

Comptes de la classe 8. — Charges imputables aux exercices antérieurs, charges exceptionnelles, dotation au fonds de roulement. Ces prévisions de dépenses et de recettes font l'objet d'un budget annexe dans la comptabilité de l'hôpital.

Le compte administratif de l'établissement comportera une section correspondant à la gestion des services mis à la disposition du département.

Article 7.

Le département fera trimestriellement à l'hôpital une avance des frais précisés ci-dessus correspondant aux deux tiers du montant de la dépense du trimestre précédent.

Article 8.

Le département contractera une assurance responsabilité pour la couverture de l'ensemble des risques encourus par le personnel ou de son fait appelé à exercer son activité dans le cadre de l'organisation prévue par le règlement départemental de lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et les toxicomanies.

Article 9.

La présente convention est conclue pour la durée d'une année et renouvelable par tacite reconduction. Elle ne pourra être valablement résiliée que sur préavis de six mois au maximum.

Circulaire du 14 mars 1972 relative au règlement départemental de lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et les toxicomanies.

Paris, le 14 mars 1972.

Le ministre de la santé publique et de la sécurité sociale à messieurs les préfets de région, les préfets des départements, les chefs des services régionaux de l'action sanitaire et sociale, les médecins inspecteurs régionaux de la santé, les directeurs départementaux de l'action sanitaire et sociale et les médecins inspecteurs de la santé (pour exécution).

Circulaires complétées :

N° 133 du 20 mai 1955 (Sur les dépenses d'hygiène mentale), n° 310 du 15 mars 1960 (Programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales et l'alcoolisme), n° 208 du 28 mai 1963 (Préparation du V^e Plan d'équipement sanitaire), 27 août 1963 (Arriérés profonds et déments séniles), n° 8 du 8 janvier 1969 (Recensement de l'équipement des secteurs), n° 12 du 24 janvier 1969 (Bisexualisation des hôpitaux psychiatriques), 20 août 1970 (Constructions normalisées industrialisées), n° 99 du 4 septembre 1970, chapitre 2 (Au sujet du statut des praticiens à plein temps des établissements hospitaliers publics de 2^e catégorie), n° 148 du 18 janvier 1971 (Elaboration de la carte de l'équipement psychiatrique), n° 1575 du 24 septembre 1971 (Personnes âgées).

De nombreuses directives, rappelées ci-dessus, vous ont déjà fait part de la politique sanitaire à appliquer en vue de l'organisation de la lutte contre les maladies mentales et l'alcoolisme, organisation dont les contours, à la lumière d'expériences encore récentes, se sont peu à peu précisés et dont l'apport se révèle indéniablement bénéfique, tant pour les malades que pour la collectivité.

L'intervention de textes récents nous oblige à prévoir une organisation basée sur un règlement départemental dont les grandes lignes ont été tracées par l'arrêté du 14 mars 1972 et qui sera complété par des conventions de secteur.

Il me paraît nécessaire d'accompagner l'arrêté précité et le modèle de convention qui y est annexé du rappel de quelques notions de base, et de quelques commentaires.

I. — LA SECTORISATION

1. La sectorisation constitue un des éléments essentiels de la politique sanitaire à appliquer en vue de l'organisation de la lutte contre les maladies mentales et l'alcoolisme. Avec le développement des toxicomanies au cours de ces dernières années, elle concerne également les soins aux toxicomanes, pour lesquels le recours au médecin psychiatre est souvent nécessaire.

L'attachement des autorités sanitaires à cette politique a d'ailleurs été affirmé et réaffirmé depuis plus de dix ans.

La loi n° 68-690 du 31 juillet 1968, en son article 25, pose les principes de la coordination des actions de prévention, de traitement et de postcure.

Le décret n° 70-198 du 11 mars 1970 (modifiant le décret n° 61-946 du 24 août 1961) concernant le statut à plein temps des praticiens des hôpitaux de 2^e catégorie se réfère au secteur dans son article 4, et par mes circulaires du 4 septembre 1970 et 18 janvier 1971 j'ai insisté sur la nécessité de procéder à la mise en place de la sectorisation.

Enfin, l'obligation de classement des services hospitaliers en 1^{er} et 2^e groupe, selon les critères dégagés par l'arrêté interministériel du 20 septembre 1971 (paru au *Journal officiel* du 25 septembre 1971) commande une détermination juridique nette de l'organisation départementale.

Le « secteur » constitue la base du service public destiné à répondre à la demande de soins de la population qui y réside.

C'est donc tout d'abord une aire géographique tenant compte des conditions démographiques à l'intérieur de laquelle est organisée la distribution des soins psychiatriques aux malades qui en ont besoin. Ceux-ci sont soit des consultants externes, soit des hospitalisés dans les hôpitaux généraux, ou dans les hôpitaux psychiatriques, ou dans les hospices, ou dans tous autres établissements.

Le secteur est constitué de divers services destinés à permettre l'exercice des activités de prévention, de cure (y compris les traitements ambulatoires) et de post-cure que nécessite l'état du malade.

Il est confié à un médecin psychiatre chef de secteur qui a la responsabilité d'une équipe composée de médecins, assistantes sociales, psychologues, infirmières, etc. Outre les soins, ce médecin, assisté de l'équipe, doit assurer les liaisons utiles avec tous ceux qui peuvent contribuer à la réadaptation et la réinsertion sociale des malades et, notamment, les médecins praticiens, les services sociaux de base, le service unifié de l'enfance, les médecins conseils de la sécurité sociale, les employeurs et les services de reclassement professionnel, les mouvements d'anciens malades, l'appareil judiciaire le cas échéant, etc. (une note annexe fournit quelques précisions sur l'équipe).

2. Création du secteur :

La création du secteur est un acte important. Jusqu'à présent, le programme d'organisation départementale (P.O.D.) déterminant le nombre et la répartition des secteurs résultait d'une simple délibération du conseil général approuvant les propositions du préfet établies en accord avec l'administration centrale. L'objectif de ce programme était de déterminer le découpage des secteurs et leur équipement en lits et places.

Désormais, selon les dispositions de l'arrêté ministériel du 14 mars 1972, il fera l'objet d'un véritable règlement d'ensemble, déterminé par arrêté préfectoral, et concernant aussi bien les modalités administratives, techniques et financières de fonctionnement du service de lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et les toxicomanies que l'équipement en locaux.

La portée du règlement départemental est donc beaucoup plus large que celle du P.O.D.

L'existence officielle de ce règlement permettra notamment l'intervention de conventions de création de secteur réglant les échanges de services et les prestations financières entre les organismes impliqués.

Le découpage sectoriel et l'équipement envisagé — qu'il s'agisse de secteurs de psychiatrie générale ou d'intersecteurs de psychiatrie infantile-juvénile — devront se faire dans le cadre de la carte sanitaire, elle-même établie dans des conditions qui seront définies ultérieurement, en application de l'article 44 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière. En attendant, l'avis technique du médecin inspecteur régional de la santé sera toujours requis, et c'est le P.O.D. approuvé qui servira de base. D'autre part, il conviendra de ne pas perdre de vue la nécessité d'une harmonisation progressive du secteur psychiatrique avec les différents types de secteurs sanitaires ou sociaux existants ou à créer.

Je crois devoir souligner que la mise au point du règlement départemental, objet d'études attentives de la part des instances intéressées, nécessitera de larges consultations, à l'initiative du directeur départemental de l'action sanitaire et sociale et du médecin inspecteur départemental de la santé, notamment des médecins et des représentants des hôpitaux. Souvent, il y aura également intérêt à prendre l'avis des représentants du personnel et d'institutions appelées à concourir à l'application de la politique de secteur.

Il semble en effet que le bon fonctionnement d'un organisme aussi complexe que le secteur nécessite un large consensus des participants.

Je ne verrais par ailleurs que des avantages à ce que, au plan de la région, des commissions techniques, en permettant des rencontres de médecins, de directeurs d'hôpitaux, facilitent les échanges de vues sur les problèmes de l'organisation des soins, des équipements et des personnels. Dans une discipline qui ne comporte pas de consultants régionaux, mais où la mise en place des structures

va soulever de nombreux problèmes, il me paraît utile qu'un organisme qualifié puisse donner des avis et préconiser des solutions marquées, pour une région, d'une certaine unité de vues. Il est demandé aux médecins inspecteurs régionaux de la santé, en liaison avec les chefs des services régionaux de l'action sanitaire et sociale, de prendre toutes initiatives en ce domaine.

Le règlement départemental de sectorisation comportera en annexe une carte des secteurs sur laquelle seront portés les établissements, services et organismes utilisés directement par les équipes pour accomplir leurs tâches de prévention de soins et de post-cure, ainsi que ceux dans lesquels lesdites équipes peuvent être amenées à intervenir.

Il devra, en attendant que soit atteint l'équipement optimum en institutions et en personnel, prévoir des étapes intermédiaires de façon que la totalité du département soit desservie par l'organisation mise en place.

*
**

Outre qu'elles sont indispensables, les indications précises sur l'organisation de chaque secteur permettront aux médecins psychiatres de service public de poser leur candidature à un poste en connaissance de cause.

La gestion des secteurs peut être envisagée selon des modalités diverses, exposées dans la note annexe n° 2.

Elle est en tout cas fortement conditionnée par les conventions examinées dans le chapitre ci-après.

II. — LES CONVENTIONS

Pour chaque secteur, la convention de base est conclue entre le préfet (direction départementale de l'action sanitaire et sociale) et le directeur de l'hôpital dans lequel se trouve le service de psychiatrie. Je précise bien que l'hôpital peut être soit un centre hospitalier, soit un hôpital psychiatrique, soit un centre hospitalier et universitaire, même dans le cas où, ne possédant pas encore de locaux d'hospitalisation de psychiatrie, l'hôpital assure la charge d'un médecin psychiatre chef de secteur. Les deux cosignataires pourront signer à leur tour une convention avec d'autres établissements hospitaliers ou institutions privées situés dans le secteur. Ces établissements rembourseront soit à l'hôpital, soit au département les dépenses entraînées par les prestations de service dont ils sont bénéficiaires.

Un modèle de convention se trouve annexé à l'arrêté du 14 mars 1972 ainsi que le prévoit l'article 4 du décret n° 70-198 du 10 mars 1970.

J'attire votre attention sur le fait que les conventions à passer devront être conçues de telle sorte qu'elles ne jettent pas l'exclusive contre ce qui existe déjà, et qui souvent, à côté de l'hôpital et des dispensaires, comprend des organismes privés à but non lucratif et comporte le concours de médecins d'exercice libéral, de psychologues et rééducateurs rémunérés à la vacation.

De telles ressources constituent un apport utile à un service dont l'équipement en personnel et en établissements est généralement déficitaire. Mais l'intérêt de cet apport serait très accru si certaines actions ne faisaient jamais double emploi.

C'est pourquoi les conventions vous aideront à faire entrer dans un ensemble ordonné et cohérent des organismes qui, tout en pouvant rester « inter-sectoriels » comme ce sera bien souvent le cas, devront s'intégrer dans le dispositif d'ensemble et établir des relations étroites de complémentarité (et non de concurrence) avec le service public.

Il vous appartiendra d'ailleurs de refuser le concours financier du budget départemental d'hygiène mentale aux institutions ou services qui continueraient à agir isolément, en ordre dispersé et hors du cadre d'ensemble.

Les médecins vacataires s'intégreront également à l'équipe de secteur et l'on ne devra plus voir des dispensaires assurés, par roulement, par les différents médecins à temps plein ou à temps partiel qu'utilise le département, afin de sauvegarder une illusoire égalité entre les médecins, au détriment de l'intérêt des malades. Quant au personnel paramédical, il devra avoir la possibilité de suivre les malades dont il a la charge et de connaître leur évolution, où que soient ces malades.

Les conventions seront périodiquement révisées, au fur et à mesure de la mise en place de locaux et de personnel qui s'effectuera dans le cadre des dispositions arrêtées par le règlement départemental.

II. — EN TERMINANT, JE VOUDRAIS ÉVOQUER QUELQUES POINTS PARTICULIERS

1. Problème des hôpitaux.

J'insiste afin que les hôpitaux généraux, et notamment les hospices, soient associés au secteur. De nombreuses hospitalisations dans les services de psychiatrie seraient évitées si les médecins

psychiatres, appelés par leurs confrères, allaient voir les malades dans les services de médecine. De même, il est indispensable que les médecins psychiatres assurent des visites régulières dans les hospices maintenant dénommés maisons de santé ou de cure médicale, où, éventuellement, des centres de géro-psycho-geriatrie devront être créés ainsi que le recommande la circulaire n° 1575 du 24 septembre 1971. Trop souvent, les médecins attachés à ces établissements ou à des services de médecine envoient des vieillards atteints de troubles caractériels sur les hôpitaux psychiatriques alors que ces malades requièrent des soins médicaux que les hôpitaux psychiatriques ne peuvent pas leur donner. Désormais, aucun malade ne devrait sauf urgence être évacué d'un hôpital ou d'un hospice sur un hôpital ou service de psychiatrie sans l'avis préalable du médecin psychiatre qui assure les visites régulières de ces établissements.

J'ajoute que, dans nombre de maisons de santé ou de cure médicale, aussi bien que dans les unités de géro-psycho-geriatrie, il serait opportun d'utiliser du personnel psychiatrique, ou de former du personnel aux techniques de relation avec les vieillards atteints de troubles mentaux.

2. La psychiatrie infantile.

Pour la psychiatrie infantile et l'organisation des inter-secteurs permettant des actions plus spécifiques en faveur des enfants et adolescents, il convient de vous reporter aux directives de ma circulaire déjà citée n° 99 du 4 septembre 1970 (chap. 2).

Toutefois, cette organisation soulevant des problèmes délicats en raison de la multiplicité d'organismes s'occupant d'enfants sans unité de vues ni souvent conscience des problèmes se posant au moment où les enfants atteignent l'âge adulte, une autre circulaire vous apporte les informations utiles.

3. Les services spécialisés.

Tout en reconnaissant la valeur des services sectoriels de psychiatrie générale, il m'est arrivé de préconiser la création de réseaux spécialisés, pour les alcooliques notamment. Nul ne peut discuter l'intérêt de ces services spécialisés, qui facilitent la recherche et permettent l'évolution des thérapeutiques.

En premier lieu, la loi du 15 avril 1954, dont je regrette qu'elle soit encore peu ou pas appliquée, a prévu la création de centres ou sections de rééducation pour alcooliques, autonomes (il en existe un) ou annexés à des hôpitaux généraux ou psychiatriques.

En second lieu, devant la surcharge des équipes de secteurs (parfois réduites à un médecin venant de l'hôpital et une assistante sociale départementale), il est apparu que celles-ci ne pouvaient faire face de façon satisfaisante aux nécessités de post-cures longues et difficiles, sans lesquelles la rechute après désintoxication est quasi fatale. C'est pourquoi je vous ai engagé à constituer une équipe d'infirmiers chargés de suivre les buveurs désintoxiqués après leur sortie de l'hôpital, de bons résultats ayant été constatés dans les départements où de tels réseaux ont été mis en service. Mais il va de soi que les services spécialisés manqueraient à leur tâche s'ils omettaient de prendre tous les contacts qui s'imposent avec les équipes de base; ils ne sont pas aptes en effet à régler tous les problèmes que pose un alcoolique à son entourage, et bien souvent la famille — en particulier les enfants — doivent faire l'objet d'une aide médico-sociale importante.

Je vous rappelle également que, dans le cadre de la prévention de l'alcoolisme, il y a lieu d'envisager et de favoriser la création de consultations médico-diététiques, comportant des médecins de différentes disciplines, notamment des psychiatres.

Enfin, il n'est pas impossible que certains départements soient amenés à créer une « Equipe drogue » chargée de centraliser et mener les actions spécifiques de lutte contre les toxicomanies. Mais dans tous les cas, ces équipes devront rester en liaison étroite avec les équipes de secteur, qui, également, seront appelées à prendre en charge des toxicomanes (en cure ambulatoire ou post-cure.)

*
**

Je pense, pour conclure, devoir souligner que mon premier souci, à l'occasion des présentes instructions, a été de prévoir des structures imposant le respect des principes de base, tout en vous laissant la plus grande latitude dans les modalités d'organisation.

Il s'agit, en effet, non de codifier un système rigide, mais de permettre une adaptation au but poursuivi des situations locales, essentiellement variables d'un département à l'autre, et d'utiliser toutes les ressources, souvent encore trop cloisonnées à l'heure actuelle et parfois même anarchiques, pour assurer une continuité véritable de la prise en charge du malade, ainsi que les soins à toutes les personnes en ayant besoin, où qu'elles soient.

ROBERT BOULIN.

ANNEXES

ANNEXE I

INDICATIONS CONCERNANT L'ÉQUIPE DE SECTEUR

Vous souhaiteriez certainement que soit défini ici « l'équipe de secteur », terminologie correspondant à un idéal souvent fort éloigné de la réalité.

Il est impossible toutefois d'en donner la composition type, étant donné que la taille et la composition de l'équipe sont appelées à varier en fonction de situations locales : étendue des secteurs, concentration ou dispersion de la population, équipement général du département, dimensions du service de base (et poids éventuel des « chroniques » à l'hôpital), fonction d'enseignement assurées par les médecins, de monitorat par les infirmiers, etc.

En tout état de cause l'équipe doit être pluridisciplinaire et comporter des médecins, infirmiers, assistantes sociales, psychologues en ce qui concerne la psychiatrie générale des secteurs de base. Pour la psychiatrie infantile un personnel spécifique : éducateurs et rééducateurs en particulier doit en outre être prévu.

Il faut aussi compter que plus il y a de temps passé en déplacements, plus l'équipe doit être fournie ; de même, si le secteur comporte des hôpitaux, hospices et I.M.P. dont elle doit assurer la surveillance ; de même si le service hospitalier est très restreint (comme parfois lors d'un démarrage) et qu'il faut multiplier les soins en extra-hospitalier, etc.

L'équipe, en tous cas, recouvre la notion de *travail en commun* pour un personnel qui, bien que d'origine et de statut divers comprend l'intérêt des objectifs poursuivis en vue de la réadaptation des malades.

En fixant un « calendrier », le département et les administrations hospitalières pourront envisager les créations de postes indispensables à l'application du règlement départemental.

ANNEXE II

ORGANISATION DU SECTEUR

Différents schémas d'organisation peuvent être envisagés :

L'hôpital gère la totalité des institutions et personnels du secteur, avec délégations départementale. Je ne suis pas opposé à ce système, sous réserve que le département n'abandonne pas son rôle de contrôle, de coordination et d'animation.

Une institution de secteur, relevant directement ou indirectement du service départemental d'hygiène mentale (par exemple une association privée) gère toutes les institutions. Ce système du type association de santé mentale du 13^e arrondissement est rarement réalisable ou doit rester limité.

La troisième éventualité, gestion mixte du secteur sous l'égide du département et de l'hôpital sera pour les raisons historiques évidentes la plus fréquente. Il est vraisemblable que les hôpitaux seront peu à peu amenés à gérer la totalité ou la quasi-totalité des institutions « à prix de journée » : notamment hôpitaux de jour, foyers de postcure, centres d'aide par le travail, soins à domicile, dont la gestion isolée pose des problèmes de coût et de personnel difficiles à résoudre.

La plupart des départements tiendront à conserver la gestion des dispensaires (d'ailleurs souvent polyvalents) et du service social d'hygiène mentale, dont les frais de fonctionnement font l'objet de dépenses d'aide sociale du groupe I, réparties entre l'Etat et les départements.

Ce système est valable s'il ne crée pas deux blocs fermés et antagonistes.

Il demande en fait l'intervention de multiples conventions : outre celle obligatoirement passée entre le département et l'hôpital il conviendra d'en prévoir entre les institutions privées et le département ou entre ces institutions et l'hôpital suivant les cas.

En toute hypothèse, la convention département-hôpital doit bien préciser les points relatifs à l'intervention des personnels (y compris les infirmiers) : celui de l'hôpital dans le secteur et les dispensaires, celui du département à l'hôpital afin d'établir la collaboration et le travail d'équipe qui s'avèrent indispensables. C'est ainsi que les assistantes sociales hospitalières ne devront plus être considérées comme un personnel semi-administratif n'ayant pas le droit de sortir de l'hôpital alors que leur rôle véritable consiste en démarches et interventions extra-hospitalières qu'il leur est parfois impossible d'accomplir.

Circulaire du 16 mars 1972 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies et déficiences mentales des enfants et des adolescents.

Paris, le 16 mars 1972.

Le ministre de la santé publique et de la sécurité sociale et le secrétaire d'Etat à l'action sociale et à la réadaptation, à Messieurs les préfets de région, les préfets, les chefs des services régionaux de l'action sanitaire et sociale, les directeurs départementaux de l'action sanitaire et sociale et les médecins inspecteurs régionaux et départementaux de la santé.

Circulaires complétées :

- Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales ;
- Circulaire du 16 avril 1964 relative aux modalités de financement des centres médico-psycho-pédagogiques répondant aux exigences posées par l'annexe XXXII au décret n° 56-284 du 9 mars 1956.
- Directive générale n° 105 du 25 mai 1969 sur l'organisation d'un service unifié de l'enfance au sein des directions départementales de l'action sanitaire et sociale ;
- Circulaire du 16 mars 1970 relative à la préparation du VI^e plan d'équipement social ;
- Circulaire du 20 juillet 1970 relative aux instituts médico-pédagogiques et aux instituts médico-professionnels ;
- Circulaire n° 99 du 4 septembre 1970 relative à l'application du décret n° 70-198 du 11 mars 1970 modifiant le décret n° 61-946 du 24 août 1961 relatif au recrutement, à la nomination et au statut des praticiens à plein temps des établissements hospitaliers publics à l'exception des hôpitaux ruraux et des centres hospitaliers régionaux faisant partie de centres hospitaliers et universitaires ;
- Circulaire n° 148 du 18 janvier 1971 relative à la lutte contre les maladies mentales et élaboration de la carte sanitaire dans le domaine de la psychiatrie.

Circulaire modifiée :

- Circulaire du 27 août 1963 relative aux mesures particulières à prendre, dans le cadre de la lutte contre les maladies mentales, en ce qui concerne les arriérés profonds et les déments séniles.

Dans sa rédaction primitive, l'annexe XXIV au décret n° 56-284 du 9 mars 1956, relative aux conditions techniques d'agrément des établissements privés pour enfants inadaptés avait établi une classification des enfants mentalement inadaptés. Elle avait distingué en particulier :

D'une part, ceux qui étaient atteints de *maladies évolutives* et qui devaient être traités dans des sections d'hôpitaux psychiatriques ou dans des maisons de santé pour maladies mentales.

D'autre part, ceux qui étaient atteints de *déficience à prédominance intellectuelle* liée à des troubles neuro-psychiques et qui étaient justiciables de placements dans des instituts médico-pédagogiques et médico-professionnels, à l'exception toutefois des plus gravement atteints appelés arriérés profonds.

Cette distinction s'est concrétisée au niveau des attributions de directions différentes du ministère de la santé publique et de la sécurité sociale.

Cependant, un certain nombre de difficultés sont apparues :

Certaines découlaient d'une séparation trop rigoureuse entre maladies et déficience mentale ainsi que d'une catégorisation trop formelle au sein de la déficience mentale. Ceci avait des répercussions sur l'existence de beaucoup d'établissements dont les conditions d'admission et le fonctionnement étaient empreints d'une rigidité incompatible avec la réalité des besoins. Dans d'autres cas, on assistait parfois à la création d'établissements dont l'existence, l'importance ou l'implantation ne répondaient pas toujours à une nécessité. Enfin, on a constaté dans certains cas une dispersion des efforts entrepris, donc un gaspillage de l'équipement et du personnel, et ceci sans toujours couvrir les besoins les plus urgents.

C'est pourquoi il est nécessaire de promouvoir une action concertée en vue du regroupement dans un même ensemble fonctionnel des différents courants qui se sont manifestés dans le passé.

La circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales avait inauguré en ce domaine une politique de secteur qu'il convient maintenant de développer et d'harmoniser avec les autres « secteurs » d'action sanitaire et sociale intéressant l'enfance et l'adolescence.

Pour parvenir à cet objectif, il importe de bien préciser la raison d'être du secteur psychiatrique, et en particulier du secteur de