

Université Lumière-Lyon II
Ecole doctorale : Sciences Humaines et Sociales

De l'institutionnel au contractuel :
psychiatrie publique et politiques de santé mentale
en France (1945-2003)

Pauline Rhenter

Annexes

Thèse présentée en vue de l'obtention du Doctorat de Science Politique
Sous la direction de Jacques MICHEL,
Professeur à l'Institut d'Etudes Politiques de Lyon.

— Décembre 2004 —

Sommaire

- Annexe 1 - Article 64 du Code Pénal de 1810, Article 122-1 du Code Pénal en vigueur
- Annexe 2 - Loi sur les aliénés n°7443 du 30 juin 1838, www.ch-charcot56.fr/textes/textreg.htm
- Annexe 3 - Circulaire du 15 mars 1960 relative au Programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales, Ministère de la Santé Publique et de la Population, Direction Générale de la Santé Publique, 7^{ème} bureau.
- Annexe 4- Loi n°68-5 du 3 janvier 1968 portant réforme du droit des incapables majeurs, JO du 4 janvier 1968, Journal Officiel du 4 janvier 1968, pp. 114-118.
- Annexe 5 - Arrêté du 14 mars 1972, Modalités du règlement départemental de lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et les toxicomanies, www.ch-charcot56.fr/textes/textreg.htm.
- Annexe 6 - Circulaire n°431 du 14 mars 1972 relative au règlement départemental de lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et les toxicomanies, www.ch-charcot56.fr/textes/textreg.htm.
- Annexe 7- 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, www.ch-charcot56.fr/textes/textreg.htm.
- Annexe 8 - Circulaire DGS/891/MS 1 du 9 mai 1974 relative à la mise en place de la sectorisation psychiatrique, www.ch-charcot56.fr/textes/textreg.htm.
- Annexe 9 - Loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées, Journal Officiel du 1^{er} juillet 1975, extraits.
- Annexe 10 - Loi de finances n°85-1403 du 30 décembre 1985, article 79, Journal Officiel du 31 décembre 1985, p. 15460.
- Annexe 11 - Loi n° 85-1468 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique, Journal Officiel du 1^{er} janvier 1986, pp. 7-8.
- Annexe 12 - Décret no 86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique, Journal Officiel du 19 mars 1986, pp. 4612-4613.
- Annexe 13 - Arrêté du 14 mars 1986 relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales comportant ou non des possibilités d'hébergement, Journal Officiel du 19 mars 1986, pp. 4620-4621.

- Annexe 14 - Arrêté du 14 octobre 1986 relatif au règlement intérieur type des unités pour malades difficiles, Journal Officiel du 23 novembre 1986, pp. 14134-14135.
- Annexe 15 - Arrêté du 14 décembre 1986 relatif au règlement intérieur type fixant organisation des services médico-psychologiques régionaux relevant des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire, Journal Officiel du 3 janvier 1987, pp. 124-125.
- Annexe 16 - Circulaire du 14 mars 1990 relatives aux orientations de la politique de santé mentale, Journal Officiel du 3 avril 1990, pp. 4060-4069.
- Annexe 17 - Loi n°90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation, Journal Officiel du 30 juin 1990, www.ch-charcot56.fr/textes/textreg.htm.
- Annexe 18 - Loi hospitalière n°91-748 du 31 juillet 1991, www.ch-charcot56.fr/textes/textreg.htm
- Annexe 19 - Recommandation 1235 de l'Assemblée Parlementaire du Conseil de l'Europe, relative à la psychiatrie et aux droits de l'homme, 12 avril 1994.
- Annexe 20 - Charte du patient hospitalisé, Annexe au Décret n°95-1000 du 6 septembre 1995, Journal Officiel du 8 septembre 1995.
- Annexe 21 - Code de déontologie médicale, Décret n°95-1000 du 6 septembre 1995, Titre I et II, Code de la Santé Publique, articles R. 4121-1 et suivants.
- Annexe 22 - Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996, portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, www.ch-charcot56.fr/textes/textreg.htm
- Annexe 23- Loi n°98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre l'exclusion, www.ch-charcot56.fr/textes/textreg.htm
- Annexe 24 - Circulaire DGS/SQ 2/DAS/DH/DSS/DIRMI n° 99-648 du 25 novembre 1999 relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs ou sociaux, Bulletin Officiel n° 99/49 (Texte non paru au Journal Officiel).
- Annexe 25 - Circulaire DHOS/E 3 n°2001-625 du 19 décembre 2001 relative à la mise en œuvre du PMSI-Psychiatrie à titre expérimental, Bulletin Officiel du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité n°7 du 2 mars 2002.
- Annexe 26 - Circulaire DGS/SD6D n° 2002/ 100 du 19 février 2002 relative aux Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins en faveur des personnes en situation précaire (PRAPS)

- Annexe 27 - Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, Journal Officiel du 5 mars 2002, pp. 4118-4124, pp. 4144-4147.

- Annexe 1 -

Article 64 du Code Pénal de 1810 :

« Il n'y a ni crime ni délit lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action, ou lorsqu'il aura été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister ».

Article 122-1 du Code Pénal en vigueur :

« N'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes.

La personne qui était atteinte, au moment des faits d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes demeure punissable ; toutefois, la juridiction tient compte de cette circonstance lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime ».

- Annexe 2 -

Loi sur les aliénés n°7443 du 30 juin 1838.

Au palais de Neuilly, le 30 juin 1838.

Louis-Philippe, Roi des Français, à tous présents et à venir, Salut.

Nous avons proposé, les Chambres ont adopté, nous avons ordonné et ordonnons ce qui suit :

TITRE Ier- DES ÉTABLISSEMENTS D'ALIÉNÉS

Article 1^{er}. - Chaque département est tenu d'avoir un établissement public, spécialement destiné à recevoir et soigner les aliénés, ou de traiter, à cet effet, avec un établissement public ou privé, soit de ce département, soit d'un autre département.

Les traités passés avec les établissements publics ou privés devront être approuvés par le ministre de l'intérieur.

Art. 2. - Les établissements publics consacrés aux aliénés sont placés sous la direction de l'autorité publique.

Art. 3. - Les établissements privés consacrés aux aliénés sont placés sous la surveillance de l'autorité publique.

Art. 4. - Le préfet et les personnes spécialement déléguées à cet effet par lui ou par le ministre de l'intérieur, le président du tribunal, le procureur du Roi, le juge de paix, le maire de la commune, sont chargés de visiter les établissements publics ou privés consacrés aux aliénés.

Ils recevront les réclamations des personnes qui y seront placées, et prendront, à leur égard, tous renseignements propres à faire connaître leur position.

Les établissements privés seront visités, à des jours indéterminés, une fois au moins chaque trimestre, par le procureur du Roi de l'arrondissement. Les établissements publics le seront de la même manière, une fois au moins par semestre.

Art. 5. - Nul ne pourra diriger ni former un établissement privé consacré aux aliénés sans l'autorisation du Gouvernement.

Les établissements privés consacrés au traitement d'autres maladies ne pourront recevoir les personnes atteintes d'aliénation mentale, à moins qu'elles ne soient placées dans un local entièrement séparé.

Ces établissements devront être, à cet effet, spécialement autorisés par le Gouvernement, et seront soumis, en ce qui concerne les aliénés, à toutes les obligations prescrites par la présente loi.

Art. 6. - Des règlements d'administration publique détermineront les conditions auxquelles seront accordées les autorisations énoncées en l'article précédent, les cas où elles pourront être retirées, et les obligations auxquelles seront soumis les établissements autorisés.

Art. 7. - Les règlements intérieurs des établissements publics consacrés, en tout ou en partie, au service des aliénés, seront, dans les dispositions relatives à ce service, soumis à l'approbation du ministre de l'intérieur.

TITRE II - DES PLACEMENTS FAITS DANS LES ÉTABLISSEMENTS D'ALIÉNÉS

SECTION 1^{ère}

Des placements volontaires

Art. 8. - Les chefs ou préposés responsables des établissements publics et les directeurs des établissements privés et consacrés aux aliénés ne pourront recevoir une personne atteinte d'aliénation mentale, s'il ne leur est remis :

1° Une demande d'admission contenant les noms, profession, âge et domicile, tant de la personne qui la formera que de celle dont le placement sera réclamé, et l'indication du degré de parenté ou, à défaut, de la nature des relations qui existent entre elles.

La demande sera écrite et signée par celui qui la formera, et, s'il ne sait pas écrire, elle sera reçue par le maire ou le commissaire de police, qui en donnera acte.

Les chefs, préposés ou directeurs, devront s'assurer, sous leur responsabilité, de l'individualité de la personne qui aura formé la demande, lorsque cette demande n'aura pas été reçue par le maire ou le commissaire de police.

Si la demande d'admission est formée par le tuteur d'un interdit, il devra fournir, à l'appui, un extrait du jugement d'interdiction ;

2° Un certificat de médecin constatant l'état mental de la personne à placer, et indiquant les particularités de sa maladie et la nécessité de faire traiter la personne désignée dans un établissement d'aliénés, et de l'y tenir renfermée.

Ce certificat ne pourra être admis, s'il a été délivré plus de quinze jours avant sa remise au chef ou directeur ; s'il est signé d'un médecin attaché à l'établissement, ou si le médecin signataire est parent ou allié, au second degré inclusivement, des chefs ou propriétaires de l'établissement, ou de la personne qui fera effectuer le placement.

En cas d'urgence, les chefs des établissements publics pourront se dispenser d'exiger le certificat du médecin ;

3° Le passeport ou toute autre pièce propre à constater l'individualité de la personne à placer.

Il sera fait mention de toutes les pièces produites dans un bulletin d'entrée, qui sera renvoyé, dans les vingt-quatre heures, avec un certificat du médecin de l'établissement, et la copie de celui ci-dessus mentionné, au préfet de police à Paris, au préfet vu au sous-préfet dans les communes chefs-lieux de département ou d'arrondissement, et aux maires dans les autres communes. Le sous-préfet, ou le maire, en fera immédiatement l'envoi au préfet.

Art. 9. - Si le placement est fait dans un établissement privé, le préfet, dans les trois jours de la réception du bulletin, chargera un ou plusieurs hommes de l'art de visiter la personne désignée dans ce bulletin, à l'effet de constater son état mental et d'en taire rapport sur-le-champ. Il pourra leur adjoindre telle autre personne qu'il désignera.

Art. 10. - Dans le même délai, le préfet notifiera administrativement les noms, profession et domicile, tant de la personne placée que de celle qui aura demandé le placement, et les causes du placement, 1° au procureur du Roi de l'arrondissement du domicile de la personne placée ; 2° au procureur du Roi de l'arrondissement de la situation de l'établissement : ces dispositions seront communes aux établissements publics et privés.

Art. 11. - Quinze jours après le placement d'une personne dans un établissement public ou privé, il sera adressé au préfet, conformément au dernier paragraphe de l'article 8, un nouveau certificat du médecin de l'établissement ; ce certificat confirmera ou rectifiera, s'il y a lieu, les observations contenues dans le premier certificat, en indiquant le retour plus ou moins fréquent des accès ou des actes de démence.

Art. 12. - Il y aura, dans chaque établissement, un registre coté et paraphé par le maire, sur lequel seront immédiatement inscrits les noms, profession, âge et domicile des personnes placées dans les établissements, la mention du jugement d'interdiction, si elle a été prononcée, et le nom de leur tuteur ; la date de leur placement, les noms, profession et demeure de la personne, parente ou non parente, qui l'aura demandé. Seront également transcrits sur ce registre : 1° le certificat du médecin, joint à la demande d'admission ; 2° ceux que le médecin de l'établissement devra adresser à l'autorité, conformément aux articles 8 et 11.

Le médecin sera tenu de consigner sur ce registre, au moins tous les mois, les changements survenus dans l'état mental de chaque malade. Ce registre constatera également les sorties et les décès.

Ce registre sera soumis aux personnes qui, d'après l'article 4, auront le droit de visiter l'établissement, lorsqu'elles se présenteront pour en faire la visite ; après l'avoir terminée, elles apposeront sur le registre leur visa, leur signature et leurs observations, s'il y a lieu.

Art. 13. - Toute personne placée dans un établissement d'aliénés cessera d'y être retenue aussitôt que les médecins de l'établissement auront déclaré, sur le registre énoncé en l'article précédent, que la guérison est obtenue.

S'il s'agit d'un mineur ou d'un interdit, il sera donné immédiatement avis de la déclaration des médecins aux personnes auxquelles il devra être remis, et au procureur du Roi.

Art. 14. - Avant même que les médecins aient déclaré la guérison, toute personne placée dans un établissement d'aliénés cessera également d'y être retenue, dès que la sortie sera requise par l'une des personnes ci-après désignées, savoir :

1° Le curateur nommé en exécution de l'article 38 de la présente loi ;

2° L'époux ou l'épouse ;

3° S'il n'y a pas d'époux ou d'épouse, les ascendants ;

4° S'il n'y a pas d'ascendants, les descendants ;

5° La personne qui aura signé la demande d'admission, à moins qu'un parent n'ait déclaré s'opposer à ce qu'elle use de cette faculté sans l'assentiment du conseil de famille ;

6° Toute personne à ce autorisée par le conseil de famille.

S'il résulte d'une opposition notifiée au chef de l'établissement par un ayant droit qu'il y a dissentiment, soit entre les ascendants, soit entre les descendants, le conseil de famille prononcera.

Néanmoins, si le médecin de l'établissement est d'avis que l'état mental du malade pourrait compromettre l'ordre public ou la sûreté des personnes, il en sera donné préalablement connaissance au maire, qui pourra ordonner immédiatement un sursis provisoire à la sortie, à la charge d'en référer, dans les vingt-quatre heures, au préfet. Ce sursis provisoire cessera de plein droit à l'expiration de la quinzaine, si le préfet n'a pas, dans ce délai, donné d'ordres contraires, conformément à l'article 21 ci-après. L'ordre du maire sera transcrit sur le registre tenu en exécution de l'article 12.

En cas de minorité ou d'interdiction, le tuteur pourra seul requérir la sortie.

Art. 15. - Dans les vingt-quatre heures de la sortie, les chefs, préposés ou directeurs en donneront avis aux fonctionnaires désignés dans le dernier paragraphe de l'article 8, et leur feront connaître le nom et la résidence des personnes qui auront retiré le malade, son état mental au moment de sa sortie, et, autant que possible, l'indication du lieu où il aura été conduit.

Art. 16. - Le préfet pourra toujours ordonner la sortie immédiate des personnes placées volontairement dans les établissements d'aliénés.

Art. 17. - En aucun cas l'interdit ne pourra être remis qu'à son tuteur, et le mineur, qu'à ceux sous l'autorité desquels il est placé par la loi.

SECTION II

Des placements ordonnés par l'autorité publique

Art. 18. - A Paris, le préfet de police, et, dans les départements, les préfets ordonneront d'office le placement, dans un établissement d'aliénés, de toute personne interdite, ou non interdite, dont l'état d'aliénation compromettrait l'ordre public ou la sûreté des personnes.

Les ordres des préfets seront motivés et devront énoncer les circonstances qui les auront rendus nécessaires. Ces ordres, ainsi que ceux qui seront donnés conformément aux articles 19, 20, 21 et 23, seront inscrits sur un registre semblable à celui qui est prescrit par l'article 12 ci-dessus, dont toutes les dispositions seront applicables aux individus placés d'office.

Art. 19. - En cas de danger imminent, attesté par le certificat d'un médecin ou par la notoriété publique, les commissaires de police à Paris, et les maires dans les autres communes, ordonneront, à l'égard des personnes atteintes d'aliénation mentale, toutes les mesures provisoires nécessaires, à la charge d'en référer dans les vingt-quatre heures au préfet, qui statuera sans délai.

Art. 20. - Les chefs, directeurs ou préposés responsables des établissements, seront tenus d'adresser aux préfets, dans le premier mois de chaque semestre, un rapport rédigé par le médecin de l'établissement sur l'état de chaque personne qui y sera retenue, sur la nature de sa maladie et les résultats du traitement.

Le préfet prononcera sur chacune individuellement, ordonnera sa maintenance dans l'établissement ou sa sortie.

Art. 21. - A l'égard des personnes dont le placement aura été volontaire, et dans le cas où leur état mental pourrait compromettre l'ordre public ou la sûreté des personnes, le préfet pourra, dans les formes tracées par le deuxième paragraphe de l'article 18, décerner un ordre spécial, à l'effet d'empêcher qu'elles ne sortent de l'établissement sans son autorisation, si ce n'est pour être placées dans un autre établissement.

Les chefs, directeurs ou préposés responsables, seront tenus de se conformer à cet ordre.

Art. 22. - Les procureurs du Roi seront informés de tous les ordres donnés en vertu des articles 18, 19, 20 et 21.

Ces ordres seront notifiés au maire du domicile des personnes soumises au placement, qui en donnera immédiatement avis aux familles.

Il en sera rendu compte au ministre de l'intérieur.

Les diverses notifications prescrites par le présent article seront faites dans les formes et délais énoncés en l'article 10.

Art. 23. - Si, dans l'intervalle qui s'écoulera entre les rapports ordonnés par l'article 20, les médecins déclarent, sur le registre tenu en exécution de l'article 12, que la sortie peut être ordonnée, les chefs, directeurs ou préposés responsables des établissements, seront tenus, sous peine d'être poursuivis conformément à l'article 30 ci-après, d'en référer aussitôt au préfet, qui statuera sans délai.

Art. 24. - Les hospices et hôpitaux civils seront tenus de recevoir provisoirement les personnes qui leur seront adressées en vertu des articles 18 et 19, jusqu'à ce qu'elles soient dirigées sur l'établissement spécial destiné à les recevoir, aux termes de l'article 1^{er}, ou pendant le trajet qu'elles feront pour s'y rendre.

Dans toutes les communes où il existe des hospices ou hôpitaux, les aliénés ne pourront être déposés ailleurs que dans ces hospices ou hôpitaux. Dans les lieux où il n'en existe pas, les maires devront pourvoir à leur logement, soit dans une hôtellerie, soit dans un local loué à cet effet.

Dans aucun cas, les aliénés ne pourront être ni conduits avec les condamnés ou les prévenus, ni déposés dans une prison.

Ces dispositions sont applicables à tous les aliénés dirigés par l'administration sur un établissement public ou privé.

SECTION III

Dépenses du service des aliénés

Art. 25. - Les aliénés dont le placement aura été ordonné par le préfet, et dont les familles n'auront pas demandé l'admission dans un établissement privé, seront conduits dans l'établissement appartenant au département, ou avec lequel il aura traité.

Les aliénés dont l'état mental ne compromettrait point l'ordre public ou la sûreté des personnes y seront également admis, dans les formes, dans les circonstances et aux conditions qui seront réglées par le conseil général, sur la proposition du préfet, et approuvées par le ministre.

Art. 26. - La dépense du transport des personnes dirigées par l'administration sur les établissements d'aliénés sera arrêtée par le préfet, sur le mémoire des agents préposés à ce transport.

La dépense de l'entretien, du séjour et du traitement des personnes placées dans les hospices ou établissements publics d'aliénés sera réglée d'après un tarif arrêté par le préfet.

La dépense de l'entretien, du séjour et du traitement des personnes placées par les départements dans les établissements privés sera fixée par les traités passés par le département, conformément à l'article 1^{er}.

Art. 27. - Les dépenses énoncées en l'article précédent seront à la charge des personnes placées ; à défaut, à la charge de ceux auxquels il peut être demandé des aliments, aux termes des articles 205 et suivants du Code civil.

S'il y a contestation sur l'obligation de fournir des aliments, ou sur leur quotité, il sera statué par le tribunal compétent, à la diligence de l'administrateur désigné en exécution des articles 31 et 32.

Le recouvrement des sommes dues sera poursuivi et opéré à la diligence de l'administration de l'enregistrement et des domaines.

Art. 28. - A défaut, ou en cas d'insuffisance des ressources énoncées en l'article précédent, il y sera pourvu sur les centimes affectés, par la loi de finances, aux dépenses ordinaires du département auquel l'aliéné appartient, sans préjudice du concours de la commune du domicile de l'aliéné, d'après les bases proposées par le conseil général sur l'avis du préfet, et approuvées par le Gouvernement. Les hospices seront tenus à une indemnité proportionnée au nombre des aliénés dont le traitement ou l'entretien était à leur charge, et qui seraient placés dans un établissement spécial d'aliénés. En cas de contestation, il sera statué par le conseil de préfecture.

SECTION IV

Dispositions communes à toutes les personnes placées dans les établissements d'aliénés

Art. 29. - Toute personne placée ou retenue dans un établissement d'aliénés, son tuteur, si elle est mineure, son curateur, tout parent ou ami, pourront, à quelque époque que ce soit, se pourvoir devant le tribunal du lieu de la situation de l'établissement, qui, après les vérifications nécessaires, ordonnera, s'il y a lieu, la sortie immédiate.

Les personnes qui auront demandé le placement, et le procureur du Roi, d'office, pourront se pourvoir aux mêmes fins.

Dans le cas d'interdiction, cette demande ne pourra être formée que par le tuteur de l'interdit.

La décision sera rendue, sur simple requête, en chambre du conseil et sans délai ; elle ne sera point motivée.

La requête, le jugement et les autres actes auxquels la réclamation pourrait donner lieu, seront visés pour timbre et enregistrés en débet.

Aucunes requêtes, aucunes réclamations adressées, soit à l'autorité judiciaire, soit à l'autorité administrative, ne pourront être supprimées ou retenues par les chefs d'établissements, sous les peines portées au titre III ci-après.

Art. 30. - Les chefs, directeurs ou préposés responsables, ne pourront, sous les peines portées par l'article 120 du Code pénal, retenir une personne placée dans un établissement d'aliénés, dès que sa sortie aura été ordonnée par le préfet, aux termes des articles 16, 20 et 23, ou par le tribunal aux termes de l'article 29, ni lorsque cette personne se trouvera dans les cas énoncés aux articles 13 et 14.

Art. 31. - Les commissions administratives ou de surveillance des hospices ou établissements publics d'aliénés exerceront, à l'égard des personnes non interdites qui y seront placées, les fonctions d'administrateurs provisoires. Elles désigneront un de leurs membres pour les remplir : l'administrateur, ainsi désigné, procédera au recouvrement des sommes dues à la personne placée dans l'établissement, et à l'acquittement de ses dettes ; passera des baux qui ne pourront excéder trois ans, et pourra même, en vertu d'une autorisation spéciale accordée par le président du tribunal civil, faire vendre le mobilier.

Les sommes provenant, soit de la vente, soit des autres recouvrements, seront versées directement dans la caisse de l'établissement, et seront employées, s'il y a lieu, au profit de la personne placée dans l'établissement.

Le cautionnement du receveur sera affecté à la garantie desdits deniers, par privilège aux créances de toute autre nature.

Néanmoins les parents, l'époux ou l'épouse des personnes placées dans des établissements d'aliénés dirigés ou surveillés par des commissions administratives, ces commissions elles-mêmes, ainsi que le procureur du Roi, pourront toujours recourir aux dispositions des articles suivants.

Art. 32. - Sur la demande des parents, de l'époux ou de l'épouse, sur celle de la commission administrative ou sur la provocation, d'office, du procureur du Roi, le tribunal civil du lieu du domicile pourra, conformément à l'article 497 du Code civil, nommer, en chambre du conseil, un administrateur provisoire aux biens de toute personne non interdite placée dans un établissement d'aliénés. Cette nomination n'aura lieu qu'après délibération du conseil de famille, et sur les conclusions du procureur du Roi. Elle ne sera pas sujette à l'appel.

Art. 33. - Le tribunal, sur la demande de l'administrateur provisoire, ou à la diligence du procureur du Roi, désignera un mandataire spécial à l'effet de représenter en justice tout individu non interdit et placé ou retenu dans un établissement d'aliénés, qui serait engagé dans une contestation judiciaire au moment du placement, ou contre lequel une action serait intentée postérieurement.

Le tribunal pourra aussi, dans le cas d'urgence, désigner un mandataire spécial à l'effet d'intenter, au nom des mêmes individus, une action mobilière ou immobilière. L'administrateur provisoire pourra, dans les deux cas, être désigné pour mandataire spécial.

Art. 34. - Les dispositions du Code civil, sur les causes qui dispensent de la tutelle, sur les incapacités, les exclusions ou les destitutions des tuteurs, sont applicables aux administrateurs provisoires nommés par le tribunal.

Sur la demande des parties intéressées, ou sur celle du procureur du Roi, le jugement qui nommera l'administrateur provisoire pourra en même temps constituer sur ses biens une hypothèque générale ou spéciale, jusqu'à concurrence d'une somme déterminée par ledit jugement.

Le procureur du Roi devra, dans le délai de quinzaine, faire inscrire cette hypothèque au bureau de la conversation : elle ne datera que du jour de l'inscription.

Art. 35. - Dans le cas où un administrateur provisoire aura été nommé par jugement, les significations à faire à la personne placée dans un établissement d'aliénés seront faites à cet administrateur.

Les significations faites au domicile pourront, suivant les circonstances, être annulées par les tribunaux.

Il n'est point dérogé aux dispositions de l'article 173 du Code de commerce.

Art. 36. - A défaut d'administrateur provisoire, le président, à la requête de la partie la plus diligente, commettra un notaire pour représenter les personnes non interdites placées dans les établissements d'aliénés, dans les inventaires, comptes, partages et liquidations dans lesquels elles seraient intéressées.

Art. 37. - Les pouvoirs conférés en vertu des articles précédents cesseront de plein droit dès que la personne placée dans un établissement d'aliénés n'y sera plus retenue.

Les pouvoirs conférés par le tribunal en vertu de l'article 32 cesseront de plein droit à l'expiration d'un délai de trois ans : ils pourront être renouvelés.

Cette disposition n'est pas applicable aux administrateurs provisoires qui seront donnés aux personnes entretenues par l'administration dans les établissements privés.

Art. 38. - Sur la demande de l'intéressé, de l'un de ses parents, de l'époux ou de l'épouse, d'un ami, ou sur la provocation d'office du procureur du Roi, le tribunal pourra nommer, en chambre de conseil, par jugement non susceptible d'appel, en outre de l'administrateur provisoire, un curateur à la personne de tout individu non interdit placé dans un établissement d'aliénés, lequel devra veiller, 1° à ce que ses revenus soient employés à adoucir son sort et à accélérer sa guérison ; 2° à ce que ledit individu soit rendu au libre exercice de ses droits aussitôt que sa situation le permettra.

Ce curateur ne pourra pas être choisi parmi les héritiers présomptifs de la personne placée dans un établissement d'aliénés.

Art. 39. - Les actes faits par une personne placée dans un établissement d'aliénés, pendant le temps qu'elle y aura été retenue, sans que son interdiction ait été prononcée ni provoquée, pourront être attaqués pour cause de démence, conformément à l'article 1304 du Code civil.

Les dix ans de l'action en nullité courront, à l'égard de la personne retenue qui aura souscrit les actes, à dater de la signification qui lui en aura été faite, ou de la connaissance qu'elle en aura eue après sa sortie définitive de la maison d'aliénés ;

Et, à l'égard de ses héritiers, à dater de la signification qui leur en aura été faite, ou de la connaissance qu'ils en auront eue, depuis la mort de leur auteur.

Lorsque les dix ans auront commencé de courir contre celui-ci, ils continueront de courir contre les héritiers.

Art. 40. - Le ministère public sera entendu dans toutes les affaires qui intéresseront les personnes placées dans un établissement d'aliénés, lors même qu'elles ne seraient pas interdites.

TITRE III - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article 41. - Les contraventions aux dispositions des articles 5, 8, 11, 12, du second paragraphe de l'article 13, des articles 15, 17, 20, 21, et du dernier paragraphe de l'article 29 de la présente loi, et aux règlements rendus en vertu de l'article 6, qui seront commises par les chefs, directeurs ou préposés responsables des établissements publics ou privés d'aliénés, et par les médecins employés

dans ces établissements, seront punies d'un emprisonnement de cinq jours à un an, et d'une amende de cinquante francs à trois mille francs, ou de l'une ou l'autre de ces peines.

Il pourra être fait application de l'article 463 du Code pénal.

La présente loi, discutée, délibérée et adoptée par la Chambre des Pairs et par celle des Députés, et sanctionnée par nous aujourd'hui, sera exécutée comme loi de l'Etat.

Donnons en mandement à nos Cours et Tribunaux, Préfets, Corps administratifs, et tous autres, que les présentes ils gardent et maintiennent, fassent garder, observer et maintenir, et, pour les rendre plus notoires à tous, ils les fassent publier et enregistrer partout où besoin sera ; et, afin que ce soit chose ferme et stable à toujours, nous y avons fait mettre notre sceau.

Fait au palais de Neuilly, le 30^e jour du mois de Juin, l'an 1838.

Signé LOUIS-PHILIPPE.

Par le Roi :

Le Pair de France,

Ministre Secrétaire d'Etat au département de l'intérieur,

Signé MONTALIVET.

Vu et scellé du grand sceau

Le Garde des sceaux de France,

Ministre Secrétaire d'État au département de la justice et des cultes,

Signé BARTHE.

Certifié conforme par nous

Garde des sceaux de France,

Ministre Secrétaire d'Etat

au département de la justice et des cultes,

A Paris, le 6 Juillet 1838,

BARTHE

- Annexe 3 –

Circulaire du 15 mars 1960 relative au Programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales, Ministère de la Santé Publique et de la Population, Direction Générale de la Santé Publique, 7^{ème} bureau.

Au cours des dernières années, les données du problème de l'organisation de la lutte contre les maladies mentales ont, dans notre pays, été sensiblement modifiées. En effet, des thérapeutiques et des méthodes nouvelles ont été mises au point, permettant notamment de réduire sensiblement la durée d'hospitalisation. Des efforts importants ont été entrepris pour améliorer les conditions de vie et de soins des malades hospitalisés, notamment grâce à l'ouverture de services libres, à l'augmentation des effectifs du personnel médical, paramédical et soignant, à l'organisation de la formation professionnelle des élèves infirmiers et infirmières. La modernisation des locaux des établissements existants (hôpitaux psychiatriques autonomes, hôpitaux psychiatriques départementaux, quartiers psychiatriques, hôpitaux psychiatriques privés faisant fonction de publics) (1) a été commencée en même temps que la construction d'établissements neufs est progressivement réalisée. Enfin, la mise en place dans chaque département d'un réseau de dispensaires d'hygiène mentale, dont le rôle va en s'accroissant, s'est accélérée grâce à la réforme du financement de ces organismes effectuée par le décret du 20 mai 1955.

La conjugaison de ces éléments nouveaux a eu pour résultat :

- de modifier considérablement les caractéristiques présentées par la population admise à l'hôpital psychiatrique ainsi que par la population présente, comparativement à la période écoulée. Non seulement le malade entre à l'hôpital psychiatrique à la suite d'un dépistage effectué de plus en plus précocement au dispensaire, mais il sort dans un délai beaucoup plus rapide, grâce aux thérapeutiques modernes et à la surveillance de postcure organisée au dispensaire d'hygiène mentale. Par ailleurs, dans la plupart des établissements la sortie de sujets hospitalisés depuis de longues années a pu intervenir;
- de transformer corrélativement le rôle joué par l'établissement psychiatrique qui, de plus en plus, devient un hôpital spécialisé pour maladies mentales et non plus un " asile " où étaient placées les personnes considérées comme dangereuses pour la société.

Dans ces conditions, 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.

Le moment paraît donc venu de faire le point de l'organisation à prévoir pour permettre de réaliser de nouveaux progrès dans la lutte contre les maladies mentales.

La présente circulaire a pour but de définir la politique à suivre dans chaque département, au cours des années à venir, pour permettre la mise en place d'un dispositif mieux adapté et plus efficace que jusqu'à présent, et constituant véritablement une organisation de la lutte contre les maladies mentales.

Ce dispositif consiste essentiellement à diviser le département en un certain nombre de secteurs géographiques, à l'intérieur de chacun desquels la même équipe médico-sociale devra assurer pour tous les malades, hommes et femmes, la continuité indispensable entre le dépistage, le traitement

sans hospitalisation quand il est possible, les soins avec hospitalisation et, enfin, la surveillance de postcure.

Il va sans dire qu'un tel objectif ne peut être atteint d'emblée ; les difficultés matérielles sont en effet nombreuses et ne pourront se résoudre que peu à peu ; mais chaque département doit prendre conscience très nettement de ce que toutes les réalisations partielles qui pourront être envisagées dans le domaine de la lutte contre les maladies mentales devront désormais s'intégrer dans le cadre du programme général qui sera établi selon les instructions de la présente circulaire. Seule la convergence des efforts dans un sens bien défini permettra de réaliser un jour, et partout, une organisation entièrement satisfaisante.

La détermination de ce programme suppose l'étude préalable d'un certain nombre d'éléments ; elle implique en outre un inventaire précis des ressources disponibles et des besoins à prévoir. Ces deux points seront examinés successivement dans les deux premiers chapitres ; un troisième chapitre donnera le schéma détaillé du dispositif à instituer. Enfin, dans un quatrième chapitre seront développées quelques considérations pratiques.

CHAPITRE I

BASE DE L'ETUDE ET DOCUMENTS NECESSAIRES

L'étude de l'organisation à prévoir doit s'effectuer sur la base des besoins et des ressources du département considéré et non sur la base de plusieurs départements ou d'une région.

Le principe essentiel de l'organisation de la lutte contre les maladies mentales est en effet de séparer le moins possible le malade de sa famille et de son milieu. Il ne saurait être question, en conséquence, de calculer les besoins d'un département en tenant compte des malades que son hôpital psychiatrique hospitalise actuellement au titre d'autres départements. Par contre, comme il est précisé au chapitre III, à l'intérieur du département, le programme théorique tendra à déterminer plusieurs secteurs géographiques qui devront être dotés à plus ou moins longue échéance d'un équipement complet en organismes de prévention, d'hospitalisation et de postcure.

Pour établir le programme d'organisation, il convient de disposer d'un certain nombre d'éléments sur la situation démographique et économique du département ; ces éléments sont les suivants :

- Carte du département sur laquelle seront indiqués le ou les hôpitaux psychiatriques existants dans la ou les zones qu'ils ont à desservir ;
- Tableau sommaire précisant la répartition de la population du département par arrondissement et dans les principales agglomérations ;
- Tableau de la répartition par âge de la population du département ;
- Précisions sur les moyens de communication.

Les grandes voies du réseau routier et ferré seront soulignées sur la carte du département.

Toutes indications utiles sur les moyens de communication existant devront être précisées dans une note annexe.

CHAPITRE- II

INVENTAIRE DES RESSOURCES DISPONIBLES ET DES BESOINS A PREVOIR

Considérations générales.

Dans la plupart des cas, le problème immédiat qui apparaît le plus préoccupant est l'encombrement du ou des hôpitaux psychiatriques existants.

A priori, ce problème paraît devoir être aggravé dans l'avenir par l'exécution de travaux de modernisation, à réaliser suivant les directives contenues dans la circulaire séparée concernant le plan directeur des hôpitaux psychiatriques anciens. Ces travaux auront, en effet, pour résultat de réduire d'une façon sensible les possibilités d'encombrement des établissements au-delà de leur capacité réglementaire. Dans certains cas même, à plus ou moins longue échéance, ces réalisations sont susceptibles d'avoir pour résultat de réduire la capacité réglementaire d'hospitalisation.

C'est pourquoi la construction de lits nouveaux à l'hôpital psychiatrique existant paraît, à première vue, la seule solution permettant de régler les problèmes posés par l'encombrement actuel et à prévoir.

Il n'est pas question de rejeter totalement cette solution *à priori* et dans tous les cas ; mais on ne doit la retenir, dans les conditions précisées au chapitre IV, qu'après une étude approfondie de *tous les problèmes* posés par l'organisation de la lutte contre les maladies mentales dans le département.

A cet effet, il convient de déterminer avec une approximation suffisante les besoins actuels et à prévoir du département en matière d'hospitalisation des malades mentaux, en tenant compte sur ce point du dispositif qui doit être organisé pour réduire au minimum le nombre des hospitalisations effectuées et leur durée. Ce dispositif exposé ci-dessous a pour but d'intégrer l'établissement psychiatrique dans un ensemble extra-hospitalier assurant le dépistage, les soins sans hospitalisation et la surveillance de postcure

SECTION 1

Besoins actuels et à prévoir.

A. - HOSPITALISATION

Il y a lieu d'envisager successivement le problème des enfants et celui des adultes.

1° Enfants.

Deux catégories d'enfants ont leur place à l'hôpital psychiatrique, en raison, soit du fait qu'il s'agit de sujets nécessitant la mise en œuvre de traitements psychiatriques, soit du fait qu'ils relèvent de techniques de rééducation analogues à celles qui sont requises pour le traitement des malades mentaux proprement dits.

- Enfants nécessitant la mise en œuvre de traitements psychiatriques :

Il est indispensable de créer des services de neuropsychiatrie infantile, où seront traités en service libre les enfants du département d'implantation atteints de troubles mentaux. Le nombre de sujets à prévoir en ce domaine est relativement réduit, et une bonne organisation de ce service doit permettre une rotation rapide. C'est dire que l'importance du nombre de lits à prévoir pour ce type de sujets est faible.

- Enfants relevant de techniques de rééducation :

L'hospitalisation des enfants arriérés profonds du département est du rôle de l'hôpital psychiatrique chaque fois qu'une autre solution ne peut être retenue (établissement spécialisé public ou privé, hospice, etc.).

Les types de services d'enfants répondant à la définition de l'I.M.P. (enfants éducatibles et semi-éducatibles) doivent, par contre, de préférence, être créés à l'extérieur de l'hôpital psychiatrique. Cette solution est souhaitable tant pour le sujet lui-même que pour le fonctionnement de l'établissement psychiatrique.

Cependant dans l'immédiat, la suppression des I.M.P. existant dans le cadre des hôpitaux psychiatriques ne peut être envisagée en raison de l'insuffisance de l'équipement en la matière dans la plupart des départements, à moins que cette suppression ne soit compensée par la création de nouvelles possibilités d'hospitalisation pour les catégories d'enfants intéressées.

De toute manière, l'extension de ces I.M.P. ou la création de services de même nature rattachés à des établissements psychiatriques doit être évitée dans toute la mesure du possible. En tout état de cause, l'établissement psychiatrique ne doit desservir que les besoins propres au département dans lequel il est implanté.

2° Adultes.

L'étude à effectuer doit tenir compte des éléments suivants :

a) Origine démographique des malades.

Il convient tout d'abord d'étudier l'origine démographique de la population traitée à l'hôpital psychiatrique considéré. Cette étude permettra, dans un certain nombre de cas, de voir que, dans un avenir plus ou moins rapproché, l'effectif de la population hospitalière sera sensiblement réduit.

En effet, l'encombrement de certains établissements tient :

- soit au fait que le ou les départements voisins ont été jusqu'à présent insuffisamment équipés ou même dépourvus de formation spécialisée : c'est le cas de l'hôpital psychiatrique qui est appelé à desservir en totalité ou en partie plusieurs départements, en vertu d'une convention précédemment passée à cet effet, ou d'un accord tacite ;

- soit au fait que l'établissement a été appelé précédemment à recevoir par transfert collectif des malades originaires d'autres départements. Un certain nombre de ces malades y restent encore en traitement actuellement, mais il n'est plus prononcé de nouvelles admissions au titre de ces départements.

L'étude entreprise devra faire abstraction de ces malades " étrangers " au département. Il faut rappeler, en effet, que la loi du 30 juin 1838 a fait obligation à chaque département d'assurer l'hospitalisation de ses ressortissants et qu'une collectivité départementale n'a pas à prendre en charge les dépenses entraînées par les travaux d'équipement rendus nécessaires par la présence à l'établissement de malades relevant d'une autre collectivité.

D'ailleurs, dans bien des cas, la mise en service d'hôpitaux psychiatriques en construction ou en cours d'étude permettra d'apporter, dans un délai plus ou moins rapide, la solution à l'encombrement actuel ou à prévoir dans un certain nombre d'hôpitaux psychiatriques existants.

b) Amélioration du " rendement " de l'établissement.

Dans l'étude des besoins tels qu'ils se manifestent actuellement, il conviendra de ne pas perdre de vue que l'aménagement de l'équipement des hôpitaux psychiatriques et le développement des moyens thérapeutiques a pour conséquence, chaque fois que les efforts entrepris en ce sens ont pu

être suffisamment poussés, une réduction des durées de séjour et une diminution de la " sédimentation hospitalière " .

C'est ainsi que, ces dernières années, l'augmentation de la population hospitalisée, que l'on constatait depuis la fin de la dernière guerre, a pu être, dans un certain nombre de cas, freinée d'une façon très nette -, il a même été possible d'obtenir une réduction légère de l'effectif des malades présents, malgré l'augmentation considérable du nombre des admissions enregistrées au cours de ces dernières années. C'est ainsi, pour prendre un exemple, que pour tel hôpital psychiatrique, le tableau comparatif suivant peut être dressé :

	1938	1958
Population présente	728	699
Entrées et réintégrations	141	781
Sorties définitives	88	715

Dans cet exemple, qui est loin d'être unique, on peut donc relever une réduction légère de la population traitée, alors que le nombre des entrées s'est accru de 450 p. 100 pendant la période considérée cependant que le nombre des sorties était augmenté de plus de 700 p. 100.

c) Vieillards.

Dans la détermination des besoins à satisfaire pour les adultes, une place particulière devra être faite au problème des personnes âgées.

En principe, la place des personnes âgées est à leur foyer et éventuellement, dans les maisons de retraite.

Ce n'est qu'exceptionnellement, lorsqu'elles présentent des troubles mentaux relevant de traitements psychiatriques, qu'elles doivent être adressées à l'hôpital psychiatrique. Dans la plupart des cas, une hospitalisation effectuée dans des conditions satisfaisantes, mettant en œuvre les techniques nécessaires, qui réclament d'ailleurs un personnel relativement important, devrait permettre de rendre la personne âgée à son foyer dans un délai relativement rapide.

En tout état de cause, l'insuffisance de l'équipement du département desservi en matière de maisons de retraite ne peut être la justification de besoins élevés en ce domaine à l'hôpital psychiatrique.

Je vous rappelle, par ailleurs, que, ainsi que je l'ai indiqué par circulaire du 24 mars 1956 concernant l'établissement du deuxième plan d'équipement sanitaire, il n'est pas question de créer des " hospices " psychiatriques pour malades chroniques.

3° Éléments chiffrés.

La norme arrêtée par les experts de l'O.M.S. concernant le chiffre optimum de capacité d'hospitalisation s'établit, pour les pays d'Europe occidentale, à 3 lits pour 1 000 habitants. Ce pourcentage englobe à la fois les besoins concernant les adultes et les enfants relevant de la neuropsychiatrie infantile.

L'équipement français s'élève, compte tenu des travaux en cours, à 2,1 lits pour 1000 habitants sur la base d'une population de 45 millions d'habitants. Or, dans un certain nombre de pays voisins du nôtre, l'équipement disponible dépasse largement la norme visée par l'O.M.S.

Cet élément doit donc entrer en ligne de compte pour la détermination de l'équipement optimum dont le département doit être doté.

B. - PRÉVENTION, TRAITEMENTS AMBULATOIRES ET POSTCURES

Les besoins réels en lits d'hospitalisation doivent être corrigés compte tenu des organismes extra-hospitaliers existants ou à créer grâce auxquels on peut soit éviter l'hospitalisation, soit la réduire au minimum.

Parmi ces moyens, il faut citer:

- le dispensaire d'hygiène mentale
- l'hôpital de jour;
- le foyer de postcure ,
- les ateliers protégés.

1° Le dispensaire d'hygiène mentale.

Le schéma théorique suivant peut être fourni pour un département d'importance démographique moyenne:

Il est nécessaire de prévoir au chef-lieu un centre d'hygiène mentale doté de locaux propres ; il peut être installé soit dans des locaux indépendants, soit, ce qui paraît préférable, dans un dispensaire polyvalent. Ce centre doit fonctionner au minimum quatre fois par semaine. Dans bien des départements le dispensaire, situé à l'intersection de deux secteurs, confié à deux équipes médico-sociales distinctes, devra être conçu de telle façon que ces deux équipes puissent y exercer en même temps.

Dans toutes les villes de plus de 20 000 habitants, un dispensaire doté de locaux individuels dans un dispensaire polyvalent est également à prévoir. Suivant l'importance de la zone desservie, le travail en deux équipes doit, le cas échéant, être prévu.

Dans les départements à densité démographique peu importante, certaines agglomérations de plus de 10 000 habitants et même certains gros bourgs représentant des pôles attractifs pour la population environnante doivent être dotés d'un dispensaire d'hygiène mentale ou d'une section spécialisée dans un dispensaire polyvalent.

Enfin, des consultations doivent pouvoir être assurées dans certaines communes suivant une fréquence variable.

2° Hôpital de jour.

Des établissements de ce genre existent depuis longtemps dans certains pays étrangers (Angleterre, Hollande, États-Unis).

Deux sont en cours de création dans la région parisienne.

L'hôpital de jour est un organisme de traitement, où les malades sont traités dans la journée, pour regagner leur foyer chaque soir.

Il est possible de mettre en œuvre dans les établissements de ce genre la plupart des thérapeutiques modernes, à l'exception de celles (insulinothérapie par exemple) qui nécessitent une hospitalisation complète des sujets.

La création et le fonctionnement d'un hôpital de jour sont relativement peu onéreux puisque les dépenses purement hôtelières sont réduites, en principe, au seul repas de midi et que la permanence du personnel soignant n'est pas à prévoir de jour et de nuit.

Ce type de formation est appelé, tout au moins dans les grosses agglomérations, à rendre des services extrêmement importants. Permettant la mise en œuvre de la psychothérapie, de la chimiothérapie, etc., le traitement en " hôpital de jour ", chaque fois qu'il est possible, évite la coupure entre le malade et sa famille et, partant, la désadaptation sociale du sujet.

La création d'établissements de ce type doit donc être envisagée dans toutes les zones à densité démographique importante. Le fonctionnement financier de ces établissements est à prévoir sur la base d'un prix de journée, comme dans un établissement d'hospitalisation.

3° Foyers de postcure.

Dans trop de cas, la sortie de certains malades se heurte à des difficultés d'ordre médico-social : parfois, le malade est dépourvu de famille, parfois, le retour du sujet dans un foyer dès sa sortie présente de sérieux inconvénients. Un milieu de transition est alors nécessaire pour assurer la réadaptation du malade dans les meilleures conditions possibles.

C'est à cette nécessité que répond le foyer de postcure.

Conçu sous une forme familiale (20 à 30 lits en moyenne), les malades y trouvent la solution aux problèmes de la vie courante (logement et repas). Ils peuvent, pendant leur séjour au foyer, reprendre contact avec leur métier, mais une surveillance médico-sociale est exercée pendant cette période de transition sur leur état de santé.

4° Ateliers protégés.

Il s'agit d'ateliers où les malades, tout en gagnant leur vie, restent sous surveillance médico-sociale. Ce type d'ateliers peut être créé notamment dans le cadre de l'hôpital de jour ou du foyer de postcure.

Hôpitaux de jour, foyers de postcure, ateliers protégés sont des réalisations qui tenteront surtout les organisations privées désintéressées agissant, en liaison avec les médecins des hôpitaux psychiatriques, dans le domaine de l'hygiène mentale. Mais rien n'empêche les collectivités publiques intéressées d'en poursuivre elles-mêmes la réalisation.

La mise en place de ces organismes, qui permet de réduire dans une certaine mesure l'importance des besoins en matière d'équipement hospitalier, est peu onéreuse et peut donc, en règle générale, être effectuée relativement facilement.

Le programme d'organisation à établir doit donc insister tout particulièrement sur le dispositif extra-hospitalier à mettre en place en ce domaine.

CHAPITRE III

ORGANISATION DU DISPOSITIF DE LUTTE CONTRE LA MALADIES MENTALES

Les besoins du département en lits et en organismes de prévention, de traitement et de postcure étant ainsi déterminés, il convient d'étudier l'organisation à prévoir pour cet ensemble.

Ce problème consiste à examiner la place que doit prendre l'établissement psychiatrique existant dans l'organisation départementale de la lutte contre les maladies mentales et à déterminer les répercussions éventuelles que les mesures adoptées entraîneront, tant sur le fonctionnement de l'établissement que sur l'équipement du département en matière de lits pour malades mentaux.

Les buts à atteindre sont les suivants :

1° Entreprendre les soins des malades mentaux à un stade plus précoce, avec de plus grandes chances de succès, et apporter aux anciens malades un appui médico-social efficace leur évitant des récives. Cette conception entraîne la nécessité de confier à la même équipe médico-sociale la charge du malade en cure hospitalière et en pré- et postcure. Il est, en effet, indispensable que le malade sorti de l'hôpital psychiatrique retrouve au dispensaire, au foyer de postcure, le médecin qui l'a traité à l'hôpital psychiatrique. C'est la condition même pour qu'il accepte cette postcure. Par ailleurs, nul plus que le médecin de l'hôpital psychiatrique n'est intéressé au but poursuivi qui est d'éviter des hospitalisations inutiles ;

2° Éviter la désadaptation qu'entraîne l'éloignement du malade de son milieu naturel. Il est donc nécessaire que les établissements, qu'il s'agisse de l'hôpital psychiatrique, de l'hôpital de jour ou du foyer de postcure, soient facilement accessibles pour la population qu'ils desservent.

1. - Organisation générale.

Pour atteindre ces buts, l'établissement psychiatrique doit desservir désormais une aire géographique bien délimitée et proportionnée à son importance, appelée Secteur. Dans bien des cas, le secteur desservi par l'établissement psychiatrique sera le département d'implantation. Chaque service ou groupe de services de l'hôpital psychiatrique doit prendre en charge une partie déterminée de ce secteur, que l'on peut appeler " sous-secteur " et qui doit, par ailleurs, être dotée des organismes de traitement, de prévention et de postcure nécessaires. A titre indicatif, un service de deux cents lits, recevant des malades des deux sexes, comportant son service libre, peut prendre en charge, sur la base de trois lits pour 1 000 habitants fixée par l'Organisation mondiale de la santé, un sous-secteur de 67 000 habitants environ. En fait, les premières années, les populations desservies devront être bien supérieures en nombre, compte tenu du nombre de lits disponibles et de l'insuffisance du nombre de médecins spécialisés.

La notion d'établissement ou de service pour un seul sexe ne peut être maintenue dans ce cadre. Les médecins-chefs devront se voir confier un service leur permettant de recevoir les malades des deux sexes qu'ils auront dépistés au dispensaire et qu'ils auront à suivre en postcure dans les divers organismes créés (foyers de postcure, etc.).

Une telle organisation ne soulève aucun problème de principe. Seules des contingences locales peuvent s'opposer à cette modification ou la retarder. Cette question ne devra pas être perdue de vue, de façon à ce que, chaque fois que cela s'avérera possible et, notamment, à l'occasion d'une redistribution des services, rendue nécessaire pour l'arrivée d'un nouveau médecin-chef, elle trouve une solution conforme aux présentes instructions.

Dans le cas où, dans l'immédiat, celle solution ne peut être retenue, une liaison étroite devra être assurée entre les deux médecins-chefs qui seront appelés à effectuer des consultations dans le même sous-secteur.

Dans cette organisation, le médecin du service d'hospitalisation qui assure les consultations d'hygiène mentale et prend en charge des organismes extra-hospitaliers visés au chapitre II, travaille également en équipe avec le personnel propre au service (assistantes sociales, psychologues, secrétaires, etc.). La caractéristique de la politique de secteur est que chaque membre de l'équipe extra ou intra-hospitalière a des contacts quasi journaliers avec tous les autres.

Ainsi est réalisée de la façon la plus satisfaisante la continuité des soins ; chaque fois que cela est possible, l'hospitalisation ou la réhospitalisation est évitée ; l'insertion ou la réinsertion du malade est faite dans les meilleures conditions, grâce à la connaissance que l'équipe médico-sociale a pu

acquérir, non seulement du malade, mais encore du milieu économique et social du secteur et, notamment, des ressources de logement et des diverses possibilités d'emploi qu'il offre.

II. - Cas particuliers.

Dans certains cas, il a été créé dans le département un poste de psychiatre départemental, chargé des dispensaires d'hygiène mentale. Parfois également un service de neuropsychiatrie fonctionne dans un centre hospitalier. Enfin, dans certains départements, il a été fait appel à des médecins de clientèle privée pour assurer certaines consultations d'hygiène mentale.

Il convient d'intégrer ces activités dans l'organisation de secteur qui doit être mise en place, compte tenu des remarques ci après :

a) Psychiatre départemental.

Dans la plupart des cas, ces postes ont été créés dans des départements dépourvus d'hôpitaux psychiatriques et pour pallier provisoirement, dans une certaine mesure, cette absence d'équipement spécialisé.

Lors de la création de l'établissement il convient d'examiner si le maintien du poste est nécessaire, compte tenu du nombre de médecins affectés à l'hôpital psychiatrique.

Dans le cas d'un département d'importance démographique moyenne, qui sera doté d'un équipement satisfaisant en lits pour malades mentaux et en personnel médical, le maintien du poste en tant que psychiatre départemental ne sera pas envisagé, les praticiens attachés à l'établissement pouvant assurer, dans le cadre défini ci-dessus, le

fonctionnement des consultations d'hygiène mentale.

Dans le cas de départements importants par leur densité démographique ou lorsque la création du poste de psychiatre départemental sera intervenue ou est envisagée pour pallier certaines contingences locales, deux cas seront à distinguer.

La création du poste a été rendue nécessaire par le besoin d'intensifier les consultations pour adultes.

Premier cas. - Il est indispensable que l'activité du titulaire du poste s'intègre dans l'organisation de " secteur " précédemment définie. Il doit donc d'abord être chargé d'un service d'adultes à l'hôpital psychiatrique et assurer les consultations du secteur correspondant à l'importance de son service.

Il sera chargé, en plus, de certaines tâches extra-hospitalières dans le cadre de la lutte contre les maladies mentales sur le plan départemental (consultations antialcooliques, consultations d'hygiène mentale proprement dites, etc.). Ces tâches devront s'intégrer dans la politique générale du secteur. Compte tenu de ce surcroît d'attributions, le service dont il sera chargé dans le cadre de l'hôpital psychiatrique et dans son prolongement extra-hospitalier pourra être réduit par rapport à celui confié à ses collègues de l'établissement

Deuxième cas.- Le psychiatre départemental est essentiellement chargé de consultations pour enfants:

L'intéressé doit alors, parallèlement, être chargé d'un ou plusieurs établissements pour enfants inadaptés du département et notamment du ou des services d'enfants entrant dans les catégories visées au chapitre II, existant éventuellement à l'hôpital psychiatrique.

Son activité en consultations d'hygiène mentale pour adultes, dans le cas où elle resterait nécessaire, devra s'intégrer dans le travail confié à un des médecins chefs de l'hôpital psychiatrique.

b) Service de neuropsychiatrie.

Bien entendu, les services de cliniques des villes de faculté, qui doivent assumer un rôle très particulier, ne sont pas visés par les directives qui suivent.

Il convient d'examiner dans chaque cas la possibilité d'harmoniser l'activité du service de neuropsychiatrie avec l'activité de secteur organisée à partir des services de l'hôpital psychiatrique.

Certes, le service hospitalier de neuropsychiatrie ne pourra pas, dans certains cas, assurer le traitement de tous les malades mentaux d'un secteur déterminé. E convient donc d'étudier une formule souple qui permette, en confiant à ce service des fonctions particulières pour le traitement hospitalier de certains malades dans un secteur donné, de faire participer le chef de ce service aux tâches extra-hospitalières de ce même secteur en étroite liaison avec le médecin de l'hôpital psychiatrique qui recevra des malades de même origine démographique qui ne pourraient être traités, en raison de l'importance de leurs troubles, dans le service de neuropsychiatrie. Cette conception s'oppose donc d'une façon absolue au fonctionnement du service de neuropsychiatrie en service de tirage.

Dans tous les cas où il existe, dans le département, un service hospitalier de neuropsychiatrie et un hôpital psychiatrique, le directeur départemental de la santé devra se pencher tout particulièrement sur le problème de la coordination entre ces deux services, dans l'esprit des indications qui précèdent.

c) Médecins de clientèle privée.

Compte tenu de l'insuffisance numérique du personnel médical de l'hôpital psychiatrique du département, susceptible d'effectuer des consultations d'hygiène mentale, il a été parfois fait appel à des médecins de clientèle privée pour assurer des dispensaires.

Cette activité doit, de la même façon, être intégrée dans le travail confié aux équipes desservant chaque secteur du département.

CHAPITRE IV

SOLUTIONS PRATIQUES ET MODALITÉS D'ÉTABLISSEMENT DU PROGRAMME

1. - Solutions pratiques.

L'étude effectuée pour déterminer, dans le cadre de l'organisation du secteur à prévoir, l'équipement optimum en lits et en organismes divers de prévention, de traitement et de postcure fera apparaître la nécessité de la création de nouveaux dispensaires, de foyers de postcure, d'hôpitaux de jour, et permettra par ailleurs de déterminer le nombre de lits d'hospitalisation dont le département doit disposer.

a) Organismes extra-hospitaliers.

Aucun département ne peut se considérer comme étant dans une situation satisfaisante à cet égard ; partout ces organismes doivent être développés, ou même créés de toutes pièces.

Même dans les départements où le problème de l'hospitalisation des malades semble devoir être prochainement résolu (par exemple par la construction d'un hôpital psychiatrique neuf, ou par le rapatriement devenu possible des malades étrangers au département hospitalisés jusqu'alors à l'hôpital psychiatrique) le problème de la mise en place d'un dispositif extra-hospitalier satisfaisant reste encore entier.

Ce n'est qu'au prix de la création de ce dispositif que l'hôpital psychiatrique pourra éviter un encombrement progressif. Il ne faut pas perdre de vue que la plupart des malades mentaux posent des problèmes médico-sociaux importants qui ne sont pas réglés par l'hospitalisation, et même que l'hospitalisation rend plus aigus encore. L'absence du dispositif extra-hospitalier nécessaire, soit en

interdisant, soit même simplement en retardant la sortie de ces malades, entraînerait inéluctablement à plus ou moins brève échéance une surpopulation de l'hôpital psychiatrique, annihilant ainsi les efforts faits par la collectivité.

J'insiste sur le fait que la mise en place des organismes extra-hospitaliers ci-dessus énumérés, en liaison avec les services d'hospitalisation, est un élément très important de l'organisation de la lutte contre les maladies mentales ; tant que ces organismes n'existent pas, les soins dispensés par l'hôpital ne peuvent être qu'incomplets.

b) Équipements en lits.

Il est bien évident que, sur le plan général, malgré la mise en place des organismes de pré- et postcure et l'accélération du " rendement " des hôpitaux psychiatriques, le nombre de lits dont notre pays dispose pour l'hospitalisation des malades mentaux est très insuffisant. Dans bien des départements, le hiatus restera marqué entre la population hospitalisée à prévoir et le nombre de lits modernisés dont l'hôpital psychiatrique disposera.

En règle générale, la meilleure solution consistera à construire ces lits nouveaux non par extension de l'établissement existant, mais par création d'une nouvelle formation spécialisée à un autre pôle démographique du département, soit sous la forme d'un hôpital psychiatrique départemental, voire privé, faisant fonction de public, si le nombre de lits nécessaire est égal ou supérieur à 300, soit sous la forme d'un quartier psychiatrique rattaché à un hôpital général si ce nombre est inférieur à 300, et dans la mesure où la structure de l'hôpital s'y prête. Cette dernière formule présente à la fois l'intérêt d'être relativement économique en ce qui concerne la construction et de faciliter le " quadrillage " souhaitable à l'organisation de la politique de secteur.

Lorsqu'on s'orientera vers la création d'un quartier psychiatrique ne comportant qu'un nombre de lits restreint, il ne faudra pas perdre de vue que cet organisme devra être mis en mesure de traiter la totalité des malades mentaux du secteur qu'il desservira et non pas seulement une certaine catégorie d'entre eux ; autrement dit, la formule des services d' " aigus " rattachés à un hôpital général déversant leurs " chroniques > sur l'hôpital psychiatrique départemental est à proscrire.

Ce n'est qu'après l'étude de cette organisation future des soins aux malades mentaux dans le cadre du département que l'on pourra déterminer la capacité réglementaire vers laquelle tendra l'hôpital psychiatrique existant à travers la réalisation de son plan directeur de modernisation.

Dans certains cas, la construction de nouveaux pavillons à l'hôpital psychiatrique existant sera envisagée pour assurer le " volant " nécessaire à la modernisation des pavillons anciens. Ces réalisations ne pourront être envisagées qu'avec prudence, et seulement dans la mesure où elles ne risquent pas de gêner la réorganisation de l'équipement psychiatrique du département.

II. - Modalités d'établissement du programme.

Le programme d'équipement et d'organisation du département, fixant les buts à atteindre pour doter le département d'un dispositif extra et intra-hospitalier suffisant sera établi, suivant le cas, dans les conditions suivantes :

a) Département pourvu d'un ou plusieurs hôpitaux psychiatriques.

Ce programme sera proposé par les médecins chefs de service. Il sera établi par le directeur départemental de la santé, assurant la coordination entre les différents points de vue exprimés.

b) Département dépourvu de tout équipement psychiatrique et doté d'un psychiatre départemental.

Le programme sera proposé par le psychiatre départemental. Il sera établi par le directeur départemental de la santé.

c) Département dépourvu d'hôpital psychiatrique et ne comportant pas un poste de psychiatre départemental.

Le programme sera établi par le directeur départemental de la santé .

Dans les trois cas visés ci-dessus, le programme devra, bien entendu, être arrêté par le préfet et adopté par le conseil général.

Aux termes de cette procédure, il me sera soumis pour approbation par les soins de l'autorité préfectorale, accompagné des renseignements visés au chapitre III.

Mes services sont à votre disposition, dans le cas où des problèmes particuliers seraient à régler, pour vous donner tous les conseils qui vous seraient utiles pour l'établissement de ce programme, préalablement à sa présentation devant le conseil général.

Au moment où l'importance prise par les maladies mentales parmi les fléaux sociaux apparaît chaque jour plus préoccupante, j'appelle tout particulièrement votre attention sur l'intérêt qui s'attache à ce que l'étude qui est demandée soit effectuée dans le plus court délai possible.

- Annexe 4 -

Loi n°68-5 du 3 janvier 1968 portant réforme du droit des incapables majeurs.

CHAPITRE Ier

Dispositions générales

« Art. 488. - La majorité est fixée à vingt et un ans accomplis ; à cet âge, on est capable de tous les actes de la vie civile.

« Est néanmoins protégé par la loi, soit à l'occasion d'un acte particulier, soit d'une manière continue, le majeur qu'une altération de ses facultés personnelles met dans l'impossibilité de pourvoir seul à ses intérêts.

« Peut pareillement être protégé le majeur qui, par sa prodigalité, son intempérance ou son oisiveté, s'expose à tomber dans le besoin ou compromet l'exécution de ses obligations familiales.

« Art. 489. - Pour faire un acte valable, il faut être sain d'esprit. Mais c'est à ceux qui agissent en nullité pour cette cause de prouver l'existence d'un trouble mental au moment de l'acte.

« Du vivant de l'individu, l'action en nullité ne peut être exercée que par lui, ou par son tuteur ou curateur, s'il lui en a été ensuite nommé un. Elle s'éteint par le délai prévu à l'article 1304.

« Art 489-1. - Après sa mort, les actes faits par un individu, autres que la donation entre vifs ou le testament, ne pourront être attaqués pour la cause prévue à l'article précédent que dans les cas ci-dessous énumérés:

- « 1° Si l'acte porte en lui-même la preuve d'un trouble mental ;
- « 2° S'il a été fait dans un temps où l'individu était placé sous la sauvegarde de justice ;
- « 3° Si une action avait été introduite avant le décès aux fins de faire ouvrir la tutelle ou la curatelle.

« Art. 489-2. - Celui qui a causé un dommage à autrui alors qu'il était sous l'empire d'un trouble mental, n'en est pas moins obligé à réparation.

« Art 490. - Lorsque les facultés mentales sont altérées par une maladie, une infirmité ou un affaiblissement dû à l'âge, il est pourvu aux intérêts de la personne par l'un des régimes de protection prévus aux chapitres suivants.

« Les mêmes régimes de protection sont applicables à l'altération des facultés corporelles, si elle empêche l'expression de la volonté.

« L'altération des facultés mentales ou corporelles doit être médicalement établie.

« Art. 490-1. - Les modalités du traitement médical, notamment quant au choix entre l'hospitalisation et les soins à domicile, sont indépendantes du régime de protection appliqué aux intérêts civils.

« Réciproquement, le régime applicable aux intérêts civils est indépendant du traitement médical.

« Néanmoins, les décisions par lesquelles le juge des tutelles organise la protection des intérêts civils sont précédées de l'avis du médecin traitant.

« Art. 490-2. - Quel que soit le régime de protection applicable, le logement de la personne protégée et les meubles meublants dont il est garni doivent être conservés à sa disposition aussi longtemps qu'il est possible.

« Le pouvoir d'administrer, en ce qui touche ces biens, ne permet que des conventions de jouissance précaire, lesquelles devront cesser, malgré toutes dispositions ou stipulations contraires, dès le retour de la personne protégée.

« S'il devient nécessaire ou s'il est de l'intérêt de la personne protégée qu'il soit disposé des droits relatifs à l'habitation ou que le mobilier soit aliéné, l'acte devra être autorisé par le juge des tutelles, après avis du médecin traitant, sans préjudice des autres formalités que peut requérir la nature des biens. Les souvenirs et autres objets de caractère personnel seront toujours exceptés de l'aliénation et devront être gardés à la disposition de la personne protégée, le cas échéant, par les soins de l'établissement de traitement.

« *Art. 490-3.* - Le procureur de la République du lieu de traitement et le juge des tutelles peuvent visiter ou faire visiter les majeurs protégés par la loi, quel que soit le régime de protection qui leur est applicable.

CHAPITRE II

Des majeurs sous la sauvegarde de justice

« *Art. 491.* - Peut être placé sous la sauvegarde de justice le majeur qui, pour l'une des causes prévues à l'article 490, a besoin d'être protégé dans les actes de la vie civile.

« *Art. 491-1.* - La sauvegarde de justice résulte d'une déclaration faite au procureur de la République dans les conditions prévues par le code de la santé publique.

« Le juge des tutelles, saisi d'une procédure de tutelle ou de curatelle, peut placer la personne qu'il y a lieu de protéger sous la sauvegarde de justice, pour la durée de l'instance, par une décision provisoire transmise au procureur de la République.

« *Art. 491-2.* - Le majeur placé sous la sauvegarde de justice conserve l'exercice de ses droits.

« Toutefois, les actes qu'il a passés et les engagements qu'il a contractés pourront être rescindés pour simple lésion ou réduits en cas d'excès lors même qu'ils ne pourraient être annulés en vertu de l'article 489.

« Les tribunaux prendront, à ce sujet, en considération, la fortune de la personne protégée, la bonne ou mauvaise foi de ceux qui auront traité avec elle, l'utilité ou l'inutilité de l'opération.

« L'action en rescision ou en réduction peut être exercée, du vivant de la personne, par tous ceux qui auraient qualité pour demander l'ouverture d'une tutelle, et après sa mort, par ses héritiers. Elle s'éteint par le délai prévu à l'article 1304.

« *Art. 491-3.* - Lorsqu'une personne, soit avant, soit après avoir été placée sous la sauvegarde de justice, a constitué un mandataire à l'effet d'administrer ses biens, ce mandat reçoit exécution.

« Toutefois, si la procuration mentionne expressément qu'elle a été donnée en considération de la période de sauvegarde, elle ne peut, pendant cette période, être révoquée par le mandant qu'avec l'autorisation du juge des tutelles.

« Dans tous les cas, le juge, soit d'office, soit à la requête de l'une des personnes qui aurait qualité pour demander l'ouverture d'une tutelle, peut prononcer la révocation du mandat.

« Il peut aussi, même d'office, ordonner que les comptes lui seront soumis pour approbation.

« *Art. 491-4.* - En l'absence de mandat, on suit les règles de la gestion d'affaires.

« Toutefois, ceux qui auraient qualité pour demander l'ouverture d'une tutelle ont l'obligation de faire les actes conservatoires que nécessite la gestion du patrimoine de la personne protégée quand ils ont eu connaissance tant de leur urgence que de la déclaration aux fins de sauvegarde. La même obligation incombe sous les mêmes conditions au directeur de l'établissement de traitement ou, éventuellement, à celui qui héberge à son domicile la personne sous sauvegarde.

« L'obligation de faire les actes conservatoires emporte, à l'égard des tiers, le pouvoir correspondant.

« *Art. 491-5.* - S'il y a lieu d'agir en dehors des cas définis à l'article précédent, tout intéressé peut en donner avis au juge des tutelles.

« Le juge pourra, soit désigner un mandataire spécial à l'effet de faire un acte déterminé ou une série d'actes de même nature, dans les limites de ce qu'un tuteur pourrait faire sans l'autorisation du

conseil de famille, soit décider d'office d'ouvrir une tutelle ou une curatelle, soit renvoyer l'intéressé à en provoquer lui-même l'ouverture, s'il est de ceux qui ont qualité pour la demander.

« *Art. 491-6.* - La sauvegarde de justice prend fin par une nouvelle déclaration attestant que la situation antérieure a cessé, par la péremption de la déclaration selon les délais du code de procédure civile ou par sa radiation sur décision du procureur de la République.

« Elle cesse également par l'ouverture d'une tutelle ou d'une curatelle à partir du jour où prend effet le nouveau régime de protection.

CHAPITRE III

Des majeurs en tutelle

« *Art. 492.* - Une tutelle est ouverte quand un majeur, pour l'une des causes prévues à l'article 490, a besoin d'être représenté d'une manière continue dans les actes de la vie civile.

« *Art. 493.* - L'ouverture de la tutelle est prononcée par le juge des tutelles à la requête de la personne qu'il y a lieu de protéger, de son conjoint, à moins que la communauté de vie n'ait cessé entre eux, de ses ascendants, de ses descendants, de ses frères et sœurs, du curateur ainsi que du ministère public ; elle peut être aussi ouverte d'office par le juge.

« Les autres parents, les alliés, les amis peuvent seulement donner au juge avis de la cause qui justifierait l'ouverture de la tutelle, Il en est de même du médecin traitant et du directeur de l'établissement.

« Les personnes visées aux deux alinéas précédents pourront, même si elles ne sont pas intervenues à l'instance, former un recours devant le tribunal de grande instance contre le jugement qui a ouvert la tutelle.

« *Art. 493-1.* - Le juge ne peut prononcer l'ouverture d'une tutelle que si l'altération des facultés mentales ou corporelles du malade a été constatée par un médecin spécialiste choisi sur une liste établie par le procureur de la République.

« L'ouverture de la tutelle sera prononcée dans les conditions prévues par le code de procédure civile.

« *Art. 493-2.* - Us jugements portant ouverture, modification ou mainlevée de la tutelle, ne sont opposables aux tiers que deux mois après que mention en aura été portée en marge de l'acte de naissance de la personne protégée, selon les modalités prévues par le code de procédure civile.

« Toutefois, en l'absence même de cette mention, ils n'en seront pas moins opposables aux tiers qui en auraient eu personnellement connaissance.

« *Art. 494.* - La tutelle peut être ouverte pour un mineur émancipé comme pour un majeur.

« La demande peut même être introduite et jugée, pour un mineur non émancipé, dans la dernière année de sa minorité ; mais la tutelle ne prendra effet que du jour où il sera devenu majeur.

« *Art. 495.* - Sont aussi applicables dans la tutelle des majeurs les règles prescrites par les sections 2, 3 et 4 du chapitre II, au titre dixième du présent livre, pour la tutelle des mineurs, à l'exception toutefois de celles qui concernent l'éducation de l'enfant et, en outre, sous les modifications qui suivent.

« *Art. 496.* - L'époux est tuteur de son conjoint, à moins que la communauté de vie n'ait cessé entre eux ou que le juge n'estime qu'une autre cause interdit de lui confier la tutelle. Tous autres tuteurs sont datifs.

« La tutelle d'un majeur peut être déferée à une personne morale.

« *Art. 496-1.* - Nul, à l'exception de l'époux, des descendants et des personnes morales, ne sera tenu de conserver la tutelle d'un majeur au-delà de cinq ans. A l'expiration de ce délai, le tuteur pourra demander et devra obtenir son remplacement.

« Art. 496-2. - Le médecin traitant ne peut être tuteur ni subrogé-tuteur du malade. Mais il est toujours loisible au juge des tutelles de l'appeler à participer au conseil de famille à titre consultatif.

« La tutelle ne peut être déferée à l'établissement de traitement, ni à aucune personne y occupant un emploi rémunéré à moins qu'elle ne soit de celles qui avaient qualité pour demander l'ouverture de la tutelle. Un préposé de l'établissement peut, toutefois, être désigné comme gérant de la tutelle dans le cas prévu à l'article 499.

« Art. 497. - S'il y a un conjoint, un ascendant ou un descendant, un frère ou une sœur, apte à gérer les biens, le juge des tutelles peut décider qu'il les gérera en qualité d'administrateur légal, sans subrogé-tuteur ni conseil de famille, suivant les règles applicables, pour les biens des mineurs, à l'administration légale sous contrôle judiciaire.

« Art. 498. - Il n'y a pas lieu d'ouvrir une tutelle qui devrait être dévolue au conjoint, si, par l'application du régime matrimonial et notamment par les règles des articles 217 et 219, 1426 et 1429, il peut être suffisamment pourvu aux intérêts de la personne protégée.

« Art. 499. - Si, eu égard à la consistance des biens à gérer, le juge des tutelles constate l'inutilité de la constitution complète d'une tutelle, il peut se borner à désigner comme gérant de la tutelle, sans subrogé-tuteur ni conseil de famille, soit un préposé appartenant au personnel administratif de l'établissement de traitement, soit un administrateur spécial, choisis dans les conditions fixées par un décret en Conseil d'État.

« Art. 500. - Le gérant de la tutelle perçoit les revenus de la personne protégée et les applique à l'entretien et au traitement de celle-ci, ainsi qu'à l'acquittement des obligations alimentaires dont elle pourrait être tenue. S'il y a un excédent, il le verse à un compte qu'il doit faire ouvrir chez un dépositaire agréé. Chaque année, il rend compte de sa gestion directement au juge des tutelles.

« Si d'autres actes deviennent nécessaires, il saisit le juge, qui pourra, soit l'autoriser à les faire, soit décider de constituer la tutelle complètement.

« Art. 501. - En ouvrant la tutelle ou dans un jugement postérieur, le juge, sur l'avis du médecin traitant, peut énumérer certains actes que la personne en tutelle aura la capacité de faire elle-même, soit seule, soit avec l'assistance du tuteur ou de la personne qui en tient lieu.

« Art. 502. - Tous les actes passés, postérieurement au jugement d'ouverture de la tutelle, par la personne protégée, seront nuls de droit, sous réserve des dispositions de l'article 493-2.

« Art. 503. - Les actes antérieurs pourront être annulés si la cause qui a déterminé l'ouverture de la tutelle existait notoirement à l'époque où ils ont été faits.

« Art. 504. - Le testament fait après l'ouverture de la tutelle sera nul de droit.

« Le testament antérieurement fait restera valable, à moins qu'il ne soit établi que, depuis l'ouverture de la tutelle, a disparu la cause qui avait déterminé le testateur à disposer.

« Art. 505. - Avec l'autorisation du conseil de famille, des donations peuvent être faites au nom du majeur en tutelle, mais seulement au profit de ses descendants et en avancement d'hoirie, ou en faveur de son conjoint.

« Art. 506. - Même dans le cas des articles 497 et 499, le mariage d'un majeur en tutelle n'est permis qu'avec le consentement d'un conseil de famille spécialement convoqué pour en délibérer. Le conseil ne peut statuer qu'après audition des futurs conjoints.

« Il n'y a pas lieu à la réunion d'un conseil de famille si les père et mère donnent l'un et l'autre leur consentement au mariage.

« Dans tous les cas, l'avis du médecin traitant doit être requis.

« Art. 507. - La tutelle cesse avec les causes qui l'ont déterminée ; néanmoins, la mainlevée n'en sera prononcée qu'en observant les formalités prescrites pour parvenir à son ouverture, et la personne en tutelle ne pourra reprendre l'exercice de ses droits qu'après le jugement de mainlevée.

« Les recours prévus par l'article 493, alinéa 3, ne peuvent être exercés que contre les jugements qui refusent de donner mainlevée de la tutelle.

CHAPITRE IV

Des majeurs en curatelle

« *Art. 508.* - Lorsqu'un majeur, pour l'une des causes prévues à l'article 490, sans être hors d'état d'agir lui-même, a besoin d'être conseillé ou contrôlé dans les actes de la vie civile, il peut être placé sous un régime de curatelle.

« *Art. 508-1.* - Peut pareillement être placé sous le régime de la curatelle le majeur visé à l'alinéa 3 de l'article 488.

« *Art. 509.* - La curatelle est ouverte et prend fin de la même manière que la tutelle des majeurs. • Elle est soumise à la même publicité.

• *Art. 509-1.* - Il n'y a dans la curatelle d'autre organe que le curateur.

« L'époux est curateur de son conjoint à moins que la communauté de vie n'ait cessé entre eux ou que le juge n'estime qu'une autre cause interdit de lui confier la curatelle. Tous autres curateurs sont nommés par le juge des tutelles.

« *Art. 509-2.* - Sont applicables à la charge de curateur, les dispositions relatives aux charges tutélaires, sous les modifications qu'elles comportent dans la tutelle des majeurs.

« *Art. 510.* - Le majeur en curatelle ne peut, sans l'assistance de son curateur, faire aucun acte qui, sous le régime de la tutelle des majeurs, requerrait une autorisation du conseil de famille. Il ne peut non plus, sans cette assistance, recevoir des capitaux ni en faire emploi.

« Si le curateur refuse son assistance à un acte, la personne en curatelle peut demander au juge des tutelles une autorisation supplétive.

« *Art. 510-1.* - Si le majeur en curatelle a fait seul un acte pour lequel l'assistance du curateur était requise, lui-même ou le curateur peuvent en demander l'annulation.

« L'action en nullité s'éteint par le délai prévu à l'article 1304 ou même, avant l'expiration de ce délai, par l'approbation que le curateur a pu donner à l'acte.

« *Art. 510-2.* - Toute signification faite au majeur en curatelle doit l'être aussi à son curateur, à peine de nullité.

« *Art. 510-3.* - Dans les cas où l'assistance du curateur n'était pas requise par la loi, les actes que le majeur en curatelle a pu faire seul, restent néanmoins sujets aux actions en rescision ou réduction réglées à l'article 491-2, comme s'ils avaient été faits par une personne sous la sauvegarde de justice.

« *Art. 511.* - En ouvrant la curatelle ou dans un jugement postérieur, le juge, sur l'avis du médecin traitant, peut énumérer certains actes que la personne en curatelle aura la capacité de faire seule par dérogation à l'article 510 ou, à l'inverse, ajouter d'autres actes à ceux pour lesquels cet article exige l'assistance du curateur.

« *Art. 512.* - En nommant le curateur, le juge peut ordonner qu'il percevra seul les revenus de la personne en curatelle, assurera lui-même, à l'égard des tiers, le règlement des dépenses et versera l'excédent, s'il y a lieu, à un compte ouvert chez un dépositaire agréé.

« Le curateur nommé avec cette mission rend compte de sa gestion chaque année au juge des tutelles.

« *Art. 513.* - La personne en curatelle peut librement tester, sauf application de l'article 901 s'il y a lieu.

« Elle ne peut faire de donation qu'avec l'assistance de son curateur.

« *Art. 514.* - Pour le mariage du majeur en curatelle, le consentement du curateur est requis ; à défaut, celui du juge des tutelles. »

Art. 2. - Les articles ci-dessous énoncés du code civil sont modifiés ainsi qu'il suit:

« *Art. 1124.* - Sont incapables de contracter, dans la mesure définie par la loi :

- Les mineurs non émancipés
- Les majeurs protégés au sens de l'article 488 du présent code.

« *Art. 1125.* - Les personnes capables de s'engager ne peuvent opposer l'incapacité de ceux avec qui elles ont contracté. »

« *Art. 1304.* - Dans tous les cas où l'action en nullité ou en rescision d'une convention n'est pas limitée à un moindre temps par une loi particulière, cette action dure cinq ans.

« Ce temps ne court dans le cas de violence que du jour où elle a cessé ; dans le cas d'erreur ou de dol, du jour où ils ont été découverts.

« Le temps ne court, à l'égard des actes faits par un mineur, que du jour de la majorité ou de l'émancipation ; et à l'égard des actes faits par un majeur protégé, que du jour où il en a eu connaissance, alors qu'il était en situation de les refaire valablement. Il ne court contre les héritiers de l'incapable que du jour du décès, s'il n'a commencé à courir auparavant. »

« *Art. 1399.* - Le majeur en tutelle ou en curatelle ne peut passer de conventions matrimoniales sans être assisté, dans le contrat, de ceux qui doivent consentir à son mariage.

« A défaut de cette assistance, l'annulation des conventions peut être poursuivie dans l'année du mariage, soit par l'incapable lui-même, soit par ceux dont le consentement était requis, soit par le tuteur ou le curateur. »

Art. 3. - Il est introduit dans le code civil un nouvel article 1125-1 ainsi rédigé:

« *Art. 1125-1.* - Sauf autorisation de justice, il est interdit, à peine de nullité, à quiconque exerce une fonction ou occupe un emploi dans un établissement hébergeant des personnes âgées ou dispensant des soins psychiatriques de se rendre acquéreur d'un bien ou cessionnaire d'un droit appartenant à une personne admise dans l'établissement, non plus que de prendre à bail le logement occupé par cette personne avant son admission dans l'établissement.

« Pour l'application du présent article, sont réputées personnes interposées, le conjoint, les ascendants et les descendants des personnes auxquelles s'appliquent les interdictions ci-dessus édictées. »

Art. 4. - Dans tous les textes où il est fait mention de l'interdiction judiciaire et de l'interdit, cette mention sera remplacée par celle de la tutelle des majeurs et du majeur en tutelle.

Dans tous les textes où il est fait mention du conseil judiciaire, et du faible d'esprit ou prodigue pourvu d'un conseil judiciaire, cette mention sera remplacée par celle de la curatelle et du majeur en curatelle.

Art. 5. - Les règles édictées pour la tutelle des majeurs sont applicables à l'interdiction légale prévue par l'article 29 du code pénal.

Toutefois, le condamné en état d'interdiction légale reste capable de tester et il peut se marier sans les autorisations particulières prévues à l'article 506 du code civil.

Art. 6. - Les articles ci-dessous énoncés du code de la santé publique sont modifiés ainsi qu'il suit:

« *Art. L. 339 (dernier alinéa).* - En cas de minorité, la sortie ne pourra être requise que par les père et mère qui ne se trouvent pas dans l'un des cas prévus à l'article 373 du code civil ; à leur défaut, elle le sera par le tuteur. S'il y a dissentiment entre les père et mère, le tribunal prononcera. S'ils sont divorcés ou séparés de corps, le droit de requérir la sortie est exercé par celui à qui la garde de l'enfant a été confiée. »

« *Art L- 351.* - Toute personne placée ou retenue dans l'un des établissements visés au chapitre II, son tuteur si elle est mineure, son tuteur ou curateur, si, majeure, elle a été mise en tutelle ou en curatelle, son conjoint, tout parent, allié ou ami, et éventuellement le curateur à la personne désigné en vertu de l'article suivant, pourront, à quelque époque que ce soit, se pourvoir devant le tribunal du

lieu de la situation de l'établissement, qui, après les vérifications nécessaires, ordonnera, s'il y a lieu, la sortie immédiate.

« Les personnes qui auront demandé le placement et le procureur de la République, d'office, pourront se pourvoir aux mêmes fins.

« La décision sera rendue, sur simple requête, en chambre du conseil et sans délai ; elle ne sera point motivée. »

(Le reste sans changement.)

Art 7. - L'article L. 342 du code de la santé publique est remplacé par la disposition suivante :

« *Art. L. 342.* - Le mineur ne pourra être remis qu'à ceux sous l'autorité desquels il est placé par la loi, à moins qu'il n'en soit autrement ordonné par le tribunal, à la requête du procureur de la République, sur avis du médecin traitant de l'établissement. »

Art 8. - Les articles L. 326-1, L. 352-1 et L. 353 du code de la santé publique seront respectivement numérotés articles L. 326-2, L. 353 et L. 353-1.

Art. 9. - Les dispositions suivantes sont insérées au titre IV du livre IH du code de la santé publique:
- Au chapitre Ier-:

« *Art. 326-1.* - Le médecin qui constate que la personne à laquelle il donne ses soins a besoin, pour l'une des causes prévues à l'article 490 du code civil, d'être protégée dans les actes de la vie civile peut en faire la déclaration au procureur de la République. Cette déclaration a pour effet de placer le malade sous la sauvegarde de justice si elle est accompagnée de l'avis conforme d'un médecin spécialiste.

« Lorsqu'une personne est soignée dans un établissement public ou dans l'un des établissements privés figurant sur une liste établie par arrêté du ministre des affaires sociales, le médecin est tenu, s'il constate qu'elle se trouve dans la situation prévue à l'alinéa précédent, d'en faire la déclaration au procureur de la République. Cette déclaration a pour effet de placer le malade sous la sauvegarde de justice.

« Le directeur de l'action sanitaire et sociale doit être informé par le procureur de la mise sous sauvegarde. »

Au chapitre III :

« *Art. 352-1.* - Il peut être constitué, suivant les cas, et conformément aux articles 492 et 508 du code civil, une tutelle ou une curatelle pour la personne placée dans un des établissements visés au présent chapitre.

« *Art. 352-2.* - La personne placée dans un établissement de soins conserve le domicile qui était le sien avant le placement aussi longtemps que ce domicile reste à sa disposition. Néanmoins, les significations qui y auront été faites pourront, suivant les circonstances, être annulées par les tribunaux.

« Si une tutelle a été constituée, les significations seront faites au tuteur; s'il y a curatelle, elles devront être faites à la fois à la personne protégée et à son curateur.

« Les fonctions de juge des tutelles peuvent être exercées par un juge appartenant au tribunal d'instance dans le ressort duquel la personne sous tutelle ou curatelle est hospitalisée, lors même que celle-ci a conservé son domicile dans un ressort différent de celui du lieu de traitement. »

Art 10. - Outre les autorités judiciaires, peuvent seuls obtenir du procureur de la République communication, par extrait, d'une déclaration aux fins de sauvegarde de justice:

1° Les personnes qui auraient qualité, selon l'article 493 du code civil, pour demander l'ouverture d'une tutelle ;

2° Sur demande motivée, les avocats, avoués, notaires et huissiers, justifiant de l'utilisation de la communication pour un acte de leurs fonctions.

Art. 11. - Le procureur de la République, s'il est informé que les biens d'un majeur protégé par la loi, au sens des articles 488 et suivants du code civil, peuvent être mis en péril, a l'obligation de provoquer d'urgence toutes mesures conservatoires du patrimoine et notamment l'apposition des scellés.

Les modalités d'application du présent article seront réglées par le code de procédure civile,

Art 12. - Il n'y a pas lieu pour l'application de la présente loi de distinguer selon que les personnes protégées sont traitées à leur domicile ou dans un établissement de soins public ou privé de quelque nature qu'il soit. Art. 13. - 1. - Dans les articles 1er, alinéa 1er, et 8, dernier alinéa, de la loi n° 66-774 du 18 octobre 1966 relative à la tutelle aux prestations sociales, les mots:

« Le juge d'instance, »
sont remplacés par les mots

« Le juge des tutelles ».

II. - Il est introduit dans la loi n° 66-774 du 18 octobre 1966 un nouvel article 1 0 bis ainsi rédigé:

Art. 10 bis. - Lorsqu'une tutelle est ouverte, en application du titre XI du livre 1er du code civil, le juge des tutelles est tenu de réexaminer la situation de l'incapable, pour décider s'il y a lieu de supprimer la tutelle aux prestations sociales ou de la maintenir. Dans ce dernier cas, il peut confier au tuteur chargé des intérêts civils de l'incapable le soin d'assurer la tutelle aux prestations sociales. »

Art. 14. - Us dispositions de la présente loi sont applicables dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle, lorsqu'elles ne se rapportent pas à des matières actuellement soumises à des dispositions particulières.

Art 15. - La présente loi entrera en vigueur six mois après sa publication au Journal officiel de la République française.

Art. 16. - A partir de cette date, les dispositions de la loi nouvelle seront immédiatement applicables à la capacité des personnes protégées et à la gestion de leurs biens.

Les personnes en état d'interdiction judiciaire seront, de plein droit, placées sous le régime de la tutelle des majeurs ; les personnes pourvues d'un conseil judiciaire, sous le régime de la curatelle.

Art. 17. - Quant aux biens des malades internés et non interdits, les administrateurs provisoires et mandataires déjà en fonctions par application des articles 31 à 36 de la loi du 30 juin 1838 continueront leur gestion en conformité de ces articles.

Toutefois, leurs pouvoirs cesseront à l'expiration d'un délai de cinq ans à compter de l'entrée en vigueur de la présente loi.

Durant ce délai, le juge des tutelles pourra, soit à la demande des administrateurs provisoires ou des mandataires visés à l'alinéa 1er, soit à la demande des parties visées par le nouvel article 493, alinéa 1er, du code civil, soit même d'office, décider d'ouvrir la tutelle ou la curatelle.

Art 18. - Le nouvel article 490-2 du code civil n'affectera pas la validité des conventions antérieurement conclues.

Art 19. - Si, dans une interdiction judiciaire antérieurement prononcée, les conditions d'application du nouvel article 497 du code civil se trouvent remplies, le juge des tutelles pourra, à la requête du tuteur, le subrogé tuteur entendu, décider que la tutelle sera transformée en un régime d'administration légale sous contrôle judiciaire, ainsi qu'il est prévu audit article.

Art. 20. - Aucun tuteur antérieurement nommé ne pourra demander à être déchargé de la tutelle en vertu du nouvel article 496-1 du code civil, avant l'expiration d'un délai d'une année à compter de l'entrée en vigueur de la loi nouvelle.

Art. 21. - Les actions en nullité antérieurement ouvertes resteront soumises au délai de dix ans que prévoyait l'ancien article 1304 du code civil, sans pouvoir néanmoins être introduites plus de cinq ans après l'entrée en vigueur de la loi nouvelle.

Art. 22. - Sont abrogées toutes les dispositions contraires à celles de la présente loi, et notamment:

- les articles 31 à 37, 39 et 40 de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés ;

- la loi du 27 février 1880, en tant qu'elle visait les valeurs mobilières appartenant à des aliénés, ses dispositions restant d'ailleurs applicables aux mineurs placés sous la tutelle du service de l'aide sociale à l'enfance, conformément à l'article 8 de ladite loi.

La présente loi sera exécutée comme loi de l'État.

Fait à Paris, le 3 janvier 1968.

Par le Président de la République
C. DE GAULLE

Le Premier ministre,
GEORGES POMPIDOU.

Le garde des sceaux, ministre de la justice,
LOUIS JOXE.

Le ministre des affaires sociales,
JEAN-MARCEL JEANNENEY.

- Annexe 5 -

Arrêté du 14 mars 1972, 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. 1er. - 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 infanto-juvénile. 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 postcure, 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 postcure, 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.

- Annexe 6 -

Circulaire n°431 du 14 mars 1972 relative au règlement départemental de lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et les toxicomanies.

Le ministre de la santé publique et de la sécurité sociale
à
Messieurs les préfets de région ;
Messieurs les préfets des départements ;
Messieurs les chefs des services régionaux de l'action sanitaire et sociale ;
Messieurs les médecins inspecteurs régionaux de la santé ;
Messieurs les directeurs départementaux de l'action sanitaire et sociale ;
Messieurs 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° Plan d'équipement sanitaire), du 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), du 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 2e catégorie), n° 148, du 18 janvier 1971 (élaboration 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 psychiatrique 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 J.O. 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 postcure 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 principal 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 infanto-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 postcure, 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 établissement 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 " intersectoriels ", 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

III. - En terminant, je voudrais évoquer quelques points particuliers.

I. 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 gérontopsychiatrie 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 assurer. 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 tes unités de gérontopsychiatrie, 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 intersecteurs 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, chapitre 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 postcures 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 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 postcure).

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.

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

Annexe I
Indications concernant l'équipe de secteur.

Vous souhaiteriez certainement que soit définie 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), fonctions 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
Organisation du secteur.

II

Différents schémas d'organisation peuvent être envisagés :

- l'hôpital gère la totalité des institutions et personnels du secteur, avec délégation 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 serai-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.

- Annexe 7 -

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.

JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE FRANCAISE.
21 avril 1972, page 4209.

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.

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,

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 psychiatrie infanto-juvénile: celui-ci n'est pas pure entité abstraite et statique mais il se définit par l'action d'une équipe dans une aire géographique donnée dont la situation, la délimitation sont en rapport direct avec la nature des besoins à satisfaire et des actions à entreprendre.

La présente circulaire a pour objet:

D'indiquer les progrès en matière de psychiatrie infanto-juvénile dont on doit tenir compte si l'on veut poursuivre une politique efficace;

De fixer de nouveaux objectifs: la réalisation, dans le cadre de secteurs déterminés, des actions de prévention primaire de dépistage, de diagnostic, de traitement et d'éducation spécialisée;

D'insister sur l'importance du bilan diagnostic;

D'envisager d'une manière critique le problème des établissements;

D'aborder, enfin, le problème de la continuité de l'action.

I. -- LES PROGRÈS EN MATIÈRE DE PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILE

La nosographie traditionnelle distinguait, en les opposant, déficiences mentales, maladies mentales, et troubles du caractère, recoupés d'ailleurs à un autre niveau par d'autres catégories, par exemple celle des délinquants ou celle des inadaptés scolaires. C'est ainsi qu'un même enfant pouvait être étiqueté par les uns "caractériel", par les autres "débile mental", par d'autres "inadapté scolaire", par d'autres enfin "délinquant".

On reconnaissait avant tout la masse des déficients de l'intelligence avec, d'une part, les grands arriérés dits inéducables, et, d'autre part, les débiles dits semi-éducables et éducatibles. La manière dont on les classait était basée sur la détermination du rapport entre l'âge mental et l'âge réel, obtenu au moyen de tests de niveau intellectuel, c'est-à-dire sur la détermination du quotient intellectuel.

Les psychoses constituaient presque une curiosité médicale digne d'être rapportée dans les publications savantes. Le parti pris de rechercher chez l'enfant des symptômes analogues à ceux connus chez l'adulte faisait des psychoses infantiles une rareté.

Quant aux autres désordres que pouvait présenter un enfant, ils étaient généralement attribués à des "défauts" imputables à des traits caractériels plus ou moins constitutionnels ou à de simples erreurs éducatives.

Cette conception des affections mentales de l'enfant apparaît aujourd'hui simpliste dans certains de ses aspects du fait de l'évolution des connaissances. Sans en faire l'inventaire, on peut dire que la nosographie en psychiatrie infantile a dû être remaniée par la prise de conscience de certaines évidences:

L'enfant est un être dont la personnalité est foncièrement différente de celle de l'adulte. Il possède une pathologie mentale propre;

La personnalité d'un enfant est soumise à une évolution. Elle est en perpétuel remaniement. Elle se modifie suivant son rythme particulier et sous l'action des influences extérieures, qu'elles soient fastes ou néfastes; c'est ainsi que le milieu ou l'environnement peuvent constituer des facteurs de troubles très importants en influant en particulier sur le développement affectif.

Les schémas antérieurs s'en sont trouvés bouleversés:

La notion d'inéducabilité ne peut plus être retenue a priori, car elle ne répond pas toujours à une réalité comme l'ont démontré les actions entreprises dans certains services;

La signification du quotient intellectuel doit être réenvisagée:

Chez un même déficient intellectuel, et pour un même test, le quotient intellectuel est susceptible de changer dans le temps. Il ne faut donc jamais inscrire à titre définitif un débile mental dans une tranche définie d'une classification quantitative établie d'après le seul quotient intellectuel.

Un quotient intellectuel inférieur à la normale ne peut à lui seul être l'indice du degré, voire de l'existence d'une débilité mentale irrémédiable.

Par opposition aux états d'arriération et de débilité mentale qui, pour de nombreux auteurs, demeurant dans leur essence des déficits intellectuels fixés, pris dans la personnalité et d'expression précoce, le champ des troubles évolutifs de la personnalité n'a cessé de s'élargir:

Psychoses infantiles aux aspects cliniques particuliers et divers. Domaine extrêmement complexe aux frontières imprécises et parfois discutées. Elles peuvent revêtir le masque d'arriérations mentales;

Névroses infantiles dont l'expression clinique peut réaliser une perturbation évidente de la relation avec le monde mais d'autres fois se traduire par des signes d'apparence banale, tels qu'une énurésie ou une difficulté d'apprentissage de la lecture.

Le problème se complique du fait de l'association possible d'un déficit intellectuel et d'un trouble évolutif de la personnalité. Cette situation rend compte de l'évolution relativement favorable de certaines déficiences intellectuelles lorsqu'on accorde l'attention indispensable aux surcharges psychotiques et névrotiques.

En ce qui concerne enfin les enfants considérés comme "caractériels", ils sont envisagés aujourd'hui sous d'autres rubriques: par exemple celles de la névrose, de la prépsychose et dans les formes moins graves, celles des troubles réactionnels, tels ceux qui sont consécutifs à une difficulté d'adaptation à la scolarité ou à des difficultés socio-familiales.

II. -- LES NOUVEAUX OBJECTIFS

La politique de secteur en matière de lutte contre les maladies et déficiences mentales de l'enfance et de l'adolescence vise à améliorer les actions actuellement entreprises dans le domaine de la prévention primaire, du traitement et des mesures d'adaptation socio-éducatives.

A. -- Son cadre.

1° Limitation géographique.

Il doit être déterminé de telle façon que l'enfant ou l'adolescent puisse être pris en charge tout en continuant à vivre dans son milieu familial ou, en cas d'impossibilité d'en être peu éloigné. Cette limitation des distances permet également à une équipe médico-sociale, grâce à des déplacements restreints, non seulement d'avoir un meilleur rendement, mais aussi de prendre en charge des institutions diversifiées et implantées en des endroits distincts.

2° Importance démographique.

La circulaire n° 148 du 18 janvier 1971 relative à la lutte contre les maladies mentales et à l'élaboration de la carte sanitaire dans le domaine de la psychiatrie a rappelé que les secteurs "enfants" devaient correspondre à trois secteurs de psychiatrie générale. Ils sont ainsi appelés à répondre aux besoins d'une population d'environ 200.000 habitants. Mais il faut souligner que ce chiffre de 200.000 habitants n'a pas été choisi après une étude scientifique; il tient compte d'un état de pénurie et ne permet de couvrir qu'un minimum de besoins. Il est d'autre part évident que la détermination de la population exacte du secteur devra être effectuée dans chaque cas particulier en tenant le plus grand compte des réalités socio-économiques. Le fait notamment que la population d'un département soit inférieure à 200.000 habitants n'est pas un obstacle à la création d'un secteur. Il constitue néanmoins la trame indispensable à partir de laquelle on peut envisager de créer chaque fois que c'est possible, des sous-secteurs rapprochant davantage les institutions du sujet concerné et de sa famille. C'est à ce dernier niveau que l'articulation devrait être la plus étroite avec, d'une part, les équipes de psychiatrie générale et, d'autre part, avec les pédiatres et les médecins scolaires oeuvrant dans les circonscriptions d'action sanitaire et sociale prévues par la directive générale n° 105 du 25 mai 1969. D'autre part, afin de favoriser la coordination entre le secteur social et le secteur de psychiatrie infanto-juvénile, le chiffre idéal que l'on pourrait proposer pour une population dépendant d'un sous-secteur de psychiatrie infanto-juvénile devrait être peu élevé.

3° Population concernée.

Face à un problème psychiatrique authentique et difficile on ne saurait considérer de limite d'âge inférieure pour la prise en charge de la population infantile. Pour les très jeunes enfants la seule question qui se pose est de réaliser la concertation nécessaire avec le pédiatre.

Par ailleurs, le sujet déjà suivi par une équipe de psychiatrie infanto-juvénile pourra continuer de l'être s'il est besoin, jusqu'à l'entrée dans l'âge adulte, tout en retenant l'âge limite de seize ans comme principe général.

Le traitement de l'enfant implique nécessairement une action avec les parents et éventuellement une action sur ceux-ci. Il y a lieu de souligner l'importance de cette dernière dimension. Il s'agit souvent d'une simple guidance mais parfois d'une véritable thérapie accomplie avec le consentement des familles.

B. -- Son but.

Il consiste à réaliser au mieux l'ensemble des actions préventives, telles qu'elles ont été définies par l'Organisation mondiale de la santé:

1° Rappel des différents types de prévention.

a) La prévention primaire concerne l'action à entreprendre pour prévenir l'apparition des troubles. A ce niveau, le psychiatre n'est qu'un consultant. Il doit, en tant qu'expert, coopérer avec tous les spécialistes concernés, qu'il s'agisse des médecins (obstétriciens, pédiatres, médecins des services P. M. I. et de santé scolaire) ou plus généralement de tous ceux dont l'action permet une meilleure adaptation de l'enfant et du milieu dans lequel il vit.

b) La prévention secondaire concerne le dépistage et la lutte contre les maladies mentales avant l'apparition de troubles manifestes.

A ce stade, le psychiatre est un agent de la prévention responsable du diagnostic, mais l'action à entreprendre n'est pas forcément psychiatrique et il peut être amené à collaborer à une action socioéducative, particulièrement souhaitable dans les groupes sous-privilegiés.

c) La prévention tertiaire vise grâce aux effets du traitement à limiter les séquelles et incapacités consécutives à la maladie. Elle cherche dans la mesure du possible à éviter la chronicité des troubles et leurs conséquences sur la famille. A ce stade le psychiatre organise l'action à entreprendre et traite les cas dont il a à connaître, au profit des divers organismes sociaux qui ont pu lui signaler les situations pathogènes.

2° Conditions dont dépend la qualité des actions préventives.

a) Le dépistage précoce des diverses désadaptations et inadaptations:

Réserves faites des consultants directs amenés par leurs parents, il faut citer les enfants pour lesquels une consultation a été demandée par les médecins praticiens, les commissions médico-pédagogiques, le service d'aide sociale à l'enfance, le juge des enfants et d'une façon générale les services sociaux. Le dépistage précoce implique que des liaisons étroites soient assurées à tous ces niveaux, et notamment avec les services publics de protection maternelle et infantile et ceux de santé scolaire.

L'apport du pédiatre est indispensable, car l'examen clinique du nouveau-né et du nourrisson nécessite une formation spécifique et une longue expérience.

L'apport du médecin scolaire n'est pas moins essentiel car il est spécialiste du milieu scolaire.

Ceci permet de comprendre la nécessité du travail en équipe pluridisciplinaire.

b) Le diagnostic précoce qui comporte la réalisation de bilans diagnostics dont l'étude sera envisagée plus loin.

c) Le traitement et la rééducation précoces:

Selon les modalités les mieux appropriées à l'état du sujet.

III. -- LE BILAN DIAGNOSTIC

A. -- Ses caractéristiques.

Il comporte:

L'examen psychiatrique clinique du sujet concerné qui inclut l'entretien prolongé avec ses parents et qui est complété, le cas échéant, par les conclusions de médecins appartenant à d'autres disciplines: pédiatrie, audiologie, phoniatry, etc.;

L'examen psychologique clinique et psychotechnique;

L'étude sociale comportant une investigation approfondie dans le milieu de vie de l'enfant, réalisée par l'assistance sociale en liaison avec toutes les personnes éventuellement concernées, par exemple les éducateurs, les travailleuses familiales, les animateurs socio-culturels, etc.

S'il y a lieu, l'étude de la situation scolaire (niveau, aptitude, comportement).

Ces différentes approches doivent obligatoirement s'intégrer dans une étude synthétique du cas et tenir compte également, s'il y a lieu, de rapports particuliers, tels ceux qui peuvent être présentés par des éducateurs spécialisés.

B. -- Ses moyens.

Le bilan diagnostique peut être effectué dans différents cadres institutionnels:

1° Il s'agit avant tout de centres de consultations:

Les dispensaires d'hygiène mentale;

Les consultations externes des hôpitaux;

Les centres médico-psycho-pédagogiques.

Il faut signaler enfin que la création de centres dits d'action médico-sociale précoce -- c'est-à-dire permettant le dépistage et la prise en charge médico-psycho-éducative précoce de maladies ou déficiences mentales, motrices ou sensorielles -- est actuellement envisagée. Leur articulation avec le secteur de psychiatrie infantojuvénile devra se poser dans les mêmes termes que pour les centres précédents.

2° Mais parfois aussi d'un service de psychiatrie infanto-juvénile, d'un hôpital de jour où sera pratiquée une observation continue.

C. -- Ses suites.

1° La détermination des actions à entreprendre.

Le médecin responsable de l'équipe psychiatrique pourra être amené:

Soit à transmettre un simple conseil aux parents; un avis au médecin traitant ou à un médecin de service public et, sous réserve de l'accord de la famille, un avis à la commission médico-pédagogique ou à une autorité judiciaire;

Soit à prolonger sur place l'action entreprise;

Soit à conseiller le placement de l'enfant dans une structure scolaire d'adaptation ou d'éducation spéciale. Dans ce cas, il est éminemment souhaitable qu'un psychiatre membre du secteur de psychiatrie infanto-juvénile participe aux délibérations de la commission médico-pédagogique compétente afin que celle-ci puisse posséder l'ensemble des informations appelées à guider ses choix;

Soit à orienter vers un cadre plus spécialisé relevant du ministère de la santé publique et de la sécurité sociale et où pourront seulement être entreprises des actions complexes conformes aux besoins du sujet en cause.

2° Le choix des modes de cure.

Etant donné que la classification des établissements sera envisagée plus loin, on précisera seulement les principes appelés à guider le choix du médecin:

a) Maintenir l'enfant dans son milieu familial et dans son milieu scolaire habituels, chaque fois que c'est possible du point de vue médical et du point de vue social.

Comme corollaire à la règle précédente, donner la préférence, sauf indication contraire, aux traitements pratiqués dans les centres de cure ambulatoire et dans les centres à séjour partiel (hôpital de jour, externat médico-pédagogique et médico-professionnel). Le développement et l'augmentation du nombre de ces centres qui sont appelés à couvrir la majorité des besoins doit donc revêtir un caractère prioritaire.

b) Apprécier à leur juste valeur les troubles de la personnalité: souvent ils sont plus importants à considérer que les chiffres du quotient intellectuel, et conduisent à placer l'enfant dans un centre de psychiatrie infanto-juvénile possédant des moyens thérapeutiques importants. C'est pour ce motif que parmi les arriérés profonds, il convient de différencier des formes homogènes peu évolutives, par opposition à des formes dysharmoniques susceptibles d'évoluer favorablement si l'on met en oeuvre des moyens appropriés. Les premières relèvent de centres spécialisés pour arriérés profonds (au sens de l'étude publiée par le centre technique national pour l'enfance et l'adolescence inadaptées), les secondes relèvent, tout au moins pendant une période initiale de traitement, d'un centre de psychiatrie infanto-juvénile bien équipé. En réalité, la distinction doit être nuancée car les liaisons entre ces deux catégories de centres doivent être très étroites de manière qu'aucun enfant ne soit étiqueté "arriéré profond" avant une observation suffisante en milieu psychiatrique et que des échanges entre les deux structures se réalisent en fonction des besoins. Ici encore la préférence ira à l'externat plutôt qu'à l'internat.

IV. -- LES ETABLISSEMENTS

A. -- Les centres de diagnostic et de traitement ambulatoire.

Ils constituent la pièce maîtresse du dispositif de psychiatrie infanto-juvénile car la majorité des sujets qui relèvent d'une thérapeutique psychiatrique peuvent être accueillis dans ces centres.

1° Le dispensaire d'hygiène mentale.

L'existence d'un centre de diagnostic et de traitement ambulatoire pour enfants crée dans la population une demande considérable. Après quelques années de fonctionnement, un dispensaire d'hygiène mentale exige parfois une présence médicale à temps complet dès que l'on ne se contente plus de faire des certificats de placement ou de prescrire quelques médicaments et si l'on dispose, au contraire, de réels moyens d'action, c'est pourquoi ce dispensaire devrait toujours être conçu, quant à l'organisation architecturale, l'équipement et le personnel, de façon à assurer la mise en oeuvre de psychothérapies, de rééducations orthophoniques et de rééducations psychomotrices.

Il y a lieu de souligner le caractère itinérant de l'équipe. Elle doit sortir des murs du dispensaire pour exercer une action à domicile, comme le prévoit l'exposé des motifs du décret du 20 mai 1955 sur la prophylaxie des maladies mentales, et d'une façon plus générale dans le milieu. Ceci reste valable pour tous les types de centres de diagnostic et de traitement qui ne doivent pas se borner à un travail de consultation classique avec la seule approche "en cabinet".

Le dispensaire d'hygiène mentale est l'élément de base du dispositif de secteur. C'est lui, à ce titre, qui devrait être chargé de centraliser la documentation. Il y a intérêt à disposer de plusieurs dispensaires par secteur afin d'être au plus près de la population à desservir.

2° La consultation hospitalière externe.

Elle peut être conçue de deux manières différentes suivant l'objectif poursuivi:

D'une part elle peut fonctionner de la même façon qu'un dispensaire d'hygiène mentale. Il est alors indispensable qu'elle possède comme lui une aire géographique de recrutement déterminée. S'il en était autrement, elle serait submergée par le nombre des demandes de consultations et il serait bien difficile à l'équipe psychiatrique de disposer du temps suffisant pour effectuer des examens dans de bonnes conditions et pour assurer la continuité de l'action.

Mais ce peut être aussi une consultation orientée dans des domaines particuliers (par exemple épiléptologie, infirmité motrice cérébrale, phoniatry, etc.). Elle peut rendre des

services d'autant plus grands qu'elle s'appuie sur l'équipement très spécialisé et coûteux dont seul peut disposer un grand hôpital ainsi que sur la présence d'un personnel médical très averti.

Seul le premier type de consultation doit être considéré comme une institution de secteur. Le deuxième type entre dans une catégorie à part dans une politique de planification départementale, régionale ou interrégionale.

Il faut préciser enfin que la consultation d'enfants doit être distincte de la consultation d'adultes, comme dans les dispensaires.

3° Le centre médico-psycho-pédagogique.

Il accueille des enfants et des adolescents dont l'état nécessite une intervention complexe comportant des actions d'ordre médical, psychologique et pédagogique étroitement associées.

Sa situation est parfois ambiguë vis-à-vis du dispensaire d'hygiène mentale soit parce que les responsables de ce centre en font une institution identique dans sa conception et son fonctionnement à un dispensaire d'hygiène mentale, soit parce qu'un dispensaire d'hygiène mentale insuffisamment équipé se décharge des traitements ambulatoires sur un centre médico-psycho-pédagogique voisin.

Il faut absolument éviter la multiplication de centres de diagnostic et de traitement ambulatoire qui se concurrenceraient inévitablement, entraînant une dispersion des efforts et un accroissement de la charge financière sans profit pour personne. C'est pourquoi messieurs les préfets devront éviter de signer des conventions concernant des centres médico-psycho-pédagogiques dont la création serait à l'origine d'un double emploi.

On peut être amené à choisir en un endroit donné entre un dispensaire d'hygiène mentale et un centre médico-psycho-pédagogique dans la mesure où ils s'adressent à la même clientèle et ont des objectifs identiques. Mais, dans ce cas, on ne peut opter pour le centre médico-psycho-pédagogique que s'il est appelé à fonctionner en liaison avec l'équipe du secteur de lutte contre les maladies mentales et s'il s'intègre dans le dispositif de diagnostic et de cure ambulatoire du secteur.

Il y a lieu de signaler enfin un projet de création de centres d'action médico-sociale précoce, ayant pour objectif le dépistage, la cure ambulatoire et la rééducation des enfants d'âge préscolaire qui présentent des déficits sensoriels, moteurs ou mentaux en vue d'une adaptation sociale et éducative dans leur milieu naturel et avec la participation de celui-ci.

De tels centres, pour avoir leur pleine efficacité, devront s'inscrire dans le dispositif présentement évoqué. Ceci suppose, d'une part, la présence au sein des équipes concernées d'un psychiatre appartenant à l'équipe de secteur de psychiatrie infanto-juvénile et, d'autre part, un dispositif permettant, si nécessaire, la continuité des interventions de l'enfant sans qu'il y ait de rupture à l'âge de six ans. La meilleure façon de résoudre ce problème serait d'intégrer l'équipe de psychiatrie infanto-juvénile par exemple grâce à une articulation entre les dispensaires d'hygiène mentale et le centre d'action médicale précoce. Ceci aurait en outre pour avantage d'éviter des concurrences inutiles et des doubles emplois.

B. -- Les établissements à séjour partiel.

Ce mode de fonctionnement ne doit pas avoir pour conséquence de limiter à l'extrême l'aire géographique de recrutement. Aussi est-il indispensable d'utiliser éventuellement un car pour assurer le transport des enfants qui fréquentent ces établissements.

1° L'hôpital de jour:

Il peut soit faire partie intégrante d'un centre de psychiatrie infantile comportant à la fois une hospitalisation continue et une hospitalisation à séjour partiel, soit en être distinct.

Il accueille les sujets atteints de maladies mentales évolutives: psychoses, névroses graves, déficiences intellectuelles dysharmoniques avec troubles prévalents de la personnalité quel que soit le chiffre du quotient intellectuel. Il s'agit d'enfants ou d'adolescents dont l'état requiert la mise en oeuvre de thérapeutiques médicales complexes et intensives. Il faut pouvoir disposer de toutes les techniques de la psychiatrie infanto-juvénile et en particulier des techniques d'inspiration psychanalytique.

La primauté de la dimension thérapeutique est donc indiscutable. Ceci n'exclut pas, bien au contraire, la présence d'un personnel éducatif et enseignant qui s'intègre à l'action thérapeutique.

Le personnel spécialisé d'un hôpital de jour est nombreux et très diversifié. Il s'ensuit que c'est un établissement à prix de journée assez élevé qui ne doit être créé qu'à bon escient.

2° L'externat médico-pédagogique:

Il accueille des enfants atteints de déficiences intellectuelles. En fait, les établissements existants ne répondent pas toujours à cette définition. Dans l'état actuel la dénomination officielle rend mal compte de la nature réelle du fonctionnement: il est hors de doute, par exemple, que certains centres dénommés externats médicopédagogiques constituent de véritables institutions thérapeutiques alors qu'en contrepartie l'ouverture hâtive d'hôpitaux de jour dans des régions déshéritées risque d'aboutir à la création de centres au fonctionnement insuffisant faute du personnel nécessaire.

Il est certain aussi que du fait de la rareté des institutions de psychiatrie infanto-juvénile à orientation essentiellement thérapeutique, et également du fait de confusions en matière de diagnostic, la population des instituts médico-pédagogiques est souvent hétérogène; elle comprend un certain nombre de pseudo-débiles ou de débilés présentant des troubles évolutifs associés de la personnalité pour lesquels il conviendrait d'entreprendre une action médicale importante.

Il est souhaitable de clarifier cette situation. L'externat médicopédagogique est en principe un établissement où s'exerce essentiellement une pédagogie sous contrôle médical, avec rééducation des troubles instrumentaux isolés. Mais cette position doit être quelque peu nuancée en fonction de l'imbrication fréquente de troubles associés de la personnalité, situation qui ne saurait s'accommoder de structures trop rigides.

Il importe, au moment du bilan diagnostic, d'apprécier, comme il a été dit plus haut, l'importance des troubles associés de la personnalité. Lorsqu'ils sont peu profonds et peu évolutifs, il est moins onéreux de placer le sujet concerné dans un externat médico-pédagogique plutôt que dans un hôpital de jour, à condition que la présence médicale y soit suffisante et qu'on puisse y entreprendre, s'il y a lieu, des psychothérapies qui, dans ce cas, sont peu intensives. Lorsqu'on procède ainsi, on peut assister, dans certaines limites, à un relèvement progressif du quotient intellectuel. Il faut donc éviter que les critères d'admission soient trop restrictifs quant au chiffre du quotient intellectuel. De même, on devrait pouvoir admettre dans les externats médico-pédagogiques des enfants déficients mentaux dont les troubles associés ne requièrent pas obligatoirement le placement dans un centre spécialisé dans le traitement et la rééducation de ces troubles (certains infirmes moteurs cérébraux, certains épileptiques, certains déficients sensoriels, par exemple).

Là aussi, il faut que les critères d'admission ne soient pas trop restrictifs.

3° L'externat médico-professionnel:

Il est la suite logique et indispensable de l'externat médico-pédagogique. C'est un établissement charnière qui poursuit l'action déjà entreprise et prépare l'insertion socio-professionnelle du sujet devenu adulte.

Il assure non seulement une éducation gestuelle orientée vers l'activité professionnelle mais aussi, éventuellement, une véritable formation préprofessionnelle adaptée, autant que possible, aux conditions réelles de travail dans le monde moderne pour tous ceux qui se révèlent capables d'en bénéficier.

L'équipement des externats médico-professionnels devrait permettre l'accueil de sujets dysharmoniques, mais relativement stabilisés par le traitement en centre de psychiatrie infanto-juvénile, comme c'est le cas pour beaucoup d'adolescents ayant présenté, antérieurement, des troubles évolutifs de la personnalité.

C. -- Les établissements à séjour continu.

1° Le service hospitalier de psychiatrie infanto-juvénile.

Les indications générales d'admission sont les mêmes que pour l'hôpital de jour. Mais il accueille plus particulièrement les sujets dont le maintien en milieu familial ne peut être envisagé, soit du fait d'un rejet de l'entourage, soit en raison du lieu de résidence de la famille et dans l'éventualité où un placement familial spécialisé n'a pu être trouvé à proximité d'un hôpital de jour. Il est destiné également aux sujets pour lesquels une surveillance médicale continue est indispensable ou pour lesquels il y a lieu de pratiquer des investigations complexes qui requièrent un personnel et un équipement hautement spécialisés. Comme dans l'hôpital de jour, le personnel doit comprendre des éducateurs et des enseignants spécialisés.

Il est indispensable qu'il soit implanté dans l'agglomération la plus importante du secteur et, quel que soit le lieu de son fonctionnement, qu'il soit articulé avec les services d'un hôpital psychiatrique et ceux d'un hôpital général. En particulier il doit bénéficier des personnels et de l'équipement qu'offre ce dernier: services de pédiatrie, de neurologie, d'endocrinologie, de neuro-radiologie laboratoires de biologie, de génétique.

Dans les zones géographiques ne disposant pas de cet équipement hospitalier de psychiatrie infanto-juvénile à séjour continu, il peut être fait appel à titre provisoire aux services déjà existants d'un établissement placé hors secteur, de manière à ne pas retarder la mise en place rapide des équipes de psychiatrie infanto-juvénile. Ceci ne doit pas toutefois aboutir à un morcellement des services de psychiatrie infanto-juvénile existants. Il est rappelé, par ailleurs que les médecins psychiatres des hôpitaux, et en particulier ceux qui sont chargés de la psychiatrie infanto-juvénile, peuvent être nommés pour ordre sur divers établissements, que ces derniers comportent ou non un service de psychiatrie infanto-juvénile.

2° L'institut médico-pédagogique et l'institut médico-professionnel fonctionnant en internat.

Ce sont des établissements médico-éducatifs qui accueillent des enfants et des adolescents atteints de déficiences intellectuelles, lorsque les familles de ces derniers résident en des lieux éloignés d'une localité importante ou lorsqu'elles sont pathogènes, ce qui pose le problème d'une séparation de l'enfant ou de l'adolescent.

Les indications générales d'admission sont donc généralement les mêmes que celles des externats médico-pédagogiques et médicoprofessionnels. Lorsqu'il est situé dans une localité importante, un même établissement peut donc comprendre à la fois un internat et un externat.

Ces établissements avec internat doivent être implantés en un lieu géographique d'un accès aisé et relativement proche du domicile des parents dans le but de favoriser les visites de ces derniers. Ils doivent être articulés avec le dispositif des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile.

D. -- Les établissements de suite.

Ils sont destinés aux adolescents et aux sujets ayant atteint l'âge adulte ne pouvant pas être intégrés dans un milieu socio-professionnel normal.

1° L'hôpital psychiatrique d'adultes.

Y sont placés les sujets très gravement déficitaires que l'on est obligé de maintenir dans une structure psychiatrique. La mise en oeuvre de traitements et d'éducation spécialisée précoces devrait entraîner la raréfaction de ces cas.

2° Le travail en milieu protégé.

Sa réalisation est indispensable pour les sujets dont les déficiences sont telles qu'elles ne peuvent leur permettre de s'insérer dans le monde habituel du travail.

Sans cet aboutissement l'action si longue et si coûteuse entreprise jusque là déboucherait sur une impasse.

Plusieurs types d'institution sont à envisager. Ils correspondent à différents niveaux:

a) Le centre d'aide par le travail.

Il est destiné aux sujets qui ne peuvent fournir qu'un rendement très faible. Le développement de ces centres constitue un problème majeur et urgent mais qui ne doit être résolu qu'en tenant compte de la densité réelle des sujets relevant de ces centres appelés à fonctionner en relation étroite avec l'équipe du secteur de lutte contre les maladies mentales.

b) L'atelier protégé:

A l'inverse du centre d'aide par le travail, l'atelier protégé s'adresse à des sujets ayant un rendement suffisant pour que l'établissement puisse atteindre un certain équilibre économique: cette notion de rendement n'est pas obligatoirement liée à la notion de niveau mental. Un quotient intellectuel relativement bas n'exclut pas la possibilité de se livrer à un travail productif sur un poste de travail convenant à la personnalité du sujet concerné, c'est un fait dont il y a lieu de tenir compte lorsqu'on organise un atelier protégé, en diversifiant les postes de travail. Tout doit être entrepris pour qu'un déficient mental puisse accéder à une vie socio-professionnelle aussi proche qu'il est possible de la normale.

c) Le secteur protégé intégré dans un cadre normal de travail:

La création de sections situées à l'intérieur des entreprises et spécialement aménagées répond le mieux à l'exigence qui vient d'Etat énoncée ci-dessus.

3° Le foyer.

Nombre de déficients mentaux n'accéderont jamais à une vie totalement autonome; ils auront besoin d'une tutelle plus ou moins étroite. On doit donc se pencher sur leur devenir social lorsqu'ils n'auront plus de famille ou, pour certains ayant atteint l'âge de vingt ans, lorsque prendra fin un placement nourricier de l'aide sociale ou tout autre placement en milieu spécialisé.

De même le travail en milieu protégé n'est pas toujours compatible avec le retour chaque soir dans la famille lorsqu'existent des difficultés de communication.

L'existence de foyers revêt donc un caractère d'absolue nécessité. Ces foyers ne sont pas seulement lieu d'hébergement. Là doit être poursuivie l'action éducative avec des ouvertures

très larges sur l'extérieur. Là aussi doit s'exercer une surveillance psychiatrique indispensable, en liaison avec l'équipe du secteur de lutte contre les maladies mentales. Que les déficients mentaux soient placés dans un foyer spécialisé ou dans un foyer de jeunes travailleurs de type habituel, l'intervention d'un service de suite est indispensable suivant les modalités les mieux appropriées.

V. -- LA CONTINUITÉ DE L'ACTION

Cette continuité est indispensable. Sans qu'il y ait de hiatus temporel, elle permet d'harmoniser les actions entreprises pendant une durée souvent longue -- qui peut recouvrir dans certains cas l'ensemble de l'enfance, de l'adolescence et même de l'âge adulte -- et d'éviter ainsi pour les sujets concernés des facteurs d'inadaptation supplémentaires de façon à permettre à tout moment la réinsertion en milieu normal. Elle ne met naturellement pas en cause le libre choix du médecin.

A. -- La coordination est améliorée par:

1° L'institution d'ensembles cohérents d'établissements.

En psychiatrie, il est difficile de séparer diagnostic et thérapeutique. Déjà le bilan diagnostique initial comporte une amorce de traitement. Par la suite, les actions médicales et éducatives portant sur le sujet et son milieu vont fréquemment apporter des correctifs au diagnostic qui avait été posé au début. De même la progression en âge va transformer la personnalité des sujets. Les modalités des interventions sont donc appelées à subir, à un moment qui n'est pas toujours prévisible, des modifications.

C'est pourquoi, il faut mettre en place dans la zone géographique correspondante à la population concernée un dispositif permettant d'éviter la discontinuité de l'action par l'institution de groupements cohérents d'établissements.

Grâce à ce dispositif, un sujet pourra être à tout moment admis dans le type d'établissement qui lui convient, sur place sauf cas particulier. Une telle structure n'est concevable que si elle est sectorisée, c'est-à-dire si les lits et places ne sont pas immobilisés par des sujets provenant d'autres régions géographiques.

Il faut souligner que ce dispositif ne doit pas être limité aux établissements relevant du seul ministère de la santé publique et de la sécurité sociale, mais au contraire comprendre des établissements relevant du ministère de l'éducation nationale ou du ministère du travail. C'est ainsi que des passages aisés doivent pouvoir s'établir dans les deux sens entre instituts médico-pédagogiques et classes de perfectionnement. De même l'existence de classes à petit effectif dites classes de réadaptation est seule susceptible de permettre à un enfant ou à un adolescent traités en hôpital de jour de reprendre une scolarité dans un cadre normal.

C'est pourquoi une circulaire interministérielle ultérieure établie par le ministère de la santé publique et de la sécurité sociale et par le ministère de l'éducation nationale viendra compléter les présentes instructions en précisant les liaisons fonctionnelles qui devraient s'établir entre les établissements et organismes contribuant à la lutte contre les maladies et déficiences mentales relevant de l'un et de l'autre département.

2° La création de groupements d'établissements.

Il y a lieu de rappeler les groupements préconisés dans la circulaire du 20 juillet 1970 relative aux instituts médico-pédagogiques et aux instituts médico-professionnels:

Le rassemblement dans un même institut médico-éducatif d'un institut médico-pédagogique et d'un institut médico-professionnel;

Le jumelage d'un institut médico-professionnel et d'un centre d'aide par le travail.

Mais d'autres formules de groupement peuvent également être envisagées:

L'association d'un service de psychiatrie infanto-juvénile à séjour complet d'un hôpital de jour devrait être la règle.

L'équipement hospitalier de base proposé par le ministère de la santé publique et de la sécurité sociale comprend:

Vingt-quatre places en hôpital de jour;

Soixante-seize places en séjour complet;

Seize lits pour les cas aigus;

Douze lits pour les sujets non valides;

Quarante-huit lits pour les hospitalisations de longue durée, compte non tenu des lits de suite.

L'association à l'hôpital de jour d'un centre de diagnostic et de traitement ambulatoire permet à la même équipe psychiatrique d'assumer sur place le diagnostic et la post-cure.

L'implantation d'un hôpital de jour doté des moyens indispensables pour entreprendre une action médicale intensive, en annexe d'un externat médico-pédagogique, lorsque n'existe pas dans la même localité un hôpital de jour rattaché à un service hospitalier de psychiatrie infanto-juvénile à séjour continu. Ceci permet de ne pas limiter les admissions dans l'externat médico-pédagogique aux seuls déficients mentaux exempts de tout trouble évolutif grave de la personnalité grâce à la présence de moyens médicaux importants qui peuvent être utilisés dans l'ensemble de l'institution.

Le jumelage d'un institut médico-professionnel et d'un atelier protégé. Cela permet de mieux harmoniser la formation professionnelle avec le type d'activité professionnelle réalisé dans l'atelier protégé.

Il y a lieu de souligner les avantages de caractère général qui découlent de tels groupements, quelle qu'en soit d'ailleurs la nature; ce sont, outre le maintien pour un même sujet de la continuité de la relation qui s'est établie avec l'équipe thérapeutique et éducative, l'utilisation à temps plein sur place des différents personnels, et la diminution des frais généraux dans la gestion financière (en particulier lorsque les établissements sont gérés par une même association ou collectivité publique).

Cependant, par le jeu de groupements, on peut être amené à envisager la création de "complexes d'établissements" importants ce qui n'est pas sans risques. Il faut éviter les groupements humains trop considérables sur une même assiette géographique, surtout si elle est restreinte. On palliera cet inconvénient par un fractionnement de l'ensemble en des points géographiques distincts quoique assez proches les uns des autres, tout en maintenant l'unité de gestion.

B. -- La coordination des équipes psychiatriques:

Le secteur de psychiatrie infanto-juvénile doit être articulé d'une part avec les secteurs de psychiatrie générale et d'autre part avec les structures dévolues à l'enfance inadaptée qui sont inévitablement concernées.

Vont ainsi intervenir au sein d'une même population d'une part des psychiatres des hôpitaux publics exerçant les uns dans des secteurs de psychiatrie générale, les autres dans des secteurs de psychiatrie infantile, et par ailleurs des psychiatres recrutés par des associations privées gestionnaires d'établissements.

Il faut donc concilier la diversité des interventions avec la nécessité de poursuivre une action unitaire et pour cela il importe d'organiser la concertation entre les psychiatres de toutes origines et les travailleurs sociaux intéressés sous l'égide des autorités préfectorales représentées par le directeur de l'action sanitaire et sociale et le médecin inspecteur départemental de la santé et avec le concours du médecin chef du secteur de psychiatrie infanto-juvénile et de l'inspecteur adjoint au directeur de l'action sanitaire et sociale chargé des problèmes de l'enfance.

Cependant il est certain que, lorsque les associations privées gestionnaires d'établissements de l'enfance inadaptée sollicitent le concours de psychiatres des hôpitaux publics psychiatres de secteur, l'unité et la continuité de l'action sont assurées dans les conditions les plus favorables. Lorsque cette éventualité se présente, l'autorité préfectorale doit demander les créations de postes nécessaires. Mais tout psychiatre des hôpitaux publics affecté à un établissement de l'enfance inadaptée doit avoir en même temps une activité de secteur comprenant pour le moins des consultations dans un dispensaire d'hygiène mentale.

Les orientations définies dans la présente circulaire ont pour objet d'apporter aux autorités responsables les éléments destinés à les guider dans l'élaboration au niveau de chaque département du dispositif de lutte contre les maladies et déficiences mentales de l'enfant et de l'adolescent. Elles constituent un fait nouveau en ce qu'elles visent à assurer la synthèse des actions poursuivies auparavant d'une façon isolée dans des domaines dont la séparation rigoureuse apparaît aujourd'hui artificielle.

A la base de ce dispositif est mis l'accent sur le diagnostic et le traitement précoces et corollairement sur la mise en place d'équipes de psychiatrie infanto-juvénile en nombre suffisant.

Le deuxième grand principe dont il y a lieu de tenir compte est l'organisation de la concertation, grâce à quoi il sera possible d'éviter la dispersion des efforts et l'anarchie dans les prises en charge.

Dans cette perspective synthétique il est indispensable d'aller au-delà de la seule articulation entre le secteur de lutte contre les maladies mentales et celui dit de l'enfance inadaptée. Des relations étroites doivent être nouées également avec la pédiatrie (et en particulier les services de protection maternelle et infantile), la santé scolaire, les commissions médico-pédagogiques, les services de l'éducation nationale, les autorités judiciaires et enfin un grand nombre de services sociaux (centres sociaux, clubs de prévention, etc.).

C'est à partir de ces liaisons et des actions concertées qui en seront l'aboutissement, que la planification des besoins exprimés et des interventions qu'ils impliquent, sera poursuivie avec cohérence et efficacité.

Se trouve posé en particulier le problème de la place de l'équipe du secteur de psychiatrie infanto juvénile dans le secteur unifié de l'enfance prévu par la directive générale n° 105 du 25 mai 1969 ayant pour but de coordonner les activités relatives à la protection maternelle et infantile, à la santé scolaire, à l'aide sociale à l'enfance, à la prévention sociale de l'enfance en danger et à l'enfance inadaptée.

Le secteur de psychiatrie infanto-juvénile qui ne constitue qu'un des aspects du dispositif général d'organisation psychiatrique devra s'articuler d'une façon particulièrement étroite avec les institutions déjà intégrées dans le secteur unifié de l'enfance. Sans en être exclu et sans s'y dissoudre il y occupera une position charnière et y jouera un rôle prépondérant vis-à-vis des enfants mentalement handicapés en particulier pour toutes les formes évolutives dont on sait qu'elles posent au premier chef le problème de la maladie mentale de l'adulte.

Le secteur de psychiatrie infanto-juvénile n'a pas en effet pour seul objet de résoudre des problèmes actuels mais aussi de prévenir l'inadaptation de l'âge adulte qui menace de

nombreux sujets. Il est donc aussi l'un des éléments du dispositif général de lutte contre les maladies mentales.

Quoi qu'il en soit, le programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies et déficiences mentales des enfants et des adolescents soulèvera généralement des problèmes complexes. Pour les résoudre, il serait extrêmement souhaitable que soit créée à l'initiative de MM. les préfets (directions de l'action sanitaire et sociale) et en vue de l'étude des programmes départementaux, une commission administrative et technique comprenant en particulier le médecin inspecteur départemental de la santé, le médecin chargé de la santé scolaire et le médecin chargé de la protection maternelle et infantile auprès du département, l'inspecteur de l'action sanitaire et sociale chargé des problèmes de l'enfance, les médecins psychiatres chefs de secteur, des représentants de l'éducation nationale de la justice et du centre régional pour l'enfance et l'adolescence inadaptées. Il conviendra également que soient associées aux travaux de cette commission les psychiatres privés dont le concours à la politique concertée mise en oeuvre est indispensable.

Paris, le 16 mars 1972.

- Annexe 8 -

Circulaire DGS/891/MS 1 du 9 mai 1974 relative à la mise en place de la sectorisation psychiatrique.

LE MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE
ET DE LA SECURITE SOCIALE

à

Messieurs les PREFETS REGIONAUX

Messieurs les MEDECINS INSPECTEURS REGIONAUX de la SANTE
Messieurs les CHEFS REGIONAUX de l'ACTION SANITAIRE et SOCIALE

à

Messieurs les PREFETS

Messieurs les DIRECTEURS de l'ACTION SANITAIRE et SOCIALE
Messieurs les MEDECINS INSPECTEURS DEPARTELEMENTAUX de la SANTE

(pour exécution)

Circulaires complétées :

Circulaires DGS/431/MS 1 du 14 mars 1972 et DGS/443/MS 1 du 16 mars 1972

Circulaire DGS/2030/MS 1 du 12 décembre 1972

Circulaire DGS/1262/MS 1 du 6 juillet 1973

Circulaire DGS/78/MS 1 du 15 janvier 1974

Objet : Mise en place de la sectorisation psychiatrique

Les années 1972 – 1973 représentent une étape importante dans l'évolution de la lutte contre les maladies mentales en France avec la publication de l'Arrêté du 14 mars 1972, organisant la protection de la santé mentale sur la base de la sectorisation, avec les circulaires relatives à l'organisation et à l'équipement des départements, avec l'effort accompli pour recruter un plus grand nombre de psychiatres à temps plein pour mettre en place les organisations départementales.

Toutefois mon attention a été attirée sur les obstacles et difficultés auxquels se heurte encore trop souvent le démarrage des secteurs. C'est pourquoi je crois utile d'apporter les précisions suivantes :

1° PROBLÈMES DE PERSONNEL

Les problèmes de personnel sont, de beaucoup, les plus déterminants.

La valeur d'un dispositif de soins dans cette discipline dépend effectivement en grande partie du temps consacré à chaque malade ainsi que de la relation thérapeutique qui s'établit entre celui-ci et chacun des membres de l'équipe médico-sociale dont il relève à un moment donné de l'évolution de sa maladie.

Il convient de rappeler que l'organisation sectorielle de la lutte contre les maladies mentales tend à :

- 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.

Cette nécessité thérapeutique implique la prise en charge des malades en des lieux et selon des modalités différentes, sans rompre l'unité d'action : il est donc indispensable que tous ceux qui participent aux soins d'un même malade puissent se concerter pour connaître et comprendre ce que chacun a fait vis-à-vis de lui.

La densité du personnel médical et para-médical ne doit donc pas se référer au nombre de lits d'hospitalisation mais être évaluée en fonction du nombre de malades qui, hospitalisés ou non, pris en charge dans le cadre du secteur, en constituent au total ce qu'on appelle " la file active ". De plus la densité de l'équipe pluridisciplinaire (qui comporte le personnel médical, des infirmiers, des assistantes sociales, des psychologues, des secrétaires) est fonction :

- du regroupement ou de la dispersion des lieux d'activités.
- de la qualité et de la densité des institutions publiques et privées du secteur.
- du nombre des établissements dans lesquels le psychiatre ou tout autre membre de l'équipe sont appelés à intervenir tels que centres hospitaliers ou établissements pour personnes âgées, etc.

Il faut donc abandonner toute référence aux normes anciennes.

De nouvelles normes sont en cours d'étude. Néanmoins on peut d'ores et déjà avancer qu'un secteur ne saurait valablement se créer sans, au minimum :

- un médecin chef de secteur et un médecin assistant,
- 3 à 4 internes,
- 1 psychologue,
- 1 assistante sociale,
- 1 temps infirmier par 10 000 habitants pour le travail extra-hospitalier,
- 1 secrétaire de secteur.

L'équipe de secteur pourra être renforcée de médecins vacataires si, sur le secteur, existent de vastes établissements de personnes âgées (Maison de retraite, foyer, section d'hospice, maison de cure médicale) ou établissements divers tels que centres d'hébergement.

A propos des établissements pour personnes âgées, je vous rappelle que vous devez user de votre influence pour que le médecin chef de secteur joue dans ces organismes et auprès du responsable généraliste, le rôle de consultant. Le psychiatre – ou l'un des membres de son équipe – doit être à même d'y apporter l'aide ou le soutien psychiatrique qui peuvent être jugés nécessaires que ce soit à l'égard des personnes âgées elles-mêmes, soit à l'égard du personnel pour compléter sa formation.

Dans la mesure cependant, où certains sujets sans domicile fixe dits " sans-secteurs ", hébergés ou non dans les établissements du type mentionné ci-dessus, relèvent d'une hospitalisation psychiatrique, ils doivent être répartis aussi également que possible entre les différents services et hôpitaux. Ce problème est particulièrement aigu à Paris et dans certaines métropoles régionales, qui comportent une nombreuse population vagabonde et désocialisée chez lesquels les troubles aigus ne sont pas rares.

Mais chaque fois qu'une réhospitalisation s'impose, il faut s'efforcer de faire bénéficier le malade d'une permanence d'admission dans le service qui l'a précédemment traité, afin de le rattacher à une équipe de secteur.

Quoi qu'il en soit de ce point particulier, le volume des tâches personnalisées et diversifiées auxquelles le psychiatre de secteur, animateur de l'équipe, doit faire face au fur et à mesure du développement de l'extrahospitalier, n'est plus à démontrer.

Afin que ce technicien conserve la disponibilité requise à la fois près du malade et dans la communauté, il conviendra, dès que le statut en cours de préparation le permettra d'introduire dans les équipes des psychiatres " à temps partiel ". Ces médecins devront assurer la continuité des soins dans le cadre d'un secteur déterminé et non pas se disperser dans les institutions de plusieurs secteurs.

Les internes – En attendant la mise au point d'un statut actuellement à l'étude, les internes peuvent assumer les fonctions d'assistant quand le poste créé n'a pas été pourvu sous réserve qu'ils remplissent certaines conditions de qualification (3^{ème} année du C.E.S. de psychiatrie).

Il est bien entendu que, dans tous les cas, l'interne reste placé sous la responsabilité du chef de service.

Le personnel infirmier – Il importe en attendant l'intervention des nouveaux textes prévus, de ne pas pénaliser en diminuant leur effectif théorique, les services qui réussissent à faire baisser leur population, l'activité de ce personnel devant s'exercer également à l'extérieur de l'hôpital.

L'assistante sociale – Est indispensable pour assurer les nécessaires liaisons et coordinations à tous les niveaux (soignants – soignés – familles – autres services sociaux – employeurs – etc.)

La liaison entre l'équipe psychiatrique de secteur et la circonscription de service social est un difficile problème qui ne peut être résolu qu'en fonction de considérations d'ordre local. Mais il mérite toute votre attention.

Par ailleurs le système sectoriel nécessitant le déplacement sur l'aire du secteur des divers personnels de l'équipe, et notamment des infirmiers psychiatriques, il convient de prendre – de façon aussi précise que possible – toutes dispositions au niveau des conventions :

- pour assurer le remboursement des frais de déplacement de ces personnels,
- pour les garantir contre les risques de responsabilité civile et d'accident du travail.

En attendant une solution d'ensemble à un problème qui d'ailleurs ne vise pas que la psychiatrie, je crois utile de vous signaler certaines solutions en vigueur dans certains départements :

- pratique des ordres de mission ;
- dispositif au niveau de la convention (voir extrait en annexe).

Enfin la qualité d'une équipe, sa progression dans l'efficacité thérapeutique passant à l'évidence par la formation et l'information de ses membres, il me paraît souhaitable de ménager – en tenant compte des obligations de service – des possibilités de formation complémentaire pour le personnel médical et para-médical.

2° PROBLÈMES D'ÉQUIPEMENT

a. Consultation et équipement extrahospitalier

L'effort d'équipement doit porter par priorité sur les structures extrahospitalières qui sont encore embryonnaires. Il serait sage de ne pas consacrer le plus gros des crédits à des structures se voulant d'emblée complètes, créées ex nihilo, sans tenir un compte suffisant du niveau de fonctionnement déjà atteint dans les secteurs considérés. Mais il est par contre indispensable que tout secteur dispose de locaux à organiser en fonction de ses besoins prioritaires. Quand le dispensaire n'existe pas ou encore que sa vétusté ou sa situation le rendent inadéquat, une construction n'est pas pour autant indispensable, souvent la première installation pourra s'organiser :

- soit dans l'hôpital du lieu suivant les bâtiments dont il dispose,
- soit au moyen d'une location ou dans un immeuble.

Ce local doté d'un téléphone et d'un secrétariat constituera un lieu de référence pour l'équipe ; il permettra non seulement de dispenser des consultations mais encore :

- d'accueillir de petits groupes permanents de malades,

- de les soigner pendant des temps thérapeutiques partiels.

Au fur et à mesure du développement du travail extrahospitalier des institutions plus structurées pourront être créées : dispensaires, hôpitaux de jour, ateliers thérapeutiques, foyers de post-cure, clubs ; certains de ces organismes pourront avoir une vocation ou une justification intersectorielles.

Dans les villes qui possèdent un hôpital général ou centre hospitalier, la solution consiste à y ouvrir une consultation externe de psychiatrie.

Par suite de convention avec la Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale, ces " antennes hospitalières " pourront éventuellement fonctionner comme des dispensaires, c'est à-dire en assurant la gratuité des soins à des malades qui sont le plus souvent économiquement démunis.

Cependant il est remarqué que pour certains malades, la gratuité non motivante, constitue un obstacle thérapeutique.

Dans ces conditions, et même dès lors qu'un dispensaire pré-existe je ne vois que des avantages à instaurer parallèlement les deux systèmes qui ne sont pas exclusifs l'un de l'autre mais complémentaires.

Dans tous les cas, il conviendra, bien entendu, de veiller à ce que les locaux répondent aux impératifs de la technique dans le domaine considéré.

Pour ce qui est de l'équipement extrahospitalier proprement dit, des expériences variées doivent être menées afin de définir les structures les mieux adaptées aux besoins des divers types de secteurs : urbains, ruraux ou mixtes.

Selon les circonstances, on donnera la préférence soit à la concentration de toutes les institutions extrahospitalières dans un Centre de Santé mentale de secteur, ce qui offre des facilités d'exploitation, soit à une formule dispersée qui favorise une meilleure intégration à la population, avantage considérable dans la perspective de prévention et de réadaptation.

b. Service d'hospitalisation psychiatrique à pleine journée.

Aucune augmentation du nombre de lits des hôpitaux psychiatriques existants ne saurait plus être tolérée. La modernisation nécessaire de ces établissements a, au contraire, pour corollaire une réduction de leur capacité, ce dont on ne peut que se féliciter.

Il convient de rappeler en effet que le service d'hospitalisation doit être organisé par unités de soins de 25 lits, comportant un nombre suffisant de chambres individuelles et entraînant en tout cas la suppression des grands dortoirs.

L'unité d'hospitalisation doit, rappelons-le, avoir libéraliser son fonctionnement, ouvert ses portes. Un même bâtiment peut recevoir des malades des deux sexes sous certaines précautions.

Ces conditions réalisées, il convient alors d'examiner l'opportunité d'installer de petites unités de soins intensifs, pouvant éventuellement être fermées. Ce dispositif répond en effet à des besoins thérapeutiques précis ; il s'adresse notamment à des malades posant des problèmes particuliers dont l'état requiert momentanément une restructuration en espace clos mais ne justifie pas, pour autant, leur renvoi vers des services spécialisés pour malades difficiles (malades de la catégorie 3 définis par la circulaire n° 109 du 5 juin 1950).

De toute façon un secteur doit disposer d'un service hospitalier tel qu'il soit pratiquement impossible de justifier le renvoi des malades les plus lourds sur d'autres formations.

Lorsque la réduction de la population d'un hôpital psychiatrique (qu'elle soit liée à la limitation de son territoire de recrutement ou à l'extension du travail extrahospitalier), laisse des lits disponibles, il serait hautement souhaitable d'y créer, dans le cadre de la carte sanitaire, des unités médicales et éventuellement chirurgicales actives en vue de faciliter une collaboration plus étroite entre psychiatres et médecins de toutes disciplines, ce qui ne peut qu'être profitable tant aux malades qu'au corps médical. Bien entendu, une telle conversion suppose un aménagement fonctionnel des locaux.

La création d'unités d'hospitalisation psychiatrique est nécessaire dans certains secteurs non pourvus. Ces services doivent être créés de préférence dans les Centres hospitaliers. Toutefois, leur conception ne peut se calquer sur le modèle des services de médecine et ils doivent comporter les espaces de détente nécessaires. Ils doivent être en mesure également d'accueillir et de soigner, tant que l'hospitalisation est nécessaire toutes catégories de malades mentaux y compris les malades difficiles ne relevant pas de services spéciaux et ceux dont l'état a justifié un placement d'office.

3° CONSEILS DE SANTÉ MENTALE DE SECTEUR LIAISON – CONCERTATION – COORDINATION

Dans mes précédentes circulaires ainsi que par directives personnalisées, j'ai déjà souligné que la mise en place opérationnelle de la sectorisation requiert une large concertation de toutes les instances intéressées à la lutte contre les maladies mentales (cf. circulaires citées en objet).

Pour faciliter l'approche concrète des problèmes et coordonner les actions à mener, j'ai notamment recommandé de créer dans chaque département des conseils de santé mentale de secteur.

La création de ces organismes consultatifs, à large représentation, exigeant la collaboration de tous ceux qui ont un rôle à jouer dans la prévention, les soins, la post-cure et la réadaptation des malades,

- permettant l'écoute des diverses expériences,
- confrontant les besoins,
- harmonisant les demandes,

s'avère indispensable pour lever les obstacles – souvent d'ordre psychologique – qui demeurent encore.

Le fonctionnement des conseils de santé mentale de secteur – véritable creuset de la sectorisation – pallie notamment le risque, pour les équipes de "s'enfermer" dans leur secteur respectif ; les assemblées obligent en outre chaque psychiatre responsable de secteur, conseiller en hygiène mentale dans la communauté, à établir des liaisons permanentes avec les médecins traitants (généralistes ou spécialistes), avec les travailleurs sociaux, les organismes de justice et de police, etc. Je ne saurais trop insister à cet égard sur la collaboration à instituer avec les assistantes sociales polyvalentes de base.

On pouvait croire que ces dispositions, largement diffusées, étaient généralement appliquées. Or ce n'est pas le cas si l'on se réfère à une enquête récente.

J'attire donc une nouvelle fois votre attention sur la nécessité de procéder sans plus tarder à l'installation desdits Conseils, qu'il serait opportun de réunir plusieurs fois par an avec un ordre du jour précis et concret. Je demande aux Directeurs Départementaux de l'Action Sanitaire et Sociale de participer très activement aux réunions, dont les avis sont appelés à les éclairer dans leurs décisions. Il serait souhaitable que le secrétariat soit assuré par leur service.

Comme je l'ai déjà indiqué, les réunions plénières ne sont pas exclusives de réunions informelles (entre les équipes et entre les secteurs) qui, examinant conjointement les problèmes, fourniraient ainsi des études structurées constituant un préalable techniquement valable.

Ainsi des modifications sont parfois souhaitées dans la disposition géographique des secteurs ou des intersecteurs. Il importe d'avancer prudemment en ce domaine et de procéder à un examen attentif de la question, menées par les Conseils départementaux de santé mentale en tenant compte notamment des secteurs sanitaires créés en application du décret 7354 du 11 janvier 1973 ceci afin d'aboutir progressivement à une harmonisation.

En outre, je souhaite que les psychiatres privés soient appelés à participer, dans cette assemblée, à l'élaboration de la politique de secteur dans la mesure où ces derniers apportent une contribution personnelle à la marche du service public et qu'ils apportent leur concours à des établissements médico-sociaux.

4° GESTION ET FINANCEMENT

En matière d'hygiène mentale, on ne peut délimiter nettement les actions de prévention, de soins et de post-cure, celles-ci étant particulièrement imbriquées.

Le secteur psychiatrique réalise en fait, une action thérapeutique complexe dans laquelle l'hôpital psychiatrique ne joue plus un rôle prioritaire : l'hospitalisation désormais moins fréquente ne constitue en toute hypothèse et pour un nombre important de cas qu'un moment du traitement. C'est ainsi que dans certains départements, 45 % des malades n'ont jamais été hospitalisés.

Parallèlement au développement des activités extrahospitalières on enregistre donc une diminution importante du taux d'occupation des lits auparavant suroccupés à 110 ou 120 % par des malades qu'un système asilaire avait chronicisés.

Je me suis préoccupé des conséquences financières de ce problème et ai prescrit des études pour examiner les modalités d'un financement mieux adapté aux activités sectorielles, avec apport éventuel de la Sécurité Sociale. Il est bon de rappeler ici que, en tout état de cause, l'Etat participe à 83 % en moyenne aux dépenses des services départementaux d'hygiène mentale.

Par ailleurs, il importe que, tout en évitant les exigences superflues, la gestion de la psychiatrie publique ne fasse pas obstacle aux conduites thérapeutiques les plus propres à écourter les séjours, à favoriser la restauration de la sociabilité et, partant, le retour au circuit économique.

A cet égard je souligne que les psychiatres ne doivent pas méconnaître les prérogatives des autorités de tutelle et le devoir très strict pour celles-ci d'exiger des justifications aux dépenses à engager et d'apprécier de façon objective les résultats obtenus. La crédibilité des méthodes employées passe par cette exigence.

Le conseil général, appelé à voter les crédits d'hygiène mentale, serait mieux à même d'en apprécier le volume utile s'il était représenté aux conseils de santé mentale de secteur (en particulier au niveau des réunions départementales), plaque tournante de l'information.

A l'occasion des présentes instructions je tiens à préciser les points suivants :

1. - La sectorisation ne peut, vis-à-vis du malade, être impérative, c'est-à-dire, en toute hypothèse, s'opposer à son libre choix. Ce principe fondamental de l'éthique médicale revêt une importance particulière en psychiatrie où l'action psychothérapique est avant tout basée sur la confiance du malade en son médecin, et sur une relation duelle privilégiée.

Il ne doit donc y avoir dans la pratique aucune objection à ce que le malade ait la possibilité de se faire traiter dans le secteur voisin. Ces cas devraient être rares si l'équipe du secteur est suffisamment étoffée pour permettre un certain choix à l'intérieur même du secteur, ou si celui-ci est rendu attractif par la qualité des soins prodigués.

2. – Lutte contre l'alcoolisme – Il m'a été signalé que sous prétexte de sectorisation, des consultations pour alcooliques organisées dans le cadre des centres hospitaliers avaient été supprimées.

Dans ce domaine où tout reste à faire, je tiens beaucoup à ce que subsistent les réalisations existantes, quitte à établir ou à renforcer les liaisons indispensables avec le secteur. Il est bien certain que, en matière de prévention de l'alcoolisme, de dépistage précoce des buveurs excessifs, de traitement et de post-cure, les actions multiples à entreprendre qui ont un caractère pluridisciplinaire, ne peuvent trouver leur solution dans le cadre du seul secteur. Je vous invite à vous reporter à l'égard de ce problème particulier à mes directives du 13 novembre 1970 diffusées le 23 novembre auprès de M. les médecins Inspecteurs Régionaux de la Santé et les Chefs régionaux de l'Action sanitaire et sociale. Ces directives préconisent, je vous le rappelle, la création de consultations d'hygiène alimentaire, auxquelles le médecin de secteur pourrait envoyer certains sujets.

Enfin et pour conclure, je souhaite :

3. Que les médecins chefs de secteur ou d'intersecteurs soient invités à élargir leur rapport annuel qui porterait non plus sur leurs activités hospitalières seules mais aussi sur leurs activités de secteur.

Ce document établi dans le cadre de chaque secteur, pour des activités globales et complémentaires, devrait permettre de mieux saisir l'évolution de la file active d'un secteur, les prestations fournies pour chaque malade, et, partant, de mieux cerner les besoins.

4. Que chaque direction de l'Action sanitaire et sociale facilite l'information de la population, celle des généralistes et des services hospitaliers et sociaux par l'édition d'une brochure comportant :
 - les secteurs de psychiatrie générale et le (ou les) intersecteurs de psychiatrie infanto-juvénile.
 - Le nom de chacun des médecins chefs responsables ainsi que le nom de l'assistante sociale.
 - L'adresse du service hospitalier de rattachement et le numéro d'appel téléphonique.
 - L'adresse et le numéro de téléphone du (ou des) dispensaire de secteur.
 - Les horaires de consultation du (ou des) dispensaire.
 - Mêmes renseignements en ce qui concerne les consultations pour alcooliques données dans le cadre de l'hygiène mentale, et dans celui des centres d'hygiène alimentaire.

Je vous serais très obligé de prendre toutes mesures utiles à cet égard, les frais de fascicule pouvant être imputés sur le budget départemental d'hygiène mentale.

LE MINISTRE,
Michel PONIATOWSKI.

- Annexe 9 -

Loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées, extraits.

Article 1^{er}

La prévention et le dépistage des handicaps, les soins, l'éducation, la formation et l'orientation professionnelle, l'emploi, la garantie d'un minimum de ressources, l'intégration sociale et l'accès aux sports et aux loisirs du mineur et de l'adulte handicapés physiques, sensoriels ou mentaux constituent une obligation nationale.

Les familles, l'Etat, les collectivités locales, les établissements publics, les organismes de sécurité sociale, les associations, les groupements, organismes et entreprises publics et privés associent leurs interventions pour mettre en oeuvre cette obligation en vue notamment d'assurer aux personnes handicapées toute l'autonomie dont elles sont capables.

A cette fin, l'action poursuivie assure, chaque fois que les aptitudes des personnes handicapées et de leur milieu familial le permettent, l'accès du mineur et de l'adulte handicapés aux institutions ouvertes à l'ensemble de la population et leur maintien dans un cadre ordinaire de travail et de vie.

L'Etat coordonne et anime ces interventions par l'intermédiaire du comité interministériel de coordination en matière d'adaptation et de réadaptation, assisté d'un conseil national consultatif des personnes handicapées dont la composition et le fonctionnement seront déterminés par décret et comprenant des représentants des associations et organismes publics et privés concernés.

Article 46

Il est créé des établissements ou services d'accueil et de soins destinés à recevoir les personnes handicapées adultes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie et dont l'état nécessite une surveillance médicale et des soins constants. Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions d'agrément et de prise en charge de ces établissements ou services au titre de l'assurance maladie.

Article 47

Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions dans lesquelles sont prises en charge par la sécurité sociale et, le cas échéant, par l'aide sociale, les dépenses exposées dans les établissements recevant des malades mentaux dont l'état ne nécessite plus le maintien en hôpital psychiatrique mais qui requièrent temporairement une surveillance médicale et un encadrement en vue de leur réinsertion sociale.

- Annexe 10 -

Loi de finances n°85-1403 du 30 décembre 1985, article 79.

15480

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

31 décembre 1985

EDUCATION NATIONALE

Art. 73. - Les personnels en service au lycée d'enseignement professionnel privé « Les Houillères de Blanzay » à Montceau-les-Mines, au lycée d'enseignement professionnel privé de la société Usinor à Terville, au lycée d'enseignement professionnel privé de la société Sollac à Florange et les maîtres en service à l'école primaire « Les Marronniers » à Draguignan (Var), établissements intégrés dans l'enseignement public en application de la loi n° 59-1557 du 31 décembre 1959 sur les rapports entre l'Etat et les établissements d'enseignement privés, qui justifieront au 1^{er} janvier 1986 de services effectifs d'une durée équivalente à un an au moins de services à temps complet, pourront, à compter de cette date, sur leur demande et dans la limite des emplois budgétaires créés à cet effet, être nommés, puis titularisés dans les corps correspondants de la fonction publique.

Un décret en Conseil d'Etat fixera les conditions d'intégration, de vérification de l'aptitude professionnelle et de classement des personnels intéressés.

Les maîtres titularisés seront admis au bénéfice des dispositions de la loi n° 85-489 du 9 mai 1985 relative aux conditions de cessation d'activité de maîtres de l'enseignement public ayant exercé dans certains établissements d'enseignement privés.

Art. 74. - (2).

INTÉRIEUR ET DÉCENTRALISATION

Art. 75. - Les associations syndicales de défense contre les incendies et de remise en valeur de la forêt constituées dans le périmètre défini en exécution de l'article premier de l'ordonnance n° 45-582 du 28 avril 1945 sont assujetties à un versement destiné au financement des dépenses du service départemental chargé de la défense des forêts contre l'incendie dans la limite de 20 p. 100 des dépenses de ce service.

Le montant de ce versement est fixé par hectare boisé et peut varier en fonction de la nature de la plantation. Il est arrêté chaque année par délibération du conseil général après avis d'une commission comprenant notamment des représentants des collectivités locales et des associations syndicales.

Un arrêté interministériel fixe la composition, les modalités de désignation des membres, l'organisation et le fonctionnement de la commission visée à l'alinéa précédent.

JUSTICE

Art. 76. - A compter du 1^{er} janvier 1986, le calcul de la pension de retraite ainsi que les retenues pour pension des fonctionnaires des services extérieurs de l'administration pénitentiaire placés sous statut spécial et chargés de suivre dans un service pénitentiaire l'exécution des peines dans des fonctions de direction, de surveillance, de formation professionnelle ainsi que d'encadrement technique et socio-éducatif sont déterminés, par dérogation aux articles L. 15 et L. 61 du code des pensions civiles et militaires de retraite, dans des conditions fixées par décret.

Pour permettre la prise en compte progressive dans la pension des fonctionnaires susvisés de la prime de sujétions spéciales pénitentiaires, la retenue pour pension fixée à l'article L. 61 mentionné ci-dessus sera majorée de 1,5 p. 100 à compter du 1^{er} janvier 1986, de 2 p. 100 à compter du 1^{er} janvier 1991 et de 2,2 p. 100 à compter du 1^{er} janvier 1995.

La jouissance de la majoration de pension résultant de l'intégration de cette prime est différée jusqu'à l'âge de soixante ans ou, si les emplois sont rangés dans la catégorie B, jusqu'à l'âge de cinquante-cinq ans, sauf pour les

fonctionnaires qui sont radiés des cadres ou mis à la retraite pour invalidité et pour les ayants cause de ces fonctionnaires décédés avant leur admission à la retraite. Toutefois, s'agissant des personnels socio-éducatifs, seules les années de service accomplies à l'administration pénitentiaire entrent en ligne de compte pour le calcul de cette majoration de pension.

La prise en compte de cette indemnité sera réalisée progressivement du 1^{er} janvier 1986 au 1^{er} janvier 2000. Les pensions concédées avant le 1^{er} janvier 1986 aux fonctionnaires susvisés des services extérieurs de l'administration pénitentiaire et à leurs ayants cause seront révisées dans les mêmes conditions.

Art. 77. - Les plafonds de ressources mensuelles prévus à l'article 2 de la loi n° 72-11 du 3 janvier 1972 relative à l'aide judiciaire et à l'indemnisation des commissions et désignations d'office sont portés respectivement à 3 465 F et à 5 250 F.

SANTÉ ET SOLIDARITÉ NATIONALE

Art. 78. - Le premier alinéa de l'article 2 de la loi n° 74-1094 du 24 décembre 1974 relative à la protection sociale commune à tous les Français et instituant une compensation entre régimes de base de sécurité sociale obligatoires est complété par la phrase suivante :

« La compensation opérée à compter de l'année 1985 entre les régimes spéciaux d'assurance vieillesse de salariés porte sur l'ensemble des charges de l'assurance vieillesse et est calculée sur la base de la moyenne des prestations servies par les régimes concernés. »

Art. 79. - A compter du 1^{er} janvier 1986, les régimes de base d'assurance maladie remboursent les dépenses de lutte contre les maladies mentales exposées au titre de l'article L. 326 du code de la santé publique.

Ces dépenses sont arrêtées par le représentant de l'Etat dans les conditions fixées par un décret en Conseil d'Etat qui détermine, en outre, les modalités d'application du présent article et prévoit le versement d'acomptes.

Art. 80. - Le b) de l'article L. 570 du code de la sécurité sociale est abrogé. L'Etat cesse d'être représenté dans les conseils d'administration des sections locales de la sécurité sociale des étudiants.

Art. 81. - L'article L. 613-15 du code de la sécurité sociale et le premier alinéa du I de l'article 43 de la loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées sont abrogés.

URBANISME, LOGEMENT ET TRANSPORTS

Art. 82. - I. - Le taux de 0,9 p. 100 figurant dans le premier alinéa de l'article L. 313-1 du code de la construction et de l'habitation est remplacé par le taux de 0,77 p. 100.

Cette disposition s'applique pour la première fois aux investissements qui doivent être réalisés en 1986 à raison des salaires payés en 1985.

II. - Il est inséré, après le troisième alinéa de l'article 7 de la loi n° 71-582 du 16 juillet 1971 relative à l'allocation de logement, un alinéa ainsi rédigé :

« Le produit d'une contribution à la charge des employeurs occupant plus de neuf salariés, à l'exception de l'Etat et des collectivités locales, de leurs établissements publics administratifs et des employeurs relevant du régime agricole au regard des lois sur la sécurité sociale ; le taux de cette contribution, assise sur la totalité des salaires et recouvrée selon les règles applicables en matière de sécurité sociale, est fixé à 0,13 p. 100 ; »

III. - Les dispositions du paragraphe II ci-dessus sont applicables aux rémunérations et gains versés à partir du 1^{er} janvier 1986.

- Annexe 11 -

Loi n° 85-1468 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique.

L'Assemblée nationale et le Sénat ont délibéré,
L'Assemblée nationale a adopté,
Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

Art 1^{er}. - Le premier alinéa de l'article 5 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière est ainsi rédigé

" Il est institué, dans les conditions prévues à l'article 44 de la présente loi, une carte sanitaire de la France déterminant des régions et des secteurs sanitaires ainsi que des secteurs psychiatriques."

Art. 2. - Les quatrième et cinquième alinéas (1^{er} et 2^o) de l'article 44 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 précitée sont ainsi rédigés

" 1^o Les limites des régions et des secteurs sanitaires ainsi que celles des secteurs psychiatriques visés par l'article L. 326 du code de la santé publique ;

" 2^o Pour chaque région sanitaire, pour chaque secteur sanitaire et pour chaque secteur psychiatrique, la nature, l'importance et l'implantation des installations comportant ou non des possibilités d'hospitalisation, nécessaires pour répondre aux besoins de santé de la population. "

Art. 3. - Il est inséré après l'article 4 bis de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 précitée, un article 4 ter ainsi rédigé

" Art. 4 ter. - Chaque établissement assurant le service public hospitalier et participant à la lutte contre les maladies mentales est responsable de celle-ci dans les secteurs psychiatriques qui lui sont rattachés. Il met à la disposition de la population, dans les secteurs psychiatriques qui lui sont rattachés, des services et des équipements de prévention, de diagnostic et de soins. Ces services exercent leurs activités non seulement à l'intérieur de l'établissement mais aussi en dehors de celui-ci.

Art. 4. - L'article L. 326-2 du code de la santé publique est ainsi rédigé

" Art. L. 326-2. - Dans chaque département, un ou plusieurs établissements assurant le service public hospitalier sont habilités par le représentant de l'État à soigner les personnes qui sont atteintes de maladies mentales et qui relèvent du chapitre III du présent titre. "

Art. 5. - A compter du 1^{er} janvier 1986, les services publics mentionnés à l'article L. 326 du code de la santé publique sont mis à la disposition et placés sous la responsabilité des établissements assurant le service public hospitalier désignés par le représentant de l'État dans le département.

Ces établissements prennent en charge les dépenses exposées par ces services dans la lutte contre les maladies mentales.

Les dépenses de lutte contre les maladies mentales imputées sur le budget du département continuent à y être inscrites jusqu'au 31 décembre 1986 ; un décret en Conseil d'État détermine celles d'entre elles pour lesquelles cette inscription sera maintenue au-delà de cette date.

Le représentant de l'État dans le département fixe le montant des remboursements et des acomptes éventuels à verser aux collectivités territoriales par les établissements mentionnés au premier alinéa du présent article en raison de leurs dépenses de lutte contre les maladies mentales.

Il détermine aussi, le cas échéant, les acomptes à verser à ces établissements par la caisse à qui incombe le règlement de la dotation globale hospitalière.

Art. 6. - A compter du 1^{er} janvier 1987, les biens, meubles et immeubles affectés aux services publics de lutte contre les maladies mentales et nécessaires à l'exercice de leurs activités sont mis à la disposition des établissements mentionnés à l'article précédent selon les modalités déterminées par décret en Conseil d'État.

Art. 7. - A compter du 1^{er} janvier 1986, les dépenses de chaque personne morale de droit privé participant à la lutte contre les maladies mentales dans les conditions définies à l'article L. 326 du code de la santé publique sont l'objet, au titre de cette action, d'une dotation globale annuelle qui est à la charge des régimes d'assurance maladie.

La dotation est fixée par le représentant de l'État dans le département dans les conditions définies à l'article 8 de la loi n° 83-25 du 19 janvier 1983 portant diverses mesures relatives à la sécurité sociale et à l'antépénultième alinéa de l'article 22 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 précitée. Cette dotation est révisée selon les mêmes modalités s'il se produit en cours d'année une modification

importante et imprévisible dans les conditions économiques ou dans les exigences de la lutte contre les maladies mentales menée par ces personnes morales.

Les conditions dans lesquelles l'avis des organismes d'assurance maladie au sujet de la dotation globale est recueilli, les modalités de versement de cette dotation et la répartition de celle-ci entre les régimes obligatoires d'assurance maladie sont celles applicables à la dotation globale de l'établissement responsable du secteur.

Le représentant de l'État dans le département décide si des acomptes doivent être versés par la caisse chargée d'assurer le règlement de la dotation globale ; il fixe le montant de ces acomptes.

Art. 8. - Les fonctionnaires et stagiaires des collectivités territoriales qui exercent une activité de lutte contre les maladies mentales mentionnée à l'article L. 326 du code de la santé publique sont, à compter du 1^{er} janvier 1986, mis à la disposition des établissements désignés par le représentant de l'État dans le département. Ils continuent à être régis par les statuts qui leur sont applicables lors de l'entrée en vigueur de la présente loi.

Art. 9. - Les fonctionnaires et les stagiaires visés à l'article 8 ci-dessus peuvent opter pour le maintien de leur statut ou pour leur intégration dans les corps et emplois de la fonction publique hospitalière. Ceux d'entre eux qui auront opté pour le maintien de leur statut sont, à compter du 1^{er} janvier 1987, ou de la date de leur titularisation si celle-ci est postérieure, détachés d'office dans les corps et emplois de la fonction publique hospitalière. S'ils n'optent pas pour le maintien de leur statut, les fonctionnaires mentionnés à l'article 8 ci-dessus sont, à compter du 1^{er} janvier 1987, intégrés dans les corps ou emplois de la fonction publique hospitalière. Les agents qui auront, au 1^{er} janvier 1987, la qualité de stagiaire seront intégrés à la date à laquelle ils seront titularisés.

Art. 10. - Par dérogation à l'article 9 ci-dessus, les fonctionnaires des collectivités territoriales qui, à la date de publication de la présente loi, ont, en vertu des dispositions de l'article 122 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale, opté pour le statut de fonctionnaire de l'État, conservent le bénéfice de cette option s'ils la confirment dans un délai déterminé. Ils sont, à compter du 1^{er} janvier 1987, détachés d'office dans les corps ou emplois de la fonction publique hospitalière.

Toutefois, lorsqu'il n'existe pas de corps d'accueil dans la fonction publique de l'État, les intéressés seront intégrés à compter du 1^{er} janvier 1987 dans les corps ou emplois de la fonction publique hospitalière. Dans le cas où, avant une date déterminée, ils auraient demandé à conserver leur statut, ils seront détachés d'office dans les corps ou emplois de la fonction publique hospitalière.

Art. 11. - Les dispositions des articles 8 et 9 ci-dessus sont applicables aux fonctionnaires et aux stagiaires recrutés pour exercer une activité de lutte contre les maladies mentales par les collectivités territoriales entre la date de publication de la présente loi et le 1^{er} janvier 1987.

Art. 12. - S'il est mis fin au détachement à la demande de l'autorité auprès de laquelle le fonctionnaire a été détaché et pour une cause autre qu'une faute commise dans l'exercice des fonctions, l'intéressé est immédiatement réintégré dans son corps ou emploi d'origine.

Art. 13. - Les agents non titulaires des collectivités territoriales qui exercent une activité de lutte contre les maladies mentales mentionnée à l'article L. 326 du code de la santé publique sont, à compter du 1^{er} janvier 1986 ou à compter de la date de leur recrutement si celui-ci a lieu au cours de l'année 1986, mis, pour une période ne pouvant excéder la date d'expiration de leur engagement, à la disposition des établissements mentionnés au premier alinéa de l'article 5.

A l'issue de la période de mise à disposition, les intéressés sont recrutés en qualité d'agent non titulaire par l'établissement d'hospitalisation public désigné par le représentant de l'État dans le département. Ils conservent, à titre personnel, les conditions de rémunération dont ils bénéficiaient au moment de leur recrutement.

Pour l'application aux agents visés aux alinéas précédents des mesures transitoires de titularisation concernant les agents non titulaires des établissements d'hospitalisation publics, les services accomplis en qualité d'agent non titulaire des collectivités territoriales sont considérés comme services accomplis dans les établissements d'hospitalisation publics.

Art. 14. - Les médecins vacataires départementaux qui exercent une activité de lutte contre les maladies mentales sont, à compter du 1^{er} janvier 1986, mis à la disposition des établissements responsables de la lutte contre les maladies mentales pour une période ne pouvant excéder la date d'expiration de leur engagement.

A l'issue de la période de mise à disposition, les médecins visés à l'alinéa précédent sont recrutés par l'établissement d'hospitalisation public désigné par le représentant de l'État dans le département. Ils conservent, à titre personnel, les conditions de rémunération dont ils bénéficiaient auparavant.

Les médecins vacataires pourront bénéficier, pour l'accès aux emplois hospitaliers à plein temps ou à temps partiel, d'aménagement des conditions de recrutement déterminées par décret en Conseil d'État.

Art. 15. - Un décret en Conseil d'État détermine, en tant que de besoin, les mesures d'application de la présente loi.
La présente loi sera exécutée comme loi de l'État.

Fait à Paris, le 31 décembre 1985.

Par le Président de la République
François MITTERRAND

Le Premier ministre
Laurent FABIUS

Le Ministre de l'économie, des finances et du budget
Pierre BEREGOVOY

Le Ministre de l'intérieur et de la décentralisation
Pierre JOXE

Le ministre des affaires sociales et de la solidarité nationale,
porte parole du Gouvernement
Georgina DUFOIX

Le secrétaire d'État auprès du Premier ministre
chargé de la fonction publique et des simplifications administratives
Jean LE GARREC

Le secrétaire d'État auprès du ministre des affaires sociales et de la solidarité nationale,
porte-parole du Gouvernement, chargé de la santé
Edmond HERVE

- Annexe 12 -

Décret n° 86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique.

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre des affaires sociales et de la solidarité nationale, porte-parole du Gouvernement,

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu le code de la santé publique ;

Vu le code de procédure pénal ;

Vu la loi no 70-1318 du 31 décembre 1970 modifiée portant réforme hospitalière ;

Vu la loi no 75-535 du 30 juin 1975 modifiée relative aux institutions sociales et médico-sociales ;

Vu la loi no 85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social, et notamment son article 8 ;

Vu la loi de finances pour 1986 (n° 85-1403 du 30 décembre 1985), et notamment son article 79 ;

Vu la loi no 85-1468 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique ;

Vu la loi no 86-17 du 6 janvier 1986 adaptant la législation sanitaire et sociale aux transferts de compétences en matière d'aide sociale et de santé, et notamment ses articles 4, 25 et 74 ;

Vu le décret ne 84-1196 du 28 décembre 1984 modifié relatif aux départements hospitaliers ;

Vu l'avis du Conseil supérieur des hôpitaux ;

Vu l'avis du comité interministériel de coordination en matière de sécurité sociale ;

Vu l'avis du conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés ,

Le Conseil d'État (section sociale) entendu,

Décrète :

TITRE I^{er}

DISPOSITIONS GENERALES

Art. 1er - Les secteurs psychiatriques prévus par le premier alinéa de l'article 5 de la loi du 31 décembre 1970 susvisée sont appelés :

a) Secteurs de psychiatrie générale lorsqu'ils répondent principalement aux besoins de santé mentale d'une population âgée de plus de seize ans ;

b) Secteurs de psychiatrie infanto-juvénile lorsqu'ils répondent aux besoins de santé mentale des enfants et adolescents ; chaque secteur de psychiatrie infanto-juvénile correspond à une aire géographique desservie par un ou plusieurs secteurs de psychiatrie générale .

c) Secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire lorsqu'ils répondent aux besoins de santé mentale de la population incarcérée dans les établissements relevant d'une région pénitentiaire.

Art. 2. - Dans chaque département, le représentant de l'Etat, après avis du conseil départemental de santé mentale, fixe, pour chaque secteur psychiatrique visé aux *a et b* de l'article let ci-dessus, la liste des établissements comportant ou non des possibilités d'hébergement qui participent à la lutte contre les maladies mentales ainsi que la nature et l'implantation de leurs équipements.

Cette liste concerne à la fois le service public hospitalier, les services dépendant de l'Etat et les personnes morales de droit public ou privé ayant passé avec l'Etat une convention selon les modalités prévues à l'article L. 326 du code de la santé publique.

TITRE II

LE CONSEIL DEPARTEMENTAL DE SANTE MENTALE

Art. 3. - Outre les avis qu'il est appelé à donner selon les dispositions de l'article L. 326 du code de la santé publique et de l'article 2 du présent décret, le conseil départemental de santé mentale peut être également consulté sur l'ensemble des problèmes relatifs à l'organisation et au fonctionnement des équipements et services de lutte contre les maladies mentales, ainsi que sur les projets de création d'établissements sociaux et médico-sociaux visés à l'article 3 de la loi du 30 juin 1975 susvisée, lorsque ces établissements accueillent des malades ou handicapés mentaux.

Art. 4. - Le conseil départemental de santé mentale comprend :

1° Le commissaire de la République du département

2° Trois fonctionnaires de l'Etat désignés par le commissaire de la République du département, dont le médecin inspecteur de la santé chargé des problèmes de santé mentale dans le département ;

3° Le médecin conseil régional du régime général de sécurité sociale ou un médecin conseil désigné par lui et cinq représentants des régimes d'assurance maladie, dont trois désignés par la caisse régionale d'assurance maladie, un par la caisse de mutualité sociale agricole et un par la caisse mutuelle régionale dans le ressort desquelles siège le conseil départemental de santé mentale ;

4° Trois conseillers généraux désignés par le conseil général, dont un membre du conseil d'administration d'un centre hospitalier spécialisé

5° Un directeur de centre hospitalier spécialisé et un directeur d'établissement hospitalier public comportant une ou plusieurs unités de psychiatrie, désignés par le commissaire de la République du département ;

6° Deux maires du département ;

7° Un directeur d'établissement de soins privés pour malades mentaux s'il en existe ;

8° Six psychiatres appartenant au cadre des praticiens hospitaliers publics, dont au moins deux chefs de département, s'il en existe, deux psychiatres exerçant dans un secteur infanto-juvénile et un enseignant hospitalier, s'il en existe ;

9° Six médecins libéraux ou exerçant dans des institutions privées -

a) Deux médecins généralistes ,

b) Deux psychiatres exerçant dans des établissements privés à but non lucratif, dont un psychiatre exerçant dans un établissement pour enfants ou adolescents ;

c) Deux psychiatres libéraux, dont, s'il y a lieu, un psychiatre exerçant dans un établissement de soins privés pour malades mentaux ;

10° Six représentants des personnels de santé mentale non médicaux travaillant dans un établissement assurant le service public hospitalier, dont au moins trois infirmiers ,

11° Un représentant de chacune des deux organisations de familles de malades mentaux les plus représentatives du département.

Art. 5. - Chaque membre du conseil départemental de santé mentale a un suppléant désigné dans les mêmes conditions.

Les maires sont soit désignés par l'association départementale des maires, soit, s'il n'existe pas d'association des maires ou s'il en existe plusieurs, élus par le collège des maires du département à la représentation proportionnelle à la plus forte moyenne sans adjonction ni suppression de nom et sans modification de l'ordre de présentation. Sur chaque liste, les sièges sont attribués aux candidats d'après l'ordre de présentation. Le vote peut avoir lieu par correspondance. Le collège des maires est convoqué par le commissaire de la République.

Les membres mentionnés aux paragraphes 7 à 10 de l'article 4 sont choisis parmi les personnes figurant sur des listes proposées par les organisations les plus représentatives dans le département'

La liste des membres titulaires et suppléants du conseil ainsi composé est dressée par arrêté du commissaire de la République.

Le mandat des membres titulaires et suppléants mentionnés aux paragraphes 7 à 11 de l'article 4 est de cinq ans, Il est renouvelable.

Art. 6. - Le conseil départemental de santé mentale est présidé par le commissaire de la République du département ou son représentant.

Art. 7. - Un conseil départemental de santé mentale se réunit au moins deux fois par an sur convocation du commissaire de la République du département. Son secrétariat est assuré par la direction départementale des affaires sanitaires et sociales.

TITRE III
**ORGANISATION TECHNIQUE DU SERVICE PUBLIC
DE LUTTE CONTRE LES MALADIES MENTALES
ET SECTORISATION PSYCHIATRIQUE**

Art. 8. - Chaque établissement assurant le service public hospitalier auquel sont rattachés un ou plusieurs secteurs psychiatriques est responsable de la lutte contre les maladies mentales dans ce ou ces secteurs.

Art. 9. - La prévention, le diagnostic et les soins prévus à l'article L. 326 du code de la santé publique et à l'article 4 *ter* de la loi du 31 décembre 1970 modifiée sont assurés notamment :

1° Dans des services spécialisés comportant ou non des possibilités d'hébergement total, ou d'hébergement de jour ou de nuit

2° A la résidence des patients

3° Dans les établissements sanitaires, sociaux ou médico-sociaux où résident les patients ,

4° Par des séjours thérapeutiques temporaires

5° Par des actions d'information auprès de la population et des professionnels concernés.

Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe la liste de ces équipements et services.

Art. 10. - Chaque secteur de psychiatrie générale ou infanto-juvénile est placé sous l'autorité d'un psychiatre hospitalier assisté d'une équipe pluridisciplinaire et désigné, qu'il s'agisse d'un département ou d'une unité fonctionnelle, selon les modalités prévues par le décret no 84-1196 du 28 décembre 1984 modifié susvisé.

Toutefois, dans l'attente de l'installation des organes prévus aux articles 3 et 10 de ce décret, le praticien qui exerce les responsabilités afférentes aux fonctions de chef de service assume également la responsabilité du secteur.

Art. 11. - Dans chaque région pénitentiaire sont créés un ou plusieurs secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire, rattachés pour chacun à un établissement hospitalier public désigné par arrêté du ministre chargé de la santé, après consultation du garde des sceaux, ministre de la justice. Chacun de ces secteurs comporte notamment un service médico-psychologique régional aménagé dans un établissement pénitentiaire et qui peut assurer en outre, par convention avec le représentant de l'Etat, une mission de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies mentionnée aux articles L. 355-1 et 1., 355-14 du code de la santé publique. La convention fixe notamment les modalités de prise en charge par des frais correspondants.

Le secteur est placé sous l'autorité d'un psychiatre hospitalier désigné selon les modalités prévues à l'article 10 ci-dessus et assisté d'une équipe pluridisciplinaire relevant du centre hospitalier de rattachement.

Un règlement intérieur type, arrêté par le garde des sceaux, ministre de la justice, et par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, précise les missions des services médico-psychologiques régionaux et fixe leur organisation et leurs modalités de fonctionnement et de coordination avec les responsables des secteurs de psychiatrie générale et de psychiatrie infanto-juvénile ainsi qu'avec les intervenants et organismes sanitaires et sociaux travaillant en milieu carcéral.

Art. 12. - Ne font pas partie des secteurs définis à l'article 1^{er} les unités pour malades difficiles, à vocation inter-régionale, implantées dans un centre hospitalier spécialisé et qui assurent l'hospitalisation à temps complet des patients présentant pour autrui un danger tel que les soins, la surveillance et les mesures de sûreté nécessaires ne puissent être mises en œuvre que dans une unité spécifique.

Le fonctionnement de ces unités est déterminé dans les conditions fixées par les dispositions de l'article L. 328 du code de la santé publique.

Art. 13. - Le ministre de l'économie, des finances et du budget, le garde des sceaux, ministre de la justice, le ministre de l'intérieur et de la décentralisation, le ministre de l'agriculture, le ministre des affaires sociales et de la solidarité nationale, porte-parole du Gouvernement, le secrétaire d'État auprès du ministre de l'économie, des finances et du budget, chargé du budget et de la consommation, et le secrétaire d'État auprès du ministre des affaires sociales et de la solidarité nationale, porte-parole du Gouvernement, chargé de la santé, sont chargés, chacun en ce qui le

concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 14 mars 1986.

Par le premier ministre :
LAURENT FABIUS

*Le ministre des affaires sociales
et de la solidarité nationale,
porte-parole du Gouvernement,*
GEORGINA DUFOIX,

Le ministre de l'économie, des finances et du budget,
PIERRE BÉRÉGOVOY

Le garde des sceaux, ministre de la justice,
MICHEL CRÉPEAU

Le ministre de l'intérieur et de la décentralisation
PIERRE JOXE

Le ministre de l'agriculture,
HENRI NALLET

*Le secrétaire d'État auprès du ministre de l'économie,
des finances et du budget, chargé du 'budget
et de la consommation,*
HENRI EMMANUELLI

*Le secrétaire d'État auprès du ministre
des affaires sociales et de la solidarité nationale,
porte-parole du Gouvernement, chargé de la santé*

EDMOND HERVÉ

- Annexe 13 -

Arrêté du 14 mars 1986 relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales comportant ou non des possibilités d'hébergement.

Article 1er

Sans préjudice de l'application de l'article 9 du décret n° 80-284 du 17 avril 1980 sur les unités de consultation et de soins pour malades externes, les équipements et services de lutte contre les maladies mentales ne comportant pas hébergement mentionnés à l'article 3 de la loi du 31 décembre 1985 susvisée peuvent comprendre notamment :

- des **centres médico-psychologiques**, qui sont des unités de coordination et d'accueil en milieu ouvert, organisant des actions de prévention, de diagnostic, de soins ambulatoires et d'interventions à domicile, mises à la disposition d'une population. Ils peuvent comporter des antennes auprès de toute institution ou établissement nécessitant des prestations psychiatriques ou de soutien psychologique ;

- des **centres d'accueil permanent** qui sont des centres médico-psychologiques habilités à répondre à l'urgence psychiatrique, ouverts vingt-quatre heures sur vingt-quatre, disposant notamment d'une permanence téléphonique reliée avec les organismes d'aide médicale urgente et organisant l'accueil, l'orientation et, le cas échéant, les soins d'urgence ambulatoires et à domicile nécessaires. Ces centres peuvent comporter quelques lits pour des prises en charge ne pouvant dépasser quarante-huit heures ;

- des **hôpitaux de jour** assurant des soins polyvalents, individualisés et intensifs prodigués dans la journée, le cas échéant à temps partiel ;

- des **ateliers thérapeutiques** utilisant des techniques de soins particulières, groupes ergothérapeutiques notamment, en vue du réentraînement à l'exercice d'une activité professionnelle ou sociale ;

- des **centres d'accueil thérapeutique à temps partiel** visant à maintenir ou à favoriser une existence autonome par des actions de soutien et de thérapeutique de groupe ;

- des services d'**hospitalisation à domicile** qui organisent des prises en charge thérapeutiques à domicile, associées s'il y a lieu à des prestations d'entretien nécessitées par l'état de dépendance du patient.

Article 2

Les équipements et services de lutte contre les maladies mentales comportant hébergement, mentionnés à l'article 3 de la loi du 31 décembre 1985 susvisée, peuvent comprendre notamment :

- des **unités d'hospitalisation à temps complet** ;

- des **centres de crise** qui sont des centres d'accueil permanent disposant de quelques lits permettant des prises en charge intensives et de courte durée pour répondre aux situations d'urgence et de détresse aiguës ;
- des **hôpitaux de nuit** organisant des prises en charge thérapeutiques de fin de journée et une surveillance médicale de nuit et, le cas échéant, de fin de semaine ;
- des **appartements thérapeutiques** qui sont des unités de soins, à visée de réinsertion sociale, mis à disposition de quelques patients pour des durées limitées et nécessitant une présence importante, sinon continue, de personnels soignants ;
- des **centres de postcure** : unités de moyen séjour destinées à assurer, après la phase aiguë de la maladie, le prolongement des soins actifs ainsi que les traitements nécessaires à la réadaptation en vue du retour à une existence autonome ;
- des services de **placement familial thérapeutique** qui organisent le traitement des malades mentaux de tous âges, placés dans des familles d'accueil, pour lesquels le maintien ou le retour à leur domicile ou dans leur famille naturelle ne paraît pas souhaitable ou possible.

Article 3

Le Directeur général de la santé et le directeur des hôpitaux sont chargés de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal Officiel de la République française.

Fait à Paris, le 14 mars 1986

Le ministre des affaires sociales
et de la solidarité nationale,
porte-parole du gouvernement
GEORGINA DUFOIX

Le secrétaire d'État auprès du ministre
des affaires sociales et de la solidarité nationale,
porte-parole du Gouvernement, chargé de la santé.
EDMOND HERVE

- Annexe 14 -

Arrêté du 14 octobre 1986 relatif au règlement intérieur type des unités pour malades difficiles.

14134

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

23 novembre 1986

chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 21 novembre 1986.

JACQUES CHIRAC

Par le Premier ministre :

Le ministre des affaires sociales et de l'emploi,
PHILIPPE SÉGUIN

*Le ministre délégué auprès du ministre
des affaires sociales et de l'emploi,
chargé de la santé et de la famille,*
MICHÈLE BARZACH

Arrêté du 27 octobre 1986 portant annulation d'inscription au tableau C des substances vénéneuses (section I)

Le ministre d'Etat, ministre de l'économie, des finances et de la privatisation, le ministre des affaires sociales et de l'emploi et le ministre de l'industrie, des P. et T. et du tourisme,

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 626, R. 5149 et R. 5150 ;

Vu l'arrêté du 15 novembre 1951 fixant la composition de la section I des tableaux des substances vénéneuses, complété et modifié par des arrêtés ultérieurs, notamment l'arrêté du 6 février 1962,

Arrêtent :

Art. 1^{er}. - L'arrêté du 15 novembre 1951 susvisé est modifié comme suit :

« L'inscription au tableau C (section I) du difluoromonochlorométhane est supprimée. »

Art. 2. - Le directeur général de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes, le directeur général de la santé et le directeur des industries chimiques, textiles et diverses sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 27 octobre 1986.

Le ministre des affaires sociales et de l'emploi,

Pour le ministre et par délégation :

Le directeur général de la santé,

J.-F. GIRARD

*Le ministre d'Etat, ministre de l'économie,
des finances et de la privatisation,*

Pour le ministre et par délégation :

*Le directeur général
de la concurrence, de la consommation
et de la répression des fraudes,*

C. BABUSIAUX

Le ministre de l'industrie, des P. et T. et du tourisme,

Pour le ministre et par délégation :

Par empêchement du directeur général de l'industrie :

*Le directeur des industries chimiques,
textiles et diverses,*

A. FERROY

SANTÉ ET FAMILLE

Arrêté du 14 octobre 1986 relatif au règlement intérieur type des unités pour malades difficiles

Le ministre délégué auprès du ministre des affaires sociales et de l'emploi, chargé de la santé et de la famille,

Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 328 ;

Vu le décret n° 86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique, notamment son article 12,

Arrête :

Art. 1^{er}. - Les patients relevant d'une unité pour malades difficiles doivent présenter pour autrui un danger tel qu'ils nécessitent des protocoles thérapeutiques intensifs adaptés et des mesures de sûreté particulières, mis en œuvre dans une unité spécialement organisée à cet effet.

Ces patients doivent dans tous les cas relever des dispositions des articles L. 343 à L. 349 du code de la santé publique relatifs aux placements d'office, et présenter, en outre, un état dangereux majeur, certain ou imminent, incompatible avec leur maintien dans une unité d'hospitalisation habilitée à recevoir des patients relevant du chapitre III du titre IV de ce même code.

L'unité pour malades difficiles du centre hospitalier de est destinée à recevoir et à traiter les malades présentant les caractéristiques définies aux deux précédents alinéas, en provenance en priorité des départements situés dans les régions suivantes :

Art. 2. - La capacité de l'unité est fixée à lits. Ces lits peuvent être répartis en plusieurs sous-unités ne pouvant excéder vingt lits.

L'unité pour malades difficiles est placée sous l'autorité d'un psychiatre hospitalier assisté d'une équipe pluridisciplinaire et désigné selon les modalités prévues à l'article 10 du décret du 14 mars 1986 susvisé.

Art. 3. - Toute personne hospitalisée dans l'unité pour malades difficiles dispose du droit :

- d'être informée à son admission de ses droits et obligations, et notamment des dispositions légales et réglementaires propres à assurer sa défense et sa sortie de l'unité : à cet effet, une brochure sera tenue à sa disposition ;

- de consulter le présent règlement intérieur ainsi que celui prévu à l'article 18 du présent arrêté et de recevoir les explications s'y rapportant.

Les présentes dispositions s'appliquent également à la famille, au représentant légal ou aux proches de la personne hospitalisée.

Art. 4. - Il est institué une commission du suivi médical qui formule un avis sur le maintien et la sortie des personnes hospitalisées dans l'unité.

Art. 5. - La commission du suivi médical est composée de quatre membres nommés par le commissaire de la République du département d'implantation de l'unité pour malades difficiles. Elle comprend :

1° Le médecin inspecteur de la santé de la direction départementale des affaires sanitaires et sociales chargé des problèmes de santé mentale dans le département ou un médecin inspecteur le représentant ;

2° Trois psychiatres hospitaliers à temps plein, dont au moins un responsable d'un secteur psychiatrique rattaché au centre hospitalier spécialisé où est implantée l'unité.

Ne peuvent être membres de la commission les psychiatres hospitaliers exerçant tout ou partie de leur activité dans l'unité pour malades difficiles.

Un psychiatre hospitalier, membre de la commission, ayant été commis expert sur un cas examiné par la commission, ne peut délibérer sur ce cas.

Art. 6. - Le mandat des membres de la commission, mentionnés au 2° de l'article précédent est de trois ans. Il est renouvelable. Chacun de ces membres a un suppléant désigné dans les mêmes conditions.

Art. 7. - La commission du suivi médical élit, en son sein, son président. La commission se réunit, au moins une fois par mois, dans l'établissement d'implantation de l'unité pour malades difficiles. Elle siège valablement avec la présence effective de trois de ses membres dont le médecin inspecteur susvisé.

L'établissement met à la disposition de la commission les moyens de secrétariat qui lui sont nécessaires.

Art. 8. - La commission du suivi médical peut être saisie :

- par la personne hospitalisée dans l'unité, sa famille, son représentant légal ou ses proches ;

- par les procureurs de la République des départements d'origine ou d'accueil ;

- par les commissaires de la République des départements d'origine ou d'accueil ;

- par le psychiatre hospitalier responsable de l'unité ;

- par le médecin généraliste ou le psychiatre privé traitant le patient ;

- par le psychiatre hospitalier responsable du secteur psychiatrique d'origine ;

- par le directeur du centre hospitalier spécialisé où est implantée l'unité ;

- par le directeur de l'établissement hospitalier auquel est rattaché le secteur psychiatrique d'origine.

A tout moment la commission peut se saisir elle-même du cas d'une personne hospitalisée dans l'unité.

La commission peut entendre ou solliciter l'avis de toute personne susceptible d'éclairer son jugement.

Art. 9. - Une fois par semestre la commission examine systématiquement le dossier de chaque personne hospitalisée dans l'unité.

Art. 10. - Sans préjudice des dispositions de l'article L. 332 du code de la santé publique, la commission est habilitée à visiter à tout moment l'unité pour malades difficiles et à y recevoir les réclamations des personnes qui y sont hospitalisées.

- Annexe 15 -

Arrêté du 14 décembre 1986 relatif au règlement intérieur type fixant organisation des services médico-psychologiques régionaux relevant des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire.

124

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

3 janvier 1987

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE L'EMPLOI

Arrêté du 14 décembre 1986 relatif au règlement intérieur type fixant organisation des services médico-psychologiques régionaux relevant des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire

Le garde des sceaux, ministre de la justice, le ministre des affaires sociales et de l'emploi et le ministre délégué auprès du ministre des affaires sociales et de l'emploi, chargé de la santé et de la famille,

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 326, L. 343 et L. 344 ;

Vu le code de procédure pénale, notamment ses articles D. 378 et D. 398 ;

Vu le décret n° 86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique, notamment ses articles 1^{er} et 11 ;

Vu l'arrêté du 14 mars 1986 relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales comportant ou non des possibilités d'hébergement,

Arrêtent :

Art. 1^{er}. - Chaque région pénitentiaire comprend un ou plusieurs secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire rattachés pour chacun à un établissement hospitalier public dans les conditions prévues à l'article 11 du décret du 14 mars 1986 susvisé.

Art. 2. - Le service médico-psychologique régional est rattaché à un secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire. Il est aménagé dans un établissement pénitentiaire et met en œuvre des actions de prévention, de diagnostic et de soins des troubles mentaux au bénéfice de la population incarcérée dans l'établissement où il est implanté ou en provenance des établissements pénitentiaires relevant de ce secteur psychiatrique dans les conditions fixées à l'article 15 du présent arrêté.

Art. 3. - Le service médico-psychologique régional assure plus particulièrement :

- une mission générale de prévention des affections mentales en milieu pénitentiaire, notamment par le dépistage systématique des troubles psychiques des entrants dans l'établissement d'implantation ;

- la mise en œuvre des traitements psychiatriques nécessaires aux détenus, prévenus ou condamnés, à l'exception de ceux relevant des dispositions des articles L. 343 à L. 349 du code de la santé publique et D. 398 du code de procédure pénale ;

- éventuellement, et conformément à la mission du secteur, le suivi psychiatrique de la population postpénale en coordination avec les équipes des secteurs de psychiatrie générale ou de psychiatrie infanto-juvénile, dans les conditions prévues aux articles 11 et 12 du présent arrêté ;

- le cas échéant, une mission de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies en milieu pénitentiaire dans les conditions prévues à l'article 11 du décret du 14 mars susvisé et en collaboration avec les personnes morales de droit public ou privé habilitées par le représentant de l'Etat dans le département à participer à cette lutte.

Art. 4. - L'organisation administrative et financière du service médico-psychologique régional relève de la compétence conjointe du directeur de l'établissement pénitentiaire d'implantation et du directeur de l'établissement hospitalier public auquel le secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire correspondant est rattaché. Le psychiatre hospitalier responsable du service est obligatoirement consulté.

Art. 5. - L'administration pénitentiaire prend à sa charge :

- la construction, l'aménagement et l'entretien de locaux individualisés et adaptés nécessaires au bon fonctionnement du service médico-psychologique régional ;

- les personnels de surveillance nécessaires au maintien de l'ordre et à la sécurité du service ;

- l'entretien et l'hygiène des détenus bénéficiant des prestations délivrées par le service ;

- le petit matériel médico-chirurgical ;

- les produits pharmaceutiques nécessaires au fonctionnement du service ;

- la mise en place et le fonctionnement d'une ligne téléphonique interne à l'établissement pénitentiaire.

Art. 6. - L'établissement hospitalier prend à sa charge :

- les personnels médicaux, paramédicaux et sociaux de l'équipe pluridisciplinaire mentionnée à l'article 11 du décret du 14 mars 1986 susvisé ;

- les frais de déplacement de ces personnels ;

- les matériels nécessaires à la mise en œuvre des protocoles thérapeutiques, ergo et sociothérapeutiques ;

- le matériel et les fournitures de bureau ;

- les frais de courrier ;

- la mise en place et le fonctionnement d'une ligne téléphonique directe.

Art. 7. - Les personnels de surveillance mentionnés à l'article 5 relevant de l'autorité du directeur de l'établissement pénitentiaire sont affectés par lui après avis du psychiatre hospitalier responsable du service.

Ces personnels exercent leurs fonctions en tenant compte des indications de ce praticien et lui communiquent, ainsi qu'au directeur de l'établissement pénitentiaire, les observations de toute nature relatives aux comportements des détenus. Le praticien responsable communique éventuellement au directeur de l'établissement pénitentiaire ses appréciations sur la manière de servir de ces personnels.

Il peut proposer le retrait de tout agent du service si ce retrait lui paraît nécessaire à l'intérêt du service ou de l'agent.

Art. 8. - Les affectations des personnels non médicaux mentionnés à l'article 6 sont prononcées par le directeur de l'établissement hospitalier de rattachement, sur proposition de l'infirmier général, après avis du psychiatre hospitalier responsable du service. Le chef d'établissement pénitentiaire est informé des affectations de ces personnels et délivre les autorisations d'accès nécessaires. Le praticien peut proposer le retrait de tout agent du service si ce retrait lui paraît nécessaire à l'intérêt du service ou de l'agent. Après examen de cette requête, le directeur est tenu d'aviser dans les meilleurs délais le psychiatre hospitalier de la décision qu'il compte prendre.

Art. 9. - Le service médico-psychologique régional assure, dans le secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire qui lui correspond, les missions définies à l'article 3 du présent arrêté, sans préjudice des actions de prévention, de diagnostic et de soins courants qui sont mises en œuvre par les secteurs de psychiatrie générale ou infanto-juvénile dans les établissements pénitentiaires situés dans l'aire géographique qu'ils desservent.

Art. 10. - Le service médico-psychologique régional fournit des prestations diversifiées qui comprennent notamment :

- des prises en charge à temps complet ;
- des prises en charge à temps partiel, de jour ou de nuit ;
- des consultations et des interventions ambulatoires ;
- des prises en charge en atelier thérapeutique.

Art. 11. - L'équipe du service médico-psychologique régional doit contribuer à assurer la continuité des soins ;

A l'intérieur de l'établissement pénitentiaire, en travaillant en étroite concertation avec le service médical et le personnel socio-éducatif de l'établissement pénitentiaire ainsi que les organismes sanitaires et sociaux habilités à intervenir en milieu carcéral ;

A l'extérieur de l'établissement pénitentiaire :

- en mettant en œuvre des modalités de coopération avec les secteurs de psychiatrie générale et infanto-juvénile dont dépendent les patients faisant l'objet d'une prise en charge par le service ;

- spécialement pour les détenus bénéficiant des dispositions de l'article 64 du code pénal.

Art. 12. - Après la libération du détenu, l'équipe pluridisciplinaire du service peut poursuivre les traitements entrepris lors de la détention dans les équipements et services mentionnés dans l'arrêté du 14 mars 1986 susvisé :

- dans des locaux mis à sa disposition par l'établissement hospitalier de rattachement ;

- dans les locaux d'un secteur de psychiatrie générale ou infanto-juvénile après accord passé avec le psychiatre hospitalier responsable de ce secteur.

Art. 13. - Les admissions dans le service et les sorties du service sont prononcées par le directeur de l'établissement hospitalier de rattachement, sur proposition du psychiatre hospitalier responsable du service.

Art. 14. - Lorsqu'il s'agit d'un détenu déjà écroué dans l'établissement pénitentiaire où est implanté le service, la demande de soins ou la demande d'admission dans le service formulée auprès du psychiatre hospitalier responsable du service peut être faite :

- par le détenu lui-même ;
- par le directeur de l'établissement pénitentiaire ;
- par le médecin généraliste de l'établissement ;
- par l'autorité judiciaire compétente ;
- sur le signalement de toute personne connaissant le détenu.

Art. 15. - Lorsqu'il s'agit d'un détenu, écroué dans un établissement pénitentiaire autre que celui où est implanté le service, nécessitant un traitement psychiatrique adapté, sans que le patient relève pour autant des dispositions de l'article D.398 du code de procédure pénale, son transfert dans le service peut être demandé :

- par le directeur de l'établissement pénitentiaire après avis médical ;

- Annexe 16 -

Circulaire du 14 mars 1990 relatives aux orientations de la politique de santé mentale.

Le ministre de la solidarité, de la santé et de la protection sociale à :

*Messieurs les préfets de région,
Mesdames et Messieurs les préfets de département,
Mesdames et Messieurs les directeurs régionaux des affaires sanitaires et sociales,
Mesdames et Messieurs les directeurs départementaux des affaires sanitaires et sociales.*

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

La santé mentale est, en matière de santé publique, une préoccupation majeure. Des indicateurs tels que les motifs de consultation ou les pathologies rencontrées dans l'ensemble du dispositif de soins, les causes d'invalidité ou de handicap, ou encore la consommation médicamenteuse situent les troubles mentaux dans les premiers rangs. Les observations montrent que d'importants besoins de santé mentale restent mal couverts, notamment chez les jeunes enfants, adolescents ou personnes âgées.

La politique de santé mentale met en jeu de nombreux rouages, dans différents domaines d'intervention de l'État, et aussi au sein des collectivités territoriales et de la communauté. Votre contribution à cette politique est essentielle ; le système de soins et ses articulations avec la communauté en est un des moyens principaux.

Pendant vingt ans, notre dispositif de soins psychiatriques a connu un extraordinaire essor, tant en ce qui concerne la psychiatrie publique qu'en ce qui concerne la psychiatrie exercée en cabinet privé. Aujourd'hui, il se trouve confronté aux contraintes de la maîtrise des coûts de santé, en concurrence avec les autres disciplines médicales. En cette situation, le dispositif de soins psychiatriques a pu apparaître comme un réservoir de moyens utilisables à d'autres fins que celle d'une politique de santé mentale. En cela, la psychiatrie publique pâtit évidemment de l'image asilaire qui lui reste attachée et des analyses partielles et hâtives qui ont pu être faites à partir des surcapacités hospitalières observées.

Il serait cependant très dommageable pour l'ensemble de notre politique de santé de méconnaître la valeur de notre dispositif psychiatrique public, et, plus largement, de notre dispositif de santé mentale. Les problèmes de santé mentale méritent qu'on leur consacre beaucoup d'attention et qu'on mobilise tous les moyens efficaces dont on puisse disposer.

A cet effet, notre système de soins dispose d'atouts importants mais insuffisamment utilisés :

- une pensée scientifique en psychiatrie dynamique et pluraliste, qui doit trouver davantage son expression dans la recherche et l'évaluation ;
- dans l'ensemble, un équilibre entre soins généraux et soins spécialisés, entre public et privé qu'il convient de préserver, pour peu qu'on continue à améliorer les modes d'articulation entre différents secteurs et à accroître la compétence des médecins généralistes en matière de santé mentale ;
- les centres hospitaliers spécialisés, qui sont un réservoir d'expérience et de savoir-faire, sont à considérer pour leur potentiel de réponse au problème de santé publique posé ; il s'agit en toute priorité de les amener à se libérer des entraves d'une trop lourde infrastructure hospitalière héritée du passé pour un développement optimal des structures et actions de secteur psychiatrique ;
- le secteur psychiatrique constitue un profond mouvement de progrès, et anime les institutions psychiatriques publiques, où il réalise un large consensus.

La politique de secteur, lorsqu'elle a pu donner son plein effet, a montré son efficacité vis à vis des missions de la psychiatrie publique, et notamment quant à l'accessibilité des services pour l'ensemble de la population, l'accueil, la réponse à 'l'urgence', l'articulation avec l'hôpital général (où les besoins de soins psychiatriques sont considérables), la lutte contre la chronicité de certaines maladies mentales, le développement de la prévention.

Cependant, si la réforme de l'organisation et du financement de la psychiatrie publique intervenue en 1985 et 1986 a créé les conditions juridiques et réglementaires d'un développement de la sectorisation psychiatrique et amorcé une nouvelle avancée, il reste encore beaucoup à accomplir.

Pour cela, le secteur psychiatrique doit :

- se centrer sur les centres médico-psychologiques afin d'offrir des soins de santé primaires près de la population, et faire contre-poids à l'hospitalo-centrisme ;
- développer des soins plus complexes dans certains domaines en valorisant les savoir-faire du personnel, en scrutant des unités fonctionnelles spécialisées, et en mettant en commun des moyens avec d'autres secteurs ;
- développer les liens avec les autres praticiens de santé, les acteurs sociaux, les établissements médico-sociaux et la population.

Le processus de planification entrepris offre à votre mission d'animation et de tutelle le cadre d'une large concertation, et vous permet de susciter les transformations nécessaires. Vous pourrez utiliser à cet effet les marges de manœuvre départementale et régionales, les créations de postes médicaux de psychiatres autorisés chaque année, les subventions d'investissement inscrites au chapitre 66-11, article 50, du budget de l'État relatif aux équipements extra-hospitaliers de psychiatrie, les mouvements de personnel (nominations, mutations, promotions, départs à la retraite, etc.).

La transformation du dispositif actuel se fera en gérant son évolution à plusieurs niveaux :

- administratif sous l'autorité des chefs d'établissements qui joueront pleinement leur rôle d'organisateur et de gestionnaires des ressources mises en oeuvre en valorisant, avec la contribution active des infirmiers généraux, la réorganisation des plateaux techniques par rapport aux aspects purement hôteliers ;
- territorial : les schémas départementaux d'organisation proposeront un réseau de gestion des secteurs qui s'appuie tant sur les centres hospitaliers généraux que sur les centres hospitaliers spécialisés en respectant les zones d'attraction des populations ;
- budgétaire qui vous permettra d'affecter aux établissements gestionnaires les budgets correspondant à l'ensemble des malades placés ou leur responsabilité, et de réduire progressivement les inégalités. Des investissements extra-hospitaliers seront rendus possibles par la reconversion du patrimoine vers d'autres secteurs d'activité : médico-social, universitaire ou autre.
- gestion des ressources en personnel par :
 - une meilleure répartition du personnel en fonction des besoins, de l'activité et de la priorité donnée aux soins sans hospitalisation ;
 - une augmentation de la qualification du personnel ;
 - une meilleure cohérence des équipes par une politique d'encadrement et la mise en oeuvre de projets de soin ;
 - le soutien de relations étroites avec les interlocuteurs externes.

Cette évolution se gère dans le temps. A moyen terme, trois à cinq ans seront nécessaires pour transformer de manière significative cette organisation en fonction des priorités du schéma départemental d'organisation, et en mobilisant les moyens humains et financiers rendus disponibles par la fermeture de structures devenues obsolètes.

Au terme de ces trois à cinq ans, vous effectuerez une évaluation des transformations effectives du système de santé mentale et de son organisation ; elles devront être comparées aux projets développés dans les schémas départementaux d'organisation.

A plus long terme, les schémas départementaux d'organisation continueront à évoluer régulièrement pour s'adapter aux besoins et aux méthodes de travail.

La présente circulaire comporte :

- une définition des buts, principes et orientations actuels de la politique nationale de santé mentale et de son application dans et par le dispositif de santé mentale, notamment en psychiatrie publique (titre Ier et II) ;
- certaines mises au point, en réponse à des questions ou problèmes fréquemment posés sur l'organisation au secteur psychiatrique (titre II) ;
- un programme d'objectifs à atteindre dans les cinq années à venir en tout secteur psychiatrique, vers lesquels il vous faudra guider la restructuration des établissements concernés (titre III).

Elle sera complétée par des circulaires complémentaires relatives à un thème particulier, tel, pour les premières à paraître, que la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, l'équipe pluridisciplinaire, l'hospitalisation en psychiatrie, la réadaptation et la réinsertion des malades mentaux, l'accueil et la réponse à l'urgence, et la prévention.

TITRE Ier

LES PRINCIPAUX OBJECTIFS ET ORIENTATIONS DE LA POLITIQUE DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ MENTALE

I. - Problématique générale et buts de la politique de santé mentale

1. La lutte contre les maladies mentales, si on considère les seules personnes s'adressant aux systèmes de soins et d'aide pour une intervention sur un problème de santé mentale, est à l'évidence une priorité de santé publique :

- les troubles de la santé mentale sont fréquents (d'après une enquête du CreDES [1], réalisée en 1982-1983, les médecins généralistes recevaient 19 p. 100 de patients souffrant de troubles mentaux ou du sommeil, et, parmi les diagnostics qu'ils posent, celui de troubles névrotiques ou de dépression arrive devant celui d'angine ou de bronchite. Par ailleurs, près d'un million de personnes s'adressent chaque année à la psychiatrie publique) ;

(1) Centre de recherche d'étude et de documentation en économie de la santé.

- ils représentent un risque grave pour la qualité de vie des personnes, leurs relations sociales, et peuvent se répercuter lourdement sur le cours de leur existence (une enquête de la Caisse nationale d'assurance maladie réalisée en 1978 situait les troubles mentaux en première cause de l'entrée en invalidité) ;

- beaucoup de ces troubles sont extrêmement durables ;

- ils affectent également les proches de la personne ;

- pour l'ensemble des raisons énumérées ci-dessus, le coût en est, pour la collectivité, important.

Il convient donc de s'attacher en premier lieu à répondre aux besoins patents.

2. Il est impératif aujourd'hui d'envisager les problèmes de santé publique sous un angle élargi et selon une conception positive et dynamique de la santé : en cherchant à promouvoir des facteurs de santé, en s'intéressant davantage aux aptitudes des individus et des groupes vis-à-vis de leur santé. Pour ce faire, trois niveaux sont à considérer : l'individu, la famille et le groupe social ou communauté.

Ces concepts recèlent, en matière de santé mentale, des difficultés particulières (quant à l'évaluation de l'état de santé d'un individu ou d'une population, notamment) ; c'est là un domaine en pleine évolution. C'est dans un esprit de recherche et de concertation que pourra être élaborée une politique de santé mentale finalisée sur des objectifs de développement de la santé mentale, et non plus seulement de lutte contre les maladies mentales.

3. Cette ouverture du champ d'action, de la lutte contre les maladies mentales à la notion de santé mentale, implique d'associer aux spécialistes et professionnels de santé d'autres acteurs, d'envisager des formes de partenariat avec les collectivités territoriales et les associations et de développer l'information et la concertation.

Elle implique aussi des stratégies en paliers : les spécialistes en psychiatrie se situent tout à la fois en 'première ligne', les patients pouvant avoir recours directement à eux, et en 'seconde ligne', agissant notamment par le conseil et la formation des professionnels auxquels la population s'adresse le plus souvent, ou qui se trouvent confrontés à des situations clés pour la santé mentale.

II. - Le constat

Malgré les procès accomplis depuis trente ans, se posent encore aujourd'hui des problèmes de connaissance et d'utilisation des ressources en matière de santé mentale, principalement :

1. Une connaissance très insuffisante des problèmes de santé mentale de la population ;
2. Une utilisation imparfaite des services par la population (des recours tardifs, une utilisation trop importante des voies de 'l'urgence'...) due, pour partie du moins, à une insuffisance d'accessibilité des services et à un manque d'information ;
3. Une disparité très importante du dispositif de soins, source d'inquiétude pour la population ; des lacunes dans la qualité des services spécialisés (disponibilité, formation et évaluation insuffisante) ; une motivation et une compétence très inégale vis-à-vis des problèmes de santé mentale dans le secteur des soins généraux (médecine de ville ou hospitalière) ;
4. Des réponses du système de soins encore trop rigides, ne prenant pas assez en considération la situation des personnes dans l'ensemble de ses composantes ; des prises en charge à temps complet encore beaucoup trop fréquentes et prolongées, ajoutant la chronicisation à la chronicité propre au processus de la maladie ;
5. Un manque de coordination au sein des services et entre les services ou acteurs de santé mentale ; des cloisonnements au sein du système de soins et notre système de soins et autres services de la communauté ;
6. Une prise en compte insuffisante des demandes d'information des familles et de l'aide à leur apporter ;
7. Un manque de solidarité dans la communauté ; une désinsertion encore très importante des personnes malades, une carence en moyen d'aide à la vie quotidienne et au travail ; un manque de soutien à leur entourage. Une utilisation insuffisante ou mal conduite des capacités du groupe social ;
8. Une représentation dépréciative des troubles de santé mentale et de la psychiatrie dans l'opinion publique, qui gêne l'accès aux soins, la prévention et la réinsertion sociale.

III. - Les orientations de la politique de santé mentale

En considération des buts à atteindre et des problèmes rencontrés, il convient dans les prochaines années de conduire la politique de santé mentale selon six axes ou orientations qui se conjuguent et se renforcent mutuellement :

1. Améliorer la connaissance sur l'état de santé mentale de la population, les facteurs concourant à la santé ou à la maladie, les stratégies de santé des individus et des groupes, l'efficacité des systèmes et actions de santé mentale ;
2. Donner aux personnes les moyens de résoudre leurs problèmes de santé mentale :
 - informer et éduquer ;
 - améliorer l'accès aux soins ;
 - réaliser la meilleure offre de soins possible : accroître la pertinence et la qualité des services : diversité, souplesse, complémentarité, coordination, évolutivité. Pour cela, accroître la compétence des personnels : formation, mobilité, participation à la recherche, évaluation des actions ;
 - veiller au respect des droits des patients et de leur famille et, chaque fois que nécessaire, à leur protection ;
3. Valoriser l'ensemble des ressources de santé mentale ; développer les échanges avec la population, plus précisément avec les professionnels et non-professionnels glissant dans le champ de la santé mentale ou concernés par lui ;
4. Prévenir les effets indésirables produits par le système de soins et notamment la perte d'autonomie des personnes prises en charge ;
5. Pallier les conséquences des problèmes de santé mentale sur la vie des personnes et de leur entourage, participer à l'insertion sociale des personnes malades ;
6. Développer une prévention 'ciblée' : agir sur les situations de risque, de vulnérabilité des individus, repérées grâce à l'expérience clinique.

Ces orientations doivent être renforcées en direction de certains groupes de population, notamment :

- les personnes âgées, en raison de leur particulière vulnérabilité aux problèmes de santé mentale et de leurs plus grandes difficultés d'accès aux soins Le vieillissement de la population en fera un problème de santé publique croissant et à moyen terme prévalent ;
- les enfants et adolescents pour qui la précocité d'interventions de qualité est déterminante sur leur évolution psychopathologique future.

TITRE II

PRINCIPES GÉNÉRAUX D'ORGANISATION ET DE COORDINATION DU DISPOSITIF PUBLIC ET PRIVE DE SANTÉ MENTALE

I. - Configuration générale du dispositif de santé mentale

1. Description :

Notre dispositif de santé mentale associe les services et professionnels spécialisés en psychiatrie, les services et professionnels des soins généraux; et d'autres acteurs, organisés en associations.

Ce dispositif de santé mentale constitue le ressort de la politique de santé mentale, et en son sein, les services et soignants spécialisés ont un rôle moteur à jouer. Mais ce dispositif ne représente pas à lui seul l'ensemble des ressources en matière de santé mentale.

Ces ressources comprennent en effet de nombreux partenaires dans la communauté, en particulier d'autres professionnels (les assistants de service sociale, partenaires privilégiés, les personnes travaillant dans les institutions sociales et médico-sociales, le juge des enfants et les personnels des services de l'éducation surveillée, etc.), le juge des tutelles, des élus (conseillers généraux et maires), des personnes bénévoles, etc.

Chaque composante de ce dispositif très diversifié a un rôle à jouer.

Complémentarité et coordination sont les gages du bon fonctionnement du système.

Il importe de rappeler les rôles et missions de ses éléments principaux.

2. Rôles et missions :

2.1. La psychiatrie de service public, organisée en secteurs, comprenant les établissements hospitaliers public (centres hospitaliers spécialisés et centres hospitaliers généraux comportant des services de psychiatrie) et les établissements psychiatriques privés participant au service public, répond à des missions et obligations :

a) Ce sont d'abord les missions et obligations énoncée dans la loi du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière et dans les lois n° 85-572 du 25 juillet et n° 85-1468 du 31 décembre 1985 :

- l'accès pour tous aux prestations offertes. Cette mission comporte une démarche particulière à l'égard des populations les plus démunies, qui n'ont pas aisément accès aux soins ;
- la mise à disposition de la population d'une gamme diversifiée de services incluant les soins d'urgence, permettant d'assurer la permanence et la continuité des soins vingt-quatre heures sur vingt-quatre, comportant des prestations au lieu de résidence des patients ;
- la prévention ;
- la participation à la formation initiale ou continue des personnels médicaux et paramédicaux ;
- la participation à la recherche, qu'elle soit fondamentale, épidémiologique ou clinique ;
- le conseil des praticiens non hospitaliers qui le sollicitent.

b) Ce sont, pour les établissements et services agréés à cet effet, les missions et obligations résultant des dispositions de la loi relatives au placement des patients.

Par ailleurs, la psychiatrie publique sectorisée a une double spécificité importante : d'une part, les soins ambulatoires y sont généralement gratuits et, d'autre part, les prestations rendues par une équipe pluridisciplinaire peuvent avoir une importante composante sociale.

De l'ensemble de ces missions et de cette spécificité, il résulte que la psychiatrie publique a nécessairement, bien que non exclusivement, en charge une population extrêmement démunie, et le plupart des patients les plus invalidés par la maladie.

Ces missions ne sont pas aisées à remplir ; elles demandent aux établissements de soins qui participent au service public créativité autant que persévérance.

2.2. Les établissements de soins spécialisés privés, à but lucratif ou non lucratif, complètent le dispositif institutionnel spécialisé.

Il peuvent trouver en l'absence des contraintes tenant aux missions de service public des facilités pour des innovations thérapeutiques et institutionnelles qui bénéficient à l'ensemble du dispositif.

Leurs prestations, dont la gamme n'a pas l'étendue rencontrée dans le service public, répondent à des besoins généralement assez précis, variant d'un établissement à l'autre.

2.3. Les psychiatres, psychologues et autres professionnels spécialisés d'exercice libéral proposent des prestations caractérisées par la relation duelle entre thérapeute et patient. Leurs soins répondent à une importante part des besoins de santé mentale et, notamment, aux besoins d'une population ayant une certaine autonomie et facilité dans le recours aux soins.

2.4. Les médecins généralistes sont très fréquemment les premiers soignants consultés sur les problèmes de santé mentale. Ils sont en position de résoudre bon nombre de ces problèmes ou d'orienter les personnes vers les services ou praticiens spécialisés dans les meilleures conditions.

Il en est également ainsi des pédiatres, des services de protection maternelle et infantile, de santé scolaire, de médecine du travail, des personnels soignants exerçant dans des institutions sociales et médico-sociales, des infirmiers des services de soins à domicile pour personnes âgées, et des infirmiers exerçant en libéral, notamment dans leurs contacts avec les personnes âgées.

L'ensemble de ces soignants prend en charge une part majeure des problèmes de santé mentale. Leur importance stratégique est considérable.

2.5. - Les services d'urgence générale sont amenés à intervenir très fréquemment sur des problèmes de santé mentale. Ils sont, comme les praticiens généralistes, en position de résoudre une part de ces problèmes, ou d'orienter pour la meilleure réponse possible.

2.6. Les associations réunissent des parents, familles et amis de malades mentaux, des malades ou anciens malades, ou des acteurs de santé mentale d'horizons variés, pour la promotion d'action innovantes ou complémentaires des prestations offertes dans les services de soins. Elles établissent des réseaux de solidarité. Certaines d'entre elles créent et gèrent des structures de soins ou d'aide destinées aux malades mentaux. Elles sont, pour la population, des interlocuteurs et des appuis indispensables et, pour les services de soins (et notamment les services spécialisés), des partenaires sans équivalent.

3. Votre rôle s'étend à l'ensemble de ce dispositif :

a) En matière de planification, vous veillerez tout particulièrement à ce que l'élaboration des schémas départementaux de santé mentale soient en totale cohérence avec les perspectives régionales à moyen terme, conformément à la procédure explicitée par la circulaire du 21 décembre 1987, présentant le 'guide de planification en santé mentale'.

A ce titre, préfets de région et préfets de département doivent agir en parfaite concertation et coordination afin d'éviter une juxtaposition de schémas départementaux d'organisation non complémentaires, ne respectant pas les priorités définies au plan régional.

b) Il vous appartient de veiller à la coordination de l'ensemble de ce dispositif par la concertation, dans le conseil départemental de santé mentale, que vous présidez et que vous devez réunir régulièrement, en vous assurant que, à défaut d'une représentation suffisante dans le conseil, une large participation des professionnels concernés par la santé mentale est assurée dans les groupes de travail en émanant conformément aux recommandations de la circulaire n° 88-612 du 23 juillet 1986.

c) Il vous échoit d'approuver les autorisations d'équipements des établissements sanitaires concernés, de les contrôler, ainsi que d'autoriser les équipements sanitaires de certaines institutions sociales et médico-sociales accueillant des populations dont les besoins en matière de prévention et soins de santé mentale sont importants (notamment des enfants ou des personnes âgées), et d'y impulser une authentique politique de santé publique.

II. - Le secteur psychiatrique

1. Les objectifs et principes de la sectorisation psychiatrique :

La sectorisation psychiatrique amorcée avec les circulaires du 15 mars 1960 et du 16 mars 1972 vise actuellement trois objectifs principaux :

- la promotion d'actions propres à éviter l'émergence, le développement et la persistance d'affections mentales : prévention, prestations de soins ambulatoires, hospitalisation recentrée sur sa vocation thérapeutique, participation à la meilleure insertion sociale possible des malades mentaux ;
- une proximité des services auprès de la population propre à faciliter l'accès aux soins pour la population, à permettre des soins plus précoces, à permettre les suivis ambulatoires et un maintien des malades dans leur milieu naturel, et à favoriser pour les équipes de santé mentale une juste appréhension des besoins de la population et une juste évaluation de leurs actions ;
- la coordination entre acteurs de santé et autres intervenants de la communauté dans le champ de la santé mentale.

Pour cela, la sectorisation se fonde sur cinq principes d'organisation :

- un partage de chaque département en territoires d'action nommés secteurs psychiatriques ;
- la mise en place d'une équipe pluridisciplinaire ;
- le développement d'un équipement diversifié placé au plus près des populations à servir ;
- une intégration aux soins généraux soit directement (présence de l'équipe spécialisée dans les services), soit indirectement (prestations de conseil et de formation auprès des médecins et de l'ensemble du personnel soignant) ;
- la mise en place d'instances de concertation au plan départemental et local.

L'organisation sectorielle a dans l'ensemble montré sa pertinence vis-à-vis des objectifs énoncés. Si sa mise en oeuvre a été longue, et reste très inégale sur le territoire national, les dispositions légales et réglementaires de 1985 et 1986 portant sur l'organisation et le financement de la psychiatrie publique ont permis de lever les principaux freins à son plein développement. De ces conditions nouvelles et à l'occasion de l'élaboration des schémas départementaux d'organisation des équipements et services de lutte contre les maladies mentales, vous impulserez avec les équipes de secteur et les équipes de direction des établissements un développement significatif de la sectorisation psychiatrique dans le respect des objectifs poursuivis.

Cependant l'expérience de près de trente ans de mise en place et de fonctionnement de ce mode d'organisation ainsi que les évolutions techniques et sociales conduisent aujourd'hui à certains réajustements.

2. Caractéristiques du secteur psychiatrique :

Les secteurs psychiatriques mentionnés à l'article L. 326 du code de la santé publique, aux articles 4 ter, 5 et 44 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière ainsi qu'à l'article 1er du décret n° 86-602 du 14 mars 1986 répondent à une triple définition :

a) Le secteur psychiatrique mode d'organisation des actions de lutte contre les maladies mentales et des actions de santé mentale mises en oeuvre par le dispositif public de psychiatrie.

Le secteur psychiatrique constitue pour la psychiatrie publique le mode d'organisation privilégié permettant aux établissements hospitaliers publics et privés participant au service public de mettre à la disposition d'une population résidant sur une aire géographique donnée une gamme de prestations diversifiées de prévention, de diagnostic, de soins et de réinsertion, notamment dans le cadre des équipements et services définis par l'arrêté du 14 mars 1986, au sein desquels le centre médico-psychologique assure une fonction de pivot.

L'équipe pluridisciplinaire placée sous l'autorité d'un psychiatre hospitalier constitue, dans chaque secteur, la base de cette organisation. Elle doit garantir aux malades la continuité, la complémentarité et la coordination des prestations et prises en charge nécessaires dans et l'hôpital. Cette équipe et l'ensemble des moyens matériels, immobiliers et mobiliers dont elle dispose quel que soit le lieu dans le secteur constitue la 'plateau technique de psychiatrie de secteur'.

Le rôle du directeur et de l'équipe de direction des établissements s'étend à l'ensemble des moyens mis en oeuvre. Le personnel administratif et les services techniques et généraux concourent à la gestion et à la maintenance de ces moyens, soit qu'ils soient attachés à un secteur particulier, soit qu'ils servent l'ensemble des secteurs confiés à l'établissement.

Les secteurs psychiatriques sont de trois ordres : secteurs de psychiatrie générale, secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire.

Du fait de sa spécificité, l'organisation de la psychiatrie en milieu pénitentiaire a déjà fait l'objet d'une circulaire particulière n° 1164 du 5 décembre 1988. Y sont abordées notamment les questions de relation avec les secteurs de psychiatrie générale.

Le partage entre secteurs de psychiatrie et secteurs de psychiatrie infanto-juvénile appelle quelques commentaires (cf. le paragraphe 3.1 b).

b) Le secteur psychiatrique, aire de concertation et de coordination des actions à conduire au plan local avec l'ensemble des partenaires directement ou indirectement concernés par les problèmes de santé mentale.

Les conseils départementaux de santé mentale, instituée par la loi du 25 juillet 1985, dont la composition, le rôle et les modalités de fonctionnement ont été précisés par le décret du 14 mars 1986 et la circulaire du 23 juillet 1986, constituent les instances privilégiées de concertation pour mettre en oeuvre une politique de santé mentale adaptée aux caractéristiques de chaque département.

Je tiens à souligner votre rôle, au sein de ces conseils départementaux de santé mentale. De la manière dont vous impulserez et conduirez l'expression des idées et la concertation dans ces conseils la politique de santé mentale nationale, peut dépendre la qualité de sa mise en oeuvre dans votre département.

Vous aurez tout particulièrement soin, pour les années à venir, d'y concerter le schéma départemental d'organisation puis les programmes de mise en oeuvre qui en découleront, ainsi que le réexamen périodique du schéma départemental d'organisation prévu dans le 'guide méthodologique de planification en santé mentale'. Vous prévoirez d'ores et déjà les protocoles d'évaluation de ces programmes dont un bilan vous sera demandé au terme des cinq années prévues pour la première phase de transformation du dispositif de santé mentale.

Le conseil départemental de santé mentale ne saurait cependant absorber l'ensemble des problèmes particuliers de coordination et de concertation existant sur le terrain. C'est pourquoi, les équipes de secteur psychiatrique peuvent très utilement compléter le dispositif de concertation départemental par des instances de coordination à un échelon suffisamment proche des préoccupations locales et largement ouvertes aux acteurs de santé mentale (cités au paragraphe I.1 du présent titre), telles que des conseils de secteur.

Ces conseil pourraient notamment :

- étudier et résoudre les problèmes d'articulation, de coordination et de coopération entre ces divers acteurs ;
- mobiliser les complémentarités entre les praticiens libéraux et les infrastructures publiques ou associatives (sanitaires, sociales et médico-sociales) pour faciliter les orientations des malades ;
- produire les informations et les propositions nécessaires aux travaux des conseils départementaux de santé mentale et concrétiser sur le terrain les recommandations de cette instance.

Il est important de bien situer le rôle des équipes spécialisées du secteur psychiatrique vis-à-vis de l'ensemble des acteurs de santé et acteurs sociaux de la communauté. Bien évidemment il n'appartient pas aux spécialistes de la psychiatrie de se substituer aux soignants auxquels a recours la population en raison de problèmes de santé mentale ni de médicaliser tout problème social. Il s'agit au contraire d'aider les autres intervenants à trouver face au problèmes de santé mentale et dans leur rôle propre la meilleure attitude. Une partie de l'action des équipes de secteur est ainsi 'médiatisée'. Il s'agit également de favoriser et accompagner l'initiative communautaire.

Inversement, il est indispensable que ces équipes reçoivent des informations sur la vie de la communauté et un retour de leurs actions permettant une évaluation.

Le secteur psychiatrique, en tant qu'aire géographique, est la meilleure base pour l'organisation de ces échanges et l'élaboration de leur base pour l'organisation de es échanges et l'élaboration de programmes d'action concertés sur le terrain. Les conseils de santé mentale de secteur en sont le moyen. Pour la meilleure coordination possible, vous encouragerez à la formation de ces conseils, et

vous incitez à ce qu'ils soient prévus en commun, entre secteurs de psychiatrie générale et secteur de psychiatrie infanto-juvénile.

c) Le secteur psychiatrique, base de planification en santé mentale

Le secteur psychiatrique est la circonscription géographique élémentaire servant de base avec le département et la région, à la planification de l'ensemble des équipements de lutte contre les maladies mentales ; à ce titre et conformément à l'article 44 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière, c'est dans ce cadre - outre le cadre régional - que le ministre de la santé arrêté, après avis du conseil départemental de la santé mentale, des indices déterminant l'importance des installations comportant ou non des possibilités d'hospitalisation nécessaire pour répondre aux besoins de la population.

Le guide méthodologique de planification en santé mentale présenté par la circulaire du 21 décembre 1987 précise la méthode retenue, qui consiste à prendre en compte la réalité des besoins locaux dans la spécificité propre à chaque secteur (ce point est développé au titre III, III).

3. Questions relatives à l'organisation et aux missions du secteur :

Certains problèmes ou certaines questions relatives à l'organisation sectorielle sont souvent apparues et demandent quelques précisions.

3.1. Questions relatives à l'organisation sectorielle :

a) Le libre choix

Conformément aux dispositions de l'article 1er de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière, 'le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de soins' est un des principes fondamentaux de notre législation sanitaire.

La sectorisation entraîne pour les équipes de soins et les établissements qui y participent des obligations vis-à-vis de la population du secteur. En aucun cas l'organisation sectorielle ne doit amener à une étanchéité des territoires, à des filières cloisonnées, à des refus motivés par la seule 'non-appartenance' au secteur.

Les malades comme leurs familles doivent toujours pouvoir s'adresser au praticien ou à l'équipe de santé mentale publique ou privée de leur choix tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du secteur psychiatrique correspondant à leur lieu de résidence.

Par ailleurs, il convient de rappeler que ce libre choix ne saurait faire obstacle au respect des dispositions de l'article 39 du décret n° 79-506 du 28 juin 1979 portant code de déontologie médicale.

b) Le partage entre psychiatrie infanto-juvénile et psychiatrie générale.

Ce partage a eu et conserve une fonction : faire exister la psychiatrie infanto-juvénile dans sa dimension spécifique afin d'offrir aux enfants et adolescents des prestations pensées pour eux et répondant à leurs besoins propres.

Il ne doit cependant pas conduire à un clivage ; il n'y a pas d'étanchéité entre les deux types de secteur : les équipes de psychiatrie générale et les équipes de psychiatrie infanto-juvénile dont les secteurs couvrent une même aire géographique servent une même population, formée de familles et de réseaux mettant en relation enfants et adultes. Les soins à un enfant malade ne peuvent se concevoir sans une attention portée à son entourage. Inversement, les équipes de psychiatrie générale doivent porter attention aux enfants des adultes qu'ils soignent. Par ailleurs, se pose le problème de l'entrée dans l'âge adulte d'enfants pris en charge en psychiatrie infanto-juvénile qui nécessite d'aménager le passage d'une équipe à l'autre.

Tout ceci nécessite une étroite collaboration entre secteurs de psychiatrie générale et de psychiatrie infanto-juvénile, dans le but de rendre le meilleur service aux personnes, adultes et enfants.

Ce point sera développé dans la circulaire complémentaire relative à la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

c) Configuration des secteurs

Dans le cadre de l'élaboration du schéma d'organisation départemental, vous aurez éventuellement à proposer des redécoupages de secteur. Trois circonstances peuvent se rencontrer :

- nécessité d'un dédoublement de secteurs démographiquement trop chargés. Il faut remarquer à cet égard que le critère de 70 000 habitants pour un secteur de psychiatrie générale et un secteur de psychiatrie infanto-juvénile pour deux à trois secteurs de psychiatrie générale ne constitue pas une norme, mais une base indicative. Il vous appartient, sur les propositions et au vu des arguments développés par les équipes de secteur et selon les moyens que vous pourrez dégager pour assurer aux nouveaux secteurs des équipes autonomes suffisamment étoffées, d'envisager des dédoublements ;

- redéfinition des limites de plusieurs secteurs : les évolutions démographiques imposent parfois de réenvisager la configuration des secteurs psychiatriques de manière à rééquilibrer les charges entre secteurs. Cependant, il ne sera pas inutile de rappeler aux équipes que le découpage sectoriel doit répondre aux missions du secteur et notamment faciliter l'accès aux soins pour la population avant que d'être un partage égalitaire pour les équipes. Certaines configurations de secteurs paraissent aujourd'hui peu fonctionnelles et devraient être revues ;

- exceptionnellement, possibilité d'une transgression des limites départementales : des circonstances locales - existence d'un bassin d'emploi, aire d'attraction économique et sociale, problèmes d'accessibilité par les moyens de transport existants - peuvent faire dépendre de fait un secteur ou une portion de secteur de l'aire d'attraction d'un département autre que celui dans lequel ils sont administrativement situés.

Si ces éléments le justifient, il vous appartient de procéder, par dérogation aux règles normales de découpage et en concertation avec la ou les directions départementales et régionales des affaires sanitaires et sociales concernées, aux redécoupages et au rattachement qui s'imposent pour satisfaire au mieux les besoins des populations et de transgresser ainsi les limites départementales. Ces dérogations sont soumises à l'approbation du ministre chargé de la santé lors de l'approbation de la carte sanitaire.

d) L'équipement d'un secteur psychiatrique

S'il existe des indices de besoins, nécessairement globaux, fixant certaines limites, en revanche, il n'existe pas de normes définissant l'équipement type, en matière de structures, d'un secteur psychiatrique. Les situations les plus diverses sont rencontrées, et il n'est pas de méthode qui permette aujourd'hui d'édifier un 'secteur idéal'. Il convient de rappeler que l'arrêté du 14 mars 1986 définit une gamme de possibilités. Il n'est ni utile, ni possible que chaque secteur soit équipé de l'ensemble de cette gamme. Il appartient aux équipes de définir des choix, en fonction de leurs projets, et de s'associer pour des projets communs.

Une grande diversité d'équipements et une grande souplesse de fonctionnement sont possibles (notamment grâce au budget global) et souhaitables, à condition que les choix soient explicités et traduits dans la gestion de l'établissement avec clarté. Les structures peuvent être associées dans des configurations variées, pour un fonctionnement particulièrement coordonné (par exemple un centre médico-psychologique et un centre thérapeutique à temps partiel, ou un centre d'accueil permanent ouvert vingt-quatre heures sur vingt-quatre et un centre de crise). Il est également possible de former pour chaque patient un projet thérapeutique personnalisé associant plusieurs modes de soins et se déroulant en plusieurs lieux (par exemple, un patient pris en charge en appartement thérapeutique peut suivre une thérapie en centre médico-psychologique, voire, dans certains cas, en hôpital de jour).

Cependant, s'il paraît opportun de respecter une diversité résultant de nombreux facteurs (configuration des secteurs, caractéristiques des populations desservies, identité des équipes et des établissements...), gage d'évolutivité, il est nécessaire de combler les carences. Il convient d'éviter deux écueils opposés :

- certaines équipes ont tendance à souhaiter s'équiper comme leurs voisins, sans que les créations demandées soient sous-tendues par des projets thérapeutiques répondant à des besoins identifiés.

C'est ainsi que se créent sans aucun doute les structures les plus 'chronicisantes' pour les patients (cela a été notamment le cas ces dernières années de certains hôpitaux de jour).

Vous serez attentif à ne pas laisser se développer ce type 'd'égalitarisme' non fondé sur le réel intérêt de la population.

- à l'inverse, il n'est pas admissible que certains secteurs ne disposent pas du plateau technique nécessaire pour répondre aux obligations et missions fondamentales du service public ; cette situation engendre des inégalités pour l'accès aux soins de la population d'un secteur à l'autre.

Il est un seuil fonctionnel à respecter en tout secteur : des indications pratiques vous sont données au titre III.

e) Les limites de la "déshospitalisation"

Limiter l'hospitalisation aux strictes nécessités thérapeutiques ne signifie bien entendu pas supprimer toute capacité d'hospitalisation. Les missions et obligations de service public imposent à tout secteur d'offrir une prise en charge vingt-quatre heures sur vingt-quatre lorsque cela est nécessaire aux soins en particulier lors de situations de crise (et a fortiori lors du placement d'un patient).

Vous veillerez particulièrement à ce que les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile au niveau de votre département ne se démunissent pas de tout moyen d'offrir ces soins à temps complet, selon des modalités qui peuvent d'ailleurs être diverses (hospitalisation proprement dite, mais aussi articulation avec les services de pédiatrie, placement familial thérapeutique, centres de crise pour adolescents...).

f) La psychiatrie à l'hôpital général

La création en hôpital général d'unité d'hospitalisation, de structures de consultation, soins à temps partiel ou accueil des urgences spécialisées en psychiatrie reste un excellent moyen de faciliter l'accès aux soins de la population et d'assurer une bonne coordination avec les soins somatiques. Dans certains cas, cette collaboration peut même aller jusqu'à la création d'un département commun.

Pour ces objectifs, le rattachement de secteurs de psychiatrie à des hôpitaux généraux demeure ainsi l'une des priorités de la politique nationale dès lors qu'il permet de les réaliser et d'améliorer la coordination.

Ce rattachement suppose que la politique de l'établissement ne défavorise pas la psychiatrie en faveur des autres disciplines. Vous réaliserez ainsi une gestion plus proche des malades, de leur famille et des acteurs de la communauté et s'appuyant sur les centres hospitaliers spécialisés et les centres hospitaliers généraux.

Si le rattachement n'est pas possible, le centre hospitalier spécialisé passera convention avec le centre hospitalier général pour y implanter une ou plusieurs structures.

Ces créations ne peuvent toutefois se réaliser que si les impératifs particuliers aux techniques de soins psychiatriques sont pris en considération et si la tolérance de l'ensemble des milieux hospitaliers a fait l'objet d'une réflexion préalable et, éventuellement, des aménagements adéquats.

En règle générale, il convient d'encourager à la mise en place de conventions et tout autre engagement de services mutuels afin de renforcer les relations entre hôpitaux spécialisés et hôpitaux généraux, selon les modalités prévues par la loi de 1970 portant réforme hospitalière.

g) La diversification des pôles d'activité selon les catégories de patients

La diversification des modes de soins en psychiatrie est double : depuis l'origine de la sectorisation, les modes de soins se sont diversifiés dans leur nature jusqu'à la gamme que nous connaissons aujourd'hui, des interventions aux lieux de résidence des patients à l'hospitalisation à temps complet. Plus récemment, s'est ajoutée une diversification par catégorie de patients selon l'âge ou la pathologie et notamment le développement de prestations destinées spécialement aux nourrissons, aux adolescents, aux personnes âgées, aux grands déficients mentaux, aux enfants autistes, aux jeunes adultes psychotiques...

Ceci s'accompagne en général d'une division de l'équipe selon une 'spécialisation' de ses membres vers l'un ou l'autre domaine. Cette évolution peut être favorable à un meilleur service aux patients,

car elle vise à la meilleure utilisation des compétences et des motivations et à une haute technicité, mais à condition de veiller à ce que ne se constituent pas de filières étanches ni de clivages au sein de l'équipe : la concertation et la coordination au sein de l'équipe et la mobilité des personnes (patients et personnels) d'un pôle à l'autre doivent être d'autant plus soigneusement étudiées. La diversification en doit pas s'opposer à la continuité des soins, laquelle n'étaient plus aujourd'hui à la seule personne du soignant : c'est la permanence, l'articulation et la cohérence du cadre de services dans lequel les patients évoluent qu'il convient d'assurer.

Bien entendu, cette diversification trouve ses limites dans la nécessité d'éviter toute dispersion préjudiciable à un accomplissement des missions de service public dont l'équipe de secteur est responsable.

h) Les structures intersectorielles

La diversification ci-dessus évoquée amène que dans les cas où il n'est ni utile ni possible que chaque secteur s'équipe pour une prestation particulière, soit envisagée la création d'une structure intersectorielle, à laquelle plusieurs secteurs contribuent.

Un telle création peut se fonder sur une simple convention entre les responsables de secteurs qui lui attribuent des moyens placés sous la responsabilité de l'un d'eux. Cependant, pour une moindre vulnérabilité, il est préférable lorsque c'est possible de créer un département hospitalier et d'en appliquer avec soin les dispositions, qui constituent une garantie de fonctionnement (notamment l'établissement du règlement intérieur).

Par ailleurs, une telle organisation impose, comme rappelé ci-dessus, une particulière attention à respecter les principes fondamentaux de continuité, d'articulation, de coordination au sein de chaque secteur, mais aussi entre eux.

Il faut noter que l'aire d'attraction d'une structure n'est pas nécessairement liée à son caractère intersectoriel ou non. Même mise en oeuvre par un seul secteur, une structure peut être à vocation intersectorielle, voir (notamment en psychiatrie infanto-juvénile) interdépartementale ou même interrégionale. Dans ces cas, il est souhaitable que les relations entre le secteur qui offre un service particulier et les secteurs susceptibles de lui adresser des patients fassent l'objet d'une concertation, éventuellement formulée sous forme de convention.

3.2. Questions relatives aux missions de soin et de prévention :

a) Éviter une psychiatrie à deux vitesses

La création d'une nouvelle unité d'hospitalisation psychiatrique (à l'hôpital général ou en un quelconque lieu du secteur), lors de la création d'un secteur, ou lors du changement de rattachement hospitalier d'un secteur par exemple, ne saurait être l'occasion d'instituer une double filière d'hospitalisation : l'une destinée aux hospitalisations courtes, et l'autre destinée aux hospitalisations prolongées, supportant le poids de la chronicité et moins investie en moyens et en projets.

Il est inévitable que les capacités de ces nouvelles unités, conçues pour les besoins futurs, ne puissent permettre d'accueillir tous les patients du secteur déjà hospitalisés depuis longtemps en centre hospitalier spécialisé et dont la sortie n'est pas envisagée à court terme. Il reste alors au centre hospitalier spécialisé, en général, une unité d'hospitalisation, avec les patients dits chroniques.

Vous n'autoriserez de tels projets que dans la mesure où sera programmée, selon des échéances précises, une évolution telle que les hospitalisations s'effectuent toutes dans un même lieu et que des projets de réadaptation dynamiques soient liés en oeuvre pour les patients restés au centre hospitalier spécialisé, dont l'équipe de secteur reste responsable.

D'une manière générale, selon les principes évoqués ci-dessous, il serait inadmissible que s'établisse, entre centre hospitalier général et centre hospitalier spécialisé, ou au sein des centres hospitaliers spécialisés, une psychiatrie à deux niveaux : une psychiatrie dite active pour les patients présentant de pathologie aiguës et rémissibles et une psychiatrie et gardiennage pour les patients les plus invalidés.

b) 'Chronicité' et 'chronicisation'

Les équipes de secteur se trouvent inévitablement confrontées au problème de la durabilité et de la tendance évolutive déficitaire de certaines maladies mentales, et particulièrement de la psychose. Elles sont amenées à prendre en charge certains patients pendant des années, voire des dizaines d'années, selon des phases plus ou moins longues et répétées et parfois quasi en permanence.

L'utilisation adéquate de l'ensemble de la gamme des prestations de secteur peut permettre à ces patients de conserver ou retrouver des capacités de mobilisation et d'investissement personnel, et permet de lutter contre la chronicité définie ci-dessus. Cette psychiatrie au long cours n'en est pas moins paradoxalement une psychiatrie très active.

Si la chronicité est le fait de la maladie, la chronicisation est la fait des institutions. La chronicisation ne se définit pas en termes de durée de prise en charge, mais comme abandon de tout projet et absence de perspectives pour un patient. Il n'est pas question d'établir quelque norme fixant des termes aux prises en charge en psychiatrie. Il s'agit pour les équipes de définir avec chaque patient et son entourage des échéances pertinentes.

Il est clairement apparu que la chronicisation n'est pas l'apanage de l'hospitalisation à temps complet ; les structures de soins à temps partiel peuvent également en être le lieu ; aucune institution de soins en psychiatrie n'est à l'abri de cette dérive si elle n'est pas le lieu d'un projet élaboré et évolutif, et si elle ne s'impose pas une évaluation constante de son action.

Vous prendrez garde au fonctionnement des structures de soins à temps partiel tout autant que des structures de soins à temps complet.

c) L'obligation de soins

L'"ouverture" des services a pu rendre plus difficiles les soins aux patients placés ou aux patients en phase d'agitation, confus, ou opposants. elle ne saurait cependant servir de prétexte à refuser la prise en charge de certains patients.

Chaque secteur doit faire face aux obligations que lui confère la loi en ce qui concerne le placement des malades. Plus généralement, chaque secteur doit faire face aux obligations de soins du service public en toute circonstance, même et surtout lorsque l'état du patient rend difficile de lui apporter ces soins et nécessite une surveillance attentive.

Rien ne s'oppose, toutefois, à ce que des aménagements soient envisagés et organisés ponctuellement entre secteurs, pour des patients ayant développé à l'égard d'une équipe des relations très conflictuelles et qu'il vaut mieux confier aux soins d'une autre équipe, ou pour faciliter la prise en charge de patients nécessitant pour un temps donné une attention très particulière qui puisse être mieux assurée dans un autre secteur.

Le recours aux unités de malades difficiles doit rester (ou redevenir) limité aux strictes indications de ces unités. Le secteur qui adresse à une unité de malades difficiles un patient garde une responsabilité à l'égard de ce patient et doit s'engager, soit à la recevoir à la sortie de l'unité de malades difficiles, soit, si les circonstances l'exigent, à organiser l'accueil par un autre secteur.

d) Des patients sans domicile fixe

Un problème particulier se pose, dans les grandes villes essentiellement, avec l'arrivée en urgence, dans certains secteurs, de nombreux patients sans domicile fixe, ou résidant sur un autre secteur. Le problème vient du nombre de ces patients constituant pour ces secteurs une charge souvent lourde, ou des circuits préjudiciables aux patients, qui s'effectuent entre établissements.

Cette situation doit trouver sa solution dans l'organisation entre l'ensemble des secteurs du département pour une répartition équitable de cette charge, et ce, dans le souci d'apporter rapidement au patient les soins d'une équipe de secteur, et tenant compte des soins précédemment apportés, dans le respect de la continuité.

e) La mission d'intervention à l'hôpital général

La coopération entre secteurs de psychiatrie et hôpital général doit être développée, que les secteurs y soient implantés ou non. Elle concerne de nombreux services, et principalement les services d'urgence, de pédiatrie, de médecine interne, de maternité et de néonatalogie...

Le rôle d'une équipe de secteur auprès des services de l'hôpital général peut être :

- un rôle de consultant et de conseil à propos de certains patients ou du fonctionnement du service ;
- l'élaboration et la mise en oeuvre en commun de projets thérapeutiques, pour certains patients hospitalisés présentant des troubles psychiatriques ;
- la collaboration à l'accueil des urgences ;
- la mise en oeuvre en commun d'une activité, dans des domaines où soins somatiques et soins psychiatriques sont étroitement intriqués, comme en matière de suicide, ou de psychogériatrie, ou de soins aux adolescents, par exemple.

Les secteurs de psychiatrie doivent se faire connaître et proposer des prestations, inciter à une coopération ; comme déjà indiqué, les modes de collaboration peuvent donner lieu à des conventions ou même à la création d'un département commun.

Lorsque plusieurs équipes sont concernées, il est indispensable qu'une concertation entre elles amène à une cohérence de ces relations et à une bonne coordination des interventions, notamment dans un souci d'efficacité médicale et d'économie des moyens.

Ces dispositions n'excluent annuellement qu'un service d'hôpital général s'attache la collaboration d'un psychiatre ou d'un psychologue qui n'appartienne pas aux équipes de secteur.

f) La mission d'intervention dans les institutions du secteur

Une attention particulière est à apporter au développement des relations entre les équipes de secteur psychiatrique et les institutions sanitaires, sociales et médico-sociales implantées sur leur secteur.

Il n'agit pas d'imposer une intervention du secteur psychiatrique en toute institution sanitaire, sociale ou médico-sociale recevant des personnes pouvant présenter des troubles mentaux, mais de veiller à ce que les populations accueillies dans ces institutions aient accès à des soins psychiatriques en tant que de besoin.

A cet effet, les équipes éventuellement proposer des prestations, dans les longs séjours pour personnes âgées, dans les maisons de retraite, et plus généralement en tout lieu d'accueil, d'hébergement, d'éducation et d'aide au travail où il apparaît que des prestations pourraient être utiles aux personnes accueillies.

Ces prestations peuvent être des prestations de conseil auprès des institutions et de leur personnel comme des prestations de soins auprès des personnes accueillies.

g) La mesure de l'activité

Une meilleure connaissance de la population utilisant les services de la psychiatrie publique, ainsi que des prestations qui lui sont rendues, et de leur évolution, est indispensable à la conduite de la politique de santé.

Le recueil des informations selon la méthode de la fiche par patient permet de produire l'information nécessaire sur le nombre et les caractéristiques des personnes s'adressant au secteur psychiatrique et sur le volume et la distribution des prestations rendues.

Il convient de prendre les chiffres obtenus pour ce qu'ils représentent et notamment de ne pas assimiler les moyennes observées (quant à la file active, par exemple à une quelconque norme. Les chiffres de chaque secteur demandent à être explicités dans un dialogue avec les équipes de secteur et les équipes de direction des établissements. Les interprétations sommaires, surtout si elles s'assortissent d'implications pratiques, ne pourraient qu'amener une dérive du système d'information et une déformation de l'observation.

En outre, ce recueil de l'information par patient ne suffit pas à mesurer toute l'activité de équipes de secteur : celles-ci, pour répondre à leurs missions, consacrent nécessairement du temps à maintenir la permanence d'un accueil, et à des activités de prévention, d'information, de régulation et conseil au sein d'institutions sociales et médico-sociales, de recherche et de formation. Les rapports de secteurs font apparaître l'ensemble de ces activités.

Enfin, ce recueil national, nécessairement simple, ne peut non plus permettre de rendre compte du temps réellement passé pour les patients, lequel comporte des démarches hors leur présence, et du temps de régulation et de coordination (sans lequel le fonctionnement pluridisciplinaire est un leurre), ni de l'intensité ou de la qualité des prestations.

Au plan local, les secteurs peuvent affiner la mesure, développer des systèmes plus complexes, exploiter la fiche proposée au-delà de ce qui est exigé pour les rapports d'activité de secteur, élaborer des études et recherches épidémiologiques et cliniques. En ce qui concerne les études épidémiologiques, elles peuvent être très fructueusement menées conjointement par les équipes de secteur et les médecins inspecteurs de la santé.

Enfin, dans le cadre de l'hôpital, la mise au point d'un rapport annuel d'établissement devrait apporter un complément d'information. Ce projet actuellement à l'étude suppose que soient harmonisées l'ensemble des données recensées par les différents systèmes statistiques existants.

TITRE III

LA TRANSFORMATION DU DISPOSITIF PSYCHIATRIQUE PUBLIC

I. - Problématique générale

Notre dispositif public de psychiatrie est, en l'état actuel, pour partie encore inadéquat pour atteindre les objectifs de santé mentale énoncés au titre Ier et pour la réalisation des missions rappelées au titre II de la présente circulaire.

Il est encore beaucoup trop concentré et si on le compare aux possibilités techniques actuelles, trop consacré à l'hospitalisation à temps complet, supportée par une lourde infrastructure de services généraux et d'entretien ; en regard, manquent les structures et les personnes disponibles pour la mise en oeuvre de la politique de santé mentale en secteur psychiatrique.

Cependant, les réformes de 1985 et 1986 lui ayant donné la pleine capacité de mettre en oeuvre la sectorisation psychiatrique, ce dispositif fait preuve de son évolutivité ; il contient, potentiellement, les moyens de la politique voulue.

Une priorité pour les années à venir est donc la transformation du dispositif public et, essentiellement, la transformation des centres hospitaliers spécialisés, dans les perspectives et le respect des principes de la sectorisation psychiatrique.

Cette transformation est à conduire avec diligence mais sans précipitation :

Vous vous défiez particulièrement de 'restructurations' spectaculaires mais fallacieuses, où la fonte des surcapacités hospitalières en psychiatrie n'est due qu'à un transfert formel vers d'autres types de structures (sur le long séjour notamment) sans réelle réflexion quant aux besoins à couvrir et à la meilleure façon d'y parvenir, au risque de reproduire et de fixer les surcapacités, inadaptations et concentrations asilaires qu'il s'agissait de faire disparaître.

Par ailleurs, la mission de continuité du service public commande de ne pas procéder à des ruptures brutales de prise en charge des patients actuellement hospitalisés, pour lesquels il convient au contraire de conjuguer les efforts en vue de trouver des relais et modes de continuité à cette prise en charge, tant en ce qui concerne l'aide à la vie quotidienne que les soins.

A l'inverse, l'hôpital psychiatrique ne doit plus être le lieu d'exclusion ou de refuge d'une population en difficulté sociale à laquelle les soins psychiatriques, du moins les soins à temps complet, ne peuvent rien apporter. L'hospitalisation en psychiatrie se prescrit, elle ne s'impose pas par défaut d'autre solution. C'est à dire que l'évolution du dispositif de psychiatrie publique va de pair avec une évolution des modes de solidarité et des pratiques sociales, et la construction progressive de relais et de réseaux sociaux aptes à accueillir et soutenir les personnes qui sont tributaires d'une aide autant que de soins.

Cette construction ne peut être elle-même que progressive. En retour, un développement des prestations psychiatriques (soins ambulatoires, suivi, conseil de l'entourage) peut la faciliter considérablement.

La transformation des centres hospitaliers spécialisés doit donc amener progressivement, mais sûrement, notre système de psychiatrie publique à une bonne adéquation à des fonctions de prévention et de soins de santé mentale modernes.

Principalement, elle doit être l'occasion de développer, en cohérence avec les orientations de la politique de santé mentale définie dans les titres précédents :

- la qualité des soins, qu'ils soient à temps complet ou non, et une meilleure maîtrise de la perte d'autonomie des patients ;
- les modes de soins ambulatoires, l'accueil, la réadaptation des patients, et une meilleure couverture de soins psychiatriques des personnes hébergées en structures sociales et médico-sociales ;
- l'intégration des actions de santé mentale dans les soins généraux et la relation fonctionnelle avec l'ensemble des professionnels et services de santé ;
- la formation, la qualification des personnels et de leur encadrement ;
- la prévention des troubles de santé mentale et la promotion de la santé mentale, notamment dans certains groupes exposés (jeunes enfants, personnes âgées...).

Dans le cadre de l'élaboration des schémas départementaux d'organisation présents et futurs, vous préciserez les objectifs à atteindre et les priorités, et établirez les programmes et le calendrier des transformations à opérer, en saisissant toutes les opportunités d'un développement optimal.

Au plan national, il importe toutefois de fixer des objectifs liminaux, correspondants au 'seuil fonctionnel' du dispositif de secteur déjà évoqué, et qui devront impérativement être atteints dans les cinq ans à venir en tout secteur psychiatrique (II), de préciser la procédure (III) et d'énoncer les principes et contraintes préalables à la transformation envisagée (IV).

II. - Objectifs à atteindre en tout secteur psychiatrique dans les cinq années à venir

1. L'accueil :

La fonction d'accueil en psychiatrie publique a deux composante : l'une est relative à l'accessibilité des services (il s'agit de faciliter le recours aux soins psychiatriques pour la population), et l'autre à la réponse aux 'urgences'.

1.1. L'accessibilité aux soins :

Elle suppose que l'équipe psychiatrique se trouve disponible, là, et au moment où la population peut aisément accéder, et qu'une information fait été faite au public.

L'organe principal de l'accueil ainsi défini est le centre médico-psychologique.

C'est pourquoi il convient qu'en tout secteur de psychiatrie générale existe au moins un centre médico-psychologique implanté au sein du secteur ou à proximité immédiate, en un lieu d'accès facile par les transports en commun, et ouvert au moins cinq jours par semaine (non compris les jours d'ouverture de ses antennes éventuelles). Les jours et heures d'ouverture doivent être tels qu'ils permettent un contact hors heures de travail ou heures scolaires.

Au centre médico-psychologique doit se trouver un secrétariat et des soignants, en une organisation telle qu'un rendez-vous puisse être donné pour une première consultation dans un délai de quelques jours, et que des thérapies individuelles ou de groupe puissent y être assurées dans de bonnes conditions.

Chaque secteur doit organiser des soins psychiatriques en leur lieu de résidence pour les personnes âgées dépendantes ou les personnes polyhandicapées qui le requièrent, ou dont l'entourage le requiert, éventuellement en association avec les services de soins (somatiques) à domicile. Pour les autres catégories de patients, adultes ou enfants, l'équipe peut ou non proposer des interventions à leur domicile selon leur option propre.

En psychiatrie infanto-juvénile, l'équipe psychiatrique, pour être insérée dans le milieu naturel de l'enfant et de sa famille, doit disposer sur son terrain d'action d'au moins deux centres médico-psychologiques répondant aux critères déjà énoncés (sauf cas très particulier de secteur urbain peu étendu).

Chaque secteur ou groupe de secteurs de psychiatrie infanto-juvénile organisera l'accueil spécifique des adolescents, éventuellement dans un lieu qui ne dépend pas du dispositif propre à la psychiatrie.

1.2. La réponse à 'l'urgence' :

Une bonne accessibilité des services et la disponibilité des équipes, organisée dans les centres médico-psychologiques, doivent réduire le recours aux soins par les voies de l'urgence'.

Reste qu'en psychiatrie la demande urgente est fréquente et que le dispositif d'accueil et de réponse à ces urgences est à concevoir avec un soin particulier.

Il faut éviter les circuits prolongés et les nombreuses étapes, et aussi se donner le temps de comprendre, pour une réponse ou orientation adéquate. Au minimum, il est impératif de prévoir prioritairement :

- un point d'accueil spécifiquement psychiatrique, avec une permanence téléphonique, et présence, ou à défaut disponibilité immédiate, d'infirmier de secteur psychiatrique et d'un psychiatre, de façon à concevoir directement un maximum de patients qui s'adressent ou sont adressés en urgence à la psychiatrie publique et procéder, dans de bonnes conditions d'écoute et d'examen, au bilan et à la recherche de solution.

Ce point d'accueil peut être situé à proximité immédiate d'une unité d'hospitalisation psychiatrique, mais il ne doit pas lui être confondu : l'accueil n'est pas l'admission en hospitalisation, laquelle ne se décide qu'après examen. S'il est implanté à l'hôpital général, il doit être autant que possible associé au dispositif d'urgence générale. Il peut s'agir d'un service porte du centre hospitalier spécialisé. Il peut s'agir d'un centre d'accueil vingt-quatre heures sur vingt-quatre, éventuellement associé à un centre de crise ou un centre médico-psychologique selon les termes de l'arrêté du 14 mars 1986. Dans tous les cas il peut pourvoir aux interventions auprès des services d'urgence générale évoquées ci-après.

- une présence permanente de soignants psychiatriques (psychiatre et infirmier) dans les services d'urgence des centres hospitaliers les plus importants, ou, à défaut, un contact permanent de l'équipe de secteur psychiatrique avec ces services, de telle façon qu'un psychiatre et un infirmier de secteur puisse y intervenir en tant que de besoin. On se référera sur ce point aux dispositions de la circulaire n° 326 du 15 février 1990 relative à l'amélioration des conditions d'accueil des urgences dans les établissements hospitaliers.

La cohérence optimale de ce dispositif de réponse à l'urgence doit être recherchée, dans un double souci de qualité du système et d'économie des moyens.

A cette fin, il serait souhaitable de favoriser les associations de secteur pour une mise en commun de moyens et une organisation concertée de préférence sous forme de création d'une structure intersectoriel aux missions bien définies comme indiqué au titre précédent.

Comme pour le centre médico-psychologique, il importe qu'une information soit faite auprès du public, mais plus encore auprès des médecins généralistes, médecins exerçant dans les divers dispositifs d'accueil des urgences et psychiatres libéraux.

2. Les prestations ambulatoires et à temps partiel :

Le centre médico-psychologique doit assurer une fonction de pivot autour duquel s'articule le dispositif du secteur. Lieu d'élaboration du projet de soins, il doit être le garant de la cohérence des interventions et actions proposées au patient et à son entourage.

Chaque secteur doit organiser un système modulé de prestations de soins ambulatoires et à temps partiel, comportant des formules variées, qui peuvent être mises en oeuvre au centre médico-

psychologique même, ou dans des structures différenciées (centre d'accueil thérapeutique à temps partiel, hôpital de jour...).

Ainsi, en sus des thérapies proposées en consultations ou séances, il sera prévue, en psychiatrie générale, au moins une formule de soins ou d'accompagnement permettant une prise en charge à temps partiel plus importante.

Les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile organiseront au moins deux formules de soins institutionnels à temps partiel ou séquentiel (accueil à la journée, à la demi-journée, accueil du soir, du mercredi...) permettant d'assurer aux enfants une meilleure intégration dans l'école.

3. Les soins à temps complet :

Toute unité d'hospitalisation à temps complet doit comporter un personnel en nombre et en qualité suffisants pour assurer des soins actifs et une surveillance continue de jour et de nuit.

Des techniques propres à éviter, pour certains patients, la désadaptation pouvant résulter d'une hospitalisation, et, en psychiatrie infanto-juvénile, les programmes éducatifs et pédagogiques nécessaires devront être mise en oeuvre.

Toute équipe de secteur doit assurer les soins aux patients qui lui sont confiés selon les dispositions de la loi relative aux placements.

En psychiatrie infanto-juvénile, tout secteur ou groupe de secteur doit pouvoir assurer aux enfants et adolescents dont l'état le nécessite des soins à temps complet en milieu institutionnel ou en accueil familial, en privilégiant des formules variées (unités d'accueil familial thérapeutique, centre de crise pour adolescents...).

4. La réadaptation :

Chaque secteur ou groupe de deux ou trois secteurs de psychiatrie générale devra disposer, hors enceinte de l'hôpital, d'au moins une structure conçue aux fins de soins de réadaptation permettant une certaine insertion dans le milieu social et un ré entraînement à l'autonomie (appartement thérapeutique, centre de postcure, placement familial thérapeutique, atelier thérapeutique, hôpital de jour...).

Il apparaît que l'on peut en cette matière se donner un objectif de résultat : on tiendra comme indicateur la proportion de patients à réinsérer parmi ceux dont l'hospitalisation, de l'avis des équipes de soins, s'est prolongée faute de relais. Cet objectif sera fixé dans chaque secteur, en concertation avec les équipes concernées.

5. La coordination avec les autres dispositifs de soins et de prévention :

Outre ce qui a déjà été dit concernant les urgences, les équipes de secteur prendront contact avec tous services de soins (comprenant les services de protection maternelle infantile et les centres d'action médico-sociale précoce) susceptibles de recevoir certains de leurs patients ou de bénéficier de leurs interventions de façon à établir, autant que possible et utile, des liens de fonctionnement.

Elles viseront en particulier les objectifs suivants :

- en psychiatrie infanto-juvénile, la reconnaissance précoce des difficultés du nourrisson et de son entourage ;
- en psychiatrie générale, la prise en charge précoce et le suivi des suivants, et les soins psychiatriques aux personnes âgées.

Les médecins généralistes et les psychiatres d'exercice libéral doivent être informés de l'existence et du mode de fonctionnement des structures des secteurs psychiatriques qui les concernent. Ils doivent être encouragés à suivre l'hospitalisation et autres soins psychiatriques dispensés à leurs

patients par une information régulière qui leur permette d'articuler leur propre prise en charge avec celle proposée par l'équipe de secteur.

Dans la mesure du possible, des séances de formation post-universitaire seront organisées sur des thèmes psychiatriques avec la collaboration de praticiens de secteur psychiatrique.

6. Les interventions dans les structures sociales (ou éducatives) et médico-sociales :

Les équipes de secteur auront pris au moins un contact avec chaque établissement sociale ou médico-social susceptible d'accueillir des patients de leur secteur ou accueillant une population particulièrement exposée aux problèmes de santé mentale public et les prestations qu'il peut proposer et, à chaque fois qu'il est possible, d'établir des relations de concertation ou de services réciproques.

7. Participation à des programmes de santé particuliers :

Les équipes de secteur s'associeront aux mesures qui viennent d'être décidées pour intensifier la lutte contre les mauvais traitements à enfants : campagne nationale de prévention des abus sexuels à l'égard des enfants, généralisée en 1989, mise en place d'un dispositif spécifique d'aide aux mineurs maltraités, confié au président du conseil général par la loi du 10 juillet 1989.

Leur participation consiste en la collaboration avec les services d'aide sociale à l'enfance, éducation nationale, justice) et professionnels concernés et, le cas échéant, en la prise en charge des enfants et familles.

L'action des secteurs en matière de prévention fera l'objet d'une circulaire complémentaire.

Des recommandations pour le développement de l'information médicale et la participation des équipes de secteur à la recherche en psychiatrie seront donnés par ailleurs.

III. - Procédure : schémas départementaux d'organisation et carte sanitaire en psychiatrie.

En matière de santé mentale, l'appréhension des besoins existants de soins et l'adaptation des structures existantes nécessaire pour y répondre reposent, en cohérence avec les orientations et priorités régionales, sur deux outils principaux : le schéma départemental d'organisation en psychiatrie, d'une part, la carte sanitaire de santé mentale, d'autre part.

1. Le schéma départemental d'organisation en psychiatrie en constitue le premier instrument ; il assume à ce titre une double fonction.

Il vise notamment à la préparation de la carte sanitaire en psychiatrie ; à cette fin, il comprend :

- une analyse du niveau des équipements existants, distinguant les capacités d'hospitalisation complète d'une part, et les capacités d'hospitalisation partielle ainsi que d'extra-hospitalier (alternatives à l'hospitalisation 'dénombrables' recensées dans l'arrêté du 14 mars 1986) ;
- une analyse du niveau des équipements nécessaires pour répondre aux besoins de la population en psychiatrie adulte et psychiatrie infanto-juvénile, dans les cadres sectoriels et départementaux ;
- une analyse du niveau des équipements projeté après réalisation des transformations consécutives au schéma départemental d'organisation (à cinq ans), établissant la même distinction ;
- une proposition de découpage, et éventuellement de redécoupage des secteurs psychiatriques ;
- une proposition d'indices sectoriels ;

- une proposition des pôles hospitaliers de rattachement des secteurs de psychiatrie adulte et infanto-juvénile.

Mais, schéma détaillé, prospectif, souple et d'adaptation plus aisée que la carte sanitaire, le schéma départemental d'organisation possède également une finalité propre essentielle ; concerté avec les professionnels de santé mentale pour la définition d'une organisation adaptée aux besoins du système de santé mentale, il en saurait être limité à ce rôle d'outil préparatoire à la carte sanitaire.

Il comprend ainsi :

- une analyse fine, difficilement chiffrable, des besoins de la population locale à mettre en relation avec les priorités régionales et celles de la politique nationale ; cette première analyse peut faire l'objet, le cas échéant, d'enquêtes complémentaires visant à en préciser certains éléments ;

- un bilan départemental, mais aussi régionale dont la direction régionale des affaires sanitaires et sociales est le maître d'œuvre : ce document vise à synthétiser au plan régional les travaux départementaux et à en garantir la cohérence ;

- les projets de transformation détaillés qui seraient nécessaires pour satisfaire les besoins définis préalablement : ces projets recensent les contraintes à lever et tiennent compte des moyens disponibles pour y parvenir ;

- le schéma d'organisation lui-même, qui définit dans un cadre départemental et sectoriel l'ensemble des équipements et des activités à mettre en place pour répondre aux besoins de la population.

Ce document est établi par les directions départementales des affaires sanitaires et sociales et validé par la direction régionale des affaires sanitaires et sociales conformément à la circulaire n° 5780 du 21 décembre 1987 intitulée 'Guide méthodologique de planification en santé mentale'.

2. La première carte sanitaire de psychiatrie :

Les premières cartes sanitaires de psychiatrie devraient être arrêtées dans le courant de l'année 1990.

Conformément à la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière, et à la loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 légalisant le secteur (art. L. 326 du code de la santé publique), la carte sanitaire de la France est arrêtée par le ministre de la santé ; elle détermine, compte tenu de l'importance et de la qualité de l'équipement public et privé existant, ainsi que de l'évolution démographique et du progrès des techniques médicales :

1° Les limites des secteurs psychiatriques visés par l'article L. 326 du code de la santé publique ;

2° Pour chaque région psychiatrique, pour chaque secteur psychiatrique, l'importance des installations comportant ou non des possibilités d'hospitalisation, nécessaires pour répondre aux besoins sanitaires de la population ; cette donnée est fixée par définition d'un indice régional et d'indices sectoriels.

Conformément à la loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 et au décret n° 86-602 du 14 mars 1986 qui en fait application, le préfet de région prépare le projet de carte sanitaire régionale et sectorielle en psychiatrie à partir des schémas départementaux d'organisation et en concertation avec les directions départementales des affaires sanitaires et sociales ; celui-ci est soumis au conseil départemental de santé mentale et aux commissions ad hoc avant d'être arrêté par le ministre de la santé.

La carte sanitaire d'une région ne peut donc être arrêtée en matière de psychiatrie que lorsque la totalité des départements de la région ont achevé leur schéma départemental d'organisation.

Un projet d'arrêté précisant ces divers points et réformant les indices définis par l'arrêté du 3 juin 1980 est actuellement en préparation pour une meilleure adéquation à la situation présentée ; il devrait distinguer, avec l'instauration d'indices partiels, les lits d'hospitalisation complète d'une part, et l'ensemble des autres structures dénombrables, en lits et places, recensés dans l'arrêté du 14 mars 1986.

IV. - Principes et contraintes

1. L'évaluation :

L'évaluation de l'activité est aujourd'hui indispensable en psychiatrie comme dans les autres disciplines, même si elle est en ce domaine particulièrement difficile. elle ne pourra se réaliser que progressivement. Actuellement, il s'agit surtout de susciter un esprit, initier un mouvement.

Tout projet, toute transformation peut et doit désormais s'assortir d'un protocole d'évaluation conçu d'emblée par ses promoteurs et comportant au minimum :

- un constat explicite sur les besoins à satisfaire ;
- une indication des hypothèses ayant permis de définir les bases techniques du projet et, si possible, des objectifs précis ;
- un choix de quelques critères se rapportant aux hypothèses et objectifs, en servant d'indicateurs ;
- une méthode de recueil d'information propre à permettre de suivre l'évolution de ces indicateurs ;
- la programmation des bilans qui permettront de vérifier les hypothèse de départ, ou de mesurer l'atteinte des objectifs, et d'améliorer ou transformer en conséquence le service rendu.

Le processus de planification entrepris doit vous permettre de fonder, par étapes, l'évolution du service public sur des analyses de besoin et des évaluations de l'action de plus en plus fines et pertinentes, dont il importe qu'elles soient conçues par les équipes et les établissements eux-mêmes, avec le concours de vos services et notamment des médecins inspecteurs de la santé.

Cette évaluation ne va pas sans un temps de recherche et d'échange entre les équipes et entre les établissements. Si besoins, vous stimulerez la réflexion et les échanges, dans votre département, sur tel thème qui vous semblera prioritaire, ainsi que déjà indiqué dans le Guide méthodologique de planification en santé mentale.

2. La formation et l'encadrement des personnels :

Un soin tout particulier doit être apporté à la formation continue des personnels et pour certains, à l'accès à de nouvelles qualifications.

L'accroissement de la qualification et des compétences, et plus généralement de la qualité des savoir-faire du personnel soignant, mais aussi des personnels autres, notamment administratifs, est en effet condition de la réussite des transformations à venir impliquent une modification importante de leur rôle et de leurs pratiques. Le développement de la formation continue des personnels fait partie du protocole d'accord du 21 octobre 1989. Il importe aussi que l'encadrement médical et paramédical fasse preuve des meilleures qualités d'organisation et de régulation.

Vous inciterez les établissements à promouvoir une politique de formation, de transformation d'emplois, de promotion des personnels et d'affectation des responsabilités qui corresponde à l'effort de transformation demandé, et vous porterez une particulière attention à toute décision s'y rapportant.

3. Le redéploiement des moyens :

Les moyens nécessaires à la construction du système diversifié de psychiatrie publique définie au titre III devront en principe être trouvés par redéploiements des moyens existants.

Il conviendra donc de poursuivre un effort rigoureux de diminution des capacités d'hospitalisation complète permettant de dégager des moyens en personnel et en biens matériels.

Fonte des capacités d'hospitalisation complète et construction d'un système diversifié propre à mieux répondre aux besoins de santé de la population sont interdépendants et devront évoluer de pair : en effet, pour un moindre recours à l'hospitalisation à temps complet, et une moindre durée, il faut mettre en place les structures et actions de réadaptation et de soins ambulatoires nécessaires aux personnes accueillies. Dans le temps, il faut donner aux unités d'hospitalisation à temps complet restantes les moyens d'une activité thérapeutique intensive.

Il vous faudra donc organiser des redéploiements de moyens en personnel et de moyens financiers. Ces redéploiements viseront principalement à augmenter, en nombre de qualifications, les postes soignants (et notamment les postes de psychiatres à temps plein ou à temps partiel), autant qu'il est nécessaire à la réalisation des actions et services envisagés. Ils s'effectuent à l'intérieur des établissements (des services généraux vers les structures de soins), entre établissements (d'un centre hospitalier spécialisé vers un centre hospitalier général), ainsi qu'entre départements dans le cadre de la planification régionale.

Toutefois, si ces redéploiements doivent servir en priorité au développement de l'hospitalisation partielle et des structures et activités extra-hospitalières psychiatriques, la psychiatrie ne saurait être exemptée des efforts d'économie imposés à l'ensemble des disciplines médicales. Ainsi, lorsque des transformations en cours dégageront des moyens au-delà de ce qui serait nécessaire aux activités et structures proprement psychiatriques envisagées, des redéploiements pourront se faire en faveur des autres priorités sociales, médico-sociales ou médicales.

Il convient plus particulièrement d'insister sur la nécessité de créer des structures d'hébergement, d'aide à la vie quotidienne et d'aide au travail qui manquent aux personnes dépendantes du fait d'une pathologie mentale (maisons de retraite et foyers médicalisés, centres d'aide par le travail, ateliers protégés notamment). L'ouverture de tels équipements ne peut que faciliter l'entreprise de transformation des établissements psychiatriques pour lesquels l'une des difficultés les plus grandes est justement de trouver une relation sociale pour les patients dont la prise en charge à temps complet ne se justifie pas ou plus.

Vous veillerez toutefois à ce que des transferts excessifs ne paralysent pas la transformation indispensable de la psychiatrie. Il ne conviendrait à aucun prix, en effet, que les secteurs les plus novateurs se voient amputés de moyens nécessaires à leur évolution.

A l'inverse, il en irait naturellement de même dans les régions, départements et secteurs où la psychiatrie manquerait de moyens et où ceux-ci pourraient être prélevés sur d'autres disciplines médicales aux capacités excédentaires.

Par ailleurs, dans les secteurs où, par attentisme ou par crainte des évolutions, les capacités hospitalières surcapacitaires resteraient intactes au terme du schéma départemental d'organisation et où aucun projet de redéploiement n'aurait été développé, une partie des moyens correspondants pourrait être gelée, notamment à l'occasion de départs en retraite, et redéployée vers d'autres secteurs psychiatriques déficitaires ou vers d'autres activités et disciplines médicales ou médico-sociales.

La redistribution de moyens s'effectue selon deux critères :

- la nécessité d'atteindre en tout secteur un seuil fonctionnel selon les indications qui vous sont données au chapitre précédent ;
- la réalisation des projets évolutifs ou novateurs répondant aux objectifs définis lors de l'élaboration des schémas départementaux d'organisation.

Vous porterez une attention particulière aux secteurs qui ne disposent pas en propre de moyens de redéploiement.

Dans le cas où des moyens seraient disponibles au plan national, ils seraient affectés selon ces mêmes critères au vu des priorités régionales.

La circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales amorçait la mutation de la psychiatrie pour l'adapter au besoin d'insertion dans la communauté sans quitter la base géographique nécessaire à une couverture territoriale complète.

Les indications contenues dans la présente circulaire devraient vous permettre de guider cette évolution.

Mes services sont à votre disposition pour toute information et concours qui pourraient vous être utiles.

Paris, le 14 mars 1990.

CLAUDE EVIN

- Annexe 17 -

Loi n° 90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation.

Art. 1er. - Le premier alinéa de l'article L. 326 du code de la santé publique est ainsi rédigé:

<<La lutte contre les maladies mentales comporte des actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale.>>

Art. 2. - Le chapitre Ier du titre IV du livre III du code de la santé publique est intitulé: <<Organisation générale de la lutte contre les maladies mentales et droits des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux.>> Il comprend l'article L. 326 et les articles L. 326-1, L. 326-2, L. 326-3,

L. 326-4, L. 326-5, L. 327, L. 328, L. 329, L. 330 et L. 330-1 ainsi rédigés: <<Art. L. 326-1. - Nul ne peut être sans son consentement ou, le cas échéant, sans celui de son représentant légal, hospitalisé ou maintenu en hospitalisation dans un établissement accueillant des malades atteints de troubles mentaux hormis les cas prévus par la loi et notamment par le chapitre III du présent titre.

<<Toute personne hospitalisée ou sa famille dispose du droit de s'adresser au praticien ou à l'équipe de santé mentale, publique ou privée, de son choix tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du secteur psychiatrique correspondant à son lieu de résidence.

<<Art. L. 326-2. - Toute personne hospitalisée avec son consentement pour des troubles mentaux est dite en hospitalisation libre. Elle dispose des mêmes droits liés à l'exercice des libertés individuelles que ceux qui sont reconnus aux malades hospitalisés pour une autre cause.

<<Art. L. 326-3. - Lorsqu'une personne atteinte de troubles mentaux est hospitalisée sans son consentement en application des dispositions du chapitre III du présent titre, les restrictions à l'exercice de ses libertés individuelles doivent être limitées à celles nécessitées par son état de santé et la mise en oeuvre de son traitement. En toutes circonstances, la dignité de la personne hospitalisée doit être respectée et sa réinsertion recherchée.

<<Elle doit être informée dès l'admission et, par la suite, à sa demande, de sa situation juridique et de ses droits.

<<En tout état de cause, elle dispose du droit:

<<1o De communiquer avec les autorités mentionnées à l'article L. 332-2;

<<2o De saisir la commission prévue à l'article L.332-3;

<<3o De prendre conseil d'un médecin ou d'un avocat de son choix;

<<4o D'émettre ou de recevoir des courriers;

<<5o De consulter le règlement intérieur de l'établissement tel que défini à l'article L. 332-1 et de recevoir les explications qui s'y rapportent;

<<6o D'exercer son droit de vote;

<<7o De se livrer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix. <<Ces droits, à l'exception de ceux mentionnés aux 4o, 6o et 7o, peuvent être exercés à leur demande par les parents ou les personnes susceptibles d'agir dans l'intérêt du malade.

<<Art. L. 326-4. - Tout protocole thérapeutique pratiqué en psychiatrie ne peut être mis en oeuvre que dans le strict respect des règles déontologiques et éthiques en vigueur.

<<Art. L. 326-5. - A sa sortie de l'établissement, toute personne hospitalisée en raison de troubles mentaux conserve la totalité de ses droits et devoirs de citoyen, sous réserve des dispositions des articles 492 et 508 du code civil, sans que ses antécédents psychiatriques puissent lui être opposés.

<<Art. L. 327. - Le médecin qui constate que la personne à laquelle il donne ses soins a besoin, pour l'une des causes prévues à l'article 490 du code civil, d'être protégée dans les actes de la vie civile peut en faire la déclaration au procureur de la République du lieu de traitement. Cette déclaration a pour effet de placer le malade sous sauvegarde de justice si elle est accompagnée de l'avis conforme d'un psychiatre.

<<Lorsqu'une personne est soignée dans l'un des établissements mentionnés aux articles L. 331 et L. 332, le médecin est tenu, s'il constate que cette personne se trouve dans la situation prévue à l'alinéa précédent, d'en faire la déclaration au procureur de la République du lieu de traitement. Cette déclaration a pour effet de placer le malade sous sauvegarde de justice. Le préfet doit être informé par le procureur de la mise sous sauvegarde.

<<Art. L. 328. - La personne hospitalisée sans son consentement dans un établissement de soins conserve le domicile qui était le sien avant l'hospitalisation aussi longtemps que ce domicile reste à sa disposition.

Néanmoins, les significations qui y auront été faites pourront, suivant les circonstances, être annulées par les tribunaux.

<<Si une tutelle a été constituée, les significations seront faites au tuteur; s'il y a curatelle, elles devront être faites à la fois à la personne protégée et à son curateur.

<<Les fonctions de juge des tutelles peuvent être exercées par un juge appartenant au tribunal d'instance dans le ressort duquel la personne sous tutelle ou curatelle est hospitalisée, lors même que celle-ci a conservé son domicile dans un ressort différent de celui du lieu de traitement.

<<Art. L.329. - Il peut être constitué, suivant les cas, et conformément aux articles 492 et 508 du code civil, une tutelle ou une curatelle pour la personne hospitalisée sans son consentement dans un des établissements visés au chapitre II.

<<Art. L.330. - Sur la demande de l'intéressé, de son conjoint, de l'un de ses parents ou de toute personne agissant dans l'intérêt du malade, ou à l'initiative du procureur de la République du lieu du traitement, le tribunal pourra nommer en chambre du conseil, par jugement exécutoire malgré appel, un curateur à la personne du malade n'ayant pas fait l'objet d'une mesure de protection et hospitalisé sans son consentement dans un des établissements mentionnés à l'article L.331.

<<Ce curateur veille:

<<1o A ce que les revenus disponibles du malade soient employés à adoucir son sort, à accélérer sa guérison et à favoriser sa réinsertion;

<<2o A ce que ce malade soit rendu au libre exercice de la totalité de ses droits aussitôt que son état le permettra.

<<Hormis le conjoint, ce curateur ne peut pas être choisi parmi les héritiers présomptifs de la personne hospitalisée.

<<Art. L.330-1. - Hormis les cas prévus à la section II du chapitre III du présent titre, l'hospitalisation ou la sortie d'un mineur sont demandées,

selon les situations, par les personnes titulaires de l'exercice de l'autorité parentale, par le conseil de famille ou, en l'absence du conseil de famille, par le tuteur avec l'autorisation du juge des tutelles qui se prononce sans délai. En cas de désaccord entre les titulaires de l'exercice de l'autorité parentale, le juge des tutelles statue.>>

Art. 3. - Les autres chapitres du titre IV du livre III du code de la santé publique sont abrogés et remplacés par les chapitres II à IV ainsi rédigés:

<<Chapitre II

<<Des établissements recevant des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux

<<Art. L. 331. - Dans chaque département, un ou plusieurs établissements sont seuls habilités par le préfet à soigner les personnes atteintes de troubles mentaux qui relèvent du chapitre III du présent titre.

<<Art. L.332. - Lorsqu'un malade hospitalisé dans un établissement autre que ceux mentionnés à l'article L.331 est atteint de troubles mentaux tels que définis soit aux 1o et 2o de l'article L.333, soit à l'article L.342, le directeur de l'établissement doit prendre, dans les quarante-huit heures,

toutes les mesures nécessaires à la mise en oeuvre de l'une des procédures prévues aux articles L.333, L.333-2, L.342 ou L.343.

<<Art. L.332-1. - Un règlement est établi pour chaque établissement ou unité d'hospitalisation accueillant des malades atteints de troubles mentaux.

<<Ce règlement doit être conforme à un règlement intérieur type établi par voie réglementaire pour la catégorie d'établissement concernée.

<<Il doit être approuvé par le préfet.

<<Art. L.332-2. - Les établissements accueillant des malades atteints de troubles mentaux sont visités sans publicité préalable une fois par semestre par le préfet ou son représentant, le juge du tribunal d'instance, le président du tribunal de grande instance ou son délégué, le maire de la commune ou son représentant et, au moins une fois par trimestre, par le procureur de la République dans le ressort duquel est situé l'établissement. <<Ces autorités reçoivent les réclamations des personnes hospitalisées ou de leur conseil et procèdent, le cas échéant, à toutes vérifications utiles.

Elles contrôlent notamment la bonne application des dispositions des articles L.326-1, L. 326-2 et L.326-3 et signent le registre de l'établissement dans les conditions prévues à l'article L.341.

<<Art. L.332-3. - Sans préjudice des dispositions de l'article L.332-2, il est institué dans chaque département une commission départementale des hospitalisations psychiatriques chargée d'examiner la situation des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux au regard du respect des libertés individuelles et de la dignité des personnes.

<<Cette commission se compose:

<<1o D'un psychiatre désigné par le procureur général près la cour d'appel; <<2o D'un magistrat désigné par le premier président de la cour d'appel;

<<3o De deux personnalités qualifiées désignées l'une par le préfet, l'autre par le président du conseil général, dont un psychiatre et un représentant d'une organisation représentative des familles de personnes atteintes de troubles mentaux.

<<Seul l'un des deux psychiatres mentionnés aux 1o et 3o pourra exercer dans un établissement visé à l'article L.331.

<<Les membres de la commission ne peuvent être membres du conseil d'administration d'un établissement hospitalier accueillant des malades atteints de troubles mentaux dans le département du ressort de la commission. <<Ils ne peuvent, en dehors du cadre des attributions de la commission, faire état des informations qu'ils ont pu recueillir sur les personnes dont la situation leur a été présentée. Sous réserve des dispositions des 4o et 6o de l'article L.332-4, ils sont soumis au secret professionnel dans les conditions prévues par l'article 378 du code pénal.

<<La commission désigne, en son sein, son président, dans des conditions fixées par voie réglementaire.

<<Art. L. 332-4. - La commission prévue à l'article L.332-3:

<<1o Est informée, dans les conditions prévues au chapitre III du présent titre, de toute hospitalisation sans le consentement du malade, de tout renouvellement et de toute levée d'hospitalisation;

<<2o Etablit chaque année un bilan de l'utilisation des procédures d'urgence visées aux articles L.333-2 et L.343;

<<3o Examine, en tant que de besoin, la situation des personnes hospitalisées et, obligatoirement, celle de toutes personnes dont l'hospitalisation sur demande d'un tiers se prolonge au-delà de trois mois;

<<4o Saisit, en tant que de besoin, le préfet ou le procureur de la République de la situation des personnes hospitalisées;

<<5o Visite les établissements mentionnés à l'article L. 331, reçoit les réclamations des personnes hospitalisées ou de leur conseil, vérifie les informations transcrites sur le registre prévu à l'article L. 341 et s'assure que toutes les mentions prescrites par la loi y sont portées;

<<6o Adresse, chaque année, le rapport de son activité au préfet et au procureur de la République et le présente au conseil départemental de santé mentale;

<<7o Peut proposer au président du tribunal de grande instance du lieu de la situation de l'établissement d'ordonner la sortie immédiate, en les formes et modalités prévues à l'article L. 351, de toute personne hospitalisée sans son consentement ou retenue dans un établissement défini à l'article L. 331.

<<Les personnels des établissements hospitaliers sont tenus de répondre à toutes demandes d'information formulées par la commission.

<<Chapitre III

<<Modes d'hospitalisation sans consentement dans les établissements

<<Section 1

<<Hospitalisation sur demande d'un tiers

<<Art. L. 333. - Une personne atteinte de troubles mentaux ne peut être hospitalisée sans son consentement à la demande d'un tiers que si:

<<1o Ses troubles rendent impossible son consentement;

<<2o Son état impose des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier.

<<La demande d'admission est présentée soit par un membre de la famille du malade, soit par une personne susceptible d'agir dans l'intérêt de celui-ci, à l'exclusion des personnels soignants dès lors qu'ils exercent dans l'établissement d'accueil.

<<Cette demande doit être manuscrite et signée par la personne qui la formule. Si cette dernière ne sait pas écrire, la demande est reçue par le maire, le commissaire de police ou le directeur de l'établissement qui en donne acte. Elle comporte les nom, prénoms, profession, âge et domicile tant de la personne qui demande l'hospitalisation que de celle dont l'hospitalisation est demandée et l'indication de la nature des relations qui existent entre elles ainsi que, s'il y a lieu, de leur degré de parenté.

<<La demande d'admission est accompagnée de deux certificats médicaux datant de moins de quinze jours et circonstanciés, attestant que les conditions prévues par les deuxième et troisième alinéas sont remplies.

<<Le premier certificat médical ne peut être établi que par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement accueillant le malade; il constate l'état mental de la personne à soigner, indique les particularités de sa maladie et la nécessité de la faire hospitaliser sans son consentement. Il doit être confirmé par un certificat d'un deuxième médecin qui peut exercer dans l'établissement accueillant le malade. Les deux médecins ne peuvent être parents ou alliés, au quatrième degré inclusivement, ni entre eux, ni des directeurs des établissements mentionnés à l'article L.331, ni de la personne ayant demandé l'hospitalisation ou de la personne hospitalisée.

<<Art. L.333-1. - Avant d'admettre une personne en hospitalisation sur demande d'un tiers, le directeur de l'établissement vérifie que la demande a été établie conformément aux dispositions de l'article L.333 ou de l'article L.333-2 et s'assure de l'identité de la personne pour laquelle l'hospitalisation est demandée et de celle de la personne qui demande l'hospitalisation. Si la demande d'admission d'un majeur protégé est formulée par son tuteur ou curateur, celui-ci doit fournir à l'appui de sa demande un extrait du jugement de mise sous tutelle ou curatelle.

<<Il est fait mention de toutes les pièces produites dans le bulletin d'entrée.

<<Art. L.333-2. - A titre exceptionnel et en cas de péril imminent pour la santé du malade dûment constaté par le médecin, le directeur de l'établissement pourra prononcer l'admission au vu d'un seul certificat médical émanant éventuellement d'un médecin exerçant dans l'établissement d'accueil.

<<Art. L.334. - Dans les vingt-quatre heures suivant l'admission, il est établi par un psychiatre de l'établissement d'accueil, qui ne peut en aucun cas être un des médecins mentionnés au dernier alinéa de l'article L.333, un nouveau certificat médical constatant l'état mental de la personne et confirmant ou infirmant la nécessité de maintenir l'hospitalisation sur demande d'un tiers.

<<Dès réception du certificat médical, le directeur de l'établissement adresse ce certificat ainsi que le bulletin et la copie des certificats médicaux d'entrée au préfet et à la commission mentionnée à l'article L.332-3.

<<Art. L.335. - Dans les trois jours de l'hospitalisation, le préfet notifie les nom, prénoms, profession et domicile, tant de la personne hospitalisée que de celle qui a demandé l'hospitalisation:

<<1o Au procureur de la République près le tribunal de grande instance dans le ressort duquel se trouve le domicile de la personne hospitalisée;

<<2o Au procureur de la République près le tribunal de grande instance dans le ressort duquel est situé l'établissement.

<<Art. L.336. - Si l'hospitalisation est faite dans un établissement privé n'assurant pas le service public hospitalier, le préfet, dans les trois jours de la réception du bulletin, charge deux psychiatres de visiter la personne désignée dans ce bulletin, à l'effet de constater son état et d'en faire rapport sur-le-champ. Il peut leur adjoindre telle autre personne qu'il désignera.

<<Art. L.337. - Dans les trois jours précédant l'expiration des quinze premiers jours de l'hospitalisation, le malade est examiné par un psychiatre de l'établissement d'accueil.

<<Ce dernier établit un certificat médical circonstancié précisant notamment la nature et l'évolution des troubles et indiquant clairement si les conditions de l'hospitalisation sont ou non toujours réunies. Au vu de ce certificat, l'hospitalisation peut être maintenue pour une durée maximale d'un mois.

<<Au-delà de cette durée, l'hospitalisation peut être maintenue pour des périodes maximales d'un mois, renouvelables selon les mêmes modalités.

<<Le certificat médical est adressé aux autorités visées au deuxième alinéa de l'article L.338 ainsi qu'à la commission mentionnée à l'article L.332-3 et selon les modalités prévues à ce même alinéa.

<<Faute de production du certificat susvisé, la levée de l'hospitalisation est acquise.

<<Art. L. 338. - Sans préjudice des dispositions mentionnées au précédent article, il est mis fin à la mesure d'hospitalisation prise en application de l'article L.333 ou de l'article L.333-2 dès qu'un psychiatre de l'établissement certifie que les conditions de l'hospitalisation sur demande d'un tiers ne sont plus réunies et en fait mention sur le registre prévu à l'article L.341. Ce certificat circonstancié doit mentionner l'évolution ou la disparition des troubles ayant justifié l'hospitalisation.

<<Dans les vingt-quatre heures qui suivent la fin de cette mesure d'hospitalisation, le directeur de l'établissement en informe le préfet, la commission mentionnée à l'article L.332-3, les procureurs de la République mentionnés à l'article L.335 et la personne qui a demandé l'hospitalisation. <<Le préfet peut ordonner la levée immédiate d'une hospitalisation à la demande d'un tiers dans les établissements mentionnés à l'article L.331 lorsque les conditions de l'hospitalisation ne sont plus réunies.

<<Art. L. 339. - Toute personne hospitalisée à la demande d'un tiers dans un établissement mentionné à l'article L.331 cesse également d'y être retenue dès que la levée de l'hospitalisation est requise par:

<<1o Le curateur nommé en application de l'article L.330;

<<2o Le conjoint ou la personne justifiant qu'elle vit en concubinage avec le malade;

<<3o S'il n'y a pas de conjoint, les ascendants;

<<4o S'il n'y a pas d'ascendants, les descendants majeurs;

<<5o La personne qui a signé la demande d'admission, à moins qu'un parent,

jusqu'au sixième degré inclus, n'ait déclaré s'opposer à ce qu'elle use de cette faculté sans l'assentiment du conseil de famille;

<<6o Toute personne autorisée à cette fin par le conseil de famille;

<<7o La commission mentionnée à l'article L.322-3.

<<S'il résulte d'une opposition notifiée au chef de l'établissement par un ayant droit qu'il y a dissension soit entre les ascendants, soit entre les descendants, le conseil de famille se prononcera

dans un délai d'un mois.

<<Néanmoins, si le médecin de l'établissement est d'avis que l'état du malade pourrait compromettre l'ordre public ou la sûreté des personnes, sans préjudice des dispositions des articles L.342 et L.347, il en est donné préalablement et aussitôt connaissance au préfet, qui peut ordonner immédiatement un sursis provisoire et, le cas échéant, une hospitalisation d'office conformément aux dispositions de l'article L.342. Ce sursis provisoire cesse de plein droit à l'expiration de la quinzaine si le préfet n'a pas, dans ce délai, prononcé une hospitalisation d'office.

<<Art. L.340. - Dans les vingt-quatre heures suivant la sortie, le directeur de l'établissement en avise le préfet ainsi que la commission mentionnée à l'article L. 332-3 et les procureurs mentionnés à l'article L.335 et leur fait connaître le nom et l'adresse des personnes ou de l'organisme mentionnés à l'article L.339.

<<Art. L.341. - Dans chaque établissement est tenu un registre sur lequel sont transcrits dans les vingt-quatre heures:

<<1o Les nom, prénoms, profession, âge et domicile des personnes hospitalisées;

<<2o La date de l'hospitalisation;

<<3o Les nom, prénoms, profession et domicile de la personne ayant demandé l'hospitalisation;

<<4o Les certificats médicaux joints à la demande d'admission;

<<5o Le cas échéant, la mention de la décision de mise sous tutelle,

curatelle ou sauvegarde de justice;

<<6o Les certificats que le directeur de l'établissement doit adresser aux autorités administratives en application des articles L. 334, L. 337 et L.

338;

<<7o Les dates, durées et modalités des sorties d'essai prévues à l'article L. 350;

<<8o Les levées d'hospitalisation;

<<9o Les décès.

<<Ce registre est soumis aux personnes qui, en application des articles L.

332-2 et L. 332-4, visitent l'établissement; ces dernières apposent, à l'issue de la visite, leur visa, leur signature et, s'il y a lieu, leurs observations.

<<Section II

<<Hospitalisation d'office

<<Art. L. 342. - A Paris, le préfet de police et, dans les départements, les préfets prononcent par arrêté, au vu d'un certificat médical circonstancié,

l'hospitalisation d'office dans un établissement mentionné à l'article L. 331 des personnes dont les troubles mentaux compromettent l'ordre public ou la sûreté des personnes. Le certificat médical circonstancié ne peut émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement accueillant le malade. Les arrêtés préfectoraux sont motivés et énoncent avec précision les circonstances qui ont rendu

l'hospitalisation nécessaire.

<<Dans les vingt-quatre heures suivant l'admission, le directeur de l'établissement d'accueil transmet au préfet et à la commission mentionnée à l'article L. 332-3 un certificat médical établi par un psychiatre de l'établissement.

<<Ces arrêtés ainsi que ceux qui sont pris en application des articles L.

343, L. 345, L. 346, L. 347 et L. 348 et les sorties effectuées en application de l'article L. 350 sont inscrits sur un registre semblable à celui qui est prescrit par l'article L. 341, dont toutes les dispositions sont applicables aux personnes hospitalisées d'office.

<<Art. L. 343. - En cas de danger imminent pour la sûreté des personnes,

attesté par un avis médical ou, à défaut, par la notoriété publique, le maire et, à Paris, les commissaires de police arrêtent, à l'égard des personnes dont le comportement révèle des troubles mentaux manifestes, toutes les mesures provisoires nécessaires, à charge d'en référer dans les vingt-quatre heures au préfet qui statue sans délai et prononce, s'il y a lieu, un arrêté d'hospitalisation d'office dans les formes prévues à l'article L. 342. Faute de décision préfectorale, ces mesures provisoires sont caduques au terme d'une durée de quarante-huit heures.

<<Art. L. 344. - Dans les quinze jours, puis un mois après l'hospitalisation et ensuite au moins tous les mois, le malade est examiné par un psychiatre de l'établissement qui établit un certificat médical circonstancié confirmant ou infirmant, s'il y a lieu, les observations contenues dans le précédent certificat et précisant notamment les caractéristiques de l'évolution ou la disparition des troubles justifiant l'hospitalisation. Chaque certificat est transmis au préfet et à la commission mentionnée à l'article L. 332-3 par le directeur de l'établissement.

<<Art. L. 345. - Dans les trois jours précédant l'expiration du premier mois d'hospitalisation, le préfet peut prononcer, après avis motivé d'un psychiatre, le maintien de l'hospitalisation d'office pour une nouvelle durée de trois mois. Au-delà de cette durée, l'hospitalisation peut être maintenue par le préfet pour des périodes de six mois maximum renouvelables selon les mêmes modalités.

<<Faute de décision préfectorale à l'issue de chacun des délais prévus à l'alinéa précédent, la mainlevée de l'hospitalisation est acquise.

<<Sans préjudice des dispositions qui précèdent, le préfet peut à tout moment mettre fin à l'hospitalisation après avis d'un psychiatre ou sur proposition de la commission mentionnée à l'article L. 332-3.

<<Art. L. 346. - Si un psychiatre déclare sur un certificat médical ou sur le registre tenu en exécution des articles L. 341 et L. 342 que la sortie peut être ordonnée, le directeur de l'établissement est tenu d'en référer dans les vingt-quatre heures au préfet qui statue sans délai.

<<Art. L. 347. - A l'égard des personnes relevant d'une hospitalisation sur demande d'un tiers, et dans le cas où leur état mental pourrait compromettre l'ordre public ou la sûreté des personnes, le préfet peut prendre un arrêté provisoire d'hospitalisation d'office. A défaut de confirmation, cette mesure est caduque au terme d'une durée de quinze jours.

<<Art. L. 348. - Lorsque les autorités judiciaires estiment que l'état mental d'une personne qui a bénéficié d'un non-lieu, d'une décision de relaxe ou d'un acquittement en application des dispositions de l'article 64 du code pénal pourrait compromettre l'ordre public ou la sûreté des personnes, elles avisent immédiatement le préfet, qui prend sans délai toute mesure utile,

ainsi que la commission mentionnée à l'article L. 332-3. L'avis médical visé à l'article L. 342 doit porter sur l'état actuel du malade.

<<Art. L. 348-1. - Il ne peut être mis fin aux hospitalisations d'office intervenues en application de

l'article L. 348 que sur les décisions conformes de deux psychiatres n'appartenant pas à l'établissement et choisis par le préfet sur une liste établie par le procureur de la République après avis de la direction de l'action sanitaire et sociale du département dans lequel est situé l'établissement.

<<Ces deux décisions résultant de deux examens séparés et concordants doivent établir que l'intéressé n'est plus dangereux ni pour lui-même ni pour autrui.

<<Art. L. 349. - Le préfet avise dans les vingt-quatre heures le procureur de la République près le tribunal de grande instance dans le ressort duquel est situé l'établissement, le maire du domicile et la famille de la personne hospitalisée, de toute hospitalisation d'office, de tout renouvellement et de toute sortie.

<<Section III

<<Dispositions communes

<<Art. L. 350. - Afin de favoriser leur guérison, leur réadaptation ou leur réinsertion sociale, les personnes qui ont fait l'objet d'une hospitalisation sur demande d'un tiers ou d'une hospitalisation d'office peuvent bénéficier d'aménagements de leurs conditions de traitement sous forme de sorties d'essai, éventuellement au sein d'équipements et services ne comportant pas d'hospitalisation à temps complet mentionnés aux articles 4^{ter} et 44 de la loi no 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.

<<La sortie d'essai comporte une surveillance médicale. Sa durée ne peut dépasser trois mois; elle est renouvelable. Le suivi de la sortie d'essai est assuré par le secteur psychiatrique compétent.

<<La sortie d'essai, son renouvellement éventuel ou sa cessation sont décidés:

<<1o Dans le cas d'une hospitalisation sur demande d'un tiers, par un psychiatre de l'établissement d'accueil; le bulletin de sortie d'essai est visé par le directeur de l'établissement et transmis sans délai au préfet; le tiers ayant fait la demande d'hospitalisation est informé;

<<2o Dans le cas d'une hospitalisation d'office, par le préfet, sur proposition écrite et motivée d'un psychiatre de l'établissement d'accueil.

<<Art. L.351. - Toute personne hospitalisée sans son consentement ou retenue dans quelque établissement que ce soit, public ou privé, qui accueille des malades soignés pour troubles mentaux, son tuteur si elle est mineure, son tuteur ou curateur si, majeure, elle a été mise sous tutelle ou en curatelle, son conjoint, son concubin, tout parent ou toute personne susceptible d'agir dans l'intérêt du malade et éventuellement le curateur à la personne peuvent, à quelque époque que ce soit, se pourvoir par simple requête devant le président du tribunal de grande instance du lieu de la situation de l'établissement qui, statuant en la forme des référés après débat contradictoire et après les vérifications nécessaires, ordonne, s'il y a lieu, la sortie immédiate.

<<Toute personne qui a demandé l'hospitalisation ou le procureur de la République, d'office, peut se pourvoir aux mêmes fins.

<<Le président du tribunal de grande instance peut également se saisir d'office, à tout moment, pour ordonner qu'il soit mis fin à l'hospitalisation sans consentement. A cette fin, toute personne intéressée peut porter à sa connaissance les informations qu'elle estimerait utiles sur la situation d'un malade hospitalisé.

<<Chapitre IV

<<Dispositions pénales

<<Art. L.352. - Sera puni d'un emprisonnement de six mois à deux ans et d'une amende de 500 F à 15000 F ou de l'une de ces deux peines seulement, le directeur d'un établissement mentionné à l'article L.331 qui aura retenu une personne hospitalisée sans son consentement alors que sa sortie aura été ordonnée par le préfet, en application du dernier alinéa de l'article L.338 ou de l'article L.346, ou par le président du tribunal de grande instance,

conformément à l'article L.351, ou lorsque cette personne aura bénéficié de la mainlevée de l'hospitalisation en application des articles L.337, L.338, L.339 ou L.345.

<<Art. L.353. - Sera puni d'un emprisonnement de cinq jours à un an et d'une amende de 2500 F à 20000 F, ou de l'une de ces deux peines seulement, le directeur d'un établissement mentionné à l'article L.331 qui aura:

<<1o Admis une personne sur demande d'un tiers sans avoir obtenu la remise de la demande d'admission et des certificats prévus par les articles L.133 et L. 333-2;

<<2o Omis d'adresser au préfet dans les délais prescrits les certificats médicaux et le bulletin d'entrée établis en application du deuxième alinéa de l'article L.334;

<<3o Omis d'adresser au préfet dans les délais prescrits les certificats médicaux établis en application des articles L.337, L. 344 et L. 346;

<<4o Omis de se conformer dans le délai indiqué aux prescriptions des articles L. 341 et L. 342;

<<5o Omis d'aviser dans le délai prescrit les autorités mentionnées au deuxième alinéa de l'article L.338 de la déclaration prévue par ledit article;

<<6o Omis d'aviser le préfet dans les délais prescrits de la levée de l'hospitalisation sur demande d'un tiers prévue par l'article L.340 ou de la déclaration prévue par l'article L.346;

<<7o Supprimé ou retenu une requête ou réclamation adressée par une personne hospitalisée sans son consentement à l'autorité judiciaire ou à l'autorité administrative.

<<Art. L.354. - Sera puni des peines mentionnées à l'article L.353:

<<1o Le médecin d'un établissement mentionné à l'article L.331 qui aura supprimé ou retenu une requête ou une réclamation adressée par une personne hospitalisée sans son consentement à l'autorité judiciaire ou à l'autorité administrative;

<<2o Le médecin d'un établissement mentionné à l'article L.331 qui aura refusé ou omis d'établir dans les délais prescrits les certificats médicaux relevant de sa responsabilité en application des articles L.334, L. 337, L.

342 et L.344;

<<3o Le directeur d'un établissement autre que ceux mentionnés à l'article L.331 qui n'aura pas pris dans le délai prescrit les mesures nécessaires à la mise en oeuvre de l'une des procédures prévues par les articles L.133, L.

333-2, L. 342 ou L. 343 dans les cas définis à l'article L.332.

<<Art. L.355. - Des décrets en Conseil d'Etat déterminent en tant que de besoin les mesures d'application du présent titre.>>

Art. 4. - Une évaluation des dispositions prévues par la présente loi devra être réalisée dans les cinq

années qui suivent sa promulgation. Cette évaluation sera établie sur la base des rapports des commissions départementales prévues à l'article L.332-3 du code de la santé publique; elle sera soumise au Parlement après avis de la commission des maladies mentales.

La présente loi sera exécutée comme loi de l'Etat.

Fait à Paris, le 27 juin 1990.

FRANCOIS MITTERRAND
Par le Président de la République:
Le Premier ministre,

MICHEL ROCARD
Le garde des sceaux, ministre de la justice,
PIERRE ARPAILLANGE
Le ministre de l'intérieur,

PIERRE JOXE
Le ministre de la solidarité, de la santé
et de la protection sociale,
CLAUDE EVIN

- Annexe 18 -

Loi hospitalière n° 91-748 du 31 juillet 1991 (extraits)

L'Assemblée nationale et le Sénat ont délibéré,

L'Assemblée nationale a adopté,

Vu la décision du Conseil constitutionnel n° 91-297 DC en date du 29 juillet 1991 ;

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE LIVRE VII

Établissements de santé, thermoclimatisme, laboratoires

TITRE Ier

ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Chapitre Ier

Principes fondamentaux

"Section 1

"Des droits du malade accueilli dans un établissement de santé

"Art. L. 710-1. - Le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de santé est un principe fondamental de la législation sanitaire.

"Les limitations apportées à ce principe par les différents régimes de protection sociale ne peuvent être introduites qu'en considération des capacités techniques des établissements, de leur mode de tarification et des critères de l'autorisation à dispenser des soins remboursables aux assurés sociaux.

"Art. L. 710-2. - Les établissements de santé, publics ou privés, sont tenus de communiquer aux personnes recevant ou ayant reçu des soins, sur leur demande et par l'intermédiaire du praticien qu'elles désignent, les informations médicales contenues dans leur dossier médical. Les praticiens qui ont prescrit l'hospitalisation ont accès, sur leur demande, à ces informations.

Dans le respect des règles déontologiques qui leur sont applicables, les praticiens des établissements assurent l'information des personnes soignées. Les personnels paramédicaux participent à cette information dans leur domaine de compétence et dans le respect de leurs propres règles professionnelles.

"Les établissements sont tenus de protéger la confidentialité des informations qu'ils détiennent sur les personnes qu'ils accueillent.

"Les modalités d'application du présent article sont fixées par voie réglementaire, après avis du Conseil national de l'ordre des médecins.

"Art. L. 710-3. - Afin de dispenser des soins de qualité, les établissements de santé, publics ou privés, sont tenus de disposer des moyens adéquats et de procéder à l'évaluation de leur activité.

- Annexe 19 -

Recommandation 1235 de l'Assemblée Parlementaire du Conseil de l'Europe relative à la psychiatrie et aux droits de l'homme, 12 avril 1994¹.

1. L'Assemblée constate qu'il n'existe aucune étude d'ensemble sur la législation et la pratique en matière de psychiatrie couvrant les Etats membres du Conseil de l'Europe.
2. Elle note que, d'une part, une jurisprudence s'est développée à partir de la Convention européenne des Droits de l'Homme et que, d'autre part, le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants a été amené à faire un certain nombre d'observations concernant la pratique en matière d'internement psychiatrique.
3. Elle relève que, dans un grand nombre de pays membres, les législations concernant la psychiatrie sont en cours de révision ou d'élaboration.
4. Elle est informée que, dans de nombreux pays, un débat animé est en cours sur des problèmes liés à certains types de traitements, tels la lobotomie et les électrochocs, ainsi que sur les abus sexuels dans le cadre du traitement psychiatrique.
5. Elle rappelle la Recommandation no R (83) 2 du Comité des Ministres aux Etats membres sur la protection juridique des personnes atteintes de troubles mentaux et placées comme patients involontaires.
6. Elle considère qu'il est grand temps que les Etats membres du Conseil de l'Europe se dotent de mesures législatives assurant le respect des droits de l'homme des malades psychiatriques.
7. En conséquence, l'Assemblée invite le Comité des Ministres à adopter une nouvelle recommandation s'inspirant des règles ci-après:

1. Procédure et conditions de placement:

a. le placement non volontaire doit être exceptionnel et doit répondre aux critères suivants:

- il existe un danger grave pour le patient lui-même ou pour autrui;
- un critère additionnel peut être celui du traitement, si l'absence de placement peut entraîner une détérioration de l'état du patient ou l'empêcher de recevoir un traitement approprié;

b. en cas de placement non volontaire, la décision de placement dans un établissement psychiatrique doit être prise par un juge et la durée du placement doit être précisée. Une révision périodique et automatique de la nécessité du placement doit être prévue. Dans tous les cas, il faut tenir compte des principes posés dans la future convention sur la bioéthique du Conseil de l'Europe;

c. la décision doit pouvoir faire l'objet d'un recours prévu par la loi;

¹ Discussion par l'Assemblée le 12 avril 1994 (10e séance) (voir Doc. 7040, rapport de la commission des questions juridiques et des droits de l'homme, rapporteur: M. Stoffelen; et Doc. 7048, avis de la commission des questions sociales, de la santé et de la famille, rapporteur: M. Eisma). Texte adopté par l'Assemblée le 12 avril 1994 (10e séance).

- d. un code des droits des malades doit être porté à la connaissance des malades à leur entrée dans l'établissement psychiatrique;
- e. un code de déontologie pour les psychiatres devrait être élaboré, qui pourrait s'inspirer notamment de la Déclaration d'Hawaï approuvée par l'Assemblée générale de l'Association mondiale de psychiatrie à Vienne en 1983.

2. Traitements:

- a. une distinction doit être établie entre les patients handicapés mentaux et les patients aliénés;
- b. la lobotomie et la thérapie par électrochocs ne peuvent être pratiquées que si le consentement éclairé a été donné par écrit par le patient lui-même ou par une personne choisie par le patient pour le représenter, soit un conseiller soit un curateur, et si la décision a été confirmée par un comité restreint qui n'est pas composé uniquement d'experts psychiatriques;
- c. le traitement appliqué au malade doit faire l'objet d'un rapport précis et circonstancié;
- d. le personnel soignant doit être en nombre suffisant et avoir une formation adaptée à ce type de malades;
- e. un «conseiller» indépendant de l'institution doit être accessible aux patients sans aucune entrave; de même un «curateur» devrait être chargé de veiller aux intérêts des mineurs;
- f. une inspection analogue à celle du Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants devrait être mise en place.

3. Problèmes et abus en psychiatrie:

- a. le code de déontologie doit stipuler expressément qu'il est interdit au psychothérapeute de faire des avances sexuelles à ses patientes;
- b. l'isolement des patients doit être strictement limité et le logement en dortoirs de grande dimension doit également être évité;
- c. aucun moyen de contention mécanique ne doit être utilisé. Les moyens de contention chimique doivent être proportionnés au but recherché, et aucune atteinte irréversible ne doit être portée aux droits de procréation des individus;
- d. la recherche scientifique dans le domaine de la santé mentale ne doit pas se faire à l'insu ni contre la volonté du patient ou de la patiente, ou de son représentant, et doit être menée seulement dans l'intérêt du patient ou de la patiente.

4. Situation des personnes détenues:

- a. toute personne incarcérée devrait être examinée par un médecin;
- b. un psychiatre et un personnel spécialement formé devraient être attachés à chaque établissement pénitentiaire;

- c. les règles énoncées précédemment et les règles de déontologie devraient s'appliquer aux détenus, et, notamment, le secret médical devrait être observé dans toute la mesure compatible avec les exigences de la détention;
- d. des programmes sociothérapeutiques devraient être mis en place dans certaines unités pénitentiaires pour les détenus présentant des troubles de la personnalité.

- Annexe 20 -

Charte du patient hospitalisé, Annexe au Décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995.

Le malade, le blessé, la femme enceinte, accueilli en établissement de santé ou suivi en hospitalisation à domicile, ainsi que la personne âgée hébergée, est une personne avec des droits et des devoirs. Elle ne saurait être considérée uniquement, ni même principalement, du point de vue de sa pathologie, de son handicap ou de son âge.

Au-delà de la réglementation sanitaire qu'ils appliquent, les établissements de santé se doivent de veiller au respect des droits de l'homme et du citoyen reconnus universellement, ainsi que des principes généraux du droit français : non discrimination, respect de la personne, de sa liberté individuelle, de sa vie privée, de son autonomie. Les établissements doivent, en outre, prendre toutes dispositions pour que les principes issus de la loi et relatifs au respect du corps humain soient appliqués. A ce titre, il leur faut assurer la primauté de la personne et interdire toute atteinte à la dignité de celle-ci. De même, ils doivent veiller à la bonne application des règles de déontologie médicale et paramédicale. Enfin, ils s'assurent que les patients ont la possibilité de faire valoir leurs droits.

L'objectif de la présente Charte est de faire connaître concrètement les droits essentiels des patients accueillis dans les établissements de santé, tels qu'ils sont affirmés par les lois, décrets et circulaires dont la liste est annexée à la circulaire ci-dessus mentionnée.

L'application de la Charte du patient s'interprète au regard des obligations nécessaires au bon fonctionnement de l'institution et auxquelles sont soumis le personnel et les patients. Le patient doit pouvoir prendre connaissance du règlement intérieur qui précise celles-ci. Les dispositions qui le concernent, en particulier, les obligations qui s'appliquent à l'établissement, aux personnels et aux patients, seront si possible intégrées dans le livret d'accueil. Cette Charte est remise à chaque patient ainsi qu'un questionnaire de sortie, annexés au livret d'accueil, dès son entrée dans l'établissement.

I : De l'accès au service public hospitalier

Les établissements de santé qui assurent le service public hospitalier accueillent toutes personnes, quels que soient leur origine, leur sexe, leur situation de famille, leur âge, leur état de santé, leur handicap, leurs opinions politiques, syndicales, philosophiques ou religieuses. Ils les accueillent de jour comme de nuit, éventuellement en urgence. A défaut, ils doivent tout mettre en oeuvre pour assurer leur admission dans un autre établissement. Les établissements doivent réaliser les aménagements nécessaires à l'accueil des personnes souffrant d'un handicap physique, mental ou sensoriel. Ils prennent les mesures de nature à tenir compte des difficultés de compréhension et de communication des patients et de leurs mandataires. A l'égard des difficultés de nature linguistique, le recours à des interprètes ou à des associations spécialisées dans les actions d'accompagnement des populations immigrées sera recherché. L'accès au service public hospitalier est garanti à tous, et, en particulier, aux personnes les plus démunies, quand bien même elles ne pourraient justifier d'une prise en charge par l'assurance maladie ou l'aide médicale. En situation d'urgence, lorsque leur état le justifie, elles doivent être admises à l'hôpital. Lorsque l'hospitalisation n'est pas justifiée, il importe que celles-ci puissent être examinées et que des soins leur soient prescrits. L'hôpital est un lieu d'accueil privilégié où les personnes les plus démunies doivent pouvoir faire valoir leurs droits, y compris sociaux. Dans ce but, le soin et l'accueil doivent s'accompagner d'une aide dans les démarches administratives et sociales, tels qu'ils sont définis par circulaires [Notamment circulaire DH/DAS n° 93-33 du 17 septembre 1993 et circulaire n° 95-08 du 21 mars 1995 relatives à l'accès aux soins des personnes les plus démunies] L'assistance sociale ou, à défaut, la surveillante du service, est à la disposition des patients, ou à celle de leur famille, pour les aider à résoudre leurs difficultés personnelles, familiales, administratives ou matérielles liées à leur hospitalisation. Dans l'esprit de la Charte des associations de bénévoles à l'hôpital du 29 mai 1991, le directeur peut conclure des conventions avec des associations de patients, précisant les conditions d'intervention de celles-ci dans l'établissement. Leur mission est d'apporter une aide et un soutien à toute personne qui le souhaite, ou de répondre à des demandes spécifiques. La liste des associations concernées figure de préférence dans le livret d'accueil. A défaut, tout patient peut la demander.

II : Des soins

Les établissements de santé assurent les examens de diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et femmes enceintes en tenant compte des aspects psychologiques des patients. Ils leur dispensent les soins préventifs, curatifs ou palliatifs que requiert leur état, et veillent à la continuité des soins à l'issue de leur admission ou de leur hébergement. Au cours de ces traitements et ces soins, la prise en compte de la dimension douloureuse, physique et psychologique des patients, et le soulagement de la souffrance, doivent être une préoccupation constante de tous les intervenants. Tout établissement doit se doter des moyens propres à prendre en charge la douleur des patients qu'il accueille, et intégrer ces moyens dans son projet d'établissement, en application de la loi n° 95-116 du 4 février 1995. L'évolution des connaissances scientifiques et techniques permet d'apporter, dans la quasi-totalité des cas, une réponse aux douleurs, qu'elles soient chroniques ou non, qu'elles soient ressenties par des enfants, des adultes ou des personnes en fin de vie. Lorsque des personnes sont parvenues au terme de leur existence, elles reçoivent des soins d'accompagnement qui répondent à leurs besoins spécifiques. Elles sont accompagnées, si elles le souhaitent, par leurs proches et les personnes de leur choix et, naturellement, par le personnel. La circulaire DGS du 26 août 1986 constitue en ce domaine une référence en matière d'organisation des soins et d'accompagnement.

III : De l'information du patient et de ses proches

Les établissements doivent veiller à ce que l'information médicale et sociale des patients soit assurée et que les moyens mis en oeuvre soient adaptés aux éventuelles difficultés de communication ou de compréhension des patients, afin de garantir à tous l'égalité d'accès à l'information. Le secret médical n'est pas opposable au patient. Le médecin doit donner une information simple, accessible, intelligible et loyale à tous les patients. Il répond avec tact et de façon adaptée aux questions de ceux-ci. Afin que le patient puisse participer pleinement, notamment aux choix thérapeutiques qui le concernent et à leur mise en oeuvre quotidienne, les médecins et le personnel paramédical participent à l'information du malade, chacun dans son domaine de compétences. Comme le suggère l'article 4 de la Charte de l'enfant hospitalisé [Rédigée à Leiden(Pays-Bas) en 1988 lors de la première conférence européenne des associations "Enfants à l'Hôpital"] , les mineurs sont informés des actes et examens nécessaires à leur état de santé, en fonction de leur âge et de leurs facultés de compréhension, dans la mesure du possible et indépendamment de l'indispensable information de leurs représentants légaux. Les majeurs protégés bénéficient d'une information appropriée. La famille et les proches doivent pouvoir disposer d'un temps suffisant pour avoir un dialogue avec les médecins responsables. Pour des raisons légitimes et qui doivent demeurer exceptionnelles, un malade peut être laissé dans l'ignorance d'un pronostic ou d'un diagnostic graves. Un pronostic fatal doit être révélé avec circonspection, mais, à moins que le patient n'ait préalablement interdit, notamment au cours d'entretiens avec le médecin, cette révélation, ou désigné les tiers auxquels elle doit être faite, les proches doivent généralement en être prévenus. De même, la volonté du patient de ne pas être informé sur son état de santé doit être respectée.

IV : Du principe général du consentement préalable

L'intangibilité de l'intégrité corporelle de chaque personne et l'indisponibilité du corps humain sont des principes fondamentaux auxquels il ne peut être dérogé que par nécessité thérapeutique pour la personne et avec son consentement préalable. C'est pourquoi, aucun acte médical ne peut être pratiqué sans le consentement du patient, hors le cas où son état rend nécessaire cet acte auquel il n'est pas à même de consentir. Ce consentement doit être libre et renouvelé pour tout acte médical ultérieur. Il doit être éclairé, c'est-à-dire que le patient doit avoir été préalablement informé des actes qu'il va subir, des risques normalement prévisibles en l'état des connaissances scientifiques et des conséquences que ceux-ci pourraient entraîner. Tout patient, informé par un praticien des risques encourus, peut refuser un acte de diagnostic ou un traitement, l'interrompre à tout moment à ses risques et périls. Il peut également estimer ne pas être suffisamment informé, souhaiter un délai de réflexion ou l'obtention d'un autre avis professionnel. Le mineur ne pouvant prendre de décisions graves le concernant, il revient aux détenteurs de l'autorité parentale d'exprimer leur consentement. Toutefois, lorsque la santé ou l'intégrité corporelle d'un mineur risque d'être compromise par le refus du représentant légal ou l'impossibilité de recueillir le consentement de celui-ci, le médecin responsable peut saisir le Procureur de la République, afin de provoquer les mesures d'assistance éducative permettant de donner les soins qui s'imposent. La Charte de l'enfant hospitalisé suggère que si l'avis du mineur peut être recueilli, le médecin doit en tenir compte dans toute la mesure du possible. Le médecin doit tenir compte de l'avis de l'incapable majeur. Toutefois, l'attention est appelée sur le fait que dans certains cas, précisés par le juge, il convient également de recueillir le consentement des représentants légaux. Le médecin responsable a la capacité de saisir le Procureur

de la République si la santé ou l'intégralité corporelle du majeur protégé risque d'être compromise par le refus du représentant légal ou l'impossibilité de recueillir le consentement de celui-ci.

V : Du consentement spécifique pour certains actes

En plus du principe général du consentement préalable, des dispositions particulières s'appliquent notamment pour les actes ci-après. Préalablement à la réalisation d'une recherche biomédicale sur une personne, le consentement libre, éclairé et exprès doit être recueilli dans le strict respect de la loi n° 88-1138 du 20 décembre 1988 modifiée. Des dispositions particulières sont applicables respectivement aux femmes enceintes ou qui allaitent, aux personnes privées de liberté par une décision judiciaire ou administrative, aux mineurs, majeurs sous tutelle, personnes séjournant dans un établissement sanitaire ou social et malades en situation d'urgence. Le traitement de données nominatives ayant pour fin la recherche a lieu dans les conditions prévues par la loi n° 94-548 du 1er juillet 1994. Le consentement, dans le domaine du don et de l'utilisation des éléments et des produits du corps humain, de l'assistance médicale à la procréation et du diagnostic prénatal, est recueilli dans les conditions prévues par la loi n°94-654 du 29 juillet 1994. Le prélèvement d'éléments du corps humain et la collecte de ses produits ne peuvent être pratiqués sans le consentement du donneur. Le consentement est révocable à tout moment. Le consentement de la personne vivante, sur laquelle peut être effectué un prélèvement d'organe en vue de don, est formalisé devant le Tribunal de grande instance ou recueilli, en cas d'urgence, par le Procureur de la République, dans les conditions définies par la loi. Ce consentement est révocable à tout moment et sans condition de forme. Aucun prélèvement d'organe, de tissus, de cellules, aucune collecte de produits du corps humain en vue de dons ne peut avoir lieu sur une personne vivante mineure ou sur une personne vivante majeure faisant l'objet d'une mesure de protection légale. Toutefois, un prélèvement de moelle osseuse peut être effectué sur une personne mineure au bénéfice de son frère ou de sa soeur avec les garanties et dans les conditions définies par la loi. Le prélèvement d'organe, à des fins thérapeutiques, sur une personne décédée, ne peut être réalisé que si la personne n'a pas fait connaître de son vivant son refus d'un tel prélèvement, dans les conditions définies par la loi. Si le médecin n'a pas connaissance de la volonté du défunt, il doit s'efforcer de recueillir les témoignages de la famille. Si la personne décédée était un mineur ou un majeur faisant l'objet d'une mesure de protection légale, le prélèvement en vue d'un don ne peut avoir lieu qu'à la condition que chacun des titulaires de l'autorité parentale ou le représentant légal y consente expressément par écrit. Aucun prélèvement à des fins scientifiques autres que celles ayant pour but de rechercher les causes du décès ne peut être effectué sans le consentement du défunt, exprimé directement ou par le témoignage de sa famille. Toutefois, lorsque le défunt est un mineur, ce consentement est exprimé par un des titulaires de l'autorité parentale. La famille et les proches doivent être informés des prélèvements en vue de rechercher les causes du décès. Le consentement préalable des personnes sur lesquelles sont effectuées des études de leurs caractéristiques génétiques est recueilli par écrit dans les conditions fixées par la loi n° 94-653 du 29 juillet 1994 relative au respect du corps humain. Le dépistage notamment du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) n'est obligatoire que dans certains cas (dons de sang, de tissus, de cellules et notamment de sperme et de lait). Dans les autres cas, tout dépistage pour lequel un consentement préalable n'a pas été obtenu est interdit. Aucun dépistage ne peut être fait à l'insu du patient. Un tel dépistage est passible d'un recours pour atteinte à la vie privée. Un dépistage volontaire peut être proposé au patient, dans le respect des règles rappelées par la circulaire DGS/DH du 28 octobre 1987, dont celle du libre consentement, après information personnalisée.

VI : De la liberté individuelle

Un patient hospitalisé peut, à tout moment, quitter l'établissement après avoir été informé des risques possibles pour son état, et après avoir signé une décharge. A défaut de cette décharge, un document interne est rédigé. Le patient ne peut être retenu dans l'établissement en dehors du cas des personnes ayant nécessité, en raison de troubles mentaux, une hospitalisation à la demande d'un tiers, ou d'office [Loi n° 90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux], et sous réserve des dispositions applicables aux mineurs, et sous certaines conditions aux majeurs faisant l'objet d'une mesure de protection légale. Toute personne hospitalisée avec son consentement pour des troubles mentaux dispose des mêmes droits liés à l'exercice des libertés individuelles que ceux reconnus aux autres patients. La loi du 27 juin 1990 prévoit des restrictions à l'exercice des libertés individuelles des personnes hospitalisées sans consentement pour troubles mentaux, limitées à celles nécessitées par leur état de santé et la mise en oeuvre de leur traitement. Ces personnes doivent être informées dès leur admission et, par la suite à leur demande, de leur situation juridique et de leurs droits. Les personnes gardées à vue et les détenus hospitalisés [Dont la prise en charge est assurée par le service public hospitalier en

application de l'article 2 de loi n° 94-43 du 18 janvier 1994] disposent des mêmes droits que les autres patients hospitalisés, dans les limites prévues par la législation concernant, en particulier, les communications avec l'extérieur et la possibilité de se déplacer à l'intérieur de l'établissement. Lorsqu'un détenu ou une personne gardée à vue demande à quitter l'établissement de soins, les mesures sont prises pour qu'il soit remis à la disposition des autorités qui en ont la charge.

VII : Du respect de la personne et de son intimité

Le respect de l'intimité du patient doit être préservée lors des soins, des toilettes, des consultations et des visites médicales, des traitements pré et postopératoires, des radiographies, des brancardages et à tout moment de son séjour hospitalier. La personne hospitalisée est traitée avec égards et ne doit pas souffrir de propos et d'attitudes équivoques de la part du personnel. Les patients hospitalisés dans un établissement assurant également des missions d'enseignement donnent leur consentement préalable, s'ils sont amenés à faire l'objet de ces missions, notamment lors de la présentation de cas aux étudiants en médecine. Il ne peut être passé outre à un refus du patient. Les mêmes prescriptions doivent être respectées en ce qui concerne les actions de formation initiale et continue des personnels médicaux et paramédicaux ayant lieu auprès des patients. L'établissement de santé doit respecter les croyances et convictions des personnes accueillies. Un patient doit pouvoir, dans la mesure du possible, suivre les préceptes de sa religion (recueillement, présence d'un ministre du culte de sa religion, nourriture, liberté d'action et d'expression...). Ces droits s'exercent dans le respect de la liberté des autres. Tout prosélytisme est interdit, qu'il soit le fait d'une personne accueillie dans l'établissement, d'une personne bénévole, d'un visiteur ou d'un membre du personnel. Les établissements prennent les mesures qui assurent la tranquillité des patients et réduisent au mieux les nuisances liées notamment au bruit et à la lumière, en particulier aux heures de repos et de sommeil des patients. Ils organisent le fonctionnement des consultations externes et l'accomplissement des formalités administratives liées à l'hospitalisation, de manière à ce que les déplacements et les délais d'attente soient réduits le plus possible.

VIII : Du droit à la vie privée et à la confidentialité

Tout patient hospitalisé a le droit au respect de sa vie privée comme le prévoient l'article 9 du code civil et la Convention européenne des droits de l'homme. Le personnel hospitalier est tenu au secret professionnel défini par les articles 226-13 et 226-14 du code pénal et à la discrétion professionnelle définie par l'article 26 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 modifiée, relative aux droits et obligations des fonctionnaires. Une personne hospitalisée peut demander que sa présence ne soit pas divulguée. L'établissement public de santé garantit la confidentialité des informations qu'il détient sur les personnes hospitalisées (informations médicales, d'état civil, administratives, financières). Aucune personne non habilitée par le malade lui-même ne peut y avoir accès, sauf procédures judiciaires exécutées dans les formes prescrites. Toutefois, ces procédures judiciaires ne sont pas de nature à entraîner la levée des anonymats garantis par la loi [Cas des toxicomanes en application de l'article L 355-21 du code de la santé publique et sauvegarde du secret de la grossesse ou de la naissance en application de l'article 341-1 du code civil et de l'article 47 de code de la famille et de l'aide sociale]. La personne hospitalisée peut recevoir dans sa chambre les visites de son choix en respectant l'intimité et le repos des autres patients. Elle a le droit à la confidentialité de son courrier, de ses communications téléphoniques, de ses entretiens avec des visiteurs et avec les professionnels de santé. L'accès des journalistes, photographes, démarcheurs publicitaires et représentants de commerce auprès des patients ne peut avoir lieu qu'avec l'accord exprès de ceux-ci et sous réserve de l'autorisation écrite donnée par le directeur de l'établissement. Cet accès doit être utilisé avec mesure afin d'éviter tout abus de l'éventuelle vulnérabilité des patients. La personne hospitalisée peut, dans la limite du respect des autres patients et de l'espace de sa chambre, apporter des effets personnels. Le régime de responsabilité, en cas de perte, vol ou détérioration de ces objets, ainsi que des objets autorisés à être déposés, est défini par la loi n° 92-614 du 6 juillet 1992 et ses textes d'application.

IX : De l'accès aux informations contenues dans les dossiers administratifs et médicaux

Des dispositions sont prises dans chaque établissement pour que soient appliqués les principes et les modalités de la loi du 31 juillet 1991 et le décret d'application du 30 mars 1992 relatifs à la communication des informations médicales contenues dans le dossier médical par l'intermédiaire d'un praticien, aux personnes qui en font la demande. Ce praticien communique, dans le cadre d'un dialogue, les informations médicales au patient ou à son représentant légal dans le respect des règles de déontologie, et aux ayants droit dans le respect des règles du secret médical. Le médecin qui a orienté un patient vers un établissement de santé a accès au dossier médical de ce patient, avec

l'accord de celui-ci. Il est tenu informé de l'état de santé de son patient par un praticien hospitalier, dans les meilleurs délais. Dans les établissements de santé, les conditions de communications entre médecins, établissements de santé et patients, du dossier de suivi médical et du carnet médical s'appliquent selon la loi du 18 janvier 1994 et le décret n° 95-234 du 1er mars 1995. Toute personne accueillie a accès, sur sa demande, aux informations la concernant et contenues dans les fichiers informatiques de l'établissement, en application de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978. L'utilisateur a un droit d'accès aux documents administratifs, dans les conditions prévues par la loi du 17 juillet 1978 modifiée. Il en fait la demande auprès du directeur de l'hôpital. En cas de refus exprès ou tacite de celui-ci, il peut solliciter l'avis de la CADA (Commission d'accès aux documents administratifs - 64, rue de Varenne, 75700 PARIS).

X : Des voies de recours

Indépendamment de la possibilité de répondre au questionnaire de sortie remis avec le livret d'accueil à chaque patient, une personne hospitalisée peut faire part directement au directeur de l'établissement de santé de ses observations. Chaque établissement est invité à organiser un suivi de la qualité des soins et de l'accueil à partir notamment de l'examen et du traitement des questionnaires, des réclamations exprimées auprès du directeur ou de son représentant et des plaintes ultérieures. Si la personne hospitalisée ou ses ayants droit estiment avoir subi un préjudice, lors du séjour dans l'établissement de celle-ci, ils peuvent saisir le directeur de l'hôpital d'une réclamation préalable en vue d'obtenir réparation. Si celle-ci n'aboutit pas comme il le souhaite, soit que la demande soit rejetée, soit que l'hôpital garde le silence pendant plus de quatre mois, l'auteur de la réclamation dispose de droits de recours contentieux. Le directeur s'efforce de mettre en place une fonction de médiation entre l'établissement et les patients, afin d'instruire dans les meilleurs délais les demandes de réparation pour préjudice et de donner à leurs auteurs les explications nécessaires.

- Annexe 21 -

Code de déontologie médicale, Décret n°95-1000 du 6 septembre 1995, Titre I et II, Code de la Santé Publique.

TITRE I

Devoirs généraux des médecins

Article 2 (article R.4127-2 du code de la santé publique)

Le médecin, au service de l'individu et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité.

Le respect dû à la personne ne cesse pas de s'imposer après la mort.

Article 3 (article R.4127-3 du code de la santé publique)

Le médecin doit, en toutes circonstances, respecter les principes de moralité, de probité et de dévouement indispensables à l'exercice de la médecine .

Article 4 (article R.4127-4 du code de la santé publique)

Le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi.

Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris.

Article 5 (article R.4127-5 du code de la santé publique)

Le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit.

Article 6 (article R.4127-6 du code de la santé publique)

Le médecin doit respecter le droit que possède toute personne de choisir librement son médecin. Il doit lui faciliter l'exercice de ce droit.

Article 7 (article R.4127-7 du code de la santé publique)

Le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard.

Il doit leur apporter son concours en toutes circonstances.

Il ne doit jamais se départir d'une attitude correcte et attentive envers la personne examinée.

1

Article 8 (article R.4127-8 du code de la santé publique)

Dans les limites fixées par la loi, le médecin est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance.

Il doit, sans négliger son devoir d'assistance morale, limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins.

Il doit tenir compte des avantages, des inconvénients et des conséquences des différentes investigations et thérapeutiques possibles.

Article 9 (article R.4127-9 du code de la santé publique)

Tout médecin qui se trouve en présence d'un malade ou d'un blessé en péril ou, informé qu'un malade ou un blessé est en péril, doit lui porter assistance ou s'assurer qu'il reçoit les soins nécessaires .

Article 10 (article R.4127-10 du code de la santé publique)

Un médecin amené à examiner une personne privée de liberté ou à lui donner des soins ne peut, directement ou indirectement, serait-ce par sa seule présence, favoriser ou cautionner une atteinte à l'intégrité physique ou mentale de cette personne ou à sa dignité.

S'il constate que cette personne a subi des sévices ou des mauvais traitements, il doit, sous réserve de l'accord de l'intéressé, en informer l'autorité judiciaire.

Toutefois, s'il s'agit des personnes mentionnées au deuxième alinéa de l'article 44, l'accord des intéressés n'est pas nécessaire.

Article 11 (article R.4127-11 du code de la santé publique)

Tout médecin doit entretenir et perfectionner ses connaissances ; il doit prendre toutes dispositions nécessaires pour participer à des actions de formation continue.

Tout médecin participe à l'évaluation des pratiques professionnelles.

Article 12 (article R.4127-12 du code de la santé publique)

Le médecin doit apporter son concours à l'action entreprise par les autorités compétentes en vue de la protection de la santé et de l'éducation sanitaire.

La collecte, l'enregistrement, le traitement et la transmission d'informations nominatives ou indirectement nominatives sont autorisés dans les conditions prévues par la loi.

Article 13 (article R.4127-13 du code de la santé publique)

Lorsque le médecin participe à une action d'information du public de caractère éducatif et sanitaire, quel qu'en soit le moyen de diffusion, il doit ne faire état que de données confirmées, faire preuve de prudence et avoir le souci des répercussions de ses propos auprès du public. Il doit se garder à cette occasion de toute attitude publicitaire, soit personnelle, soit en faveur des organismes où il exerce ou auxquels il prête son concours, soit en faveur d'une cause qui ne soit pas d'intérêt général.

Article 14 (article R.4127-14 du code de la santé publique)

Les médecins ne doivent pas divulguer dans les milieux médicaux un procédé nouveau de diagnostic ou de traitement insuffisamment éprouvé sans accompagner leur communication des réserves qui s'imposent. Ils ne doivent pas faire une telle divulgation dans le public non médical.

Article 15 (article R.4127-15 du code de la santé publique)

Le médecin ne peut participer à des recherches biomédicales sur les personnes que dans les conditions prévues par la loi ; il doit s'assurer de la régularité et de la pertinence de ces recherches ainsi que de l'objectivité de leurs conclusions.

Le médecin traitant qui participe à une recherche biomédicale en tant qu'investigateur doit veiller à ce que la réalisation de l'étude n'altère ni la relation de confiance qui le lie au patient ni la continuité des soins.

2

Article 16 (article R.4127-16 du code de la santé publique)

La collecte de sang ainsi que les prélèvements d'organes, de tissus, de cellules ou d'autres produits du corps humain sur la personne vivante ou décédée ne peuvent être pratiqués que dans les cas et les conditions définis par la loi.

Article 17 (article R.4127-17 du code de la santé publique)

Le médecin ne peut pratiquer un acte d'assistance médicale à la procréation que dans les cas et les conditions prévus par la loi.

Article 18 (article R.4127-18 du code de la santé publique)

Un médecin ne peut pratiquer une interruption volontaire de grossesse que dans les cas et les conditions prévus par la loi ; il est toujours libre de s'y refuser et doit en informer l'intéressée dans les conditions et délais prévus par la loi.

Article 19 (article R.4127-19 du code de la santé publique)

La médecine ne doit pas être pratiquée comme un commerce.

Sont interdits tous procédés directs ou indirects de publicité et notamment tout aménagement ou signalisation donnant aux locaux une apparence commerciale.

Article 20 (article R.4127-20 du code de la santé publique)

Le médecin doit veiller à l'usage qui est fait de son nom, de sa qualité ou de ses déclarations.

Il ne doit pas tolérer que les organismes, publics ou privés, où il exerce ou auxquels il prête son concours utilisent à des fins publicitaires son nom ou son activité professionnelle.

Article 21 (article R.4127-21 du code de la santé publique)

Il est interdit aux médecins, sauf dérogations accordées dans les conditions prévues par la loi, de distribuer à des fins lucratives des remèdes, appareils ou produits présentés comme ayant un intérêt pour la santé.

Il leur est interdit de délivrer des médicaments non autorisés.

Article 22 (article R.4127-22 du code de la santé publique)

Tout partage d'honoraires entre médecins est interdit sous quelque forme que ce soit, hormis les cas prévus à l'article 94.

L'acceptation, la sollicitation ou l'offre d'un partage d'honoraires, même non suivies d'effet, sont interdites.

Article 23 (article R.4127-23 du code de la santé publique)

Tout compéage entre médecins, entre médecins et pharmaciens, auxiliaires médicaux ou toutes autres personnes physiques ou morales est interdit.

Article 24 (article R.4127-24 du code de la santé publique)

Sont interdits au médecin :

- tout acte de nature à procurer au patient un avantage matériel injustifié ou illicite ;
- toute ristourne en argent ou en nature, toute commission à quelque personne que ce soit ;
- en dehors des conditions fixées par l'article L.365-1 du code de la santé publique, la sollicitation ou l'acceptation d'un avantage en nature ou en espèces, sous quelque forme que ce soit, d'une façon directe ou indirecte, pour une prescription ou un acte médical quelconque.

Article 25 (article R.4127-25 du code de la santé publique)

Il est interdit aux médecins de dispenser des consultations, prescriptions ou avis médicaux dans des locaux commerciaux ou dans tout autre lieu où sont mis en vente des médicaments, produits ou appareils qu'ils prescrivent ou qu'ils utilisent.

3

Article 26 (article R.4127-26 du code de la santé publique)

Un médecin ne peut exercer une autre activité que si un tel cumul est compatible avec l'indépendance et la dignité professionnelles et n'est pas susceptible de lui permettre de tirer profit de ses prescriptions ou de ses conseils médicaux.

Article 27 (article R.4127-27 du code de la santé publique)

Il est interdit à un médecin qui remplit un mandat électif ou une fonction administrative d'en user pour accroître sa clientèle.

Article 28 (article R.4127-28 du code de la santé publique)

La délivrance d'un rapport tendancieux ou d'un certificat de complaisance est interdite.

Article 29 (article R.4127-29 du code de la santé publique)

Toute fraude, abus de cotation, indication inexacte des honoraires perçus et des actes effectués sont interdits.

Article 30 (article R.4127-30 du code de la santé publique)

Est interdite toute facilité accordée à quiconque se livre à l'exercice illégal de la médecine.

Article 31 (article R.4127-31 du code de la santé publique)

Tout médecin doit s'abstenir, même en dehors de l'exercice de sa profession, de tout acte de nature à déconsidérer celle-ci.

Titre II - Devoirs envers les patients

Article 32 (article R.4127-32 du code de la santé publique)

Dès lors qu'il a accepté de répondre à une demande, le médecin s'engage à assurer personnellement au patient des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science, en faisant appel, s'il y a lieu, à l'aide de tiers compétents.

Article 33 (article R.4127-33 du code de la santé publique)

Le médecin doit toujours élaborer son diagnostic avec le plus grand soin, en y consacrant le temps nécessaire, en s'aidant dans toute la mesure du possible des méthodes scientifiques les mieux adaptées et, s'il y a lieu, de concours appropriés.

Article 34 (article R.4127-34 du code de la santé publique)

Le médecin doit formuler ses prescriptions avec toute la clarté indispensable, veiller à leur compréhension par le patient et son entourage et s'efforcer d'en obtenir la bonne exécution.

Article 35 (article R.4127-35 du code de la santé publique)

Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension.

Toutefois, dans l'intérêt du malade et pour des raisons légitimes que le praticien apprécie en conscience, un malade peut être tenu dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic graves, sauf dans les cas où l'affection dont il est atteint expose les tiers à un risque de contamination.

Un pronostic fatal ne doit être révélé qu'avec circonspection, mais les proches doivent en être prévenus, sauf exception ou si le malade a préalablement interdit cette révélation ou désigné les tiers auxquels elle doit être faite.

4

Article 36 (article R.4127-36 du code de la santé publique)

Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas.

Lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou le traitement proposés, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences.

Si le malade est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin ne peut intervenir sans que ses proches aient été prévenus et informés, sauf urgence ou impossibilité.

Les obligations du médecin à l'égard du patient lorsque celui-ci est un mineur ou un majeur protégé sont définies à l'article 42.

Article 37 (article R.4127-37 du code de la santé publique)

En toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances de son malade, l'assister moralement et éviter toute obstination déraisonnable dans les investigations ou la thérapeutique.

Article 38 (article R.4127-38 du code de la santé publique)

Le médecin doit accompagner le mourant jusqu'à ses derniers moments, assurer par des soins et mesures appropriés la qualité d'une vie qui prend fin, sauvegarder la dignité du malade et reconforter

son entourage.

Il n'a pas le droit de provoquer délibérément la mort.

Article 39 (article R.4127-39 du code de la santé publique)

Les médecins ne peuvent proposer aux malades ou à leur entourage comme salulaire ou sans danger un remède ou un procédé illusoire ou insuffisamment éprouvé.

Toute pratique de charlatanisme est interdite.

Article 40 (article R.4127-40 du code de la santé publique)

Le médecin doit s'interdire, dans les investigations et interventions qu'il pratique comme dans les thérapeutiques qu'il prescrit, de faire courir au patient un risque injustifié.

Article 41 (article R.4127-41 du code de la santé publique)

Aucune intervention mutilante ne peut être pratiquée sans motif médical très sérieux et, sauf urgence ou impossibilité, sans information de l'intéressé et sans son consentement.

Article 42 (article R.4127-42 du code de la santé publique)

Un médecin appelé à donner des soins à un mineur ou à un majeur protégé doit s'efforcer de prévenir ses parents ou son représentant légal et d'obtenir leur consentement.

En cas d'urgence, même si ceux-ci ne peuvent être joints, le médecin doit donner les soins nécessaires.

Si l'avis de l'intéressé peut être recueilli, le médecin doit en tenir compte dans toute la mesure du possible.

Article 43 (article R.4127-43 du code de la santé publique)

Le médecin doit être le défenseur de l'enfant lorsqu'il estime que l'intérêt de sa santé est mal compris ou mal préservé par son entourage.

Article 44 (article R.4127-44 du code de la santé publique)

Lorsqu'un médecin discerne qu'une personne auprès de laquelle il est appelé est victime de sévices ou de privations, il doit mettre en oeuvre les moyens les plus adéquats pour la protéger en faisant preuve de prudence et de circonspection.

S'il s'agit d'un mineur de quinze ans ou d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique il doit, sauf circonstances particulières qu'il apprécie en conscience, alerter les autorités judiciaires, médicales ou administratives.

5

Article 45 (article R.4127-45 du code de la santé publique)

Indépendamment du dossier de suivi médical prévu par la loi, le médecin doit tenir pour chaque patient une fiche d'observation qui lui est personnelle ; cette fiche est confidentielle et comporte les éléments actualisés, nécessaires aux décisions diagnostiques et thérapeutiques.

Dans tous les cas, ces documents sont conservés sous la responsabilité du médecin.

Tout médecin doit, à la demande du patient ou avec son consentement, transmettre aux médecins qui participent à sa prise en charge ou à ceux qu'il entend consulter, les informations et documents utiles à la continuité des soins.

Il en va de même lorsque le patient porte son choix sur un autre médecin traitant.

Article 46 (article R.4127-46 du code de la santé publique)

Lorsque la loi prévoit qu'un patient peut avoir accès à son dossier par l'intermédiaire d'un médecin, celui-ci doit remplir cette mission d'intermédiaire en tenant compte des seuls intérêts du patient et se récuser si les siens sont en jeu.

Article 47 (article R.4127-47 du code de la santé publique)

Quelles que soient les circonstances, la continuité des soins aux malades doit être assurée.

Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles.

S'il se dégage de sa mission, il doit alors en avertir le patient et transmettre au médecin désigné par celui-ci les informations utiles à la poursuite des soins.

Article 48 (article R.4127-48 du code de la santé publique)

Le médecin ne peut pas abandonner ses malades en cas de danger public, sauf sur ordre formel donné par une autorité qualifiée, conformément à la loi.

Article 49 (article R.4127-49 du code de la santé publique)

Le médecin appelé à donner ses soins dans une famille ou une collectivité doit tout mettre en oeuvre pour obtenir le respect des règles d'hygiène et de prophylaxie.

Il doit informer le patient de ses responsabilités et devoirs vis-à-vis de lui-même et des tiers ainsi que des précautions qu'il doit prendre.

Article 50 (article R.4127-50 du code de la santé publique)

Le médecin doit, sans céder à aucune demande abusive, faciliter l'obtention par le patient des avantages sociaux auxquels son état lui donne droit.

A cette fin, il est autorisé, sauf opposition du patient, à communiquer au médecin-conseil nommé désigné de l'organisme de sécurité sociale dont il dépend, ou à un autre médecin relevant d'un organisme public décidant de l'attribution d'avantages sociaux, les renseignements médicaux strictement indispensables.

Article 51 (article R.4127-51 du code de la santé publique)

Le médecin ne doit pas s'immiscer sans raison professionnelle dans les affaires de famille ni dans la vie privée de ses patients.

Article 52 (article R.4127-52 du code de la santé publique)

Le médecin qui aura traité une personne pendant la maladie dont elle est décédée ne pourra profiter des dispositions entre vifs et testamentaires faites par celle-ci en sa faveur pendant le cours de cette maladie que dans les cas et conditions prévus par la loi.

Il ne doit pas davantage abuser de son influence pour obtenir un mandat ou contracter à titre onéreux dans des conditions qui lui seraient anormalement favorables.

6

Article 53 (article R.4127-53 du code de la santé publique)

Les honoraires du médecin doivent être déterminés avec tact et mesure, en tenant compte de la réglementation en vigueur, des actes dispensés ou de circonstances particulières.

Ils ne peuvent être réclamés qu'à l'occasion d'actes réellement effectués. L'avis ou le conseil dispensé à un patient par téléphone ou correspondance ne peut donner lieu à aucun honoraire.

Un médecin doit répondre à toute demande d'information préalable et d'explications sur ses honoraires ou le coût d'un traitement. Il ne peut refuser un acquit des sommes perçues.

Aucun mode particulier de règlement ne peut être imposé aux malades.

Article 54 (article R.4127-54 du code de la santé publique)

Lorsque plusieurs médecins collaborent pour un examen ou un traitement, leurs notes d'honoraires doivent être personnelles et distinctes.

La rémunération du ou des aides-opérateurs, choisis par le praticien et travaillant sous son contrôle, est incluse dans ses honoraires.

Article 55 (article R.4127-55 du code de la santé publique)

Le forfait pour l'efficacité d'un traitement et la demande d'une provision sont interdits en toute circonstance.

- Annexe 22 -

Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996, portant réforme de l'hospitalisation publique et privée (extraits)

Le Président de la République

Sur le rapport du Premier ministre et du ministre du travail et des affaires sociales,

Vu la Constitution, notamment son article 38;

Vu le code de la santé publique;

Vu le code de la sécurité sociale;

Vu le code pénal;

Vu le code des juridictions financières;

Vu la loi n 75-534 du 30 juin 1975 modifiée d'orientation en faveur des personnes handicapées;

Vu la loi n 75-535 du 30 juin 1975 modifiée relative aux institutions sociales et médico-sociales;

Vu la loi n 83-634 du 13 juillet 1983 modifiée portant droits et obligations des fonctionnaires;

Vu la loi n 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'État

Vu la loi n 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière;

Vu la loi n 89-474 du 10 juillet 1989 portant dispositions relatives à la sécurité sociale et à la formation continue des personnels hospitaliers;

Vu la loi n 91-738 du 31 juillet 1991 modifiée portant diverses mesures d'ordre social;

Vu la loi n 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale;

Vu la loi n 94-628 du 25 juillet 1994 relative à l'organisation du temps de travail, aux structures et aux orientations dans la fonction publique;

Vu la loi n 95-115 du 4 février 1995 d'orientation pour l'aménagement et le développement du territoire;

Vu la loi n 95-1348 du 30 décembre 1995 autorisant le Gouvernement, par application de l'article 38 de la Constitution, à réformer la protection sociale;

Vu l'avis de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés en date du 11 avril 1996;

Vu l'avis du Conseil supérieur des hôpitaux en date du 12 avril 1996;

Le Conseil d'État entendu;

Le conseil des ministres entendu,

Ordonne:

TITRE 1er

LES DROITS DES MALADES

Art. 1er. - Sont insérés, à la section I du chapitre 1er A du titre Ier du livre VII du code de la santé publique, les articles L. 710-1-1 et L. 710-1-2 ainsi rédigés:

Art. L. 710-1-1. - La qualité de la prise en charge des patients est un objectif essentiel pour tout établissement de santé. Celui-ci doit procéder à une évaluation régulière de leur satisfaction, portant notamment sur les conditions d'accueil et de séjour. Les résultats de ces évaluations sont pris en compte dans l'accréditation définie à l'article L. 710-5.

Chaque établissement remet aux patients, lors de leur admission, un livret d'accueil auquel est annexée la charte du patient hospitalisé, conforme à un modèle type arrêté par le ministre chargé de la santé.

Art. L. 710-1-2. - Les règles de fonctionnement des établissements de santé propres à faire assurer le respect des droits et obligations des patients hospitalisés sont définies par voie réglementaire.

Dans chaque établissement de santé est institué une commission de conciliation chargée d'assister et d'orienter toute personne qui s'estime victime d'un préjudice du fait de l'activité de l'établissement, et de lui indiquer les voies de conciliation et de recours dont elle dispose.

TITRE II

L'ÉVALUATION, L'ACCREDITATION ET L'ANALYSE DE L'ACTIVITÉ DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Art 2 - I - Il est inséré, après le premier alinéa de l'article L. 710.4 du code de la santé publique, un alinéa ainsi rédigé :
L'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, instituée à l'article L.791.1, contribue au développement de cette évaluation.

II. - L'article L. 710-6 du même code est abrogé.

III - L'article L. 710-5 du même code devient l'article L.710.6.

IV - Il est inséré, au chapitre Ier A du titre Ier du livre VII du code de la santé publique, un article L710-5 ainsi rédigé :

Art. L. 710-5. - Afin d'assurer l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, tous les établissements de santé publics et privés doivent faire l'objet d'une procédure externe d'évaluation dénommée accréditation.

Cette procédure, conduite par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, vise à porter une appréciation indépendante sur la qualité d'un établissement ou, le cas échéant, d'un ou plusieurs services ou activités d'un établissement, à l'aide d'indicateurs, de critères et de référentiels portant sur les procédures, les bonnes pratiques cliniques et les résultats des différents services et activités de l'établissement.

La procédure d'accréditation est engagée à l'initiative de l'établissement de santé, notamment dans le cadre du contrat qui le lie à l'agence régionale de l'hospitalisation instituée à l'article L.710-17. Dans un délai de cinq ans à compter de la publication de l'ordonnance n 96-346 du 24 avril 1996, tous les établissements de santé devront s'être engagés dans cette procédure.

Les réseaux de soins mentionnés à l'article L.712-3-2 ainsi que les groupements de coopération sanitaire mentionnés à l'article L.713-11-1 sont également soumis à cette obligation.

En l'absence de contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L.710-16, l'agence régionale de l'hospitalisation saisit le conseil d'administration de l'établissement public de santé ou le représentant de l'établissement de santé privé d'une demande tendant à ce que cette procédure soit engagée.

L'agence régionale de l'hospitalisation se substitue à l'établissement de santé pour demander la mise en oeuvre de la procédure d'accréditation si celui-ci s'en est abstenu pendant le délai de cinq ans susmentionné.

Le rapport d'accréditation, qui est transmis à l'établissement de santé, est communiqué à l'agence régionale de l'hospitalisation compétente.

Le directeur général de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé fournit au directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation toutes informations quantitatives et qualitatives sur les programmes d'accréditation en cours dans les établissements de santé de la région.

- Annexe 23 -

Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre l'exclusion.

L'Assemblée nationale et le Sénat ont délibéré,
L'Assemblée nationale a adopté,
Vu la décision du Conseil constitutionnel no 98-403 DC en date du 29 juillet 1998 ;
Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

Article 1^{er}

La lutte contre les exclusions est un impératif national fondé sur le respect de l'égalité de tous les êtres humains et une priorité de l'ensemble des politiques publiques de la nation.

La présente loi tend à garantir sur l'ensemble du territoire l'accès effectif de tous aux droits fondamentaux dans les domaines de l'emploi, du logement, de la protection de la santé, de la justice, de l'éducation, de la formation et de la culture, de la protection de la famille et de l'enfance.

L'Etat, les collectivités territoriales, les établissements publics dont les centres communaux et intercommunaux d'action sociale, les organismes de sécurité sociale ainsi que les institutions sociales et médico-sociales participent à la mise en oeuvre de ces principes. Ils poursuivent une politique destinée à connaître, à prévenir et à supprimer toutes les situations pouvant engendrer des exclusions. Ils prennent les dispositions nécessaires pour informer chacun de la nature et de l'étendue de ses droits et pour l'aider, éventuellement par un accompagnement personnalisé, à accomplir les démarches administratives ou sociales nécessaires à leur mise en oeuvre dans les délais les plus rapides. Les entreprises, les organisations professionnelles ou interprofessionnelles, les organisations syndicales de salariés représentatives, les organismes de prévoyance, les groupements régis par le code de la mutualité, les associations qui oeuvrent notamment dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion, les citoyens ainsi que l'ensemble des acteurs de l'économie solidaire et de l'économie sociale concourent à la réalisation de ces objectifs. En ce qui concerne la lutte contre l'exclusion des Français établis hors de France, les ministères compétents apportent leur concours au ministère des affaires étrangères.

Article 2

Il est inséré, dans le code du travail, un article L. 353-3 ainsi rédigé : « Art. L. 353-3. - Afin d'améliorer l'information des demandeurs d'emploi et leur capacité à exercer leurs droits, l'Etat, les organismes chargés du placement et de la formation des demandeurs d'emploi fixent les règles de constitution de comités de liaison auprès de leurs échelons locaux dans lesquels siègent des demandeurs d'emploi représentant les organisations syndicales représentatives au plan national et les organisations ayant spécifiquement pour objet la défense des intérêts ou l'insertion des personnes privées d'emploi. »

TITRE Ier DE L'ACCES AUX DROITS

Chapitre III Accès aux soins

Article 67

L'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies constitue un objectif prioritaire de la politique de santé.

Les programmes de santé publique mis en oeuvre par l'Etat ainsi que par les collectivités territoriales et les organismes d'assurance maladie prennent en compte les difficultés spécifiques des personnes les plus démunies.

Article 68

Le sixième alinéa du I de l'article L. 227-1 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé : « 3o Les objectifs de l'action sociale, de prévention et de lutte contre l'exclusion ; ».

Article 69

A la fin du premier alinéa du II de l'article L. 227-1 du code de la sécurité sociale, les mots : « et du médicament » sont remplacés par les mots : «, du médicament et de la lutte contre l'exclusion en matière d'accès aux soins ».

Article 70

Dans un délai d'un an, le Gouvernement présentera au Parlement un rapport sur le rôle de la médecine scolaire dans la politique de prévention et les conditions de son renforcement pour améliorer le suivi médical des enfants scolarisés, notamment dans les zones où le recours aux soins est insuffisant.

Article 71

Il est établi, dans chaque région et dans la collectivité territoriale de Corse, un programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies, dont l'élaboration et la mise en oeuvre sont coordonnées par le représentant de l'Etat dans la région ou le représentant de l'Etat dans la collectivité territoriale de Corse.

Ce programme est établi à partir d'une analyse préalable, dans chaque département, de la situation en matière d'accès aux soins et à la prévention des personnes démunies.

Il comporte des actions coordonnées de prévention et d'éducation à la santé, de soins, de réinsertion et de suivi qui sont mises en oeuvre chaque année, dans chaque département, pour améliorer la santé des personnes démunies, en se fondant sur les situations locales particulières et les expériences existantes. Il précise les conditions dans lesquelles les services de l'Etat, en particulier les services de santé scolaire et universitaire, les collectivités territoriales, grâce notamment aux services de protection maternelle et infantile, les organismes de sécurité sociale, les agences régionales de l'hospitalisation, les groupements régis par le code de la mutualité, les associations, les professions de santé, les établissements et institutions sanitaires et sociales concourent à la mise en oeuvre de ces actions. Il s'attache à définir des actions pour lutter contre les pathologies aggravées par la précarité ou l'exclusion sous toutes leurs formes, notamment les maladies chroniques, les dépendances à l'alcool, à la drogue ou au tabac, les souffrances psychiques, les troubles du comportement et les déséquilibres nutritionnels.

Le programme régional d'accès à la prévention et aux soins est établi après consultation d'un comité, présidé par le représentant de l'Etat dans la région ou le représentant de l'Etat dans la collectivité territoriale de Corse, réunissant des représentants des services de l'Etat et de l'agence régionale de l'hospitalisation, des collectivités territoriales, des organismes d'assurance maladie et auquel des représentants des associations qui oeuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion peuvent être invités à participer. Il est rendu compte chaque année de la réalisation de ce programme à la conférence régionale de santé instituée par l'article L. 767 du code de la santé publique.

Article 72

I. - L'article 1er de la loi no 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales est complété par un 6o ainsi rédigé : « 6o Assurent des soins ambulatoires et des actions d'accompagnement social et de réinsertion en faveur des personnes présentant une consommation d'alcool à risque ou nocive, ou atteintes dépendance alcoolique. »

II. - Après le 8o de l'article 3 de la même loi, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés : « 9o Centres assurant, en cure ambulatoire, des soins et des actions d'accompagnement social et de réinsertion à l'égard des personnes présentant une consommation d'alcool à risque ou nocive, ou atteintes de dépendances alcoolique.

« Les missions, les conditions de fonctionnement ainsi que les modalités de financement des centres visés au 9o sont définies par voie réglementaire. »

III. - Après l'article L. 355-1 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 355-1-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 355-1-1. - Les centres de cure ambulatoire mentionnés au 9o de l'article 3 de la loi no 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales assurent des soins ambulatoires et des actions d'accompagnement social et de réinsertion en faveur des personnes présentant une consommation d'alcool à risque ou atteintes de dépendance alcoolique ainsi qu'en faveur de leur famille. »

Article 73

I. - Après le 6o de l'article L. 711-3 du code de la santé publique, il est inséré un 7o ainsi rédigé :
« 7o A la lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui oeuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion, dans une dynamique de réseaux. »

II. - Après les mots : « continuité de ces soins », la fin du cinquième alinéa de l'article L. 711-4 du même code est ainsi rédigée : « en s'assurant qu'à l'issue de leur admission ou de leur hébergement, tous les patients disposent des conditions d'existence nécessaires à la poursuite de leur traitement. A cette fin, ils orientent les

patients sortants ne disposant pas de telles conditions d'existence vers des structures prenant en compte la précarité de leur situation. »

Article 74

Après le 1o de l'article L. 146 du code de la santé publique, il est inséré un 1o bis ainsi rédigé :
« 1o bis Des actions d'accompagnement psychologique et social des femmes enceintes et des jeunes mères de famille, particulièrement les plus démunies ; ».

Article 75

Dans l'article L. 262-1 du code de la sécurité sociale, après les mots : « action sanitaire et sociale », sont insérés les mots : « destinées en priorité aux populations exposées au risque de précarité ».

Article 76

Après l'article L. 711-7 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 711-7-1 ainsi rédigé :
« Art. L. 711-7-1. - Dans le cadre des programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins prévus à l'article 71 de la loi no 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions, les établissements publics de santé et les établissements de santé privés participant au service public hospitalier mettent en place des permanences d'accès aux soins de santé, qui comprennent notamment des permanences d'orthogénie, adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits. Ils concluent avec l'Etat des conventions prévoyant, en cas de nécessité, la prise en charge des consultations externes, des actes diagnostiques et thérapeutiques ainsi que des traitements qui sont délivrés gratuitement à ces personnes. »

Article 77

Un rapport sera remis par le Gouvernement au Parlement sur l'opportunité et les modalités d'un transfert de compétence des départements vers l'Etat en matière de lutte contre la tuberculose. Ce rapport sera déposé dans un délai d'un an suivant la promulgation de la présente loi.

Fait à Paris, le 29 juillet 1998.

Jacques Chirac

Par le Président de la République :

Le Premier ministre,
Lionel Jospin

La ministre de l'emploi et de la solidarité,

Martine Aubry

Le garde des sceaux, ministre de la justice,
Elisabeth Guigou

Le ministre de l'éducation nationale,
de la recherche et de la technologie,

Claude Allègre

Le ministre de l'intérieur,
Jean-Pierre Chevènement

Le ministre de l'économie,
des finances et de l'industrie,

Dominique Strauss-Kahn

Le ministre de l'équipement,
des transports et du logement,
Jean-Claude Gayssot

La ministre de la culture et de la communication,

Catherine Trautmann

Le ministre de l'agriculture et de la pêche,
Louis Le Pensec

La ministre de la jeunesse et des sports,

Marie-George Buffet

La ministre déléguée

chargée de l'enseignement scolaire,
Ségolène Royal

Le secrétaire d'Etat à la santé,

Bernard Kouchner

Le secrétaire d'Etat à l'outre-mer,
Jean-Jack Queyranne

Le secrétaire d'Etat au budget,

Christian Sautter

La secrétaire d'Etat

aux petites et moyennes entreprises,
au commerce et à l'artisanat,
Marylise Lebranchu

Le secrétaire d'Etat au logement,

Louis Besson

- Annexe 24 -

Circulaire DGS/SQ 2/DAS/DH/DSS/DIRMI n° 99-648 du 25 novembre 1999 relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs ou sociaux.

L'Assemblée nationale et le Sénat ont délibéré,
L'Assemblée nationale a adopté,
Vu la décision du Conseil constitutionnel no 98-403 DC en date du 29 juillet 1998 ;
Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

Article 1^{er}

La lutte contre les exclusions est un impératif national fondé sur le respect de l'égalité de tous les êtres humains et une priorité de l'ensemble des politiques publiques de la nation.

La présente loi tend à garantir sur l'ensemble du territoire l'accès effectif de tous aux droits fondamentaux dans les domaines de l'emploi, du logement, de la protection de la santé, de la justice, de l'éducation, de la formation et de la culture, de la protection de la famille et de l'enfance.

L'Etat, les collectivités territoriales, les établissements publics dont les centres communaux et intercommunaux d'action sociale, les organismes de sécurité sociale ainsi que les institutions sociales et médico-sociales participent à la mise en oeuvre de ces principes. Ils poursuivent une politique destinée à connaître, à prévenir et à supprimer toutes les situations pouvant engendrer des exclusions. Ils prennent les dispositions nécessaires pour informer chacun de la nature et de l'étendue de ses droits et pour l'aider, éventuellement par un accompagnement personnalisé, à accomplir les démarches administratives ou sociales nécessaires à leur mise en oeuvre dans les délais les plus rapides. Les entreprises, les organisations professionnelles ou interprofessionnelles, les organisations syndicales de salariés représentatives, les organismes de prévoyance, les groupements régis par le code de la mutualité, les associations qui oeuvrent notamment dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion, les citoyens ainsi que l'ensemble des acteurs de l'économie solidaire et de l'économie sociale concourent à la réalisation de ces objectifs. En ce qui concerne la lutte contre l'exclusion des Français établis hors de France, les ministères compétents apportent leur concours au ministère des affaires étrangères.

Article 2

Il est inséré, dans le code du travail, un article L. 353-3 ainsi rédigé : « Art. L. 353-3. - Afin d'améliorer l'information des demandeurs d'emploi et leur capacité à exercer leurs droits, l'Etat, les organismes chargés du placement et de la formation des demandeurs d'emploi fixent les règles de constitution de comités de liaison auprès de leurs échelons locaux dans lesquels siègent des demandeurs d'emploi représentant les organisations syndicales représentatives au plan national et les organisations ayant spécifiquement pour objet la défense des intérêts ou l'insertion des personnes privées d'emploi. »

TITRE Ier DE L'ACCES AUX DROITS

Chapitre III Accès aux soins

Article 67

L'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies constitue un objectif prioritaire de la politique de santé.

Les programmes de santé publique mis en oeuvre par l'Etat ainsi que par les collectivités territoriales et les organismes d'assurance maladie prennent en compte les difficultés spécifiques des personnes les plus démunies.

Article 68

Le sixième alinéa du I de l'article L. 227-1 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé : « 3o Les objectifs de l'action sociale, de prévention et de lutte contre l'exclusion ; ».

Article 69

A la fin du premier alinéa du II de l'article L. 227-1 du code de la sécurité sociale, les mots : « et du médicament » sont remplacés par les mots : «, du médicament et de la lutte contre l'exclusion en matière d'accès aux soins ».

Article 70

Dans un délai d'un an, le Gouvernement présentera au Parlement un rapport sur le rôle de la médecine scolaire dans la politique de prévention et les conditions de son renforcement pour améliorer le suivi médical des enfants scolarisés, notamment dans les zones où le recours aux soins est insuffisant.

Article 71

Il est établi, dans chaque région et dans la collectivité territoriale de Corse, un programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies, dont l'élaboration et la mise en oeuvre sont coordonnées par le représentant de l'Etat dans la région ou le représentant de l'Etat dans la collectivité territoriale de Corse.

Ce programme est établi à partir d'une analyse préalable, dans chaque département, de la situation en matière d'accès aux soins et à la prévention des personnes démunies.

Il comporte des actions coordonnées de prévention et d'éducation à la santé, de soins, de réinsertion et de suivi qui sont mises en oeuvre chaque année, dans chaque département, pour améliorer la santé des personnes démunies, en se fondant sur les situations locales particulières et les expériences existantes. Il précise les conditions dans lesquelles les services de l'Etat, en particulier les services de santé scolaire et universitaire, les collectivités territoriales, grâce notamment aux services de protection maternelle et infantile, les organismes de sécurité sociale, les agences régionales de l'hospitalisation, les groupements régis par le code de la mutualité, les associations, les professions de santé, les établissements et institutions sanitaires et sociales concourent à la mise en oeuvre de ces actions. Il s'attache à définir des actions pour lutter contre les pathologies aggravées par la précarité ou l'exclusion sous toutes leurs formes, notamment les maladies chroniques, les dépendances à l'alcool, à la drogue ou au tabac, les souffrances psychiques, les troubles du comportement et les déséquilibres nutritionnels.

Le programme régional d'accès à la prévention et aux soins est établi après consultation d'un comité, présidé par le représentant de l'Etat dans la région ou le représentant de l'Etat dans la collectivité territoriale de Corse, réunissant des représentants des services de l'Etat et de l'agence régionale de l'hospitalisation, des collectivités territoriales, des organismes d'assurance maladie et auquel des représentants des associations qui oeuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion peuvent être invités à participer. Il est rendu compte chaque année de la réalisation de ce programme à la conférence régionale de santé instituée par l'article L. 767 du code de la santé publique.

Article 72

I. - L'article 1er de la loi no 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales est complété par un 6o ainsi rédigé : « 6o Assurent des soins ambulatoires et des actions d'accompagnement social et de réinsertion en faveur des personnes présentant une consommation d'alcool à risque ou nocive, ou atteintes dépendance alcoolique. »

II. - Après le 8o de l'article 3 de la même loi, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés : « 9o Centres assurant, en cure ambulatoire, des soins et des actions d'accompagnement social et de réinsertion à l'égard des personnes présentant une consommation d'alcool à risque ou nocive, ou atteintes de dépendances alcoolique.

« Les missions, les conditions de fonctionnement ainsi que les modalités de financement des centres visés au 9o sont définies par voie réglementaire. »

III. - Après l'article L. 355-1 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 355-1-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 355-1-1. - Les centres de cure ambulatoire mentionnés au 9o de l'article 3 de la loi no 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales assurent des soins ambulatoires et des actions d'accompagnement social et de réinsertion en faveur des personnes présentant une consommation d'alcool à risque ou atteintes de dépendance alcoolique ainsi qu'en faveur de leur famille. »

Article 73

I. - Après le 6o de l'article L. 711-3 du code de la santé publique, il est inséré un 7o ainsi rédigé :
« 7o A la lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui oeuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion, dans une dynamique de réseaux. »

II. - Après les mots : « continuité de ces soins », la fin du cinquième alinéa de l'article L. 711-4 du même code est ainsi rédigée : « en s'assurant qu'à l'issue de leur admission ou de leur hébergement, tous les patients disposent des conditions d'existence nécessaires à la poursuite de leur traitement. A cette fin, ils orientent les

patients sortants ne disposant pas de telles conditions d'existence vers des structures prenant en compte la précarité de leur situation. »

Article 74

Après le 1o de l'article L. 146 du code de la santé publique, il est inséré un 1o bis ainsi rédigé :
« 1o bis Des actions d'accompagnement psychologique et social des femmes enceintes et des jeunes mères de famille, particulièrement les plus démunies ; ».

Article 75

Dans l'article L. 262-1 du code de la sécurité sociale, après les mots : « action sanitaire et sociale », sont insérés les mots : « destinées en priorité aux populations exposées au risque de précarité ».

Article 76

Après l'article L. 711-7 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 711-7-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 711-7-1. - Dans le cadre des programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins prévus à l'article 71 de la loi no 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions, les établissements publics de santé et les établissements de santé privés participant au service public hospitalier mettent en place des permanences d'accès aux soins de santé, qui comprennent notamment des permanences d'orthogénie, adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits. Ils concluent avec l'Etat des conventions prévoyant, en cas de nécessité, la prise en charge des consultations externes, des actes diagnostiques et thérapeutiques ainsi que des traitements qui sont délivrés gratuitement à ces personnes. »

Article 77

Un rapport sera remis par le Gouvernement au Parlement sur l'opportunité et les modalités d'un transfert de compétence des départements vers l'Etat en matière de lutte contre la tuberculose. Ce rapport sera déposé dans un délai d'un an suivant la promulgation de la présente loi.

Fait à Paris, le 29 juillet 1998.

Jacques Chirac

Par le Président de la République :

Le Premier ministre,
Lionel Jospin

La ministre de l'emploi et de la solidarité,

Martine Aubry

Le garde des sceaux, ministre de la justice,
Elisabeth Guigou

Le ministre de l'éducation nationale,
de la recherche et de la technologie,

Claude Allègre

Le ministre de l'intérieur.

Jean-Pierre Chevènement

Le ministre de l'économie,
des finances et de l'industrie,

Dominique Strauss-Kahn

Le ministre de l'équipement,
des transports et du logement,
Jean-Claude Gayssot

La ministre de la culture et de la communication,

Catherine Trautmann

Le ministre de l'agriculture et de la pêche,
Louis Le Pensec

La ministre de la jeunesse et des sports,

Marie-George Buffet

La ministre déléguée

chargée de l'enseignement scolaire,
Ségolène Royal

Le secrétaire d'Etat à la santé,

Bernard Kouchner

Le secrétaire d'Etat à l'outre-mer,
Jean-Jack Queyranne

Le secrétaire d'Etat au budget,

Christian Sautter

La secrétaire d'Etat

aux petites et moyennes entreprises,
au commerce et à l'artisanat,
Marylise Lebranchu

Le secrétaire d'Etat au logement,

Louis Besson

- Annexe 25 -

Circulaire DHOS/E 3 n° 2001-625 du 19 décembre 2001 relative à la mise en œuvre du PMSI-Psychiatrie à titre expérimental.

I - Objectifs et calendrier de l'expérimentation PMSI - psychiatrie

1.1.- Présentation du dispositif

Depuis plusieurs années, des groupes de réflexion coordonnés par la DHOS travaillent à la définition d'un programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) adapté à l'activité psychiatrique.

Avant de généraliser le dispositif " PMSI-psychiatrie " à l'ensemble des établissements concernés par cette spécialité, le recueil d'information standardisé et la classification élaborés par ces groupes de travail vont être expérimentés.

L'expérimentation se développera selon les modalités suivantes:

- Le dispositif de recueil des données du PMSI en psychiatrie sera mis en oeuvre dans quelques régions pilotes entre le 1^{er} janvier 2002 et le 30 juin 2002. Ces régions sont l'Aquitaine, Rhône Alpes, la Lorraine, la Réunion et, partiellement l'Île de France, (hôpitaux) auxquels se joindront les établissements volontaires pour entrer dans le dispositif, hors ces régions.
- Dans les régions pilotes, l'ensemble des établissements ayant une activité de psychiatrie doivent entrer dans le dispositif avant le 30 juin 2002, qu'ils soient financés par dotation globale de fonctionnement ou sous objectif quantifié national.
- Les établissements volontaires doivent également s'engager à mettre en place le recueil du " PMSI-psychiatrie " avant le 30 juin 2002.

1.2. Objectifs de l'expérimentation

Les objectifs de cette expérimentation sont de quatre ordres:

- validation de la classification des groupes homogènes de journées (GHJ) et des groupes homogènes d'actes (GHA) telle qu'elle a été définie et test de nouvelles hypothèses de classification ;¹
- préparation de l'échelle de pondération des GHJ et des GHA (à ce titre, des études financières complémentaires au recueil d'information standard seront nécessaires dans certains établissements) ;
- validation de la " classification des situations cliniques " proposée de façon spécifique pour la psychiatrie infanto-juvénile ;
- définition de procédures d'assurance/qualité des données recueillies.

1.3. Calendrier général de la mise en oeuvre du PMSI - psychiatrie

Le recueil expérimental

La durée du recueil pour l'expérimentation sera de 18 mois. Les données collectées seront transmises directement à l'Agence Technique de l'information Hospitalière (ATIH) ou aux services du Ministère de l'emploi et de la solidarité chargés de ce dossier. Ces données seront d'abord analysées par des groupes de travail techniques, puis présentées au comité de suivi du PMSI-psychiatrie ainsi qu'au comité consultatif associé, instance composée de représentants de syndicats médicaux, spécifiquement créée pour suivre le déroulement de l'expérimentation. Il

appartiendra à ces instances de commenter les résultats issus de l'exploitation des bases de données (la base composée des établissements des régions pilotes d'une part, la base composée des établissements volontaires d'autre part), au bénéfice de la DHOS et des agences régionales de l'hospitalisation et d'en tirer, le cas échéant, les orientations d'évolution du PMSI-psychiatrie.

Généralisation du recueil

L'intégration de l'ensemble des établissements ayant une activité de psychiatrie au niveau national, dans le dispositif du PMSI-psychiatrie est prévue à compter du second semestre 2004. Il faut souligner que c'est l'ensemble des établissements de santé ayant une activité de psychiatrie, qu'ils soient financés par dotation globale ou sous objectif quantifié national (OON), qui entrera dans le dispositif, à cette date.

Utilisation du PMSI à des fins budgétaires

L'utilisation du PMSI à des fins d'allocation des ressources devrait être possible pour la campagne budgétaire 2007 (automne 2006).

II - Modalités de mise en oeuvre de l'expérimentation

2.1 Accompagnement des établissements par le Ministère de l'emploi et de la solidarité

Différentes actions sont prévues afin d'accompagner les établissements dans la mise en oeuvre du " PMSI-psychiatrie " :

Des " formations de formateurs " (psychiatres, médecins DIM et cadres infirmiers des régions pilotes et des établissements volontaires) ont déjà été et seront organisées au cours du dernier trimestre 2001, et du premier semestre 2002 par le Ministère de l'emploi et de la solidarité. Ces formations sont gratuites: seuls les frais de transport sont à la charge des établissements. Il reviendra aux professionnels ainsi formés de former à leur tour les représentants des établissements et secteurs de leurs régions.

Un accompagnement financier est prévu pour les établissements qui s'engagent dans l'expérimentation, et cela sous une double forme.

Crédits d'investissement

Ces crédits se composeront d'une base forfaitaire de 35 000 francs (5335,72 euros) par établissement, auxquels s'ajouteront 25 000 francs (3811,23 euros) par secteur de psychiatrie et, s'agissant des établissements sous OQN 25 000 francs (3811,23 euros) supplémentaires pour les établissements de plus de 100 lits.

Crédits -d'exploitation

Le montant des crédits à attribuer (en base budgétaire) aux établissements financés par DGF, engagés dans le dispositif sera évalué, dans le cadre de la campagne 2002, sur la base de 25 francs (3,81 euros) pour chaque résumé hebdomadaire attendu (prises en charge à temps plein et à temps partiel) et 28 francs (4,27 euros) par patient suivi en externe. Il convient donc que chaque établissement concerné effectue la demande de crédits correspondant à la production des résumés standardisés.

Un logiciel de saisie des informations du " PMSI-psychiatrie ", élaboré et diffusé par les services du ministère de l'emploi et de la solidarité, sera mis (à titre gracieux) à la disposition des établissements qui le souhaitent.

Par ailleurs les éléments des rapports annuels de secteur, pour la partie qui concerne l'activité, seront directement issus des résumés standardisés produits par les établissements au titre du PMSI - psychiatrie.

Enfin, le centre de traitement de l'information PMSI (CTIP)³ diffusera, outre le logiciel de saisie des informations du PMSI (gratuit), un logiciel de groupage des données en groupes homogènes de journées (payant), des logiciels d'anonymisation et de chaînage des données et une fonction groupage (payante) pour les établissements et sociétés de service souhaitant développer eux-mêmes un logiciel de groupage.

2.2 Rôle des établissements engagés dans l'expérimentation

Les établissements engagés dans l'expérimentation doivent faire connaître, par courrier adressé à la mission PMSI avant le 1er janvier 2002, la date effective à partir de laquelle ils effectueront le recueil des informations du PMSI - psychiatrie.

La première transmission de fichiers se fera au 15 septembre 2002 (données relatives au premier semestre 2002).

Outre le recueil des informations du PMSI-psychiatrie, il sera demandé à certains établissements volontaires de participer à des recueils complémentaires pour tester la classification d'une part, pour préparer l'échelle de pondération d'autre part. Des courriers seront adressés aux établissements à ces fins, au cours du premier trimestre 2002.

2.3 Les Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARU) - L'Agence Technique d'information sur l'Hospitalisation (ATIU)

Selon l'article L 6113 - 8 du Code de la Santé Publique, les ARH sont destinataires des informations émanant des établissements de santé, relatives à leurs moyens de fonctionnement et à leur activité. Néanmoins et dans le cadre de la période expérimentale initiale, les établissements transmettront directement à l'Agence Technique de l'information, structure technique sous tutelle de la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, les données qu'ils auront recueillies en 2002 et 2003. Ces données seront ensuite présentées au comité de suivi ainsi qu'au comité consultatif associé.

Pour la Ministre et le Ministre délégué
et par délégation
Le directeur de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins
Edouard COUTY

Annexe à la circulaire DHOS/E 3 n° 2001-625 du 19 décembre 2001 relative à la mise en œuvre du PMSI-Psychiatrie à titre expérimental

Méthodologie - description de l'outil

1. Elaboration du recueil PMSI en psychiatrie : bref historique

Les premiers travaux sur l'élaboration de l'outil PMSI en psychiatrie ont débuté en 1990. A la suite de la parution d'une circulaire ministérielle faisant appel à candidature, un groupe de réflexion a été constitué, composé de psychiatres d'exercice public, sélectionnés sur la base d'un projet de gestion de l'information médicale de psychiatrie, présenté au nom de leurs établissements respectifs. Un rapport d'orientation, issu de ces travaux, a été publié en 1994.

En 1995, les travaux ont repris, en collaboration étroite avec les membres de ce groupe initial auxquels se sont progressivement associés d'autres professionnels de soins en psychiatrie, des

médecins responsables de départements d'information médicale et des directeurs d'établissement.¹

Une classification de nature médico - économique a ensuite été élaborée à partir d'une analyse des coûts cliniques et médico - techniques liés aux soins directement rapportables aux patients et à leurs caractéristiques médico - sociales.

N.B. : Parallèlement à cette démarche, un second groupe de travail a étudié la possibilité de définir des trajectoires de patients et d'utiliser cette perspective pour le PMSI. Les résultats produits dans ce cadre ne permettent pas de proposer, à ce jour, une typologie des trajectoires qui soit utilisable dans une perspective budgétaire.

2. Les différentes modalités du recueil d'information

Dans le cadre du " PMSI psychiatrie ", un relevé d'informations doit être établi:

- pour toute prise en charge à temps complet ou à temps partiel,
- pour tous les actes effectués " en externe " et qui sont prévus par la grille EDGAR (Entretien, Démarche, Groupe, Accompagnement, Réunion),
- pour les actions d'information, de prévention, de soutien d'équipes ou de travail en réseau, qui ne sont pas en rapport direct avec la prise en charge de patients identifiés.

Les informations à recueillir comprennent :

- des variables qui permettent de " classer " les semaines d'hospitalisation dans des Groupes Homogènes de journées (GHJ), ou de classer les actes externes,
- des données issues de la fiche patient remplie actuellement pour les activités de secteur,
- des données susceptibles d'alimenter l'évolution de l'outil " PMSI - psychiatrie " vers une approche en termes de trajectoire de patients.

2.1 Les prises en charge à temps complet ou à temps partiel : le résumé d'information standardisé hebdomadaire " temps complet " (RIS- HC) et le résumé d'information standardisé hebdomadaire " temps partiel " (RIS-HP)

Le recueil de l'information sur l'activité d'hospitalisation à temps complet et à temps partiel est fondé sur une unité de compte " à la journée pondérée ". La durée de séjour en psychiatrie est extrêmement variable. La durée moyenne, nationale de séjour, qui est supérieure à 30 jours, rendait peu opérationnelle une analyse au séjour. C'est pourquoi il a été choisi de diviser le séjour en semaines de prise en charge, chaque semaine étant classée, sur la base de variables discriminantes, dans un " groupe homogène de journées ". Le découpage hebdomadaire est identique pour tous les séjours : il est calé sur la semaine (du lundi au dimanche) et non sur la date d'admission de chaque patient. En pratique, en fonction de la date effective d'entrée ou de sortie du patient, un résumé d'information standardisé hebdomadaire peut représenter de 1 à 7 jours de présence d'un patient. Cet élément de variation est intégré dans le décompte des Groupes Homogènes de Journées.

Au total, sont définis :

- en hospitalisation à temps plein 218 groupes homogènes de journées (GHJ) au sein de 18 catégories majeures (CM), et
- en hospitalisation à temps partiel, 278 GHJ au sein de 18 CM. Les critères d'affectation des séjours à un groupe homogène de journées seront détaillés dans l'arrêté et dans le guide méthodologique de production des résumés hebdomadaires standardisés du PMSI - psychiatrie.

Le recueil de l'activité de prise en charge à temps complet ou à temps partiel concerne les activités suivantes :

- Hospitalisation à temps complet ou en SMPR ou en hospitalisation de semaine,
- Hospitalisation en centre de post-cure,
- Prise en charge en appartement thérapeutique,
- Hospitalisation en centre de crise ou centre d'accueil permanent,
- Hospitalisation à domicile,
- Accueil familial thérapeutique,
- Séjour thérapeutique,

- Hospitalisation de nuit,
- Hospitalisation de jour,
- Accueil de jour.

Certaines informations ont un caractère stable, à l'échelle du séjour en hospitalisation. D'autres informations au contraire, qui concernent directement l'état du patient et sont susceptibles d'évoluer au cours du séjour, sont à recueillir de façon hebdomadaire. Le tableau présenté en page suivante récapitule les types d'informations à recueillir et la périodicité du recueil. La définition précise de chacune de ces variables et le format selon lequel elles doivent être remplies feront l'objet d'un prochain arrêté.

Type d'informations	Périodicité du recueil
Identification de l'établissement Identification de l'unité médicale Identification du patient Numéro de séjour Date de naissance du patient Sexe Code postal du lieu de résidence Situation ou non de SDF Mode de vie Profession / situation scolaire Ressources Responsabilité légale Protection juridique Autorité parentale Année de premier contact avec la psychiatrie Nature et ancienneté du séjour Mode légal du séjour (libre, HDT, HO) Mode d'entrée/Provenance du patient Date d'entrée/ date de sortie Mode de sortie et destination	Eléments à recueillir une fois par séjour sauf en cas de changement
Nombre de journées ou demi -journées de présence Isolement thérapeutique Evaluation de la dépendance du patient selon la grille ADL Evaluation de la situation du patient sur l'échelle globale de fonctionnement Données de morbidité Scolarisation	A remplir de façon hebdomadaire

2.2.Le résumé d'information standardisé " externe " (RIS-E)

Le champ de production des RIS-E correspond aux activités de consultations et soins externes, aux prestations sur le lieux de vie et aux traitements et cures ambulatoires, qu'il s'agisse, à chaque fois, de la prise en charge d'un patient ou d'un groupe de patients.

De façon générale, les informations concernant le patient (caractéristiques socio- démographiques, éléments de morbidité ...) sont à recueillir une fois par an ou en cas de changement. En revanche, certaines informations doivent être notées à chaque venue du patient: elles concernent la date de l'acte effectué, le type d'acte, la durée de l'acte, le nombre des professionnels intervenant et la qualification des intervenants, le type de structure où l'acte est effectué et pour les activités de groupe, le nombre de patients pris en charge.

2.3 Le résumé standardisé relatif aux " actions pour la communauté " (RIS-C)

Le champ de production des RIS-C concerne les activités qui ne sont pas en rapport direct avec la prise en charge d'un ou plusieurs patients identifiables mais relèvent d'actions auprès d'organismes (mairies, établissements scolaires ...). Il s'agit d'actions à visée d'information, de prévention, ou d'aide à des professionnels en difficulté (personnel de maisons de retraites, établissements scolaires ...). Il peut également s'agir de travail dans le cadre de réseaux. Les informations à recueillir concernent le type d'intervenants, la durée de l'intervention et le bénéficiaire de l'action.

3. Définition d'une échelle de pondération économique

L'utilisation des données du PMSI à des fins budgétaires suppose l'élaboration d'une échelle de pondération économique des groupes homogènes de journées et des actes recueillis. Ce travail, qui commencera dès 2001, sera ensuite alimenté par les premiers temps du recueil. Compte tenu des délais nécessaires à la constitution d'une base utilisable dans le cadre de l'expérimentation à partir des données fournies par les établissements, l'utilisation du dispositif PMSI dans une perspective budgétaire ne sera donc pas possible avant 2007.

¹ Une base de données issues d'établissements et services de psychiatrie a été constituée, notamment sur la base des propositions contenues dans le rapport de 1994, afin de définir une classification médico-économique. Cette base de données a été élaborée à partir d'un recueil effectué durant un mois (deux fois quinze jours en décembre 1997 et janvier 1998) par 122 unités de soins. Au total, environ 40 000 patients ont été pris en compte dans cette évaluation (ce qui correspond à 8% de la file active des patients suivis en psychiatrie sur cette période).

- Annexe 26 -

**Circulaire DGS/SD6D n° 2002/ 100 du 19 février 2002 relative aux
Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins en faveur des
personnes en situation précaire (PRAPS).**

DIRECTION GENERALE DE LA SANTE
Sous-direction santé et société – SD6D

**LA MINISTRE DE L'EMPLOI
ET DE LA SOLIDARITE**

**LE MINISTRE DELEGUE
A LA SANTE**

A

**MESDAMES ET MESSIEURS
LES PREFETS DE REGION**

Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
(pour exécution)

**MESDAMES ET MESSIEURS
LES PREFETS DE DEPARTEMENT**

Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
(pour exécution)

Les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) élaborés en 1999 en application de l'article L 1411-5 du code de la santé publique arrivent à échéance fin 2002. Outil de lutte contre les inégalités sociales en matière de santé et de lutte contre l'exclusion, les PRAPS peuvent aussi permettre la transversalité de l'action publique à mener vis à vis de la population précaire (voir ci joint la fiche 1, les principes).

Les travaux de l'INSERM publiés en 2000 et 2001 ont mis en valeur les enjeux de réduction des inégalités de santé en France et la complexité des causes de ces inégalités. L'élaboration des PRAPS de 2^{ème} génération doit être l'occasion dans chaque région de reprendre ces analyses, de mobiliser tous ceux qui sont concernés, d'imaginer les réponses puis de les mettre en oeuvre.

La construction des PRAPS de 2^{ème} génération s'inscrit dans le dispositif de lutte contre les exclusions issu de la loi du 29 juillet 1998. La dimension santé doit être mise en relation au plan local avec toutes les dimensions de l'exclusion notamment l'emploi et le logement.

Le programme de prévention et de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale adopté en juillet 2001 renforce les moyens alloués aux actions santé-précarité.

La présente circulaire fixe trois orientations stratégiques pour la préparation des PRAPS de deuxième génération (PRAPS II):

- répondre à l'enjeu de cohérence au sein de la politique régionale de santé,
- améliorer la qualité des PRAPS,
- s'intégrer dans les projets et contrats territoriaux pour incarner les PRAPS II dans la proximité.

Ces PRAPS de deuxième génération couvriront une période de quatre ans (2003 à 2006) de manière à s'adapter au calendrier des contrats de plan Etat-Région.

Pour faciliter la mise en œuvre de ces orientations vous trouverez joint à la présente circulaire un dossier composé de 12 fiches thématiques (regroupées en deux rubriques : méthodologie et articulation avec les autres dispositifs) et de 8 annexes. Ces documents sont des outils pour l'action utilisables selon les priorités locales déterminées par les régions.

1. Répondre à l'enjeu de cohérence au sein de la politique régionale de santé

Cohérence entre programmes et politiques

Les PRAPS contribuent à la lutte contre l'exclusion en améliorant la connaissance et la compréhension des causes des inégalités de santé et de leur évolution et en soutenant des actions qui provoquent une évolution du système sanitaire et social dans le sens d'une meilleure prise en compte des problèmes d'accès à la prévention et aux soins des personnes en situation de précarité. Conduisant à une réflexion sur les déterminants de la santé, les PRAPS peuvent apporter un éclairage sur l'impact sur la santé des autres politiques sectorielles de l'Etat. Cette orientation est à développer tout particulièrement pour le PRAPS II sous l'angle d'un ancrage territorial (cf. 3^{ème} orientation). Ces programmes doivent permettre de dégager des propositions quant aux articulations à trouver au sein d'un système de santé qui ne peut être réduit au seul système de soins, afin de mieux répondre aux besoins des publics visés par ces programmes. (fiches 5 et 8 sur l'approche par population et par pathologie, fiches 9 et 10 sur les permanences d'accès aux soins de santé, la couverture maladie universelle) : ainsi par exemple l'élaboration du PRAPS doit prendre en compte les orientations des schémas régionaux d'éducation pour la santé sur les personnes en situation de précarité, dans toute leur diversité, mais aussi d'examiner avec nos partenaires la manière dont

- le service public de l'emploi travaille avec les demandeurs d'emploi qui ont des problèmes de santé,
- le service de santé scolaire intervient dans les zones d'éducation prioritaire,
- le chef de projet départemental et le comité de pilotage chargé de la lutte contre la drogue et la prévention des dépendances intègrent la problématique de la prise en charge des personnes précaires
- la politique de la ville prend en compte les questions de santé.

Le PRAPS doit notamment venir en soutien à la politique d'éducation pour la santé, de nutrition ou de prévention du Sida, par exemple en soutenant des actions en direction des jeunes ayant des troubles du comportement alimentaire, des jeunes

consommateurs de substances psycho-actives ou des jeunes homosexuels appartenant à des familles en situation de précarité sociale. Il doit faciliter la concertation sur la mise en œuvre de la politique de lutte contre le saturnisme infantile.

Il appartient au comité régional des politiques de santé de veiller à la cohérence des politiques publiques au regard des objectifs du PRAPS en tenant compte des schémas régionaux de planification susceptibles d'intéresser la santé. Il convient de rappeler à ce sujet qu'un des objectifs de la révision des Contrats de Plan Etat-Région est de s'assurer que les priorités et principes des schémas de services collectifs (définis au titre de la loi d'orientation pour l'aménagement et le développement du territoire, loi n° 95-115 du 4 février 1995 modifiée par la loi n° 99-533 du 25 juin 1999) sont bien pris en compte dans ces contrats.

L'expérience acquise à travers les PRAPS et les programmes régionaux de santé (PRS) permet de conforter la dynamique régionale autour des problèmes de santé. En effet, l'émergence de politiques régionales dépend de la capacité locale à conjuguer de manière pertinente les actions de santé publique répondant aussi bien aux priorités régionales qu'aux priorités nationales de santé. Dans cette perspective, il est indispensable de conforter l'animation et le suivi créés autour des PRAPS.

Cohérence pour la conduite de l'ensemble des programmes régionaux de santé

Les publics en situation de précarité sont de fait un sujet majeur de préoccupation de la quasi totalité des programmes régionaux de santé (PRS), notamment ceux portant sur la santé des jeunes, le suicide, le cancer ou l'alcool et/ou les addictions. La mise en œuvre des PRAPS impliquant fortement le niveau départemental favorise l'intégration des besoins spécifiques de la population précarisée dans les thématiques de santé portées par les autres programmes régionaux de santé.

Dans le même sens il sera nécessaire de se coordonner avec les programmes départementaux de prévention et les conventions d'objectifs justice-santé prévus par le plan triennal (cf. circulaire premier ministre du 13 septembre 1999).

L'articulation des PRAPS avec l'ensemble des programmes régionaux doit être systématiquement recherchée.

Les dispositions prises au titre de la recherche de cohérence entre programmes et politiques d'une part et entre les différents programmes régionaux d'autre part seront analysées lors du dialogue de gestion annuel entre administration centrale et services déconcentrés.

2. Améliorer la qualité des PRAPS

Le PRAPS est un outil d'aide au changement. Il vise à décloisonner les politiques sectorielles ayant un impact sur la santé et les pratiques professionnelles. Afin d'assurer la pérennité des actions, il convient d'assurer autant que possible leur inscription à terme dans le droit commun, quitte à faire évoluer les règles du droit commun si nécessaire.

La qualité des PRAPS et l'effectivité de leur mise en œuvre dépend notamment de l'implication des différents partenaires concernés et du renforcement des démarches d'évaluation.

S'assurer de l'implication de l'ensemble des acteurs concernés

Le bilan des PRAPS de première génération a mis en évidence le nombre très important d'acteurs associés à l'élaboration et à la mise en œuvre de ces programmes mais a souligné dans le même temps les difficultés d'implication de plusieurs catégories d'acteurs qu'il conviendra de mieux mobiliser au titre des PRAPS II : l'Université, l'ORS, les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail et les habitants.

Le développement de formations pluridisciplinaires associant professionnels de la santé et professionnels de l'action sociale est susceptible de faire évoluer les pratiques (Fiche 11, formation).

Concernant les personnes en situation précaire, il conviendra de définir précisément les objectifs de leur implication dans les actions prévues en distinguant les nécessités d'information, de consultation et de participation. Leur implication est indispensable pour la mise en œuvre des actions de proximité, notamment dans le cadre de la politique de la ville car l'efficacité de ces actions repose sur le développement voire la restauration de capacités de s'exprimer et d'agir, en relation avec les professionnels concernés. La participation des usagers est un thème de travail essentiel. Cette dimension doit être développée avec l'aide des associations ayant un savoir faire en ce domaine.

Pour l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des PRAPS, le concours des associations est fondamental : elles seules sont à même d'accompagner au quotidien les personnes et les familles. La mobilisation des professionnels de santé, et pas seulement des médecins, est tout aussi indispensable : ils doivent être davantage sensibilisés et associés à cette nécessité d'accompagner, d'aller vers les personnes les plus démunies, en très étroite collaboration avec les associations. Plus qu'un changement institutionnel, il s'agit de favoriser un changement culturel, de se rapprocher afin de pouvoir offrir, dans la proximité nécessaire (bassins de vie, quartiers...) les réponses les plus adaptées.

La qualité du PRAPS est également liée à l'implication des DDASS et des DRASS, et tout particulièrement de leurs directeurs (fiche 2, méthode d'élaboration).

Développer la démarche d'évaluation

Le PRAPS de deuxième génération doit s'appuyer autant que possible sur une analyse chiffrée de la situation et définir une méthode de suivi et d'évaluation des actions et du programme lui-même (Fiche 3, Système d'observation et évaluation)

Prendre en compte les quatre priorités définies par le gouvernement

Lors de l'élaboration du programme de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale présenté en juillet 2001, le gouvernement a défini quatre priorités d'action dans le domaine de la santé : la santé mentale et la souffrance psychique, l'éducation pour la santé, la politique de la ville et le développement des Permanences d'Accès aux soins de santé (PASS). Vous trouverez dans les fiches ci-jointes des orientations de travail sur ces questions.

3. S'intégrer dans les projets et contrats territoriaux pour incarner les PRAPS II dans la proximité

L'inscription des PRAPS dans les projets et contrats territoriaux (contrats d'agglomération, contrats de pays, contrats de ville) constitue l'un des enjeux essentiels des PRAPS II (fiche 4, territorialisation). Pour l'heure elle reste marginale. Une telle inscription implique une réflexion sur les modalités de co-pilotage de projets locaux inscrits au croisement des politiques territoriales et de la politique de santé. A

cet égard le développement des contrats de pays permet de prendre en compte les spécificités du milieu rural.

Il est indispensable de créer un lien dynamique entre les PRAPS et les actions santé des contrats de ville. Des crédits supplémentaires sont prévus sur la ligne 47.11.20 du budget 2002 afin de renforcer ces actions, dans deux directions en particulier : l'amélioration de l'accès à la prévention et aux soins pour les enfants et les jeunes, et la mise en place des " ateliers santé ville ". Le lancement d' " ateliers santé-ville " a été décidé lors du Comité interministériel des Villes du 14 décembre 1999 et précisé dans la circulaire PRAPS du 13 juin 2000. Vous vous rapprocherez des élus locaux, des chefs de projets de la politique de la ville, du sous-préfet ville et du chef de projet départemental " drogues et dépendances " pour définir les modalités de renforcement de la prise en charge des problèmes d'accès à la prévention et aux soins dans les contrats de ville.

La création de synergies entre l'élaboration des PRAPS II et la révision à mi parcours des contrats de plan Etat-région 2000-2006 constitue un autre enjeu de l'année 2002. L'élaboration des PRAPS II est l'occasion de proposer aux élus régionaux d'inclure un volet " santé-précarité " dans le contrat de plan.

La priorité accordée par le gouvernement à l'amélioration de l'accès à la prévention et aux soins des personnes en situation de précarité s'est manifestée en 1999 par le vote de la loi créant la couverture maladie universelle et par l'augmentation en 2001 de 40% des crédits prévus pour les actions " santé-précarité ".

La direction générale de la santé, en concertation avec les autres directions et services d'administration centrale, poursuivra le travail d'animation du réseau des coordonnateurs PRAPS engagé depuis 1999 (fiche 6). Vous voudrez bien saisir mes services (DGS 6D, dgs-sd6d-praps@sante.gouv.fr) des difficultés que vous pourriez rencontrer dans la mise en œuvre de la présente circulaire.

Elisabeth GUIGOU

Bernard KOUCHNER

- Annexe 27 -

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (extraits)

TITRE II DEMOCRATIE SANITAIRE

Chapitre Ier Droits de la personne

Article 3

Dans le titre Ier du livre Ier de la première partie du code de la santé publique, il est inséré un chapitre préliminaire ainsi rédigé :

« Chapitre préliminaire « Droits de la personne

« Art. L. 1110-1. - Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en oeuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne. Les professionnels, les établissements et réseaux de santé, les organismes d'assurance maladie ou tous autres organismes participant à la prévention et aux soins, et les autorités sanitaires contribuent, avec les usagers, à développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible.

« Art. L. 1110-2. - La personne malade a droit au respect de sa dignité.

« Art. L. 1110-3. - Aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins.

« Art. L. 1110-4. - Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant.

« Excepté dans les cas de dérogation, expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel de santé, de tout membre du personnel de ces établissements ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tout professionnel de santé, ainsi qu'à tous les professionnels intervenant dans le système de santé.

« Deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent toutefois, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible. Lorsque la personne est prise en charge par une équipe de soins dans un établissement de santé, les informations la concernant sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe.

« Afin de garantir la confidentialité des informations médicales mentionnées aux alinéas précédents, leur conservation sur support informatique, comme leur transmission par voie électronique entre professionnels, sont soumises à des règles définies par décret en Conseil d'Etat pris après avis public et motivé de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. Ce décret détermine les cas où l'utilisation de la carte professionnelle de santé mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 161-33 du code de la sécurité sociale est obligatoire.

« Le fait d'obtenir ou de tenter d'obtenir la communication de ces informations en violation du présent article est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 Euros d'amende.

« En cas de diagnostic ou de pronostic grave, le secret médical ne s'oppose pas à ce que le famille, les proches de la personne malade ou la personne de confiance définie à l'article L. 1111-6 reçoivent les informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct à celle-ci, sauf opposition de sa part.

« Le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant une personne décédée soient délivrées à ses ayants droit, dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès.

« Art. L. 1110-5. - Toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire au regard des connaissances médicales avérées. Les actes de prévention, d'investigation ou de soins ne

doivent pas, en l'état des connaissances médicales, lui faire courir de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté.

« Les dispositions du premier alinéa s'appliquent sans préjudice de l'obligation de sécurité à laquelle est tenu tout fournisseur de produit de santé, ni des dispositions du titre II du livre Ier de la première partie du présent code.

« Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée.

« Les professionnels de santé mettent en oeuvre tous les moyens à leur disposition pour assurer à chacun une vie digne jusqu'à la mort.

« Art. L. 1110-6. - Dans la mesure où leurs conditions d'hospitalisation le permettent, les enfants en âge scolaire ont droit à un suivi scolaire adapté au sein des établissements de santé.

« Art. L. 1110-7. - L'évaluation prévue à l'article L. 6113-2 et l'accréditation prévue à l'article L. 6113-3 prennent en compte les mesures prises par les établissements de santé pour assurer le respect des droits des personnes malades et les résultats obtenus à cet égard. Les établissements de santé rendent compte de ces actions et de leurs résultats dans le cadre des transmissions d'informations aux agences régionales de l'hospitalisation prévues au premier alinéa de l'article L. 6113-8. »

Article 4

I. - Le chapitre III du titre Ier du livre Ier du code civil est complété par un article 16-13 ainsi rédigé :

« Art. 16-13. - Nul ne peut faire l'objet de discriminations en raison de ses caractéristiques génétiques. »

II. - La section 1 du chapitre V du titre II du livre II du code pénal est ainsi modifiée :

1o Dans le premier alinéa de l'article 225-1, après les mots : « de leur état de santé, de leur handicap, », sont insérés les mots : « de leurs caractéristiques génétiques, » et au deuxième alinéa du même article, après les mots : « de l'état de santé, du handicap, », sont insérés les mots : « des caractéristiques génétiques, » ;

2o Le 1o de l'article 225-3 est complété par une phrase ainsi rédigée :

« toutefois, ces discriminations sont punies des peines prévues à l'article précédent lorsqu'elles se fondent sur la prise en compte de tests génétiques prédictifs ayant pour objet une maladie qui n'est pas encore déclarée ou une prédisposition génétique à une maladie ; ».

III. - Dans le premier alinéa de l'article L. 122-45 du code du travail, après les mots : « de sa situation de famille, », sont insérés les mots : « de ses caractéristiques génétiques, ».

Article 5

Avant le dernier alinéa de l'article L. 6111-1 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Ils mènent, en leur sein, une réflexion sur les questions éthiques posées par l'accueil et la prise en charge médicale. »

Article 6

L'article L. 315-1 du code de la sécurité sociale est complété par un V ainsi rédigé :

« V. - Les praticiens-conseils du service du contrôle médical et les personnes placées sous leur autorité n'ont accès aux données de santé à caractère personnel que si elles sont strictement nécessaires à l'exercice de leur mission, dans le respect du secret médical. »

Article 7

L'article L. 1414-4 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les médecins experts de l'agence n'ont accès aux données de santé à caractère personnel que si elles sont strictement nécessaires à l'exercice de leur mission d'accréditation lors de leur visite sur les lieux, dans le respect du secret médical. »

Article 8

Après le deuxième alinéa du III de l'article 42 de la loi no 96-452 du 28 mai 1996 portant diverses mesures d'ordre sanitaire, social et statutaire, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les membres de l'Inspection générale des affaires sociales titulaires d'un diplôme, certificat ou autre titre permettant l'exercice en France de la profession de médecin n'ont accès aux données de santé à caractère personnel que si elles sont strictement nécessaires à l'exercice de leur mission lors de leur visite sur les lieux, dans le respect du secret médical. »

Article 9

Les articles L. 1111-1, L. 1111-3, L. 1111-4 et L. 1111-5 du code de la santé publique deviennent respectivement les articles L. 1110-8, L. 1110-9, L. 1110-10 et L. 1110-11.
L'article L. 1111-2 du même code est abrogé.

Article 10

Après l'article 720-1 du code de procédure pénale, il est inséré un article 720-1-1 ainsi rédigé :

« Art. 720-1-1. - La suspension peut également être ordonnée, quelle que soit la nature de la peine ou la durée de la peine restant à subir, et pour une durée qui n'a pas à être déterminée, pour les condamnés dont il est établi qu'ils sont atteints d'une pathologie engageant le pronostic vital ou que leur état de santé est durablement incompatible avec le maintien en détention, hors les cas d'hospitalisation des personnes détenues en établissement de santé pour troubles mentaux.

« La suspension ne peut être ordonnée que si deux expertises médicales distinctes établissent de manière concordante que le condamné se trouve dans l'une des situations énoncées à l'alinéa précédent.

« Lorsque la peine privative de liberté prononcée est d'une durée inférieure ou égale à dix ans ou que, quelle que soit la peine initialement prononcée, la durée de détention restant à subir est inférieure ou égale à trois ans, cette suspension est ordonnée par le juge de l'application des peines selon les modalités prévues par l'article 722.

« Dans les autres cas, elle est prononcée par la juridiction régionale de la libération conditionnelle selon les modalités prévues par l'article 722-1.

« Le juge de l'application des peines peut à tout moment ordonner une expertise médicale à l'égard d'un condamné ayant bénéficié d'une mesure de suspension de peine en application du présent article et ordonner qu'il soit mis fin à la suspension si les conditions de celle-ci ne sont plus remplies.

« Les dispositions de l'article 720-2 ne sont pas applicables lorsqu'il est fait application des dispositions du présent article. »

Chapitre II Droits et responsabilités des usagers

Article 11

Le chapitre Ier du titre Ier du livre Ier de la première partie du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Chapitre Ier « Information des usagers du système de santé et expression de leur volonté

« Art. L. 1111-1. - Les droits reconnus aux usagers s'accompagnent des responsabilités de nature à garantir la pérennité du système de santé et des principes sur lesquels il repose.

« Art. L. 1111-2. - Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver.

« Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser.

« Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel.

« La volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être respectée, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission.

« Les droits des mineurs ou des majeurs sous tutelle mentionnés au présent article sont exercés, selon les cas, par les titulaires de l'autorité parentale ou par le tuteur. Ceux-ci reçoivent l'information prévue par le présent article, sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-5. Les intéressés ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant, d'une manière adaptée soit à leur degré de maturité s'agissant des mineurs, soit à leurs facultés de discernement s'agissant des majeurs sous tutelle.

« Des recommandations de bonnes pratiques sur la délivrance de l'information sont établies par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé et homologuées par arrêté du ministre chargé de la santé.

« En cas de litige, il appartient au professionnel ou à l'établissement de santé d'apporter la preuve que l'information a été délivrée à l'intéressé dans les conditions prévues au présent article. Cette preuve peut être apportée par tout moyen.

« Art. L. 1111-3. - Toute personne a droit, à sa demande, à une information, délivrée par les établissements et services de santé publics et privés, sur les frais auxquels elle pourrait être exposée à l'occasion d'activités de prévention, de diagnostic et de soins et les conditions de leur prise en charge. Les professionnels de santé d'exercice libéral doivent, avant l'exécution d'un acte, informer le patient de son coût et des conditions de son remboursement par les régimes obligatoires d'assurance maladie.

« Art. L. 1111-4. - Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé.

« Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre un traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en oeuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables.

« Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment.

« Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté.

« Le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. Dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur ou du majeur sous tutelle, le médecin délivre les soins indispensables.

« L'examen d'une personne malade dans le cadre d'un enseignement clinique requiert son consentement préalable. Les étudiants qui reçoivent cet enseignement doivent être au préalable informés de la nécessité de respecter les droits des malades énoncés au présent titre.

« Les dispositions du présent article s'appliquent sans préjudice des dispositions particulières relatives au consentement de la personne pour certaines catégories de soins ou d'interventions.

« Art. L. 1111-5. - Par dérogation à l'article 371-2 du code civil, le médecin peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions médicales à prendre lorsque le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure, dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé. Toutefois, le médecin doit dans un premier temps s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. Dans le cas où le mineur maintient son opposition, le médecin peut mettre en oeuvre le traitement ou l'intervention. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix.

« Lorsqu'une personne mineure, dont les liens de famille sont rompus, bénéficie à titre personnel du remboursement des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité et de la couverture complémentaire mise en place par la loi no 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle, son seul consentement est requis.

« Art. L. 1111-6. - Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Cette désignation est faite par écrit. Elle est révocable à tout moment. Si le malade le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

« Lors de toute hospitalisation dans un établissement de santé, il est proposé au malade de désigner une personne de confiance dans les conditions prévues à l'alinéa précédent. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le malade n'en dispose autrement.

« Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas lorsqu'une mesure de tutelle est ordonnée. Toutefois, le juge des tutelles peut, dans cette hypothèse, soit confirmer la mission de la personne de confiance antérieurement désignée, soit révoquer la désignation de celle-ci.

« Art. L. 1111-7. - Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues par des professionnels et établissements de santé, qui sont formalisées et ont contribué à l'élaboration et au suivi du diagnostic et du traitement ou d'une action de prévention, ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé, notamment des résultats d'examen, comptes rendus de consultation, d'intervention, d'exploration ou d'hospitalisation, des protocoles et prescriptions thérapeutiques mis en oeuvre, feuilles de surveillance, correspondances entre professionnels de santé, à l'exception des informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers.

« Elle peut accéder à ces informations directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'elle désigne et en obtenir communication, dans des conditions définies par voie réglementaire au plus tard dans les huit jours suivant sa demande et au plus tôt après qu'un délai de réflexion de quarante-huit

heures aura été observé. Ce délai est porté à deux mois lorsque les informations médicales datent de plus de cinq ans ou lorsque la commission départementale des hospitalisations psychiatriques est saisie en application du quatrième alinéa.

« La présence d'une tierce personne lors de la consultation de certaines informations peut être recommandée par le médecin les ayant établies ou en étant dépositaire, pour des motifs tenant aux risques que leur connaissance sans accompagnement ferait courir à la personne concernée. Le refus de cette dernière ne fait pas obstacle à la communication de ces informations.

« A titre exceptionnel, la consultation des informations recueillies, dans le cadre d'une hospitalisation sur demande d'un tiers ou d'une hospitalisation d'office, peut être subordonnée à la présence d'un médecin désigné par le demandeur en cas de risques d'une gravité particulière. En cas de refus du demandeur, la commission départementale des hospitalisations psychiatriques est saisie. Son avis s'impose au détenteur des informations comme au demandeur.

« Sous réserve de l'opposition prévue à l'article L. 1111-5, dans le cas d'une personne mineure, le droit d'accès est exercé par le ou les titulaires de l'autorité parentale. A la demande du mineur, cet accès a lieu par l'intermédiaire d'un médecin.

« En cas de décès du malade, l'accès des ayants droit à son dossier médical s'effectue dans les conditions prévues par le dernier alinéa de l'article L. 1110-4.

« La consultation sur place des informations est gratuite. Lorsque le demandeur souhaite la délivrance de copies, quel qu'en soit le support, les frais laissés à sa charge ne peuvent excéder le coût de la reproduction et, le cas échéant, de l'envoi des documents.

« Art. L. 1111-8. - Les professionnels de santé ou les établissements de santé ou la personne concernée peuvent déposer des données de santé à caractère personnel, recueillies ou produites à l'occasion des activités de prévention, de diagnostic ou de soins, auprès de personnes physiques ou morales agréées à cet effet. Cet hébergement de données ne peut avoir lieu qu'avec le consentement exprès de la personne concernée.

« Les traitements de données de santé à caractère personnel que nécessite l'hébergement prévu au premier alinéa doivent être réalisés dans le respect des dispositions de la loi no 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. La prestation d'hébergement fait l'objet d'un contrat. Lorsque cet hébergement est à l'initiative d'un professionnel de santé ou d'un établissement de santé, le contrat prévoit que l'hébergement des données, les modalités d'accès à celles-ci et leurs modalités de transmission sont subordonnées à l'accord de la personne concernée.

« Les conditions d'agrément des hébergeurs sont fixées par décret en Conseil d'Etat pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés et des conseils de l'ordre des professions de santé ainsi que du conseil des professions paramédicales. Ce décret mentionne les informations qui doivent être fournies à l'appui de la demande d'agrément, notamment les modèles de contrats prévus au deuxième alinéa et les dispositions prises pour garantir la sécurité des données traitées en application de l'article 29 de la loi no 78-17 du 6 janvier 1978 précitée, en particulier les mécanismes de contrôle et de sécurité dans le domaine informatique ainsi que les procédures de contrôle interne. Les dispositions de l'article L. 4113-6 s'appliquent aux contrats prévus à l'alinéa précédent.

« L'agrément peut être retiré, dans les conditions prévues par l'article 24 de la loi no 2000-321 du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations, en cas de violation des prescriptions législatives ou réglementaires relatives à cette activité ou des prescriptions fixées par l'agrément.

« Seuls peuvent accéder aux données ayant fait l'objet d'un hébergement les personnes que celles-ci concernent et les professionnels de santé ou établissements de santé qui les prennent en charge et qui sont désignés par les personnes concernées, selon des modalités fixées dans le contrat prévu au deuxième alinéa, dans le respect des dispositions des articles L. 1110-4 et L. 1111-7.

« Les hébergeurs tiennent les données de santé à caractère personnel qui ont été déposées auprès d'eux à la disposition de ceux qui les leur ont confiées. Ils ne peuvent les utiliser à d'autres fins. Ils ne peuvent les transmettre à d'autres personnes que les professionnels de santé ou établissements de santé désignés dans le contrat prévu au deuxième alinéa.

« Lorsqu'il est mis fin à l'hébergement, l'hébergeur restitue les données qui lui ont été confiées, sans en garder de copie, au professionnel, à l'établissement ou à la personne concernée ayant contracté avec lui.

« Les hébergeurs de données de santé à caractère personnel et les personnes placées sous leur autorité qui ont accès aux données déposées sont astreintes au secret professionnel dans les conditions et sous les peines prévues à l'article 226-13 du code pénal.

« Les hébergeurs de données de santé à caractère personnel ou qui proposent cette prestation d'hébergement sont soumis, dans les conditions prévues aux articles L. 1421-2 et L. 1421-3, au contrôle de l'Inspection générale des affaires sociales et des agents de l'Etat mentionnés à l'article L.

1421-1. Les agents chargés du contrôle peuvent être assistés par des experts désignés par le ministre chargé de la santé.

« Art. L. 1111-9. - Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions d'application du présent chapitre. Les modalités d'accès aux informations concernant la santé d'une personne, et notamment l'accompagnement de cet accès, font l'objet de recommandations de bonnes pratiques établies par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé et homologuées par arrêté du ministre chargé de la santé. »

Article 12

Le titre Ier du livre Ier de la première partie du code de la santé publique est complété par un chapitre V ainsi rédigé :

« Chapitre V « Dispositions pénales

« Art. L. 1115-1. - La prestation d'hébergement de données de santé à caractère personnel recueillies auprès de professionnels ou d'établissements de santé ou directement auprès des personnes qu'elles concernent sans être titulaire de l'agrément prévu par l'article L. 1111-8 ou de traitement de ces données sans respecter les conditions de l'agrément obtenu est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 Euros d'amende.

« Art. L. 1115-2. - Les personnes morales peuvent être déclarées responsables, dans les conditions prévues à l'article 121-1 du code pénal, des infractions définies à l'article L.1115-1.

« Les peines encourues par les personnes morales sont :

« 1o L'amende, suivant les modalités prévues par l'article 131-38 du code pénal ;

« 2o Les peines prévues aux 2o, 3o, 4o, 5o et 9o de l'article 131-39 du même code. L'interdiction prononcée à ce titre porte sur l'activité dans l'exercice ou à l'occasion de laquelle l'infraction a été commise. »

Article 13

Les personnes qui, à la date de la publication de la présente loi, exercent l'activité d'hébergement de données de santé à caractère personnel déposées auprès d'elles par les personnes qu'elles concernent doivent formuler une demande d'agrément en application de l'article L. 1111-8 du code de la santé publique dans un délai de trois mois à compter de la publication du décret prévu par cet article. Elles peuvent poursuivre cette activité jusqu'à ce qu'il soit statué sur leur demande. Le ministre chargé de la santé peut, pendant cette période, suspendre à tout moment la poursuite de cette activité en cas de violation des dispositions législatives ou réglementaires en vigueur.

Article 14

I. - Le chapitre II du titre Ier du livre Ier de la première partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1o L'article L. 1112-1 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « et par l'intermédiaire du praticien qu'elles désignent » sont supprimés ; les mots : « les informations médicales contenues dans leur dossier médical » sont remplacés par les mots : « les informations médicales définies à l'article L. 1111-7 » ; il est inséré, après la deuxième phrase, une phrase ainsi rédigée :

« Cette communication est effectuée, au choix de la personne concernée, directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'elle désigne. » ;

b) Après le premier alinéa, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« Les établissements de santé proposent un accompagnement médical aux personnes qui le souhaitent lorsqu'elles demandent l'accès aux informations les concernant.

« Le refus de cet accompagnement ne fait pas obstacle à la consultation de ces informations. » ;

c) Au dernier alinéa, après les mots : « Les modalités d'application du présent article », sont insérés les mots : « , notamment en ce qui concerne la procédure d'accès aux informations médicales définies à l'article L. 1111-7, » ;

2o L'article L. 1112-5 devient l'article L. 1112-6.

II. - Dans le troisième alinéa (2o) de l'article L. 1414-2 du même code, après les mots : « en matière », sont insérés les mots : « d'information des usagers, ».

III. - L'article 40 de la loi no 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés est ainsi rédigé :

« Art. 40. - Lorsque l'exercice du droit d'accès s'applique à des données de santé à caractère personnel, celles-ci peuvent être communiquées à la personne concernée, selon son choix, directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'elle désigne à cet effet, dans le respect des

dispositions de l'article L. 1111-7 du code de la santé publique. »

IV. - La loi no 78-753 du 17 juillet 1978 portant diverses mesures d'amélioration des relations entre l'administration et le public et diverses dispositions d'ordre administratif, social et fiscal est ainsi modifiée :

1o L'article 5-1 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« - l'article L. 1111-7 du code de la santé publique. » ;

2o Le dernier alinéa du II de l'article 6 est ainsi rédigé :

« Les informations à caractère médical sont communiquées à l'intéressé, selon son choix, directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'il désigne à cet effet, dans le respect des dispositions de l'article L. 1111-7 du code de la santé publique. »

Article 15

I. - L'article L. 1122-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1o Le neuvième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :

« A l'issue de la recherche, la personne qui s'y est prêtée est informée des résultats globaux de cette recherche. » ;

2o Dans la première phrase du dernier alinéa, après les mots : « et que seul sera sollicité celui des membres de sa famille s'ils sont présents, », sont insérés les mots : « et à défaut, l'avis de la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6, ».

II. - L'article L. 1124-6 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Par dérogation aux dispositions du premier alinéa, les recherches sans bénéfice individuel direct en épidémiologie, génétique, physiologie, physio-pathologie peuvent être réalisées par des professionnels de santé, dans leurs lieux d'exercice habituel lorsque ces recherches ne nécessitent pas d'actes autres que ceux qu'ils pratiquent usuellement dans le cadre de leur activité médicale. Le comité consultatif de protection des personnes dans la recherche biomédicale s'assure alors, avant de rendre son avis, que les conditions du présent article sont satisfaites. »

Article 16

Le deuxième alinéa de l'article L. 1112-3 du code de la santé publique est remplacé par quatre alinéas ainsi rédigés :

« Dans chaque établissement de santé, une commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge a pour mission de veiller au respect des droits des usagers et de contribuer à l'amélioration de la qualité de l'accueil des personnes malades et de leurs proches et de la prise en charge. Cette commission facilite les démarches de ces personnes et veille à ce qu'elles puissent, le cas échéant, exprimer leurs griefs auprès des responsables de l'établissement, entendre les explications de ceux-ci et être informées des suites de leurs demandes.

« Elle est consultée sur la politique menée dans l'établissement en ce qui concerne l'accueil et la prise en charge, elle fait des propositions en ce domaine et elle est informée de l'ensemble des plaintes ou réclamations formées par les usagers de l'établissement ainsi que des suites qui leur sont données. A cette fin, elle peut avoir accès aux données médicales relatives à ces plaintes ou réclamations, sous réserve de l'obtention préalable de l'accord écrit de la personne concernée ou de ses ayants droit si elle est décédée. Les membres de la commission sont astreints au secret professionnel dans les conditions définies par les articles 226-13 et 226-14 du code pénal.

« Le conseil d'administration des établissements publics de santé ou une instance habilitée à cet effet dans les établissements privés délibère au moins un fois par an sur la politique de l'établissement en ce qui concerne les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge, sur la base d'un rapport présenté par la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge. Ce rapport et les conclusions du débat sont transmis à l'agence régionale de l'hospitalisation et au conseil régional de santé.

« La composition et les modalités de fonctionnement de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge sont fixées par voie réglementaire. »

Article 17

Après l'article L. 1112-4 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 1112-5 ainsi rédigé :

« Art. L. 1112-5. - Les établissements de santé facilitent l'intervention des associations de bénévoles qui peuvent apporter un soutien à toute personne accueillie dans l'établissement, à sa demande ou avec son accord, ou développer des activités au sein de l'établissement, dans le respect des règles de fonctionnement de l'établissement et des activités médicales et paramédicales et sous réserve des dispositions prévues à l'article L. 1110-11.

« Les associations qui organisent l'intervention des bénévoles dans des établissements de santé

publics ou privés doivent conclure avec les établissements concernés une convention qui détermine les modalités de cette intervention. »

Article 18

I. - L'intitulé du chapitre II du titre II du livre Ier de la quatrième partie du code de la santé publique est ainsi rédigé : « Conseil national et chambre disciplinaire nationale ».

II. - Le premier alinéa de l'article L. 4122-2 du même code est ainsi rédigé :

« Le conseil national fixe le montant unique de la cotisation qui doit être versée à chaque ordre par chaque médecin, chirurgien-dentiste ou sage-femme. Il détermine également les quotités de cette cotisation qui seront attribuées à chaque conseil départemental, à chaque conseil régional ou interrégional et au conseil national, en précisant la part consacrée au fonctionnement des chambres disciplinaires placées auprès de ces instances. »

III. - L'article L. 4122-3 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Art. L. 4122-3. - I. - Les décisions des conseils régionaux en matière d'inscription au tableau et de suspension temporaire du droit d'exercer en cas d'infirmité ou d'état pathologique rendant dangereux l'exercice de la profession peuvent faire l'objet d'un recours hiérarchique devant le conseil national. Ce conseil national peut déléguer ses pouvoirs à des sections qui se prononcent en son nom.

« II. - La chambre disciplinaire nationale est saisie en appel des décisions des chambres disciplinaires de première instance. Peuvent faire appel, outre l'auteur de la plainte et le professionnel sanctionné, le ministre chargé de la santé, le représentant de l'Etat dans le département ou dans la région, le procureur de la République, le conseil départemental et le conseil national de l'ordre intéressé.

« L'appel contre les décisions des chambres disciplinaires de première instance a un effet suspensif sauf lorsque la chambre est saisie en application de l'article L. 4113-14. Les décisions rendues par la chambre disciplinaire nationale sont susceptibles de recours devant le Conseil d'Etat.

« Les décisions de la chambre disciplinaire nationale sont rendues en formation collégiale sous réserve des exceptions, précisées par décret en Conseil d'Etat, tenant à l'objet de la saisine ou du litige ou à la nature des questions à examiner ou à juger.

« Les fonctions exercées par les membres de la chambre disciplinaire nationale sont incompatibles avec l'exercice d'autres fonctions ordinaires, à l'exception de celles d'assesseur dans la section des assurances sociales. »

IV. - Au troisième alinéa de l'article L. 460 du même code, les mots : « soit par le Conseil national » sont supprimés.

V. - L'article L. 4123-2 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 4123-2. - Lorsqu'une plainte est portée devant le conseil départemental, son président en accuse réception à l'auteur, en informe le médecin, le chirurgien-dentiste ou la sage-femme mis en cause et les convoque dans un délai d'un mois à compter de l'enregistrement de la plainte en vue d'une conciliation. En cas d'échec de celle-ci, il transmet la plainte à la chambre disciplinaire de première instance avec l'avis motivé du conseil dans un délai de trois mois à compter de l'enregistrement de la plainte. En cas de carence du conseil départemental, l'auteur de la plainte peut demander au président du conseil national de saisir la chambre disciplinaire de première instance compétente. Le président du conseil national doit répondre à sa demande dans le délai d'un mois. »

Article 19

I. - Le titre Ier du livre II de la troisième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1o Après l'article L. 3211-11, il est inséré un article L. 3211-11-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 3211-11-1. - Pour motif thérapeutique ou si des démarches extérieures s'avèrent nécessaires, les personnes hospitalisées sans leur consentement peuvent bénéficier d'autorisations de sorties de l'établissement de courte durée n'excédant pas douze heures. La personne malade est accompagnée par un ou plusieurs membres du personnel de l'établissement pendant toute la durée de la sortie.

« L'autorisation d'absence de courte durée est accordée par le directeur de l'établissement de santé après avis favorable du psychiatre responsable de la structure médicale concernée.

« Dans le cas d'une hospitalisation d'office, le directeur de l'établissement transmet au représentant de l'Etat dans le département les éléments d'information relatifs à la demande d'autorisation, comportant notamment l'avis du psychiatre, quarante-huit heures avant la date prévue pour la sortie accompagnée. Sauf opposition du représentant de l'Etat dans le département, la sortie accompagnée peut avoir lieu au terme de ce délai. » ;

2o Au dixième alinéa de l'article L. 3212-9, les mots : « pourrait compromettre l'ordre public ou la sûreté des personnes » sont remplacés par les mots : « nécessite des soins en raison de troubles mentaux qui compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre

public » ;

3o Au premier alinéa de l'article L. 3213-1, les mots : « compromettent l'ordre public ou la sûreté des personnes » sont remplacés par les mots : « nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public » ;

4o Aux articles L. 3213-6 et L. 3213-7, les mots : « pourrait compromettre l'ordre public ou la sûreté des personnes » sont remplacés par les mots : « nécessite des soins et compromet la sûreté des personnes ou porte atteinte, de façon grave, à l'ordre public ».

II. - Le titre II du livre II de la troisième partie du même code est ainsi modifié :

1o Le dernier alinéa de l'article L. 3222-3 est supprimé ;

2o Le dernier alinéa de l'article L. 3223-1 est complété par les mots : « et de lui fournir toutes données médicales nécessaires à l'accomplissement de ses missions » ;

3o Les quatre premiers alinéas de l'article L. 3223-2 sont remplacés par six alinéas ainsi rédigés :

« La commission prévue à l'article L. 3222-5 se compose :

« 1o De deux psychiatres, l'un désigné par le procureur général près la cour d'appel, l'autre par le représentant de l'Etat dans le département ;

« 2o D'un magistrat désigné par le premier président de la cour d'appel ;

« 3o De deux représentants d'associations agréées respectivement de personnes malades et de familles de personnes atteintes de troubles mentaux, désignés par le représentant de l'Etat dans le département ;

« 4o D'un médecin généraliste désigné par le représentant de l'Etat dans le département.

« En cas d'impossibilité de désigner un ou plusieurs membres de la commission mentionnée dans le présent article, des personnalités des autres départements de la région ou des départements limitrophes peuvent être nommées. » ;

4o Au cinquième alinéa de l'article L. 3223-2, les mots : « aux 1o et 3o » sont remplacés par les mots : « au 1o ».

III. - Le dernier alinéa du 1o de l'article L. 6143-4 du même code est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Pour ce qui concerne les délibérations relatives au règlement intérieur des établissements et unités d'hospitalisation accueillant des malades atteints de troubles mentaux, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation saisit, pour avis, le représentant de l'Etat dans le département. »

IV. - Il est inséré, dans le code civil, un article 375-9 ainsi rédigé :

« Art. 375-9. - La décision confiant le mineur, sur le fondement du 3o de l'article 375-3, à un établissement recevant des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux, est ordonnée après avis médical circonstancié d'un médecin extérieur à l'établissement, pour une durée ne pouvant excéder quinze jours.

« La mesure peut être renouvelée, après avis médical conforme d'un psychiatre de l'établissement d'accueil, pour une durée d'un mois renouvelable. »

V. - A titre transitoire, les personnes hospitalisées d'office à la date d'entrée en vigueur de la présente loi restent placées sous ce mode d'hospitalisation jusqu'à la date antérieurement fixée pour statuer sur le maintien de cette hospitalisation d'office sauf décision contraire prise en application du dernier alinéa de l'article L. 3213-4 du code de la santé publique.

Chapitre III Participation des usagers au fonctionnement du système de santé

Article 20

I. - Le titre Ier du livre Ier de la première partie du code de la santé publique est complété par un chapitre IV ainsi rédigé :

« Chapitre IV « Participation des usagers au fonctionnement du système de santé

« Art. L. 1114-1. - Les associations, régulièrement déclarées, ayant une activité dans le domaine de la qualité de la santé et de la prise en charge des malades peuvent faire l'objet d'un agrément par l'autorité administrative compétente soit au niveau régional, soit au niveau national. L'agrément est notamment subordonné à l'activité effective et publique de l'association en vue de la défense des droits des personnes malades et des usagers du système de santé ainsi qu'aux actions de formation et d'information qu'elle conduit, à sa représentativité et à son indépendance. Les conditions d'agrément et du retrait de l'agrément sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.

« Seules les associations agréées peuvent représenter les usagers du système de santé dans les instances hospitalières ou de santé publique.

« Les représentants des usagers dans les instances mentionnées ci-dessus ont droit à une formation leur facilitant l'exercice de ce mandat.

« Art. L. 1114-2. - Lorsque l'action publique a été mise en mouvement par le ministère public ou la

partie lésée, et sous réserve de l'accord de la victime, les associations agréées au niveau national dans les conditions prévues à l'article L. 1114-1 peuvent exercer les droits reconnus à la partie civile en ce qui concerne les infractions prévues par les articles 221-6, 222-19 et 222-20 du code pénal ainsi que les infractions prévues par des dispositions du présent code, portant un préjudice à l'intérêt collectif des usagers du système de santé.

« Art. L. 1114-3. - Les salariés, membres d'une association visée à l'article L. 1114-1, bénéficient du congé de représentation prévu par l'article L. 225-8 du code du travail lorsqu'ils sont appelés à siéger :
« 1o Soit au conseil d'administration, ou à l'instance habilitée à cet effet, d'un établissement de santé public ou privé, ou aux commissions et instances statutaires dudit établissement ;
« 2o Soit dans les instances consultatives régionales ou nationales et les établissements publics nationaux prévus par le présent code.

« L'indemnité prévue au II de l'article L. 225-8 du code du travail est versée par l'établissement de santé public ou privé concerné dans le cas visé au 1o du présent article ; dans les cas visés au 2o, elle est versée par les établissements concernés, ou par l'Etat lorsqu'il s'agit d'instances instituées auprès de l'Etat.

« Art. L. 1114-4. - La commission régionale de conciliation et d'indemnisation mentionnée à l'article L. 1142-5, réunie en formation de conciliation, peut être saisie par toute personne de contestations relatives au respect des droits des malades et des usagers du système de santé. »

II. - L'article L. 5311-1 du même code est ainsi modifié :

1o A la seconde phrase du dix-huitième alinéa, les mots : « les associations de patients et d'usagers de la médecine » sont remplacés par les mots : « des associations agréées de personnes malades et d'usagers du système de santé mentionnées à l'article L. 1114-1 » ;

2o L'avant-dernier alinéa est supprimé.

Article 21

Le V de l'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (no 2000-1257 du 23 décembre 2000) est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Celui-ci a la possibilité de se faire assister ou représenter par son conjoint, un ascendant ou un descendant en ligne directe, un avocat ou un délégué des associations de mutilés et invalides du travail les plus représentatives. »

Article 22

Au premier alinéa de l'article L. 1421-1 du même code, après les mots : « et des lois et règlements relatifs », sont insérés les mots : « aux droits des personnes malades et des usagers du système de santé, ».

.....

Chapitre V Réseaux (TITRE III QUALITE DU SYSTEME DE SANTE)

Article 84

I. - Il est inséré, dans le titre II du livre III de la sixième partie du code de la santé publique, un chapitre Ier ainsi rédigé :

« Chapitre Ier « Réseaux de santé

« Art. L. 6321-1. - Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations.

« Ils sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers.

« Les réseaux de santé qui satisfont à des critères de qualité ainsi qu'à des conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation fixés par décret peuvent bénéficier de subventions de l'Etat, dans la

limite des crédits inscrits à cet effet chaque année dans la loi de finances, de subventions des collectivités territoriales ou de l'assurance maladie ainsi que de financements des régimes obligatoires de base d'assurance maladie pris en compte dans l'objectif national de dépenses d'assurance maladie visé au 4o du I de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale.

« Art. L. 6321-2. - Régis par la loi no 47-1775 du 10 septembre 1947 portant statut de la coopération et soumis aux dispositions du présent chapitre, les réseaux coopératifs de santé sont des sociétés de prise en charge pluridisciplinaire répondant aux critères et conditions définis à l'article L. 6321-1.

« Les coopératives hospitalières de médecins et les réseaux coopératifs de santé peuvent adhérer à des structures de coopération publique et privée, notamment des groupements de coopération sanitaire, des groupements d'intérêt économique, des groupements d'intérêt public ou des associations, ou signer des conventions en vue de mettre en place une organisation commune au sein de réseaux de santé, associant des établissements de santé et des professionnels libéraux.

« Les réseaux coopératifs de santé sont soumis aux mêmes dispositions que les sociétés coopératives hospitalières de médecins sauf :

« - celles concernant l'inscription au tableau du conseil départemental des médecins ;

« - celles concernant l'engagement d'utilisation exclusive des services de la société, tel qu'énoncé à l'article visant les associés coopérateurs. Cependant, les statuts des réseaux coopératifs de santé devront comporter des règles d'engagement d'activité claires et adaptées à la spécificité du réseau concerné et prévoir les modalités des sanctions d'exclusion nécessaires en cas de manquement au respect de ces engagements par un membre. »

II. - Dans les articles L. 6113-4, L. 6114-2, L. 6114-3, L. 6122-15, au 8o de l'article L. 6143-1 et au 6o de l'article L. 6144-1 du même code, la référence aux réseaux de soins et à l'article L. 6121-5 est remplacée par la référence aux réseaux de santé et à l'article L. 6321-1.

III. - L'article L. 6121-5 du même code est abrogé.