https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dh-pe-3dgs-sp-3-n-93-00-du-14-mars-1993-relative-aux-procedures-de-planification-en-sante-mentale/
Circulaire DH-PE 3/DGS-SP 3 n° 93-00 du 14 mars 1993 relative aux procédures de planification en santé mentale.
14/03/1993
Le dispositif législatif et réglementaire concernant l'organisation de la lutte contre les maladies mentales mis en place entre 1985 et 1991 (cf. liste susvisée des textes de référence) reste pour sa plus large part en vigueur.
Toutefois la

loi du 31 juillet 1991
portant réforme hospitalière et certains textes réglementaires venant en application de la dite loi ont apporté quelques modifications substantielles aux procédures de planification en psychiatrie.
Ces nouvelles dispositions abrogent de fait l'avant-dernier alinéa de l'article L. 326 du code de la santé publique. Parmi les principales modifications apportées, il convient de souligner que:
- la carte sanitaire de psychiatrie n'est plus arrêtée par le Ministre chargé de la santé mais par les préfets de région (art. R 712-7 et R 712-8 du code de santé publique);
- le découpage des secteurs ou groupes de secteurs psychiatriques relève de la compétence du préfet de région et non plus de celle du préfet de département (art. R. 712-6 et R. 712-7 du code de santé publique);
- l'instauration d'un schéma régional de psychiatrie, sans remettre en cause l'existence de schémas départementaux dans cette discipline, constitue un nouvel instrument particulièrement important de planification (art. L. 712-5, 3° alinéa du code de santé publique).
La présente circulaire a pour principaux objectifs:
1° De fournir toutes indications vous permettant de prendre en compte les modifications précitées dans les nouvelles procédures de planification en santé mentale;
2° De rappeler très succinctement les principales priorités à mettre en oeuvre à l'occasion de l'élaboration des schémas régionaux de psychiatrie, priorités issues notamment des trois circulaires susvisées parues sur les orientations de la politique de santé mentale en 1990 et en 1992.
Des indications complémentaires vous parviendront ultérieurement sur l'organisation de la planification et de l'organisation des soins psychiatriques en milieu pénitentiaire.
I. Le contenu de la carte sanitaire de psychiatrie
1. Le découpage de chaque région en secteurs et groupes de secteurs psychiatriques
Ce découpage relève dorénavant de la compétence des Préfets de région, lesquels devront toutefois recueillir l'avis des Préfets des départements concernés, conformément aux dispositions du premier alinéa de l'article R. 712-7 du code de santé publique.
Les indications de découpage mentionnées au II de la circulaire DH/4 C susvisée du 11 février 1991 restent en vigueur.
Il convient de préciser que:
1° Le secteur psychiatrique constitue d'abord une aire fonctionnelle d'intervention pour une même équipe soignante relevant d'un établissement de santé public ou privé mentionné à l'article L. 711-11 du code de santé publique. Ces aires géographiques doivent en moyenne correspondre à 70 000 habitants pour les secteurs de psychiatrie générale et 200 000 à 210 000 habitants pour les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile;
2° A la fois pour obtenir une aire de planification pertinente en psychiatrie regroupant des effectifs de population suffisants et tenir compte de l'existence des schémas départementaux de psychiatrie, il vous est demandé de planifier cette discipline par groupes de secteurs, lesquels groupes devront la plupart du temps correspondre à un département géographique. Une telle disposition est particulièrement adaptée pour les secteurs de psychiatrie générale, étant entendu que dans certains cas un secteur de psychiatrie infanto-juvénile peut desservir à lui seul un département entier, compte-tenu de l'importance de la population moyenne qui lui est rattachée;
3° Il est également rappelé qu'il peut être institué plusieurs groupes de secteurs dans les départements particulièrement peuplés ou étendus;
4° Il peut être aussi admis, à titre très exceptionnel, qu'un secteur implanté dans un département puisse être inclus dans un groupe de secteurs d'un autre département si l'attraction des populations le justifie et après avis des deux Préfets de département concernés.
2. Les indices de besoins en psychiatrie
Les indices de besoins concernant les équipements psychiatriques fixés par l'arrêté du 11 février 1991 restent en vigueur. Il convient toutefois de souligner que:
1° Dans le respect des indices globaux et partiels en psychiatrie générale et infanto-juvénile, les cartes sanitaires sont dorénavant arrêtées par les préfets de région, à l'intérieur des 'fourchettes' mentionnées par l'arrêté précité;
2° Doivent être comptabilisées dans les cartes sanitaires de psychiatrie non seulement les cliniques psychiatriques privées relevant de l'annexe 23 du décret du 9 mars 1956 modifié mais également les structures privées spécialisées dans la post-cure psychiatrique qui sont autorisées au titre de l'annexe 19 de ce même décret;
30 Les indices de besoins précités ne prennent pas en compte certains équipements et services de lutte contre les maladies mentales définis par l'arrêté du 14 mars 1986 lorsque leurs capacités ne peuvent être exprimées en terme de lits ou places (centres médico-psychologiques, centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel par exemple). Ces équipements, essentiels dans l'organisation de la lutte contre les maladies mentales, seront donc pris en compte dans le cadre des schémas départementaux et régionaux de psychiatrie;
4° Les équipements intersectoriels dénombrables en terme de lits ou places devront être comptabilisés dans les indices du groupe de secteurs où ils sont implantés, soit donc le plus souvent dans l'aire de planification correspondant au département;
5° Lorsque la carte sanitaire de psychiatrie aura été arrêtée dans chaque région par le Préfet, vous vous attacherez à rapprocher les capacités des équipements hospitaliers et extra-hospitaliers existants des indices de besoins qui auront été fixés, à l'aide du schéma régional de psychiatrie et des schémas départementaux qui le composent.
II. Le schéma régional et les schémas départementaux de psychiatrie
L'instauration d'un schéma régional de psychiatrie par l'article L. 712-5 du code de la santé publique constitue l'une des innovations majeures de la nouvelle loi hospitalière pour cette discipline.
C'est principalement à ce titre que le guide méthodologique de planification en santé mentale instauré par la circulaire du 21 décembre 1987 fait l'objet d'une modification substantielle.
1. Procédure générale d'élaboration des schémas
Dorénavant la nouvelle procédure de planification en psychiatrie doit être conduite selon les étapes suivantes:
1° Définition au plan régional des objectifs prioritaires pour la psychiatrie, conformément aux dispositions de l'article R 712-9 du Code de la Santé Publique et détermination des perspectives régionales à moyen terme qui en découlent;
2° Dans le strict respect des orientations et perspectives mentionnées au 1°, élaboration des schémas départementaux de psychiatrie;
3° Examen des différents projets de schémas départementaux au plan régional afin de garantir leur cohérence et leur complémentarité conformément à l'article 3 de l'arrêté du 31 mars 1992 relatif au contenu obligatoire des schémas régionaux d'organisation sanitaire;
4° Approbation du schéma régional de psychiatrie par le préfet de région. il convient de souligner qu'en application des articles L. 712-3, L. 712-5 et L. 712-9, 2°, seul le schéma régional constitue un acte opposable.
Dans le cas où les schémas départementaux d'une même région n'ont pas encore été élaborés, les étapes prévues au 2° et 3° ci-dessus peuvent être menées dans le même temps dans le cadre d'une organisation commune entre la DRASS et les DDASS concernées.
Lorsque les schémas départementaux de psychiatrie ont déjà fait l'objet d'un arrêté préfectoral, au titre de la procédure de planification lancée depuis 1987, il conviendra de s'assurer que ces schémas sont bien en adéquation avec les objectifs régionaux précités et le cas échéant, de procéder à toute modification utile afin de les rendre compatibles avec le schéma régional de psychiatrie arrêté par le préfet de région.
2. Contenu du schéma régional de psychiatrie
Le schéma régional de psychiatrie doit notamment déterminer:
- les localisations des installations et activités de psychiatrie régie par la carte sanitaire de cette discipline, en incluant les structures mentionnées au I.2, 3° ci-dessus;
- l'évolution prévue, sur des périodes successives de cinq ans du dispositif régional hospitalier et extra-hospitalier;
- l'accessibilité, la permanence, la continuité des soins et leur gradation par rapport aux différents types de pathologie à caractère psychiatrique.
Ce schéma régional garantit la cohérence et la complémentarité entre les schémas départementaux d'organisation. Il vise à réduire les disparités départementales, à réguler les écarts d'équipement afin de résorber les inégalités dans l'accès à l'offre de soins et à optimiser la répartition des ressources existantes.
A la fin de la procédure d'échanges et de concertations nécessaires, le Préfet de région fixe pour cinq ans le contenu du schéma régional d'organisation sanitaire en psychiatrie. Il devra également élaborer l'annexe prévue à l'article L. 712-3-1 du code de santé publique qui précise les restructurations découlant des objectifs du schéma régional. Des contrats pluriannuels d'objectifs (art. L. 712-4 du code de santé publique) pourront être conclus afin de faciliter la réalisation des objectifs retenus par le schéma régional.
3. Contenu des schémas départementaux de psychiatrie
Malgré le caractère prééminent du schéma régional, les schémas départementaux permettent une fine et très déconcentrée du dispositif de lutte contre les maladies mentales. ils sont élaborés par les préfets de département après avis des préfets de région, mais ne font pas l'objet d'une décision réglementaire, seul le schéma régional étant opposable.
La planification en santé mentale se doit d'être globale. Elle ne se limite pas à l'examen des seuls établissements publics. Elle doit intégrer des données sur la psychiatrie libérale, son action et ses relations avec la pratique hospitalière publique et privée. Au niveau des établissements assurant le service public, tous les éléments constitutifs du dispositif psychiatrique doivent être étudiés : les personnels, les investissements, les dépenses de fonctionnement, la coordination du dispositif avec l'environnement sanitaire, social et médico-social. Les actions spécifiques de santé que constituent la lutte contre la toxicomanie et l'alcoolisme, les liens étroits de la psychiatrie avec le dispositif concernant les personnes handicapées et les personnes âgées doivent prendre place dans le cadre des schémas. A cet égard une articulation avec le plan gérontologique départemental et avec le schéma départemental pour les handicapés doit être assurée.
III. - Procédures de concertation en matière de planification en santé mentale
1. Rôle des conseils départementaux de santé mentale
Ces instances sont obligatoirement consultées sur l'élaboration et la révision:
- du schéma départemental d'organisation sanitaire de psychiatrie conformément au troisième alinéa de l'article L. 271-5 du code de la santé publique;
- de la carte sanitaire et du schéma régional d'organisation sanitaire de psychiatrie conformément au troisième alinéa de l'article R. 713-9 de ce même code.
2. Rôle des conférences sanitaires de secteur
En application des dispositions de l'article R. 713-9 précité, ces instances sont obligatoirement informées des avis des conseils départementaux de santé mentale portant sur la carte sanitaire et sur le schéma régional de psychiatrie. La réglementation ne prévoit pas une telle information sur le contenu des schémas départementaux de psychiatrie. Toutefois, il vous est conseillé de transmettre pour information ces éléments aux conférences.
Par ailleurs, l'application combinée des articles L. 712-2, L. 712-5, L. 713-2 et R. 712-11 du code de la santé publique vous oblige à recueillir l'avis de ces conférences sur la carte sanitaire et le schéma régional de psychiatrie, après celui des conseils départementaux précités.
Les centres hospitaliers à vocation principalement psychiatrique implantés sur un ou plusieurs secteurs sanitaires sont obligatoirement membres de droit de la ou des conférences sanitaires correspondant à ces secteurs, au prorata des lits ou places existant dans le ou les secteurs considérés.
La participation de ces établissements aux travaux de la conférence permettra notamment de favoriser les coopérations inter-hospitalières avec les hôpitaux à vocation générale dans le cadre d'actions concertées pouvant prendre la forme de conventions, groupements d'intérêt public, syndicats inter-hospitaliers et, le cas échéant, de groupements d'intérêt économique avec certains établissements de santé privés.
3. Rôle du comité régional d'organisation sanitaire et sociale
Le comité régional est obligatoirement consulté sur l'élaboration et la révision de la carte sanitaire et du schéma régional de psychiatrie et de son annexe ainsi que sur le bilan quantitatif et qualitatif des installations, équipements et activités de psychiatrie prévu par l'article R. 712-3 du code de la santé publique. Les schémas départementaux de psychiatrie sont transmis pour information au comité régional.
Lorsque le schéma régional de psychiatrie a une incidence directe sur le plan gérontologique départemental et sur le schéma départemental pour les handicapés, les éléments correspondants du schéma pourront être étudiés soit en formation plénière du comité régional, soit successivement par la section sanitaire puis la section sociale du dit comité. Conformément aux dispositions de l'article R. 712-28 du code de la santé Publique, le comité régional pourra faire appel lors de ses travaux à toute personnalité qualifiée en psychiatrie afin de mieux juger de la pertinence du schéma qui lui est soumis.
Enfin, il vous est conseillé, sans que cela constitue pour autant une obligation, de préparer le schéma régional de psychiatrie avec le concours d'un comité de pilotage qui pourrait comprendre, outre des représentants de la D.R.A.S.S., des D.D.A.S.S. et des organismes de sécurité sociale concernés, des personnalités issues des conseils départementaux de la santé mentale de la région considérée.
IV. - Perspectives et contenu de la nouvelle planification en santé mentale
Le schéma régional de psychiatrie ne saurait en aucun cas constituer une simple juxtaposition ou addition des schémas départementaux. La mise en place du schéma régional de psychiatrie doit être l'occasion:
1° De garantir une meilleure compatibilité et cohérence:
- entre l'organisation des dispositifs de psychiatrie infanto-juvénile et de psychiatrie générale;
- entre les divers schémas départementaux qui le composent;
- entre lui-même et le schéma régional d'organisation sanitaire des soins somatiques, notamment au regard du volet accueil et traitement des urgences et de son incidence sur les hôpitaux généraux.
2° De favoriser un rééquilibrage des moyens alloués à la lutte contre les maladies mentales au sein de chaque secteur psychiatrique, groupe de secteurs psychiatriques ou départements;
3° De satisfaire aux cinq priorités suivantes:
a) Poursuivre le développement des structures de soins alternatives à l'hospitalisation, tout en réduisant les capacités hospitalières inadéquates pour en faire des unités thérapeutiques performantes;
b) Garantir et intensifier les prestations psychiatriques nécessaires dans les hôpitaux généraux:
- développement de la psychiatrie dite de liaison dans les services somatiques des centres hospitaliers dépourvus d'équipes de psychiatrie;
- implantation par convention entre établissements ou par transfert de moyens, de petites unités de psychiatrie sectorisées dans les centres hospitaliers importants, dès lors que l'hôpital spécialisé est trop éloigné pour assurer valablement une desserte de proximité;
- participation accrue des équipes spécialisées en psychiatrie à l'accueil et au traitement des urgences psychiatriques dans les hôpitaux généraux, conformément aux orientations de la

circulaire du 30 juillet 1992
précitée;
c) Promouvoir des unités pluri-sectorielles répondant à des besoins bien spécifiques auxquels une seule équipe de secteur ne saurait satisfaire parfaitement, d'autant que ces unités nécessitent des techniques de prise en charge très ciblées et bien différenciées et adaptées (1);
(1) A titre d'exemple, ces unités peuvent notamment concerner certaines catégories de population (adolescents, personnes âgées, malades agités et perturbateurs, grands déficients mentaux adultes avec troubles du comportement...), certaines techniques spécifiques (post-cure, réadaptation, déchronicisation, prises en charge mère/enfant...) ou certaines pathologies (alcoolisme, toxicomanies, sida, troubles des conduites alimentaires...).
d) Mettre en oeuvre les nouvelles orientations de la politique de santé mentale en faveur des enfants et des adolescents et notamment les cinq actions prioritaires à développer, conformément aux dispositions de la
circulaire du 11 décembre 1992
précitée;
e) Développer des programmes de réhabilitation et de réinsertion sociale des malades mentaux conformément aux nouvelles missions du service public de psychiatrie découlant de l'article L 326 du Code de Santé Publique, modifié par la
loi du 30 juin 1990
.
Dans son rapport de décembre 1992 intitulé 'Stratégie pour une politique de santé', le Haut Comité de Santé Publique indique que 'La santé mentale est un grave problème de santé publique par l'importance de la morbidité, par l'intensité de la souffrance éprouvée par les malades et leur famille, par l'invalidation sociale considérable induite'.
C'est pourquoi, dès lors que les priorités précitées sont réellement mises en oeuvre par les différents acteurs concernés par notre dispositif de lutte contre les maladies mentales, vous vous attacherez à préserver les moyens actuellement affectés au domaine de la santé mentale en les répartissant de manière optimale afin de corriger les disparités observées et mieux répondre aux besoins non satisfaits.
Mes services restent à votre disposition pour contribuer à résoudre les difficultés que vous seriez amenés à rencontrer pour mettre en oeuvre les présentes instructions.
La transmission du schéma régional et de tous les documents nécessaires à sa compréhension devra être obligatoirement réalisée auprès des services centraux du ministère, direction des hôpitaux, sous-direction de la planification, de l'organisation sanitaire et de l'évaluation (bureau PE 3).
Textes de références :
Loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social légalisant le secteur psychiatrique ;
Loi n° 90-527 du 27 juin 1990

relatif aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation ;
Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991
portant réforme hospitalière ;
Décret n° 86-602 du 14 mars 1986
relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique ;
Décret n° 91-1410 du 31 décembre 1991 relatif à l'organisation et à l'équipement sanitaire ;
Décret n° 92-517 du 5 juin 1992 relatif aux conférences sanitaires de secteur ;
Décret n° 92-1101 du 2 octobre 1992
relatif aux structures de soins alternatives à l'hospitalisation ;
Arrêté du 14 mars 1986
relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales comportant des possibilités d'hébergement ;
Arrêté du 11 février 1991 relatif aux indices de besoins concernant les équipements psychiatriques ;
Arrêté du 31 mars 1992 portant définition du contenu obligatoire des schémas régionaux d'organisation sanitaire ;
Circulaire n° 39 DH/DGS du 30 juillet 1992
relative à la prise en charge des urgences psychiatriques ;
Circulaire n° 70 du 11 décembre 1992
relative aux orientations de la politique de santé mentale en faveur des enfants et adolescents.
Direction générale de la santé, Direction des hôpitaux.
Le ministre de la santé et de l'action humanitaire à Messieurs les préfets de région (directions régionales des affaires sanitaires et sociales [pour exécution]) ; Madame et Messieurs les préfets de département (directions départementales des affaires sanitaires et sociales [pour exécution]).
Non parue au Journal officiel.
813.