

# Territorialité et santé mentale

Gérard Massé<sup>1</sup> et Emmanuel Vigneron<sup>2</sup>

**PLURIELS**  
La lettre de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale

L'approche territoriale des politiques de santé suscite, à l'évidence, un intérêt aujourd'hui renforcé. Déjà inscrite dans la notion de carte sanitaire introduite par la loi hospitalière du 31 décembre 1970, elle fonde l'idée du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) instauré par la loi du 31 juillet 1991. En effet, l'objet de la planification est devenu alors la prévision à cinq ans de l'évolution et de la répartition géographique, sur un territoire donné, en l'occurrence la région, de l'offre hospitalière sur la base d'une analyse des besoins de la population.

En affirmant l'échelon régional comme essentiel à la mise en œuvre des politiques, les ordonnances du 24 avril 1996 et notamment celle qui a institué les agences régionales d'hospitalisation (ARH) ainsi que la loi du 9 août 2004 relative à la santé publique ont permis d'accélérer la considération de la pertinence d'une appréhension territoriale des besoins de santé et des réponses collectives à y apporter.

Ainsi, la régionalisation s'est imposée progressivement pour organiser les moyens de réponse aux grands enjeux de santé et, corrélativement, la réflexion concernant l'échelle territoriale adaptée est apparue comme intrinsèque à tout processus de régulation et indispensable en préalable à la mise en place de tout dispositif.

Pour autant, la « découverte » du territoire par les acteurs de santé eux-mêmes a été lente, et il suffit de constater, encore souvent, le fait encore récent pour les établissements de santé de se considérer comme une réalité en soi, sans inscription réelle dans un environnement géo-démographique, pour s'en persuader.

Le champ de la psychiatrie a été longtemps le seul à émerger de cette relative indifférence des acteurs de santé à la question territoriale, puisque précisément la définition de la sectorisation psychiatrique associant une doctrine à la préoccupation géographique, fournie par la circulaire du 15 mars 1960 une dimension " géopolitique " à une démarche qui a largement dépassé le seul aspect cadastral pour traduire une inscription territoriale de l'action en faveur des malades mentaux.

Le secteur psychiatrique a été conçu, dès le début de la V<sup>e</sup> République, comme une entité spatiale enrichie de principes d'action visant à assurer pour une population localisée, l'égalité d'accès aux soins, la prise en compte des besoins de soins aigus comme ceux qui sont liés à la chronicité et la continuité des soins en élargissant le champ médical de la pathologie à l'accompagnement social et médico-social. →

## S O M M A I R E

### P2

1. Le secteur psychiatrique : l'innovation d'une approche géo-socio-démographique

### P3

2. Les artifices du standard « des 70 000 habitants »

### P4

3. Les déconvenues d'une ambition planificatrice

### P4

4. Les risques d'un paradoxe

### P5

5. Une territorialité en santé mentale à repenser

### P5

6. L'intérêt des territoires de santé

### P7

Conclusion

### P8

Bibliographie

<sup>1</sup> Chef de service au Centre hospitalier Sainte-Anne, coordinateur de la Mission nationale d'appui en santé mentale.

<sup>2</sup> Professeur d'Aménagement sanitaire, université de Montpellier.

---

Peu à peu, malheureusement, la jonction du contenu fonctionnel, du périmètre géographique et de l'approche démographique s'est distendue au profit d'une idéation de la notion de secteur ou au contraire, de façon plus triviale, d'une pratique de féodalisation jalouse d'une portion de surface et des pouvoirs y afférant.

Alors que l'avance prise par la sectorisation psychiatrique en termes de territorialité s'est érodée, l'ordonnance du 4 septembre 2003 représente une opportunité pour tenter de résoudre les problèmes d'adaptation qui se sont accumulés et qui participent en grande partie au malaise actuel.

Sans remettre en cause les progrès qu'elle a permis de réaliser, on peut relever que la sectorisation, contrairement aux principes fondateurs de la circulaire de mars 1960, n'a pas réussi à prendre en compte les variations des besoins des populations. La prééminence des aspects normalisants de la configuration des secteurs s'est retournée contre le principe de recherche d'équité : les secteurs sont, à la fois, peu homogènes et non complémentaires entre eux, de telle sorte qu'une iniquité persistante affecte les réponses apportées aux populations en matière de santé mentale. Ainsi, les typologies dressées régulièrement et en divers endroits, traduisent l'existence de nombreux secteurs ruraux marqués par une faible variété de structures et de secteurs urbains caractérisés par une plus grande importance du nombre et de la variété des moyens de prise en charge.

Si on ajoute à ces constats, la situation alarmante de la démographie médicale en termes de répartition, le risque est devenu, hélas d'actualité, d'une partition entre une psychiatrie de relégation rurale et une psychiatrie urbaine plus ouverte sur la communauté.

Une réflexion nouvelle et élargie s'impose donc, afin que dégagé de la notion de " découpage " sectoriel, le secteur psychiatrique soit à nouveau appréhendé comme un territoire de santé et soit configuré pour répondre de façon adaptée aux besoins d'une population aux caractéristiques par essence spécifiques.

Cette réflexion ne saurait être considérée comme une condamnation des découpages actuels mais plutôt comme une volonté de faire face à la désuétude d'une conception confrontée à des problèmes d'aujourd'hui non envisageables à l'origine, c'est-à-dire il y a trente ou quarante ans.

La correction de la réalité constatée, réalité inacceptable à bien des égards et notamment par défaut de fiabilité de l'ensemble du dispositif, doit accompagner et faciliter la poursuite du processus de sectorisation, en développant les structures alternatives et l'ensemble des modalités de liaison de la psychiatrie avec les domaines d'intervention qui lui sont connexes, qu'il s'agisse du domaine des soins somatiques ou de la sphère de la réhabilitation sociale.

Toutefois, si la déclinaison au niveau national de principes et de méthodes d'identification d'une territorialité adaptée peut constituer un outil déterminant de progrès pour l'avenir, la définition d'une norme d'équipements apparaît aussi souhaitable en tenant compte des risques d'inadaptation aux spécificités des réalités territoriales. Aussi surprenant que cela puisse paraître, en quarante-six ans, on n'a jamais défini avec précision le contenu d'un secteur en équipement et, encore moins, en personnels.

---

## 1. Le secteur psychiatrique : l'innovation d'une approche géo-socio-démographique.

La mise en place du dispositif sectoriel défini par la circulaire du 15 mars 1960 a consisté à diviser chaque 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 post-cure ». Il s'est agi désormais non plus de déterminer l'offre en fonction des besoins traduits par le nombre de malades hospitalisés mais de définir un programme théorique d'organisation départementale fondée sur l'identification de « plusieurs secteurs géographiques », tenant compte de « la situation démographique et économique du département » et établie à partir d'un certain nombre d'éléments tels que les sites hospitaliers, la répartition de la population par âge et par arrondissement ou des moyens de communication (réseaux routiers et ferrés).

Les établissements psychiatriques ont reçu mission de desservir « une aire géographique bien délimitée et proportionnée à son importance appelée secteur » et chaque service ou groupe de services de ces établissements a dû prendre en charge une partie déterminée de ce secteur, appelé sous-secteur. À titre indicatif et en référence aux normes d'alors de l'OMS de trois lits pour mille habitants, un service de deux cents lits, ce qui était la norme de l'époque pour un service (ayant vocation à accueillir des patients des deux sexes et comportant nécessairement un service libre), pouvait desservir un sous-secteur de « 67 000 habitants environ » (66 666 d'où 67 000 puis 70 000).

Il n'est pas inutile de rappeler que la circulaire de mars 1960 insistait sur « les problèmes médico-sociaux importants qui ne sont pas réglés par l'hospitalisation », sur l'importance de l'extrahospitalier sans lequel « les soins dispensés par l'hôpital ne peuvent qu'être incomplets », et sur la nécessité de créer des lits sur de nouveaux pôles démographiques sous la forme « d'un hôpital psychiatrique rattaché à un hôpital général » destiné à traiter « l'ensemble des malades mentaux du secteur qu'il desservira ».

En dépit de l'ambition et des principes affichés, voire de façon contraire et paradoxale, la mise en œuvre de la sectorisation a plutôt conforté la géographie asilaire et maintenu des établissements là où les besoins ne le justifiaient pas et a donné lieu à la définition de secteurs en forme étrange de portions de camembert, ne tenant pas compte des habitudes de déplacement des populations et souvent rattachés à un établissement hospitalier lointain, ce que les concepteurs du secteur voulaient, à tout prix, éviter. Mais, en calculant la taille d'un secteur en référence à celle d'un service hospitalier on retombait logiquement dans ce dont on voulait pourtant s'extraire.

---

## 2. Les artifices du standard « des 70 000 habitants ».

Si la « règle » de 70 000 habitants par secteur de psychiatrie générale et de 210 000 par secteur de psychiatrie infanto-juvénile ne dispose pas de fondement légal ou réglementaire, elle n'en constitue pas moins un optimum fixé par circulaires et, surtout, une norme de fait. En tout état de cause, elle constitue une référence. Il est sans doute utile de rappeler ici cet épisode peu connu et largement oublié, tel du moins que nos recherches permettent de le reconstituer.

Lors du congrès de Tours, en 1959, la note de synthèse rédigée par L. Bonnafé énonçait qu'il « convient de mettre en place une structure fondée sur le territoire au sein duquel les divers moyens concourent à la protection de la santé mentale pour desservir un secteur maximum de 100 000 habitants ». Cette note formalisait une nouvelle « doctrine fondée sur la diversité et la continuité des soins, l'extension dans la société du champ de la psychiatrie ». Il est important de souligner qu'étaient énoncés les fondements de la notion du secteur conçu comme un cadre d'action adapté à la pratique d'une psychiatrie définie comme une « médecine du trouble mental en général avec ses tâches de prévention, de soins précoces, d'assistance, de post-cure et de réadaptation » exercée par un médecin qui « partage son temps entre les soins aux malades à l'hôpital et les soins au dehors » (Daumezon, 1946). De fait, les notions de continuité et de proximité, intrinsèques à l'ambition d'une prise en charge globale conduisaient naturellement à la naissance du terme de « secteur », employé dès cette époque pour désigner l'aire géographique d'exercice d'un psychiatre, une aire nécessairement « à taille humaine ». En 1952, Daumezon et Duchêne proposaient, dans le département de la Seine, le principe d'une répartition « par aire géographique et démographique à la mesure d'une équipe médico-sociale ». En 1957, Philippe Paumelle créait le premier vrai « secteur » dans le XIII<sup>e</sup> arrondissement de Paris, comptant alors quelques 110 000 habitants.

Si l'importance de population à envisager semble se préciser, on peut se demander comment on en est venu, entre 1959 et 1960, à cet effectif de 70 000 habitants et plus précisément à ces 67 000 habitants évoqués dans la circulaire de mars 1960. Les travaux qui aboutirent entre 1956 et 1959 à la note du 27 octobre 1959 « sur le territoire unifié de protection de santé mentale » par Bonnafé, Daumezon, Ey, Fouquet, Hamon, Jacquelin, Lauzier, Mignot, Régis et Sivadon permettent de reconstituer le raisonnement développé, en relation avec les données du moment.

En 1960, on comptait environ 120 000 lits de psychiatrie répartis dans 140 établissements, hôpitaux psychiatriques départementaux, quartiers psychiatriques et établissements privés faisant fonction de public. Si l'on exclut les quelques très gros établissements de plus de 1000 lits, ces hôpitaux comptaient en moyenne 600 lits, tandis que les psychiatres considéraient que leur responsabilité médicale ne devait pas s'exercer au-delà d'un service de 200 lits.

Selon les normes recommandées par l'OMS, auxquelles les Français, Sivadon notamment, avaient contribué, on devait disposer de 3 lits pour 1000 habitants, soit 600 lits pour 200 000 habitants. La circulaire de 1960 évoque, d'ailleurs, la notion de « secteur » pour 200 000 habitants.

Placé sous la responsabilité d'un psychiatre, un service de 200 lits était donc considéré comme susceptible de desservir le tiers d'une population de 200 000 habitants appréhendée en trois sous ensembles soit, 66 666 habitants ou encore 67 000 et finalement 70 000. La circulaire de 1960 utilise à ce propos le terme de « sous-secteur » qui par glissement est devenu le « secteur ».

La France de 1959-1960 comptait 45 000 000 habitants mais le seul chiffre certain était celui du recensement de 1954, 42 500 000, tandis que les psychiatres des hôpitaux susceptibles de prendre la responsabilité d'un secteur étaient au nombre de 420 en 1960, soit de façon approximative 1 pour 100 000 alors qu'il en aurait fallu deux cents de plus pour couvrir les besoins selon les normes OMS de 3 lits pour 1000 habitants dans des services d'au maximum 200 lits. Par son mode de calcul, fondé sur l'exigence d'une pratique médicale de qualité, une démarche qualité avant la lettre, le secteur était dès l'origine entravé par la faiblesse numérique des hommes. Alors même qu'il était la traduction concrète d'une psychiatrie humaine et sociale il était dès ses débuts condamné à vivre une réelle pénurie de personnels.

On ne peut que constater donc que le cadre géographique de ce qui était censé marquer la fin de l'asile fut entièrement bâti, comme nous venons de le montrer, sur la taille des hôpitaux.

Pour les enfants et les adolescents, il fut prévu dès le milieu des années 50 de créer des secteurs à part et en dehors des hôpitaux psychiatriques. La multiplication par trois de la population desservie par un secteur adulte aboutissait à 200 000 habitants. La proportion d'enfants et d'adolescents étant, en moyenne, de 32 % dans la population générale au début des années 60 on retrouve, en gros, pour 3 secteurs adultes totalisant 200 000 habitants, un total de 70 000 habitants de moins de vingt ans par secteur de psychiatrie infanto-juvénile. Créés sur la base de la circulaire de 1972, les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile regroupaient au début des années 90, en moyenne, chacun 52 000 habitants de moins de vingt ans, chiffre lui-même considéré depuis comme une autre règle.

Sans prolonger outre mesure ce qui s'apparente à une reconstitution archéologique, on perçoit ici ce que les nombres de 70 000 et 200 000 ont de circonstanciel, d'arbitraire, aujourd'hui de daté et, finalement, de contraignant sans raison. Circonstanciel parce que ces chiffres correspondent à une idée émise à un moment de l'histoire de la psychiatrie, arbitraire parce que le procédé de calcul repose sur une norme de lits qui a été très vite jugée dépassée du fait même des structures alternatives, daté parce que la population française est passée en 55 ans de 45 à 63 millions d'habitants, que la population a vieilli et s'est répartie autrement dans l'espace, mais aussi parce que le nombre de psychiatres a quadruplé tandis que leur répartition territoriale s'éloignait de toute harmonie avec une concentration urbaine et des disparités de plus en plus fortes.

Les chiffres de 70 000 et de 210 000 apparaissent comme contraignants parce qu'ils conduisent à considérer comme semblables tous les individus sans considération de leur âge, de leur sexe et de toutes leurs caractéristiques épidémiologiques. Cette vision égalitariste pouvait se comprendre à la fin des années 50 alors que la psychiatrie traitait surtout des pathologies à distribution aléatoire dans l'espace et que l'on pouvait, en outre, penser que l'élévation du niveau de vie concernait ou allait concerner l'ensemble de la population, chaque citoyen devant être l'égal de tous dans la vie comme devant la loi. Cette conception égalitariste n'est, hélas, pas confirmé par les faits.

---

### 3. Les déconvenues d'une ambition planificatrice

Rappelons que la loi de 1838 apparaît comme la première loi sanitaire adoptée en France. En effet, cette loi dont la mise en œuvre est prévue au travers d'une organisation départementale, consacre la notion de territoire. En fait, la circulaire de mars 1960 s'est inscrite dans une continuité en instaurant la nécessité de sous-secteurs au sein du département.

La démarche initiée en 1960 se voulait profondément planificatrice, évolutive à partir des cadres territoriaux (sous-secteurs) dont on espérait qu'ils tiendraient compte des données socio-démographiques et des critères de proximité (les moyens de transport étant déjà repérés comme plus pertinents que les distances). L'idée était de pouvoir répartir équitablement des moyens, afin de mettre en place un dispositif extrahospitalier. C'est à cette fin qu'a été envisagé un « découpage » opéré à partir des seules données, très simples voire sommaires, alors à disposition, le dernier recensement datant de 1954. En l'absence d'outils sophistiqués de traitement de l'information, étaient pointés comme primordiaux les éléments de répartition de population, dans un pays encore marqué par une forte ruralité mais aussi par des moyens de communication insuffisants. Les secteurs ont également fait l'objet d'un rattachement à des établissements dont un certain nombre étaient interdépartementaux (les hôpitaux-villages allaient, peu après, être construits pour combler les vides, c'est-à-dire les besoins des départements n'ayant toujours pas appliqué la loi de 1838). Une lecture attentive de la circulaire de mars 1960 confirme une conception du secteur comme instrument de désaliénation, permettant à l'hôpital psychiatrique de quitter une position de splendide isolement, et de s'ouvrir vers l'extérieur.

Avant l'instauration d'une carte hospitalière, la psychiatrie est donc apparue comme la seule discipline engagée dans la voie d'une répartition de moyens tenant compte des populations à desservir et d'une limitation du poids hospitalier dans les soins. Sans base légale et en application pendant une quinzaine d'année de la circulaire de mars 1960, un damier territorial a été mis en place, de façon assez hétérogène, avec le sentiment que les imperfections ne seraient que transitoires.

En fait, l'outil conçu pour permettre une couverture équitable est devenu, au fil du temps et de façon croissante, un habit d'arlequin. Les causes en sont multiples à commencer par une contradiction initiale liée à l'histoire et à la hiérarchie des normes.

On peut relever qu'à partir de la conception départementale de la loi de 1838 (dont la mise en œuvre a été longue et imparfaite, notamment sur le plan hospitalier), il a fallu attendre le milieu des années 1970 pour qu'un cadre territorial plus opérationnel soit diffusé, en l'absence de base légale, sur l'ensemble du territoire national. Dans le même temps, les lois hospitalières, et notamment celle de 1970 instauraient la carte sanitaire, en ignorant la santé mentale. La loi hospitalière de 1991 a établi un régime juridique identique pour la carte sanitaire de court séjour MCO et la carte sanitaire de la psychiatrie, mais la sectorisation, décou-

lant du schéma départemental de la psychiatrie était indépendante des secteurs sanitaires, certains secteurs demeurant infracommunaux, l'homogénéité numérique des secteurs ayant été le plus souvent préférée à la proximité. En outre, le schéma régional de la psychiatrie, instauré en 1991, correspondait à l'addition des schémas départementaux. Ainsi, s'est développé un hiatus persistant entre les deux conceptions territoriales (psychiatrie et MCO).

Ce qui avait été profondément novateur a été amené à se figer, tandis que les données nouvelles relatives à la planification, telles que l'approche régionale, n'ont concerné que tardivement la santé mentale. Tandis que la carte sanitaire MCO a été abrogée par l'ordonnance du 4 septembre 2003, la psychiatrie demeure encore soumise à des cadres contraignants, qu'elle les perçoive comme tels ou bien qu'elle préfère les conserver.

---

### 4. Les risques d'un paradoxe.

Un dispositif tout à fait précurseur a donné lieu à des réponses parcelaires et risque d'être suspecté de résistance au changement. Ce paradoxe devient de plus en plus sensible pour plusieurs raisons :

- La circulaire de mars 1960 précisait, à l'aide d'une formulation très volontariste, une adaptabilité et une mutabilité des secteurs en fonction des besoins et ceci pour l'ensemble des pratiques (publiques et libérales), adaptabilité que l'on retrouve actuellement consacrée dans la notion de Schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) établi pour une période de cinq ans et révisable à tout moment.
- Depuis 1970, la répartition et la composition de la population française ont connu des mutations sans aucun précédent, si ce n'est l'exode rural qui avait modifié les équilibres internes aux départements, avec un renforcement fréquent des villes chefs-lieux de préfecture et/ou de sous-préfecture. Le paysage professionnel a également considérablement évolué qu'il s'agisse des métiers (à commencer par la démographie médicale) ou des techniques de soins.

On assiste, en fait, à un changement de paradigme (de la psychiatrie vers la santé mentale), à une entrée en lice irréversible des usagers et des représentants de la famille, et à une explosion des demandes avec un phénomène de masse. À dire vrai, la circulaire de mars 1960 relevait déjà cette explosion avec les termes de l'époque : « *au moment où l'importance prise par les maladies mentales parmi les fléaux sociaux apparaît chaque jour plus préoccupante* ». Le mouvement de la psychiatrie vers les autres dispositifs de soins, de la médecine en général, mais aussi vers le médico-social se confirme, avec la volonté d'organiser en commun des prises en charges continues. Ces exigences de rapprochement apparaissent actuellement criantes dans certains domaines comme celui des personnes âgées.

En fait, il ne devrait pas s'agir aujourd'hui plus qu'hier de « *repenser la sectorisation* », car celle-ci aurait dû, dans l'esprit de ses concepteurs, être réfléchie en continu en fonction des besoins. Par manque d'effort permanent d'adaptation, l'hétérogénéité de la sectorisation a perduré, voire s'est aggravée, au fil du temps, tant en termes de moyens, que de

---

pathologies traitées voire de pratiques. La territorialité comme cadre d'action des soins directs et indirects représente donc bien l'élément majeur et le plus pressant de la réflexion à mener.

## 5. Une territorialité en santé mentale à repenser.

La psychiatrie doit bénéficier d'une territorialisation adaptée aux évolutions actuelles, puisant ses racines dans la circulaire de mars 1960 et s'enrichissant des outils offerts par l'ordonnance du 4 septembre 2003 ainsi que des travaux conduits par la DATAR depuis 1999.

Cette adaptation est inexorable afin de répondre aux exigences pesant sur les dispositifs de santé mentale.

Les comportements liés à la santé s'intègrent à un ensemble de comportements, et les territoires que dessinent les flux de recours aux soins recouvrent les zones d'attraction de flux induits par d'autres motifs de déplacement.

La réforme territoriale en cours concernant le dispositif MCO tente d'adapter ce dernier aux comportements de la population afin de ne pas ajouter « *du trouble aux troubles* », et d'inscrire le parcours de soin et, si nécessaire, la réinsertion dans l'espace de vie du patient, ce qui n'a pas été conçu sans référence justement à la sectorisation psychiatrique.

En dépassant le soin, la psychiatrie s'est élargie au champ du médico-social. Il n'est pas inutile de rappeler que la circulaire de mars 60 considérait comme « *médico-social* » tout ce qui n'était pas réglé par l'hospitalisation, à savoir l'extrahospitalier. Ce glissement de sens, à savoir appeler extrahospitalier ce qui était défini par les pères fondateurs du secteur comme médico-social, a été suivi d'une ouverture au « *vrai* » médico-social, dont les services sont organisés au sein de territoires de proximité.

Il n'est pas inutile, non plus, de rappeler que dès 1960, tout ce qui rapprochait le secteur de la notion de bassin de vie était perçu comme de nature à favoriser la continuité des soins ; c'est pourquoi, les secteurs qui ne sont pas en concordance avec la géographie et l'organisation du territoire ne le sont pas avec les exigences thérapeutiques.

Le rapport du groupe de travail « *Territoires et accès aux soins* » du CREDES et de la DHOS en 2004 a pointé les limites fréquentes du découpage sectoriel actuel :

- en particulier en milieu urbain, les découpages ne sont pas adaptés aux besoins, sans parler des partitions à cheval sur la ville et le monde rural (les unités ambulatoires se concentrant en ville) ;
- la non-concordance des secteurs de psychiatrie générale avec les secteurs sanitaires ou/et avec les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, comme avec les dispositifs sociaux et médico-sociaux limitent les complémentarités ;
- toutefois des découpages adaptés ont pu être réalisés en fonction des données socio-démographiques, un secteur rural pouvant concerner une

population plus limitée du fait des distances ou un secteur urbain une population plus importante (notion d'arrondissement).

L'ARH de Bretagne a mené une démarche volontariste (à laquelle a été associée la Mission nationale d'appui en santé mentale) visant à intégrer la psychiatrie dans le dispositif global de soins en faisant coïncider 8 groupements de secteurs de psychiatrie avec 8 secteurs sanitaires. L'objectif était de confirmer la dimension fonctionnelle des secteurs sanitaires et de favoriser les partenariats entre le sanitaire, le social et le médico-social comme la continuité des soins entre MCO et psychiatrie.

## 6. L'intérêt des territoires de santé.

L'ordonnance du 4 septembre 2003 a supprimé la carte sanitaire et chargé les ARH de renforcer la dimension territoriale du SROS en délimitant des « *territoires de santé* ». Ces territoires ont pour objectif de retenir, selon la nature des activités de soins, les niveaux adéquats de découpages affranchis des limites administratives des départements ou des régions.

Au cours des interventions ministérielles relatives au plan Hôpital 2007, on a vu apparaître successivement les expressions de « *bassin de vie* », « *bassin de vie et de santé* », « *territoire sanitaire* ». Le terme de « *territoire de santé* » apparaît préférable car il prend en compte le comportement homogène des patients, tout en demeurant en cohérence avec les projets des élus (pays, agglomérations, intercommunalité) mais aussi, dans la mesure du possible, avec les territoires des autres administrations. À la définition des territoires de santé, correspond l'instauration des conférences sanitaires de territoires composées de représentants des établissements, des usagers, de l'administration et des élus. L'affirmation d'une démocratie sanitaire que favorisent les territoires de santé, doit permettre de répondre au constat d'une « *inégalité d'accès des citoyens aux services de santé* » pour reprendre ce que Gérard Dumont a dénoncé comme la plus grave des inégalités de notre système de santé. Le développement des alternatives à l'hospitalisation (clinique ambulatoire, hospitalisation de jour, hospitalisation à domicile) est à appréhender au sein des territoires de santé tandis que le SROS de psychiatrie s'intègre au SROS « *général* », dont il constitue, désormais, une des dimensions.

Le système de santé doit aujourd'hui prendre en charge « *la chronicité* » et se fonder sur un développement sanitaire durable. L'hégémonie du modèle biomédical est à terme dangereux pour la santé. L'hôpital doit s'ouvrir sur la société, ne plus seulement se préoccuper de soins mais de santé en prenant à bras le corps la transition épidémiologique : le vieillissement de la population et l'effacement de l'aigu au profit du chronique ont pour conséquence de déplacer les besoins du champ pathologique au champ physiologique. La sénescence, la dépendance, le handicap ne sont pas « *une maladie* » mais une donnée prégnante qui impose l'élargissement de la santé du champ de la pathologie à celui de l'accompagnement social et médico-social de l'évolution, tout compte fait,

Territoire	Soins somatiques	Santé mentale
Soins de proximité : Bassins de vie 4000	Médecine ambulatoire Hôpitaux locaux	Dispositif extrahospitalier
Niveau intermédiaire : Pays ou groupes de pays 300 ou 400	Hospitalisation de proximité 1 <sup>er</sup> niveau de plateau technique	Hospitalisation complète et structures avec hébergement Réhabilitation psychosociale
Niveau de recours : Villes importantes Territoires de santé 150	Urgences 2 <sup>ème</sup> niveau de plateau technique 24h/24h	Urgences Unités d'hospitalisation complète intersectorielles dont UMAP / UPID
Niveau régional : CHU 30	3 <sup>ème</sup> niveau de plateau technique disciplines émergentes très liées à la recherche et à la formation	SMPR Certains thèmes cliniques
Niveau interrégional : 7 ou 8	Certaines spécialités	UMD Recherche

normale des individus. La structuration de l'offre de soins, y compris en matière de santé mentale doit être pensée au sein des territoires de santé. Une offre de soins graduée doit favoriser une plus grande diversité des profils d'activité des établissements et une concentration de l'offre pour certaines disciplines ou types de soins. Elle exige, bien évidemment, une coordination accrue entre les actions de soins et donc la constitution de réseaux et de filières spécifiques. On peut, selon le découpage des territoires, reconnaître divers niveaux gradués de délivrance des soins : soins de proximité, niveau intermédiaire, niveau de recours, niveau régional, niveau interrégional. Le tableau ci-dessus présente ces divers niveaux ainsi que les activités de soins somatiques et psychiatriques qui leur correspondent.

Ainsi chacun habite plusieurs territoires emboîtés et gradués au sein desquels il doit pouvoir trouver la réponse adaptée à son problème de santé au bon moment et au bon endroit, c'est-à-dire à chaque fois que la qualité et le coût le permettent, au plus près de chez lui, ce qui suppose d'accepter la distance à chaque fois que la qualité et le coût le commandent.

### 6.1. Le niveau de proximité

Il est celui des soins de premier recours, impliquant le généraliste, l'infirmier libéral, le pharmacien, la permanence des soins et la prise en charge de l'urgence ambulatoire en général.

Il est aussi le niveau pour les personnes âgées et les personnes handicapées d'une prise en charge coordonnée sanitaire/médico-sociale mais aussi celui de l'hospitalisation à domicile (HAD), des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), des soins palliatifs.

Un premier niveau d'hospitalisation, en soins de suite, en soins de longue durée qui devrait être développé de façon importante, doit pouvoir être assuré par les hôpitaux locaux qui sont au nombre de 350, inégalement répartis. Il peut être le support de la prise en charge ambulatoire et médico-sociale, être le lien de consultations avancées de spécialité. Ce rôle

de proximité peut être assuré par des centres hospitaliers sans activités chirurgicale ou obstétricale, mais également par des centres hospitaliers dotés de plateaux techniques plus importants.

En psychiatrie à ce niveau territorial les soins de proximité comprennent les structures sectorielles de base (CMP, CATTP, voire hôpital de jour en pédopsychiatrie) pour assurer :

- les activités ambulatoires (y compris les interventions à domicile) dont certaines alternatives à l'hospitalisation ;
- l'articulation avec les médecins généralistes, les services sociaux ;
- le travail de liaison au sein des établissements médico-sociaux et des hôpitaux locaux ;
- le travail en réseau.

### 6.2 Trois niveaux d'hospitalisation

Trois niveaux de territoires correspondent à trois niveaux hospitaliers définis par leur plateau technique MCO mais aussi à trois niveaux de plateau technique psychiatrique (cf. tableau page suivante).

Le développement de complémentarités permet de dépasser la notion de territoire pour organiser l'offre de soins et les moyens selon divers modèles comme les fédérations, l'intersectorialité, les réseaux et les pôles dans le cadre de la nouvelle gouvernance alors que les convergences entre la psychiatrie et le MCO (liaison, urgences) ou avec le médico-social (personnes âgées, réhabilitation) sont amenées à s'affirmer.

Le territoire de santé est devenu le seul territoire d'organisation de la psychiatrie, aucune procédure réglementaire ne permettant de définir un découpage en secteurs psychiatriques. Comme le montre la circulaire du 25 octobre 2004 relative à l'élaboration du volet psychiatrie et santé mentale du schéma régional d'organisation sanitaire de troisième génération, le secteur est essentiellement un concept opérateur en fonction de trois niveaux :

- la proximité (le secteur actuel) ;
- le territoire (mutualisation de moyens, intersectorialité, liens avec les soins somatiques hospitaliers ;
- le département ou la région (certaines réponses spécialisées).

Sur un autre plan, on perçoit que la région correspond à la planification stratégique, le territoire à la planification tactique, le département et l'agglomération aux relations avec les partenaires sociaux et médico-sociaux.

## Conclusion.

La sectorisation psychiatrique a éclairé le chemin qui mène de la médecine à la santé publique, de l'organe malade à la prise en compte globale de la personne. Nous le devons à des hommes, pour la plupart disparus, qui voulurent mettre leur pratique professionnelle en accord avec leurs idéaux de justice et de fraternité. De leur pensée est née un système qui s'est ensuite progressivement confronté aux situations acquises et à la difficulté à adapter tout système installé. La sectorisation s'est aussi heurtée à la volonté de maîtrise des dépenses de santé et a été victime dans ses dotations, de la mauvaise image de la santé mentale en regard du

prestige des disciplines médico-techniques.

Cependant, la sectorisation a lentement irrigué le champ tout entier de la santé. Elle a, par son exemple, contribué à lancer l'approche territoriale en santé telle qu'elle a été conçue dans les années 90. Il serait paradoxal que la santé mentale soit aujourd'hui en retrait de ce qui est bel et bien un mouvement historique alors même que ses professionnels ont beaucoup à apporter au débat. Il faut mettre en place une architecture d'ensemble cohérente pour la santé mentale comme pour les soins somatiques, ce à quoi plusieurs SROS s'efforcent déjà. Il faut surtout doter chaque niveau des moyens d'assumer sa fonction dans un système de santé cohérent et harmonieux permettant d'assurer à chacun le juste soin, au bon endroit, au bon moment. On se souviendra que la circulaire de 1960 pour la santé mentale prévoyait déjà une organisation graduée.

On objectera que c'est là une dérive inflationniste tant les écarts de dotation et de moyens sont grands. Mais outre qu'on ne voit pas pourquoi, sous prétexte de ne pas nourrir de déficits, les derniers seraient toujours les derniers, on ne voit pas non plus que cela serait si coûteux en regard de dépenses peu ou mal contrôlées et qui n'ont pas pour objectif la couverture complète des besoins. C'est, en outre, un investissement productif. Il y a du bien-être, de la cohésion sociale et territoriale et finalement de notre capacité à répondre aux défis d'aujourd'hui.

	MCO	Psychiatrie
<b>Hospitalisation de premier niveau</b>	Structurée autour de la médecine polyvalente prise en charge des urgences, de la chirurgie viscérale et orthopédique et de l'imagerie conventionnelle, du centre périnatal de proximité, le cas échéant de la prise en charge de la naissance sans complications (maternité de niveau I).	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Activités de liaison au centre hospitalier</li> <li>- Hôpital de jour,</li> <li>- Hôpital de nuit,</li> <li>- Ateliers thérapeutiques,</li> <li>- Appartements thérapeutiques,</li> <li>- Placement familial thérapeutique,</li> <li>- Unités d'hospitalisation complète (sous réserve pour celles-ci de concerner au moins 2 ou 3 secteurs psychiatriques).</li> </ul>
<b>Soins spécialisés dans les hôpitaux de référence</b>	Prise en charge des urgences, plateau technique en continu 24 heures sur 24 pour les spécialités chirurgicales, hors chirurgie cardiaque, neurochirurgie et chirurgie hyper-spécialisée, pour les disciplines interventionnelles et pour l'imagerie, maternité de niveau I et II.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- unités d'hospitalisation complète,</li> <li>- présence psychiatrique aux urgences,</li> <li>- centres d'accueil et de crise intersectoriels dans ou à proximité des SAU présentant un volume d'activité important,</li> <li>- unités d'hospitalisation intersectorielles fermées (au niveau d'un ou plusieurs secteurs sanitaires).</li> </ul>
<b>Soins très spécialisés dans des hôpitaux de niveau régional</b>	Prestations spécialisées que l'on ne trouve pas dans les autres niveaux, à l'exception de celles faisant l'objet d'une organisation interrégionale, et assure l'ensemble des niveaux de l'offre de soins, y compris l'offre de soins de proximité.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- consultations spécialisées (ex : électro-convulsothérapie),</li> <li>- centres de référence (autisme ...)</li> <li>ou centres ressources régionaux (prise en charge des auteurs d'infractions sexuelles).</li> <li>Les unités pour malades difficiles (UMD) se situent quant à elles au niveau interrégional.</li> </ul>

## Bibliographie.

- ALLUARD O., COLDEFY M., Atlas régional de psychiatrie générale. Disparités de l'offre et des territoires d'intervention. DREES, Série Statistiques 2005, n°75.
- ARNAUDO M., FAIVRE A., *Étude sur les disparités régionales et départementales en matière d'offre de soins en psychiatrie*. Étude réalisée pour le ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Direction des Hôpitaux. ENSAE Junior Études, 1997
- BENEVISSE J.-F., LÉGER A.-M., MOYEN H., *Intervention sociale de proximité et territoires*. Rapport n°200 5025 de l'Inspection générale des affaires sociales. Juillet 2005.
- BONNAFÉ L., Le milieu hospitalier vu du point de vue psychothérapeutique ou théorie et pratique de l'hôpital psychiatrique. *La Raison*, n°17-18, 1957.
- BRIÈRE J., GOULEY C., *Organisation sanitaire : la proximité des soins hospitaliers*. Gestions Hospitalières 2003, 432, 783-788.
- CAILLAUT P., Neuf ans d'expérience d'une organisation en pôle au CHU de Nantes. *Phuriels* 2006, 57, 2-4.
- CHAMBARETAUD S., PÉRICARD B., *Pour une régionalisation du système de santé en 1925. Offre, régulation, acteurs : essai de prospective*. Commissariat général du plan 2005.
- Circulaire DHOS / O2 / 2004 n°507 du 25 octobre 2004 relative à l'élaboration du volet psychiatrie et santé mentale du schéma régional d'organisation sanitaire de troisième génération.
- Circulaire DHOS / O2 / n°2004-101 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération.
- COLDEFY M., *Les disparités départementales de prise en charge de la santé mentale en France*. Études et résultats, 2005, n°443.
- Conseil économique et social. *Prévention et soins des maladies mentales : bilan et perspectives*. Rapport, 1997.
- Conseil supérieur du travail social. Cinquième mandat un groupe de travail « Décloisonnement et articulation du sanitaire et du social ». *Le décloisonnement, une fausse évidence ; l'articulation du sanitaire et du social, une voie recommandée*. Décembre 2005.
- CONTCHAROFF G., *Ingrédients et enjeux du territoire in Reconstruire l'action sociale*. Sous la direction de J.M. Belorgey et J. Ladsous, Dunod, 2006, p. 147-153.
- DUMONT G., *Le principe républicain d'égalité de l'accès aux soins in Pour une approche territoriale de la santé*. Sous la direction d'E. Vigneron. Éditions de l'aube Datar, 2002, p.65-88.
- GEORGE M.C., TOURNE Y., *Le secteur psychiatrique*. Paris, PUF, Coll. Que-sais-je ? n°2911, 1994.
- HAAS S., VIGNERON E., Territoires de santé : quelle(s) méthode(s). *Gestions hospitalières*, 2004, 437, 477-485.
- *Les élus locaux face à la souffrance psychosociale de la sollicitude au politique*. Séminaire DIV / ONSMP-ORSPERE Les éditions de la Délégation interministérielle à la ville, Saint-Denis La Plaine, 2005.
- LASSÈRE J.-M., *Quatre propositions pour l'organisation des pôles en psychiatrie*. (à paraître)
- MARTIN-PAPINEAU N., Entre confirmation et réorientation : la régionalisation de la santé en France. *Droit de la Santé* 2005, 2, 253-264.
- MARY J.F., BUDET J.-M., DRIEU C., Territoires sanitaires. Logiques de découpages des acteurs de la santé. *Gestions Hospitalières* 2002, 417, 461-478.
- MASSÉ G., *La psychiatrie ouverte. Une dynamique nouvelle en santé mentale*. Rennes éditions de l'ENSP, 1992.
- MASSÉ G. (coord.), Santé mentale, l'individu, les soins, le système. *Actualités et Dossiers en Santé Publique*, 1996, n°15.
- MIGNOT H., Le « Secteur ». Encyclopédie médico-chirurgicale, Psychiatrie, 5-1967.
- Ministère des Affaires sociales et de l'Emploi. Guide méthodologique de planification en santé mentale. *Bulletin officiel* n°88-6bis, 1987.
- Mission nationale d'appui en santé mentale. *La Psychiatrie en France, quelles voies possibles ?* Rennes éditions de l'ENSP, 2005.
- MORDELET P., *La santé mentale, organisation et gestion*. Paris, Berger-Levrault, 1987.
- FOURQUET F., MURARD L., Histoire de la psychiatrie de secteur ou le secteur impossible ? *Recherches* 1975, 17.
- PÉNOCHET J.-Cl., CHU de Montpellier - *Approche méthodologique de la planification en santé mentale*. Montpellier, sans date, doc. Ronéo. 45 p.
- PÉRICARD B., Déconcentration, décentralisation, régionalisation du système de santé, in *Pour une approche territoriale de la santé*, sous la direction d'E. Vigneron. Éditions de l'aube datar, 2002, 43-64.
- PROVILLE S., Du secteur sanitaire au territoire de santé. *Bulletin juridique de la santé publique*, 2004, 74, 3-10.
- Rapport du groupe de travail - *Territoire et accès aux soins*, CREDES/DHOS, Ministère de la santé et des solidarités. Janvier 2003.
- REYNAUD M. et LOPEZ A., *Évaluation et organisation des soins en psychiatrie*. Paris, Frison-Roche, 1994.
- *Santé Social Échanges*, Revue trimestrielle du ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville. Numéro spécial, La Santé Mentale, 1993 n°72.
- SILVESTRE C., GUIBAL M. Planification sanitaire et secteur psychiatrique. *L'information Psychiatrique*, 1967, 6, 859-874.
- VIGNERON E. (dir.), *Pour une approche territoriale de la santé*. Paris, DATAR/Aube, Bibliothèque des Territoires, 2003, 287 p.
- VIGNERON E. (dir.), *Santé et territoires : une nouvelle donne*. Paris, DATAR/Aube, Bibliothèque des Territoires, 2003, 239 p.
- VIGNERON E., « Territorialiser, un puissant moyen de décloisonnement ». *La Gazette Santé-Social*, 2005, 13, 36.
- VIGNERON E., De nouveaux enjeux de la santé pour de nouveaux territoires. *Territoires*, La revue de la démocratie locale, 2001, 423, 2, 5-9.
- VIGNERON E., Quand la psychiatrie est un modèle... *Rhizome* 2004, 16, 10-11.
- VIGNERON E., Quels territoires pour la santé ? *Gestions Hospitalières*, 2002, 409-411.
- VIGNERON E., Une conscience géographique de la santé. *Sciences Humaines*, 48, 2005, 80-84.

# PLURIELS

La lettre  
de la  
Mission Nationale d'Appui  
à la Santé Mentale

**Directeur de la publication :**  
Gérard Massé

**Rédacteur en chef :**  
Raymond Lepoutre

**Ont participé à ce numéro :**  
Gérard Massé  
Emmanuel Vigneron

PLURIELS, 5 avenue d'Italie,

75013 Paris  
Téléphone 01.53.94.56.90 -  
Télécopie 01.53.94.56.99.  
E-mail : mission@mnamsm.com

## Pluriels sur internet

Vous pouvez trouver  
tous les numéros de Pluriels  
sur le site :

[www.mnamsm.com](http://www.mnamsm.com)