

Circulaire DHOS/O 2 n° 2004-507 du 25 octobre 2004 relative à l'élaboration du volet psychiatrie et santé mentale du schéma régional d'organisation sanitaire de troisième génération

25/10/2004

Références :

Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique ;
Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création des établissements ou services sociaux ou médico-sociaux ;
Article 48 de la loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice ;
Article 9 de loi n° 98-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs ;
Décret n° 2000-412 du 18 mai 2000 relatif pris en application du titre du livre III du code de la santé publique et relatif à l'injonction de soins concernant les auteurs d'infractions sexuelles et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : décrets en conseil d'Etat) ;
Arrêté du 27 avril 2004 pris en application des articles L. 6121-1 du code de la santé publique fixant la liste des matières devant figurer obligatoirement dans les schémas régionaux d'organisation sanitaire ;
Circulaire DHOS/O2 ; DGS/SD6B n° 2000-460 du 8 septembre 2000 relative à l'organisation des soins hospitaliers pour les personnes ayant des conduites addictives ;
Circulaire DGS/DGAS/DHOS/DSS n° 2002-157 du 18 mars 2002 sur l'amélioration de la filière de soins gériatrique ;
Circulaire DGS/DGAS/DHOS/DPJJ n° 2002-282 du 3 mai 2002 relative à la prise en charge concertée des troubles psychiques des enfants et adolescents en grande difficulté ;
Circulaire DHOS/O1/2003-195 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences ;
Circulaire DHOS/O/2004-44 du 4 février 2004 relative à l'hospitalisation à domicile ;
Circulaire DHOS/O/2004-101 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération.

Le ministre de la santé et de la protection sociale à Mesdames et Messieurs les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation (pour exécution et diffusion) ; Madame et Messieurs les préfets de régions (directions régionales des affaires sanitaires et sociales [pour information]) ; Mesdames et Messieurs les préfets de départements (directions départementales des affaires sanitaires et sociales [pour information])

Les besoins dans le domaine de la santé mentale appellent des réponses du dispositif de soins spécialisé de psychiatrie ainsi que d'autres professionnels relevant des champs sanitaire, social, médico-social voire éducatif ou judiciaire. La construction de la sectorisation psychiatrique a permis l'intégration du fait social dans la pratique psychiatrique et la prise en compte de la triple dimension biologique, psychologique et sociale du trouble psychique, au profit de l'amélioration de l'accessibilité des soins, du développement et de la diversification des prises en charge. Le secteur psychiatrique peut, en outre, être considéré comme le précurseur du travail en réseau.

Les schémas régionaux d'organisation de la psychiatrie ont, à cet égard, favorisé l'intégration de la psychiatrie dans l'offre générale de soins, le développement des alternatives à l'hospitalisation et des soins ambulatoires. Cependant, la mise en oeuvre des objectifs de la sectorisation reste incomplète et l'offre de soins en psychiatrie est inégalement répartie sur le territoire. De plus, l'évolution des attentes des usagers, la multiplication des sollicitations des équipes de psychiatrie ainsi que le nombre de personnes concernées impliquent la poursuite de la réorganisation de l'offre régionale de soins pour répondre aux besoins en santé mentale.

C'est pourquoi la présente circulaire vise, dans une première partie, à vous rappeler les orientations stratégiques, identifiées comme prioritaires au niveau national. Elle fait suite, notamment, au plan d'actions pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale (1). Elle est, à cet égard, complémentaire des orientations ayant déjà fait l'objet de recommandations (ou en cours d'élaboration).

De plus, en complément de la circulaire DHOS/O/2004 n° 101 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) de troisième génération, la présente circulaire vise à préciser l'impact des modifications introduites par l'ordonnance de simplification du 4 septembre 2003 sur la planification en santé mentale, dans l'attente de la parution des textes réglementaires d'application de l'ordonnance.

Le thème « psychiatrie et santé mentale » (2) doit être obligatoirement abordé dans un calendrier correspondant à celui de la publication du SROS troisième génération. Cette évolution doit permettre d'améliorer l'articulation des soins somatiques et psychiatriques, notamment la réponse aux urgences, l'intervention des équipes de psychiatrie dans les autres services et la couverture des besoins somatiques des patients pris en charge en psychiatrie. Le SROS doit en

<http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dhoso-2-n-2004-507-du-25-octobre-2004-relative-a-lelaboration-du-volet-psy-chiatrie-et-sante-mentale-du-schema-regional-dorganisation-sanitaire-de-troisieme-generation/>

particulier reposer sur un découpage territorial cohérent entre l'offre de soins somatique et psychiatrique.

Précédemment, le secteur psychiatrique revêtait le caractère de circonscription géographique et comportait une dimension fonctionnelle. Il était désigné comme acteur exclusif des missions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale dans le cadre de la lutte contre les maladies mentales. Il est désormais maintenu dans sa seule dimension fonctionnelle : accessibilité, continuité, pluridisciplinarité et qualité des soins. Au sein du territoire de santé, défini dans chaque région, les secteurs de psychiatrie contribuent à la lutte contre les maladies mentales avec les établissements de santé privés (dits « non sectorisés »), selon des modalités à définir par voie réglementaire. Enfin, le SROS tient compte de l'articulation des moyens des établissements de santé avec la médecine de ville et le secteur médico-social et social. La présente circulaire expose donc, dans une deuxième partie, les principes d'élaboration des volets « psychiatrie et santé mentale » des SROS 3 visant, à partir d'une évaluation des besoins en santé mentale, une adaptation territoriale de l'offre régionale de soins.

1. Les orientations stratégiques repérées au niveau national

Le SROS a vocation à fixer des objectifs en vue d'améliorer la qualité, l'accessibilité et l'efficacité de l'organisation sanitaire. Cet objectif fait appel aux objectifs de la sectorisation psychiatrique, qui n'ont pourtant été que partiellement atteints. Cette dynamique doit donc être poursuivie et intensifiée, sur la base de principes et besoins de certaines populations définis comme prioritaires au niveau national, pour lesquels les recommandations spécifiques existantes ou en cours de finalisation vous sont rappelées.

1.1. Les principes d'organisation

a) Garantir l'accessibilité des soins :

En termes géographiques, il convient de privilégier une réelle prise en charge de proximité, en tenant compte de la démographie médicale et de l'environnement. Il s'agit en particulier de poursuivre le développement et la diversification des activités et structures de soins alternatives à l'hospitalisation et ambulatoires, au plus près des lieux de vie et d'activité des populations, y compris au domicile des patients. Ils bénéficient, ainsi, en fonction de leurs besoins et de leur projet de vie, de réponses souples et évolutives en termes de pratiques et de structures.

En outre, le premier contact avec les urgences hospitalières ou le dispositif spécialisé en psychiatrie, en situation de crise ou d'urgence, est déterminant pour l'inscription dans la démarche de soins. L'objectif est donc d'assurer une prise en charge de qualité aux urgences de l'hôpital général, afin de garantir l'accessibilité et la continuité des soins, tout en limitant le recours à l'hospitalisation sous contrainte. Les urgences ne doivent toutefois constituer qu'un recours ultime au sein d'un dispositif global et gradué de prise en charge de l'urgence et de la crise, utilisant en amont et en aval des urgences hospitalières, toutes les réponses ambulatoires et les ressources de prévention et de détection des troubles. Je vous rappelle que ces orientations sont prévues par la [circulaire DHOS/O1/2003-195 du 16 avril 2003](#) relative à la prise en charge des urgences, qu'il vous appartient donc de mettre en oeuvre à l'occasion de l'élaboration des volets santé mentale des SROS 3.

Ces objectifs doivent être complétés par le rapprochement de l'hospitalisation complète en psychiatrie, de la population qu'elle dessert, de préférence à l'hôpital général, afin de faciliter la psychiatrie de liaison à l'hôpital général et de préserver l'insertion familiale et sociale des patients. Toutefois, cette dynamique doit être mise en oeuvre dans des conditions assurant la qualité et la sécurité des soins, en regard notamment des contraintes de la démographie médicale, et en veillant donc à ne pas créer d'unités d'hospitalisation isolées qui ne permettent pas d'organiser la permanence des soins. Il s'agit, par ailleurs, de raccourcir les délais de réponse par d'autres modes d'organisation des services en permettant la réponse en temps réel aux demandes qui le justifient, en augmentant l'amplitude ou en adaptant les horaires d'ouverture des structures d'accueil. Compte tenu de la diversité des modalités d'accès aux soins et des acteurs concernés (généralistes, spécialistes publics et privés, professionnels du secteur social, médico-social, éducatif, judiciaire...), le dispositif spécialisé intervient alors, selon les cas, sous forme de prises en charge directes des personnes ou d'interventions indirectes auprès de ces professionnels de première ligne (conseil, formation...).

b) Garantir la qualité de l'offre de soins psychiatrique :

Cet objectif, comme le précédent, repose sur la poursuite du développement d'une offre de soins graduée et diversifiée et une accessibilité géographique de l'hospitalisation complète.

Il implique également le développement d'une offre médico-sociale adaptée aux besoins des personnes hospitalisées au long cours en psychiatrie faute d'un relais social ou médico-social. On estime qu'elles occupent, un jour donné, 26 % des lits d'hospitalisation complète en psychiatrie. Cette action permettrait, en outre, de diminuer la pression actuelle sur les lits en psychiatrie. Des programmes de création de places en institutions et services médico-sociaux sont en cours <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dhoso-2-n-2004-507-du-25-octobre-2004-relative-a-l-elaboration-du-volet-psy-chiatrie-et-sante-mentale-du-schema-regional-d-organisation-sanitaire-de-troisieme-generation/>

(services d'accompagnement, structures d'hébergement, travail adapté).

Il vous appartient, dans le cadre de telles opérations, de garantir, à la psychiatrie, le maintien des moyens indispensables pour répondre à des besoins d'hospitalisation prolongée en psychiatrie qui restent justifiés, dès lors notamment qu'ils concernent une affection dont les troubles restent caractérisés par leur évolutivité et leur acuité et pour assurer la liaison nécessaire avec le secteur médico-social pour ce qui concerne le soin des patients pris en charge (qu'ils résident en institution ou à domicile) et le soutien des professionnels.

Enfin, l'amélioration de la qualité des soins implique, selon l'organisation territoriale retenue, des locaux adaptés, entretenus et rénovés ainsi qu'un fonctionnement assurant notamment le respect des libertés individuelles, particulièrement en hospitalisation complète.

c) Garantir la continuité et la cohérence de la prise en charge :

Le principe de continuité conduit à considérer le dispositif de soins, essentiellement en termes d'intégration, d'articulation et de relais, pour permettre une adaptation des soins, quels que soient l'objet, le lieu, le moment, la durée et l'intensité de la prise en charge dont la personne a besoin, qu'ils relèvent strictement du domaine sanitaire ou pas. Or, le secteur psychiatrique ne peut, à lui seul, fournir l'ensemble des réponses attendues.

La nécessité d'aménager des parcours de soins au bénéfice des patients pour répondre à la complexité des besoins de soutien et de prise en charge tout au long de leur trajectoire, implique de :

- réduire les cloisonnements au sein du dispositif de soins (entre pédopsychiatrie et psychiatrie générale, entre psychiatrie et disciplines somatiques, entre la ville et l'hôpital) ;
- renforcer les partenariats et le travail en réseau avec les acteurs sociaux, médico-sociaux, éducatifs et judiciaires.

Les nouvelles modalités de planification et de coopération, introduites par l'ordonnance, proposent à cet égard des outils susceptibles d'en constituer le support.

d) Soutenir et impliquer les patients et leurs familles :

Les patients et leurs familles doivent être considérés comme des partenaires de l'équipe de psychiatrie et des acteurs de l'organisation des soins à part entière. A ce titre, ils doivent être écoutés, informés, formés et soutenus. C'est pourquoi il vous appartient d'associer les patients et leurs familles dès le lancement des travaux d'élaboration des volets « psychiatrie et santé mentale » des SROS 3.

1.2. Les axes de prise en charge repérés comme prioritaires au niveau national

Vous veillerez, tout particulièrement, à la mise en oeuvre de ces principes pour améliorer l'organisation de la prise en charge des populations ou des problématiques suivantes, repérées comme prioritaires au niveau national, et pour lesquels, en appui de la présente circulaire, des recommandations spécifiques existent ou sont en cours d'élaboration.

a) Les enfants et les adolescents :

Il convient de poursuivre l'adaptation de l'offre de soins en faveur des enfants et des adolescents, que la mise en oeuvre des schémas régionaux de psychiatrie a d'ores et déjà permis d'accompagner fortement dans la plupart des régions. A cet effet, un projet de circulaire DHOS/DGS/DGAS en cours de finalisation définit les conditions de participation de l'offre de soins spécialisées à la filière de prise en charge des enfants et des adolescents. L'objectif est de favoriser une organisation des soins centrée sur les enfants et les adolescents, tenant compte de leur environnement et de la diversité des troubles et pathologies rencontrés dans le champ de la santé mentale. Il s'agit de réduire les cloisonnements dans le champ sanitaire (entre pédopsychiatrie et services somatiques tels que la pédiatrie mais également entre psychiatrie infantile et psychiatrie générale) et avec la médecine de ville et le champ social, médico-social, éducatif et judiciaire.

Vous veillerez tout particulièrement, dans ce cadre, à promouvoir la collaboration médico-psychologique en périnatalité, conformément aux orientations définies dans le cadre de la mission confiée au docteur Molénat devant faire l'objet d'une circulaire fin 2004.

b) Les personnes âgées :

La circulaire n° 2002-157 du 18 mars 2002 vise l'amélioration de la filière de soins gériatriques dans une logique d'articulation et d'intégration entre les acteurs du champ sanitaire, social et médico-social. En effet, qu'elles résident à leur domicile ou en institution, les personnes âgées sont plus particulièrement exposées aux risques de dépression, de souffrance psychique ou de détérioration intellectuelle découlant d'une pathologie dégénérative. La fréquence de ces pathologies appelle un soutien spécialisé des personnes elles-mêmes, de leur entourage ou des institutions et services médico-sociaux qui les accueillent.

L'élaboration obligatoire d'un volet consacré à la prise en charge sanitaire des personnes âgées implique une articulation indispensable avec l'offre de soins en psychiatrie. La priorité est accordée à une prise en charge de proximité dans le cadre de la psychiatrie de liaison, quel que soit le lieu, le moment et le champ dans lesquels les besoins de prise en charge spécialisée s'expriment. Il convient ainsi d'assurer des soins psychiatriques dans les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou dans les établissements et services de soins somatiques accueillant des personnes âgées. En outre, il convient de favoriser les interventions à domicile d'équipes psychiatriques, le cas échéant, spécialisées dans la prise en charge des personnes âgées. L'hospitalisation en psychiatrie doit être mise en oeuvre, lorsqu'elle est nécessaire, dans des conditions permettant, à son décours, une prise en charge adaptée en institution sociale, médico-sociale ou à domicile.

Il est donc recommandé de formaliser les articulations nécessaires sous forme de convention, afin d'éviter des ruptures de prise en charge et de garantir la coordination des réponses.

c) Les personnes handicapées en raison de troubles psychiques :

La situation des personnes handicapées du fait de troubles psychiques graves et persistants ne trouvent pas, actuellement, les réponses adaptées à leurs besoins en termes d'insertion sociale et professionnelle, en complément des soins qui doivent leur être prodigués. A cet égard, la prise en compte du handicap psychique dans le projet de loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées constitue un tournant primordial quant à la qualité de vie et à l'insertion sociale de ces personnes. La personne handicapée psychique continue, toutefois, de présenter des besoins de soins interrogeant le dispositif spécialisé de psychiatrie.

C'est pourquoi, à l'occasion de l'élaboration du volet « psychiatrie et santé mentale » des SROS 3, le rôle propre du dispositif de soins spécialisés, et du secteur psychiatrique en particulier, doit être repensé en termes d'articulations avec le champ social et médico-social. A cet effet, il vous appartiendra de mener une concertation élargie avec les autorités compétentes, en particulier les élus locaux.

Cet objectif repose notamment sur l'adaptation qualitative de la prise en charge des personnes hospitalisées au long cours de manière inadéquate en psychiatrie (cf. supra) et sur la poursuite du renforcement et de la diversification des réponses ambulatoires aux besoins spécifiques de ces personnes dans le champ du soin, notamment pour répondre aux situations d'urgence et de crise (le cas échéant à domicile).

d) Les personnes atteintes d'un syndrome autistique ou troubles envahissants du développement :

L'ampleur des difficultés encore rencontrées par les personnes atteintes d'autisme ou d'autres troubles envahissants du développement (TED) requiert une nouvelle impulsion et la relance de la politique d'accompagnement de ces personnes initiées en 1995. A cet effet, un plan national d'actions et une circulaire spécifiques (échéance prévue : fin 2004) sont en cours d'élaboration avec pour objectif de permettre un diagnostic, une prise en charge et un accompagnement précoces qui soient adaptés, individualisés et à caractère pluridisciplinaire.

Afin d'éviter des ruptures de prise en charge, le dispositif spécialisé dispense les soins nécessaires dans le cadre d'une étroite collaboration avec les acteurs des champs social, médico-social et éducatif. Dans chaque région, cet objectif repose notamment sur le renforcement, au sein des services de psychiatrie infanto-juvénile, d'équipes développant des compétences dans l'évaluation des TED. Elles contribueront notamment au déploiement des centres de ressources sur l'autisme et les TED, qui existent actuellement dans quelques régions.

e) Les personnes en situation de précarité et d'exclusion :

En référence au rapport « Souffrance psychique et exclusion sociale » (3) dans le cadre programme national de renforcement de la lutte contre les exclusions, présenté en mars 2003, une attention particulière doit être portée à cette problématique, qui pose des problèmes spécifiques de compréhension et de prise en charge.

L'objectif est ici, dans le cadre de partenariats entre les équipes de psychiatrie et les différents acteurs et institutions sanitaires et sociales (CHRS, permanences RMI, missions locales...) :

- de ne pas ignorer cette souffrance et ces pathologies en mettant en place les conditions d'une prévention, d'une prise en charge précoce, d'un diagnostic et d'une orientation appropriée quand cela est nécessaire ;
- de développer des actions de soutien et de formation des professionnels au contact de ces personnes en situation sociale précaire, afin de les aider dans leur travail au quotidien, parfois générateur de fortes tensions, voire de conflits ;
- de faciliter l'orientation et la prise en charge des personnes accueillies, en tant que de besoin en psychiatrie, tout en évitant la psychiatrisation du malaise social.

f) La prise en charge des personnes détenues et sous main de justice :

L'objectif est d'assurer à la population incarcérée et sous main de justice une qualité et une continuité des soins

équivalentes à celles dont dispose l'ensemble de la population. A cet effet, il convient de poursuivre le développement et la diversification des réponses proposées, en partenariat avec les services de soins somatiques (UCSA), avec le service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP) et avec les structures sanitaires et médico-sociales extérieures afin d'assurer la continuité des soins après la libération du patient. La prévention du suicide (sur la base des préconisations du rapport du professeur Terra (4) et la prise en charge des auteurs d'infractions à caractère sexuel constituent, à cet égard, des priorités pour les équipes de psychiatrie exerçant en milieu pénitentiaire.

La loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 dans son article 48 prévoit la création d'unités spécialement aménagées (UHSA), destinées à l'hospitalisation, au sein des établissements de santé, des détenus présentant des troubles mentaux. Toutefois, dans l'attente des textes réglementaires qui en préciseront les modalités de fonctionnement, les dispositions du premier alinéa de l'article R. 711-19 du code de la santé publique restent applicables.

g) Les personnes ayant des pratiques addictives :

Ces personnes relèvent, selon les situations, d'une prise en charge spécialisée en addictologie réalisée au sein du dispositif de soins général ou dans le champ médico-social, au sein des centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) et dans les centres de cures ambulatoires en alcoologie (CCAA). Il n'en reste pas moins que peuvent apparaître, au décours de leur prise en charge, des comorbidités (troubles psychiques, voire authentiques pathologies psychiatriques) dissimulées par la dépendance, nécessitant une prise en charge psychiatrique adaptée. De plus, une part importante de la file active en psychiatrie présente actuellement des conduites addictives (usages à risques, abus, dépendances) qu'il convient de prendre en compte.

Aussi, à l'occasion de l'élaboration des volets « psychiatrie et santé mentale » des SROS 3, le rôle propre du dispositif de soins psychiatrique spécialisé, public et privé, doit être apprécié, pour répondre aux besoins de soins des personnes ayant des pratiques addictives. Il vous appartient d'envisager son positionnement dans une prise en charge coordonnée avec les services de soins somatiques (en vous appuyant notamment sur la [circulaire DHOS/O2, DGS/SD6B n° 2000-460 du 8 septembre 2000](#) relative à l'organisation des soins hospitaliers pour les personnes ayant des pratiques addictives), la médecine libérale et les structures médico-sociales oeuvrant dans ce domaine. La formalisation de ces articulations doit contribuer à éviter des ruptures de prise en charge.

Il s'agit, à cet effet, de développer une approche cohérente entre les différents volets du SROS, les schémas sociaux et médico-sociaux et les priorités et actions de santé publique menées en région sur ce thème, dans le cadre de la mise en oeuvre de la loi relative à la politique de santé publique.

2. L'adaptation régionale de l'offre de soins est conduite sur la base d'une évaluation des besoins de la population

2.1. Passer d'une approche centrée sur les structures à une approche centrée sur les besoins : éléments d'aide à l'évaluation des besoins

Le SROS a pour objet de prévoir et susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins préventifs, curatifs et palliatifs afin de répondre aux besoins de santé physique et mentale, sur la base d'une évaluation des besoins de santé de la population et de leur évolution et après une analyse, quantitative et qualitative de l'offre de soins existante. L'évaluation des besoins est, en conséquence, essentielle.

Dans l'attente des résultats d'un module d'évaluation épidémiologique des besoins en santé mentale à des fins de planification dont l'expérimentation est lancée dans 4 régions (Ile-de-France, Haute-Normandie, Lorraine, Rhône-Alpes), je vous propose d'appréhender les besoins en santé mentale dans votre région à partir d'une série d'objectifs majeurs distinguant les domaines qui requièrent de manière dominante l'intervention directe de la psychiatrie et ceux qui requièrent principalement des interventions indirectes ou en partenariat. Elle ne s'impose toutefois pas comme un ensemble, exhaustif et hiérarchisé, d'axes devant obligatoirement être abordés dans toutes les régions.

Dans chaque région, cette analyse qualitative doit permettre d'organiser un diagnostic partagé avec les acteurs de votre région au travers duquel il s'agit d'identifier l'implication nécessaire des équipes spécialisées pour répondre à ces besoins, en fonction des ressources existant localement (notamment au regard du bilan des schémas régionaux de psychiatrie précédents et du niveau d'intervention des partenaires). Cette approche par objectifs permet alors de définir les priorités régionales et de prévoir une répartition différenciée de l'offre de soins, adaptée à chaque contexte local.

Dans ce cadre, j'attire votre attention sur la nécessité de prendre en compte les objectifs de santé publique et les plans stratégiques nationaux ainsi que leurs déclinaisons régionales, prévus par la [loi n° 2004-806 du 9 août 2004](#) relative à la politique de santé publique. De même, vous veillerez à l'articulation avec les politiques sociales et médico-sociales mises en oeuvre dans votre région, dans le cadre des schémas afférent à ces secteurs. Vous vous appuyerez utilement, à cet effet, sur les systèmes d'information et données existants dans ces domaines et sur les instances de concertation définies <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dhoso-2-n-2004-507-du-25-octobre-2004-relative-a-lelaboration-du-volet-psy-chiatrie-et-sante-mentale-du-schema-regional-dorganisation-sanitaire-de-troisieme-generation/>

ci-après.

a) Domaines requérant de manière dominante l'intervention directe de la psychiatrie - la réponse aux besoins :

- des personnes (enfants, adolescents, adultes) en situation de crise et d'urgence ;
- des familles (accueil, information et soutien) ;
- des personnes en matière de soins programmés de courte durée ou de longue durée en psychiatrie (enfants, adolescents, adultes, y compris en milieu pénitentiaire) ;
- des personnes nécessitant une intervention coordonnée de la psychiatrie infanto-juvénile et de la psychiatrie générale (en périnatalité et pour les adolescents) ;
- des patients « difficiles » (spécifique à la psychiatrie générale).

b) Domaines requérant de manière dominante des interventions indirectes ou en partenariat de la psychiatrie - la réponse aux besoins :

- de la population en matière de prévention ;
- des professionnels et des institutions de soins (travail de liaison) et des professionnels des établissements et services sociaux et médico-sociaux (formation, supervision) ;
- des personnes handicapées (enfants, adolescents, adultes) ;
- des personnes sous main de justice ;
- des personnes souffrant de pratiques addictives ;
- des personnes âgées ;
- d'insertion sociale et professionnelle des personnes adultes ;
- des enfants et adolescents en matière de soins, de scolarisation et d'études ;
- des enfants et adolescents relevant des dispositifs de protection de l'enfance.

2.2. Organiser la réponse aux besoins identifiés dans le cadre de territoires de santé

a) Eléments de cahier des charges pour la définition des territoires.

L'approche par les besoins justifie une définition du territoire fondée sur sa fonction. Celui-ci n'est plus défini par référence à une population cible. C'est pourquoi je vous invite à distinguer trois types de réponses territoriales sur le critère du « service rendu à la population » :

1. Une réponse de proximité

Elle correspond à la philosophie de la sectorisation et concrétise l'accessibilité, la continuité et la qualité des soins pour des patients pris en charge dans leur environnement. C'est le niveau privilégié pour :

- les soins généralistes de premier recours en ambulatoire et à domicile (dont le pivot au niveau du secteur est le centre médico-psychologique), en assurant les relais avec l'organisation au niveau du territoire de santé, pour assurer la continuité des soins en-dehors de heures d'intervention des équipes ou d'ouverture des structures de proximité ;
- la coordination entre acteurs et les pratiques en réseaux, notamment dans le cadre de la psychiatrie de liaison ;
- la mise en oeuvre d'une politique de prévention ;
- l'hospitalisation complète, sous réserve, comme indiqué précédemment, que la qualité et la sécurité des prises en charge soit assurées, en particulier en regard des contraintes liées à la démographie médicale.

Une réponse cohérente avec le territoire de santé défini dans le champ somatique.

L'augmentation du volume des demandes adressées à la psychiatrie, la diversification de leur nature, le nécessaire rapprochement de l'offre de soins psychiatrique et somatique, l'évolution du contexte géo-démographique imposent de dépasser le cadre géographique antérieur du secteur psychiatrique, qui ne peut répondre à toutes les demandes. L'adaptation de l'offre de soins psychiatriques dans le cadre des territoires de santé permet :

- une plus grande diversification voire différenciation des réponses aux besoins, notamment d'hospitalisation complète (selon que les besoins portent sur l'hospitalisation sous contrainte, l'hospitalisation prolongée ou la réadaptation, réhabilitation par exemple) ;
- le développement de nouvelles prises en charge pour des populations particulières (par exemple, hospitalisation à temps complet en psychiatrie infanto-juvénile, lieux d'accueil de crise pour adolescents, prise en charge des personnes âgées) ;
- la mutualisation des ressources disponibles, afin notamment d'assurer l'effectivité de la permanence médicale, en particulier pour la participation à la prise en charge dans les services d'accueil des urgences à l'hôpital général.

Elle correspond, dans le champ public, à la concrétisation de la pratique déjà fréquente de l'intersectorialité, souvent fondée sur une organisation fédérative des secteurs (qu'ils soient de psychiatrie générale ou infanto-juvénile). Il vous appartient de poursuivre et d'intensifier la mise en oeuvre de ces principes et évolutions sur la base d'outils existants (conventions, fédérations, départements) et des leviers promus par l'ordonnance de simplification (groupement de <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dhoso-2-n-2004-507-du-25-octobre-2004-relative-a-l-elaboration-du-volet-psy-chiatrie-et-sante-mentale-du-schema-regional-dorganisation-sanitaire-de-troisieme-generation/>

coopération sanitaire, réseaux de santé). Ces outils peuvent également constituer le support de réponses mutualisées entre établissements spécialisés du champ public ainsi qu'avec les établissements privés participant à la lutte contre les maladies mentales et avec les établissements de soins somatiques au sein des territoires de santé.

Une réponse spécialisée

Correspondant à une organisation au minimum départementale voire régionale ou interrégionale dans le cas de réponses très spécialisées, il s'agit de réponses à des besoins spécifiques, que l'on ne trouve pas au niveau de proximité ou du territoire de santé.

Il s'agit, par exemple, au niveau départemental de la réponse aux besoins d'hospitalisation des malades agités (structures de type UMAP/UPID) voire au niveau interrégional, des unités pour malades difficiles (UMD). Il peut s'agir également de développer des activités très spécialisées, par exemple, au sein de centres ressources ou de référence (autisme, troubles du comportement alimentaire, prise en charge des auteurs d'infraction sexuelle...).

Quel que soit le niveau de réponse, l'organisation territoriale ainsi appréhendée repose sur l'ensemble des équipes de psychiatrie des établissements de santé publics, organisés en secteurs psychiatriques ou non, et sur les établissements de santé privés à but lucratif et non lucratif. Cette organisation vise la mise en oeuvre des principes généraux définis précédemment et des objectifs de l'ordonnance de simplification :

- rapprochement de l'offre de soins somatique et psychiatrique dans une logique de réciprocité des réponses permettant à la fois une meilleure prise en charge des problématiques psychiatriques à l'hôpital général et une amélioration de la prise en charge des besoins somatiques, souvent insuffisamment pris en compte, des patients pris en charge en psychiatrie, sur la base d'interventions des équipes de soins somatiques ;

- renforcement des coopérations entre établissements publics et privés participant à la lutte contre les maladies mentales : je vous invite d'ores et déjà à initier des réflexions en ce sens. Dans l'attente d'une tarification adéquate de l'hospitalisation de jour et de nuit pour les établissements privés, prévue par le plan hôpital 2007, il s'agit notamment d'intégrer, chaque fois que possible, l'offre de soins des établissements privés pour répondre aux besoins de diversification des prises en charge à l'échelle du territoire de santé. Les textes d'application de l'ordonnance de simplification relatifs aux modalités de participation des établissements de santé privé interviendront pour concrétiser ces orientations dans le cadre de la mise en oeuvre des SROS 3.

- articulation entre les champs sanitaire, social et médico-social, particulièrement pour la réponse aux besoins des personnes autistes, des personnes handicapées psychiques, des personnes en situation de précarité et d'exclusion, des personnes âgées et des personnes ayant des pratiques addictives.

En outre, vous vous attacherez à prendre en compte les objectifs des plans régionaux de santé publique prévus par la [loi n° 2004-806 du 9 août 2004](#) relative à la politique de santé publique.

Enfin, vous veillerez à ce que cette évolution garantisse la complémentarité entre les trois types de réponses identifiés. La réponse généraliste de proximité constitue, en effet, le socle de l'offre de soins, que l'organisation au niveau du territoire de santé ne saurait que compléter et renforcer, en évitant l'écueil d'une spécialisation ou d'une segmentation de l'offre, contradictoire avec l'objectif d'accessibilité des soins.

b) Des territoires de concertation

Avec la régionalisation complète de la planification, les conseils départementaux de santé mentale (CDSM) sont supprimés. Désormais, trois lieux ou niveaux de concertation contribuent à l'organisation des soins en psychiatrie pour répondre aux besoins en santé.

Structurer la concertation de proximité :

Cette concertation de proximité contribue, notamment par l'appréhension de situations individuelles dans le cadre d'un travail en réseau formalisé, à faire émerger, au niveau local, un diagnostic partagé sur les besoins et l'état de l'offre ainsi que sur les évolutions souhaitables, sur le plan sanitaire mais également social, médico-social, éducatif, judiciaire... Des expériences multiples existent, par exemple, dans le cadre des conseils de secteurs sous le pilotage des psychiatres responsables, ou dans le cadre de conseils locaux de santé mentale (au niveau communal, intercommunal ou d'une agglomération).

Quel que soit le mode de structuration retenu, la qualité de cette concertation de proximité implique son appropriation par les acteurs, et en particulier par les élus locaux, les usagers et leurs familles. Aussi, je vous invite à vous appuyer sur les dispositifs de coordination et de concertation locale existantes et à inciter les acteurs à structurer cette concertation de proximité lorsqu'elle ne l'est pas.

Les conférences sanitaires.

La circulaire relative à l'élaboration des SROS de troisième génération vous rappelle l'intérêt de la concertation qui devra <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dhoso-2-n-2004-507-du-25-octobre-2004-relative-a-lelaboration-du-volet-psy-chiatrie-et-sante-mentale-du-schema-regional-dorganisation-sanitaire-de-troisieme-generation/>

être initiée dans le cadre des conférences sanitaires, afin d'appréhender l'offre de soins dans sa globalité.

J'insiste sur la nécessité que les établissements et professionnels de l'offre de soins spécialisée en psychiatrie, en soient partie prenante et que les partenaires sociaux et médico-sociaux y soient associés en tant que de besoin.

Des modalités particulières de concertation en santé mentale au niveau régional.

L'ordonnance de simplification administrative prévoit des modalités particulières de concertation régionale en santé mentale, définies par voie réglementaire.

Dans l'attente des textes d'application prévus, je vous demande de mettre en place une instance régionale de concertation en santé mentale. Afin de favoriser le décloisonnement entre les champs sanitaires, sociaux et médico-sociaux et les usagers et leurs familles, vous veillerez à une représentation équilibrée des différents modes et lieux d'exercice de la psychiatrie dans le champ sanitaire (médical/non médical, sectorisée/non sectorisée, adultes/enfants, public/ privé/ libéral) mais également des professionnels de santé « somaticiens », des professionnels du secteur médico-social, des représentants des usagers et de leurs familles et des élus (notamment des conseils généraux).

Elle contribuera, à cette étape, à l'émergence d'un diagnostic sur les besoins et à l'analyse de l'offre existante ainsi qu'à la définition d'orientations prioritaires au niveau régional. Vous vous appuyerez, par la suite, sur cette instance pour contribuer à la mise en oeuvre, au suivi et à l'évaluation du volet « psychiatrie et santé mentale » du SROS. Dans un souci d'opérationnalité, cette instance peut décliner ses travaux dans le cadre de commissions thématiques, selon les priorités qu'elle aura définies en son sein.

*

**

La présente circulaire a vocation à préparer l'évolution de l'offre de soins en psychiatrie et en santé mentale, qui constitue l'un des axes majeurs du plan pluriannuel de santé mentale, en cours d'élaboration.

Dans l'attente, vous voudrez bien me faire part, sous le présent timbre (DHOS/O2), des difficultés éventuelles que vous pourriez rencontrer dans la mise en oeuvre des recommandations de cette circulaire. Mes services sont, en outre, à votre disposition pour toute information et concours qui pourraient vous être utiles.

Pour le ministre et par délégation :

Le directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, E. Couty

(1) Plan d'actions pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale - Rapport remis au ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées le 15 septembre 2003 par les docteur P.Clery Mélin et JC Pascal et du professeur V.Kovess-Mafety.

(2) Arrêté du 27 avril 2004 pris en application de l'article L. 6121-1 du code de la santé publique fixant la liste des matières devant figurer obligatoirement dans les schémas régionaux d'organisation sanitaire (Journal officiel du 15 mai 2004)

(3) « Souffrance psychique et exclusion sociale » - Rapport du groupe de travail mis en place par D. Versini, secrétaire d'Etat à la lutte contre la précarité et l'exclusion sous la direction du professeur Parquet - septembre 2003.

(4) « Prévention du suicide des personnes détenues - Evaluation des actions mises en place et propositions pour développer un programme complet de prévention » - Rapport de mission à la demande du garde des sceaux, ministre de la justice, et du ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées - décembre 2003.