

(Cycle de formation 2010, du 30 mai au 6 juin 2011 en Ardèche )

Thème préparé par: Dr Jean Paul BOYER

Notes de l'atelier rédigées par :

---

**TERRITOIRES DE SANTE ET POLITIQUE DE SECTEUR,**

**BILAN DES PÔLES - PÔLES ET SECTEUR**

### **I/ TERRITOIRES DE SANTE.**

L'organisation et la planification de l'offre de soins ont été considérablement modifiées par la loi de 2007. Les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) de troisième génération (2006-2011) sont l'unique outil de planification, la carte sanitaire est supprimée et le territoire de

Écrit par Jean-Paul BOYER

Mercredi, 02 Juin 2010 00:00 - Mis à jour Mercredi, 04 Juin 2014 11:12

---

santé devient le territoire pertinent de l'organisation des soins.

Les régions se sont assez bien emparées de certains de ces concepts, par contre des activités comme la psychiatrie ou le secteur médico-social sont restés en retrait. (doc. IRDES 2008)

### A) HISTORIQUE

1 - 1941 l'hôpital hospice devient hôpital.

Écrit par Jean-Paul BOYER

Mercredi, 02 Juin 2010 00:00 - Mis à jour Mercredi, 04 Juin 2014 11:12

---

2 - deuxième plan (1954 – 1957) commission d'équipement sanitaire et social : inventaire des moyens. Priorités. Programmation.

3 - loi de 1970, service public hospitalier, instauration de la carte sanitaire (planification sanitaire dans le sens d'une action de prévention, d'ordonnancement, d'allocation rationnelle des ressources et des moyens).

Il s'agit d'une planification volontariste. La carte sanitaire fixait des indices de besoins « équipements lourds ».

Le Ministère de la Santé établissait la carte sanitaire.

Création de 21 régions sanitaires et 256 secteurs en 1974.

Basée sur l'offre hospitalière existante, la carte sanitaire n'a pas permis une réelle restructuration de l'offre de soins hospitalière.

4 - loi du 31 Juillet 1991.

La loi du 31 juillet 1991 marque l'émergence de l'échelle régionale dans la gestion et l'organisation du système de santé. Les ARH se mettent en place, la carte sanitaire est complétée par un deuxième outil de planification, les SROS. Ces schémas sont définis régionalement à partir d'une « mesure des besoins de la population et de leurs évolution compte tenu des données démographiques et des progrès des techniques médicales et après une analyse quantitative et qualitative de l'offre de soins existante ».

Trois générations de SROS se succèdent.

A la première génération des SROS, les redécoupages sont revus.

La délimitation des secteurs résulte souvent d'un compromis entre géographie humaine et contraintes administratives et politiques.

Les SROS de deuxième génération ont été l'occasion de re-découpages inter sectoriels.

La troisième génération n'a pas une logique de planification hospitalière mais une approche plus globale basée sur l'évaluation des besoins de santé.

5 - Ordonnance du 04/09/03

SROS de troisième génération . Suppression de la carte sanitaire.

L'ensemble de l'autorisation est déconcentré au niveau régional et géré par l' ARH.

Le territoire est défini pour organiser l'offre de soins en terme d'implantation des établissements et des équipements et en terme de volume d'activité.

Pour chaque territoire de santé, un cadre quantitatif par activité de soins, est déterminé sous la forme d'objectif quantifié de l'offre de soins (OQOS) qui sont ensuite déclinés par établissement dans le cadre d'une négociation.

Le territoire de santé est aussi conçu comme un espace de concertation entre les acteurs du

Écrit par Jean-Paul BOYER

Mercredi, 02 Juin 2010 00:00 - Mis à jour Mercredi, 04 Juin 2014 11:12

---

champs de la santé au sens large : professionnels médicaux et sociaux, élus et usagers.

C'est la notion « démocratie sanitaire », elle s'exprime dans le cadre de conférence sanitaire de territoire.

Le SROS met l'action sur la complémentarité, la coopération et l'articulation entre les différents acteurs du champs de la santé : établissement de santé, médecine de ville secteur social et médico-social.

La psychiatrie qui faisait jusqu'à présent l'objet d'une planification et d'un découpage géographique spécifique, est dorénavant intégrée totalement au SROS général dans le but de mieux articuler soins psychiatriques et somatiques. La dimension géographique du secteur



Écrit par Jean-Paul BOYER

Mercredi, 02 Juin 2010 00:00 - Mis à jour Mercredi, 04 Juin 2014 11:12

---

psychiatrique est supprimée ; il conserve sa dimension fonctionnelle et participe avec les autres établissements de santé du territoire à la prise en charge de santé mentale.

La psychiatrie constitue ainsi un volet obligatoire du SROS général parmi les 16 volets obligatoires fixés (médecine, chirurgie etc...).

6 - Circulaire du 5 mars 2004 :

Eléments de définition du territoire de santé : le territoire n'est plus envisagé comme un périmètre administratif d'applications d'indices d'équipement, mais comme une zone d'organisation fonctionnelle de soins.

Les régions peuvent décider des territoires différents selon leur activité mais la recherche de cohérence est encouragée (pour les activités liées aux plateaux techniques mais également pour la psychiatrie).

Les soins sont gradués :

. niveau de proximité niveau de soins de premiers recours, permanence de soins.

. niveau intermédiaire, médecine polyvalente, premier niveau d'hospitalisation et de plateau technique.

. niveau de recours : soins spécialisés au niveau du bassin de santé de l'hôpital pivot du territoire de recours (qui correspondrait au niveau du territoire de santé, territoire organisationnel des soins).

. le niveau régional, prestations spécialisées (chirurgie spécialisée, recherche).

. le niveau inter-régional (greffe, grand brûlé, neurochirurgie, etc...).

B) Loi du 21 juillet 2009, loi HPST

1 - L'agence régionale de santé.

Elle a pour mission de définir et mettre en œuvre l'ensemble coordonné de programme et d'action concourant à la réalisation au niveau régional et intra-régional des objectifs de la politique nationale de santé. Elle contribue au respect de l'objectif national des dépenses de l'assurance maladie.

Elle est compétente pour la qualité des soins, la création et l'activité des établissements de santé, et des établissements médico-sociaux, la répartition territoriale de soins et les soins psychosociaux.

Les agences régionales de santé sont dirigées par un directeur général et sont dotées d'un conseil de surveillance

Après de chaque agence sont créés une conférence régionale de santé et 2 commissions de coordination des politiques publiques de santé (représentants de l'état, représentants des organismes d'assurance maladie, représentants des collectivités territoriales)

2 - Territoire de santé, conférence de territoire :

La conférence de territoire met en cohérence les projets territoriaux de santé avec le projet régional de santé.

Elle peut faire toute proposition au directeur régional de l'agence régionale de santé sur l'élaboration et mise en œuvre de l'évaluation à la révision du progrès régional de santé.

## **II / SECTEUR PSYCHIATRIQUE**

A) Loi du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique.

Il est institué une carte sanitaire de la France déterminant des régions et secteurs sanitaires ainsi que des secteurs psychiatriques.

Chaque établissement assurant un service public hospitalier participant à la lutte contre les maladies mentales est responsable de celle-ci dans les secteurs psychiatriques qui sont rattachés. « il met a 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 des activités non seulement inter-établissement mais aussi en dehors de celui-ci »

B) 21 décembre 1997 relative à la planification en santé mentale et la préparation de la mise en place de la carte sanitaire en psychiatrie.

C) Circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de la santé mentale.

D) Circulaire du 11 février 1991 relative à l'élaboration de la carte sanitaire de la psychiatrie.

### **III/ SERVICES**



loi du 31 Juillet 1991 portant réforme hospitalière pour l'organisation des soins et le fonctionnement médical.

Pour l'accomplissement de leurs missions les établissements publics de santé, sont organisés en service ou en département créé par le Conseil d'Administration sur la base du projet d'établissement.

Les services et les départements sont placés sous la responsabilité d'un médecin... Les unités fonctionnelles sont les structures élémentaires de prise en charge des malades par une équipe soignante... identifiées par leurs fonctions et leurs organisations.

Les services sont constitués d'unités fonctionnelles de même discipline.

Peuvent exercer la fonction de Chef de service ou de département les praticiens titulaires relevant d'un statut à temps plein (temps partiel éventuellement). Les conditions de candidature de nomination ou de renouvellement dans ses fonctions,

dont certaines peuvent être propres à la psychiatrie sont fixées par voie réglementaire.

Le Chef de service ou de département assure la conduite générale du service ou du département et organise son fonctionnement technique dans le respect de la responsabilité médicale des praticiens et des médecins dévolus à chaque unité fonctionnelle par un projet de service ou de département. Il est assisté selon les activités du service par un cadre para médical...

Le chef de service ou de département élabore avec le conseil de service ou de département un projet de service ou de département qui prévoit l'organisation générale, les orientations d'activité et les actions à mettre en œuvre, la démarche

qualité et la démarche d'évaluation.

#### **IV/ PÔLE**

Pour l'accomplissement de leurs missions, les établissements publics de santé définissent librement leurs organisation interne.

Le directeur définit l'organisation de l'établissement en pôle d'activités conformément au projet médical d'établissement après avis du Président de la Commission médicale d'établissement.

Les pôles d'activités peuvent comporter des structures internes de prise en charge du malade par les équipes médicales soignantes ou médico-techniques...

Les Chefs de pôle sont nommés par le Directeur sur présentation d'une liste élaborée par le Président de la commission médicale d'établissement pour les pôles d'activité technique ou médico-technique. En cas de désaccord constaté par des conditions fixées par le devoir réglementaire, le directeur peut demander une nouvelle liste. En cas de nouveau désaccord, il nomme les chefs de pôle de son choix.

Le Directeur signe avec les chefs de pôle un contrat de pôle, précisant les objectifs et les moyens du pôle après avis pour les pôles d'activités techniques et médico-techniques du Président de la commission médicale d'établissement pour vérifier la cohérence du contrat avec le projet médical.

Le praticien chef d'un pôle d'activités techniques ou médico-techniques met en œuvre la politique d'établissement afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle. Il organise avec les équipes médicales,soignantes ,administratives et d'encadrement du pôle, sur lesquelles il a autorité

Écrit par Jean-Paul BOYER

Mercredi, 02 Juin 2010 00:00 - Mis à jour Mercredi, 04 Juin 2014 11:12

---

fonctionnelle, le fonctionnement du pôle et l'affectation des ressources humaines en fonction des nécessités de l'activité et compte tenu des objectifs prévisionnels du pôle, dans le respect de la déontologie de chaque praticien et des missions et responsabilité des structures, services ou unités fonctionnelles prévues par le projet de pôle.

Dans l'exercice de ses fonctions il peut être assisté par un ou plusieurs collaborateurs dont il propose la nomination au directeur d'établissement.

**V / COMMENTAIRES** (recherche internet)

Les secteurs psychiatriques correspondaient aux territoires d'une sous-préfecture.

Il y aurait un manque de cohérence entre les différentes ARS sur le nombre des territoires.

Écrit par Jean-Paul BOYER

Mercredi, 02 Juin 2010 00:00 - Mis à jour Mercredi, 04 Juin 2014 11:12

---

La question des bassins inter territoire reste posé.

L'ensemble va dans le sens de la concentration.

Développement d'une rivalité entre hôpitaux.

Rapport privé/public.

## **VI / POSITION SYNDICALE ( SPH )**

1/La sectorisation psychiatrique reste un modèle d'organisation adéquat :



Elle assure prévention, soins et réadaptation pour une continuité des soins dans la proximité.

Elle élabore des modèles efficace de prise en charge assurant une réduction des coûts.

Elle est un modèle d'organisation en réseau.

Elle assure l'accueil de tous les patients dans le cadre de la mission de service public.

2/ Le territoire de santé ne peut prendre la place de l'organisation sectorielle :

Le secteur assure un projet médical et pas la simple juxtaposition de territoires.

Le secteur permet une continuité des soins à « taille humaine »

Dans un système dérégulé la psychiatrie publique n'assurera plus que le « sécuritaire »

Il existe un risque que le patient ne soit plus un sujet avec perte de cohérence pour la prise en charge des patients psychotiques

3 / L'offre de soins en psychiatrie ne se limite pas à la dimension sectorielle.

Spécialisation et diversité font que chaque secteur ne peut bénéficier de l'ensemble des outils de soins.

Le territoire peut être le lieu de l'évolution de l'intersectoriel (et le « supra sectoriel » au niveau de la région).

## **VII / QUELQUES REFLEXIONS**

Écrit par Jean-Paul BOYER

Mercredi, 02 Juin 2010 00:00 - Mis à jour Mercredi, 04 Juin 2014 11:12

---

Quand on regarde les textes on retrouve bien une position de planification chez les uns et les autres, avec le paradoxe que la position en psychiatrie date des années 60.

Peut être y a-t-il quelque chose de désuet dans le secteur ? Problème de « communication » ?

Le secteur c'est une idéologie : prendre en charge dans une continuité de soins des patients au plus près de leurs domicile (avec le souci de la liberté renforcé par la période de la guerre de 39-45)

Au fond il y a quelque chose de déterminé là dedans pour des confrères qui exerçaient dans les hôpitaux psychiatriques départementaux.

L'implantation à l'hôpital général est le direct aboutissement de la politique de secteur.

A partir de là il a fallu composer aussi avec « l'idéologie » de l'hôpital général.

Et puis l'hôpital général a eu à voir avec les problèmes d'organisation de la santé qui ont eu à voir avec les problèmes économiques...

Sans doute il y a une notion « clinique » dans le secteur (qui n'existe pas dans la notion de territoire) mais le secteur c'est aussi une « boîte à outils » car on peut être analyste, systémicien, cognitivo-comportementaliste et se réclamer d'une politique de secteur .

De la même façon les secteurs ont été rarement dotés des moyens qui leur auraient permis de faire une politique de prévention, pour lesquels ils avaient été créés pour 50 % et pourtant on est toujours dans « le secteur »

Écrit par Jean-Paul BOYER

Mercredi, 02 Juin 2010 00:00 - Mis à jour Mercredi, 04 Juin 2014 11:12

---

Docteur BOYER JEAN-PAUL

CHI de Fréjus St Raphaël