dans un délai beaucoup plus rapide, grâce aux thérapeutiques modernes et à la surveillance de postcure organisée au dispensaire d'hygiène mentale. Par ailleurs, dans la plupart des établissements la sortie de sujets hospitalisés depuis de longues années a pu intervenir;
- de transformer corrélativement le rôle joué par l'établissement psychiatrique qui, de plus en plus, devient un hôpital spécialisé pour maladies mentales et non plus un " asile " où étaient placées les personnes considérées comme dangereuses pour la société.

Dans ces conditions, l'hospitalisation du malade mental ne constitue plus désormais qu'une étape du traitement, qui a été commencé et devra être poursuivi dans les organismes de prévention et de postcure.

Le moment paraît donc venu de faire le point de l'organisation à prévoir pour permettre de réaliser de nouveaux progrès dans la lutte contre les maladies mentales.

La présente circulaire a pour but de définir la politique à suivre dans chaque département, au cours des années à venir, pour permettre la mise en place d'un dispositif mieux adapté et plus efficace que jusqu'à présent, et constituant véritablement une organisation de la lutte contre les maladies mentales.

Ce dispositif consiste essentiellement à diviser le département en un certain nombre de secteurs géographiques, à l'intérieur de chacun desquels la même équipe médico-sociale devra assurer pour tous les malades, hommes et femmes, la continuité indispensable entre le dépistage, le traitement sans hospitalisation quand il est possible, les soins avec hospitalisation et, enfin, la surveillance de postcure.

Il va sans dire qu'un tel objectif ne peut être atteint d'emblée ; les difficultés matérielles sont en effet nombreuses et ne pourront se résoudre que peu à peu ; mais chaque département doit prendre conscience très nettement de ce que toutes les réalisations partielles qui pourront être envisagées dans le domaine de la lutte contre les maladies mentales devront désormais s'intégrer dans le cadre du programme général qui sera établi selon les instructions de la présente circulaire. Seule la convergence des efforts dans un sens bien défini permettra de réaliser un jour, et partout, une organisation entièrement satisfaisante.

La détermination de ce programme suppose l'étude préalable d'un certain nombre d'éléments ; elle implique en outre un inventaire précis des ressources disponibles et des besoins à prévoir. Ces deux points seront examinés successivement dans les deux premiers chapitres ; un troisième chapitre donnera le schéma détaillé du dispositif à instituer. Enfin, dans un quatrième chapitre seront développées quelques considérations pratiques.

CHAPITRE I : BASE DE L'ETUDE ET DOCUMENTS NECESSAIRES

L'étude de l'organisation à prévoir doit s'effectuer sur la base des besoins et des ressources du département considéré et non sur la base de plusieurs départements ou d'une région.

Le principe essentiel de l'organisation de la lutte contre les maladies mentales est en effet de séparer le moins possible le malade de sa famille et de son milieu. Il ne saurait être

question, en conséquence, de calculer les besoins d'un département en tenant compte des malades que son hôpital psychiatrique hospitalise actuellement au titre d'autres départements.

Par contre, comme il est précisé au chapitre III, à l'intérieur du département, le programme théorique tendra à déterminer plusieurs secteurs géographiques qui devront être dotés à plus ou moins longue échéance d'un équipement complet en organismes de prévention, d'hospitalisation et de postcure.

Pour établir le programme d'organisation, il convient de disposer d'un certain nombre d'éléments sur la situation démographique et économique du département ; ces éléments sont les suivants:

- Carte du département sur laquelle seront indiqués le ou les hôpitaux psychiatriques existants dans la ou les zones qu'ils ont à desservir;
- Tableau sommaire précisant la répartition de la population du département par arrondissement et dans les principales agglomérations ;
- Tableau de la répartition par âge de la population du département ;
- Précisions sur les moyens de communication.

Les grandes voies du réseau routier et ferré seront soulignées sur la carte du département.

Toutes indications utiles sur les moyens de communication existant devront être précisées dans une note annexe.

CHAPITRE II : INVENTAIRE DES RESSOURCES DISPONIBLES ET DES BESOINS A PREVOIR

Considérations générales.

Dans la plupart des cas, le problème immédiat qui apparaît le plus préoccupant est l'encombrement du ou des hôpitaux psychiatriques existants.

A priori, ce problème paraît devoir être aggravé dans l'avenir par l'exécution de travaux de modernisation, à réaliser suivant les directives contenues dans la circulaire séparée concernant le plan directeur des hôpitaux psychiatriques anciens. Ces travaux auront, en effet, pour résultat de réduire d'une façon sensible les possibilités d'encombrement des établissements au-delà de leur capacité réglementaire. Dans certains cas même, à plus

ou moins longue échéance, ces réalisations sont susceptibles d'avoir pour résultat de réduire la capacité réglementaire d'hospitalisation.

C'est pourquoi la construction de lits nouveaux à l'hôpital psychiatrique existant paraît, à première vue, la seule solution permettant de régler les problèmes posés par l'encombrement actuel et à prévoir.

Il n'est pas question de rejeter totalement cette solution à priori et dans tous les cas ; mais on ne doit la retenir, dans les conditions précisées au chapitre IV, qu'après une étude approfondie de tous les problèmes posés par l'organisation de la lutte contre les maladies mentales dans le département.

A cet effet, il convient de déterminer avec une approximation suffisante les besoins actuels et à prévoir du département en matière d'hospitalisation des malades mentaux, en tenant compte sur ce point du dispositif qui doit être organisé pour réduire au minimum le nombre des hospitalisations effectuées et leur durée. Ce dispositif exposé ci-dessous a pour but d'intégrer l'établissement psychiatrique dans un ensemble extra-hospitalier assurant le dépistage, les soins sans hospitalisation et la surveillance de postcure.

SECTION 1

Besoins actuels et à prévoir.

A. - HOSPITALISATION

Il y a lieu d'envisager successivement le problème des enfants et celui des adultes.

1° Enfants.

Deux catégories d'enfants ont leur place à l'hôpital psychiatrique, en raison, soit du fait qu'il s'agit de sujets nécessitant la mise en œuvre de traitements psychiatriques, soit du fait qu'ils relèvent de techniques de rééducation analogues à celles qui sont requises pour le traitement des malades mentaux proprement dits.

- Enfants nécessitant la mise en œuvre de traitements psychiatriques :

Il est indispensable de créer des services de neuropsychiatrie infantile, où seront traités en service libre les enfants du département d'implantation atteints de troubles mentaux. Le

nombre de sujets à prévoir en ce domaine est relativement réduit, et une bonne organisation de ce service doit permettre une rotation rapide. C'est dire que l'importance du nombre de lits à prévoir pour ce type de sujets est faible.

- Enfants relevant de techniques de rééducation :

L'hospitalisation des enfants arriérés profonds du département est du rôle de l'hôpital psychiatrique chaque fois qu'une autre solution ne peut être retenue (établissement spécialisé public ou privé, hospice, etc.).

Les types de services d'enfants répondant à la définition de l'I.M.P. (enfants éducatibles et semi-éducatibles) doivent, par contre, de préférence, être créés à l'extérieur de l'hôpital psychiatrique. Cette solution est souhaitable tant pour le sujet lui-même que pour le fonctionnement de l'établissement psychiatrique.

Cependant dans l'immédiat, la suppression des I.M.P. existant dans le cadre des hôpitaux psychiatriques ne peut être envisagée en raison de l'insuffisance de l'équipement en la matière dans la plupart des départements, à moins que cette suppression ne soit compensée par la création de nouvelles possibilités d'hospitalisation pour les catégories d'enfants intéressées.

De toute manière, l'extension de ces I.M.P. ou la création de services de même nature rattachés à des établissements psychiatriques doit être évitée dans toute la mesure du possible. En tout état de cause, l'établissement psychiatrique ne doit desservir que les besoins propres au département dans lequel il est implanté.

2° Adultes.

L'étude à effectuer doit tenir compte des éléments suivants :

a) Origine démographique des malades.

Il convient tout d'abord d'étudier l'origine démographique de la population traitée à l'hôpital psychiatrique considéré. Cette étude permettra, dans un certain nombre de cas, de voir que, dans un avenir plus ou moins rapproché, l'effectif de la population hospitalière sera sensiblement réduit.

En effet, l'encombrement de certains établissements tient :

- soit au fait que le ou les départements voisins ont été jusqu'à présent insuffisamment équipés ou même dépourvus de formation spécialisée : c'est le cas de l'hôpital psychiatrique qui est appelé à desservir en totalité ou en partie plusieurs départements, en vertu d'une convention précédemment passée à cet effet, ou d'un accord tacite ;

- soit au fait que l'établissement a été appelé précédemment à recevoir par transfert collectif des malades originaires d'autres départements. Un certain nombre de ces malades y restent encore en traitement actuellement, mais il n'est plus prononcé de nouvelles admissions au titre de ces départements.

L'étude entreprise devra faire abstraction de ces malades " étrangers " au département. Il faut rappeler, en effet, que la loi du 30 juin 1838 a fait obligation à chaque département d'assurer l'hospitalisation de ses ressortissants et qu'une collectivité départementale n'a pas à prendre en charge les dépenses entraînées par les travaux d'équipement rendus nécessaires par la présence à l'établissement de malades relevant d'une autre collectivité.

D'ailleurs, dans bien des cas, la mise en service d'hôpitaux psychiatriques en construction ou en cours d'étude permettra d'apporter, dans un délai plus ou moins rapide, la solution à l'encombrement actuel ou à prévoir dans un certain nombre d'hôpitaux psychiatriques existants.

b) Amélioration du " rendement " de l'établissement.

Dans l'étude des besoins tels qu'ils se manifestent actuellement, il conviendra de ne pas perdre de vue que l'aménagement de l'équipement des hôpitaux psychiatriques et le développement des moyens thérapeutiques a pour conséquence, chaque fois que les efforts entrepris en ce sens ont pu être suffisamment poussés, une réduction des durées de séjour et une diminution de la " sédimentation hospitalière ".

C'est ainsi que, ces dernières années, l'augmentation de la population hospitalisée, que l'on constatait depuis la fin de la dernière guerre, a pu être, dans un certain nombre de cas, freinée d'une façon très nette -, il a même été possible d'obtenir une réduction légère de l'effectif des malades présents, malgré l'augmentation considérable du nombre des admissions enregistrées au cours de ces dernières années.

C'est ainsi, pour prendre un exemple, que pour tel hôpital psychiatrique, le tableau comparatif suivant peut être dressé :

1938

1958

Population présente

728

699

Entrées et réintégrations

141

781

Sorties définitives

88

715

Dans cet exemple, qui est loin d'être unique, on peut donc relever une réduction légère de la population traitée, alors que le nombre des entrées s'est accru de 450 p. 100 pendant la période considérée cependant que le nombre des sorties était augmenté de plus de 700 p. 100.

c) Vieillards.

Dans la détermination des besoins à satisfaire pour les adultes, une place particulière devra être faite au problème des personnes âgées.

En principe, la place des personnes âgées est à leur foyer et éventuellement, dans les maisons de retraite.

Ce n'est qu'exceptionnellement, lorsqu'elles présentent des troubles mentaux relevant de traitements psychiatriques, qu'elles doivent être adressées à l'hôpital psychiatrique. Dans la plupart des cas, une hospitalisation effectuée dans des conditions satisfaisantes, mettant en œuvre les techniques nécessaires, qui réclament d'ailleurs un personnel relativement important, devrait permettre de rendre la personne âgée à son foyer dans un délai relativement rapide.

En tout état de cause, l'insuffisance de l'équipement du département desservi en matière de maisons de retraite ne peut être la justification de besoins élevés en ce domaine à l'hôpital psychiatrique.

Je vous rappelle, par ailleurs, que, ainsi que je l'ai indiqué par circulaire du 24 mars 1956 concernant l'établissement du deuxième plan d'équipement sanitaire, il n'est pas question de créer des " hospices " psychiatriques pour malades chroniques.

3° Éléments chiffrés.

La norme arrêtée par les experts de l'O.M.S. concernant le chiffre optimum de capacité d'hospitalisation s'établit, pour les pays d'Europe occidentale, à 3 lits pour 1 000 habitants. Ce pourcentage englobe à la fois les besoins concernant les adultes et les enfants relevant de la neuropsychiatrie infantile.

L'équipement français s'élève, compte tenu des travaux en cours, à 2,1 lits pour 1000 habitants sur la base d'une population de 45 millions d'habitants. Or, dans un certain nombre de pays voisins du nôtre, l'équipement disponible dépasse largement la norme visée par l'O.M.S.

Cet élément doit donc entrer en ligne de compte pour la détermination de l'équipement optimum dont le département doit être doté.

B. - PRÉVENTION, TRAITEMENTS AMBULATOIRES ET POSTCURES

Les besoins réels en lits d'hospitalisation doivent être corrigés compte tenu des organismes extra-hospitaliers existants ou à créer grâce auxquels on peut soit éviter l'hospitalisation, soit la réduire au minimum.

Parmi ces moyens, il faut citer:

- le dispensaire d'hygiène mentale
- l'hôpital de jour;
- le foyer de postcure ,
- les ateliers protégés.

1° Le dispensaire d'hygiène mentale.

Le schéma théorique suivant peut être fourni pour un département d'importance démographique moyenne:

Il est nécessaire de prévoir au chef-lieu un centre d'hygiène mentale doté de locaux propres ; il peut être installé soit dans des locaux indépendants, soit, ce qui paraît préférable, dans un dispensaire polyvalent. Ce centre doit fonctionner au minimum quatre fois par semaine. Dans bien des départements le dispensaire, situé à l'intersection de deux secteurs, confié à deux équipes médico-sociales distinctes, devra être conçu de telle façon que ces deux équipes puissent y exercer en même temps.

Dans toutes les villes de plus de 20 000 habitants, un dispensaire doté de locaux individuels dans un dispensaire polyvalent est également à prévoir. Suivant l'importance de la zone desservie, le travail en deux équipes doit, le cas échéant, être prévu.

Dans les départements à densité démographique peu importante, certaines agglomérations de plus de 10 000 habitants et même certains gros bourgs représentant des pôles attractifs pour la population environnante doivent être dotés d'un dispensaire d'hygiène mentale ou d'une section spécialisée dans un dispensaire polyvalent.

Enfin, des consultations doivent pouvoir être assurées dans certaines communes suivant une fréquence variable.

2° Hôpital de jour.

Des établissements de ce genre existent depuis longtemps dans certains pays étrangers (Angleterre, Hollande, États-Unis).

Deux sont en cours de création dans la région parisienne.

L'hôpital de jour est un organisme de traitement, où les malades sont traités dans la journée, pour regagner leur foyer chaque soir.

Il est possible de mettre en œuvre dans les établissements de ce genre la plupart des thérapeutiques modernes, à l'exception de celles (insulinothérapie par exemple) qui nécessitent une hospitalisation complète des sujets.

La création et le fonctionnement d'un hôpital de jour sont relativement peu onéreux puisque les dépenses purement hôtelières sont réduites, en principe, au seul repas de midi et que la permanence du personnel soignant n'est pas à prévoir de jour et de nuit.

Ce type de formation est appelé, tout au moins dans les grosses agglomérations, à rendre des services extrêmement importants. Permettant la mise en œuvre de la psychothérapie, de la chimiothérapie, etc., le traitement en " hôpital de jour ", chaque fois qu'il est possible, évite la coupure entre le malade et sa famille et, partant, la désadaptation sociale du sujet.

La création d'établissements de ce type doit donc être envisagée dans toutes les zones à densité démographique importante. Le fonctionnement financier de ces établissements est à prévoir sur la base d'un prix de journée, comme dans un établissement d'hospitalisation.

3° Foyers de postcure.

Dans trop de cas, la sortie de certains malades se heurte à des difficultés d'ordre médico-social : parfois, le malade est dépourvu de famille, parfois, le retour du sujet dans un foyer dès sa sortie présente de sérieux inconvénients. Un milieu de transition est alors nécessaire pour assurer la réadaptation du malade dans les meilleures conditions possibles.

C'est à cette nécessité que répond le foyer de postcure.

Conçu sous une forme familiale (20 à 30 lits en moyenne), les malades y trouvent la solution aux problèmes de la vie courante (logement et repas). Ils peuvent, pendant leur séjour au foyer, reprendre contact avec leur métier, mais une surveillance médico-sociale est exercée pendant cette période de transition sur leur état de santé.

4° Ateliers protégés.

Il s'agit d'ateliers où les malades, tout en gagnant leur vie, restent sous surveillance médico-sociale. Ce type d'ateliers peut être créé notamment dans le cadre de l'hôpital de jour ou du foyer de postcure.

Hôpitaux de jour, foyers de postcure, ateliers protégés sont des réalisations qui tenteront surtout les organisations privées désintéressées agissant, en liaison avec les médecins des hôpitaux psychiatriques, dans le domaine de l'hygiène mentale. Mais rien n'empêche les collectivités publiques intéressées d'en poursuivre elles-mêmes la réalisation.

La mise en place de ces organismes, qui permet de réduire dans une certaine mesure l'importance des besoins en matière d'équipement hospitalier, est peu onéreuse et peut donc, en règle générale, être effectuée relativement facilement.

Le programme d'organisation à établir doit donc insister tout particulièrement sur le dispositif extra-hospitalier à mettre en place en ce domaine.

CHAPITRE III : ORGANISATION DU DISPOSITIF DE LUTTE CONTRE LA MALADIES MENTALES

Les besoins du département en lits et en organismes de prévention, de traitement et de postcure étant ainsi déterminés, il convient d'étudier l'organisation à prévoir pour cet ensemble.

Ce problème consiste à examiner la place que doit prendre l'établissement psychiatrique existant dans l'organisation départementale de la lutte contre les maladies mentales et à déterminer les répercussions éventuelles que les mesures adoptées entraîneront, tant sur le fonctionnement de l'établissement que sur l'équipement du département en matière de lits pour malades mentaux.

Les buts à atteindre sont les suivants :

1^o Entreprendre les soins des malades mentaux à un stade plus précoce, avec de plus grandes chances de succès, et apporter aux anciens malades un appui médico-social efficace leur évitant des récives. Cette conception entraîne la nécessité de confier à la même équipe médico-sociale la charge du malade en cure hospitalière et en pré- et postcure. Il est, en effet, indispensable que le malade sorti de l'hôpital psychiatrique retrouve au dispensaire, au foyer de postcure, le médecin qui l'a traité à l'hôpital psychiatrique. C'est la condition même pour qu'il accepte cette postcure. Par ailleurs, nul plus que le médecin de l'hôpital psychiatrique n'est intéressé au but poursuivi qui est d'éviter des hospitalisations inutiles ;

2^o Éviter la désadaptation qu'entraîne l'éloignement du malade de son milieu naturel. Il est donc nécessaire que les établissements, qu'il s'agisse de l'hôpital psychiatrique, de l'hôpital de jour ou du foyer de postcure, soient facilement accessibles pour la population qu'ils desservent.

1. - Organisation générale.

Pour atteindre ces buts, l'établissement psychiatrique doit desservir désormais une aire géographique bien délimitée et proportionnée à son importance, appelée Secteur. Dans bien des cas, le secteur desservi par l'établissement psychiatrique sera le département d'implantation. Chaque service ou groupe de services de l'hôpital psychiatrique doit prendre en charge une partie déterminée de ce secteur, que l'on peut appeler " sous-secteur " et qui doit, par ailleurs, être dotée des organismes de traitement, de prévention et de postcure nécessaires. A titre indicatif, un service de deux cents lits, recevant des malades des deux sexes, comportant son service libre, peut prendre en charge, sur la base de trois lits pour 1 000 habitants fixée par l'Organisation mondiale de la santé, un sous-secteur de 67 000 habitants environ. En fait, les premières années, les populations desservies devront être bien supérieures en nombre, compte tenu du nombre de lits disponibles et de l'insuffisance du nombre de médecins spécialisés.

La notion d'établissement ou de service pour un seul sexe ne peut être maintenue dans ce cadre. Les médecins-chefs devront se voir confier un service leur permettant de recevoir les malades des deux sexes qu'ils auront dépistés au dispensaire et qu'ils auront à suivre en postcure dans les divers organismes créés (foyers de postcure, etc.).

Une telle organisation ne soulève aucun problème de principe. Seules des contingences locales peuvent s'opposer à cette modification ou la retarder. Cette question ne devra pas être perdue de vue, de façon à ce que, chaque fois que cela s'avérera possible et, notamment, à l'occasion d'une redistribution des services, rendue nécessaire pour l'arrivée d'un nouveau médecin-chef, elle trouve une solution conforme aux présentes instructions.

Dans le cas où, dans l'immédiat, cette solution ne peut être retenue, une liaison étroite devra être assurée entre les deux médecins-chefs qui seront appelés à effectuer des consultations dans le même sous-secteur.

Dans cette organisation, le médecin du service d'hospitalisation qui assure les consultations d'hygiène mentale et prend en charge des organismes extra-hospitaliers visés au chapitre II, travaille également en équipe avec le personnel propre au service (assistantes sociales, psychologues, secrétaires, etc.). La caractéristique de la politique de secteur est que chaque membre de l'équipe extra ou intra-hospitalière a des contacts quasi journaliers avec tous les autres.

Ainsi est réalisée de la façon la plus satisfaisante la continuité des soins ; chaque fois que cela est possible, l'hospitalisation ou la réhospitalisation est évitée ; l'insertion ou la réinsertion du malade est faite dans les meilleures conditions, grâce à la connaissance que l'équipe médico-sociale a pu acquérir, non seulement du malade, mais encore du milieu économique et social du secteur et, notamment, des ressources de logement et des diverses possibilités d'emploi qu'il offre.

II. - Cas particuliers.

Dans certains cas, il a été créé dans le département un poste de psychiatre départemental, chargé des dispensaires d'hygiène mentale. Parfois également un service de neuropsychiatrie fonctionne dans un centre hospitalier. Enfin, dans certains départements, il a été fait appel à des médecins de clientèle privée pour assurer certaines consultations d'hygiène mentale.

Il convient d'intégrer ces activités dans l'organisation de secteur qui doit être mise en place, compte tenu des remarques ci après :

a) Psychiatre départemental.

Dans la plupart des cas, ces postes ont été créés dans des départements dépourvus d'hôpitaux psychiatriques et pour pallier provisoirement, dans une certaine mesure, cette absence d'équipement spécialisé.

Lors de la création de l'établissement il convient d'examiner si le maintien du poste est nécessaire, compte tenu du nombre de médecins affectés à l'hôpital psychiatrique.

Dans le cas d'un département d'importance démographique moyenne, qui sera doté d'un équipement satisfaisant en lits pour malades mentaux et en personnel médical, le maintien du poste en tant que psychiatre départemental ne sera pas envisagé, les praticiens attachés à l'établissement pouvant assurer, dans le cadre défini ci-dessus, le

fonctionnement des consultations d'hygiène mentale.

Dans le cas de départements importants par leur densité démographique ou lorsque la création du poste de psychiatre départemental sera intervenue ou est envisagée pour pallier certaines contingences locales, deux cas seront à distinguer.

La création du poste a été rendue nécessaire par le besoin d'intensifier les consultations pour adultes.

Premier cas. - Il est indispensable que l'activité du titulaire du poste s'intègre dans l'organisation de " secteur " précédemment définie. Il doit donc d'abord être chargé d'un service d'adultes à l'hôpital psychiatrique et assurer les consultations du secteur correspondant à l'importance de son service.

Il sera chargé, en plus, de certaines tâches extra-hospitalières dans le cadre de la lutte contre les maladies mentales sur le plan départemental (consultations antialcooliques, consultations d'hygiène mentale proprement dites, etc.). Ces tâches devront s'intégrer dans la politique générale du secteur. Compte tenu de ce surcroît d'attributions, le service dont il sera chargé dans le cadre de l'hôpital psychiatrique et dans son prolongement extra-hospitalier pourra être réduit par rapport à celui confié à ses collègues de l'établissement

Deuxième cas.- Le psychiatre départemental est essentiellement chargé de consultations pour enfants:

L'intéressé doit alors, parallèlement, être chargé d'un ou plusieurs établissements pour enfants inadaptés du département et notamment du ou des services d'enfants entrant dans les catégories visées au chapitre II, existant éventuellement à l'hôpital psychiatrique.

Son activité en consultations d'hygiène mentale pour adultes, dans le cas où elle resterait nécessaire, devra s'intégrer dans le travail confié à un des médecins chefs de l'hôpital psychiatrique.

b) Service de neuropsychiatrie.

Bien entendu, les services de cliniques des villes de faculté, qui doivent assumer un rôle très particulier, ne sont pas visés par les directives qui suivent.

Il convient d'examiner dans chaque cas la possibilité d'harmoniser l'activité du service de neuropsychiatrie avec l'activité de secteur organisée à partir des services de l'hôpital psychiatrique.

Certes, le service hospitalier de neuropsychiatrie ne pourra pas, dans certains cas, assurer le traitement de tous les malades mentaux d'un secteur déterminé. E convient

donc d'étudier une formule souple qui permette, en confiant à ce service des fonctions particulières pour le traitement hospitalier de certains malades dans un secteur donné, de faire participer le chef de ce service aux tâches extra-hospitalières de ce même secteur en étroite liaison avec le médecin de l'hôpital psychiatrique qui recevra des malades de même origine démographique qui ne pourraient être traités, en raison de l'importance de leurs troubles, dans le service de neuropsychiatrie. Cette conception s'oppose donc d'une façon absolue au fonctionnement du service de neuropsychiatrie en service de tirage.

Dans tous les cas où il existe, dans le département, un service hospitalier de neuropsychiatrie et un hôpital psychiatrique, le directeur départemental de la santé devra se pencher tout particulièrement sur le problème de la coordination entre ces deux services, dans l'esprit des indications qui précèdent.

c) Médecins de clientèle privée.

Compte tenu de l'insuffisance numérique du personnel médical de l'hôpital psychiatrique du département, susceptible d'effectuer des consultations d'hygiène mentale, il a été parfois fait appel à des médecins de clientèle privée pour assurer des dispensaires.

Cette activité doit, de la même façon, être intégrée dans le travail confié aux équipes desservant chaque secteur du département.

CHAPITRE IV : SOLUTIONS PRATIQUES ET MODALITÉS D'ÉTABLISSEMENT DU PROGRAMME

1. - Solutions pratiques.

L'étude effectuée pour déterminer, dans le cadre de l'organisation du secteur à prévoir, l'équipement optimum en lits et en organismes divers de prévention, de traitement et de postcure fera apparaître la nécessité de la création de nouveaux dispensaires, de foyers de postcure, d'hôpitaux de jour, et permettra par ailleurs de déterminer le nombre de lits d'hospitalisation dont le département doit disposer.

a) Organismes extra-hospitaliers.

Aucun département ne peut se considérer comme étant dans une situation satisfaisante à cet égard ; partout ces organismes doivent être développés, ou même créés de toutes pièces.

Même dans les départements où le problème de l'hospitalisation des malades semble devoir être prochainement résolu (par exemple par la construction d'un hôpital psychiatrique neuf, ou par le rapatriement devenu possible des malades étrangers au département hospitalisés jusqu'alors à l'hôpital psychiatrique) le problème de la mise en place d'un dispositif extra-hospitalier satisfaisant reste encore entier.

Ce n'est qu'au prix de la création de ce dispositif que l'hôpital psychiatrique pourra éviter un encombrement progressif. Il ne faut pas perdre de vue que la plupart des malades mentaux posent des problèmes médico-sociaux importants qui ne sont pas réglés par l'hospitalisation, et même que l'hospitalisation rend plus aigus encore. L'absence du dispositif extra-hospitalier nécessaire, soit en interdisant, soit même simplement en retardant la sortie de ces malades, entraînerait inéluctablement à plus ou moins brève échéance une surpopulation de l'hôpital psychiatrique, annihilant ainsi les efforts faits par la collectivité.

J'insiste sur le fait que la mise en place des organismes extra-hospitaliers ci-dessus énumérés, en liaison avec les services d'hospitalisation, est un élément très important de l'organisation de la lutte contre les maladies mentales ; tant que ces organismes n'existent pas, les soins dispensés par l'hôpital ne peuvent être qu'incomplets.

b) Équipements en lits.

Il est bien évident que, sur le plan général, malgré la mise en place des organismes de pré- et postcure et l'accélération du " rendement " des hôpitaux psychiatriques, le nombre de lits dont notre pays dispose pour l'hospitalisation des malades mentaux est très insuffisant. Dans bien des départements, le hiatus restera marqué entre la population hospitalisée à prévoir et le nombre de lits modernisés dont l'hôpital psychiatrique disposera.

En règle générale, la meilleure solution consistera à construire ces lits nouveaux non par extension de l'établissement existant, mais par création d'une nouvelle formation spécialisée à un autre pôle démographique du département, soit sous la forme d'un hôpital psychiatrique départemental, voire privé, faisant fonction de public, si le nombre de lits nécessaire est égal ou supérieur à 300, soit sous la forme d'un quartier psychiatrique rattaché à un hôpital général si ce nombre est inférieur à 300, et dans la mesure où la structure de l'hôpital s'y prête. Cette dernière formule présente à la fois l'intérêt d'être

relativement économique en ce qui concerne la construction et de faciliter le " quadrillage " souhaitable à l'organisation de la politique de secteur.

Lorsqu'on s'orientera vers la création d'un quartier psychiatrique ne comportant qu'un nombre de lits restreint, il ne faudra pas perdre de vue que cet organisme devra être mis en mesure de traiter la totalité des malades mentaux du secteur qu'il desservira et non pas seulement une certaine catégorie d'entre eux ; autrement dit, la formule des services d' " aigus " rattachés à un hôpital général déversant leurs " chroniques > sur l'hôpital psychiatrique départemental est à proscrire.

Ce n'est qu'après l'étude de cette organisation future des soins aux malades mentaux dans le cadre du département que l'on pourra déterminer la capacité réglementaire vers laquelle tendra l'hôpital psychiatrique existant à travers la réalisation de son plan directeur de modernisation.

Dans certains cas, la construction de nouveaux pavillons à l'hôpital psychiatrique existant sera envisagée pour assurer le " volant " nécessaire à la modernisation des pavillons anciens. Ces réalisations ne pourront être envisagées qu'avec prudence, et seulement dans la mesure où elles ne risquent pas de gêner la réorganisation de l'équipement psychiatrique du département.

II. - Modalités d'établissement du programme.

Le programme d'équipement et d'organisation du département, fixant les buts à atteindre pour doter le département d'un dispositif extra et intra-hospitalier suffisant sera établi, suivant le cas, dans les conditions suivantes :

a) Département pourvu d'un ou plusieurs hôpitaux psychiatriques.

Ce programme sera proposé par les médecins chefs de service. Il sera établi par le directeur départemental de la santé, assurant la coordination entre les différents points de vue exprimés.

b) Département dépourvu de tout équipement psychiatrique et doté d'un psychiatre départemental.

Le programme sera proposé par le psychiatre départemental. Il sera établi par le directeur départemental de la santé.

c) Département dépourvu d'hôpital psychiatrique et ne comportant pas un poste de psychiatre départemental.

Le programme sera établi par le directeur départemental de la santé .

Dans les trois cas visés ci-dessus, le programme devra, bien entendu, être arrêté par le préfet et adopté par le conseil général.

Aux termes de cette procédure, il me sera soumis pour approbation par les soins de l'autorité préfectorale, accompagné des renseignements visés au chapitre III.

Mes services sont à votre disposition, dans le cas où des problèmes particuliers seraient à régler, pour vous donner tous les conseils qui vous seraient utiles pour l'établissement de ce programme, préalablement à sa présentation devant le conseil général.

Au moment où l'importance prise par les maladies mentales parmi les fléaux sociaux apparaît chaque jour plus préoccupante, j'appelle tout particulièrement votre attention sur l'intérêt qui s'attache à ce que l'étude qui est demandée soit effectuée dans le plus court délai possible.

(1) Ces différentes catégories administratives d'établissements ne seront pas distinguées dans le cadre de la présente circulaire ; les termes - hôpital psychiatrique " ou " établissement psychiatrique " seront employés pour désigner indifféremment l'un ou l'autre de ces établissements, qui, du point de vue technique, sont exactement comparables.

CIRCULAIRE du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale

Le ministre de la solidarité, de la santé et de la protection sociale à :

Messieurs les préfets de région,

Mesdames et Messieurs les préfets de département,

Mesdames et Messieurs les directeurs régionaux des affaires sanitaires et sociales,

Mesdames et Messieurs les directeurs départementaux des affaires sanitaires et sociales.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

La santé mentale est, en matière de santé publique, une préoccupation majeure. Des indicateurs tels que les motifs de consultation ou les pathologies rencontrées dans l'ensemble du dispositif de soins, les causes d'invalidité ou de handicap, ou encore la consommation médicamenteuse situent les troubles mentaux dans les premiers rangs. Les observations montrent que d'importants besoins de santé mentale restent mal couverts, notamment chez les jeunes enfants, adolescents ou personnes âgées.

La politique de santé mentale met en jeu de nombreux rouages, dans différents domaines d'intervention de l'État, et aussi au sein des collectivités territoriales et de la communauté. Votre contribution à cette politique est essentielle ; le système de soins et ses articulations avec la communauté en est un des moyens principaux.

Pendant vingt ans, notre dispositif de soins psychiatriques a connu un extraordinaire essor, tant en ce qui concerne la psychiatrie publique qu'en ce qui concerne la psychiatrie exercée en cabinet privé. Aujourd'hui, il se trouve confronté aux contraintes de la maîtrise des coûts de santé, en concurrence avec les autres disciplines médicales. En cette situation, le dispositif de soins psychiatriques a pu apparaître comme un réservoir de moyens utilisables à d'autres fins que celle d'une politique de santé mentale. En cela, la psychiatrie publique pâtit évidemment de l'image asilaire qui lui reste attachée et des analyses partielles et hâtives qui ont pu être faites à partir des surcapacités hospitalières observées.

Il serait cependant très dommageable pour l'ensemble de notre politique de santé de méconnaître la valeur de notre dispositif psychiatrique public, et, plus largement, de notre

dispositif de santé mentale. Les problèmes de santé mentale méritent qu'on leur consacre beaucoup d'attention et qu'on mobilise tous les moyens efficaces dont on puisse disposer.

A cet effet, notre système de soins dispose d'atouts importants mais insuffisamment utilisés :

- une pensée scientifique en psychiatrie dynamique et pluraliste, qui doit trouver davantage son expression dans la recherche et l'évaluation ;
- dans l'ensemble, un équilibre entre soins généraux et soins spécialisés, entre public et privé qu'il convient de préserver, pour peu qu'on continue à améliorer les modes d'articulation entre différents secteurs et à accroître la compétence des médecins généralistes en matière de santé mentale ;
- les centres hospitaliers spécialisés, qui sont un réservoir d'expérience et de savoir-faire, sont à considérer pour leur potentiel de réponse au problème de santé publique posé ; il s'agit en toute priorité de les amener à se libérer des entraves d'une trop lourde infrastructure hospitalière héritée du passé pour un développement optimal des structures et actions de secteur psychiatrique ;
- le secteur psychiatrique constitue un profond mouvement de progrès, et anime les institutions psychiatriques publiques, où il réalise un large consensus.

La politique de secteur, lorsqu'elle a pu donner son plein effet, a montré son efficacité vis à vis des missions de la psychiatrie publique, et notamment quant à l'accessibilité des services pour l'ensemble de la population, l'accueil, la réponse à 'l'urgence', l'articulation avec l'hôpital général (où les besoins de soins psychiatriques sont considérables), la lutte contre la chronicité de certaines maladies mentales, le développement de la prévention.

Cependant, si la réforme de l'organisation et du financement de la psychiatrie publique intervenue en 1985 et 1986 a créé les conditions juridiques et réglementaires d'un développement de la sectorisation psychiatrique et amorcé une nouvelle avancée, il reste encore beaucoup à accomplir.

Pour cela, le secteur psychiatrique doit :

- se centrer sur les centres médico-psychologiques afin d'offrir des soins de santé primaires près de la population, et faire contre-poids à l'hospitalo-centrisme ;

- développer des soins plus complexes dans certains domaines en valorisant les savoir-faire du personnel, en scrutant des unités fonctionnelles spécialisées, et en mettant en commun des moyens avec d'autres secteurs ;
- développer les liens avec les autres praticiens de santé, les acteurs sociaux, les établissements médico-sociaux et la population.

Le processus de planification entrepris offre à votre mission d'animation et de tutelle le cadre d'une large concertation, et vous permet de susciter les transformations nécessaires. Vous pourrez utiliser à cet effet les marges de manœuvre départementale et régionales, les créations de postes médicaux de psychiatres autorisés chaque année, les subventions d'investissement inscrites au chapitre 66-11, article 50, du budget de l'État relatif aux équipements extra-hospitaliers de psychiatrie, les mouvements de personnel (nominations, mutations, promotions, départs à la retraite, etc.).

La transformation du dispositif actuel se fera en gérant son évolution à plusieurs niveaux :

- administratif sous l'autorité des chefs d'établissements qui joueront pleinement leur rôle d'organisateur et de gestionnaires des ressources mises en oeuvre en valorisant, avec la contribution active des infirmiers généraux, la réorganisation des plateaux techniques par rapport aux aspects purement hôteliers ;
- territorial : les schémas départementaux d'organisation proposeront un réseau de gestion des secteurs qui s'appuie tant sur les centres hospitaliers généraux que sur les centres hospitaliers spécialisés en respectant les zones d'attraction des populations ;
- budgétaire qui vous permettra d'affecter aux établissements gestionnaires les budgets correspondant à l'ensemble des malades placés ou leur responsabilité, et de réduire progressivement les inégalités. Des investissements extra-hospitaliers seront rendus possibles par la reconversion du patrimoine vers d'autres secteurs d'activité : médico-social, universitaire ou autre.
- gestion des ressources en personnel par :
 - une meilleure répartition du personnel en fonction des besoins, de l'activité et de la priorité donnée aux soins sans hospitalisation ;
 - une augmentation de la qualification du personnel ;
 - une meilleure cohérence des équipes par une politique d'encadrement et la mise en oeuvre de projets de soin ;
- le soutien de relations étroites avec les interlocuteurs externes.

Cette évolution se gère dans le temps. A moyen terme, trois à cinq ans seront nécessaires pour transformer de manière significative cette organisation en fonction des

priorités du schéma départemental d'organisation, et en mobilisant les moyens humains et financiers rendus disponibles par le fermeture de structures devenues obsolètes.

Au terme de ces trois à cinq ans, vous effectuerez une évaluation des transformations effectives du système de santé mentale et de son organisation ; elles devront être comparées aux projets développés dans les schémas départementaux d'organisation.

A plus long terme, les schémas départementaux d'organisation continueront à évoluer régulièrement pour s'adapter aux besoins et aux méthodes de travail.

La présente circulaire comporte :

- une définition des buts, principes et orientations actuels de la politique nationale de santé mentale et de son application dans et par le dispositif de santé mentale, notamment en psychiatrie publique (titre Ier et II) ;
- certaines mises au point, en réponse à des questions ou problèmes fréquemment posés sur l'organisation au secteur psychiatrique (titre II) ;
- un programme d'objectifs à atteindre dans les cinq années à venir en tout secteur psychiatrique, vers lesquels il vous faudra guider la restructuration des établissements concernés (titre III).

Elle sera complétée par des circulaires complémentaires relatives à un thème particulier, tel, pour les premières à paraître, que la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, l'équipe pluridisciplinaire, l'hospitalisation en psychiatrie, la réadaptation et la réinsertion des malades mentaux, l'accueil et la réponse à l'urgence, et la prévention.

TITRE Ier

LES PRINCIPAUX OBJECTIFS ET ORIENTATIONS DE LA POLITIQUE DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ MENTALE

I. - Problématique générale et buts de la politique de santé mentale

1. La lutte contre les maladies mentales, si on considère les seules personnes s'adressant aux systèmes de soins et d'aide pour une intervention sur un problème de santé mentale, est à l'évidence une priorité de santé publique :

- les troubles de la santé mentale sont fréquents (d'après une enquête du CreDES [1], réalisée en 1982-1983, les médecins généralistes recevaient 19 p. 100 de patients souffrant de troubles mentaux ou du sommeil, et, parmi les diagnostics qu'ils posent, celui de troubles névrotiques ou de dépression arrive devant celui d'angine ou de bronchite. Par ailleurs, près d'un million de personnes s'adressent chaque année à la psychiatrie publique) ;

(1) Centre de recherche d'étude et de documentation en économie de la santé.

- ils représentent un risque grave pour la qualité de vie des personnes, leurs relations sociales, et peuvent se répercuter lourdement sur le cours de leur existence (une enquête de la Caisse nationale d'assurance maladie réalisée en 1978 situait les troubles mentaux en première cause de l'entrée en invalidité) ;

- beaucoup de ces troubles sont extrêmement durables ;

- ils affectent également les proches de la personne ;

- pour l'ensemble des raisons énumérées ci-dessus, le coût en est, pour la collectivité, important.

Il convient donc de s'attacher en premier lieu à répondre aux besoins patents.

2. Il est impératif aujourd'hui d'envisager les problèmes de santé publique sous un angle élargi et selon une conception positive et dynamique de la santé : en cherchant à promouvoir des facteurs de santé, en s'intéressant davantage aux aptitudes des individus et des groupes vis-à-vis de leur santé. Pour ce faire, trois niveaux sont à considérer : l'individu, la famille et le groupe social ou communauté.

Ces concepts recèlent, en matière de santé mentale, des difficultés particulières (quant à l'évaluation de l'état de santé d'un individu ou d'une population, notamment) ; c'est là un domaine en pleine évolution. C'est dans un esprit de recherche et de concertation que pourra être élaborée une politique de santé mentale finalisée sur des objectifs de développement de la santé mentale, et non plus seulement de lutte contre les maladies mentales.

3. Cette ouverture du champ d'action, de la lutte contre les maladies mentales à la notion de santé mentale, implique d'associer aux spécialistes et professionnels de santé d'autres acteurs, d'envisager des formes de partenariat avec les collectivités territoriales et les associations et de développer information et concertation.

Elle implique aussi des stratégies en paliers : les spécialistes en psychiatrie se situent tout à la fois en 'première ligne', les patients pouvant avoir recours directement à eux, et en

'seconde ligne', agissant notamment par le conseil et la formation des professionnels auxquels la population s'adresse le plus souvent, ou qui se trouvent confrontés à des situations clés pour la santé mentale.

II. - Le constat

Malgré les procès accomplis depuis trente ans, se posent encore aujourd'hui des problèmes de connaissance et d'utilisation des ressources en matière de santé mentale, principalement:

1. Une connaissance très insuffisante des problèmes de santé mentale de la population ;
2. Une utilisation imparfaite des services par la population (des recours tardifs, une utilisation trop*importante des voies de 'l'urgence'...) due, pour partie du moins, à une insuffisance d'accessibilité des services et à un manque d'information ;
3. Une disparité très importante du dispositif de soins, source d'inquiétude pour la population ; des lacunes dans la qualité des services spécialisés (disponibilité, formation et évaluation insuffisante) ; une motivation et une compétence très inégale vis-à-vis des problèmes de santé mentale dans le secteur des soins généraux (médecine de ville ou hospitalière) ;
4. Des réponses du système de soins encore trop rigides, ne prenant pas assez en considération la situation des personnes dans l'ensemble de ses composantes ; des prises en charge à temps complet encore beaucoup trop fréquentes et prolongées, ajoutant la chronicisation à la chronicité propre au processus de la maladie ;
5. Un manque de coordination au sein des services et entre les services ou acteurs de santé mentale ; des cloisonnements au sein du système de soins et notre système de soins et autres services de la communauté ;
6. Une prise en compte insuffisante des demandes d'information des familles et de l'aide à leur apporter;
7. Un manque de solidarité dans la communauté ; une désinsertion encore très importante des personnes malades, une carence en moyen d'aide à la vie quotidienne et au travail ; un manque de soutien à leur entourage. Une utilisation insuffisante ou mal conduite des capacités du groupe social ;

8. Une représentation dépréciative des troubles de santé mentale et de la psychiatrie dans l'opinion publique, qui gêne l'accès aux soins, la prévention et la réinsertion sociale.

III. - Les orientations de la politique de santé mentale

En considération des buts à atteindre et des problèmes rencontrés, il convient dans les prochaines années de conduire la politique de santé mentale selon six axes ou orientations qui se conjuguent et se renforcent mutuellement :

1. Améliorer la connaissance sur l'état de santé mentale de la population, les facteurs concourant à la santé ou à la maladie, les stratégies de santé des individus et des groupes, l'efficacité des systèmes et actions de santé mentale;

2. Donner aux personnes les moyens de résoudre leurs problèmes de santé mentale :

- informer et éduquer ;

- améliorer l'accès aux soins ;

- réaliser la meilleure offre de soins possible : accroître la pertinence et la qualité des services : diversité, souplesse, complémentarité, coordination, évolutivité. Pour cela, accroître la compétence des personnels : formation, mobilité, participation à la recherche, évaluation des actions ;

- veiller au respect des droits des patients et de leur famille et, chaque fois que nécessaire, à leur protection ;

3. Valoriser l'ensemble des ressources de santé mentale ; développer les échanges avec la population, plus précisément avec les professionnels et non-professionnels travaillant dans le champ de la santé mentale ou concernés par lui ;

4. Prévenir les effets indésirables produits par le système de soins et notamment la perte d'autonomie des personnes prises en charge ;

5. Pallier les conséquences des problèmes de santé mentale sur la vie des personnes et de leur entourage, participer à l'insertion sociale des personnes malades ;

6. Développer une prévention 'ciblée' : agir sur les situations de risque, de vulnérabilité des individus, repérées grâce à l'expérience clinique.

Ces orientations doivent être renforcées en direction de certains groupes de population, notamment :

- les personnes âgées, en raison de leur particulière vulnérabilité aux problèmes de santé mentale et de leurs plus grandes difficultés d'accès aux soins Le vieillissement de la population en fera un problème de santé publique croissant et à moyen terme prévalent ;
- les enfants et adolescents pour qui la précocité d'interventions de qualité est déterminante sur leur évolution psychopathologique future.

TITRE II

PRINCIPES GÉNÉRAUX D'ORGANISATION ET DE COORDINATION DU DISPOSITIF PUBLIC ET PRIVE DE SANTÉ MENTALE

I. - Configuration générale du dispositif de santé mentale

1. Description :

Notre dispositif de santé mentale associe les services et professionnels spécialisés en psychiatrie, les services et professionnels des soins généraux; et d'autres acteurs, organisés en associations.

Ce dispositif de santé mentale constitue le ressort de la politique de santé mentale, et en son sein, les services et soignants spécialisés ont un rôle moteur à jouer. Mais ce dispositif ne représente pas à lui seul l'ensemble des ressources en matière de santé mentale.

Ces ressources comprennent en effet de nombreux partenaires dans la communauté, en particulier d'autres professionnels (les assistants de service sociale, partenaires privilégiés, les personnes travaillant dans les institutions sociales et médico-sociales, le juge des enfants et les personnels des services de l'éducation surveillée, etc.), le juge des tutelles, des élus (conseillers généraux et maires), des personnes bénévoles, etc.

Chaque composante de ce dispositif très diversifié a un rôle à jouer.

Complémentarité et coordination sont les gages du bon fonctionnement du système.

Il importe de rappeler les rôles et missions de ses éléments principaux.

2. Rôles et missions :

2.1. La psychiatrie de service public, organisée en secteurs, comprenant les établissements hospitaliers public (centres hospitaliers spécialisés et centres hospitaliers généraux comportant des services de psychiatrie) et les établissements psychiatriques privés participant au service public, répond à des missions et obligations :

a) Ce sont d'abord les missions et obligations énoncée dans la loi du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière et dans les lois n° 85-572 du 25 juillet et n° 85-1468 du 31 décembre 1985 :

- l'accès pour tous aux prestations offertes. Cette mission comporte une démarche particulière à l'égard des populations les plus démunies, qui n'ont pas aisément accès aux soins ;
- la mise à disposition de la population d'une gamme diversifiée de services incluant les soins d'urgence, permettant d'assurer la permanence et la continuité des soins vingt-quatre heures sur vingt-quatre, comportant des prestations au lieu de résidence des patients ;
- la prévention ;
- la participation à la formation initiale ou continue des personnels médicaux et paramédicaux ;
- la participation à la recherche, qu'elle soit fondamentale, épidémiologique ou clinique ;
- le conseil des praticiens non hospitaliers qui le sollicitent.

b) Ce sont, pour les établissements et services agréés à cet effet, les missions et obligations résultant des dispositions de la loi relatives au placement des patients.

Par ailleurs, la psychiatrie publique sectorisée a une double spécificité importante : d'une part, les soins ambulatoires y sont généralement gratuits et, d'autre part, les prestations rendues par une équipe pluridisciplinaire peuvent avoir une importante composante sociale.

De l'ensemble de ces missions et de cette spécificité, il résulte que la psychiatrie publique a nécessairement, bien que non exclusivement, en charge une population extrêmement démunie, et le plupart des patients les plus invalidés par la maladie.

Ces missions ne sont pas aisées à remplir ; elles demandent aux établissements de soins qui participent au service public créativité autant que persévérance.

2.2. Les établissements de soins spécialisés privés, à but lucratif ou non lucratif, complètent le dispositif institutionnel spécialisé.

Il peuvent trouver en l'absence des contraintes tenant aux missions de service public des facilités pour des innovations thérapeutiques et institutionnelles qui bénéficient à l'ensemble du dispositif.

Leurs prestations, dont la gamme n'a pas l'étendue rencontrée dans le service public, répondent à des besoins généralement assez précis, variant d'un établissement à l'autre.

2.3. Les psychiatres, psychologues et autres professionnels spécialisés d'exercice libéral proposent des prestations caractérisées par la relation duelle entre thérapeute et patient. Leurs soins répondent à une importante part des besoins de santé mentale et, notamment, aux besoins d'une population ayant une certaine autonomie et facilité dans le recours aux soins.

2.4. Les médecins généralistes sont très fréquemment les premiers soignants consultés sur les problèmes de santé mentale. Ils sont en position de résoudre bon nombre de ces problèmes ou d'orienter les personnes vers les services ou praticiens spécialisés dans les meilleures conditions.

Il en est également ainsi des pédiatres, des services de protection maternelle et infantile, de santé scolaire, de médecine du travail, des personnels soignants exerçant dans des institutions sociales et médico-sociales, des infirmiers des services de soins à domicile pour personnes âgées, et des infirmiers exerçant en libéral, notamment dans leurs contacts avec les personnes âgées.

L'ensemble de ces soignants prend en charge une part majeure des problèmes de santé mentale. Leur importance stratégique est considérable.

2.5. - Les services d'urgence générale sont amenés à intervenir très fréquemment sur des problèmes de santé mentale. Ils sont, comme les praticiens généralistes, en position de résoudre une part de ces problèmes, ou d'orienter pour la meilleure réponse possible.

2.6. Les associations réunissent des parents, familles et amis de malades mentaux, des malades ou anciens malades, ou des acteurs de santé mentale d'horizons variés, pour la promotion d'action innovantes ou complémentaires des prestations offertes dans les services de soins. Elles établissent des réseaux de solidarité. Certaines d'entre elles créent et gèrent des structures de soins ou d'aide destinées aux malades mentaux. Elles sont, pour la population, des interlocuteurs et des appuis indispensables et, pour les services de soins (et notamment les services spécialisés), des partenaires sans équivalent.

3. Votre rôle s'étend à l'ensemble de ce dispositif :

a) En matière de planification, vous veillerez tout particulièrement à ce que l'élaboration des schémas départementaux de santé mentale soient en totale cohérence avec les perspectives régionales à moyen terme,; conformément à la procédure explicitée par la circulaire du 21 décembre 1987, présentant le 'guide de planification en santé mentale'.

A ce titre, préfets de région et préfets de département doivent agir en parfaite concertation et coordination afin d'éviter une juxtaposition de schémas départementaux d'organisation non complémentaires, ne respectant pas les priorités définies au plan régional.

b) Il vous appartient de veiller à la coordination de l'ensemble de ce dispositif par la concertation, dans le conseil départemental de santé mentale, que vous présidez et que vous devez réunir régulièrement, en vous assurant que, à défaut d'une représentation suffisante dans le conseil, une large participation des professionnels concernés par la santé mentale est assurée dans les groupes de travail en émanant conformément aux recommandations de la circulaire n° 88-612 du 23 juillet 1986.

c) Il vous échoit d'approuver les autorisations d'équipements des établissements sanitaires concernés, de les contrôler, ainsi que d'autoriser les équipements sanitaires de certaines institutions sociales et médico-sociales accueillant des populations dont les besoins en matière de prévention et soins de santé mentale sont importants (notamment des enfants ou des personnes âgées), et d'y impulser une authentique politique de santé publique.

II. - Le secteur psychiatrique

1. Les objectifs et principes de la sectorisation psychiatrique :

La sectorisation psychiatrique amorcée avec les circulaires du 15 mars 1960 et du 16 mars 1972 vise actuellement trois objectifs principaux :

- la promotion d'actions propres à éviter l'émergence, le développement et la persistance d'affections mentales : prévention, prestations de soins ambulatoires, hospitalisation recentrée sur sa vocation thérapeutique, participation à la meilleure insertion sociale possible des malades mentaux ;
- une proximité des services auprès de la population propre à faciliter l'accès aux soins pour la population, à permettre des soins plus précoces, à permettre les suivis ambulatoires et un maintien des malades dans leur milieu naturel, et à favoriser pour les équipes de santé mentale une juste appréhension des besoins de la population et une juste évaluation de leurs actions ;
- la coordination entre acteurs de santé et autres intervenants de la communauté dans le champ de la santé mentale.

Pour cela, la sectorisation se fonde sur cinq principes d'organisation :

- un partage de chaque département en territoires d'action nommés secteurs psychiatriques ;
- la mise en place d'une équipe pluridisciplinaire ;
- le développement d'un équipement diversifié placé au plus près des populations à servir
- une intégration aux soins généraux soit directement (présence de l'équipe spécialisée dans les services), soit indirectement (prestations de conseil et de formation auprès des médecins et de l'ensemble du personnel soignant) ;
- la mise en place d'instances de concertation au plan départemental et local.

L'organisation sectorielle a dans l'ensemble montré sa pertinence vis-à-vis des objectifs énoncés. Si sa mise en oeuvre a été longue, et reste très inégale sur le territoire national, les dispositions légales et réglementaires de 1985 et 1986 portant sur l'organisation et le financement de la psychiatrie publique ont permis de lever les principaux freins à son plein développement. De ces conditions nouvelles et à l'occasion de l'élaboration des schémas départementaux d'organisation des équipements et services de lutte contre les maladies mentales, vous impulserez avec les équipes de secteur et les équipes de direction des établissements un développement significatif de sectorisation psychiatrique dans le respect des objectifs poursuivis.

Cependant l'expérience de près de trente ans de mise en place et de fonctionnement de ce mode d'organisation ainsi que les évolutions techniques et sociales conduisent aujourd'hui à certains réajustements.

2. Caractéristiques du secteur psychiatrique :

Les secteurs psychiatriques mentionnés à l'article L. 326 du code de la santé publique, aux articles 4 ter, 5 et 44 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière ainsi qu'à l'article 1er du décret n° 86-602 du 14 mars 1986 répondent à une triple définition :

a) Le secteur psychiatrique mode d'organisation des actions de lutte contre les maladies mentales et des actions de santé mentale mises en oeuvre par le dispositif public de psychiatrie.

Le secteur psychiatrique constitue pour la psychiatrie publique le mode d'organisation privilégié permettant aux établissements hospitaliers publics et privés participant au service public de mettre à la disposition d'une population résidant sur une aire géographique donnée une gamme de prestations diversifiées de prévention, de diagnostic, de soins et de réinsertion, notamment dans le cadre des équipements et services définis par l'arrêté du 14 mars 1986, au sein desquels le centre médico-psychologique assure une fonction de pivot.

L'équipe pluridisciplinaire placée sous l'autorité d'un psychiatre hospitalier constitue, dans chaque secteur, la base de cette organisation. Elle doit garantir aux malades la continuité, la complémentarité et la coordination des prestations et prises en charge nécessaires dans et l'hôpital. Cette équipe et l'ensemble des moyens matériels, immobiliers et mobiliers dont elle dispose quel que soit le lieu dans le secteur constitue la 'plateau technique de psychiatrie de secteur'.

Le rôle du directeur et de l'équipe de direction des établissements s'étend à l'ensemble des moyens mis en oeuvre. Le personnel administratif et les services techniques et généraux concourent à la gestion et à la maintenance de ces moyens, soit qu'ils soient attachés à un secteur particulier, soit qu'ils servent l'ensemble des secteurs confiés à l'établissement.

Les secteurs psychiatriques sont de trois ordres : secteurs de psychiatrie générale, secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire.

Du fait de sa spécificité, l'organisation de la psychiatrie en milieu pénitentiaire a déjà fait l'objet d'une circulaire particulière n° 1164 du 5 décembre 1988. Y sont abordées notamment les questions de relation avec les secteurs de psychiatrie générale.

Le partage entre secteurs de psychiatrie et secteurs de psychiatrie infanto-juvénile appelle quelques commentaires (cf. le paragraphe 3.1 b).

b) Le secteur psychiatrique, aire de concertation et de coordination des actions à conduire au plan local avec l'ensemble des partenaires directement ou indirectement concernés par les problèmes de santé mentale.

Les conseils départementaux de santé mentale, instituée par la loi du 25 juillet 1985, dont la composition, le rôle et les modalités de fonctionnement ont été précisés par le décret du 14 mars 1986 et la circulaire du 23 juillet 1986, constituent les instances privilégiées de concertation pour mettre en oeuvre une politique de santé mentale adaptée aux caractéristiques de chaque département.

Je tiens à souligner votre rôle, au sein de ces conseils départementaux de santé mentale. De la manière dont vous impulserez et conduirez l'expression des idées et la concertation dans ces conseils la politique de santé mentale nationale, peut dépendre la qualité de sa mise en oeuvre dans votre département.

Vous aurez tout particulièrement soin, pour les années à venir, d'y concerter le schéma départemental d'organisation puis les programmes de mise en oeuvre qui en découleront, ainsi que le réexamen périodique du schéma départemental d'organisation prévu dans le 'guide méthodologique de planification en santé mentale'. Vous prévoyez d'ores et déjà les protocoles d'évaluation de ces programmes dont un bilan vous sera demandé au terme des cinq années prévues pour la première phase de transformation du dispositif de santé mentale.

Le conseil départemental de santé mentale ne saurait cependant absorber l'ensemble des problèmes particuliers de coordination et de concertation existant sur le terrain. C'est pourquoi, les équipes de secteur psychiatrique peuvent très utilement compléter le dispositif de concertation départemental par des instances de coordination à un échelon suffisamment proche des préoccupations locales et largement ouvertes aux acteurs de santé mentale (cités au paragraphe I.1 du présent titre), telles que des conseils de secteur.

Ces conseil pourraient notamment :

- étudier et résoudre les problèmes d'articulation, de coordination et de coopération entre ces divers acteurs ;
- mobiliser les complémentarités entre les praticiens libéraux et les infrastructures publiques ou associatives (sanitaires, sociales et médico-sociales) pour faciliter les orientations des malades ;
- produire les informations et les propositions nécessaires aux travaux des conseils départementaux de santé mentale et concrétiser sur le terrain les recommandations de cette instance.

Il est important de bien situer le rôle des équipes spécialisées du secteur psychiatrique vis-à-vis de l'ensemble des acteurs de santé et acteurs sociaux de la communauté. Bien évidemment il n'appartient pas aux spécialistes de la psychiatrie de se substituer aux soignants auxquels a recours la population en raison de problèmes de santé mentale ni de médicaliser tout problème social. Il s'agit au contraire d'aider les autres intervenants à trouver face au problèmes de santé mentale et dans leur rôle propre la meilleure attitude. Une partie de l'action des équipes de secteur est ainsi 'médiatisée'. Il s'agit également de favoriser et accompagner l'initiative communautaire.

Inversement, il est indispensable que ces équipes reçoivent des informations sur la vie de la communauté et un retour de leurs actions permettant une évaluation.

Le secteur psychiatrique, en tant qu'aire géographique, est la meilleure base pour l'organisation de ces échanges et l'élaboration de leur base pour l'organisation de es échanges et l'élaboration de programmes d'action concertés sur le terrain. Les conseils de santé mentale de secteur en sont le moyen. Pour la meilleure coordination possible, vous encouragerez à la formation de ces conseils, et vous inciterez à ce qu'ils soient prévus en commun, entre secteurs de psychiatrie générale et secteur de psychiatrie infanto-juvénile.

c) Le secteur psychiatrique, base de planification en santé mentale

Le secteur psychiatrique est la circonscription géographique élémentaire servant de base avec le département et la région, à la planification de l'ensemble des équipements de lutte contre les maladies mentales ; à ce titre et conformément à l'article 44 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière, c'est dans ce cadre - outre le cadre

régional - que le ministre de la santé arrêté, après avis du conseil départemental de la santé mentale, des indices déterminant l'importance des installations comportant ou non des possibilités d'hospitalisation nécessaire pour répondre aux besoins de la population.

Le guide méthodologique de planification en santé mentale présenté par la circulaire du 21 décembre 1987 précise la méthode retenue, qui consiste à prendre en compte la réalité des besoins locaux dans la spécificité propre à chaque secteur (ce point est développé au titre III, III).

3. Questions relatives à l'organisation et aux missions du secteur :

Certains problèmes ou certaines questions relatives à l'organisation sectorielle sont souvent apparues et demandent quelques précisions.

3.1. Questions relatives à l'organisation sectorielle :

a) Le libre choix

Conformément aux dispositions de l'article 1er de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière, 'le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de soins' est un des principes fondamentaux de notre législation sanitaire.

La sectorisation entraîne pour les équipes de soins et les établissements qui y participent des obligations vis-à-vis de la population du secteur. En aucun cas l'organisation sectorielle ne doit amener à une étanchéité des territoires, à des filières cloisonnées, à des refus motivés par la seul 'non-appartenance' au secteur.

Les malades comme leurs familles doivent toujours pouvoir s'adresser au praticien ou à l'équipe de santé mentale publique ou privée de leur choix tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du secteur psychiatrique correspondant à leur lieu de résidence.

Par ailleurs, il convient de rappeler que ce libre choix ne saurait faire obstacle au respect des dispositions de l'article 39 du décret n° 79-506 du 28 juin 1979 portant code de déontologie médicale.

b) Le partage entre psychiatrie infanto-juvénile et psychiatrie générale.

Ce partage a eu et conserve une fonction : faire exister la psychiatrie infanto-juvénile dans sa dimension spécifique afin d'offrir aux enfants et adolescents des prestations pensées pour eux et répondant à leurs besoins propres.

Il ne doit cependant pas conduire à un clivage ; il n'y a pas d'étanchéité entre les deux types de secteur : les équipes de psychiatrie générale et les équipes de psychiatrie infanto-juvénile dont les secteurs couvrent une même aire géographique servent une même population, formée de familles et de réseaux mettant en relation enfants et adultes. Les soins à un enfant malade ne peuvent se concevoir sans une attention portée à son entourage. Inversement, les équipes de psychiatrie générale doivent porter attention aux enfants des adultes qu'ils soignent. Par ailleurs, se pose le problème de l'entrée dans l'âge adulte d'enfants pris en charge en psychiatrie infanto-juvénile qui nécessite d'aménager le passage d'une équipe à l'autre.

Tout ceci nécessite une étroite collaboration entre secteurs de psychiatrie générale et de psychiatrie infanto-juvénile, dans le but de rendre le meilleur service aux personnes, adultes et enfants.

Ce point sera développer dans la circulaire complémentaire relative à la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

c) Configuration des secteurs

Dans le cadre de l'élaboration du schéma d'organisation départemental, vous aurez éventuellement à proposer des redécoupages de secteur. Trois circonstances peuvent se rencontrer :

- nécessité d'un dédoublement de secteurs démographiquement trop chargés. Il faut remarquer à cet égard que le critère de 70 000 habitants pour un secteur de psychiatrie générale et un secteur de psychiatrie infanto-juvénile pour deux à trois secteur de psychiatrie générale ne constitue pas une norme, mais une base indicative. Il vous appartient, sur les proposition et au vu des arguments développés par les équipes de secteur et selon les moyens que vous pourrez dégager pour assurer aux nouveaux secteurs des équipes autonomes suffisamment étoffés, d'envisager des dédoublements ;
- redéfinition des limites de plusieurs secteurs : les évolutions démographiques imposent parfois de ré envisager le configuration des secteurs psychiatriques de manière à rééquilibrer les charges entre secteurs. Cependant, il ne sera pas inutile de rappeler aux équipes que le découpage sectoriel doit répondre aux missions du secteur et notamment

faciliter l'accès aux soins pour la population avant que d'être un partage égalitaire pour les équipes. Certaines configurations de secteurs paraissent aujourd'hui peu fonctionnelles et devraient être revues ;

- exceptionnellement, possibilité d'une transgression des limites départementales : des circonstances locales - existence d'un bassin d'emploi, aire d'attraction économique et sociale, problèmes d'accessibilité par les moyens de transport existants - peuvent faire dépendre de fait un secteur ou une portion de secteur de l'aire d'attraction d'un département autre que celui dans lequel ils sont administrativement situés.

Si ces éléments le justifient, il vous appartient de procéder, par dérogation aux règles normales de découpage et en concertation avec la ou les directions départementales et régionales des affaires sanitaires et sociales concernées, aux redécoupages et au rattachement qui s'imposent pour satisfaire au mieux les besoins des populations et de transgresser ainsi les limites départementales. Ces dérogations sont soumises à l'approbation du ministre chargé de la santé lors de l'approbation de la carte sanitaire.

d) L'équipement d'un secteur psychiatrique

S'il existe des indices de besoins, nécessairement globaux, fixant certaines limites, en revanche, il n'existe pas de normes définissant l'équipement type, en matière de structures, d'un secteur psychiatrique. Les situations les plus diverses sont rencontrées, et il n'est pas de méthode qui permette aujourd'hui d'édifier un 'secteur idéal'. Il convient de rappeler que l'arrêté du 14 mars 1986 définit une gamme de possibilités. Il n'est ni utile, ni possible que chaque secteur soit équipé de l'ensemble de cette gamme. Il appartient aux équipes de définir des choix, en fonction de leurs projets, et de s'associer pour des projets communs.

Une grande diversité d'équipements et une grande souplesse de fonctionnement sont possibles (notamment grâce au budget global) et souhaitables, à condition que les choix soient explicités et traduits dans la gestion de l'établissement avec clarté. Les structures peuvent être associées dans des configurations variées, pour un fonctionnement particulièrement coordonné (par exemple un centre médico-psychologique et un centre thérapeutique à temps partiel, ou un centre d'accueil permanent ouvert vingt-quatre heures sur vingt-quatre et un centre de crise). Il est également possible de former pour chaque patient un projet thérapeutique personnalisé associant plusieurs modes de soins et se déroulant en plusieurs lieux (par exemple, un patient pris en charge en appartement thérapeutique peut suivre une thérapie en centre médico-psychologique, voire, dans certains cas, en hôpital de jour).

Cependant, s'il paraît opportun de respecter une diversité résultant de nombreux facteurs (configuration des secteurs, caractéristiques des populations desservies, identité des équipes et des établissements...), gage d'évolutivité, il est nécessaire de combler les carences. Il convient d'éviter deux écueils opposés :

- certaines équipes ont tendance à souhaiter s'équiper comme leurs voisins, sans que les créations demandées soient sous-tendues par des projets thérapeutiques répondant à des besoins identifiés. C'est ainsi que se créent sans aucun doute les structures les plus 'chronicisantes' pour les patients (cela a été notamment le cas ces dernières années de certains hôpitaux de jour).

Vous serez attentif à ne pas laisser se développer ce type 'd'égalitarisme' non fondé sur le réel intérêt de la population.

- à l'inverse, il n'est pas admissible que certains secteurs ne disposent pas du plateau technique nécessaire pour répondre aux obligations et missions fondamentales du service public ; cette situation engendre des inégalités pour l'accès aux soins de la population d'un secteur à l'autre.

Il est un seuil fonctionnel à respecter en tout secteur : des indications pratiques vous sont données au titre III.

e) Les limites de la "dés hospitalisation"

Limiter l'hospitalisation aux strictes nécessités thérapeutiques ne signifie bien entendu pas supprimer toute capacité d'hospitalisation. Les missions et obligations de service public imposent à tout secteur d'offrir une prise en charge vingt-quatre heures sur vingt-quatre lorsque cela est nécessaire aux soins en particulier lors de situations de crise (et a fortiori lors du placement d'un patient).

Vous veillerez particulièrement à ce que les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile au niveau de votre département ne se démunissent pas de tout moyen d'offrir ces soins à temps complet, selon des modalités qui peuvent d'ailleurs être diverses (hospitalisation proprement dite, mais aussi articulation avec les services de pédiatrie, placement familial thérapeutique, centres de crise pour adolescents...).

f) La psychiatrie à l'hôpital général

La création en hôpital général d'unité d'hospitalisation, de structures de consultation, soins à temps partiel ou accueil des urgences spécialisées en psychiatrie reste un excellent moyen de faciliter l'accès aux soins de la population et d'assurer une bonne coordination avec les soins somatiques. Dans certains cas, cette collaboration peut même aller jusqu'à la création d'un département commun.

Pour ces objectifs, le rattachement de secteurs de psychiatrie à des hôpitaux généraux demeure ainsi l'une des priorités de la politique nationale dès lors qu'il permet de les réaliser et d'améliorer la coordination.

Ce rattachement suppose que la politique de l'établissement ne défavorise pas la psychiatrie en faveur des autres disciplines. Vous réaliserez ainsi une gestion plus proche des malades, de leur famille et des acteurs de la communauté et s'appuyant sur les centres hospitaliers spécialisés et les centres hospitaliers généraux.

Si le rattachement n'est pas possible, le centre hospitalier spécialisé passera convention avec le centre hospitalier général pour y implanter une ou plusieurs structures.

Ces créations ne peuvent toutefois se réaliser que si les impératifs particuliers aux techniques de soins psychiatriques sont pris en considération et si la tolérance de l'ensemble des milieux hospitaliers a fait l'objet d'une réflexion préalable et, éventuellement, des aménagements adéquats.

En règle générale, il convient d'encourager à la mise en place de conventions et tout autre engagement de services mutuels afin de renforcer les relations entre hôpitaux spécialisés et hôpitaux généraux, selon les modalités prévues par la loi de 1970 portant réforme hospitalières.

g) La diversification des pôles d'activité selon les catégories de patients

La diversification des modes de soins en psychiatrie est double : depuis l'origine de la sectorisation, les modes de soins se sont diversifiés dans leur nature jusqu'à la gamme que nous connaissons aujourd'hui, des interventions aux lieux de résidence des patients à l'hospitalisation à temps complet. Plus récemment, s'est ajoutée une diversification par catégorie de patients selon l'âge ou la pathologie et notamment le développement de prestations destinées spécialement aux nourrissons, aux adolescents, aux personnes âgées, aux grands déficients mentaux, aux enfants autistes, aux jeunes adultes psychotiques...

Ceci s'accompagne en général d'une division de l'équipe selon une 'spécialisation' de ses membres vers l'un ou l'autre domaine. Cette évolution peut être favorable à un meilleur service aux patients, car elle vise à la meilleure utilisation des compétences et des motivations et à une haute technicité, mais à condition de veiller à ce que ne se constituent pas de filières étanches ni de clivages au sein de l'équipe : la concertation et la coordination au sein de l'équipe et la mobilité des personnes (patients et personnels) d'un pôle à l'autre doivent être d'autant plus soigneusement étudiées. La diversification en doit pas s'opposer à la continuité des soins, laquelle n'étaient plus aujourd'hui à la seule personne du soignant : c'est la permanence, l'articulation et la cohérence du cadre de services dans lequel les patients évoluent qu'il convient d'assurer.

Bien entendu, cette diversification trouve ses limites dans la nécessité d'éviter toute dispersion préjudiciable à un accomplissement des missions de service public dont l'équipe de secteur est responsable.

h) Les structures intersectorielles

La diversification ci-dessus évoquée amène que dans les cas où il n'est ni utile ni possible que chaque secteur s'équipe pour une prestation particulière, soit envisagée la création d'une structure intersectorielle, à laquelle plusieurs secteurs contribuent.

Un telle création peut se fonder sur une simple convention entre les responsables de secteurs qui lui attribuent des moyens placés sous la responsabilité de l'un d'eux. Cependant, pour une moindre vulnérabilité, il est préférable lorsque c'est possible de créer un département hospitalier et d'en appliquer avec soin les dispositions, qui constituent une garantie de fonctionnement (notamment l'établissement du règlement intérieur).

Par ailleurs, une telle organisation impose, comme rappelé ci-dessus, une particulière attention à respecter les principes fondamentaux de continuité, d'articulation, de coordination au sein de chaque secteur, mais aussi entre eux.

Il faut noter que l'aire d'attraction d'une structure n'est pas nécessairement liée à son caractère intersectoriel ou non. Même mise en oeuvre par un seul secteur, une structure peut être à vocation intersectorielle, voir (notamment en psychiatrie infanto-juvénile) interdépartementale ou même interrégionale. Dans ces cas, il est souhaitable que les relations entre le secteur qui offre un service particulier et les secteurs susceptibles de lui

adresser des patients fassent l'objet d'une concertation, éventuellement formulée sous forme de convention.

3.2. Questions relatives aux missions de soin et de prévention :

a) Éviter une psychiatrie à deux vitesses

La création d'une nouvelle unité d'hospitalisation psychiatrique (à l'hôpital général ou en un quelconque lieu du secteur), lors de la création d'un secteur, ou lors du changement de rattachement hospitalier d'un secteur par exemple, ne saurait être l'occasion d'instituer une double filière d'hospitalisation : l'une destinée aux hospitalisations courtes, et l'autre destinée aux hospitalisations prolongées, supportant le poids de la chronicité et moins investie en moyens et en projets.

Il est inévitable que les capacités de ces nouvelles unités, conçues pour les besoins futurs, ne puissent permettre d'accueillir tous les patients du secteur déjà hospitalisés depuis longtemps en centre hospitalier spécialisé et dont la sortie n'est pas envisagée à court terme. Il reste alors au centre hospitalier spécialisé, en général, une unité d'hospitalisation, avec les patients dits chroniques.

Vous n'autoriserez de tels projets que dans la mesure où sera programmée, selon des échéances précises, une évolution telle que les hospitalisations s'effectuent toutes dans un même lieu et que des projets de réadaptation dynamiques soient liés en oeuvre pour les patients restés au centre hospitalier spécialisé, dont l'équipe de secteur reste responsable.

D'une manière générale, selon les principes évoqués ci-dessous, il serait inadmissible que s'établisse, entre centre hospitalier général et centre hospitalier spécialisé, ou au sein des centres hospitaliers spécialisés, une psychiatrie à deux niveaux : une psychiatrie dite active pour les patients présentant de pathologie aiguës et rémissibles et une psychiatrie et gardiennage pour les patients les plus invalidés.

b) 'Chronicité' et 'chronicisation'

Les équipes de secteur se trouvent inévitablement confrontées au problème de la durabilité et de la tendance évolutive déficitaire de certaines maladies mentales, et particulièrement de la psychose. Elles sont amenées à prendre en charge certains

patients pendant des années, voire des dizaines d'années, selon des phases plus ou moins longues et répétées et parfois quasi en permanence.

L'utilisation adéquate de l'ensemble de la gamme des prestations de secteur peut permettre à ces patients de conserver ou retrouver des capacités de mobilisation et d'investissement personnel, et permet de lutter contre la chronicité définie ci-dessus. Cette psychiatrie au long cours n'en est pas moins paradoxalement une psychiatrie très active.

Si la chronicité est le fait de la maladie, la chronicisation est la fait des institutions. La chronicisation ne se définit pas en termes de durée de prise en charge, mais comme abandon de tout projet et absence de perspectives pour un patient. Il n'est pas question d'établir quelque norme fixant des termes aux prises en charge en psychiatrie. Il s'agit pour les équipes de définir avec chaque patient et son entourage des échéances pertinentes.

Il est clairement apparu que la chronicisation n'est pas l'apanage de l'hospitalisation à temps complet ; les structures de soins à temps partiel peuvent également en être le lieu ; aucune institution de soins en psychiatrie n'est à l'abri de cette dérive si elle n'est pas le lieu d'un projet élaboré et évolutif, et si elle ne s'impose pas une évaluation constante de son action.

Vous prendrez garde au fonctionnement des structures de soins à temps partiel tout autant que des structures de soins à temps complet.

c) L'obligation de soins

L'"ouverture" des services a pu rendre plus difficiles les soins aux patients placés ou aux patients en phase d'agitation, confus, ou opposants. elle ne saurait cependant servir de prétexte à refuser la prise en charge de certains patients.

Chaque secteur doit faire face aux obligations que lui confère la loi en ce qui concerne le placement des malades. Plus généralement, chaque secteur doit faire face aux obligations de soins du service public en toute circonstance, même et surtout lorsque l'état du patient rend difficile de lui apporter ces soins et nécessite une surveillance attentive.

Rien ne s'oppose, toutefois, à ce que des aménagements soient envisagés et organisés ponctuellement entre secteurs, pour des patients ayant développé à l'égard d'une équipe des relations très conflictuelles et qu'il vaut mieux confier aux soins d'une autre équipe, ou pour faciliter la prise en charge de patients nécessitant pour un temps donné une attention très particulière qui puisse être mieux assurée dans un autre secteur.

Le recours aux unités de malades difficiles doit rester (ou redevenir) limité aux strictes indications de ces unités. Le secteur qui adresse à une unité de malades difficiles un patient garde une responsabilité à l'égard de ce patient et doit s'engager, soit à la recevoir à la sortie de l'unité de malades difficiles, soit, si les circonstances l'exigent, à organiser l'accueil par un autre secteur.

d) Des patients sans domicile fixe

Un problème particulier se pose, dans les grandes villes essentiellement, avec l'arrivée en urgence, dans certains secteurs, de nombreux patients sans domicile fixe, ou résidant sur un autre secteur. Le problème vient du nombre de ces patients constituant pour ces secteurs une charge souvent lourde, ou des circuits préjudiciables aux patients, qui s'effectuent entre établissements.

Cette situation doit trouver sa solution dans l'organisation entre l'ensemble des secteurs du département pour une répartition équitable de cette charge, et ce, dans le souci d'apporter rapidement au patient les soins d'une équipe de secteur, et tenant compte des soins précédemment apportés, dans le respect de la continuité.

e) La mission d'intervention à l'hôpital général

La coopération entre secteurs de psychiatrie et hôpital général doit être développée, que les secteurs y soient implantés ou non. Elle concerne de nombreux services, et principalement les services d'urgence, de pédiatrie, de médecine interne, de maternité et de néonatalogie...

Le rôle d'une équipe de secteur auprès des services de l'hôpital général peut être :

- un rôle de consultant et de conseil à propos de certains patients ou du fonctionnement du service ;
- l'élaboration et la mise en oeuvre en commun de projets thérapeutiques, pour certains patients hospitalisés présentant des troubles psychiatriques ;

- la collaboration à l'accueil des urgences ;
- la mise en oeuvre en commun d'une activité, dans des domaines où soins somatiques et soins psychiatriques sont étroitement intriqués, comme en matière de suicide, ou de psychogériatrie, ou de soins aux adolescents, par exemple.

Les secteurs de psychiatrie doivent se faire connaître et proposer des prestations, inciter à une coopération ; comme déjà indiqué, les modes de collaboration peuvent donner lieu à des conventions ou même à la création d'un département commun.

Lorsque plusieurs équipes sont concernées, il est indispensable qu'une concertation entre elles amène à une cohérence de ces relations et à une bonne coordination des interventions, notamment dans un souci d'efficacité médicale et d'économie des moyens.

Ces dispositions n'excluent annuellement qu'un service d'hôpital général s'attache la collaboration d'un psychiatre ou d'un psychologue qui n'appartienne pas aux équipes de secteur.

f) La mission d'intervention dans les institutions du secteur

Une attention particulière est à apporter au développement des relations entre les équipes de secteur psychiatrique et les institutions sanitaires, sociales et médico-sociales implantées sur leur secteur.

Il n' s'agit pas d'imposer une intervention du secteur psychiatrique en toute institution sanitaire, sociale ou médico-sociale recevant des personnes pouvant présenter des troubles mentaux, mais de veiller à ce que les populations accueillies dans ces institutions aient accès à des soins psychiatriques en tant que de besoin.

A cet effet, les équipes éventuellement proposer des prestations, dans les longs séjours pour personnes âgées, dans les maisons de retraite, et plus généralement en tout lieu d'accueil, d'hébergement, d'éducation et d'aide au travail où il apparaît que des prestations pourraient être utiles aux personnes accueillies.

Ces prestations peuvent être des prestations de conseil auprès des institutions et de leur personnel comme des prestations de soins auprès des personnes accueillies.

g) La mesure de l'activité

Une meilleure connaissance de la population utilisant les services de la psychiatrie publique, ainsi que des prestations qui lui sont rendues, et de leur évolution, est indispensable à la conduite de la politique de santé.

Le recueil des informations selon la méthode de la fiche par patient permet de produire l'information nécessaire sur le nombre et les caractéristiques des personnes s'adressant au secteur psychiatrique et sur le volume et la distribution des prestations rendues.

Il convient de prendre les chiffres obtenus pour ce qu'ils représentent et notamment de ne pas assimiler les moyennes observées (quant à la file active, par exemple à une quelconque norme. Les chiffres de chaque secteur demandent à être explicités dans un dialogue avec les équipes de secteur et les équipes de direction des établissements. Les interprétations sommaires, surtout si elles s'assortissent d'implications pratiques, ne pourraient qu'amener une dérive du système d'information et une déformation de l'observation.

En outre, ce recueil de l'information par patient ne suffit pas à mesurer toute l'activité de équipes de secteur : celles-ci, pour répondre à leurs missions, consacrent nécessairement du temps à maintenir la permanence d'un accueil, et à des activités de prévention, d'information, de régulation et conseil au sein d'institutions sociales et médico-sociales, de recherche et de formation. Les rapports de secteurs font apparaître l'ensemble de ces activités.

Enfin, ce recueil national, nécessairement simple, ne peut non plus permettre de rendre compte du temps réellement passé pour les patients, lequel comporte des démarches hors leur présence, et du temps de régulation et coordination (sans lequel le fonctionnement pluridisciplinaire est un leurre), ni de l'intensité ou de la qualité des prestations.

Au plan local, les secteurs peuvent affiner la mesure, développer des systèmes plus complexes, exploiter la fiche proposée au-delà de ce qui est exigé pour les rapports d'activité de secteur, élaborer des études et recherches épidémiologiques et cliniques. En ce qui concerne les études épidémiologiques, elles peuvent être très fructueusement menées conjointement par les équipes de secteur et les médecins inspecteurs de la santé.

Enfin, dans le cadre de l'hôpital, la mise au point d'un rapport annuel d'établissement devrait apporter un complément d'information. Ce projet actuellement à l'étude suppose

que soient harmonisées l'ensemble des données recensées par les différents systèmes statistiques existants.

TITRE III

LA TRANSFORMATION DU DISPOSITIF PSYCHIATRIQUE PUBLIC

I. - Problématique générale

Notre dispositif public de psychiatrie est, en l'état actuel, pour partie encore inadéquat pour atteindre les objectifs de santé mentale énoncés au titre Ier et pour la réalisation des missions rappelées au titre II de la présente circulaire.

Il est encore beaucoup trop concentré et si on le compare aux possibilités techniques actuelles, trop consacré à l'hospitalisation à temps complet, supportée par une lourde infrastructure de services généraux et d'entretien ; en regard, manquent les structures et les personnes disponibles pour la mise en oeuvre de la politique de santé mentale en secteur psychiatrique.

Cependant, les réformes de 1985 et 1986 lui ayant donné la pleine capacité de mettre en oeuvre la sectorisation psychiatrique, ce dispositif fait preuve de son évolutivité ; il contient, potentiellement, les moyens de la politique voulue.

Une priorité pour les années à venir est donc la transformation du dispositif public et, essentiellement, la transformation des centres hospitaliers spécialisés, dans les perspectives et le respect des principes de la sectorisation psychiatrique.

Cette transformation est à conduire avec diligence mais sans précipitation :

Vous vous défiez particulièrement de 'restructurations' spectaculaires mais fallacieuses, où la fonte des surcapacités hospitalières en psychiatrie n'est due qu'à un transfert formel vers d'autres types de structures (sur le long séjour notamment) sans réelle réflexion quant aux besoins à couvrir et à la meilleure façon d'y parvenir, au risque de reproduire et de fixer les surcapacités, inadaptations et concentrations asilaires qu'il s'agissait de faire disparaître.

Par ailleurs, la mission de continuité du service public commande de ne pas procéder à des ruptures brutales de prise en charge des patients actuellement hospitalisés, pour

lesquels il convient au contraire de conjuguer les efforts en vue de trouver des relais et modes de continuité à cette prise en charge, tant en ce qui concerne l'aide à la vie quotidienne que les soins.

A l'inverse, l'hôpital psychiatrique ne doit plus être le lieu d'exclusion ou de refuge d'une population en difficulté sociale à laquelle les soins psychiatriques, du moins les soins à temps complet, ne peuvent rien apporter. L'hospitalisation en psychiatrie se prescrit, elle ne s'impose pas par défaut d'autre solution. C'est à dire que l'évolution du dispositif de psychiatrie publique va de pair avec une évolution des modes de solidarité et des pratiques sociales, et la construction progressive de relais et de réseaux sociaux aptes à accueillir et soutenir les personnes qui sont tributaires d'une aide autant que de soins.

Cette construction ne peut être elle même que progressive. En retour, un développement des prestations psychiatriques (soins ambulatoires, suivi, conseil de l'entourage) peut la faciliter considérablement.

La transformation des centres hospitaliers spécialisés doit donc amener progressivement, mais sûrement, notre système de psychiatrie publique à une bonne adéquation à des fonctions de prévention et de soins de santé mentale modernes.

Principalement, elle doit être l'occasion de développer, en cohérence avec les orientations de la politique de santé mentale définie dans les titres précédents :

- la qualité des soins, qu'ils soient à temps complet ou non, et une meilleure maîtrise de la perte d'autonomie des patients ;
- les modes de soins ambulatoires, l'accueil, la réadaptation des patients, et une meilleure couverture de soins psychiatriques des personnes hébergées en structures sociales et médico-sociales ;
- l'intégration des actions de santé mentale dans les soins généraux et la relation fonctionnelle avec l'ensemble des professionnels et services de santé ;
- la formation, la qualification des personnels et de leur encadrement ;
- la prévention des troubles de santé mentale et la promotion de la santé mentale, notamment dans certains groupes exposés (jeunes enfants, personnes âgées...).

Dans le cadre de l'élaboration des schémas départementaux d'organisation présents et futurs, vous préciserez les objectifs à atteindre et les priorités, et établirez les

programmes et le calendrier des transformations à opérer, en saisissant toutes les opportunités d'un développement optimal.

Au plan national, il importe toutefois de fixer des objectifs liminaux, correspondants au 'seuil fonctionnel' du dispositif de secteur déjà évoqué, et qui devront impérativement être atteints dans les cinq ans à venir en tout secteur psychiatrique (II), de préciser la procédure (III) et d'énoncer les principes et contraintes préalables à la transformation envisagée (IV)

II. - Objectifs à atteindre en tout secteur psychiatrique dans les cinq années à venir

1. L'accueil :

La fonction d'accueil en psychiatrie publique a deux composante : l'une est relative à l'accessibilité des services (il s'agit de faciliter le recours aux soins psychiatriques pour la population), et l'autre à la réponse aux 'urgences'.

1.1. L'accessibilité aux soins :

Elle suppose que l'équipe psychiatrique se trouve disponible, là, et au moment où la population peut aisément accéder, et qu'une information fait été faite au public.

L'organe principal de l'accueil ainsi défini est le centre médico-psychologique.

C'est pourquoi il convient qu'en tout secteur de psychiatrie générale existe au moins un centre médico-psychologique implanté au sein du secteur ou à proximité immédiate, en un lieu d'accès facile par les transports en commun, et ouvert au moins cinq jours par semaine (non compris les jours d'ouverture de ses antennes éventuelles). Les jours et heures d'ouverture doivent être tels qu'ils permettent un contact hors heures de travail ou heures scolaires.

Au centre médico-psychologique doit se trouver un secrétariat et des soignants, en une organisation telle qu'un rendez-vous puisse être donné pour une première consultation dans un délai de quelques jours, et que des thérapies individuelles ou de groupe puissent y être assurées dans de bonnes conditions.

Chaque secteur doit organiser des soins psychiatriques en leur lieu de résidence pour les personnes âgées dépendantes ou les personnes polyhandicapées qui le requièrent, ou

dont l'entourage le requiert;, éventuellement en association avec les services de soins (somatiques) à domicile. Pour les autres catégories de patients, adultes ou enfants, l'équipe peut ou non proposer des interventions à leur domicile selon leur option propre.

En psychiatrie infanto-juvénile, l'équipe psychiatrique, pour être insérée dans le milieu naturel de l'enfant et de sa famille, doit disposer sur son terrain d'action d'au moins deux centres médico-psychologiques répondant aux critères déjà énoncés (sauf cas très particulier de secteur urbain peu étend).

Chaque secteur ou groupe de secteurs de psychiatrie infanto-juvénile organisera l'accueil spécifique des adolescents, éventuellement dans un lieu qui ne dépend pas du dispositif propre à la psychiatrie.

1.2. La réponse à 'l'urgence' :

Une bonne accessibilité des services et la disponibilité des équipes, organisée dans les centres médico-psychologiques, doivent réduire le recours aux soins par les voies de 'l'urgence'.

Reste qu'en psychiatrie la demande urgente est fréquente et que le dispositif d'accueil et de réponse à ces urgences est à concevoir avec un soin particulier.

Il faut éviter les circuits prolongés et les nombreuses étapes, et aussi se donner le temps de comprendre, pour une réponse ou orientation adéquate. Au minimum, il est impératif de prévoir prioritairement :

- un point d'accueil spécifiquement psychiatrique, avec une permanence téléphonique, et présence, ou à défaut disponibilité immédiate, d'infirmier de secteur psychiatrique et d'un psychiatre, de façon à concevoir directement un maximum de patients qui s'adressent ou sont adressés en urgence à la psychiatrie publique et procéder, dans de bonnes conditions d'écoute et d'examen, au bilan et à la recherche de solution.

Ce point d'accueil peut être situé à proximité immédiate d'une unité d'hospitalisation psychiatrique, mais il ne doit pas lui être confondu : l'accueil n'est pas l'admission en hospitalisation, laquelle ne se décide qu'après examen. S'il est implanté à l'hôpital général, il doit être autant que possible associé au dispositif d'urgence générale. Il peut s'agir d'un service porte du centre hospitalier spécialisé. Il peut s'agir d'un centre d'accueil vingt-quatre heures sur vingt-quatre, éventuellement associé à un centre de crise ou un

centre médico-psychologique selon les termes de l'arrêté du 14 mars 1986. Dans tous les cas il peut pourvoir aux interventions auprès des services d'urgence générale évoquées ci-après.

- une présence permanente de soignants psychiatriques (psychiatre et infirmier) dans les services d'urgence des centres hospitaliers les plus importants, ou, à défaut, un contact permanent de l'équipe de secteur psychiatrique avec ces services, de telle façon qu'un psychiatre et un infirmier de secteur puisse y intervenir en tant que de besoin. On se référera sur ce point aux dispositions de la circulaire n° 326 du 15 février 1990 relative à l'amélioration des conditions d'accueil des urgences dans les établissements hospitaliers.

La cohérence optimale de ce dispositif de réponse à l'urgence doit être recherchée, dans un double souci de qualité du système et d'économie des moyens.

A cette fin, il serait souhaitable de favoriser les associations de secteur pour une mise en commun de moyens et une organisation concertée de préférence sous forme de création d'une structure intersectoriel aux missions bien définies comme indiqué au titre précédent.

Comme pour le centre médico-psychologique, il importe qu'une information soit faite auprès du public, mais plus encore auprès des médecins généralistes, médecins exerçant dans les divers dispositifs d'accueil des urgences et psychiatres libéraux.

2. Les prestations ambulatoires et à temps partiel :

Le centre médico-psychologique doit assurer une fonction de pivot autour duquel s'articule le dispositif du secteur. Lieu d'élaboration du projet de soins, il doit être le garant de la cohérence des interventions et actions proposées au patient et à son entourage.

Chaque secteur doit organiser un système modulé de prestations de soins ambulatoires et à temps partiel, comportant des formules variées, qui peuvent être mises en oeuvre au centre médico-psychologique même, ou dans des structures différenciées (centre d'accueil thérapeutique à temps partiel, hôpital de jour...).

Ainsi, en sus des thérapies proposées en consultations ou séances, il sera prévue, en psychiatrie générale, au moins une formule de soins ou d'accompagnement permettant une prise en charge à temps partiel plus importante.

Les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile organiseront au moins deux formules de soins institutionnels à temps partiel ou séquentiel (accueil à la journée, à la demi-journée, accueil du soir, du mercredi...) permettant d'assurer aux enfants une meilleure intégration dans l'école.

3. Les soins à temps complet :

Toute unité d'hospitalisation à temps complet doit comporter un personnel en nombre et en qualité suffisants pour assurer des soins actifs et une surveillance continue de jour et de nuit.

Des techniques propres à éviter, pour certains patients, la désadaptation pouvant résulter d'une hospitalisation, et, en psychiatrie infanto-juvénile, les programmes éducatifs et pédagogiques nécessaires devront être mise en oeuvre.

Toute équipe de secteur doit assurer les soins aux patients qui lui sont confiés selon les dispositions de la loi relative aux placements.

En psychiatrie infanto-juvénile, tout secteur ou groupe de secteur doit pouvoir assurer aux enfants et adolescents dont l'état le nécessite des soins à temps complet en milieu institutionnel ou en accueil familial, en privilégiant des formules variées (unités d'accueil familial thérapeutique, centre de crise pour adolescents...).

4. La réadaptation :

Chaque secteur ou groupe de deux ou trois secteurs de psychiatrie générale devra disposer, hors enceinte de l'hôpital, d'au moins une structure conçue aux fins de soins de réadaptation permettant une certaine insertion dans le milieu social et un ré entraînement à l'autonomie (appartement thérapeutique, centre de postcure, placement familial thérapeutique, atelier thérapeutique, hôpital de jour...).

Il apparaît que l'on peut en cette matière se donner un objectif de résultat : on tiendra comme indicateur la proportion de patients à réinsérer parmi ceux dont l'hospitalisation, de l'avis des équipes de soins, s'est prolongée faute de relais. Cet objectif sera fixé dans chaque secteur, en concertation avec les équipes concernées.

5. La coordination avec les autres dispositifs de soins et de prévention :

Outre ce qui a déjà été dit concernant les urgences, les équipes de secteur prendront contact avec tous services de soins (comprenant les services de protection maternelle infantile et les centres d'action médico-sociale précoce) susceptibles de recevoir certains de leurs patients ou de bénéficier de leurs interventions de façon à établir, autant que possible et utile, des liens de fonctionnement.

Elles viseront en particulier les objectifs suivants :

- en psychiatrie infanto-juvénile, la reconnaissance précoce des difficultés du nourrisson et de son entourage ;
- en psychiatrie générale, la prise en charge précoce et le suivi des suivants, et les soins psychiatriques aux personnes âgées.

Les médecins généralistes et les psychiatres d'exercice libéral doivent être informés de l'existence et du mode de fonctionnement des structures des secteurs psychiatriques qui les concernent. Ils doivent être encouragés à suivre l'hospitalisation et autres soins psychiatriques dispensés à leurs patients par une information régulière qui leur permette d'articuler leur propre prise en charge avec celle proposée par l'équipe de secteur.

Dans la mesure du possible, des séances de formation post-universitaire seront organisées sur des thèmes psychiatriques avec la collaboration de praticiens de secteur psychiatrique.

6. Les interventions dans les structures sociales (ou éducatives) et médico-sociales :

Les équipes de secteur auront pris au moins un contact avec chaque établissement sociale ou médico-social susceptible d'accueillir des patients de leur secteur ou accueillant une population particulièrement exposée aux problèmes de santé mentale public et les prestations qu'il peut proposer et, à chaque fois qu'il est possible, d'établir des relations de concertation ou de services réciproques.

7. Participation à des programmes de santé particuliers :

Les équipes de secteur s'associeront aux mesures qui viennent d'être décidées pour intensifier la lutte contre les mauvais traitements à enfants : campagne nationale de prévention des abus sexuels à l'égard des enfants, généralisée en 1989, mise en place d'un dispositif spécifique d'aide aux mineurs maltraités, confié au président du conseil général par la loi du 10 juillet 1989.

Leur participation consiste en la collaboration avec les services d'aide sociale à l'enfance, éducation nationale, justice) et professionnels concernés et, le cas échéant, en la prise en charge des enfants et familles.

L'action des secteurs en matière de prévention fera l'objet d'une circulaire complémentaire.

Des recommandations pour le développement de l'information médicale et la participation des équipes de secteur à la recherche en psychiatrie seront donnés par ailleurs.

III. - Procédure : schémas départementaux d'organisation et carte sanitaire en psychiatrie.

En matière de santé mentale, l'appréhension des besoins existants de soins et l'adaptation des structures existantes nécessaire pour y répondre reposent, en cohérence avec les orientations et priorités régionales, sur deux outils principaux : le schéma départemental d'organisation en psychiatrie, d'une part, la carte sanitaire de santé mentale, d'autre part.

1. Le schéma départemental d'organisation en psychiatrie en constitue le premier instrument ; il assume à ce titre une double fonction.

Il vise notamment à la préparation de la carte sanitaire en psychiatrie ; à cette fin, il comprend :

- une analyse du niveau des équipements existants, distinguant les capacités d'hospitalisation complète d'une part, et les capacités d'hospitalisation partielle ainsi que d'extra-hospitalier (alternatives à l'hospitalisation 'dénombrables' recensées dans l'arrêté du 14 mars 1986) ;
- une analyse du niveau des équipements nécessaires pour répondre aux besoins de la population en psychiatrie adulte et psychiatrie infanto-juvénile, dans les cadres sectoriels et départementaux ;
- une analyse du niveau des équipements projeté après réalisation des transformations consécutives au schéma départemental d'organisation (à cinq ans), établissant la même distinction ;
- une proposition de découpage, et éventuellement de redécoupage des secteurs psychiatriques ;
- une proposition d'indices sectoriels ;

- une proposition des pôles hospitaliers de rattachement des secteurs de psychiatrie adulte et infanto-juvénile.

Mais, schéma détaillé, prospectif, souple et d'adaptation plus aisée que la carte sanitaire, le schéma départemental d'organisation possède également une finalité propre essentielle ; concerté avec les professionnels de santé mentale pour la définition d'une organisation adaptée aux besoins du système de santé mentale, il en saurait être limité à ce rôle d'outil préparatoire à la carte sanitaire.

Il comprend ainsi :

- une analyse fine, difficilement chiffrable, des besoins de la population locale à mettre en relation avec les priorités régionales et celles de la politique nationale ; cette première analyse peut faire l'objet, le cas échéant, d'enquêtes complémentaires visant à en préciser certains éléments ;
- un bilan départemental, mais aussi régionale dont la direction régionale des affaires sanitaires et sociales est le maître d'œuvre : ce document vise à synthétiser au plan régional les travaux départementaux et à en garantir la cohérence ;
- les projets de transformation détaillés qui seraient nécessaires pour satisfaire les besoins définis préalablement : ces projets recensent les contraintes à lever et tiennent compte des moyens disponibles pour y parvenir ;
- le schéma d'organisation lui-même, qui définit dans un cadre départemental et sectoriel l'ensemble des équipements et des activités à mettre en place pour répondre aux besoins de la population.

Ce document est établi par les directions départementales des affaires sanitaires et sociales et validé par la direction régionale des affaires sanitaires et sociales conformément à la circulaire n° 5780 du 21 décembre 1987 intitulée 'Guide méthodologique de planification en santé mentale'.

2. La première carte sanitaire de psychiatrie :

Les premières cartes sanitaires de psychiatrie devraient être arrêtées dans le courant de l'année 1990.

Conformément à la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière, et à la loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 légalisant le secteur (art. L. 326 du code de la santé publique), la carte sanitaire de la France est arrêtée par le ministre de la santé ; elle

détermine, compte tenu de l'importance et de la qualité de l'équipement public et privé existant, ainsi que de l'évolution démographique et du progrès des techniques médicales :

1° Les limites des secteurs psychiatriques visés par l'article L. 326 du code de la santé publique ;

2° Pour chaque région psychiatrique, pour chaque secteur psychiatrique, l'importance des installations comportant ou non des possibilités d'hospitalisation, nécessaires pour répondre aux besoins sanitaires de la population ; cette donnée est fixée par définition d'un indice régional et d'indices sectoriels.

Conformément à la loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 et au décret n° 86-602 du 14 mars 1986 qui en fait application, le préfet de région prépare le projet de carte sanitaire régionale et sectorielle en psychiatrie à partir des schémas départementaux d'organisation et en concertation avec les directions départementales des affaires sanitaires et sociales ; celui-ci est soumis au conseil départemental de santé mentale et aux commissions ad hoc avant d'être arrêté par le ministre de la santé.

La carte sanitaire d'une région ne peut donc être arrêtée en matière de psychiatrie que lorsque la totalité des départements de la région ont achevé leur schéma départemental d'organisation.

Un projet d'arrêté précisant ces divers points et réformant les indices définis par l'arrêté du 3 juin 1980 est actuellement en préparation pour une meilleure adéquation à la situation présentée ; il devrait distinguer, avec l'instauration d'indices partiels, les lits d'hospitalisation complète d'une part, et l'ensemble des autres structures dénombrables, en lits et places, recensés dans l'arrêté du 14 mars 1986.

IV. - Principes et contraintes

1. L'évaluation :

L'évaluation de l'activité est aujourd'hui indispensable en psychiatrie comme dans les autres disciplines, même si elle est en ce domaine particulièrement difficile. Elle ne pourra se réaliser que progressivement. Actuellement, il s'agit surtout de susciter un esprit, initier un mouvement.

Tout projet, toute transformation peut et doit désormais s'assortir d'un protocole d'évaluation conçu d'emblée par ses promoteurs et comportant au minimum :

- un constat explicite sur les besoins à satisfaire ;
- une indication des hypothèses ayant permis de définir les bases techniques du projet et, si possible, des objectifs précis ;
- un choix de quelques critères se rapportant aux hypothèses et objectifs, en servant d'indicateurs ;
- une méthode de recueil d'information propre à permettre de suivre l'évolution de ces indicateurs ;
- la programmation des bilans qui permettront de vérifier les hypothèses de départ, ou de mesurer l'atteinte des objectifs, et d'améliorer ou transformer en conséquence le service rendu.

Le processus de planification entrepris doit vous permettre de fonder, par étapes, l'évolution du service public sur des analyses de besoin et des évaluations de l'action de plus en plus fines et pertinentes, dont il importe qu'elles soient conçues par les équipes et les établissements eux-mêmes, avec le concours de vos services et notamment des médecins inspecteurs de la santé.

Cette évaluation ne va pas sans un temps de recherche et d'échange entre les équipes et entre les établissements. Si besoins, vous stimulerez la réflexion et les échanges, dans votre département, sur tel thème qui vous semblera prioritaire, ainsi que déjà indiqué dans le Guide méthodologique de planification en santé mentale.

2. La formation et l'encadrement des personnels :

Un soin tout particulier doit être apporté à la formation continue des personnels et pour certains, à l'accès à de nouvelles qualifications.

L'accroissement de la qualification et des compétences, et plus généralement de la qualité des savoir-faire du personnel soignant, mais aussi des personnels autres, notamment administratifs, est en effet condition de la réussite des transformations à venir impliquent une modification importante de leur rôle et de leurs pratiques. Le développement de la formation continue des personnels fait partie du protocole d'accord du 21 octobre 1989. Il importe aussi que l'encadrement médical et paramédical fasse preuve des meilleures qualités d'organisation et de régulation.

Vous inciterez les établissements à promouvoir une politique de formation, de transformation d'emplois, de promotion des personnels et d'affectation des responsabilités qui corresponde à l'effort de transformation demandé, et vous porterez une particulière attention à toute décision s'y rapportant.

3. Le redéploiement des moyens :

Les moyens nécessaires à la construction du système diversifié de psychiatrie publique définie au titre III devront en principe être trouvés par redéploiements des moyens existants.

Il conviendra donc de poursuivre un effort rigoureux de diminution des capacités d'hospitalisation complète permettant de dégager des moyens en personnel et en biens matériels.

Fonte des capacités d'hospitalisation complète et construction d'un système diversifié propre à mieux répondre aux besoins de santé de la population sont interdépendants et devront évoluer de pair : en effet, pour un moindre recours à l'hospitalisation à temps complet, et une moindre durée, il faut mettre en place les structures et actions de réadaptation et de soins ambulatoires nécessaires aux personnes accueillies. Dans le temps, il faut donner aux unités d'hospitalisation à temps complet restantes les moyens d'une activité thérapeutique intensive.

Il vous faudra donc organiser des redéploiements de moyens en personnel et de moyens financiers. Ces redéploiements viseront principalement à augmenter, en nombre de qualifications, les postes soignants (et notamment les postes de psychiatres à temps plein ou à temps partiel), autant qu'il est nécessaire à la réalisation des actions et services envisagés. Ils s'effectuent à l'intérieur des établissements (des services généraux vers les structures de soins), entre établissements (d'un centre hospitalier spécialisé vers un centre hospitalier général), ainsi qu'entre départements dans le cadre de la planification régionale.

Toutefois, si ces redéploiements doivent servir en priorité au développement de l'hospitalisation partielle et des structures et activités extra-hospitalières psychiatriques, la psychiatrie ne saurait être exemptée des efforts d'économie imposés à l'ensemble des disciplines médicales. Ainsi, lorsque des transformations en cours dégageront des moyens au-delà de ce qui serait nécessaire aux activités et structures proprement

psychiatriques envisagées, des redéploiements pourront se faire en faveur des autres priorités sociales, médico-sociales ou médicales.

Il convient plus particulièrement d'insister sur la nécessité de créer des structures d'hébergement, d'aide à la vie quotidienne et d'aide au travail qui manquent aux personnes dépendantes du fait d'une pathologie mentale (maisons de retraite et foyers médicalisés, centres d'aide par le travail, ateliers protégés notamment). L'ouverture de tels équipements ne peut que faciliter l'entreprise de transformation des établissements psychiatriques pour lesquels l'une des difficultés les plus grandes est justement de trouver une relation social pour les patients dont la prise en charge à temps complet ne se justifie pas ou plus.

Vous veillerez toutefois à ce que des transferts excessifs ne paralysent pas la transformation indispensable de la psychiatrie. Il ne conviendrait à aucun prix, en effet, que les secteurs les plus novateurs se voient amputés de moyens nécessaires à leur évolution.

A l'inverse, il en irait naturellement de même dans les régions, départements et secteurs où la psychiatrie manquerait de moyens et où ceux-ci pourraient être prélevés sur d'autres disciplines médicales aux capacités excédentaires.

Par ailleurs, dans les secteurs où, par attentisme ou par crainte des évolutions, les capacités hospitalières surcapacitaires resteraient intactes au terme du schéma départemental d'organisation et où aucun projet de redéploiement n'auraient été développé, une partie des moyens correspondants pourrait être gelée, notamment à l'occasion de départs en retraite, et redéployée vers d'autres secteurs psychiatriques déficitaires ou vers d'autres activités et disciplines médicales ou médico-sociales.

La redistribution de moyens s'effectue selon deux critères :

- la nécessité d'atteindre en tout secteur un seuil fonctionnel selon les indications qui vous sont données au chapitre précédent ;
- la réalisation des projets évolutifs ou novateurs répondant aux objectifs définis lors de l'élaboration des schémas départementaux d'organisation.

Vous porterez une attention particulière aux secteurs qui ne disposent pas en propre de moyens de redéploiement.

Dans le cas où des moyens seraient disponibles au plan national, ils seraient affectés selon ces mêmes critères au vu des priorités régionales.

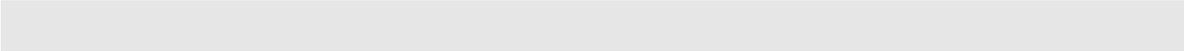
La circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales amorçait la mutation de la psychiatrie pour l'adapter au besoin d'insertion dans la communauté sans quitter la base géographique nécessaire à une couverture territoriale complète.

Les indications contenues dans la présente circulaire devraient vous permettre de guider cette évolution.

Mes services sont à votre disposition pour toute information et concours qui pourraient vous être utiles.

Paris, le 14 mars 1990.

CLAUDE EVIN



Annexe 12: Les références législatives et réglementaires en matière de santé mentale

I. La psychiatrie de secteur

Le territoire national est découpé en aires géographiques appelées « secteurs » ; Le secteur se définit par la mise à disposition d'une communauté géo-démographique d'un service public de protection mentale.

Le principe fondamental du secteur est le refus de la ségrégation du malade mental. Cela implique de la part de l'équipe soignante une volonté d'intégration, de maintien ou de réintégration du patient dans son milieu familial social.

Le second principe est la continuité des soins, la responsabilité en continu de la même équipe soignante pour toutes les phases de l'itinéraire thérapeutique.

Les modalités de mise en place :

La circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales est le texte originel relatif à la sectorisation jusqu'en 1985.

Il s'agit de créer un dispositif adapté et efficace.

Les objectifs sont les suivants :

- traiter à un stade précoce,
- séparer le moins possible le malade de sa famille et de son milieu,
- assurer une post-cure évitant les hospitalisations multiples.

Les moyens nécessaires définis sont :

- une hospitalisation ne représentant qu'un temps de la prise en charge,
- des structures extra-hospitalières telles que les dispensaires d'hygiène mentale, les foyers et les ateliers protégés,
- une même équipe assurant le travail intra et extra-hospitalier.

La circulaire n°12 du 24 janvier 1969 relative à la bi-sexualisation des hôpitaux psychiatriques. « .les malades d'un secteur, installés dans des locaux séparés, selon le sexe, devraient être regroupés sous l'égide d'un même médecin-chef de service. »

L'arrêté du 14 mars 1972 fixe les modalités du règlement départemental de la lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et les toxicomanies. La division en secteurs de psychiatrie adulte et infanto-juvénile est fixée par arrêté préfectoral.

La circulaire n°443 du 16 mars 1972 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies et déficiences mentales des enfants et adolescents définit de nouvelles orientations spécifiques. Elle sera complétée par la circulaire D 65 892 MS 1 du 9 mai 1974.

Prenant en compte les progrès en matière de psychiatrie infanto-juvénile et les différents types de prévention tels qu'ils ont été définis par l'Organisation Mondiale de la Santé, les textes mettent l'accent sur le diagnostic et le traitement précoce. Les modes de cure ambulatoires ou à temps partiels sont considérés comme prioritaires afin de maintenir l'enfant dans son milieu familial et scolaire dans la mesure du possible.

L'action de l'équipe doit s'inscrire en liaison avec la famille de l'enfant et les différents services sanitaires, sociaux et éducatifs.

Pour la psychiatrie générale, la circulaire DGS891 MS 1 du 9 mars 1974 précise les normes minimales de personnels et leurs missions.

Le rôle et les attributions des membres de l'équipe médicale et para-médicales sont définis en fonction de :

- l'application des principes de permanence et de continuité des soins,
- la volonté de déconcentration et de diversification des pôles thérapeutiques.

Les modalités d'équipement doivent être réexaminées, l'effort devant porter en priorité sur les structures extra-hospitalières.

La circulaire n° 896 AS 2 du 15 juin 1979 relative à l'accueil et aux urgences en psychiatrie. Elle précise que, quel que soient les modalités retenues, les objectifs à atteindre dans chaque département sont les suivants :

- réception des appels en permanence,
- intervention d'un psychiatre sur les lieux de la crise,
- transport et accueil des malades.

Les réformes intervenues depuis 1985

L'innovation thérapeutique en psychiatrie a connu en 25 ans un développement important. Cependant, si les activités de secteur se sont vues attribuer en 1960 et 1972 un cadre réglementaire, le problème de leur base juridique n'a été réglé qu'au cours du second semestre de l'année 1985.

Trois lois ont été adoptées :

La loi n°85-772 du 25 juillet 1985 - Article 8.1. Il modifie l'article L 326 du Code de la Santé Publique, donne un statut juridique au secteur psychiatrique en le définissant dans sa double dimension intra et extra-hospitalière. 25 ans après la circulaire de 1960, le secteur reçoit une base légale. Cette loi institue un conseil départemental de la santé mentale qui est chargé de donner des avis et de faire des propositions en matières d'organisation et de planification.

La loi n°85-1468 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique intègre les secteurs dans la carte sanitaire générale (art. 1 et 2).

Chaque établissement hospitalier public, Centre Hospitalier Spécialisé ou Centre Hospitalier Général, participant à la lutte contre les maladies mentales est responsable de celles-ci dans les secteurs psychiatriques qui lui sont rattachés. Il est chargé de gérer directement l'ensemble des activités intra et extra-hospitalières (Art.3).

L'article 4 modifie l'article L 326-2 du Code de la Santé Publique. Cette nouvelle rédaction abroge l'article 1 de la loi de 1838. Désormais les patients en placement d'office et en placement volontaire peuvent être hospitalisés soit dans un CHS soit dans un service de psychiatrie d'un Centre Hospitalier Général.

L'unification du financement. La loi de finances de 1986, en son article 79, prévoit que les dépenses de lutte contre les maladies mentales exposées au titre de l'article L 326 du Code de la Santé Publique sont à la charge de l'assurance maladie à compter du 1er janvier 1986. Ce nouveau financement qui est assuré sous forme de dotation globale, met fin aux cloisonnements antérieurs entre les activités intra et extra-hospitalières.

Quatre textes complètent les dispositions de ces lois :

Le décret n°86/602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique institue :

- les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile pour les enfants et adolescents correspondant à une aire géographique desservie par un ou plusieurs secteurs de psychiatrie générale,
- les secteurs de psychiatrie générale répondant aux besoins de la population âgée de plus de 16 ans,
- les secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire répondant aux besoins de santé mentale d'une population incarcérée dans les établissements d'une région pénitentiaire. Ces secteurs sont rattachés à un établissement hospitalier public et comportent, en particulier, un service médico-psychologique régional aménagé dans un établissement pénitentiaire qui peut assurer en outre une mission de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.

Il définit les fonctions et la composition du Conseil Départemental de Santé mentale.

Il prévoit l'organisation technique du service public de lutte contre les maladies mentales et de la sectorisation psychiatrique :

- Art.8 : Chaque établissement assurant le service public hospitalier auquel sont rattachés un ou plusieurs secteurs psychiatriques est responsable de la lutte contre les maladies mentales dans ce ou ces secteurs.
- Art.9 : La prévention, le diagnostic et les soins prévus à l'article L.326 du Code de la Santé Publique et à l'article 4 de la loi du 31 décembre 1970 modifiée sont assurés notamment :

- o Dans des services spécialisés comportant ou non des possibilités d'hébergement total, d'hébergement de jour ou de nuit,
- o A la résidence des patients,
- o Dans les établissements sanitaires, sociaux ou médico-sociaux où résident les patients,

o Par les séjours thérapeutiques temporaires,
o Par des actions d'information auprès de la population et des professionnels concernés.
L'arrêté du 14 Mars 1986 relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales comportant ou non des possibilités d'hébergement énumère et définit :

- Art.1 « les équipements et services ne comportant pas d'hébergement

- o Centre médico-psychologique
- o Centre d'accueil permanent
- o Hôpitaux de jour
- o Ateliers thérapeutiques
- o Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
- o Services d'hospitalisation à domicile. »

- Art. 2 « Les équipements et services comportant l'hébergement

- o Unité d'hospitalisation à temps complet
- o Centre de crise
- o Hôpitaux de nuit
- o Appartements thérapeutiques
- o Centre de post- cure
- o Services de placement familial thérapeutique. »

Le Guide de planification en Santé Mentale (circulaire n°57-80 du 21.12.87), conçu à la fois comme un outil pratique et méthodologique, repose sur les quatre principes suivants :

- faire dépendre les choix à moyen terme d'une analyse précise des objectifs sanitaires poursuivis localement en cohérence avec les objectifs nationaux de la sectorisation psychiatrique et prenant en compte les besoins spécifiques des populations au niveau local,

- étudier les transformations dans la globalité de leurs incidences, tant au niveau des personnels que des équipements , des investissements que des dépenses de fonctionnement, en psychiatrie comme dans l'ensemble du champ sanitaire et du secteur médico-social,

- réaliser une véritable « planification de reconversion ». En effet, il s'agit de restructurer un pôle d'hospitalisation surdimensionné par rapport aux besoins réels,

- concevoir une démarche de concertation, associant toutes les parties concernées par les projets de transformation du dispositif existant, sous des formes à définir en fonction des réalités locales.

La circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de Santé Mentale (J.O du 3 avril 1990) définit les buts et les principes de la politique de santé mentale. Ce texte actualise la réforme de l'organisation et du financement de la psychiatrie publique intervenue en 1985 et 1986.

II. Le malade mental

La loi du 3 janvier 1968 portant réforme du droit des incapables majeurs institue trois régimes de protection applicables aux incapables majeurs. La législation a mis en place un système permettant l'individualisation des mesures de protection. Le but recherché est d'adapter la mesure de protection à la nature et à la gravité réelle de chaque cas.

Les régimes de protection institués sont les suivants :

- La tutelle intéresse les incapables qui ont besoin d'une représentation permanente dans les actes de la vie civile (mariage, divorce, achat ou vente de propriétés). C'est le tuteur qui décide tout, via le conseil de famille pour les choses importantes. Il y a également perte de droit de vote et de l'usage du chéquier, etc. c'est le régime d'incapacité le plus complet.

Pour une mise sous tutelle, comme pour une mise sous curatelle, il faut un certificat d'un psychiatre expert inscrit sur une liste du Tribunal de Grande Instance, après avis pris auprès du médecin traitant. Ensuite, le Juge des Tutelles, après l'examen du dossier (souvent très long) et audition du malade (enquête familiale et sociale) accorde ou non la mise sous tutelle. Le représentant est désigné par le juge.

En général, il s'agit du conjoint, sinon les ascendants, descendants, les frères ou les sœurs. Ce peut être également une personne étrangère ou une association, sous le contrôle du juge. La rémunération du tuteur ou du curateur se fait sur l'argent qu'il gère.

L'arrêt de la tutelle comme la curatelle se produit au décès de la personne protégée ou par un nouveau jugement selon la même procédure que pour l'ouverture.

- La curatelle est un régime d'incapacité partielle et concerne les majeurs qui ont besoin d'être conseillés ou contrôlés dans les actes de la vie civile, il s'agit d'une assistance. La personne garde le droit de vote, son chéquier, mais ses actes sont sous contrôle d'un tiers.

- La sauvegarde de justice, mesure totalement nouvelle, n'entraîne pas d'incapacité. Le malade peut continuer à gérer ses biens ou se faire assister. La sauvegarde existe pour les personnes dont certains actes outranciers peuvent être prévenus ou remis en question, annulés ou réduits par excès (par exemple : achats abusifs en crise maniaque ou report de grosses factures payables durant la maladie).

C'est en général l'entourage qui fait la demande via le médecin. Si la personne n'est pas hospitalisée, le certificat du médecin traitant et le certificat d'un médecin psychiatre sont nécessaires. Si par contre la personne est hospitalisée, le médecin chef de service est responsable de la démarche.

Dans cette mesure, il n'y a pas de représentant. L'inscription est faite au greffe du Tribunal de Grande Instance, parfois même à l'insu du malade, d'autant plus quand on sait que la crise va se résoudre. La durée d'une mise sous sauvegarde de justice est de 2 mois, pouvant être prolongée jusqu'à 6 mois, temps nécessaire également pour une mise sous tutelle ou curatelle.

La loi n°90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation (J.O. du 30 juin 1990) modifie la loi du 30 juin 1838. Elle énonce le principe que l'hospitalisation libre est la règle, l'hospitalisation sur demande d'un tiers ou d'office devant être l'exception.

- l'article 1 modifie le premier alinéa de l'article L 326 du Code de la Santé Publique : « La lutte contre les maladies mentales comporte des actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale »,

- L'article 2 intitulé « Organisation générale de la lutte contre les maladies mentales et des droits des personnes hospitalisées en raisons de troubles mentaux », précise que l'hospitalisation libre est reconnue légalement et désormais considérée comme cas général ; la personne consentante « dispose des mêmes droits liés à l'exercice des libertés individuelles que ceux qui sont reconnus aux malades hospitalisés pour une autre cause ».

Les droits des malades hospitalisés sans leur consentement sont précisés. Au cours de l'hospitalisation d'une personne sous contrainte, « les restrictions à l'exercice de ses libertés individuelles doivent être limitées à celles nécessitées par son état de santé et la mise en œuvre de son traitement. En toute circonstance, la dignité de la personne hospitalisée doit être respectée et sa réinsertion recherchée ».

Tous les malades doivent pouvoir communiquer avec les autorités habilitées à visiter les établissements de soins (Préfet, Procureur de la République, Juge du Tribunal d'Instance, Maire) ; saisir la commission départementale des hospitalisations psychiatriques, prendre conseil d'un médecin ou d'un avocat de leur choix, consulter le règlement intérieur des établissements, émettre ou recevoir des courriers, exercer leur droit de vote, se livrer à des activités religieuses ou philosophiques de leur choix.

Les articles L327 à 330 prévoient la possibilité de placement du malade sous sauvegarde de justice et la constitution d'une tutelle ou d'une curatelle pour la personne hospitalisée.

- L'article 3 du chapitre 2 traite des établissements habilités à soigner des malades mentaux, de leur règlement intérieur, des missions et de la composition des commissions départementales des hospitalisations psychiatriques.

- Au chapitre 3 sont indiqués les « modes d'hospitalisations sans consentements dans les établissements » :

- le placement volontaire devient hospitalisation à la demande d'un tiers (H.D.T),
- le placement d'office devient hospitalisation d'office (H.O.),
- la sortie d'essai, légalisée, comporte une surveillance médicale ; elle est instaurée afin de favoriser la guérison, la réadaptation ou la réinsertion sociale des personnes hospitalisées en H.D.T. ou H.O.,
- un suivi médical régulier est instauré, aussi bien pour les H.D.T. que pour les H.O. Les certificats médicaux sont adressés par le directeur de l'hôpital au Préfet, à la commission départementale des hospitalisations psychiatriques, au Procureur de la République.

Les principales modifications apportées par la loi sont les suivantes :

- Hospitalisation à la demande d'un tiers :

Troubles qui rendent impossible son consentement et son état impose des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier, soit l'H.D.T. Cela

peut être la famille, l'entourage, l'employeur, ou tout autre personne susceptible d'agir dans l'intérêt du malade, qui fait cette demande, par le biais d'une lettre manuscrite.

Avec cette demande d'hospitalisation manuscrite, datée et signée par la personne qui la formule, deux certificats médicaux circonstanciés doivent être établis et concordants. Les deux médecins psychiatres ne doivent pas avoir de lien de parenté ni entre eux, ni avec la personne qui fait la demande.

Ensuite, il faut un certificat médical circonstancié au bout de 24 heures, établit par un autre psychiatre. Puis un autre certificat au 15^{em} jour d'hospitalisation, puis tous les mois.

Proposition, si le patient va mieux, de la levée d'H.D.T.

o Hospitalisation d'office :

Troubles compromettant l'ordre public ou la sécurité des personnes. La procédure est réalisée comme précédemment par décision administrative, soit directement par le Préfet, soit à titre provisoire par le Maire ou un commissaire de police.

L'arrêté d'Hospitalisation d'Office est prononcé au vu d'un certificat médical circonstancié, il est « motivé et énonce avec précision les circonstances qui ont rendu l'hospitalisation nécessaire ».

Les mesures provisoires tombent si elles ne sont pas confirmées par l'autorité préfectorale dans les 48 heures. Les décisions préfectorales sont caduques si , au delà de certaines périodes fixes, de nouvelles décisions prolongeant l'hospitalisation ne sont pas intervenues.

L'article 4 du chapitre 4 prévoit une évaluation au bout de cinq années établie sur la base des rapports des commissions départementales des hospitalisations psychiatriques.

Extraits du Bulletin officiel n°91.11 bis

Annexe 13: Le concept de santé mentale

Nous étudierons donc successivement les trois formes actuellement prises par le dispositif de santé mentale en France, à savoir, la prévention, l'hospitalisation et les dispositifs de réinsertion et de post cure.

- La prévention en santé mentale : entre meilleure prise en charge des problèmes mentaux, dépistage précoce et psychologisation, voir psychiatrisation du social

Comme nous l'avons précédemment cité, trois institutions sont au centre du dispositif de prévention : les CAMPS (centre d'action médico-psychologique) pour les enfants de moins de 6 ans, les CMPP (centre médico psycho pédagogiques) aussi pour les enfants de moins de 6ans et les CMP (centre médico-psychologique) pour les adultes. Ces centres offrent des consultations psychiatriques gratuites et ont une fonction de dépistage des maladies. Fonction centrale quand on sait que plus la maladie est dépistée tôt, moins elle a des chances d'évoluer vers la chronicité. Mais ce dispositif a du mal à remplir son rôle en raison du déficit de psychiatres (cette spécialité est plus que tout autre touchée par les effets du numerus clausus, malgré les réformes en cours). Ainsi par exemple, au CMP de Chartres, un délai de deux mois est demandé avant de pouvoir obtenir un rendez-vous. Ensuite, ce dispositif accueille des personnes en souffrance psychique suite à la perte d'un emploi, un divorce, un deuil...Est-ce le rôle du secteur médical de répondre à ces attentes ?

Les psychiatres, psychologues et psychothérapeutes libéraux ont aussi un rôle de prévention. Ils travaillent parfois en collaboration avec les CMP, permettant de désengorger ces derniers. Mais, ils participent de la même façon à cette psychologisation du social, largement lié à l'individualisation des modes de vie et largement décrit par Alain Erhenberg dans son ouvrage -la fatigue d'être soi- .

Les institutions sociales, comme le écoles, les entreprises, les hôpitaux généraux...sont de plus en plus impliquées dans la prévention des maladies mentales. Les médecins du travail, malgré leur nombre réduit, à travers les consultations préventives peuvent détecter les personnes en souffrance mentale. De même, il semble que le corps enseignant soit de plus en plus sensibilisé aux questions mentales. N'y a-t-il pas un réel risque de « médicaliser l'échec scolaire », pour reprendre un article de Pierre Pinell dans le –Dictionnaire de la pensée médicale- ? L'hôpital général, à travers la psychiatrie de liaison est quant à lui désormais plus à même de faire face aux problèmes mentaux souvent lié à l'hospitalisation (l'hospitalisme) et/ou à la souffrance physique.

Pour finir, une toute nouvelle institution, le CUMP, centre d'urgence médico-psychologique, mise en place après les attentats dans le RER B à Saint-Michel, doit permettre d'intervenir sur les situations de crise : attentats, inondations, accidents de la route de grande ampleur... afin de prévoir les traumatismes qui pourraient résulter de la confrontation à une situation difficile. Là encore, ne dépolise-t-on pas un attentat en faisant un « trauma psychique » ?

Malgré le risque, bien réel, que tous ces dispositifs de prévention ne se transforment en vaste entreprise de psychologisation du social pour reprendre le titre d'un chapitre de l'ouvrage de Robert Castel – la gestion des risques -, il n'en demeure pas moins que des progrès considérables ont été faits en ce sens évitant à certains malades d'être hospitalisés et/ou de tomber dans la chronicité. L'architecture du dispositif de prévention ne semble cependant pas totalement achevée, les médecins généralistes sont largement confrontés aux problèmes mentaux (une consultation sur six relèverait de ce domaine), ils ont pourtant une formation en psychiatrie quasi nulle.

- l'hospitalisation en psychiatrie : la réduction de la durée de séjour et le développement des alternatives à l'hospitalisation permet de réduire les effets négatifs de l'hospitalisation mais a comme conséquence de creuser des inégalités face aux soins

Les conditions d'hospitalisation se sont largement améliorées depuis la guerre : des activités sont organisées dans la plupart des hôpitaux, les services fermés sont de moins en moins nombreux (seuls subsistent les UMD, unités pour malades difficiles) et les hospitalisations sont de plus en plus courtes. Cette diminution de la durée d'hospitalisation est le produit de deux phénomènes distincts : d'une part une réduction drastique du nombre de lits psychiatriques en vingt ans pour des raisons en partie liées à des objectifs de rationalisation des choix budgétaires. Toujours est-il que cette réduction de la durée de séjour, si elle peut être bénéfique, peut transformer le psychiatre en « fast psy » où le moment de l'hospitalisation correspond juste au temps nécessaire à la mise en place du traitement et à la « stabilisation » du patient, la notion de guérison (certes problématique en psychiatrie) ayant tendance à disparaître du vocabulaire. Dans ce contexte, les personnes ayant les moyens peuvent compléter leur séjour par un temps en clinique privée, ce que ne peuvent pas les personnes issus de milieux socio-économiques plus modestes. L'hospitalisation psychiatrique publique a tendance à se médicaliser (c'est-à-dire que le traitement chimiothérapeutique est quasi exclusif) et à devenir inégalitaire.

Mais, ce qui se développe de plus en plus, ce sont les hôpitaux de jour dont les premiers furent donc créés dès les années cinquante dans le secteur pilote du 13^{ème} arrondissement mais dont la généralisation date de la fin des années 1980.

Les hôpitaux de jour doivent permettre aux malades d'éviter une hospitalisation et leur permettre de rester dans leur « milieu naturel », leur famille, leur quartier...

C'est une institution, révolutionnaire dans les premiers temps (et désormais classique dans l'organisation générale des soins), puisqu'elle permet de penser le soins psychiatrique sans enfermement dans l'hôpital. Mais une fois de plus, cette institution n'est pas sans poser quelques problèmes : elle transfère sur la famille ou les proches une partie du travail, ceux qui n'ont donc pas de réseau social suffisamment solide alors largement pénalisés.

Nous venons donc de voir que l'hospitalisation psychiatrique a largement évolué, les hospitalisations parfois à vie dans des asiles loin des villes appartiennent au passé. Les hospitalisations sont désormais plus courtes, se font même dans la cité... Ceci peut être un progrès considérable pour les malades qui ainsi ne se « dé-socialisent » pas. Mais quand la fermeture des lits obéit à des préoccupations plus comptables que médicales, on assiste à une véritable « externement arbitraire » pour reprendre l'expression de Philippe Rappart, ancien médecin à l'hôpital d'Etampes. Il semble ainsi que de nombreuses personnes sans domicile souffrent de pathologies mentales mais ne soient pas hospitalisés, faute de places.

Le tableau de l'hospitalisation en psychiatrie ne serait pas complet si l'on n'évoquait la place des cliniques privées, associatives, mutualistes ou à but lucratifs, qui, comme c'est le cas pour la médecine en générale, accueillent des patients souvent plus favorisés que dans le public. La structure privée et la sélection des malades a d'ailleurs permis à des cliniques de mener une psychiatrie innovante : que l'on pense par exemple à la clinique La Verrière (appartenant à la MGEN) ou à la clinique de La Borde (présentée dans le film de Nicolas Philibert –la moindre des choses-).

- Sortir de l'hôpital : la multiplication des dispositifs permettant la réinsertion du malade mais au risque de statut de « malade à vie »

Les malades sortant de l'hôpital peuvent continuer à bénéficier d'un suivi en hôpital de jour ou en CATTP, centre d'accueil thérapeutique à temps partiel... ils peuvent être hospitalisés pour les périodes très courtes ou pour un appui ponctuel en CAC, centre d'accueil et de crise.

Toutes ces institutions permettent de faire le lien entre la sortie de l'hôpital et la vie sociale. Beaucoup de ces malades ont des traitements quotidiens ou des injections de neuroleptiques « retard ». Le malade doit apprendre à vivre avec sa maladie.

Lorsque sa maladie le handicape pour trouver un travail ou pour accomplir certains gestes de la vie courante, comme gérer son budget, le malade se transforme en

handicapé est peut dès lors bénéficier de l'AAH, allocation adulte handicapé, après être passé par la commission Cotorep. Il peut également, suite à une décision de justice, être mis sous sauvegarde de justice, tutelle ou curatelle. Si ce dispositif permet à certains « handicapés psychiques » d'avoir un revenu minimum, cette mesure est cependant fortement stigmatisante.

Enfin, il existe des entreprises accueillant ces malades ou plutôt handicapés (la frontière est floue et l'enjeu de débats), ce sont les ateliers protégés, ou CAT, centre d'aide par le travail, dont en théorie les exigences de productivité sont adaptées aux capacités des travailleurs handicapés. Ces entreprises permettent au malade d'avoir un travail, donc un salaire et un « rôle social », peuvent donc être perçues comme des mesures d'insertion alors que parfois, elles sont fortement stigmatisantes et excluantes du monde de « normaux ». Mais cette critique reste à confronter aux trajectoires personnelles des différents malades.

La santé mentale ce n'est pas qu'un volet médical, elle a une forte composante sociale. Ainsi, un réseau d'associations (UNAFAM, FNAP-PSY, la fédération des associations de Croix Marine), de professionnels (assistantes sociales...) travaillent à l'insertion des malades mentaux, et à un changement de nos représentations quant à ces derniers. L'AAH, institué par la loi de 1975 fut en partie le produit des batailles de ces acteurs. Si elle constitue un progrès considérable, elle fut critiquée en son temps car figeait le malade devenu handicapé dans un rôle négatif.

Trois volets : prévention-hospitalisation-insertion participent de la prise en charge des malades mentaux. Un certain nombre de lignes de force semblent se dégager de cette analyse : la santé mentale a tendance à couvrir une part de plus en plus large de l'espace social, pour le meilleur et pour le pire. Elle a tendance à se médicaliser : les recherches en psychiatrie sont de plus en plus axées sur la neurologie et la thérapeutique par excellence est le médicament. La réadaptation et la réinsertion sont au centre de ses préoccupations, là encore pour le meilleur et pour le pire : les appartements thérapeutiques peuvent permettre au malade un retour « en douceur » dans la cité alors que certains projets peuvent évacuer toute notion de soin et de référence à la guérison, en transformant le malade en handicapé ou en mineur à « vie ».

Annexe 14: Le plan de santé mental

La modernisation de la psychiatrie est une donnée constante qui aujourd'hui se matérialise dans l'application du plan de santé mentale.

Pour appréhender celui-ci et ses enjeux, nous pouvons nous référer au discours de présentation fait par le Ministre des solidarités, de la santé et de la famille le 4 février 2005, Monsieur Philippe Douste-Blazy.

1- contexte :

Il est à noter que le discours prend pour cible tant les malades que les professionnels.

Concernant les malades Monsieur le ministre veut justifier ses propos « parce que le propre de la santé mentale est qu'elle doit faire face à la souffrance née du plus intime. Face à cette souffrance secrète, indicible, le premier devoir d'une société fondée sur les solidarités et les libertés est de reconnaître qu'il ne saurait y avoir un seul type de réponse. La souffrance psychique n'est ni évaluable, ni mesurable. La maladie psychique retentit sur la personne comme individu, mais aussi comme être social, parce qu'elle altère le rapport à l'autre, base du lien social ». Quant aux professionnels du secteur psychiatrique, médicaux et non médicaux, « exemplaires, motivés, compétents, dévoués, travaillant souvent dans des conditions difficiles, épuisés à force de tenter de maintenir à flots un navire à qui on n'a pas donné tous les moyens » .

Face à la maladie mentale, la société se tait à la mesure du silence qui entoure un système encore porteur de tabou. C'est le délicat problème de l'enfermement de celui qui est différent, déjà soulevé avec justesse par Michel Foucault. La volonté présente dans le discours est bien d'apporter aujourd'hui, une réponse construite avec l'ensemble des acteurs, non seulement pour la santé publique, mais aussi pour la société. Pour mieux répondre aux besoins des patients souffrant de maladie mentale, il est nécessaire de les écouter, de leur parler et d'établir l'indispensable communication entre eux et le monde extérieur. Ce sont ces gestes invisibles qui permettent de redonner aux patients toute leur dignité et leur place, non seulement comme malade à part entière, mais aussi comme citoyen.

Aujourd'hui, la psychiatrie se trouve confrontée à une situation paradoxale et complexe. Les comparaisons européennes de santé mentale montrent que la place de la France n'est pas à la hauteur de son ambition. La France a le taux de suicide le plus élevé pour les personnes âgées, le deuxième pour les adolescents, alors que la

consommation des psychotropes est parmi les plus importantes. Le recours à la psychothérapie y est parmi le plus faible d'Europe. Plus de 80 % des patients souffrant de troubles mentaux sont pris en charge par des médecins généralistes, le recours à une consultation spécialisée auprès d'un psychiatre demeure difficile. Paradoxalement, la France possède le plus grand nombre de psychiatres par habitant après la Suisse. C'est la spécialité qui compte le plus de praticiens, puisque 13 000 psychiatres sont actuellement en exercice. Les capacités d'hospitalisation en psychiatrie, mesurées en nombre de lits par habitant, placent la France en troisième position en Europe.

Mais aujourd'hui nous avons un double constat est à faire : La réponse publique n'est pas adaptée. L'offre des soins psychiatriques est inégale sur l'ensemble du territoire et souffre de cloisonnement. Dès lors le plan de santé mentale a pour objectifs d'aboutir à un programme d'actions novateur et correcteur, pour améliorer la prise en charge psychiatrique, en lui donnant les moyens de ses ambitions. Dans cette mesure et par l'application du dit plan, un nouveau mouvement d'évolution pourrait se greffer sur l'organisation générale des textes.

2-les quatre priorités du plan de santé mentale

Premier axe : réinvestir dans les murs de l'hôpital psychiatrique.

Il y a quelques années, il a été défendu l'idée qu'il y avait trop d'hôpitaux, qu'il fallait fermer de nombreux lits (50% en 10 ans !).

L'environnement des patients et les conditions de travail se sont alors dégradées. Le plan prône dès lors d'arrêter cela et au contraire, de renforcer l'hospitalisation complète et confirmer le moratoire sur la fermeture de lits en psychiatrie.

Aujourd'hui, le besoin en investissements des services de psychiatrie, qu'ils soient en hôpitaux spécialisés, en centres hospitaliers, ou en centres hospitaliers universitaires, est estimé, à 2 milliards d'euros. Mais pour rendre efficiente cette ambition, il faut rompre le cercle vicieux du désinvestissement chronique.

Il est donc prévu de lancer un programme massif d'investissements pour la psychiatrie, un programme sur 6 ans, de 2005 à 2010. Les aides du plan "hôpital 2007" qui y sont consacrées seront triplées: 750 millions d'euros d'aides seront dégagées afin de générer plus de 1,5 milliards d'euros d'investissements supplémentaires.

Cette ambition apparaît comme une nécessité pour la reconstruction, la rénovation, l'humanisation (Il existe, dans notre pays, des cellules d'isolement indignes...) et surtout, la sécurisation (liaisons directes entre les services d'urgence et le commissariat ou la gendarmerie, dispositifs individuels de téléalarmes, sécurité des bâtiments, personnels de sécurité...).

Le secteur de la psychiatrie doit disposer d'un bien meilleur niveau d'accueil, de confort et de sécurité. C'est un signe fort qui ne pourra que redonner confiance à la population, aux patients et aux professionnels, et suscitera de nouvelles vocations. Cet investissement doit bénéficier non seulement à la modernisation des locaux, mais aussi à l'organisation des soins. Il faut donner un nouvel élan au « secteur psychiatrique », et le conforter comme base de l'organisation des soins. Mais, il faut aussi rapprocher l'offre hospitalière de la population qu'elle dessert, en la rapprochant des centres villes. Les différents acteurs de la santé mentale doivent mieux travailler ensemble : le secteur, les psychiatres libéraux, les établissements privés, les médecins généralistes. Tout en réaffirmant la vocation et la légitimité du « secteur », les réseaux de santé doivent se développer.

Deuxième axe : Les murs ne sont rien sans les Hommes, il faut donc augmenter les moyens humains.

En renforçant l'hospitalisation complète, (moratoire sur les fermetures de lits et de places) et désire aussi de conforter l'offre psychiatrique des services d'urgences en centres hospitaliers et CHU. Pour les praticiens hospitaliers, les négociations statutaires en cours doivent permettre de rendre les postes de psychiatres plus attractifs, et d'entamer un rééquilibrage géographique, en rémunérant mieux, par exemple, les praticiens hospitaliers dans les zones déficitaires en psychiatres. Par ailleurs, une augmentation du nombre d'internes en psychiatrie de 245 à 300 par an devra être effective.

En développant les alternatives à l'hospitalisation, les soins ambulatoires, comme l'hôpital de jour, de semaine ou de nuit, et les centres médico-psychologiques D'ici 2008 près de 140 M€ seront débloqué afin de créer 2 500 postes médicaux et non médicaux.

C'est un changement total de politique, puisque les moyens attribués à la psychiatrie n'ont cessé de décroître depuis 10 ans. La réorganisation de la psychiatrie vers plus de modernité doit se poursuivre, en s'appuyant sur plus de moyens.

Troisième axe : la nécessaire amélioration de la formation des infirmiers et des infirmières à la psychiatrie.

En application d'une directive européenne, en 1994, la formation spécifique des infirmières/infirmiers en psychiatrie a disparue. Et le départ à la retraite de professionnels confirmés brise la transmission d'un savoir, fait de vécus, précieux dans le domaine de la psychiatrie.

Pour tous ceux qui prennent un nouveau poste en psychiatrie, il est envisagé un double dispositif d'accompagnement durant la première année d'exercice. Ce dispositif comporterait :

- une formation d'adaptation à l'emploi, en accord avec les syndicats, dès 2005, qui serait une mise en situation professionnelle, à l'extérieur de leur propre service. Cette formation serait composée de 5 périodes de 3 jours pendant lesquelles seront analysées les situations rencontrées par les infirmiers.
- Une généralisation d'un dispositif innovant de compagnonnage/ tutorat. Le tuteur serait une infirmière ou infirmier en psychiatrie qui aurait choisi d'être formateur. Il n'aurait pas de relation hiérarchique. Ce serait un infirmier expérimenté qui prendrait le tiers de son temps pour accompagner 4 nouveaux collègues, en les suivant chacun en moyenne 3 heures par semaine, toute l'année.

Ces mesures sont certes très coûteuses, mais elles sont nécessaires. Le ministre étant prêt à y consacrer près de 25 millions d'euros par an.

Quatrième priorité : développer l'offre sociale et médico-sociale, avec volontarisme.

C'est un début de réponse aux 10 000 patients hospitalisés qui pourraient être mieux pris en charge médicalement en soins externes, s'il leur était possible de bénéficier d'un accompagnement ou d'un hébergement adapté. C'est aussi une réponse à tous ceux qui, sans être hospitalisés, ne trouvent pas de prise en charge adaptée. Il est donc envisagé de :

-créer 1 900 places dans les services d'accompagnement à domicile -flécher, pour la santé mentale, 1 000 places d'hébergement en établissements médico-sociaux -créer 300 lieux d'entraide, appelés par les associations "clubs". Certains existent déjà à titre expérimental. Il s'agit de groupes d'entraide mutuelle, permettant en accueil de jour, de tisser ou de maintenir un lien social par l'intermédiaire de rencontres et d'activités culturelles, de loisirs ou sportives.

Ce renforcement global de l'offre sociale et médico-sociale en santé mentale, représente un effort considérable de 86 millions d'euros sur 3 ans ; soit 38 M€ pour l'hébergement, 20 M€ pour les lieux d'entre aide, financés dès 2005 par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie, enfin 28 M€ pour les services d'accompagnement.

3- Deux programmes spécifiques

L'un concerne les détenus : La réforme de 1994 de la médecine pénitentiaire, qui a été mise en place par Simone Veil, a commencé à porter ses fruits pour les maladies somatiques. Des unités spécialisées les UHSI (Unités hospitalières sécurisées interrégionales) sont en train de s'ouvrir dans les hôpitaux pour accueillir les détenus dans des conditions optimales, à la fois sur le plan de la sécurité et des soins, dans chaque région pénitentiaire.

Mais le nombre de personnes incarcérées atteintes de troubles psychotiques a quintuplé ces dix dernières années. Il est passé de 5 % à 25 % aujourd'hui. Des unités spécialisées pour les détenus atteints de troubles psychiques nécessitant une hospitalisation sont à construire.

A terme, 19 unités appelées UHSA (Unités hospitalières spécialement aménagées) répondront à ces besoins. Un engagement avec le ministère de la Justice, l'élaboration du cahier des charges et un programme des cinq unités les plus importantes, qui devront être opérationnelles en 2008, et couvrir 60 % de la population carcérale.

Le deuxième programme concerne **l'amélioration de la prise en charge de la dépression et la lutte contre le suicide**

Nombre de personnes prenant un traitement antidépresseur n'en ont probablement pas besoin. A contrario, moins de la moitié des personnes souffrant de troubles dépressifs graves sont pris en charge. En effet, on confond souvent la souffrance liée à un évènement difficile de la vie, comme la perte d'emploi ou le dépit amoureux, la déprime et la dépression, la « vraie ». Les professionnels ont aussi des difficultés à adapter leur traitement face à la demande du patient.

Deux actions sont à mener simultanément :

- réaliser une campagne média grand public, par l'INPES (Institut de prévention et d'éducation à la santé), pour expliquer aux Français la différence qui existe entre « la déprime » et la dépression et en soulignant que les antidépresseurs ne sont pas forcément une bonne réponse à la tristesse.

- aider les professionnels de santé en leur diffusant des guides au repérage des troubles dépressifs et des recommandations de conduite à tenir. La Haute Autorité en Santé élaborera ces recommandations, et je veillerai à ce que l'ensemble des sensibilités de la psychiatrie française, dont la psychanalyse, soient associés à leur élaboration.

Pour lutter contre le suicide, à la fois fléau individuel et enjeu de santé public, les réponses ne sont pas simples. Une stratégie nationale d'actions face au suicide a été mise en œuvre sur 2000-2005. Son évaluation est en cours de réalisation, et il sera alors envisagé les poursuites ou les inflexions nécessaires.

Néanmoins, des efforts à destination des jeunes sont à mener. Il s'agit essentiellement de repérer la dépression dans les établissements scolaires. Cette action sera conduite, en lien avec l'Education Nationale, dans le cadre du Partenariat en Santé Publique développé entre les deux Ministères. Les enseignants seront sensibilisés au repérage des modifications comportementales des enfants dans le cadre scolaire. La santé scolaire jouera donc un rôle clé dans ce dispositif. Les infirmières en particulier, seront formées à l'écoute des jeunes, pour lesquels elles constituent déjà des référents naturels - notamment pour l'accès à la pilule du lendemain pour les filles.

Concernant la prise en charge des enfants et des adolescents, le retard constaté en pédo-psychiatrie devra être rattrapé, en créant des lits dans les départements qui en sont dépourvus. Dix départements ne disposent pas aujourd'hui d'hospitalisation complète en psychiatrie infanto-juvénile. 11 millions d'euros y seront consacrés et feront l'objet d'une évaluation précise de leur utilisation. Une réflexion est également à mener sur la formation de nouveaux pédopsychiatres, trop peu nombreux aujourd'hui. Enfin, la poursuite de la mise en place des Maisons des Adolescents comme la Maison de Solenne à Cochin, dans le cadre d'un partenariat entre mon ministère et la Fondation Hôpitaux de Paris - Hôpitaux de France selon le principe proposé par Madame Bernadette Chirac est à promouvoir.

4- Des mesures transversales et une démarche résolue de promotion de la santé mentale pour le grand public.

Pour les patients, il s'agit de renforcer les droits des malades et de leurs proches.

- en veillant à leur pleine participation dans l'élaboration des schémas d'organisation sanitaire

- en portant le niveau global des subventions aux associations d'usagers et de familles à 600 000€;

- en ne limitant plus les compétences des commissions départementales des hospitalisations psychiatriques aux seules hospitalisations sans consentement, mais également à certaines pratiques réalisées en hospitalisation libre, comme la mise en chambre d'isolement, la contention ou l'hospitalisation en services fermés.

Enfin, l'image de la santé mentale doit être aussi améliorée par la diffusion d'informations régulières sur la psychiatrie et la santé mentale, en dehors de toute crise ou drame. Toutes les actions de promotion de la santé mentale doivent être encouragées et soutenues

Au total, ce plan pourrait ainsi bénéficier :

- en investissements, de 750 millions d'euros d'aides entre 2006 et 2010 ;
- en fonctionnement de 280 millions d'euros de 2005 à 2008.

C'est donc plus d'un milliard d'euros qui seront consacré à ce plan, un effort considérable de la collectivité à la hauteur des enjeux de la santé mentale.

Il s'agit donc d'une véritable construction d'une nouvelle politique de santé mentale globale.