

Circulaire n° 5780 du 21 décembre 1987 relative à la planification en santé mentale et à la préparation de la mise en place de la carte sanitaire en psychiatrie.

21/12/1987

Vous trouverez ci-joint le guide méthodologique de planification en santé mentale.

1. ce guide correspond à la nécessité d'une planification des équipements et des services de lutte contre les maladies mentales :

Les inégalités régionales et départementales dans les capacités hospitalières psychiatriques ainsi que dans le développement des alternatives à l'hospitalisation montrent que les objectifs de la sectorisation psychiatrique sont loin d'avoir été pris en compte dans tous les départements. Divers travaux, en particulier sur l'inadéquation des structures de soins aux malades pris en charge, confirment ce constat. L'arrêté du 3 juin 1980, relatif aux indices de besoins concernant les équipements psychiatriques, a constitué la première tentative pour élaborer une carte sanitaire de la psychiatrie conforme à la loi hospitalière du 31 décembre 1970. Suivant la même logique, le IX^e Plan (1984-1988) prévoyait la fermeture de 12 000 lits inoccupés, le remplacement de 28 000 lits par des places de soins ambulatoires et d'hébergement extrahospitalier, et la rénovation de 7 500 lits.

D'après les premiers résultats disponibles, les objectifs ne seraient que partiellement atteints :

- création entre le 31 décembre 1984 et le 31 décembre 1985 de 1 500 lits ou places d'hospitalisation à temps partiel ;
- fermeture de 3 000 lits d'hospitalisation complète.

A ce rythme annuel, le Plan ne sera réalisé qu'à 40 % environ. Il est donc indispensable de continuer à fermer des lits d'hospitalisation complète au profit de structures plus adaptées à la situation des patients.

La loi du 25 Juillet 1985 permet de faire du secteur la base géographique d'une carte sanitaire de psychiatrie au même titre que les secteurs sanitaires mentionnés aux articles 5 et 44 de la loi hospitalière.

2. Ce guide s'inscrit dans la logique des objectifs de santé mentale :

Ces objectifs, définis à partir de 1960, inspirent la politique de sectorisation psychiatrique qui tend à :

- offrir autant que possible des soins aux lieux de résidence des patients afin de leur permettre de rester dans leur environnement habituel ;
- développer et diversifier les équipements de secteur afin de constituer un éventail d'alternatives à l'hospitalisation à temps complet qui permette des réponses les plus adaptées possibles aux besoins spécifiques des malades ;
- promouvoir des actions précoces et propres à certains groupes de population (enfants, adolescents, personnes âgées ...). Pour les personnes âgées, l'hospitalisation en psychiatrie doit être comme pour toute la population un moyen de traitement qui ne doit pas être prolongé indûment ;
- améliorer l'hospitalisation tant par l'humanisation des services existants que par la promotion de services psychiatriques dans les hôpitaux généraux ;
- mettre en oeuvre la concertation entre les différents acteurs de santé tant publics que privés, et pour ce faire, accélérer la procédure de mise en place des conseils départementaux de santé mentale (C.D.S.M.).

Cette politique réaffirmée à plusieurs reprises fera prochainement l'objet d'une circulaire d'orientation.

3. La démarche adoptée par ce guide méthodologique se traduit par :

- l'élaboration d'un projet de bilan confiée aux Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales avec l'aide des Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales. La description et l'analyse de la situation existante sont décisives puisque c'est cette réalité que la planification se propose de modifier. Ce projet de bilan sera soumis à la discussion des partenaires concernés, puis au conseil départemental de santé mentale ;
- le bilan final résultant de ces consultations, est diffusé par les Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales ;
- une large concertation dans les secteurs, les départements, les régions sera ensuite nécessaire. Les partenaires seront amenés à proposer des projets de transformation. Pour mener à bien cette concertation vous vous appuyerez sur les objectifs de la politique nationale de santé mentale qui elle-même s'inscrit dans un contexte de maîtrise des dépenses de santé. En conséquence, vous veillerez à ce que l'ensemble des transformations retenues se fasse à moyens constants. La situation de l'hospitalisation psychiatrique étant différente selon les régions, vous aurez la responsabilité de minimiser les

inégalités de prise en charge en redéployant les moyens de façon à couvrir au mieux les besoins de la population. Cela pourra se traduire selon les indications données par le bilan précité, par des transferts de moyens d'un établissement à un autre, par des fermetures de lits, par des créations de structures d'hospitalisation incomplète, etc. ;
- des schémas départementaux d'organisation (S.D.O.) seront ensuite arrêtés par les Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales après avis de la Direction Régionale des Affaires Sanitaires concernée. Sur la base de ces schémas qui devront être établis d'ici le 31 décembre 1989, j'arrêterai la future carte sanitaire de la psychiatrie.

4. Des mesures transitoires ont été prévues :

Ces mesures ont été décidées afin de ne pas geler l'évolution des établissements pendant cette période d'élaboration des schémas départementaux d'organisation. C'est pourquoi les projets de transformation en cours pourront encore vous être soumis jusqu'au 30 juin 1988. seuls les projets de faible ampleur pourront être approuvés durant cette période et ce à condition qu'ils vous paraissent pouvoir s'intégrer dans le schéma départemental à venir. Les autres projets, dès lors que leur ampleur est déterminante, devront être étudiés selon la procédure d'élaboration des schémas départementaux d'organisation.

De plus, vous trouverez dans le guide de planification les modalités de modification éventuelle du découpage des départements en secteurs géographiques.

PROCESSUS D'ELABORATION DU SCHEMA DEPARTEMENTAL D'ORGANISATION (S.D.O.)

(cf. document original)

INTRODUCTION

La nécessité d'une planification des équipements et services de lutte contre les maladies mentales se fait de plus en plus sentir.

Les inégalités régionales et départementales dans les capacités hospitalières psychiatriques ainsi que dans le développement des alternatives à l'hospitalisation montrent que les objectifs de la sectorisation psychiatrique sont loin d'avoir été pris en compte dans tous les départements. Divers travaux, en particulier sur l'inadéquation des structures de soins aux maladies pris en charge, confirment ce constat.

L'arrêté du 3 juin 1980, relatif aux indices de besoins concernant les équipements psychiatriques, a constitué la première tentative pour élaborer une carte sanitaire de la psychiatrie conforme à la loi hospitalière du 31 décembre 1970.

Le XI^e Plan (1984-1988) prévoyait la fermeture de 12 000 lits inoccupés, le remplacement de 28 000 lits par des places de soins ambulatoires et d'hébergement extra-hospitalier, et la rénovation de 7 500 lits.

D'après les premiers résultats disponibles, les objectifs ne seraient que partiellement atteints :

- création entre le 31 décembre 1984 et le 31 décembre 1985 de 1 500 lits ou places d'hospitalisation à temps partiel ;
- fermeture de 3 000 lits d'hospitalisation complète.

A ce rythme, le Plan ne sera réalisé qu'à 50 % au mieux.

Il apparaît donc que ces grands objectifs en matière d'équipement psychiatrique, définis par l'arrêté du 3 juin 1980 et le XI^e Plan, sont restés à ce jour, pour l'essentiel, de simples références nationales.

Pourtant, diverses dispositions législatives et réglementaires ont levé les principaux obstacles à la mise en oeuvre de la planification en santé mentale.

Ainsi la loi n° 85-772 du 25 juillet 1985, modifiant la loi hospitalière n° 70-1318 du 31 décembre 1970, donne aux secteurs de psychiatrie générale ou infanto-juvénile une base légale, en particulier pour en faire la circonscription géographique sur laquelle peut être instituée une carte sanitaire de la psychiatrie.

L'expérience de ces dernières années montre que, eu égard à l'ampleur des transformations souhaitables, la planification
<https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-n-5780-du-21-decembre-1987-relative-a-la-planification-en-sant-mentale-et-a-la-preparation-de-la-mise-en-place-de-la-carte-sanitaire-en-psychiatrie/>

en santé mentale ne peut être conçue comme une démarche descendante, basée exclusivement sur des indices nationaux de besoins. Il est en effet difficile, dans ce domaine, de prévoir à l'aide de ces seuls indices, secteur par secteur, ce que seront les besoins à moyen terme des populations, les pratiques professionnelles qui se révéleront les plus appropriées, les structures correspondantes et l'ensemble des conséquences concrètes des transformations envisagées.

Afin de promouvoir une méthode adaptée en santé mentale, il convient donc d'adopter une logique ascendante et pluriannuelle reposant sur les principes suivants :

1. Faire dépendre les choix à moyen terme d'une analyse précise des objectifs sanitaires poursuivis localement, en cohérence avec les objectifs nationaux de la sectorisation psychiatrique (cf. annexe n° 1), et prenant en compte les besoins spécifiques des populations au niveau local.

2. Etudier les transformations dans la globalité de leurs incidences : au niveau des équipements mais aussi des personnels : en matière d'investissement comme pour les dépenses de fonctionnement ; en psychiatrie comme dans l'ensemble du champ sanitaire et du secteur médico-social ...

A cet égard, les lois des 30 et 31 décembre 1985, unifiant la gestion des activités de sectorisation psychiatrique, ainsi que leur financement dans le cadre des budgets hospitaliers, permettent d'envisager un redéploiement de la psychiatrie sur elle-même au profit d'alternatives à l'hospitalisation, en évitant les transferts de charge et en veillant à ce que l'ensemble des transformations se fassent à moyens constants.

3. Réaliser une véritable "planification de reconversion" lorsqu'il s'agit d'inverser des tendances à l'hospitalo-centrisme et en conséquence de restructurer un pôle d'hospitalisation surdimensionné par rapport aux besoins réels.

4. Concevoir la démarche comme une procédure de concertation, associant toutes les parties concernées par les projets de transformation du dispositif existant, sous des formes à définir en fonction des réalités locales. En tout état de cause, les Conseils Départementaux de Santé Mentale (C.D.S.M.) institués par la loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 sont appelés à jouer un rôle essentiel dans cette procédure comme le prévoit le décret n° 86-602 du 14 mars 1986 et la circulaire du 23 juillet 1986.

L'objet de la présente circulaire est de présenter, sous la forme d'un guide, une méthode et des procédures de planification régionale et départementale reposant sur ces principes.

Au cours de cette démarche, les équipes de secteur, les établissements, et l'ensemble des partenaires concernés, seront invités à proposer des projets de transformation sur lesquels les D.D.A.S.S. s'appuieront pour élaborer un Schéma Départemental d'Organisation des équipements et services de lutte contre les maladies mentales (S.D.O.).

C'est sur la base de ces schémas, qui devront être établis d'ici le 31 décembre 1989 dans tous les départements, que seront arrêtées les futures cartes sanitaires de la psychiatrie.

Pour y parvenir la collaboration des services extérieurs régionaux et départementaux est impérative, les D.R.A.S.S. veillant plus particulièrement à la coordination des étapes successives dans la perspective de la planification, et les D.D.A.S.S. étant plus particulièrement responsables de la réalisation des S.D.O.

L'ampleur des problèmes à résoudre conduit à retenir un processus d'élaboration des S.D.O. relativement long dans le temps, mais suffisamment structuré pour assurer un bon enchaînement des diverses étapes (traitement de données, interprétations, concertation, information et présentation des décisions, etc.).

Le schéma ci-après décrit les principales étapes de ce processus qui peut être décomposé en cinq grandes parties :

PREMIERE PARTIE : LA REFLEXION PREALABLE MENEES PAR LA D.R.A.S.S. EN COLLABORATION AVEC LES D.D.A.S.S.

DEUXIEME PARTIE : LE BILAN REGIONAL ET DEPARTEMENTAL

TROISIEME PARTIE : LES OBJECTIFS A MOYEN TERME

QUATRIEME PARTIE : LES PROJETS DE TRANSFORMATION ET LEURS CONDITIONS DE REALISATION

CINQUIEME PARTIE : LE SCHEMA DEPARTEMENTAL D'ORGANISATION

Le guide est structuré selon ce découpage, une SIXIEME PARTIE étant réservée aux MESURES A PRENDRE PENDANT LA PERIODE TRANSITOIRE d'élaboration des S.D.O. (procédures de redécoupage sectoriel, de création ou transformation de
<https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-n-5780-du-21-decembre-1987-relative-a-la-planification-en-sant-mentale-et-a-la-preparation-de-la-mise-en-place-de-la-carte-sanitaire-en-psychiatrie/>

structures, autres opérations concernant les équipements ...).

Il convient, en effet, durant cette période, de ne pas freiner les initiatives visant à transformer à court terme les structures existantes, tout en évitant que ces décisions ponctuelles se révèlent en contradiction avec les perspectives d'ensemble à moyen terme.

Le guide a été conçu à la fois comme :

UN OUTIL PRATIQUE

- . Mettre à la disposition de tous les informations existantes, nombreuses mais parfois disparates et pas toujours facilement mobilisables.
- . Traiter dans un même document l'ensemble des problèmes de planification, qu'ils concernent le personnels ou les équipements, le secteur public ou le secteur privé, le domaine sanitaire ou le domaine social, les investissements ou les dépenses de fonctionnement, etc.
- . Donner des indications sur les types d'enquêtes les mieux adaptées et sur la façon de les réaliser.

UN INSTRUMENT DE METHODE

- . Comment interpréter les données chiffrées pour faire le bilan.
- . Comment délimiter le champ de la planification et établir des priorités.
- . Comment concevoir et organiser la concertation à chaque étape (rôle de chaque partenaire).
- . Comment élaborer et valider les projets thérapeutiques et les objectifs à moyen terme.

Afin d'en faciliter l'utilisation, le choix a été fait de rassembler l'essentiel des informations à caractère méthodologique ou technique en annexe, dans des fiches séparées, aisément accessibles, pouvant d'ailleurs servir à d'autres fins que la planification.

PREMIERE PARTIE :

LA REFLEXION PREALABLE MENEES PAR LA D.R.A.S.S., EN COLLABORATION AVEC LES D.D.A.S.S.

Plusieurs choix sont à opérer avant même le lancement de la procédure de concertation ; d'eux dépend la définition d'un protocole méthodologique qui se traduira par :

- un calendrier des étapes à parcourir, le plus court possible, mais respectant les règles d'antériorité des tâches les unes par rapport aux autres. La question des délais de réalisation peut se révéler décisive pour la réussite ou l'échec de la démarche.

Ainsi, le choix de lancer une enquête complémentaire peut allonger la procédure de plusieurs mois, voire de plus d'une année. Inversement, l'absence d'informations précises concernant telle ou telle priorité peut bloquer la concertation sur le bilan et les perspectives.

- une clarté, pour les partenaires associés à la concertation, sur les enjeux réellement poursuivis par les services de l'Etat et sur les rôles dévolus à chacun dans cette procédure. De ce point de vue, le protocole représentera un véritable cahier des charges que la D.R.A.S.S. établira pour elle-même.

Ces choix initiaux sont les suivants :

1.1. Le champ et les priorités de la planification

La planification a pour champ la psychiatrie dans son ensemble, psychiatrie générale, infanto-juvénile et en milieu pénitentiaire.

Cependant, vous aurez à déterminer préalablement les priorités sur lesquelles il semble souhaitable de porter un éclairage particulier (cf. l'annexe n° 5 : " Comment délimiter le champ de la planification ?")

Pourront être considérés comme prioritaires :

<https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-n-5780-du-21-decembre-1987-relative-a-la-planification-en-sant-mentale-et-a-la-preparation-de-la-mise-en-place-de-la-carte-sanitaire-en-psychiatrie/>

- des objectifs de la politique de santé mentale ;
- des groupes de population connaissant une forte prévalence ou risquant de connaître une forte incidence des maladies mentales ;
- des programmes d'action contre ces maladies ;
- des établissements ou structures de soins particulièrement mal adaptés aux besoins actuels et futurs des populations.

Ces priorités pourront être affinées ou corrigées, à la lumière des conclusions du bilan. Il est cependant indispensable d'y réfléchir avant le lancement de la procédure de concertation pour 3 séries de raisons :

- l'imbrication du dispositif de santé mentale dans les systèmes sanitaire et médico-social et dans l'ensemble de la société, justifie un élargissement de la concertation à de nombreux partenaires non psychiatriques ; on retiendra plus particulièrement, ceux qui peuvent être concernés par les priorités ;
- si l'on envisage de réaliser des enquêtes complémentaires (descriptives ou prospectives), on le fera en rapport avec les priorités ;
- enfin, l'on pourra préparer des initiatives de sensibilisation à d'autres pratiques de soins que celles existant dans la région, en particulier pour mieux prendre en considération ces priorités.

1.2. Le recensement des partenaires associés à la procédure

Les conseils départementaux de santé mentale (C.D.S.M.), institués par la loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 et dont la composition et les attributions sont précisées par le décret n° 86-602 du 14 mars 1986 et par la circulaire n° 86-612 du 23 juillet 1986, doivent jouer un rôle central dans la procédure de concertation.

Au-delà des C.D.S.M., tous les partenaires dont le décret n° 86-602 prévoit qu'ils peuvent participer à ces organismes consultatifs, doivent être associés à la procédure de planification, ne serait-ce qu'en bénéficiant d'une information régulière sur l'état d'avancement de la démarche.

Enfin, d'autres partenaires, extérieurs au champ de la psychiatrie, pourront participer à cette concertation, soit que leur domaine agisse comme une contrainte sur la planification en santé mentale, soit que les transformations envisagées aient des répercussions au-delà de la psychiatrie.

A titre d'exemple, si parmi les priorités initiales sont retenues les actions en direction des personnes âgées atteintes de troubles mentaux, il conviendra d'inviter des responsables des instituts sanitaires ou médico-sociaux pour personnes âgées. De la même façon, si l'urgence est retenue comme étant un problème prioritaire, pourraient être associés tous ceux qui participent à l'urgence médicale (hôpitaux généraux, S.A.M.U., Centre 15, etc.).

L'annexe n° 5 sur le champ de la planification présente l'ensemble des instituts susceptibles de participer à cette concertation élargie.

La forme que pourra prendre la concertation dépendra du nombre de personnes retenues, mais aussi des contributions qu'elles pourraient apporter (simple avis, participation à des enquêtes, élaboration de projets de transformation, réflexion sur les conditions de réalisation de ces projets, etc.).

1.3. La définition d'initiatives de sensibilisation à d'autres pratiques professionnelles

La diffusion des connaissances et des innovations dans les protocoles thérapeutiques est très inégale. Cela peut, dans certains cas, constituer un obstacle important dans la confection de projets de transformation par les équipes soignantes, mais aussi dans l'élaboration des bilans au niveau régional, départemental ou local. Des initiatives de sensibilisation des professionnels pourront donc être prévues, soit par la D.R.A.S.S., soit au niveau de la D.D.A. S.S. Le choix de ces initiatives devrait intervenir avant le bilan pour l'enrichir d'une comparaison avec d'autres expériences, ou bien juste avant l'élaboration des projets pour stimuler la réflexion des équipes.

1.4. L'opportunité d'une enquête complémentaire

L'analyse rapide des données existant d'une part à la D.R.A.S.S. ou dans des organismes en relevant, et d'autre part dans les D.D.A.S.S., conduira à s'interroger sur l'opportunité d'une enquête complémentaire, soit pour combler des carences du système d'information, soit pour répondre plus précisément à la connaissance des thèmes prioritaires (cf. l'annexe n° 4 : "Les systèmes d'information nationaux", et l'annexe n° 6 "Faut-il lancer une enquête complémentaire ?").

L'opportunité d'une telle enquête peut être appréciée au travers de divers critères :

- la durée, une enquête nécessitant en général plusieurs mois de travail (définition, test, recueil et traitement des données, diffusion des résultats), ce qui peut s'avérer contradictoire avec les délais dans lesquels sera menée la procédure ;
- les capacités en personnels qualifiés et en financement ;
- l'accord des interlocuteurs concernés, en particulier sur la conception de l'enquête (choix des items, des méthodes de recueil et de traitement ...).

1.5. L'avis des C.D.S.M.

La saisine des conseils départementaux officialise le lancement de la procédure de planification.

La circulaire n° 86-612 du 23 juillet 1986 précise à cet égard l'importance des attributions des C.D.S.M. en matière de planification et de carte sanitaire.

Dans cet esprit vous veillerez à informer systématiquement ces organismes consultatifs et vous demanderez leur avis :

- sur l'opportunité et le contenu d'une éventuelle enquête complémentaire ;
- sur le projet de bilan ;
- sur le projet de schéma départemental d'organisation.

La création d'une commission spécialisée du C.D.S.M., dans les conditions prévues par la circulaire n° 86-612 du 23 juillet 1986, pourra se révéler très utile pour assurer une bonne participation à l'ensemble de la démarche.

Cette étape de réflexion préalable s'achèvera par la présentation de la procédure et de la méthode à l'ensemble des institutions et de des professionnels concernés.

La D.R.A.S.S., en collaboration avec les D.D.A.S.S., veiller à ce que tous les partenaires disposent des mêmes informations écrites sur l'objet de la démarche participative, sur le calendrier de réalisation et sur les contributions possibles de chacun. En complément, des présentations orales auront l'avantage de permettre la libre discussion des termes du protocole et de ses implications éventuelles.

Ces présentations peuvent être réalisées par établissement, à l'occasion de réunions de professionnels, et par toute autre modalité adaptée aux réalités locales.

DEUXIEME PARTIE :

LE BILAN REGIONAL ET DEPARTEMENTAL DE LA PSYCHIATRIE ET DES ACTIONS DE SANTE MENTALE

La D.R.A.S.S. est responsable de la réalisation de cette étape.

De sa réussite dépend dans une large mesure le développement de l'ensemble de la démarche. La description et l'analyse de la situation existante est décisive puisque c'est cette réalité que la planification se propose de modifier ; mais, plus fondamentalement, c'est à l'occasion du bilan que prend forme la concertation élargie à l'ensemble des partenaires concernés, et, en conséquence, que ceux-ci se font une idée, peut-être définitive, des enjeux réels et de leur rôle dans la procédure.

Or ce travail d'analyse se heurte à de nombreuses difficultés, de nature différente, dont les principales sont les suivantes :

1) Les informations décrivant la psychiatrie sont multiples (données statistiques, rapports d'institution, enquêtes et études ponctuelles...), mais pas toujours facilement mobilisables ni toujours très fiables.

2) L'interprétation des données est souvent délicate.

L'existence de possibilités thérapeutiques variant pour un même malade selon les conceptions du thérapeute et des équipes soignantes, et l'autonomie par rapport aux pouvoirs publics des institutions de soins ou de financement, tendent à faire de ces interprétations des enjeux en elles-mêmes.

<https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-n-5780-du-21-decembre-1987-relative-a-la-planification-en-sant-mentale-et-a-la-preparation-de-la-mise-en-place-de-la-carte-sanitaire-en-psychiatrie/>

3) Toutes ces difficultés conduisent parfois à ne pas faire un bilan de la psychiatrie et de la santé mentale, mais à juxtaposer des bilans par institution, par établissement, par activité, sans référence aux objectifs sanitaires réellement poursuivis, ni à l'état de santé de la population.

Il est donc essentiel que la concertation soit organisée de telle sorte que la fiabilité des données chiffrées soit reconnue par tous, et que soit recherché un large consensus sur les forces et faiblesses du dispositif de lutte contre les maladies mentales. Dans un premier temps, la D.R.A.S.S. préparera, en collaboration avec les D.D.A.S.S., un projet de bilan ; ce projet résultera d'une synthèse des données existantes, d'une éventuelle enquête complémentaire et d'une interprétation de ces données selon une méthode appropriée.

Dans un second temps, ce projet sera soumis à la discussion des partenaires concernés, puis au C.D.S.M. C'est le bilan résultant de ces différentes consultations qui sera le bilan final dont la diffusion incombe à la D.R.A.S.S.

2.1. Validation et synthèse des données existantes

Il existe de nombreuses sources d'informations, parmi lesquelles on retiendra :

- les enquêtes nationales à partir desquelles pourront être établies des comparaisons avec les moyennes nationales, régionales ou départementales (cf. l'annexe n° 4 : "Les systèmes d'information nationaux") ;
- les enquêtes et travaux ponctuels, concernant des champs plus limités (cf. l'annexe n° 6 présentant les organismes ayant répertorié un certain nombre de ces travaux) ;
- les rapports et documents administratifs établis par les institutions elles-mêmes.

Ces instruments ont été conçus à d'autres fins que la planification. Ils donnent en général des informations fragmentaires et laissent dans l'ombre certains aspects de la politique de santé mentale.

Le rôle de la D.R.A.S.S. est donc :

- de rassembler l'ensemble des informations existantes ;
- de vérifier leur validité (exhaustivité du champ, fiabilité du recueil, pertinence du traitement en particulier pour la planification, etc.). Cette vérification doit être faite avec les professionnels et les établissements qui ont participé à la réalisation des enquêtes ou des rapports. Il est important en effet d'éviter par avance que les données de base puissent être contestées, ce qui empêcherait, lors de la concertation, de faire porter la discussion sur leur interprétation.

La synthèse des éléments constitutifs du bilan pourra être établie selon les trois rubriques suivantes :

- la population du département et son état de santé mentale ;
- les activités (nature et volume) et le fonctionnement général du système (coordination entre structures, etc.) ;
- les moyens de lutte pour la santé mentale exprimés en termes physiques (effectifs, équipements, etc.) et monétaires (patrimoine et fonctionnement).

2.2. Réalisation d'une enquête complémentaire

Plusieurs considérants peuvent inciter les D.R.A.S.S., en concertation avec les D.D.A.S.S., à promouvoir une enquête complémentaire :

- les lacunes du système d'information (souci de connaissance de la file active, problèmes spécifiques à des groupes de population, actions particulières comme l'urgence, la prévention ou la réinsertion, etc.) ;
- une contestation de la fiabilité des données existantes, notamment dans une perspective de planification ;
- le choix d'initier la concertation par une réflexion sur des concepts communs et des données collectées en conséquence.

La diversité des situations régionales et départementales, et donc des problèmes à résoudre, fait qu'il n'y a pas d'enquête complémentaire type à reproduire systématiquement.

Ainsi pourront être envisagées des enquêtes complémentaires ne concernant qu'un ou plusieurs départements appartenant à une même région.

La D.R.A.S.S. veillera à la maîtrise des contraintes générées par une telle enquête (allongement de la durée de la procédure ; risque de focaliser la concertation ultérieure sur les seuls thèmes abordés par l'enquête complémentaire).

2.3. Interprétation des données quantitatives par les services extérieurs de l'Etat

<https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-n-5780-du-21-decembre-1987-relative-a-la-planification-en-sant-mentale-et-a-la-preparation-de-la-mise-en-place-de-la-carte-sanitaire-en-psychiatrie/>

Il ne suffit pas d'évaluer des quantités de moyens mis en oeuvre, des volumes d'activité et des effectifs de malades pris en charge pour apprécier le niveau de satisfaction des besoins de santé mentale des populations de chaque secteur psychiatrique.

L'interprétation des éléments chiffrés produits par les diverses sources d'information et éventuellement par une enquête complémentaire constitue donc une tâche particulière pour la D.R.A.S.S., en collaboration avec les directions départementales.

Pour mener à bien cette interprétation, la démarche proposée consiste à recenser l'ensemble des objectifs sanitaires poursuivis et à apprécier leur degré d'atteinte.

La finalité est l'amélioration de l'état de santé mentale de la population. Faute d'instrument pour la mesurer, on la transcrita en sous-objectifs se rattachant :

- à des phases de la maladie (exemples : développer la prévention, les soins précoces, permettre la réinsertion) ;
- à des effets de la maladie qu'on souhaite limiter (exemples : éviter la marginalisation, la chronicisation) ;
- à des principes de conduite thérapeutique pour lesquels existe un consensus quant à l'efficacité (exemple : permettre la continuité des soins) ;
- à des principes de santé publique (exemples : assurer l'accès de tous aux soins, développer la prévention).

L'annexe n° 1 et l'annexe n° 3 sur les indicateurs permettant d'analyser les programmes nationaux vous proposent une méthode d'évaluation systématique des objectifs, des programmes d'action mis en oeuvre pour les atteindre, et cela pour chaque groupe de population concerné.

Ainsi, on se livrera sur l'ensemble des programmes nationaux et locaux à une analyse de leur degré de réalisation et des blocages rencontrés, et à une identification des objectifs nationaux ou locaux auxquels ils font référence.

De même, on indiquera les groupes de population pour lesquels le degré d'atteinte des objectifs est le moins important. La synthèse des données existantes, les résultats des éventuelles enquêtes complémentaires et leur interprétation par les services extérieurs de l'Etat seront rassemblés par la D. R.A.S.S. dans un projet de bilan soumis à la concertation.

Les disparités entre équipes, secteurs, institutions, seront présentées de façon anonyme, chaque interlocuteur pouvant se situer par rapport aux autres sans que cela provoque des phénomènes de rejet vis à vis de la démarche.

2.4. Présentation du projet de bilan et concertation avec les partenaires concernés

Le but de cette concertation est de faire émerger parmi les professionnels à la fois ce qui fait accord et ce qui reste en discussion.

La forme à donner à cette concertation élargie pourra varier en fonction des priorités initiales, de l'importance du dispositif de lutte contre les maladies mentales dans chaque département, voire d'autres spécificités locales. Il est cependant souhaitable d'obtenir un échange d'expériences au moins au niveau départemental.

La concertation sur le bilan devrait se conclure par un avis du C.D.S.M. dans chaque département.

Pour toutes ces raisons, il est demandé aux D.D.A.S.S. de contribuer, chacune pour ce qui la concerne, à la réalisation de cette procédure définie régionalement.

Il conviendra de garantir dès le départ que les points de vue et les analyses ou interprétations faites par chaque partenaire seront pris en considération dans le bilan final.

La D.R.A.S.S. assurera la rédaction du bilan final qui sera diffusé aux établissements psychiatriques ainsi qu'à tous les partenaires ayant été associés à la concertation.

TROISIEME PARTIE :

LES PERSPECTIVES REGIONALES A MOYEN TERME

Au cours de cette étape, relativement brève dans sa durée, la D.R.A.S.S., en collaboration avec les D.D.A.S.S., déterminera les perspectives régionales à moyen terme. Ce cadre général, dans lequel s'engagera ensuite la concertation sur les projets de transformation et sur les S.D.O., comprendra :

- une définition des lignes de force du futur dispositif de lutte contre les maladies mentales ;
- un recensement des principaux obstacles, que l'on peut prévoir notamment si sont envisagées de profondes restructurations d'établissement.

Cette étape aura été préparée par la construction du bilan ainsi que par la réalisation d'études prospectives sur l'évolution des populations dans la région.

3.1. Les études prospectives

Elles seront suscitées par la D.R.A.S.S. bien avant la fin de l'étape du bilan.

De nombreux travaux ont montré d'assez bonnes corrélations entre, d'une part, certaines caractéristiques démographiques, socio-économiques et psychosociales et, d'autre part, la nature des maladies mentales, des troubles associés, de la prévention et des soins, ainsi que des modes de prise en charge.

Les critères suivants revêtent une importance particulière :

- l'âge et le sexe : quelle est la pyramide des âges ? Un vieillissement de la population du département est-il prévisible ? De quel ordre ? Y a-t-il des inégalités entre les secteurs et par rapport à la moyenne nationale ?
- les mouvements de population : quel équilibre démographique existe-t-il entre les zones urbaines et les zones rurales ? Comment se fera l'évolution (urbanisation ou pas, à quel rythme, avec quelles conséquences ...) ? Quelles sont les proportions d'habitants des diverses nationalités ?
- Les données socio-économiques : niveau économique, conditions de travail, secteurs en crise, existence de mutations profondes, niveau de chômage, prospective à moyen terme ...
- les facteurs psychosociaux (liés à l'alcoolisme, à la toxicomanie, l'isolement et la solitude, etc.) méritent également une attention particulière, notamment pour mieux apprécier les risques pesant sur la santé des enfants et des adolescents.

Une réflexion prospective sur la base de ces critères fera apparaître la nécessité de définir des groupes-cibles de population et des actions de prévention et de soins qui leur soient appropriées.

Vous pourrez vous appuyer sur des travaux existants ou en susciter auprès des observatoires régionaux de santé, des observatoires économiques régionaux de l'I.N.S.E.E. (en particulier pour les projections démographiques et sur l'évolution du taux d'isolement de la population adulte), ou sur tout organisme de recherche compétent existant dans la région.

3.2. La définition des lignes de force

Il s'agira de confirmer, modifier ou compléter les priorités initiales en reprenant les trois niveaux des grilles d'analyse de la politique nationale de santé mentale :

- les objectifs pour lesquels le bilan a montré l'existence de grandes faiblesses dans l'ensemble de la région ou plus localement ;
- les groupes-cibles mis en évidence tant par le bilan que par les études prospectives ;
- les programmes d'action devant être modifiés conformément aux conclusions du bilan et en s'inspirant des sessions de sensibilisation aux innovations thérapeutiques qui auront été organisées.

On n'oubliera pas dans le choix de ces priorités, les programmes-supports (formation, recherche épidémiologique, recherche médicale, amélioration de la gestion ou de l'évaluation du système de soins, etc.) dont la réalisation dépend plus directement de l'attention des services extérieurs de l'Etat, du fait de leur caractère transversal.

3.3. Le recensement des contraintes et des éventuels obstacles à lever

Il est indispensable d'intégrer dans les perspectives à moyen terme une vision globale des conséquences majeures qu'aurait l'application de ces lignes de force, tant pour les personnels et l'emploi que pour le patrimoine et les investissements, pour les transferts de charge à maîtriser et enfin pour la coordination de l'ensemble du dispositif.

L'analyse, dans le bilan, des obstacles qui, dans le passé, ont entravé l'évolution de la psychiatrie contribuera à ce recensement.

Exemples :

- dans un département, les projets d'ouverture de C.M.P. ou d'hôpitaux de jour n'ont pu être menés à leur terme en raison du prix du terrain rendant trop coûteuse la construction ou l'acquisition des équipements immobiliers correspondants ;
- la perspective d'implantation de pôles d'hospitalisation plus proches du domicile des patients et les redéploiements d'emploi qu'elle génère auraient accentué la situation de crise du bassin d'emploi environnant le C.H.S. concerné.

On ne peut à ce stade procéder à une analyse détaillée des conditions de faisabilité de projets de transformation qui n'ont pas encore été élaborés.

Il s'agit de retenir les principaux obstacles dont l'importance justifie des investigations spécifiques. La préparation de ces investigations et leur déroulement en parallèle avec la procédure d'élaboration des projets permettront de gagner un temps précieux.

Cela montrera également aux partenaires associés à la concertation que la D.R.A. S.S. et les D.D.A.S.S. entendent se donner toutes les garanties pour réussir les transformations envisagées.

Au terme de cette étape, la D.R.A.S.S. et les D.D.A.S.S. seront en mesure de présenter à l'ensemble des partenaires concernés les perspectives régionales dans lesquelles devront s'insérer les projets de transformation des équipes ainsi que les réflexions qu'elles envisagent de lancer à la concertation sur les principaux obstacles recensés a priori.

Dans le même temps, sera présenté l'ensemble de la procédure de concertation devant aboutir à la formalisation des S.D.O.

QUATRIEME PARTIE : LES PROJETS DE TRANSFORMATION ET LEURS CONDITIONS DE REALISATION

Comme l'indique le tableau "déroulement de la procédure" en introductif (p. 1), il y a une relative synchronisation entre l'élaboration des projets de transformation et l'analyse de leurs conditions de réalisation.

Ces deux aspects de la réflexion prospective doivent cependant être abordés séparément car ils renvoient à des impératifs différents :

- les projets de transformation sont conçus pour atteindre des objectifs de santé mentale correspondant aux besoins de la population ; il s'agit donc d'une démarche finalisée dans laquelle l'évaluation des capacités hospitalières et extra-hospitalières et de l'ensemble des moyens, n'est qu'une résultante des choix sanitaires ;
- l'analyse des conditions de réalisation et la recherche de solutions ne fait pas référence à des objectifs de santé, mais à des problèmes de financement, de gestion de personnel, de règles de fonctionnement, d'adaptation des patrimoines, etc.

Les interlocuteurs ne seront donc pas nécessairement les mêmes, la nature de leurs contributions non plus.

La particularité de cette étape est de donner aux établissements et aux professionnels concernés la possibilité d'élaborer, dans le cadre des perspectives régionales à moyen terme, leurs propres projets de transformation.

Les D.D.A.S.S. auront pour mission de recenser l'ensemble des projets et de les examiner au regard de ces perspectives régionales, et d'en faire la base des schémas départementaux d'organisation.

La D.R.A.S.S. et les D.D.A.S.S. veilleront à créer les conditions nécessaires pour que les institutions et les professionnels concernés puissent réellement concevoir ces projets. Parmi ces conditions, on retiendra la nécessité que tous les interlocuteurs partent d'une même définition de la notion de projet de transformation, l'intérêt d'une sensibilisation préalable des équipes soignantes ainsi que de la présentation initiale des critères selon lesquels les D.D.A.S.S. examineront les projets des équipes.

On examinera successivement :

- . la définition et le contenu des projets de transformation ;

<https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-n-5780-du-21-decembre-1987-relative-a-la-planification-en-sant-mentale-et-a-la-preparation-de-la-mise-en-place-de-la-carte-sanitaire-en-psychiatrie/>

- . la procédure d'élaboration de ces projets ;
- . leurs conditions de réalisation.

4.1. Définition et contenu des projets de transformation

4.1.1. DEFINITION

On appelle projet de transformation un projet modifiant substantiellement l'organisation et le fonctionnement du dispositif psychiatrique existant, en vue de servir des prestations concourant à la prévention, au diagnostic et aux soins pour un groupe de population ou un groupe de malades. C'est une proposition formalisée émanant des professionnels.

La planification est un processus de décision relativement lourd ; elle ne se justifie que pour des transformations d'ampleur qui, le plus souvent, nécessitent plusieurs années.

L'idée que la planification se préoccupe de transformations substantielles, notamment celles modifiant les équipements sanitaires, devra être fréquemment rappelée ; en effet, les équipes de secteur et les autres professionnels pourront être tentés de présenter des projets répondant à des besoins particuliers et conjoncturels de quelques patients, ou bien des projets n'impliquant qu'une légère adaptation du dispositifs.

Exemple : l'ouverture d'une "antenne" en maison de retraite, rattachée à un centre médico-psychologique, ne nécessitant aucune modification des emplois ni des équipements, ne justifie pas en elle-même une procédure de planification. Par contre, lorsqu'il s'agit d'une politique globale d'amélioration de l'offre de soins aux personnes âgées, s'accompagnant d'ouverture d'antennes permettant des prises en charge extra-hospitalières et évitant des hospitalisations psychiatriques, une telle procédure se révélera indispensable.

Le projet de transformation vise à instaurer une nouvelle structuration du dispositif d'offre, afin de mieux distribuer et adapter les prestations à délivrer au bénéfice d'un groupe de patients.

Il se distingue en cela du protocole thérapeutique qui concerne la mise au point des modalités et des techniques de soins ou de réinsertion adaptées aux besoins d'un patient pris individuellement.

Ainsi, un protocole thérapeutique peut-il mettre à contribution plusieurs projets de transformation.

Exemple : un malade actuellement hospitalisé pourra bénéficier de l'ouverture d'un appartement thérapeutique et des prestations délivrées par un centre médico-psychologique et/ou par un atelier thérapeutique.

Projet de transformation et protocole thérapeutique sont donc liés.

La nature et le contenu du projet sont pour une grande part fonction de la nature et du contenu des protocoles thérapeutiques envisagés.

Exemple : des protocoles de soins et de réadaptation s'adressant à des patients retrouvant leur autonomie vis à vis de l'institutin, et d'autres protocoles s'adressant à des patients vivant hors de l'institution mais menacés de perdre leur autonomie ont en commun d'accorder une grande importance :

- d'une part, à la combinaison de techniques de psychothérapies individuelles ou de groupe, structurées autour d'activités liées à la vie quotidienne, au travail et aux loisirs ;
- d'autre part, à la prise en considération des relations entre le patient et son milieu de vie.

Ils pourront, dans ce cas, aboutir à la mise en oeuvre d'un centre d'accueil thérapeutique, dont l'implantation, l'activité, les modes d'accès, répondront aux nécessités de ces différents protocoles thérapeutiques.

Un tel projet devrait alors intégrer les implications pratiques des protocoles thérapeutiques prévus.

Inversement, une fois structuré et lors de sa mise en oeuvre, le projet de transformation limitera pour partie l'évolution

ultérieure de ces protocoles thérapeutiques.

Compte tenu de ces interactions, la conception du projet doit être particulièrement réfléchie.

Une préparation incomplète du projet risque de

- ne pas permettre la réalisation des actions thérapeutiques prévues (si par exemple l'accessibilité du lieu n'avait pas été prise en compte) ;
- détourner le contenu de ces protocoles de leur vocation première (par exemple, en induisant une chronicisation du patient et le rejet par son entourage, parce que n'aurait pas été suffisamment étudié le contenu du "contrat thérapeutique" avec le patient quant à ses échéances et à la périodicité des soins notamment).

4.2.1. CONTENU D'UN PROJET DE TRANSFORMATION

Chaque projet devra comporter les informations correspondant aux rubriques suivantes :

a) Auteurs du projet

Lorsque le projet émanera d'une équipe de secteur, on précisera le centre hospitalier de rattachement, on identifiera les secteurs concernés et, de manière facultative, on indiquera le nom du praticien hospitalier ou du membre de l'équipe plus particulièrement responsable du projet.

b) Description synthétique du projet

Il ne s'agit, en aucun cas, de se borner à indiquer la forme institutionnelle du projet.

On s'efforcera de présenter brièvement les objectifs de santé mentale et les protocoles thérapeutiques qui justifient le projet.

c) Population concernée

Dans tous les cas on déterminera :

- l'aire géographique dans laquelle elle réside. On précisera, le cas échéant, s'il s'agit d'un projet sectoriel ou pluri-sectoriel ;
- la structure d'âge.

On indiquera le cadre dans lequel s'inscrit le projet : psychiatrie générale, psychiatrie infanto-juvénile, ou les deux à la fois (projet mixte).

D'autres caractéristiques de cette population pourront, selon les cas, être retenues (sexe, pathologie, éléments psychosociaux, etc.).

d) Objectifs poursuivis

Dans tous les cas, on indiquera :

- comment le projet s'inscrit par rapport aux objectifs nationaux et régionaux ;
- la genèse du projet, en particulier au travers des besoins identifiés lors de la discussion du bilan ;
- si le projet répond à la satisfaction de nouveaux besoins ou, au contraire, s'il vient en substitution à d'autres modes de prise en charge.

e) nature des prestations

On s'inspirera de la nomenclature des activités utilisées pour les rapports de secteur (cf. annexe n° 4), et l'on mettra en évidence les protocoles thérapeutiques que développera le projet. Ceux-ci inclueront les durées de prise en charge

envisagées.

Si ces protocoles sont destinés à se substituer à d'autres modes thérapeutiques, on précisera lesquels et dans quelle proportion.

f) Description du fonctionnement

On indiquera, le cas échéant, la nature de la structure à créer conformément à l'arrêté du 14 mars 1986 relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales. Si le projet peut se matérialiser au travers de diverses formes institutionnelles, il conviendra de présenter l'ensemble des solutions possibles.

En ce qui concerne les personnels, les locaux, les autres équipements et les règles de fonctionnement, le projet comprendra des évaluations, même sommaires, de l'ensemble des moyens nécessaires à sa réalisation.

Pourront également être présentées, si les équipes le souhaitent, des solutions possibles quant à la mobilisation de ces moyens (changement de postes au sein de l'équipe de secteur, utilisation de locaux appartenant ou non à l'établissement, etc.).

Il est, par contre, indispensable qu'un projet de transformation soit conçu en articulation, d'une part avec l'ensemble du dispositifs psychiatrique, et d'autre part, avec l'environnement sanitaire, social, médico-social.

L'ensemble de ces éléments pourra être rassemblé selon la fiche ci-après.

4.2. Les modalités d'élaboration des projets de transformation

4.2.1. POUR LES ETABLISSEMENTS ASSURANT LE SERVICE PUBLIC HOSPITALIER LES SERVICES DEPENDANT DE L'ETAT, ET POUR LES PERSONNES MORALES DE DROIT PUBLIC OU PRIVE AYANT PASSE AVEC L'ETAT UNE CONVENTION SELON LES MODALITES PREVUES A L'ARTICLE L.326 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE.

Pour ces établissements, il conviendra d'élaborer des projets de transformation à un double niveau :

- au niveau d'un secteur psychiatrique (ou, le cas échéant, au sein d'un regroupement de secteur ou d'un département hospitalier), des projets de transformation élémentaires seront conçus et proposés par les équipes soignantes ;
- au niveau de l'établissement hospitalier, une synthèse et une harmonisation des projets de transformation élémentaire devra être établie au sein d'un document décrivant les principales propositions d'orientation à moyen terme de l'établissement ; ce document constitue l'étape initiale à l'amise en place du futur programme d'établissement et du plan directeur d'ensemble qui seront arrêtés à l'issue du déroulement complet de la procédure de planification décrite en introduction.

La procédure d'élaboration des projets à mettre en oeuvre par la D.D.A.S.S. et l'établissement est la suivante :

1. La D.D.A.S.S., assistée si possible d'un représentant de la D.R.A.S.S., présente aux principales instances de l'établissement (C.A., C.M.E., C.T.P., équipe de direction, médecin-chef, infirmier général, etc.) :
 - la démarche générale de planification décrite dans la présente circulaire ;
 - le bilan régional et départemental de santé mentale approuvé par le C.D.S.M. ;
 - les perspectives régionales à moyen terme qui ont été définies.

2. Chaque établissement organise ensuite les modes de concertation nécessaires pour aboutir, sur la base des projets de transformation élémentaires, à des propositions d'orientation à moyen terme, visant à mieux adapter ses prestations aux besoins.

A ce titre, il peut être utile d'instituer une commission d'orientation, organisée par le directeur de l'établissement, avec si possible un représentant de la D.D.A.S.S., voire de la D.R.A.S.S., associant largement les personnels soignants, les personnels administratifs et les personnels des services généraux. En début de procédure cette commission pourrait notamment intervenir afin de :

- promouvoir toute information nécessaire et sa circulation auprès de chaque partenaire concerné ;
- étudier les principales orientations générales à mettre en oeuvre, pouvant constituer la contribution de l'établissement et

<https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-n-5780-du-21-decembre-1987-relative-a-la-planification-en-sant-mentale-et-a-la-preparation-de-la-mise-en-place-de-la-carte-sanitaire-en-psychiatrie/>

des équipes soignantes aux perspectives régionales à moyen terme qui ont été présentées au paragraphe 3.2.

- organiser la réflexion sur les modalités d'élaboration des projets de transformation élémentaires à réaliser (présentation de la fiche, procédure de lancement des projets, échéancier de réalisation, etc.).

En fin de procédure, cette commission pourrait :

- examiner et négocier la validité et la hiérarchisation des projets élémentaires de transformation élaborés par les équipes des secteurs psychiatriques (certains pouvant être individuels, d'autres présentés en commun par plusieurs secteurs) ou par la direction de l'établissement pour ce qui concerne certains projets "logistiques" (réorganisation des services généraux, unités de soins communes à l'ensemble des services de l'établissement, etc.).

- élaborer une synthèse des différents projets étudiés, synthèse qui devra être assortie de l'avis de la C.M.E. et du C.A. de l'établissement avant envoi à la D.D.A.S.S. Il s'agit d'une simple appréciation sur un projet préliminaire, et non d'une délibération engageant définitivement l'avenir de l'établissement. Ce n'est qu'une fois que le schéma départemental d'organisation - mentionné dans la cinquième partie de la présente circulaire - aura été arrêté par la D.D.A.S.S. après validation par la D.R.A.S.S. et remis à l'établissement que pourront être élaborés le programme d'établissement puis le plan directeur, selon les modalités prévues par le décret n° 74-569 du 17 mai 1974.

La synthèse d'établissement ne saurait se résumer à une simple juxtaposition des projets de transformation issus des secteurs, lesquels doivent s'intégrer dans une réflexion collective d'ensemble sur l'avenir de l'établissement (unités de soins communes à plusieurs secteurs, unités de soins communes à l'ensemble des services, restructuration des services généraux, départementalisation, impératifs de coûts, facilités de gestion, etc.).

Ainsi, la synthèse réalisée au niveau de l'établissement devrait notamment comporter les éléments suivants :

a) La liste et le contenu des projets de transformation élémentaires conçus par les équipes, soit repris en l'état dès lors qu'ils s'intègrent sans difficulté dans le projet global de l'établissement, soit amendés par la commission d'orientation avec accord du ou des promoteurs concernés ;

b) L'inscription de nouveaux projets de transformation, non initialement prévus par les équipes, dès lors qu'ils font l'objet d'un consensus après négociation en commission (il pourra s'agir notamment d'unités de soins communes à tout ou partie des services composant l'établissement) ;

c) Les projets de transformation "logistiques" accompagnant les projets précédents (restructuration des services généraux, aménagement du système d'information, etc.) ;

d) Les projets de transformation non retenus par la commission d'orientation qui seraient maintenus par leurs promoteurs, assortis du motif de rejet.

L'ensemble de ces éléments, dont les trois premiers constituent les principales orientations à moyen terme de l'établissement, doit être impérativement soumis à l'avis du conseil d'administration et de la commission médicale d'établissement (C.M.E.) avant transmission à la D.D.A.S.S.

4.2.2. POUR LES AUTRES ETABLISSEMENTS DE PSYCHIATRIE PRIVES

Les projets seront présentés selon la même fiche type (cf. pages 28 et 26) moyennant certains aménagements, notamment pour ce qui concerne les rubriques " Identification" et "Population concernée". Elles seront accompagnées d'une synthèse par établissement.

Cette synthèse comprendra les informations suivantes :

- une caractérisation des populations et groupes de patients concernés par les projets ; cette caractérisation se fera autant que possible en respectant le découpage sectoriel. Elle distinguera, dans tous les cas, les patients originaires d'autres départements ;

- une appréciation de la transformation globale du dispositif et plus particulièrement une évaluation de ses conséquences sur l'activité de l'institution ;

- une présentation des principales conditions de réalisation, notamment en ce qui concerne les moyens requis par ces projets ;

- les modalités de coopération éventuelle envisagée avec la psychiatrie publique.

4.3. Les conditions de réalisation des projets de transformation

Le bilan et les perspectives à moyen terme auront fait apparaître une série d'obstacles propres à empêcher la réalisation des projets de transformation définis à partir d'objectifs de santé mentale.

En intégrant dans la procédure de planification une étape d'analyse de ces obstacles et de définition de mesures d'accompagnement des projets, les services extérieurs de l'Etat viseront les buts suivants :

- établir un échéancier de réalisation des projets de transformation ;
- offrir aux personnels concernés des garanties quant à son avenir dans le nouveau dispositif ; de ces garanties dépendent le niveau et la qualité de la concertation engagée sur les projets de transformation ;
- respecter les objectifs de maîtrise des dépenses de santé.

4.3.1. ANALYSE DES OBSTACLES PREVISIBLES AVANT CONNAISSANCE DES PROJETS

L'analyse de ces obstacles, l'évaluation de leur importance et un premier recensement des solutions possibles ne nécessitent ni les mêmes compétences ni les mêmes interlocuteurs que dans l'étape de bilan ou dans celle d'élaboration des projets de transformation.

Des groupes de travail particuliers pourront être constitués avec les établissements concernés.

Les éléments techniques concernant l'évolution du patrimoine hospitalier public, l'avenir des personnels, les transferts de charges financières et la coordination des diverses structures font l'objet de fiches jointes en annexe.

4.3.2. LES CONDITIONS DE REALISATION DES PROJETS DE TRANSFORMATION

Ce n'est qu'après l'élaboration des projets de transformation et leur examen par la D.D.A.S.S. du point de vue des objectifs de santé mentale qu'une évaluation précise des mesures d'accompagnement pourra être entreprise.

Le recensement des conditions de réalisation répertoriées dans les fiches synoptiques par projet et dans les notes de synthèse fera apparaître :

- les restructurations d'établissement et plus généralement les modifications du patrimoine hospitalier (cf. annexe n° 11). Il faut noter la possibilité de disposer, au titre du financement par l'Etat, de crédits d'investissement pour les structures extra-hospitalières (chapitre 66-11, article 50). Cette possibilité est ouverte chaque année par circulaire ministérielle. Elle est exclusivement réservée à des investissements en dehors des murs des établissements hospitaliers publics ; - les redéploiements de personnels envisagés et l'ensemble des mesures concernant les personnels (emplois, qualification, formation, contenu du travail, conditions de travail ; cf. annexes n° 12 et 13). Le redéploiement de personnels peut se faire à l'intérieur d'un établissement (départ en retraite, requalification), mais aussi d'un établissement à l'autre. On utilisera alors la procédure définie par la circulaire n° 86-07 du 13 août 1987 : "enveloppes régionales et départementales" ;
- un tableau prévisionnel des éventuels transferts de charges (en particulier pour les dépenses de fonctionnement) en distinguant ce qui relève de surcoûts ponctuels et ce qui relève de transferts de charges structurels ;
- divers problèmes d'organisation et de coordination.

La D.D.A.S.S. veillera à informer le C.D.S.M. et l'ensemble des partenaires associés à la concertation des conclusions de cette étape. La D.R.A.S.S. pourra faire à ce moment de la procédure toutes interventions utiles.

CINQUIEME PARTIE :

LE SCHEMA DEPARTEMENTAL D'ORGANISATION (S.D.O.) DES EQUIPEMENTS ET SERVICES DE LUTTE CONTRE LES MALADIES MENTALES

5.1. Définition du S.D.O.

Le S.D.O., une fois définitivement arrêté selon les modalités décrites ci-après, constitue le document de référence en matière de planification en santé mentale à moyen terme dans chaque département, pour une durée de 3 à 5 ans.

Il précise, sur la période de planification choisie, en regard du dispositif existant, les objectifs à atteindre en matière d'organisation, de configuration et de dimension du dispositif d'offres de soins, à savoir notamment :

<https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-n-5780-du-21-decembre-1987-relative-a-la-planification-en-sant-mentale-et-a-la-preparation-de-la-mise-en-place-de-la-carte-sanitaire-en-psychiatrie/>

- a) le nombre, la configuration des secteurs psychiatriques, ainsi que leurs pôles hospitaliers de rattachement, selon les modalités et la procédure définies à la rubrique 5.2. ci-après ;
- b) Les capacités en lits d'hospitalisation publics et privés nécessaires pour répondre aux besoins de la population du département ;
- c) le nombre, l'intitulé et, le cas échéant, la capacité des équipements et services alternatifs à l'hospitalisation à promouvoir, en y incluant le niveau des prestations psychiatriques à délivrer dans les institutions sanitaires sociales ou médico-sociales.

Les indicateurs correspondant aux structures et à leurs capacités évoquées en a et b seront regroupés par secteur de psychiatrie générale ou infanto-juvénile et, le cas échéant, par secteur pénitentiaire, dès lors que le département est siège d'implantation d'un S.M.P.R.

5.2. Procédure d'élaboration et de validation du S.D.O.

5.2.1. MODALITES D'ELABORATION PAR LA D.D.A.S.S. DU PROJET DE S.D.O.

La D.D.A.S.S. devra procéder à l'analyse de l'ensemble des projets de transformation élémentaires et des projets de synthèse présentés par l'ensemble des institutions participant à la lutte contre les maladies mentales.

Le mode de sélection et de classement par ordre décroissant de priorité des différents projets devrait s'appuyer sur les critères suivants :

- compatibilité des projets avec les objectifs de politique de santé mentale affichés au plan national ;
- degré d'intégration de ces projets dans les perspectives régionales à moyen terme ;
- conditions de faisabilité et de mise en oeuvre ultérieure en distinguant les projets pouvant être réalisés par redéploiement de moyens au sein de l'enveloppe départementale de ceux qui ne pourraient l'être que moyennant une compensation régionale.

La D.D.A.S.S. devra notamment étudier la cohérence des projets présentés ;

- au niveau de chaque secteur psychiatrique (au sens géographique du terme) ;
- au niveau de chaque établissement ;
- au niveau du département ;
- au niveau de la région.

Cohérence au niveau de chaque secteur :

S'agissant de la cohérence du projet par rapport au secteur de référence, diverses situations peuvent se présenter :

- pour un même secteur, plusieurs projets ont été élaborés par des auteurs différents (médecins ou équipe publics, équipe ou établissements privés ...).

Dans ce cas, il conviendra de vérifier qu'il n'y a pas de contradiction ni de concurrence entre les projets, par exemple par rapport aux buts poursuivis ou à la population visée.

- une même équipe (publique ou privée) peut présenter plusieurs projets. La vérification devra alors porter sur la complémentarité des différents projets, sur la possibilité de suivi de tous par l'équipe, sur leur répartition sur le territoire du secteur de sorte que l'ensemble des besoins soit réellement couvert.

Dans tous les cas, l'étude au niveau du secteur doit porter sur l'articulation de l'ensemble des structures publiques et privées, sanitaires - psychiatriques et non psychiatriques -, médico-sociales et sociales.

Cohérence au niveau de chaque établissement :

Un intérêt particulier devra être porté aux projets intersectoriels afin d'éviter les double emplois. Il faudra veiller à ce que la population dite " hors secteur" soit prise en charge au mieux des possibilités de continuité thérapeutique.

S'agissant du personnel, les projets d'actions ou de structures extériorisés présenteront le plus souvent des glissements d'effectifs de l'intra vers l'extra-hospitalier. La tutelle devra alors veiller à ce que l'ensemble des " glissements" projetés ne mette pas en difficulté le suivi de la population hospitalisée à temps complet, et qu'il reste en définitive un potentiel d'agents suffisant pour assurer les soins intra-hospitaliers.

Selon l'importance des projets et des transformations de pratiques de l'intra vers l'extra-hospitalier, la tutelle devra également considérer le devenir des établissements hospitaliers, en liaison avec leurs responsables (cf. 4.2. et 4. 3.).

Enfin, elle établira un projet de calendrier de réalisation des différents projets, en fonction des priorités qui auront été affichées.

Cohérence au niveau du département :

La synthèse des réflexions menées au niveau des secteurs et des établissements porte sur l'ensemble des structures publiques et privées et des secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

Il s'agit d'éviter les disparités intersectorielles et, le cas échéant, de stimuler les équipes les moins actives.

La direction départementale des affaires sanitaires et sociales devra également lister les différentes structures et actions existantes ou proposées, pour vérifier que certains types de structures ou de prestations ne sont pas abusivement privilégiés par rapport à d'autres. Il ne s'agit pas de retrouver dans chaque secteur l'ensemble de la palette thérapeutique, mais de rechercher un équilibre qui réponde au mieux à la diversité des situations rencontrées.

Cohérence au niveau régional :

Cette analyse devra être réalisée conjointement par les directions départementales des affaires sanitaires et sociales et la direction régionale des affaires sanitaires et sociales, cette dernière fournissant aux D.D.A.S.S. les informations recensées au niveau régional mais ayant une incidence sur les structures départementales (en matière de moyen séjour, de long séjour, de structures pour personnes âgées, etc.).

La consolidation régionale, voire la synthèse régionale, lorsque tous les départements mènent simultanément cette réflexion, permettra d'apprécier l'équilibre - ou de mettre à jour certains déséquilibres - entre départements.

L'ensemble de l'analyse qui vient d'être détaillée peut conduire les D.D.A.S.S. et la D.R.A.S.S. à susciter des projets complémentaires, en particulier si la synthèse des projets présentés fait apparaître une prise en compte insuffisante de certaines priorités régionales.

En outre, la D.D.A.S.S. pourra à ce stade s'interroger sur la pertinence du découpage des secteurs et des pôles de rattachement hospitaliers.

Enfin les D.D.A.S.S. et D.R.A.S.S. pourront être à l'initiative de programmes-supports (formation, recherche épidémiologique, amélioration de l'évaluation du système de soins, etc.) qui seront bien souvent à examiner au niveau régional.

5.2.2. AVIS DE LA D.R.A.S.S. SUR LE PROJET DE S.D.O.

Autant il importe que la D.D.A.S.S. anime les étapes d'élaboration des projets de transformation et d'examen des conditions de leur réalisation, autant la D.R. A.S.S. veillera à la cohérence régionale des projets de S.D.O. avec les perspectives à moyen terme élaborées par elle, selon les modalités définies ci-dessus.

5.2.3. AVIS DU C.D.S.M. SUR LE PROJET DE S.D.O.

A ce stade l'ensemble des partenaires connaissent précisément les orientations et les enjeux de la planification en santé mentale.

Il ne s'agit plus de concevoir des transformations élémentaires mais de construire une perspective d'ensemble. L'avis du C.D.S.M. est donc essentiel pour la mise en place d'une politique de santé mentale satisfaisant aux besoins des populations du département.

L'avis du C.D.S.M., qui clôt l'ensemble de la phase préparatoire à la procédure de la carte sanitaire, devra pouvoir être

prononcé avant le 31 décembre 1989.

Il conviendra également de prévoir un réexamen périodique du S.D.O., afin qu'il intègre les réalisations nouvelles ainsi que d'éventuelles modifications tant des besoins sanitaires que des protocoles thérapeutiques propres à la psychiatrie.

CADRE-TYPE DE SCHEMA DEPARTEMENTAL D'ORGANISATION SITUATION DE REFERENCE

(cf. document original)

SIXIEME PARTIE : DES MESURES A PRENDRE PENDANT LA PHASE TRANSITOIRE

6.1. Les réalisations à court terme

Pendant la phase d'élaboration du S.D.O., les D.D.A.S.S. continueront de recevoir des projets émanant des établissements (programmes d'établissement, plans de restructuration, opérations d'investissement, créations de structures, etc.), d'importance variable.

Pour ne pas freiner les adaptations du dispositif pendant cette période transitoire, il faudra distinguer entre :

1. - Les projets qui constituent en eux-mêmes l'essentiel d'un schéma départemental d'organisation, par exemple dans le cas d'une restructuration d'un établissement assurant la quasi-totalité des actions psychiatriques et de santé mentale dans un département. Ils devront alors obéir aux règles de la présente circulaire ;
2. - Et d'autres projets de dimensions plus modestes suffisamment avancés pour être réalisés à court terme, ils seront alors examinés dans leur contexte actuel, sans attendre la mise en oeuvre de l'ensemble de la procédure décrite antérieurement.

Cependant, afin de maintenir une cohérence entre les décisions partielles à court terme et la planification à moyen terme de l'ensemble du dispositif, les D.D.A.S.S. aborderont l'analyse de ces projets en s'inspirant de la démarche retenue pour l'élaboration des S.D.O., en particulier sur les deux points suivants :

- . la cohérence interne des projets ;
- . leur cohérence externe avec les objectifs régionaux et départementaux de santé mentale.

Une attention spéciale devra être accordée aux projets ayant des conséquences au-delà du champ de la psychiatrie. A cet égard, tout projet relatif à la création de lits de long séjour méritera une prudence toute particulière (cf. annexe n° 9), car il ne s'agit pas de remplacer une ségrégation par une autre. Les directives en matière de soins pour les personnes âgées visent d'abord au maintien à domicile, et ensuite à l'hébergement dans des structures le plus proche possible du domicile des personnes ou de leur famille. Il est rare que la situation, par exemple d'un C.H.S., réponde aux nécessités rappelées par ces dispositions.

Cohérence interne des projets :

Le contenu des projets devra comporter tous les éléments figurant au paragraphe 4.1.2. de ce guide.

La cohérence interne de chaque projet pourra être appréciée suivant la méthode définie dans le paragraphe 4.3. du guide. Mais les termes des comparaisons étant plus réduits que lors de l'élaboration d'un S.D.O., c'est surtout au sein de l'établissement qu'il conviendra d'évaluer l'impact du projet.

Cohérence externe des projets avec les objectifs régionaux et départementaux :

Les D.D.A.S.S., en concertation avec la D.R.A.S.S., veilleront à ce que les projets soumis par les établissements s'intègrent aux objectifs à moyen terme qui pourront être définis selon la démarche générale décrite en 1re et 2e parties.

La démarche pourra être simplifiée à différents niveaux :

- analyse des données existantes dans le département sans recours à des enquêtes complémentaires ;
- interprétation des données eu égard aux objectifs en matière de psychiatrie et de santé mentale (cf. paragraphe 2.3. et annexes correspondantes) ;
- concertation allégée mais comprenant au moins un avis du C.D.S.M. pour les projets "restructurant" le dispositif existant.

Cette méthode d'analyse devra être menée en respectant les procédures habituelles applicables à chaque type de transformation envisagée (approbation d'opérations d'investissement, redéploiement de postes budgétaires, etc.), en particulier la consultation du C.D.S.M.

6.2. La procédure particulière concernant la détermination et le découpage des secteurs psychiatriques

Pour faire valider le découpage actuel des secteurs psychiatriques dans un département ou pour procéder à toute modification de ce découpage, la procédure à engager devra respecter les étapes suivantes :

1. - Le préfet de département élabore un projet de sectorisation psychiatrique qui détermine :

a) Le nombre, les limites des secteurs ainsi que l'importance de la population y résidant, en mentionnant pour chaque secteur son numéro d'identification conformément à la circulaire n° 926 bis du 1er octobre 1986. La subdivision du département en secteurs psychiatriques devra correspondre aux unités administratives utilisées par l'I.N.S.E.E. (département, arrondissement, canton, commune, quartier). Pour chaque secteur de psychiatrie devra être indiquée la liste des unités administratives qui le composent avec leur numéro I.N.S.E.E. :

- pour les secteurs de psychiatrie générale et de psychiatrie infanto-juvénile, la plus petite unité indivisible devra être le canton ou la commune à l'exception des villes de plus de 1090 000 habitants, où elle pourra être le quartier. Par ailleurs un secteur ne comprendra pas d'unités administratives appartenant à 2 départements différents. Enfin, un secteur de psychiatrie infanto-juvénile ne saurait correspondre à plus de 3 secteurs de psychiatrie générale.

- pour les secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire, la plus petite unité administrative les composant devra être le département, compte tenu de leur vocation régionale.

b) Les établissements hospitaliers de rattachement de chaque secteur psychiatrique. Un secteur psychiatrique ne saurait être rattaché qu'à un et un seul centre hospitalier général ou spécialisé qui participe à la lutte contre les maladies mentales.

c) Pour chaque secteur psychiatrique, la liste des établissements, équipements et services existants, publics ou privés, en précisant :

- leur numéro d'identification au fichier F.I.N.E.S.S. ;
- l'intitulé de chaque structure ou service, qu'il soit hospitalier ou extra-hospitalier, en utilisant pour le service public la nomenclature utilisée par l'arrêté du 14 mars 1986 ;
- leur implantation et leur adresse ;
- leur capacité en termes de lit ou place lorsque cette unité de compte leur est applicable ;
- si ces équipements participent ou non à la sectorisation psychiatrique publique, étant entendu que les personnes morales, de droit public ou privé -autres que l'hôpital -, qui participent à ces actions sectorisées doivent être clairement individualisées.

2. - Le projet de sectorisation psychiatrique mentionné au 1 a) et b) est ensuite successivement soumis aux avis du conseil départemental de santé mentale, de la commission régionale et de la commission nationale des équipements sanitaires et sociaux.

3. - L'arrêté ministériel.

Muni des avis des trois instances précitées, le projet est ensuite transmis au ministère des affaires sociales (direction générale de la santé et direction des hôpitaux) qui fixe par arrêté l'organisation des secteurs psychiatriques du département.

ANNEXES

Annexe n° 1 : Objectifs et programmes de santé mentale. (cf. document original)

Annexe n° 2 : Les principaux textes législatifs et réglementaires. (cf. document original)

Annexe n° 3 : Quels indicateurs choisir pour analyser les programmes nationaux ? (cf. document original)

- Annexe n° 4 : Les systèmes d'information nationaux. (cf. document original)
Annexe n° 5 : Comment délimiter le champ de la planification en santé mentale ? (cf. document original)
Annexe n° 6 : Faut-il lancer une enquête complémentaire et selon quelles modalités ? (cf. document original)
Annexe n° 7 : Une enquête épidémiologique de l'I.N.S.E.R.M. sur quelques secteurs psychiatriques. (cf. document original)
Annexe n° 8 : Principales caractéristiques des structures psychiatriques. (cf. document original)
Annexe n° 9 : Les conditions de création d'une unité de long séjour dans un établissement psychiatrique. (cf. document original)
Annexe n° 10 : Allocations et structures sociales et médico-sociales pour personnes handicapées mentales ou atteintes de troubles mentaux. (cf. document original)
Annexe n° 11 : Comment faire évoluer le patrimoine hospitalier public ? (cf. document original)
Annexe n° 12 : Evolution de la structure des emplois et des postes de travail ; incidences pour les personnels hospitaliers. (cf. document original)
Annexe n° 13 : Comment programmer sur plusieurs années les besoins de formation des personnels hospitaliers publics ? (cf. document original).

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE L'EMPLOI.

Le ministre des affaires sociales et de l'emploi, Le ministre délégué, auprès du ministre, des affaires sociales et de l'emploi, chargé de la santé et de la famille, à Messieurs les préfets, commissaires de la République de région, Directions régionales des affaires sanitaires et sociales (pour exécution) ; Messieurs les préfets commissaires de la République de département, Directions départementales des affaires sanitaires et sociales (pour exécution)

Non parue au Journal Officiel.

Source : Bulletin officiel du Ministère de la Solidarité, de la Santé et de la Protection Sociale n° 88/6 bis du 15 décembre 1987