

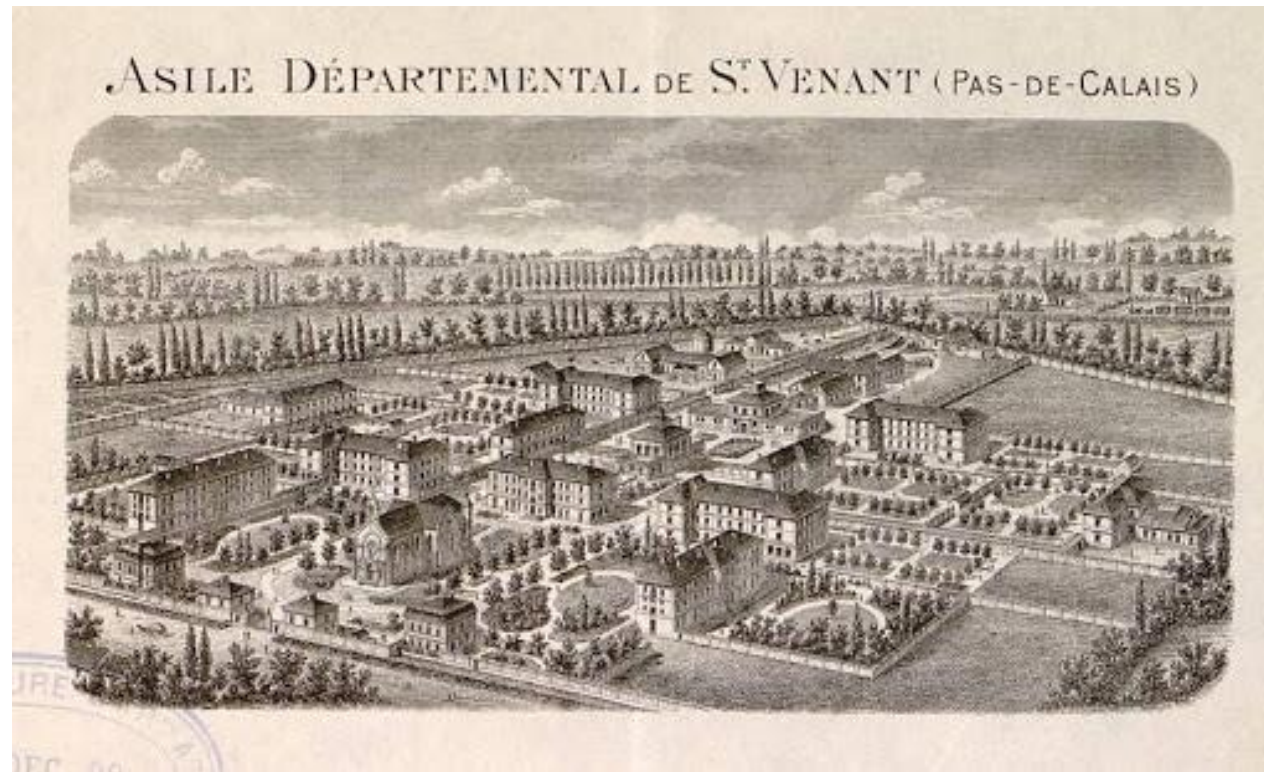
# Politique de santé mentale, dispositif psychiatrique, principes de la sectorisation Planification et Sectorisation

Dr NGUON Anne-Sophie

# Plan

- Histoire de la politique de santé en Psychiatrie
- Principe de sectorisation
- Une politique en changement
- Outils de planification

# Histoire de la politique de santé en Psychiatrie



- L' Asile comme lieu de vie
- Mécanismes d'aliénation entraînés par des hospitalisations isolant les malades de la communauté

# Histoire de la politique de santé en Psychiatrie



L'acte fondateur de la psychiatrie en tant que discipline médicale est le geste symbolique de **Philippe PINEL**, médecin à Bicêtre, libérant de leurs chaînes des aliénés reconnus alors pour des malades en 1793.

Mais l'acte fondateur de la politique publique, longtemps appelée de *lutte contre les maladies mentales*, date de 45 ans plus tard avec la promulgation de la loi du 30 juin 1838:

- article premier titre I: « *chaque département est tenu d'avoir un établissement public spécialement destiné à recevoir et soigner les aliénés* ».
- titre II, cette loi définit aussi les conditions d'admission dans ces « *établissements d'aliénés* », sous la forme de placements volontaires et de placements d'office

# Histoire de la politique de santé en Psychiatrie

- **1937: La fin des asiles et la naissance de l'Hôpital Psychiatrique.**

Un décret ministériel, le 8 avril 1937 change la dénomination des établissements traitant des malades mentaux. Les asiles d'aliénés s'appelleront désormais des **hôpitaux psychiatriques**.

Le ministre de la santé publique, Marc Rucart, décide par voie de circulaire, le 13 octobre 1937, la création dans chaque département d'un dispensaire d'hygiène mentale permettant de développer des actions de prévention et de consultation.

# Histoire de la politique de santé en Psychiatrie

*« Il n'y a pas de raison pour qu'une personne prise dans la difficulté relationnelle ne soit pas suivie par la même équipe à la fois dehors et dedans » (Bonnafé)*

## ➤ **1960: la naissance du Secteur.**

la circulaire du 15 mars 1960 « *relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales* ».

- Nouvelle ère
- Une spécificité française
- Une ambition clinique, égalitaire et intégrative
- Passage du lieu au milieu thérapeutique (dé-spécification territoriale de la psychiatrie)
- **Continuité des soins.**

*« l'hospitalisation du malade mental ne constitue plus désormais qu'une étape du traitement, qui a été commencé et devra être poursuivi dans les organismes de prévention et de postcure »*, elle développe en conséquence une **organisation territoriale des soins** dans le **cadre de secteurs**

Il faudra cependant attendre 1985 pour que le secteur soit une forme d'organisation de la psychiatrie déterminée par la loi.

- **Une mise en place tardive et inégale**

# Principe de sectorisation

Ce travail de planification impliquait de déterminer le niveau d'équipement en lits et les structures de prise en charge nécessaires (dispensaires d'hygiène mentale, hôpital de jour, foyers de postcure, ateliers protégés).

Les références citées en termes d'équipements sont celles de l'OMS (**3 lits pour 1 000 habitants** englobant les besoins pour les adultes et les enfants).

**Le territoire départemental constitue dans son ensemble un secteur.** Il doit être découpé en « sous-secteurs » géo-démographiques tous reliés au dispositif de soins hospitalier.

A chacun de ces « sous-secteurs » d'un département correspondra un service hospitalier qui prendra en charge les malades relevant de son territoire en hospitalisation et en ambulatoire.

# Principe de sectorisation

Mais une réalisation incomplète....

*Les secteurs monocommunaux*



*Les secteurs pluricommunaux*



*Les secteurs radiaux continus*



*Les secteurs discontinus*





# Principe de sectorisation

Il faut attendre l'article 25 de la loi n°68-690 du 31 juillet 1968 portant diverses dispositions d'ordre économique et financier pour que la banalisation des hôpitaux psychiatriques, engagée par la circulaire de 1937, voulue par la circulaire de 1960, se concrétise, en leur faisant bénéficier du même statut que les hôpitaux généraux. Les médecins de ces établissements psychiatriques, alors encore fonctionnaires de l'Etat, peuvent, s'ils le souhaitent, opter pour le même statut que les médecins hospitaliers.

Il faut attendre douze ans, l'arrêté du 14 mars 1972, « *fixant les modalités du règlement départemental de lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et les toxicomanies* », et la circulaire n° 431 du 14 mars 1972 destinée à l'application de cet arrêté, pour disposer enfin des modalités de mise en place des secteurs.

# Principe de sectorisation

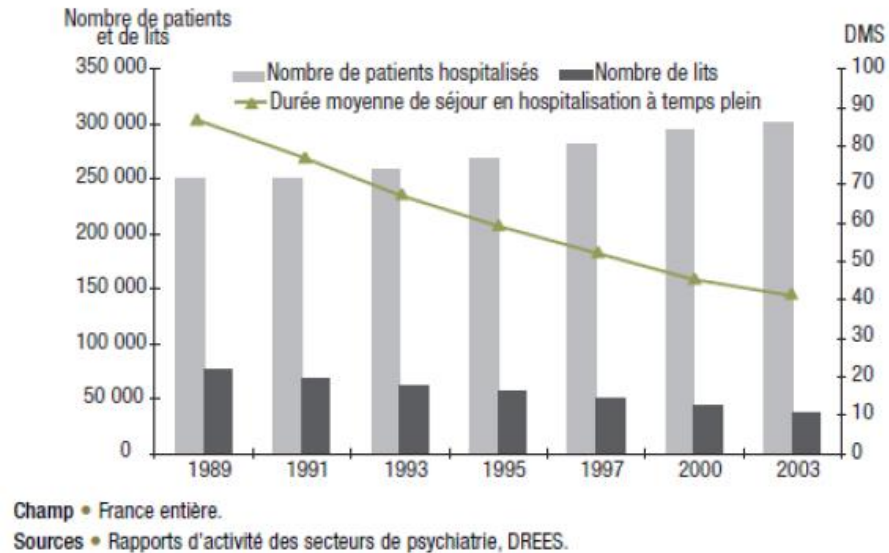
La mise en place de la sectorisation se fera de façon progressive et **inéga**le selon les départements. En 1974, le ministre de la santé signe deux nouvelles circulaires en date du 9 mai, pour lever les obstacles encore existants, l'une sur la psychiatrie générale, l'autre sur la pédopsychiatrie. Ces instructions précisent les objectifs poursuivis par cette politique publique :

- « déconcentrer et diversifier les pôles thérapeutiques par l'éclatement des gros hôpitaux psychiatriques ;
- limiter les indications de l'hospitalisation plein temps et en réduire la durée en pratiquant au maximum les soins ambulatoires ;
- assurer la continuité des soins ambulatoires ou hospitaliers en les plaçant sous la responsabilité d'une même équipe pluridisciplinaire ».

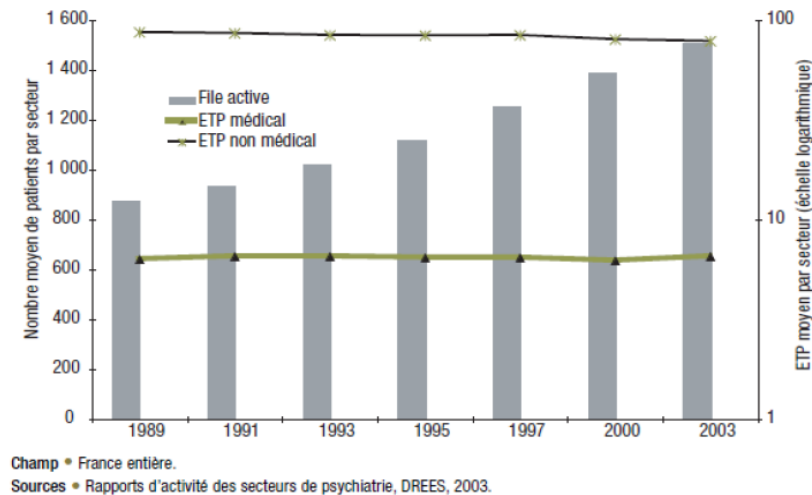
Il n'y a pas d'obligation pour un malade d'être traité par l'équipe médicale en charge du secteur géographique où il réside. Mais il y a obligation pour cette équipe d'accepter de traiter les malades habitant dans le secteur dont elle a la charge

# Une politique en changement

## Des modifications de prises en charges depuis 1989



Une évolution à la baisse de la durée de séjour, du nombre de lits et à la hausse du nombre de patients...  
... et une stagnation du personnel



# Une politique en changement

- **Développement des alternatives à l'hospitalisation**
  - Hôpitaux de jour
  - Centre médico-psychologique
  - Centre de crise
  - Centre d'accueil permanent....
- Vers un processus de **désinstitutionalisation**, un processus variable selon les pays avec des facteurs initiaux similaires :
  - Développement de nouvelles techniques de traitement
  - Évolution de la perception de la maladie mentale
  - Insertion traitements plus efficaces et moins stigmatisants
- **Enjeux principaux :**
  - établir un juste équilibre entre hospitalisation et soins ambulatoires
  - et « déspecifier » la psychiatrie

Evolution des capacités en lit selon le type d'établissement

	Hospitalisation temps plein			Hospitalisation de jour			Hospitalisation de nuit		
	2007	2015	Evolution	2007	2015	Evolution	2007	2015	Evolution
public	39 188	36 804	-6,08 %	20 829	21 588	3,64 %	1 224	891	-27,21 %
privé non lucratif	7 884	7 349	-6,79 %	4 653	5 108	9,78 %	197	267	35,53 %
privé lucratif	11 619	13 350	14,90 %	440	1 374	212,27 %	28	129	360,71 %
<b>Total</b>	<b>58 691</b>	<b>57 503</b>	<b>-2,02 %</b>	<b>25 922</b>	<b>28 070</b>	<b>8,29 %</b>	<b>1 449</b>	<b>1 287</b>	<b>-11,18 %</b>

Source : Données transmises par la DGOS

# Une politique en changement

**La politique nationale, désormais de santé mentale puis de psychiatrie et santé mentale, va faire l'objet de **MUTLIPL**ES plans dans une volonté de moderniser l'offre de soins:**

- en 2001,
- 2005-2008,
- 2011-2015,

Le secteur devient une entité indéfinie, chargée d'exercer les missions de lutte contre les maladies mentales au sein d'un **cadre territorial nouveau**, « *le territoire de santé* », qui n'est pas spécifique à l'offre psychiatrique mais englobe la totalité de l'offre de santé.

Le secteur psychiatrique a retrouvé un fondement législatif avec la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

Les établissements de soins psychiatriques, comme les autres établissements de santé, sont conduits à s'associer au sein de **groupements hospitaliers de territoire (GHT)**.

# Outils de planification

Les opérateurs publics dans le domaine du soin hospitalier sont de deux types :

- les établissements de santé (ES)
- et les groupements hospitaliers de territoire (GHT).

En psychiatrie, il faut en rajouter un troisième : la communauté psychiatrique de territoire (CPT).

Les établissements de santé sont les seuls à disposer d'une personnalité juridique, les GHT comme les CPT reposent sur des conventions entre établissements.

# Outils de planification

Le dispositif de soins psychiatriques s'organise, comme tout le dispositif de soins, selon trois niveaux auxquels correspond à chaque fois un outil de planification de l'offre :

- *l'hôpital, avec son projet d'établissement* arrêté par le directeur de l'établissement, ne faisant pas l'objet d'une approbation par le directeur général de l'ARS, mais sur la base duquel est défini avec l'ARS un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) ;
- *le groupement hospitalier de territoire (GHT), avec son projet médical partagé (PMP)*, arrêté par l'instance de gouvernance du GHT, faisant partie d'une convention constitutive soumise à l'approbation du directeur général de l'ARS ;
- *la région, avec le projet régional de santé (PRS)* qui englobe le public et le privé, l'hospitalier et l'ambulatoire, le soin, le médico-social et la prévention. Le PRS est arrêté par le directeur général de l'ARS.

# Outils de planification

	<i>Objet de la planification de l'offre</i>	<i>Territoire concerné</i>
<i>Le projet régional de santé (PRS)</i>	L'organisation et le fonctionnement de l'offre de santé	La région
<i>Projet d'établissement pour un hôpital donné</i>	L'organisation et le fonctionnement de l'offre de soins intra et extrahospitalière	Le territoire couvert par l'établissement hospitalier et ses secteurs
<i>Le projet médical partagé (PMP) du GHT</i>	L'organisation et le fonctionnement de l'offre de soins intra et extrahospitalière	Le territoire couvert par les établissements hospitaliers du GHT et leurs secteurs
<i>La convention constitutive de la CPT</i>	L'organisation et le fonctionnement de l'offre de santé	Le territoire couvert par les établissements hospitaliers de la CPT et leurs secteurs
<i>Le projet territorial de santé mentale (PTSM)</i>	L'organisation et le fonctionnement de l'offre de santé	Le territoire de santé mentale

Source : mission

Objet sur lequel porte les différentes démarches de planification de l'offre en psychiatrie et territoires d'application



# Les priorités du PTSM

« Art. R. 3224-5.-I.-Le projet territorial de santé mentale a pour priorité l'organisation des conditions du repérage précoce des troubles psychiques, de l'élaboration d'un diagnostic et de l'accès aux soins et aux accompagnements sociaux ou médico-sociaux, conformément aux données actualisées de la science et aux bonnes pratiques professionnelles.

« Art. R. 3224-6.-I.-Le projet territorial de santé mentale a pour priorité l'organisation du parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes souffrant de troubles psychiques graves et s'inscrivant dans la durée, en situation ou à risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur inclusion sociale

« Art. R. 3224-7.-Le projet territorial de santé mentale a pour priorité l'organisation des conditions de l'accès des personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins.

« Art. R. 3224-8.-Le projet territorial de santé mentale a pour priorité l'organisation des conditions de la prévention et de la prise en charge des situations de crise et d'urgence.

« Art. R. 3224-9.-I.-Le projet territorial de santé mentale a pour priorité l'organisation des conditions du respect et de la promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques, du renforcement de leur pouvoir de décider et d'agir et de la lutte contre la stigmatisation de ces troubles.

« Art. R. 3224-10.-Le projet territorial de santé mentale a pour priorité l'organisation des conditions d'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale.

# Conclusion

- La sectorisation: un modèle unique avec de multiples inégalités:
  - inégalités importantes dans l'offre de soins et de professionnels présents sur les territoires,
  - un gradient social dans la prévalence des troubles
  - des réponses hétérogènes mises en œuvre par les territoires.
- Une volonté d'approche transversale de la politique de santé mentale, territorialisée dans le cadre des projets territoriaux de santé mentale.

# Mentions Légales

L'ensemble de ce document relève des législations française et internationale sur le droit d'auteur et la propriété intellectuelle. Tous les droits de reproduction de tout ou partie sont réservés pour les textes ainsi que pour l'ensemble des documents iconographiques, photographiques, vidéos et sonores.

Ce document est interdit à la vente ou à la location. Sa diffusion, duplication, mise à disposition du public (sous quelque forme ou support que ce soit), mise en réseau, partielles ou totales, sont strictement réservées aux Instituts de Formation en Soins Infirmiers de la région Auvergne-Rhône-Alpes.

L'utilisation de ce document est strictement réservée à l'usage privé des étudiants inscrits dans les Instituts de Formation en Soins Infirmiers de la région Auvergne-Rhône-Alpes, et non destinée à une utilisation collective, gratuite ou payante.