

LA LEGISLATION

- **La Circulaire du 15 mars 1960**
- **Les orientations : 1990**
- **Le plan de santé mentale : 2005- 2008**

I. La psychiatrie de secteur

Le territoire national est découpé en **aires géographiques appelées « secteurs »** ; Le secteur se définit par la mise à disposition d'une communauté géo-démographique d'un service public de protection mentale.

Ses principes sont :

- **Le refus de la ségrégation du malade mental.**
- **Une volonté de l'équipe soignante d'intégrer, de maintenir ou de réintégrer le patient dans son milieu familial social.**
- **La continuité ses soins, la responsabilité en continu de la même équipe soignante pour toutes les phases de l'itinéraire thérapeutique.**

Les modalités de mise en place

La circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales est le texte originel relatif à la sectorisation jusqu'en 1985.

Il s'agit de créer un dispositif adapté et efficace.

Les objectifs sont les suivants :

- **traiter à un stade précoce,**
- **séparer le moins possible le malade de sa famille et de son milieu,**
- **assurer une post-cure évitant les hospitalisations multiples.**

Les moyens nécessaires définis sont :

- **une hospitalisation ne représentant qu'un temps de la prise en charge des structures extrahospitalières telles que les dispensaires d'hygiène mentale (à l'origine : aujourd'hui remplacés par les CMP), les foyers et les ateliers protégés : que l'on appelle aujourd'hui alternatives à l'hospitalisation**
- **une même équipe assurant le travail intra et extrahospitalier.**
- **Des réformes sont intervenues : notamment en 1985, une loi donne un statut juridique au secteur psychiatrique en le définissant dans sa double dimension intra et extra-hospitalière**

Constat : la circulaire de mars 1960 a été conçue pour permettre une couverture équitable de l'offre de soins en psychiatrie pourtant elle révèle aujourd'hui :

- que la répartition de la population a changé
- la sectorisation n'a pas réussi à prendre en compte les variations de population : du rural vers l'urbain, le vieillissement
- la population qui est passée en 55 ans (1950 à 2005) de 45 à 63 millions d'habitants
- certains secteurs sont découpés bizarrement et des populations se trouvent rattachées à un établissement lointain
- la pénurie des professionnels (médecins, infirmiers)
- le paysage professionnel qui a changé
- le manque d'harmonie dans la répartition des moyens (zone Paris, cote d'azur...)

Aujourd'hui, on parle de territoire de santé : qui serait configuré pour répondre aux besoins et aux caractéristiques d'une population

- Il y a eu des évolutions : on ne parle plus de psy mais de santé mentale : la vieillesse, la pathologie ne sont plus des besoins pathologiques mais physiologiques
- Les usagers ou les représentants des familles entrent dans le paysage sanitaire,
- Le recours aux soins est lié à des motifs de déplacement

La territorialité : objectif

Selon la nature des activités, du soin, on découpe différemment sans limites administratives des départements ou régions : que l'on appelle « **bassin de vie** » : des études de comportement homogène de patients sont utilisées

- On espère ainsi répondre à l'inégalité d'accès des citoyens aux services de santé
- À adapter la réponse à un problème de santé :
- près de chez lui si la qualité et le coût le permettent
- à distance si la qualité et le coût le nécessitent

Pratiquement cela se traduit par des niveaux d'offre de soins ou d'activité :

Niveau 1 dit de proximité: SSR, prise en charge ambulatoire, HAD, VAD...

Niveau 2 : avec 3 niveaux d'hospitalisation :

- À proximité : HDJ, Psychiatrie de liaison, appartement thérapeutiques
- Territoire : soins spécialisés dans un Hôpital de référence (hosp complète, HO, HDT, SAU)
- département : soins très spécialisés : sismo, UMD

Les orientations : 1990

La circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de Santé mentale, actualise la réforme de l'organisation et du financement de la psychiatrie publique intervenue en 1985 et 1986. Elle insiste sur 3 points :

1. elle définit les principaux objectifs et orientations de la politique dans le domaine de santé mentale : notamment la prévention primaire, secondaire et tertiaire

- ↳ Améliorer la connaissance sur l'état de santé mentale de la population
- ↳ Informer, éduquer, améliorer l'accès aux soins, offrir une meilleure offre de soins
- ↳ Accroître la compétence des personnels : formation, évaluation...
- ↳ Respect du droit des patients et de leur familles, leur protection

↳ Prévenir la perte d'autonomie, pallier aux conséquences des problèmes de santé mentale sur la vie des personnes et de leur entourage, participer à la réinsertion sociale, agir sur les situations à risque.

2. Elle prévoit les principes généraux d'organisation et de coordination du dispositif :

↳ Rôle et missions des éléments principaux composant le dispositif de S M : surtout la proximité de ces services auprès de la population facilitant ainsi l'accès aux soins et le maintien des malades dans leur milieu et instituant les CMP : « pivot du secteur »

3. la coordination entre acteur de santé et autres intervenants : le « réseau »

↳ Médical : médecins généralistes, psychiatres...

↳ Social :

↳ Médico- social