



Ministère
de l'emploi, du travail
et de la cohésion sociale

Ministère de la santé
et de la protection sociale



Études et Résultats

N° 342 • octobre 2004

Durant l'année 2000, les 830 secteurs de psychiatrie générale ont suivi plus d'un million de patients. Ce nombre est en augmentation régulière de près de 5 % par an, soit 11 % depuis 1997 et 62 % depuis 1989.

Entre 1989 et 2000, les structures ont évolué, avec une diminution de 49 % du nombre de lits d'hospitalisation à temps plein, un fort développement des centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) et un meilleur accès aux centres médico-psychologiques (CMP) dont tous les secteurs sont maintenant équipés.

Les soins sont désormais réalisés à 85 % en ambulatoire, et le nombre de patients suivis à temps partiel a doublé en 12 ans.

Le nombre de personnes hospitalisées a toutefois légèrement augmenté, mais les hospitalisations tendent à être plus courtes (la durée moyenne d'hospitalisation est ainsi passée de près de 86 jours en 1989 à 45 en 2000).

Selon le type d'établissement auquel sont rattachés les secteurs, le taux de recours aux soins psychiatriques peut sensiblement varier, ainsi que les modalités de prise en charge des patients. L'hospitalisation à temps plein reste à cet égard plus importante dans les secteurs rattachés à des établissements spécialisés.

En matière d'accueil, les délais d'attente pour un premier rendez-vous sont inférieurs à un mois dans 82 % des secteurs et, dans la plupart des cas, un référent assure le suivi des patients. 85 % des secteurs développent également des dispositifs spécifiques en cas d'urgence.

La psychiatrie de liaison est en outre pratiquée par trois secteurs sur quatre, et la moitié des secteurs participent aux urgences de l'hôpital général.

Enfin, la quasi-totalité des secteurs sont en relation avec les médecins traitants des patients, mais ces relations sont plus fréquentes lorsqu'il s'agit de psychiatres.

Magali COLDEFY et Emmanuelle SALINES
Ministère de l'Emploi, du travail et de la cohésion sociale
Ministère de la Santé et de la protection sociale
DREES

Les secteurs de psychiatrie générale en 2000 : évolutions et disparités

En 2000, la France comptait 830 secteurs de psychiatrie générale, contre 812 en 1991. Chacun d'entre eux dispose d'une équipe pluridisciplinaire, rattachée à un établissement de soins, qui prend en charge des patients selon des modes et dans des lieux variés : en ambulatoire, à temps partiel ou à temps complet, dans des structures de soins du secteur, dans des établissements sanitaires, médico-sociaux, sociaux ou à domicile (encadré 1).

À cette date, un secteur couvrait en moyenne 54 000 habitants âgés de plus de 20 ans. La sectorisation devait en principe, lors de sa mise en place, aboutir à des secteurs couvrant environ 67 000 habitants, cette norme devant être adaptée en fonction du territoire. L'évolution démographique a plutôt accentué les disparités initiales de taille entre les secteurs, ceux-ci couvrant en 2000 entre 33 000 à plus de 100 000 habitants.

La superficie moyenne d'un secteur de psychiatrie générale est de 770 km², mais elle varie de 81 km² en Île-de-France à 2 170 km² en Corse et à plus de 5 000 km² dans les départements d'outre-



Les modes de prise en charge en psychiatrie

Les prises en charge ambulatoires

Le plus souvent, les malades sont vus dans le cadre de consultations en centre médico-psychologique (CMP). Les CMP 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. Depuis la circulaire de 1990, le CMP est conçu comme le pivot du dispositif de soins du secteur, il a pour mission d'organiser et de coordonner toutes les actions extra hospitalières en articulation avec les unités d'hospitalisation.

Certains CMP sont aussi habilités à répondre à l'urgence psychiatrique. Ouverts 24 heures sur 24, ils disposent notamment d'une permanence téléphonique reliée à des organismes d'aide médicale urgente, et organisent l'accueil, l'orientation, et le cas échéant les soins d'urgence nécessaires. Il s'agit alors de centres d'accueil permanent (CAP).

Les CMP sont également chargés de coordonner les visites à domicile ou en institutions substitutives au domicile (structures médico-sociales, établissements pénitentiaires...) effectuées par les équipes soignantes attachées aux secteurs.

Les soins ou interventions en unités d'hospitalisation somatique se développent également rapidement. Ceci s'explique à la fois par la croissance de l'activité des urgences ainsi que par le développement de la psychiatrie dite de liaison. Cette dernière forme d'activité est ainsi dénommée car elle correspond essentiellement aux consultations dans des services d'hospitalisation autres que psychiatriques et doit permettre une prise en charge globale de l'état de santé physique et psychique du patient.

D'autres formes de prise en charge ambulatoire peuvent exister, mais elles restent très marginales (démarches d'accompagnement...) et très diversement enregistrées dans les rapports de secteur.

Les prises en charge à temps partiel

En psychiatrie générale, on distingue essentiellement quatre formes de prises en charge à temps partiel ; elles correspondent à quatre types de structures différentes :

L'hospitalisations en hôpital de jour où des soins polyvalents et intensifs sont prodigués durant la journée. Cette prise en charge peut se faire durant tout ou partie de la journée, un ou quelques jours par semaine. Les protocoles thérapeutiques sont individualisés et sont en principe révisés périodiquement pour éviter la chronicisation et préparer la réinsertion dans le milieu de vie.

Les prises en charge dans les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) : les CATTP ont pour objectif de maintenir ou favoriser une existence autonome par des actions de soutien et de thérapie de groupe. Ils se différencient a priori des structures précédentes sur plusieurs points :

- la venue en CATTP se fait de manière plus discontinue ;
- dans leurs activités thérapeutiques et occupationnelles, ils se situent, en principe, en aval de l'hôpital de jour, s'adressant à des patients plus stabilisés sur le plan symptomatique et orientant plus largement leur activité vers la reconstruction de l'autonomie et la réadaptation sociale ;
- les équipes soignantes y sont en général plus réduites et moins médicalisées.

Selon les experts, malgré ces différences de définition, les modes d'utilisation des deux types de structures précités font qu'il est parfois difficile de distinguer des différences réelles dans la nature de leur activité. Ceci s'explique notamment par le fait que le CATTP est une formule plus souple et semble plus aisée à mettre en place que l'hôpital de jour. En particulier, il ne requiert pas d'enregistrement de sa capacité d'accueil à la carte sanitaire. Il n'impose donc pas d'autorisation préalable de création par les autorités sani-

taires, ni de fermeture de lits en gage de la création de places d'hospitalisation à temps partiel, en application des règles de la planification hospitalière. Il mobilise moins de ressources que l'hôpital de jour.

Les prises en charge en ateliers thérapeutiques : ces ateliers utilisent des techniques de soins particulières, notamment de groupes ergothérapeutiques, en vue d'un réentraînement à l'exercice d'une activité professionnelle ou sociale à partir de la pratique d'activités artisanales, artistiques ou sportives. Il s'agit clairement d'une activité de réadaptation, cherchant à développer les capacités relationnelles des patients, qui peut être couplée à d'autres formes de prises en charge thérapeutiques au sein du secteur. Les personnels intervenant y sont très diversifiés (infirmiers, ergothérapeutes, éducateurs, enseignants, psychologues...). Ce sont des structures qui doivent de préférence être implantées en-dehors de l'hôpital.

L'hospitalisation en hôpital de nuit : elle permet une prise en charge thérapeutique en fin de journée et une surveillance médicale de nuit, et le cas échéant, en fin de semaine. Elle s'adresse à des patients qui ont acquis une certaine autonomie dans la journée mais ont besoin, sur une période donnée, d'une prise en charge la nuit et le week-end qui constituent des moments de particulière vulnérabilité et d'anxiété.

Les prises en charge à temps complet

Les hospitalisations à temps plein constituent le mode « traditionnel » de prise en charge des malades dans un hôpital. Celui-ci peut être un centre hospitalier spécialisé (CHS), un centre hospitalier général ou régional (CHG, CHR) ou un établissement privé de santé participant au service public hospitalier (HPP). Elles s'effectuent dans des lieux de soins où les patients sont placés sous surveillance 24 heures sur 24. L'hospitalisation à temps plein entraîne une coupure avec le milieu social et familial afin de prodiguer les soins intensifs nécessaires. Ses indications principales sont en principe réservées aux situations aiguës et aux malades les plus difficiles et les plus lourds.

Les prises en charge dans les centres de post-cure : ce sont des 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. Même installés dans l'enceinte de l'hôpital, les centres de post-cure doivent être clairement différenciés des locaux d'hospitalisation à temps plein.

L'appartement thérapeutique est une unité de soins à visée de réinsertion sociale, mise à disposition de quelques patients pour des durées limitées et nécessitant une présence importante, sinon continue, de personnel soignant. Il se distingue de l'appartement associatif, communautaire ou protégé destiné à l'hébergement des malades mentaux stabilisés, considéré comme le véritable domicile des patients qui en sont locataires, les prestations de soins étant alors assimilables à des interventions à domicile.

L'hospitalisation à domicile (HAD) : les services d'HAD en psychiatrie organisent des prises en charge thérapeutiques au domicile du patient, associées s'il y a lieu à des prestations d'entretien nécessitées par l'état de dépendance du patient. Il s'agit de soins réguliers, voire quotidiens. Ce mode d'hospitalisation a pour objectif de permettre au patient de redécouvrir les gestes de la vie quotidienne dans son cadre habituel et garantit la continuité des soins.

Les placements en accueil familial thérapeutique ont pour but de permettre le traitement de 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. Ils s'adressent à des patients pour qui une prise en charge sociale et affective est indispensable en complément du suivi thérapeutique.

mer. Le temps d'accès moyen entre la commune la plus excentrée d'un secteur et l'hôpital de jour le plus proche est de 43 minutes, mais il peut dépasser deux heures dans certains secteurs ruraux ou à la géographie particulière¹.

11 % de patients de plus en 2000 qu'en 1997, essentiellement vus en ambulatoire

Selon les rapports de secteurs rénovés (encadré 2), en 2000, l'ensemble des équipes des secteurs ont vu au moins une fois dans l'année, 1 150 000 patients, soit 62 % de plus qu'en 1989 et 11 % de plus qu'en 1997 (graphique 1). La file active² ambulatoire est à l'origine de 79 % de cette croissance³ contre 12 % pour les prises en charge à temps partiel et 10 % pour celle à temps complet.

Le taux de recours⁴ aux secteurs de psychiatrie générale, qui était de 17 pour 1 000 habitants en 1989, atteint 26 pour 1 000 habitants de plus de 20 ans en 2000.

Comme en matière de psychiatrie infanto-juvénile⁵, le recours aux soins psychiatriques dans les différentes

1. Des données plus détaillées, notamment par régions sont disponibles dans « Les secteurs de psychiatrie générale en 2000 », Document de travail, série Études, n°42, mars 2004 (en ligne sur le site : <http://www.sante.gouv.fr/>).

2. Nombre de patients vus au moins une fois dans l'année par un des membres de l'équipe du secteur.

3. Explication du calcul : Un patient pouvant être comptabilisé dans plusieurs modes de prise en charge, la somme des files actives ambulatoire, temps partiel et temps complet est supérieure à la file active totale. Les contributions ont donc été calculées par rapport à la somme des trois files actives, leurs parts respectives ont ensuite été rapportées à la file active totale.

4. Nombre de patients vus au moins une fois dans l'année rapporté à la population âgée de plus de 20 ans du secteur.

5. COLDEFY M., SALINES E. : « Les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile en 2000 : évolutions et disparités », Études et Résultats, n° 341, Drees, septembre 2004.

E•2

Les nouveaux rapports de secteurs de psychiatrie

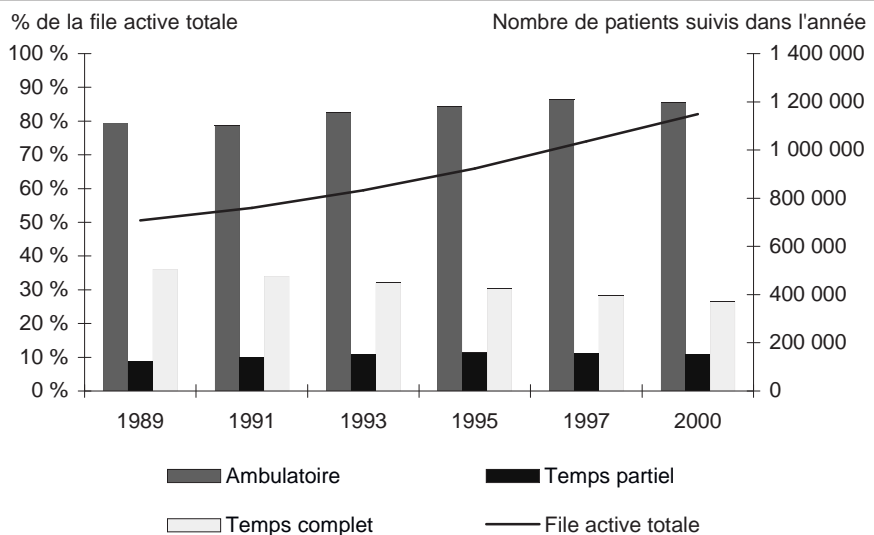
Les résultats présentés ici sont issus des rapports de secteurs de psychiatrie générale de l'année 2000. Le rapport de secteur de psychiatrie générale, généralisé depuis 1983 à l'ensemble des secteurs, constitue une enquête exhaustive qui est exploitée régulièrement depuis 1985. En 2000, une version rénovée de ces rapports a été établie à partir de différents travaux et notamment ceux de l'Idres en lien avec le centre collaborateur OMS pour la recherche et la formation en santé mentale (cc-OMS), et en concertation avec les différents professionnels, administrations et usagers concernés.

Les données de cette enquête, désormais réalisée tous les trois ans, portent sur :

- le personnel médical et non médical ;
- l'équipement des secteurs en services et structures d'accueil, en référence à l'arrêté du 14 mars 1986 ;
- l'accessibilité pour les usagers aux structures et services ;
- l'organisation de la réponse à certains problèmes (urgences, situations difficiles auxquelles sont confrontées les équipes soignantes) ;
- la pratique des équipes dans la prise en charge des patients, en interne ou en lien avec des intervenants extérieurs, et dans leurs activités de prévention, formation... ;
- les soins organisés en intersectorialité ;
- la file active définie comme « l'ensemble des patients vus au moins une fois dans l'année par un des membres de l'équipe du secteur », et ses modalités de prise en charge. Depuis 1989, les informations sur la file active proviennent de l'agrégation des données recueillies grâce à l'utilisation d'une fiche par patient.

Pour l'exercice 2000, 823 secteurs sur les 830 existants ont répondu à l'enquête. Parmi les sept secteurs non répondants, les données collectées en 1999 ont pu être utilisées pour cinq d'entre eux. Certaines non-réponses partielles numériques ou données incohérentes ont été redressées au niveau national à partir des données de 1999 et des éléments contextuels renseignés.

G•01 évolution 1989-2000 de la file active et ses trois grandes modalités de prise en charge



Source : rapports annuels de secteurs 2000.

régions apparaît lié à l'offre de soins sectorisée dont elles disposent. En effet, excepté la région Poitou-Charentes qui se démarque peu en matière d'équipement de la moyenne française, les autres régions (Limousin, Basse-Normandie et Bretagne) qui ont les taux de recours les plus élevés ont en commun

d'avoir des capacités en structures sectorisées supérieures à la moyenne nationale. Les taux d'équipement en lits dépassent par exemple 114 pour 100 000 habitants âgés de plus de 20 ans dans ces quatre régions, contre 94 en moyenne France entière. Pour les places d'hospitalisation de jour, ces

régions ont par ailleurs un taux d'équipement égal à près de deux fois le taux national. L'équipement en centres médico-psychologiques (CMP) y est également plus important.

À l'opposé, les régions qui ont les taux de recours les plus faibles apparaissent aussi comme les moins équipées. La Réunion, l'Île-de-France, le Centre et Languedoc-Roussillon disposent de moins de lits d'hospitalisation que la moyenne française (de 56 à 83 lits pour 100 000 habitants). Toutefois, les Antilles ou la Picardie, qui ont un

équipement supérieur à 100 lits pour 100 000 habitants, offrent deux fois moins de places en hospitalisation de jour. Les différences de taux de recours aux secteurs de psychiatrie observées entre régions peuvent aussi s'expliquer par l'offre existante en matière de soins non sectorisés, qu'elle soit libérale, privée ou médico-sociale (encadré 3).

Le renouvellement de la population suivie par les secteurs de psychiatrie générale est important, puisque 43 % des patients ont consulté pour la première fois en 2000. Cette proportion

était de 41 % en 1989 et 45 % en 1997. Les prises en charge ne sont en outre pas forcément durables. Ainsi un adulte sur quatre n'a été vu qu'une seule fois au cours de l'année 2000. Cette proportion est stable depuis 1989, et ce malgré l'augmentation des soins et interventions réalisés en unité somatique par les équipes des secteurs, qui ne sont pas toujours prolongés par un suivi psychiatrique.

**85% des patients
sont suivis en ambulatoire,
surtout en centres
médico-psychologiques**

Les soins de santé mentale donnent lieu, qu'il s'agisse des enfants ou des adultes, à un suivi essentiellement ambulatoire, et ce, de plus en plus au cours du temps. Cette modalité de suivi, qui concernait 79 % de la file active des secteurs de psychiatrie générale en 1989, concerne, en 2000, 85 % de leur file active totale. La file active ambulatoire a ainsi crû de 75 % entre 1989 et 2000 (cf. graphique 1). La prise en charge ambulatoire n'est toutefois pas toujours exclusive : si 65 % des patients suivis par les secteurs de psychiatrie générale en 2000 n'ont reçu au cours de l'année que des soins ambulatoires, les autres ont également bénéficié de soins à temps complet ou à temps partiel.

Les soins ambulatoires sont réalisés, de plus en plus souvent, en centre médico-psychologique (CMP) ou par un centre de consultation (722 000 personnes, soit 74 % des personnes suivies en ambulatoire, contre 68 % il y a douze ans).

Si on considère l'ensemble de l'activité ambulatoire (graphique 2), ce sont effectivement les soins et interventions en CMP qui ont connu la plus forte croissance entre 1989 et 2000 (+89 %). De plus, alors que depuis 1997 les recours aux autres modalités de soins ont stagné, les soins en CMP sont les seuls qui continuent d'augmenter sensiblement (+14 % entre 1997 et 2000). Les soins et interventions à domicile ou en institution substitutive au domicile⁶

6. Maisons de retraite, établissements pour adultes handicapés, foyers d'hébergement...

E•3

L'offre de soins en psychiatrie générale en France

En 2002, on comptait pour la France entière 342 établissements ou entités juridiques publics ayant une activité en psychiatrie générale, 278 établissements ou entités juridiques privés, dont 161 privés sous objectif quantifié national et 117 privés sous dotation globale¹. L'offre de soins publique est nettement prépondérante : près de 81 % des lits d'hospitalisation temps plein et 99 % des places d'hospitalisation partielle en psychiatrie générale le sont dans les hôpitaux publics et privés de santé participant au service public hospitalier.

Toujours en 2002, on dénombrait environ 134 lits pour 100 000 habitants de plus de 20 ans en moyenne, ce qui correspond à un total de 59 908 lits de psychiatrie générale dont 44 580 sectorisés et 15 328 non sectorisés. Ces capacités sont complétées en hospitalisation partielle, par 17 950 places de psychiatrie : 15 909 en psychiatrie sectorisée et 2 041 en psychiatrie non sectorisée.

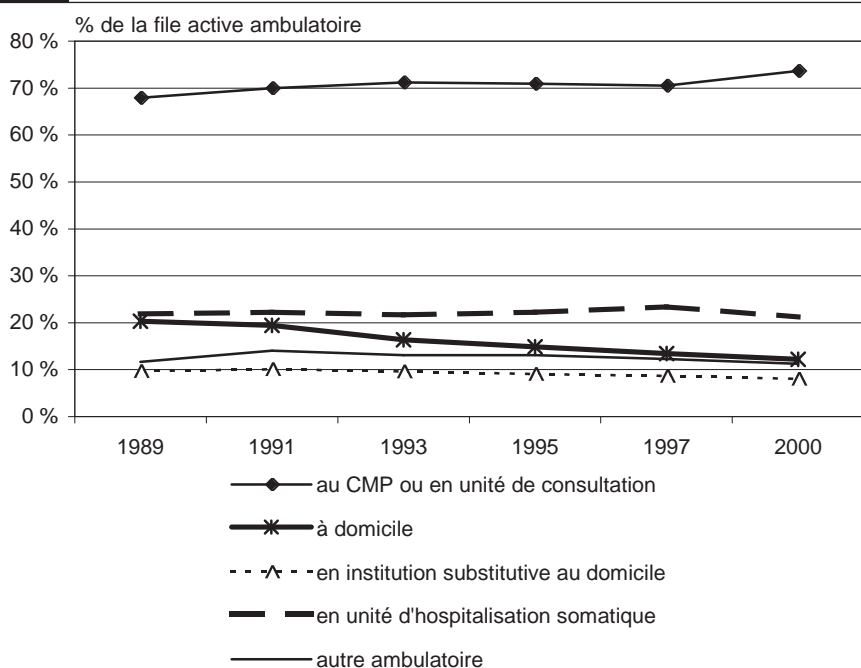
En complément des prises en charges assurées par des établissements, les soins en psychiatrie peuvent être délivrés par des psychiatres libéraux. Ils étaient, en 2003, 6 503 à avoir un exercice libéral ou mixte (à la fois libéral et hospitalier) sur un total de 13 548 psychiatres.

1. Source : FINESS, Rapports annuels de secteurs, SAE 2002, Adeli.

4

**G
•02**

évolution 1989-2000 des modalités de prise en charge ambulatoire



Source : rapports annuels de secteurs 2000.

ont quant à eux vu leur part dans la file active diminuer depuis douze ans, passant de 30 % des patients suivis en ambulatoire en 1989 à 20 % en 2000. Quant aux interventions en unité de soins somatiques, qui concernent de plus en plus de patients, elles ne se traduisent pas pour autant par une augmentation de leur part dans la file active ambulatoire.

Comme en matière de psychiatrie infanto-juvénile les modes d'intervention diffèrent sensiblement selon les régions. Les interventions dans les unités d'hospitalisation somatique semblent, par exemple, avoir été davantage développées dans certaines régions. C'est le cas notamment en Picardie, Haute-Normandie et Poitou-Charentes, où la proportion de patients suivis dans ces unités dépasse 30 %, contre 21 % France entière. Or, excepté en Poitou-Charentes, ces régions ne comptent pas davantage de secteurs rattachés à des centres hospitaliers (CH) ou des centres hospitaliers régionaux (CHR), et ont donc bien adopté une démarche volontariste d'ouverture vers la médecine somatique.

L'Aquitaine, la Corse et les Antilles semblent de leur côté avoir privilégié les soins à domicile, avec plus de 20 % des patients ainsi suivis en ambulatoire, pour un équivalent de 12 % en France entière. De même, les équipes de quelques régions interviennent plus fréquemment dans les institutions substitutives au domicile : Corse, Champagne-Ardenne, Midi-Pyrénées.

Quels que soient les types de prise en charge ambulatoire, le nombre moyen d'interventions par patient est resté relativement stable depuis 1989, et ce malgré la forte croissance du nombre de patients suivis. Chaque patient bénéficie ainsi de 8 consultations en CMP en moyenne dans l'année, nombre relativement stable depuis douze ans.

7. Le terme de « temps plein » correspond ici à l'hospitalisation au sens strict, celui de « temps complet » à l'ensemble des prises en charge 24 heures sur 24 (cf. encadré 1).

8. Il est possible en effet que certains de ces patients bénéficient d'autres soins au sein de dispositifs intersectoriels ou en médecine de ville.

En douze ans, la file active des patients pris en charge à temps partiel a doublé ; les suivis en CATTP ont triplé

125 000 patients ont été suivis à temps partiel en 2000 (11 % de la file active totale), contre 9 % en 1989 (cf. graphique 1). Moins de 2 % de l'ensemble des patients sont pris en charge exclusivement sous ce mode. Ainsi le temps partiel apparaît surtout comme une modalité de soins complémentaire, soit à la suite d'une prise en charge plus lourde à temps complet, soit au contraire en complément à un suivi ambulatoire. Depuis 1995, le mode de prise en charge à temps partiel le plus utilisé est le centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) avec plus de 66 000 patients suivis en 2000, soit 53 % de la file active prise en charge à temps partiel (contre 31 % en 1989). En douze ans, le nombre de patients suivis en CATTP a triplé (graphique 3). Ce mode d'accueil devance maintenant l'hospitalisation de jour (48 000 patients en 2000) qui était prépondérante en 1989. Le nombre de journées de prise en charge par patient est stable pour les soins en CATTP, avec 23 jours dans l'année. Cette durée reste beaucoup plus élevée en hospitalisation de jour, avec 58 journées en moyenne dans l'année, malgré une importante réduction depuis 1989 (-15 jours en douze

ans). Les patients suivis en hôpital de nuit et en atelier thérapeutique représentent quant à eux moins de 1 % chacun de la file active totale, et tendent à être moins nombreux depuis 1997. Ces deux derniers modes de prise en charge sont rarement exclusifs et viennent compléter un suivi ambulatoire.

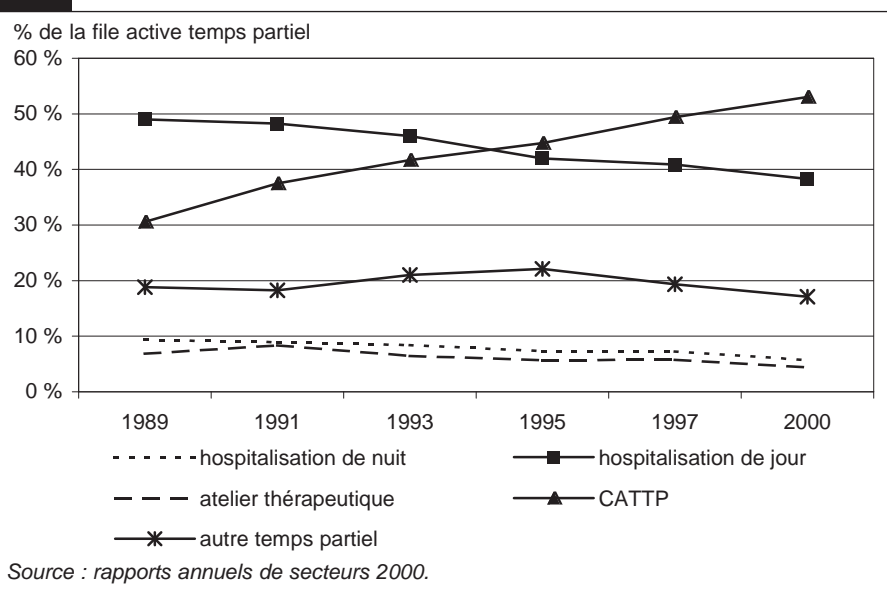
Pour les patients suivis à temps complet, encore relativement peu d'alternatives à l'hospitalisation

306 000 patients ont été suivis à temps complet⁷ dans les secteurs de psychiatrie générale en 2000, soit 27 % de la file active. Bien qu'à effectifs croissants, ce mode de prise en charge est relativement moins répandu que par le passé, puisqu'il concernait 36 % de la file active en 1989.

Près de 140 000 patients soit 12 % de la file active totale ont été pris en charge exclusivement à temps complet (18 % en 1989), les autres bénéficiant également de soins ambulatoires ou à temps partiel. Mais, parmi les patients pris en charge à temps complet, une proportion encore très élevée (45 %) ne connaît que ce type de suivi en 2000, tout du moins dans le cadre du secteur psychiatrique dont ils relèvent⁸.

En matière de prise en charge à temps complet, le nombre de patients hospitalisés à temps plein a connu depuis 1989 une croissance modérée :

G.03 évolution 1989-2000 des modalités de prise en charge à temps partiel



+15 % en onze ans, soit 295 000 personnes en 2000 (graphique 4), leur part dans la file active prise en charge à temps complet étant restée supérieure à 96 % sur toute la période. En forte diminution depuis 1991, la proportion dans l'année de patients hospitalisés depuis plus d'un an atteint 4 % en 2000. Plus d'un quart des lits d'hospitalisation psychiatrique restent toutefois occupés par des patients hospitalisés depuis plus d'un an.

La durée moyenne d'hospitalisation à temps plein est globalement en constante réduction depuis 1989. De 86 jours cette année là, elle est passée à 45 jours (continus ou non) par patient en 2000. La durée de séjour reculant plus vite que n'augmente la file active, le nombre total de journées d'hospitalisation à temps plein diminue donc régulièrement depuis 1989.

Cette tendance doit être mise en relation avec la forte diminution du nombre de lits d'hospitalisation à temps plein qui est passé de 75 951 en 1989 à 43 173 en 2000, soit une réduction de 43 % en onze ans (graphique 4). Le

taux d'occupation apparent⁹, stable jusqu'en 1995, a ainsi crû de 10 % pour atteindre 307 jours par an en 2000.

Les autres modalités d'accueil à temps complet concernent un nombre réduit de patients (1,4 % de la file active totale), souvent pour des prises en charge plus longues : 3 100 personnes ont ainsi passé en moyenne neuf mois en accueil familial thérapeutique, 1 800 personnes, en moyenne cinq mois en appartement thérapeutique ; 1 800 personnes ont séjourné en centre de post-cure pour une durée moyenne de trois mois et 1 200 patients ont bénéficié d'une hospitalisation à domicile, pour une durée moyenne de trois mois.

Les durées de séjour de ces prises en charge à temps complet sont relativement stables ou en légère diminution depuis 1989.

Enfin, 7 700 personnes ont été recensées sous la rubrique « autres types d'accueil à temps complet ». La durée de séjour étant limitée (9 jours en moyenne), il s'agit probablement pour l'essentiel d'accueils en centre de crise ou en séjour thérapeutique.

Le poids de l'hospitalisation à temps plein demeure plus important dans les secteurs rattachés à des établissements spécialisés

Comme en psychiatrie infanto-juvénile, les différences entre secteurs de psychiatrie générale (activité, organisation, moyens) apparaissent pour partie liées au type d'établissement auquel ils sont rattachés. Ces différences tiennent à la fois à l'histoire des structures et à des contextes environnementaux différents. 56 % des secteurs de psychiatrie générale sont rattachés à un établissement public de santé spécialisé en psychiatrie (anciennement dénommé centre hospitalier spécialisé : CHS) ; 36 % à un établissement public de santé non spécialisé (centre hospitalier, CH, ou centre hospitalier régional, CHR) ; 8 % à un établissement privé de santé participant au service public hospitalier (PSPH) et financé, comme les établissements publics, par dotation globale, encore souvent désigné sous le nom d'hôpital psychiatrique privé (HPP).

Ainsi en 2000, si le taux de recours moyen aux secteurs de psychiatrie générale avoisine 26 recours pour 1 000 habitants de plus de 20 ans, il va selon les secteurs de 9 à 70 pour 1 000 habitants¹⁰ (carte 1). Ce sont les secteurs rattachés à des CHR ou à des HPP qui suscitent les recours les plus élevés en nombre, supérieurs à 30 pour 1 000 habitants de plus de 20 ans.

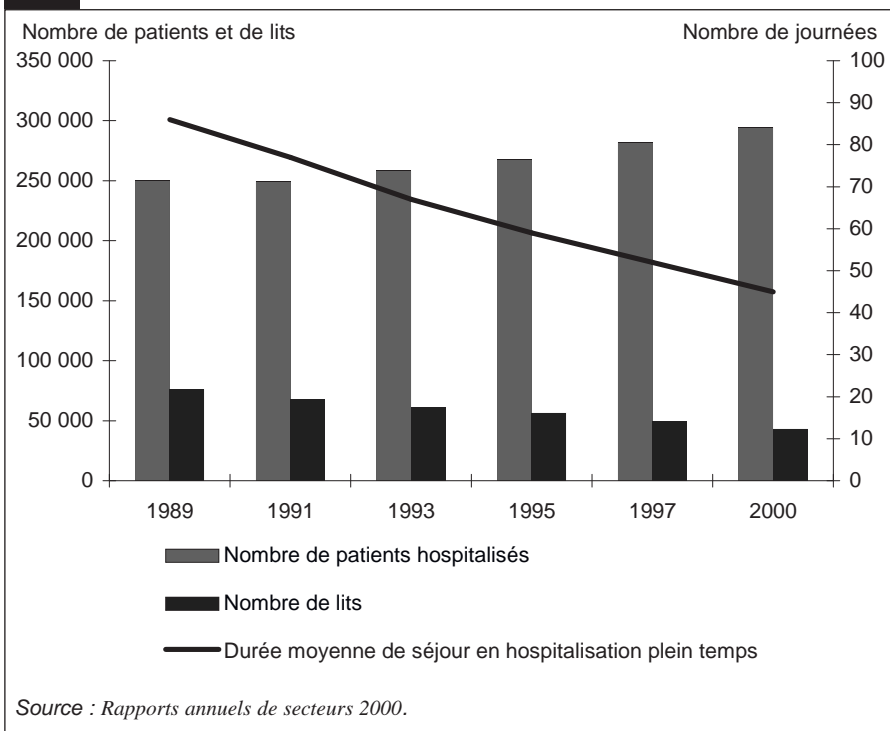
Des disparités existent aussi dans la structure de l'activité des secteurs de psychiatrie générale. Ainsi, la proportion de patients suivis en ambulatoire peut varier de 54 % à 100 %¹¹ selon les secteurs, celle des prises en charge à temps partiel, de 0 à 40 %, et celle des prises en charge à temps complet de 0 à 59 %. Ces variations sont liées en partie

9. Nombre de journées d'hospitalisation à temps plein rapporté au nombre de lits.

10. Données écartées de 1 % aux deux extrêmes de la distribution.

11. Ces données et celles qui suivent sont écartées de 1 % aux deux extrêmes de la distribution.

G 04 évolution 1989-2000 de l'hospitalisation à temps plein dans les secteurs de psychiatrie générale



aux catégories d'établissements de rattachement des secteurs. Les établissements spécialisés – CHS et HPP – semblent avoir davantage développé les prises en charge à temps partiel. La proportion de patients pris en charge à temps complet est plus réduite dans les secteurs rattachés à un centre hospitalier général (23 %). Au contraire, les proportions de suivis à temps complet les plus élevées s'observent souvent dans des secteurs d'accueil historiques : anciennes colonies familiales de Dun sur Auron et Ainay le Château...

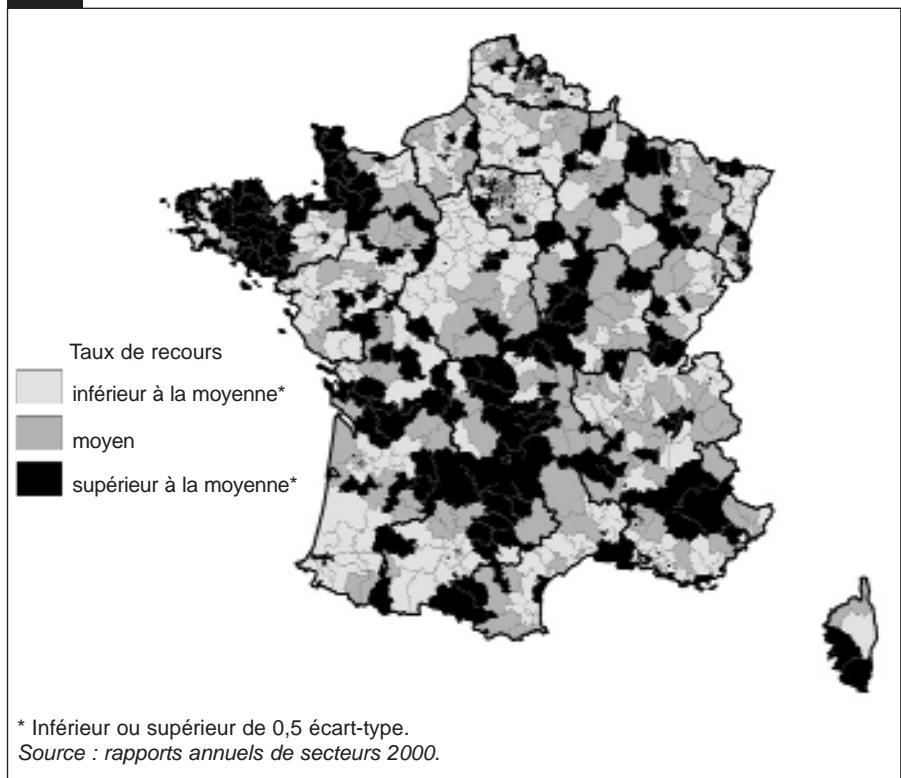
Les durées moyennes de séjour cumulé dans l'année¹² restent, quant à elles, plus longues dans les établissements spécialisés, sans que l'on puisse évaluer à ce stade ce qui relève dans ces écarts de différences de profil des populations suivies ou de différences de pratiques de soins : 50 jours dans les secteurs rattachés à des HPP, 49 jours pour les CHS, 40 pour les CH et 30 pour les CHR.

Les secteurs rattachés à des HPP sont toutefois ceux qui ont le plus réduit leur durée moyenne de séjour, ce mouvement s'étant accéléré depuis 1997 (de 67 jours en 1997 à 50 en 2000, soit moins 25%). En outre, la proportion de patients hospitalisés depuis plus d'un an varie de 1,9 % dans les secteurs rattachés à un CH ou un CHR à 3,8 % pour les HPP et 4,9 % pour les secteurs rattachés à un CHS.

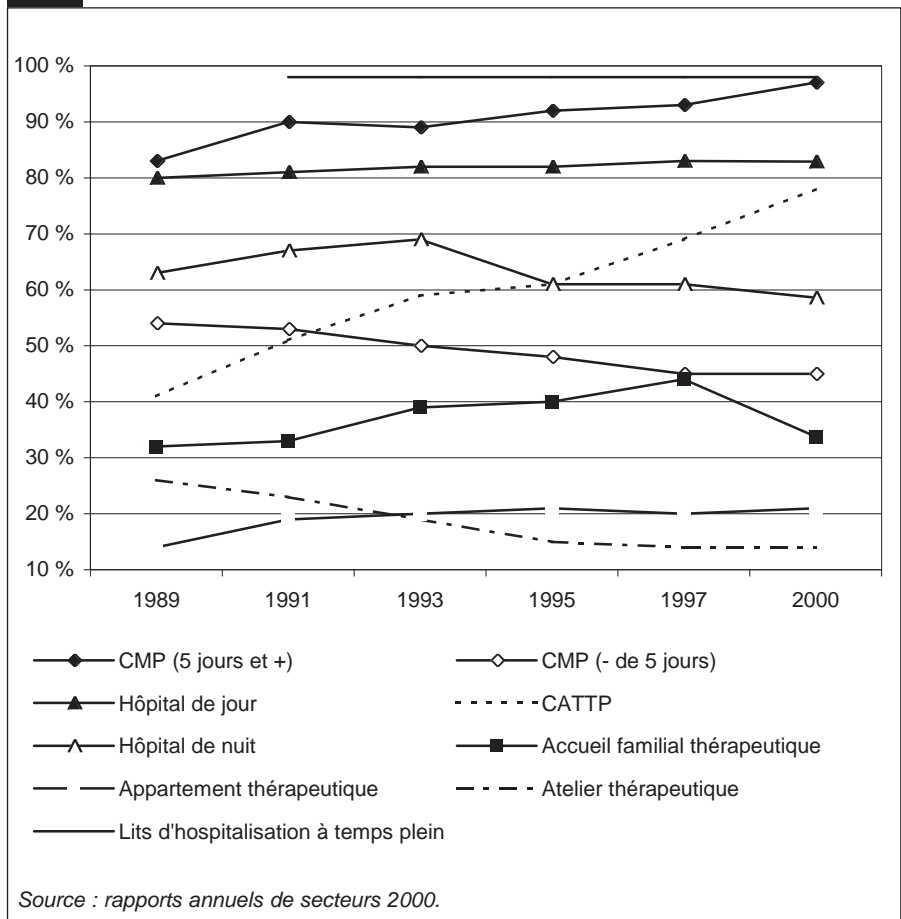
L'évolution des pratiques vers les prises en charge ambulatoires et à temps partiel a suivi celle des équipements : tous les secteurs sont désormais équipés de CMP, et le nombre de CATTP a triplé en 12 ans (graphique 5). La réduction de capacités d'hospitalisation à temps plein, qui en a été le corollaire, ne s'est toutefois pas faite de façon homogène selon les secteurs : ceux rattachés à un établissement spécialisé (HPP ou CHS) qui comptaient le

12. Les rapports de secteurs ne comptabilisant pas les entrées en hospitalisation, la durée de séjour est ici calculée à partir du nombre de patients hospitalisés dans l'année et correspond à une durée moyenne d'hospitalisation dans l'année pour un patient donné.

C.01 taux de recours aux secteurs de psychiatrie générale en 2000



G.05 évolution 1989-2000 de la proportion des secteurs disposant des principales structures de prise en charge



plus grand nombre de lits, sont ceux qui ont le plus réduit leurs capacités (-52 % pour les HPP et -38 % pour les CHS contre -23 % pour les CH-CHR). Malgré tout, le nombre moyen de lits varie encore fortement selon la catégorie de l'établissement de rattachement : de 72 lits pour les HPP, à 56 pour les CHS, 47 pour les CHR et 40 pour les CH.

Les disparités entre secteurs se retrouvent enfin dans les dotations en personnel (encadré 4) dont ils disposent : le nombre moyen de médecins par secteur varie ainsi de 5 équivalents temps plein (ETP) dans les secteurs rattachés à des CH à 8,5 dans ceux rattachés à des CHR (du fait en partie du nombre plus important d'internes dans ce dernier type d'établissement). Il est sensiblement le même dans les établissements spécialisés, avec 6,5 ETP pour les CHS et 6,4 pour les établissements

privés de santé participant au service public hospitalier. Les secteurs rattachés à un centre hospitalier général rencontrent par ailleurs plus fréquemment des difficultés de recrutement puisque 37 % d'entre eux ont déclaré des postes vacants depuis plus d'un an en 2000.

Pour le personnel non médical, les variations vont de 59,4 ETP en moyenne dans les CH à 68,3 dans les CHR, 88,4 dans les CHS et 100,4 dans les établissements privés de santé participant au service public hospitalier. Ces différences entre établissements spécialisés ou généraux sont encore plus marquées pour le personnel infirmier, avec plus de 60 ETP dans les CHS et les établissements privés de santé participant au service public hospitalier, et 41 ou 43 ETP dans les CH ou CHR. Elles apparaissent en grande partie dues aux différences de capacité en lits d'hospitalisation temps plein.

Les délais d'attente pour un premier rendez-vous sont inférieurs à un mois dans 82 % des secteurs

Les rapports de secteurs rénovés permettent également de décrire les pratiques des secteurs de psychiatrie générale concernant l'accueil et la prise en charge des patients.

Ainsi, 69 % des secteurs de psychiatrie générale déclaraient avoir mis en place une permanence téléphonique 24 heures sur 24 (en dehors du standard téléphonique de l'établissement de rattachement). Mais, dans les faits, seuls 31 % d'entre eux proposent une réelle permanence avec transfert d'appel vers un soignant, les autres ayant mis en place un simple répondeur téléphonique.

Lorsqu'une personne vient pour un premier rendez-vous en ambulatoire (excepté pour une urgence), elle est placée sur liste d'attente dans la moitié des secteurs, pour être recontactée ensuite lorsqu'une place se libère dans la file active. Cette proportion est relativement semblable dans les différentes catégories d'établissement de rattachement.

Pour une consultation avec un médecin, le délai minimum d'attente pour un premier rendez-vous, en dehors des cas d'urgence, est inférieur à un mois dans 82 % des secteurs, et pour 17 % d'entre eux inférieur à une semaine. Un entretien avec un autre professionnel est encore plus rapidement obtenu : avec moins de quinze jours d'attente dans 82 % des secteurs.

8 % seulement des secteurs déclarent orienter exclusivement le patient vers un médecin lors de sa première consultation. Dans les autres, il peut être reçu par un médecin ou un autre professionnel : généralement par un infirmier ou un psychologue, moins fréquemment par un assistant de service social.

La plupart des secteurs désignent des référents pour la prise en charge des patients

Le médecin référent joue à la fois un rôle d'interlocuteur privilégié pour le

E•4

Le personnel des secteurs de psychiatrie générale

Chaque secteur de psychiatrie générale dispose en moyenne en 2000 d'une équipe médicale de 6,2 équivalents temps plein (ETP) dont 3,5 ETP de psychiatres hospitaliers et 0,9 ETP d'internes et d'une équipe non médicale de 79,8 ETP.

L'équipe non médicale compte en moyenne :

- 53,8 ETP de personnels infirmiers (personnels d'encadrement infirmier, infirmiers de secteur psychiatrique ou infirmiers diplômé d'État), soit 67 % du total ;
- 8 ETP d'agents de service hospitalier, soit 10 % du total ;
- 6,7 ETP d'aides-soignants, soit 8 % du total ;
- 3,2 ETP de secrétaires médicales, soit 4 % du total ;
- 2,5 ETP de psychologues, soit 3 % du total ;
- 1,6 ETP d'assistants de service social, soit 2 % du total ;
- 1,3 ETP de personnels éducatifs (éducateurs, moniteurs-éducateurs, animateurs, personnels d'encadrement socio-éducatif), soit 2 % du total ;
- 0,9 ETP de personnels de rééducation (psychomotriciens, orthophonistes, ergothérapeutes, masseurs-kinésithérapeutes), soit 1 % du total.

En 2000, 239 postes de psychiatres temps plein et 94 temps partiel ont été déclarés vacants depuis plus d'un an, ce qui représente 9 et 14 % des psychiatres rémunérés en décembre 2000 dans les secteurs de psychiatrie générale.

Malgré la forte croissance de la file active moyenne par secteur, le nombre d'équivalents temps plein en personnel médical est relativement stable depuis 1989, alors que celui des personnels non médicaux a diminué de 8 % sur la période. Cette évolution suit par contre celle du nombre total d'actes ambulatoires et de journées de prise en charge, qui a également diminué de 8 % en onze ans.

Au sein du personnel médical, le nombre d'internes et d'attachés s'est réduit, passant de 2,1 ETP internes et 0,8 attachés en 1989 à respectivement 0,9 et 0,4 en 2000. C'est le cas dans l'ensemble des disciplines pour les internes dont le nombre global est passé de 29 000 en 1984 à 13 000 en 2001. Par contre, la diminution du nombre d'attachés semble spécifique à la psychiatrie, aussi bien en psychiatrie générale qu'en psychiatrie infanto-juvénile.

Au sein du personnel non médical, ce sont les infirmiers, cadres supérieurs de santé, agents des services hospitaliers et les autres personnels non médicaux affectés au secteur dont les effectifs ont le plus décliné (-11 à -55 % en onze ans selon les catégories), tandis que les psychologues, les aides-soignants et les secrétaires médicales ont vu leur nombre d'ETP augmenter sensiblement sur la période.

patient et sa famille et de garantir de la continuité des soins. Dans la quasi-totalité des secteurs (97 %), le médecin désigné comme référent pour un patient hospitalisé, assure en général également son suivi ambulatoire.

Un référent infirmier est également désigné lors des hospitalisations à temps plein dans la quasi-totalité des secteurs (86 %). Cependant, cet infirmier référent le reste rarement pour le suivi ultérieur en ambulatoire : « jamais » dans 45 % des secteurs et « parfois » dans 39 % d'entre eux.

Des réponses à l'urgence à la fois en CMP et à domicile

85 % des secteurs de psychiatrie générale déclarent avoir développé des dispositifs spécifiques pour répondre à l'urgence. Dans ce cas, c'est généralement un membre de l'équipe du secteur qui intervient ou, moins fréquemment, un membre d'une équipe rattachée à un pôle intersectoriel d'urgence.

Les interventions d'urgence revêtent, comme pour la psychiatrie infantile, plusieurs modalités, qui sont le plus souvent utilisées de manière complémentaire. L'hospitalisation et les rendez-vous en urgence au CMP sont les plus utilisées (plus de 95 % des secteurs ayant un dispositif de réponse à l'urgence interviennent de la sorte), de même que les visites à domicile ou sur le lieu de détresse (90 %), l'orientation aux urgences de l'hôpital général (90 %) ou, dans une moindre mesure,

vers le médecin de ville (81 %). Les places en centre de crise étant en nombre limité, seuls 21 % des secteurs y recourent.

Des prises en charge particulières pour les états aigus ou les malades difficiles

Certains états aigus ou circonstances particulières peuvent nécessiter l'hospitalisation de patients en unité fermée.

Au total, 585 secteurs (71 %) disposent d'une unité d'hospitalisation fermée (80 % des secteurs rattachés à un CHS, 68 % de ceux rattachés à un HPP et 57 % des secteurs rattachés à un CH ou CHR), les autres secteurs hospitalisant leurs patients dans des pavillons ouverts. Cette unité d'hospitalisation fermée fonctionne en permanence dans 63 % des secteurs, et en fonction des besoins dans 35 % d'entre eux. Seuls 131 secteurs sur les 585 (22 %) disposent d'une unité d'hospitalisation fermée où toutes les chambres sont équipées d'un système d'appel d'urgence.

73 % des médecins chefs de secteurs pensent qu'il est approprié de disposer d'une unité d'hospitalisation fermée, notamment en vue d'accueillir des patients en hospitalisation sous contrainte. 87 % des secteurs qui disposent d'une telle unité partagent cette opinion, mais seulement 39 % de ceux qui n'en disposent pas.

Au cours de l'année 2000, 34 % des secteurs ont en outre fait une ou plusieurs demandes de transfert vers une unité pour malades difficiles (UMD)¹³. De façon apparemment paradoxale, ces demandes sont un peu plus fréquentes dans les secteurs disposant d'une unité fermée (36 %) que dans les autres (31 %), mais ces derniers ont peut-être plus souvent recours à un dispositif intersectoriel d'hospitalisation prenant en charge les patients difficiles. 465 patients ont ainsi fait l'objet d'une demande de transfert vers une UMD en 2000 et 284 ont été effectivement transférés.

85 % des secteurs disposent par ailleurs d'une ou plusieurs chambres d'isolement¹⁴ (2 en moyenne par secteur, soit un total de 1 482 chambres pour 43 000 lits). Ces chambres ont été

occupées plus de deux mois dans 63 % des secteurs. Dans la moitié des secteurs, c'est exclusivement un médecin qui décide de l'isolement des patients ; dans l'autre moitié, cela peut être un médecin ou un infirmier en cas d'urgence. 83 % des secteurs déclarent disposer d'un protocole écrit de prise en charge des patients en chambre d'isolement.

Un secteur sur deux déclare en outre disposer d'un protocole ou de règles de conduite écrites pour la prise en charge des patients sujets à des comportements violents. Cette proportion est plus élevée dans les établissements privés de santé participant au service public hospitalier (65 %).

75 % des secteurs ont permis à un ou plusieurs membres de leur équipe de bénéficier d'une formation adaptée aux situations de violence, cette proportion dépasse 80 % dans les établissements spécialisés (CHS, HPP). Les trois quarts des secteurs ont par ailleurs eu à déclarer au cours de l'année des accidents du travail liés à des agressions au sein de leur personnel. Les secteurs ayant mis en œuvre des protocoles ou formations pour répondre à la prise en charge des situations de violence sont ceux qui en déclarent le plus fréquemment, ces événements les ayant probablement amenés à mettre en place de telles actions.

1 435 tentatives de suicide dans les lieux de soin ont enfin été rapportées en 2000 par les secteurs, et la moitié d'entre eux a été confrontée à ce problème. 16 % des secteurs ont également déploré des suicides sur les lieux de soins (159 suicides au total).

La psychiatrie de liaison est pratiquée par trois secteurs sur quatre

La psychiatrie de liaison est destinée à apporter des réponses (évaluation, traitement, orientation) aux troubles psychiatriques émergeant à l'occasion de l'hospitalisation somatique d'un patient, ainsi qu'à son entourage ou aux soignants. Elle marque ainsi une volonté de rapprochement entre la prise en charge somatique et la psychiatrie, en faisant intervenir des équipes de soins psychiatriques en dehors des établisse-

13. Les unités pour malades difficiles (UMD), au nombre de quatre en France, sont destinées à recevoir les patients que leur état mental rend dangereux pour autrui, au point qu'ils ne puissent être maintenus dans une unité d'hospitalisation ordinaire et que des protocoles thérapeutiques intensifs assortis de mesures de sûreté particulières s'avèrent nécessaires. Les patients doivent relever d'une hospitalisation d'office.

14. L'utilisation de l'isolement thérapeutique est justifiée par la situation clinique du patient. Cet isolement est destiné à prévenir les blessures et réduire l'agitation liée au trouble mental. Il doit répondre à une indication médicale.

ments ou services spécialisés en santé mentale.

Trois secteurs de psychiatrie générale sur quatre participent à cette mission. Leurs interventions peuvent s'organiser soit au titre du secteur seul (58 % des cas), soit dans le cadre d'une unité intersectorielle gérée par leur secteur (14 %). Lorsque cette activité existe, elle permet de détecter des troubles psychiques et d'enclencher un suivi auprès de patients qui ne seraient peut-être pas orientés spontanément vers les soins de psychiatrie. Ainsi, les secteurs qui pratiquent cette activité ont des taux de recours de la part de patients vus une seule fois dans l'année supérieurs de 4 points à ceux observés pour les secteurs qui ne pratiquent pas de psychiatrie de liaison.

La psychiatrie de liaison est, de fait, plus répandue dans les secteurs de psychiatrie générale rattachés à un CHR ou un CH (89 et 85 %), mais elle est aussi très fréquente dans les établissements privés participant au service public hospitalier (74 % des secteurs y participent) et dans une moindre mesure dans les CHS (66 %). Les équipes de liaison interviennent fréquemment dans les centres hospitaliers (82 % des secteurs ont une telle activité au sein de CH ou CHR), et dans une moindre mesure dans les hôpitaux locaux (37 %) et les établissements de soins de réadaptation (14 %). 27 % des équipes de secteurs interviennent dans les trois types d'établissements.

Si près de la moitié des secteurs interviennent plutôt ponctuellement, sur appel, 44 % organisent des réunions régulières avec les services hospitaliers concernés.

Un secteur sur deux participe aux urgences de l'hôpital général

Par ailleurs, les équipes de psychiatrie sectorisée peuvent intervenir dans les services d'urgences hospitalières. Ainsi, plus de la moitié des secteurs participent aux urgences de l'hôpital général (52 %).

Comme pour la psychiatrie de liaison, la participation aux urgences est plus répandue, de fait, dans les secteurs rattachés à un CH ou CHR (77 et 58 %).

Elle est organisée dans 43 % des secteurs rattachés à un CHS ou à un établissement privé participant au service public hospitalier. La plupart des secteurs qui participent aux urgences de l'hôpital général ont également une activité de liaison.

Des partenaires institutionnels multiples

Pour institutionnaliser ces coopérations, 54 % des secteurs de psychiatrie générale ont passé une convention écrite avec un établissement de santé. Ces conventions sont surtout le fait des secteurs rattachés à un établissement spécialisé (61 % des CHS et 67 % des HPP).

34 % des secteurs ont ainsi signé une convention relative à la psychiatrie de liaison¹⁵. Les conventions visant la participation aux urgences dans le cadre d'un SAU ou d'une UPATOU¹⁶ sont moins répandues (respectivement 16 et 10 %)¹⁷, tandis que celles relatives à la délocalisation de lits d'hospitalisation temps plein n'ont été signées que par 4 % des secteurs de psychiatrie générale.

Un secteur sur deux (mais trois quarts des secteurs rattachés à des établissements privés participant au service public hospitalier) a également passé une convention écrite avec un établissement médico-social (maison de retraite, maison d'accueil spécialisé...), et un sur cinq (mais 34 % des secteurs rattachés à un CHR) avec un organisme de formation ou de réinsertion.

14 % des secteurs interviennent par ailleurs en milieu carcéral dans le cadre d'un protocole passé avec un établissement pénitentiaire.

Les relations sont plus fréquentes avec les psychiatres de ville qu'avec les autres médecins traitants

Un autre aspect important de la prise en charge concerne les collaborations entre le secteur psychiatrique et les médecins traitants du patient. La quasi-totalité des secteurs déclarent être en relation directe avec le médecin généraliste traitant des patients ou avec

leur psychiatre si les patients sont suivis par un autre psychiatre. Mais ces relations sont plus fréquentes avec les psychiatres qu'avec les généralistes.

L'accompagnement social est assuré de façon variable selon les équipes

L'aide aux démarches administratives et l'accompagnement social constituent des missions importantes qui complètent la prise en charge médicale du patient. Dans 48 % des secteurs, ces tâches sont assurées directement par l'équipe du secteur, généralement par un assistant de service social ou un infirmier. Dans 19 % des secteurs, un membre de l'équipe du secteur et un travailleur social extérieur collaborent systématiquement pour ces démarches. Enfin, dans 30 % des secteurs, cette aide est assurée, selon les cas, soit directement par les services sociaux (municipaux ou départementaux), soit par un membre de l'équipe du secteur.

Des interventions dans la communauté encore relativement peu répandues, sauf auprès des services sociaux

À côté du suivi individuel des patients, les secteurs ont un certain nombre de missions à assurer dans la communauté : information, formation, appui technique, prévention, mise en place de réseaux de soins...

Dans les secteurs de psychiatrie générale, ce sont les actions auprès des services sociaux qui sont les plus répandues, (environ huit secteurs sur dix). Six équipes de secteur sur dix conduisent d'autres interventions, à destination des établissements médico-sociaux, du secteur de psychiatrie infanto-juvénile, des établissements

15. Alors que 74 % des secteurs ont une activité de liaison.

16. Service d'accueil et d'urgence (SAU) ; Unité de proximité d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences (UPATOU).

17. Alors que 52 % des secteurs participent aux urgences de l'hôpital général.

sociaux et des médecins généralistes. La moitié des secteurs intervient également auprès des psychiatres de ville, des équipes ayant en charge le suivi du RMI, des associations de familles et auprès de la justice.

Certaines actions restent par contre peu développées, comme les interventions auprès des entreprises (10 % des secteurs), des pompiers et de la police (35 %), des élus locaux (43 %), mais aussi des associations d'usagers (38 %) et du grand public (41 %).

Quels que soient les destinataires de ces interventions, moins de 30 % des secteurs organisent avec eux des réunions mensuelles. Là encore, leurs pratiques diffèrent selon l'établissement

auquel ils sont rattachés. Ceux qui sont rattachés à un CHR ont davantage de liens avec les associations de familles, les médecins généralistes, les psychiatres (hors secteur) et le grand public. Les secteurs rattachés à des établissements spécialisés en psychiatrie (CHS et HPP) ont, quant à eux, plus de contacts avec les élus locaux. Les HPP se différencient par une présence plus forte au sein des établissements médico-sociaux et des interventions plus fréquentes auprès des médecins généralistes.

Les dispositifs intersectoriels se développent, en réponse aux difficultés de prise en charge

42 % des secteurs déclarent gérer une ou plusieurs unités intersectorielles non autonomes¹⁸. Ces unités sont souvent consacrées à l'hospitalisation à temps plein (40 % des types d'activité recensés), ou à temps partiel (25 %), mais aussi aux consultations, aux ateliers thérapeutiques spécifiques, à la psychiatrie de liaison ou à la participation aux urgences. Le principal objectif de ces unités est la réinsertion, la resocialisation du patient. Beaucoup se spécialisent dans la prise en charge de populations ou pathologies particulières : personnes âgées, adolescents (voire étudiants), polyhandicapés, psychoses déficitaires, autisme, malades difficiles ou hospitalisés sous contrainte, détenus. D'autres encore prennent en charge les addictions. Ces unités font l'objet de conventions dans 40 % des cas, le suivi étant assuré par le

secteur d'origine du patient dans 61 % des cas.

218 dispositifs intersectoriels « autonomes » ou formalisés¹⁹ ont, par ailleurs, été recensés en 2000. La quasi-totalité sont rattachés à des CHS (94 %), 5 % à des HPP et moins de 2 % à des CH.

Leurs missions sont très variées. Ce sont les activités de psychiatrie de liaison ou de réponse aux urgences qui justifient le plus fréquemment la création d'une unité de ce type. Viennent ensuite des dispositifs destinés à la prise en charge de patients dépendants vis-à-vis de l'alcool et d'autres toxiques, aux actions de réinsertion ou réadaptation, à la prise en charge des personnes âgées et à celle de patients atteints de pathologies déficitaires lourdes ou d'autisme. Plusieurs dispositifs fonctionnent sous forme d'ateliers thérapeutiques spécifiques, de thérapies particulières. D'autres sont destinés aux patients difficiles, aux détenus, aux malades hospitalisés sous contrainte. Quelques uns prennent spécifiquement en charge des malades en situation de précarité.

*

*

*

Les différences qui apparaissent dans les pratiques des secteurs de psychiatrie générale devraient dans l'avenir être approfondies par des analyses plus fines mettant en regard la variabilité de leurs activités, des moyens dont ils disposent²⁰ et de l'environnement au sein duquel ils s'inscrivent (offre non sectorisée privée, libérale et médico-sociale). ●

18. Il s'agit d'unités placées sous la responsabilité d'un praticien du secteur assurant des prestations pour le compte d'autres secteurs, avec les moyens propres du secteur, et le cas échéant des moyens provenant des autres secteurs concernés.

19. Créés par délibération des instances de l'établissement (CA-CME), ces dispositifs assurent des missions sectorielles pour le compte de plusieurs secteurs de psychiatrie (générale ou infanto-juvénile). Elles entrent dans le cadre d'une fédération ou d'un département.

20. Coldefy M., Bousquet F. : « Une typologie des secteurs de psychiatrie générale en 1999 », *Études et Résultats*, n° 163, mars 2002.

Pour en savoir plus...

- CHAPIREAU F., « Le devenir sur deux ans des personnes hospitalisées en établissement psychiatrique », *Études et Résultats*, n° 304, Drees, avril 2004.
- CASES C., SALINES E., « Statistiques en psychiatrie en France : données de cadrage » in *Psychiatrie et santé mentale, innovations dans le système de soins et de prise en charge*, Revue française des Affaires sociales, *La documentation française*, janvier 2004.
- ANGUIS M., DE PERETTI C., « Les personnes suivies régulièrement pour troubles psychiques ou mentaux », *Études et Résultats*, n° 231, Drees, avril 2003.
- CARRASCO V., BAUBEAU D., « Les usagers des urgences, premiers résultats d'une enquête nationale », *Études et Résultats*, n° 212, Drees, janvier 2003.
- CHAPIREAU F., « Les personnes hospitalisées en psychiatrie en 1998 et en 2000 », *Études et Résultats*, n° 206, Drees, décembre 2002.
- COLDEFY M., BOUSQUET F., « Une typologie des secteurs de psychiatrie générale en 1999 », *Études et Résultats*, n° 163, Drees, mars 2002.
- NIEL X., « La démographie médicale à l'horizon 2020 : une réactualisation des projections à partir de 2002 », *Études et Résultats*, n° 161, Drees, mars 2002.
- VILAIN A., NIEL X., « Les médecins hospitaliers depuis le milieu des années 80 », *Études et Résultats*, n° 145, Drees, novembre 2001.
- GUILMINA., BOISGUÉRIN B., PARAYRE C., « L'offre de soins en psychiatrie : des « modèles » différents selon les départements », *Études et Résultats*, n° 48, Drees, janvier 2000.
- « Les secteurs de psychiatrie générale en 2000 », Document de travail, Série Études, n° 42, Drees, mars 2004.
- « Les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile en 2000 », Document de travail, Série Études, n° 32, Drees, mai 2003.
- « Bilan de la sectorisation psychiatrique », Document de travail, Série Statistiques, n° 2, Drees, juin 2000.
- « Les secteurs de psychiatrie générale en 1997 », Document de travail, Collection Statistiques, n° 20, Drees, mai 2000.
- « La psychiatrie dans les hôpitaux publics et privés en 1997 », Document de travail, Série Études et Statistiques, n° 17, Drees, janvier 2000.