

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

14/03/1990

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.

CONSIDERATIONS GENERALES

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 aux 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'Etat, 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
- <https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-du-14-mars-1990-relative-aux-orientations-de-la-politique-de-sante-mentale/>

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 manoeuvre 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'Etat 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 la 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 SANTE 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
<https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-du-14-mars-1990-relative-aux-orientations-de-la-politique-de-sante-mentale/>

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 progrès 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 cronicisation 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 entre 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
- <https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-du-14-mars-1990-relative-aux-orientations-de-la-politique-de-sante-mentale/>

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 glissant 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 GENERAUX D'ORGANISATION ET DE COORDINATION DU DISPOSITIF PUBLIC ET PRIVE DE SANTE 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 énoncées 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'action 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 un 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, institués 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
<https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-du-14-mars-1990-relative-aux-orientations-de-la-politique-de-sante-mentale/>

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 conseils 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 aux 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 ces 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 a 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 le 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 seule '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 ne 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 développé 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 secteurs de psychiatrie générale ne constitue pas une norme, mais une base indicative. Il vous appartient, sur les propositions 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 étoffées, d'envisager des dédoublements ;
 - redéfinition des limites de plusieurs secteurs : les évolutions démographiques imposent parfois de réenvisager la 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, air d'attraction économique et sociale, problèmes d'accessibilité par les moyens de transport existants
- <https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-du-14-mars-1990-relative-aux-orientations-de-la-politique-de-sante-mentale/>

- 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'(galitarisme' 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 cloivages 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) Eviter 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 le 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, combus, 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
<https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-du-14-mars-1990-relative-aux-orientations-de-la-politique-de-sante-mental>
e/

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 principales 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 composantes : 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 (sufu 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'hospital 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, hospital 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 réentraînement 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 faut de ralsi. 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 postuniversitaire 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 publique 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 nécessaires 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 projetés 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'oeuvre : 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 d'ouvrables, 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

<https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-du-14-mars-1990-relative-aux-orientations-de-la-politique-de-sante-mentale/>

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, n 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 incitez 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 sociale 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.