

**Modalités du règlement départemental de lutte
contre les maladies mentales, l'alcoolisme et les toxicomanies.**

Le ministre de la santé publique et de la sécurité sociale,

Vu les dispositions du code de la santé publique, et notamment le livre III, titres IV, V et VI;

Vu la loi n° 68-690 du 31 juillet 1968 portant diverses dispositions d'ordre économique et financier en son article 25;

Vu la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière;

Vu le décret n° 61-848 du 24 août 1961, modifié par le décret n° 70-198 du 11 mars 1970, relatif au recrutement, à la nomination et au statut des praticiens à plein temps des établissements hospitaliers publics;

Vu l'arrêté du 20 septembre 1971,

Arrête :

Art. 1^{er}. — L'organisation du service public de lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et les toxicomanies est fixée par un règlement départemental, pris par arrêté préfectoral, après avis du conseil général, et consultation du médecin inspecteur régional de la santé ainsi que des représentants des institutions et du personnel appelés à y participer.

Art. 2. — Le règlement départemental détermine dans le cadre de la carte sanitaire établie par le ministère de la santé publique et de la sécurité sociale, la division du département en secteurs géographiques de psychiatrie générale de base et de psychiatrie infantile. Il prévoit éventuellement des modalités particulières adaptées aux nécessités spécifiques de la lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.

En raison de circonstances locales, certaines zones frontalières d'un département pourront être rattachées à des départements voisins.

Art. 3. — En vue de répondre aux besoins de la population et d'assurer la continuité des soins aux malades, de la prévention à la posture, le secteur doit comporter une équipe pluri-disciplinaire placée sous la responsabilité d'un médecin psychiatre chef de secteur, ainsi que des institutions hospitalières et extra-hospitalières diversifiées. Ces dernières peuvent desservir plusieurs secteurs.

Toutes dispositions seront prises pour une utilisation optimale des organismes sectoriels et intersectoriels et pour l'établissement de liaisons étroites entre, d'une part, les équipes et organismes éventuellement spécialisés, d'autre part, les équipes sectorielles.

Art. 4. — La responsabilité technique du médecin chef de secteur s'exerce dans le respect des prérogatives du département en matière d'organisation de la lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et les toxicomanies, et de celles de la commission administrative et du directeur en ce qui concerne l'activité hospitalière.

Art. 5. — Pour chacun des secteurs une convention est passée entre le département et l'hôpital appelé à apporter son concours à la mise en place et au fonctionnement de la sectorisation (annexe).

Cette convention fixe notamment :

L'effectif médical et paramédical de chaque équipe de secteur;

Les établissements, services ou organismes que le département et l'hôpital mettent à la disposition du médecin chef de secteur pour accomplir ses tâches de prévention, de soins et de posture, ainsi que ceux dans lesquels il peut être amené à intervenir;

Les obligations de services des médecins chefs de secteur et éventuellement des personnels participant au fonctionnement du secteur;

Les dépenses que les cosignataires (département et hôpital) se rembourseront.

Art. 6. — Les activités de secteur ne peuvent donner lieu à rémunération supplémentaire.

En attendant que soit réalisé l'équipement optimum de chaque département, en personnel et en institutions, les médecins chefs, leurs assistants et adjoints, devront assumer la charge de plusieurs secteurs, selon des divisions géographiques adaptées aux circonstances du moment.

Ladite convention n'est pas exclusive de conventions complémentaires que les cosignataires pourraient, soit ensemble soit individuellement, conclure avec d'autres établissements, services ou organismes concourant à la lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme ou les toxicomanies, pour préciser les modalités d'intervention de l'équipe et leurs incidences financières.

Art. 7. — Le présent arrêté sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 14 mars 1972.

ROBERT BOULIN.

PROJET DE CONVENTION DE SECTEUR

Convention entre le département de
représenté par le préfet et l'hôpital
de, représenté par le directeur.

Vu l'arrêté préfectoral du portant
règlement départemental de lutte contre les maladies mentales,
l'alcoolisme et les toxicomanies;

Vu la délibération en date du de la
commission administrative de l'hôpital de,
il est convenu et arrêté ce qui suit :

Article 1^{er}.

Le département de et l'hôpital
de assurent conjointement le fonctionne-
ment médical, administratif et financier du secteur de psychiatrie
générale (ou de psychiatrie infantile) n° fixé par
l'arrêté préfectoral du

Article 2.

Le département met à la disposition dudit secteur les moyens
du service départemental d'hygiène mentale et, le cas échéant,
des organismes privés conventionnés, mentionnés sur la liste annexée
au présent arrêté.

Article 3.

L'hôpital de met à la disposition du
secteur le service X pour l'hospitalisation
des malades adultes résidant dans ce secteur.

(Ou « le service Y pour l'hospitalisation des
enfants et adolescents »...) (1).

A titre provisoire il devra répondre avec les moyens dont il
dispose aux demandes de malades relevant de secteurs non encore
pourvus de l'équipement utile et, le cas échéant, à celles émanant
de personnes sans domicile connu ou en déplacement.

Article 4.

Le médecin chef de secteur assisté d'une équipe assure la pleine
responsabilité médicale et technique du secteur tant pour sa partie
hospitalière que pour sa partie extra-hospitalière, dans les condi-
tions précisées à l'article (2) du règlement départemental
de lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et les toxicomanies
et en se conformant au tableau de service figurant en
annexe.

Article 5.

L'effectif médical et paramédical de l'équipe de secteur est fixé
comme suit :

.....
.....
.....

Article 6.

Le département s'engage à rembourser à l'hôpital les dépenses
supportées au titre de l'activité extra-hospitalière.

Celles-ci comprennent :

1. Frais de personnel. — Rémunération des psychiatres, rémunérations des membres de l'équipe appartenant au personnel hospitalier (assistantes sociales, infirmières, psychologues, etc.), le cas échéant rémunération du personnel de la pharmacie, du personnel administratif, du personnel des services généraux, primes de service, sécurité sociale, charges sociales, indemnités représentatives de frais, frais divers de personnel (un état de ce personnel est joint à la présente convention).

2. Les produits consommés. — Matières et fournitures consommables, produits pharmaceutiques et de laboratoire, et les prestations de service correspondantes.

3. Impôts et taxes.

4. Travaux, fournitures et services extérieurs, primes d'assurance.

5. Transports et déplacements.

6. Frais divers de gestion.

7. Frais financiers. — Intérêt des emprunts, amortissements provisions.

(1) Ou, selon les cas : des secteurs n° X et Y ou du secteur n° et des cantons de

(2) Il s'agit de l'article 4 de l'arrêté ministériel.

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