

Bilan
de la sectorisation psychiatrique

n° 2 - juin 2000

Bilan de la sectorisation psychiatrique

Anne GUILMIN et Claudine PARAYRE - DREES

Bénédicte BOISGUERIN – DGS

Avec la collaboration de **Xavier NIEL – DREES, Evelyne BONNAFOUS – DH et
Anne-Marie GALLOT – DGS**

Bilan de la sectorisation psychiatrique

I L'offre de soins en psychiatrie : Données générales

I.1 Les équipements

I.1.1 Les établissements de santé spécialisés en psychiatrie disposent de 80% des lits d'hospitalisation complète...
Et de 74% des places d'hospitalisation partielle

I.1.2 Des disparités géographiques marquées entre départements

I.1.2.1 Une offre exclusivement publique dans plus du quart des départements

I.1.2.2 Des écarts de capacité qui vont de 1 à 9 en psychiatrie générale et infanto-juvénile

I.1.2.3 Une répartition des lits d'hospitalisation comparable à celle des autres disciplines

I.1.2.4 Les départements les mieux dotés ne sont pas les mêmes pour l'hospitalisation complète et partielle

I.1.2.5. 17 départements n'ont pas de capacité d'hospitalisation complète en psychiatrie infanto-juvénile

I.2 Les professionnels

I.2.1 Une majorité d'infirmiers

I.2.2 Les psychologues : essentiellement dans le secteur public

I.2.3. Les psychiatres : 53% des psychiatres sont exclusivement salariés

I.2.4. Les psychiatres : une répartition géographique essentiellement concentrée sur la région parisienne

I.3 Quelques éléments de synthèse sur l'offre de soins totale par département

I.3.1 La répartition des infirmiers reflète étroitement celle des capacités d'hospitalisation en lits et places

I.3.2 Capacité d'hospitalisation et présence des psychiatres ne vont pas forcément de pair

II L'évolution des besoins : quelques éclairages

II.1 La prévalence des troubles de santé mentale et le recours aux soins

II.1.1 Des estimations diverses de la prévalence des troubles de santé mentale

II.1.2 Un recours aux soins qui s'accroît

II.1.3 La dépression et la schizophrénie : des besoins de soins, des besoins de réinsertion sociale

II.1.3.1. La dépression, diagnostic particulièrement fréquent en population générale

II.1.3.2. La schizophrénie, une maladie peu fréquente mais invalidante

II.2 La perception de la maladie mentale et les attentes du public

II.2.1. La maladie mentale, une maladie comme les autres pour deux tiers des Français

II.2.2 Des éléments défavorables dans la perception du public vis à vis du dispositif de soins

II.2.3 Vers une meilleure prise en compte des usagers ?

III La sectorisation psychiatrique et son évolution

III.1 Les secteurs de psychiatrie

III.1.1. Les secteurs de psychiatrie générale

III.1.1.1. L'offre de soins dans les secteurs en 1997

III.1.1.2. Les personnes accueillies et suivies dans les secteurs

III.1.2. Les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile

III.1.2.1. L'offre de soins dans les secteurs en 1997

III.1.2.2. Les enfants et adolescents accueillis et suivis dans les secteurs

III.1.3. Des profils d'équipement et des pratiques de soins différentes en psychiatrie générale et infanto-juvénile

III.2 L'évolution sur 10 ans des secteurs de psychiatrie (1987-1997)

III.2.1 L'évolution des équipements : une diversification des formules d'accueil, des problèmes en psychiatrie infanto-juvénile

III.2.1.1. L'évolution de l'hospitalisation

III.2.1.1.1 En psychiatrie générale

III.2.1.1.2. En psychiatrie infanto-juvénile

III.2.1.2. Une sensible diversification des modalités d'accueil et des équipements

III.2.1.3. Une diversification qui ne s'est pas faite de façon uniforme

III.2.1.4 Le développement du travail en réseau

III.2.2 L'évolution des clientèles : davantage d'enfants et de personnes âgées avec un fort développement du suivi ambulatoire

III.2.2.1. Entre 1989 et 1997, une progression de 90% des patients suivis à temps partiel

III.2.2.2. Plus d'enfants, d'adolescents et de personnes âgées

III.2.2.3. L'évolution des pathologies prises en charge : davantage de dépressions en psychiatrie générale et de troubles réactionnels en psychiatrie infanto-juvénile

III.2.2.4 Une diversification des modalités de prise en charge qui a bénéficié à l'ensemble des clientèles

CONCLUSION

ANNEXES

Annexe 1 : L'organisation sanitaire en psychiatrie

Annexe 2 : Les équipements et les services des secteurs de psychiatrie (arrêté du 14 mars 1986).

Annexe 3 : Les écarts régionaux d'équipement en psychiatrie générale et infanto-juvénile

Annexe 4 : La répartition de la file active des secteurs de psychiatrie générale et infanto-juvénile en 1997 par modalité de prise en charge.

La sectorisation psychiatrique structure aujourd'hui l'organisation des soins dans la presque totalité du dispositif public de psychiatrie, et constitue un volet majeur de l'offre de soins spécialisés. La reconnaissance législative de la politique de sectorisation psychiatrique a eu lieu en 1985 (loi du 25 juillet 1985) avec simultanément l'unification des modes de financement dans le cadre de l'assurance maladie dans leur totalité, et non plus pour la partie extrahospitalière à charge de l'Etat (au titre des dépenses obligatoires) et des conseils généraux. Cette unification des financements est allée de pair avec celle des responsabilités, puisque la gestion de chaque secteur est désormais confiée à un établissement de santé pour l'ensemble de ses activités, intra et extrahospitalières. 15 ans après, ce rapport établit un premier constat et s'efforce, avec les données disponibles, de mettre en évidence les tendances actuelles. Pour une meilleure compréhension de la sectorisation psychiatrique, il a paru utile de présenter le contexte général dans lequel la sectorisation psychiatrique prend place.

La première partie du rapport fournit donc des données de cadrage sur l'ensemble du dispositif de soins psychiatriques public et privé, en examinant les disparités et complémentarités de l'offre de soins. Le niveau départemental a, à cet égard, paru le niveau géographique le plus pertinent pour rendre compte des parts respectives de l'offre de soins publique et de l'offre de soins privée. Sont ensuite abordés des éléments sur les publics et les besoins : prévalence des troubles de la santé mentale, recours aux soins, perception de la maladie mentale.

La deuxième partie du rapport est directement centrée sur la sectorisation psychiatrique, avec en premier lieu une description de la situation actuelle, présentant les principales caractéristiques de l'offre de soins et des clientèles en psychiatrie générale et infanto-juvénile.

En second lieu sont abordées les principales évolutions qui ont pris place depuis dix ans, et en particulier dans la période récente.

Ce bilan ne constitue toutefois qu'une première analyse, élaborée à partir des données quantitatives disponibles, notamment les rapports annuels de secteurs. Il devra être enrichi par des analyses de la dispersion de l'offre (typologie des secteurs), et par des analyses plus qualitatives, sociologiques (analyse de la demande notamment). Il pourrait être complété par une approche médico-économique.

Ce document constitue une version actualisée à partir des données 1998 (rapports annuels de secteur 1997 et statistique annuelle des établissements de santé pour l'exercice 1998) d'un document de travail réalisé en juin 1999.

I L'offre de soins en psychiatrie : Données générales

La psychiatrie constitue une discipline particulière au sein des disciplines médicales, liée à la spécificité des maladies mentales qui donnent plus souvent lieu par rapport aux maladies somatiques à des prises en charge fréquentes et qui sont aussi dans la majeure partie des cas évolutives, chroniques, voire invalidantes.

De ce fait, l'organisation du dispositif de soins possède également des particularités :

- un dispositif libéral important caractérisé par un nombre élevé de consultations par patient.

- un dispositif hospitalier public dont l'organisation distincte des autres disciplines est fondée sur la sectorisation.

Celle-ci divise chaque département en aires géo-démographiques pour offrir à la population de cette aire une gamme de modalités de soins dans des structures rattachées administrativement à un service hospitalier mais pas nécessairement localisées en son sein.

Cette organisation correspond à la mise en pratique d'une conception des soins nouvelle ayant pour objet de mettre fin à l'univers concentrationnaire des asiles psychiatriques : limiter l'hospitalisation et offrir aux malades mentaux des soins adaptés aux différentes phases de la pathologie, proches de leur milieu de vie. Pour cette raison, l'hospitalisation n'est qu'une des modalités de prise en charge (où les patients ne sont pas nécessairement alités) à côté d'autres modalités permettant de répondre aux différentes pathologies rencontrées et aux différentes phases des pathologies (phase aiguë, stabilisation, réadaptation visant à la réinsertion sociale et professionnelle).

Au-delà de la diversité des pratiques, on peut citer le centre médico-psychologique (CMP), pivot du dispositif, qui permet de dispenser des consultations, des visites à domicile ou en institutions substitutives au domicile, l'hospitalisation de jour qui offre des soins dans la journée, de façon plus ou moins continue dans la semaine, le centre d'accueil thérapeutique à temps partiel, qui dispense des soins séquentiels dans la journée.

La psychiatrie occupe une place particulière au sein du dispositif de soin. Cette place particulière dans les établissements de santé de courte durée se traduit par un équipement plus diversifié et des besoins en personnel différents : ainsi, elle représente 21 % de l'ensemble du total des lits de soins de courte durée (médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, comprenant également les lits de toxicomanie et d'alcoolisme), et 74 % des places d'hospitalisation de jour et de nuit et des places d'hospitalisation à domicile. En termes de personnel, elle représente 30 % des effectifs des infirmiers affectés aux soins de courte durée et 85% des psychologues affectés dans ces mêmes services.

Quant aux psychiatres, ils représentent, dans le dispositif de soins, 13% des médecins spécialistes qu'ils soient salariés ou libéraux.

I.1 Les équipements :

I.1.1 Les établissements de santé spécialisés en psychiatrie disposent de 80 % des lits d'hospitalisation complète...

En 1998, sur un total d'environ 70 000 lits d'hospitalisation complète, près de 55 000 lits se trouvent dans les établissements consacrés essentiellement à la psychiatrie : près de 34 000 lits dans les centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie («ex» -CHS)¹, environ 7 700 dans les hôpitaux psychiatriques privés (HPP) faisant fonction de public, un peu plus de 13 000 dans les cliniques et foyers de post-cure privés spécialisés en psychiatrie.

La presque totalité des autres lits se trouve dans les services de psychiatrie des établissements de santé publics non spécialisés en psychiatrie (13 000), ceux des cliniques générales étant très peu nombreux (environ 700).

La majorité de ces lits est concentrée dans les CHS : avec 34 000 lits, ces 96 établissements représentent environ 50% de la capacité ; en revanche l'offre de soins dans le secteur privé non PSPH est très dispersée, avec environ 19% des lits pour 268 établissements.

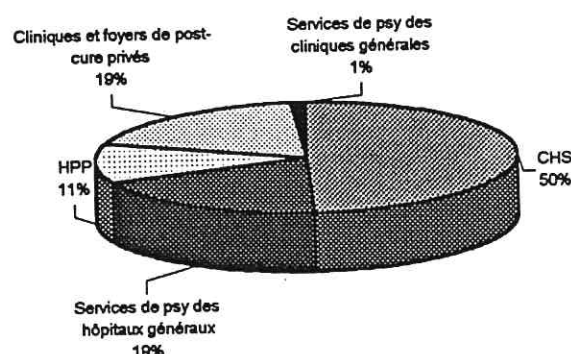
Tableau 1 : Equipement et activité en hospitalisation complète en psychiatrie en 1998
psychiatrie adulte et infanto-juvénile

	Publics		Faisant fonction de public	Cliniques et foyers de post-cure privés	Services de psy de cliniques générales	Ensemble
	CHS	Services de psy des hôpitaux généraux	HPP			
Lits en hosp. Complète	33 916	13 262	7 719	13 077	728	68 702
Entrées totales	265 679	162 781	54 745	109 007	7 301	599 513
Journées	9 769 621	3 741 441	2 376 827	4 579 077	245 063	20 712 029

Champ : France métropole + DOM

source : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, DREES, SAE 98

Répartition des lits d'hospitalisation complète en psychiatrie en 1998



¹ Pour la commodité de l'analyse, les établissements, ayant des activités de psychiatrie, sont présentés selon les intitulés anciens (ceux figurant dans la loi hospitalière de 1991 ne distinguant plus les établissements spécialisés en psychiatrie).

... et de 74% des places d'hospitalisation partielle de jour et de nuit

Sur un total de près de 20 000 places (hôpitaux de jour et de nuit) rattachées à des établissements de santé spécialisés en psychiatrie, les CHS sont dotés d'environ 15 000 places, les HPP de plus de 2 000, et les cliniques psychiatriques privées de près de 3 000. Les services de psychiatrie des hôpitaux généraux disposent de près de 7 000 places, les cliniques générales d'une centaine seulement.

Plus de 50% de ces places sont situées dans les CHS, mais si ces derniers occupent le premier rang, on peut observer toutefois que la capacité en places des hôpitaux publics non spécialisés est au second rang, avec 26% du total.

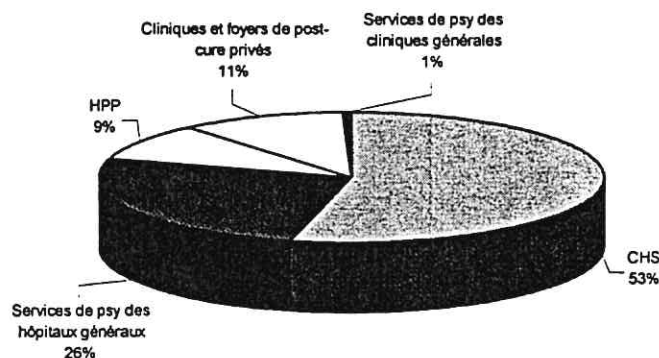
Tableau 2 : Equipement et activité en hospitalisation partielle en psychiatrie en 1998

	Nombre de places en hospitalisation partielle					Répartition en psychiatrie infanto-juvénile (%)
	Psychiatrie	Répartition en psychiatrie (%)	Psy. générale (adultes)	Répartition en psychiatrie générale (%)	Psy. infanto-juvénile	
PUBLIC						
CHS	14 733	54.0	10 012	54.0	4 721	54.1
Services de psy des hôpitaux généraux	7 028	25.8	4 634	25.0	2 394	27.4
HPP	2 463	9.0	2 036	11.0	427	4.9
PRIVE						
Cliniques et foyers de post-cure	2 910	10.7	1 838	9.9	1 072	12.3
Services de psy des cliniques générales	131	0.5	21	0.1	110	1.3
Total Public +Privé	27 265	100.0	18 541	100.0	8 724	100.0

Champ : France métropole + DOM

source : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité - DREES, SAE 98

Répartition des places d'hospitalisation partielle en psychiatrie en 1998



1.1.2 Des disparités géographiques marquées entre départements

Les secteurs étant en général définis à partir du cadre départemental, c'est à cet échelon que l'étude des disparités géographiques a été ici privilégiée. Il est apparu cependant intéressant d'analyser certains écarts entre régions dans la mesure où la psychiatrie donne également lieu à une planification régionale. Ces éléments figurent en annexe.

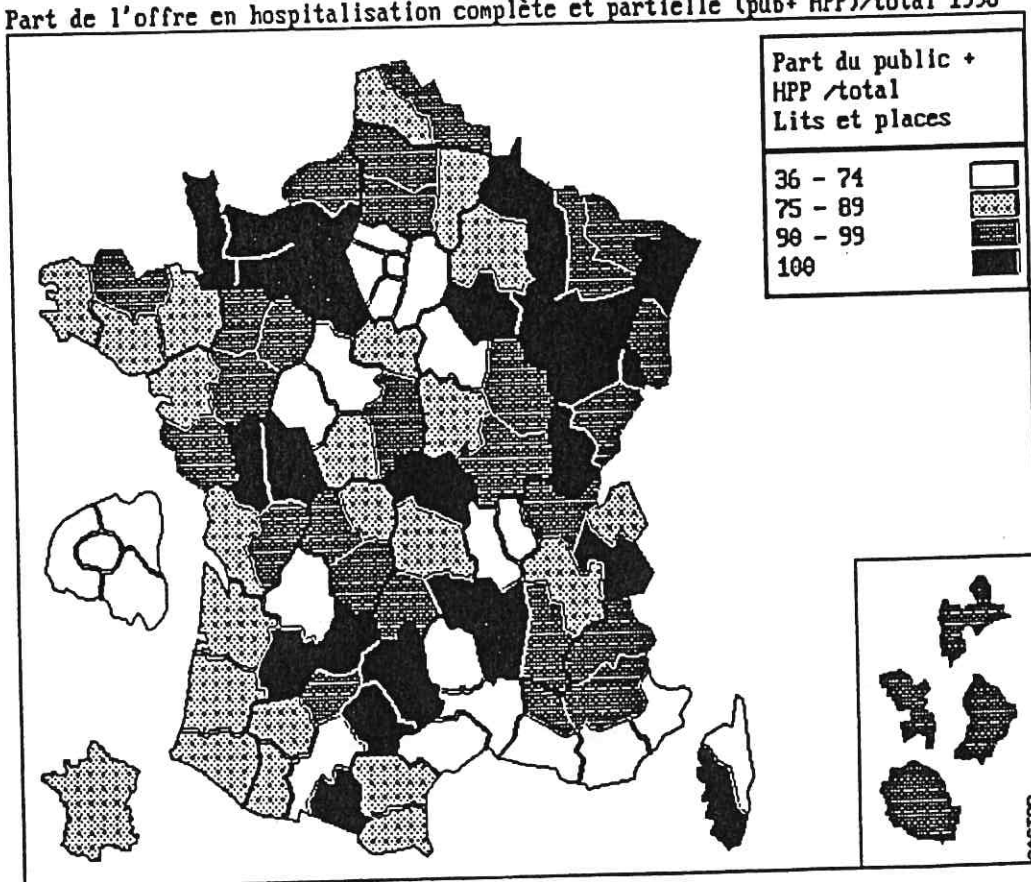
1.1.2.1 Une offre exclusivement publique dans plus du quart des départements...

La moyenne nationale de la part des lits et places du secteur public ou faisant fonction de public s'élève à 82%.

Dans 88 départements, la part des lits et places dans le public dépasse 70%, dont 26 départements où le dispositif de soins des établissements de santé repose sur le seul volet public ou faisant fonction de public.

Dans 2 départements² (Dordogne et Haute-Garonne), la part en lits et places du secteur privé non PSPH s'élève à plus de la moitié.

Part de l'offre en hospitalisation complète et partielle (pub+ HPP)/total 1998



Source : Statistique Annuelle des Etablissements de santé (SAE) 1998 – Données globalisées pour l'Ile-de-France

² A noter cependant qu'un certain nombre de secteurs des Hauts-de-Seine sont rattachés à des établissements publics situés dans d'autres établissements où ils sont comptabilisés.

1.1.2.2 Des écarts de capacité qui vont de 1 à 9 en psychiatrie

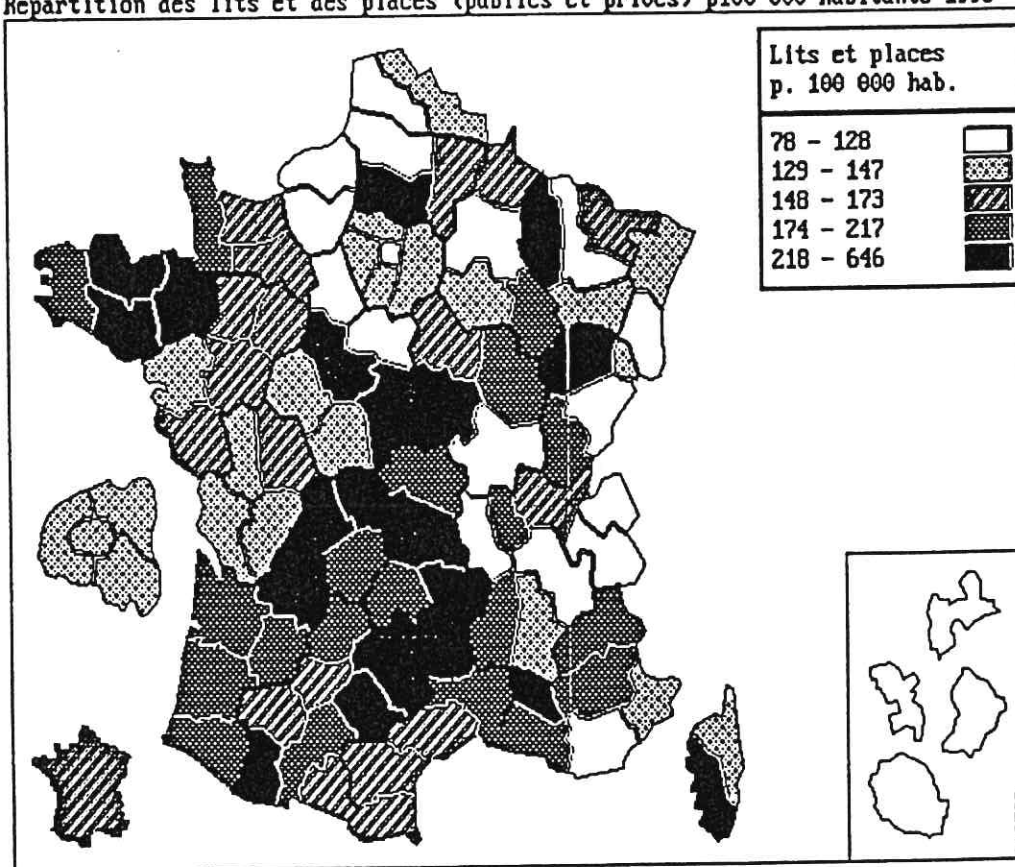
La moyenne nationale du nombre de lits d'hospitalisation complète et de places d'hospitalisation partielle (psychiatrie générale et infanto-juvénile) pour 100 000 habitants est de 159.

La capacité cumulée en lits d'hospitalisation complète et places d'hospitalisation partielle, en psychiatrie publique et privée pour 100 000 habitants varie d'un minimum de 72 en Seine-et-Marne et de 78 dans le Loiret à 392 en Haute-Saône, et 646 en Lozère, département rural ayant une surcapacité non proportionnelle à sa population pour des raisons historiques.

11 départements ont une capacité égale ou supérieure à 250 pour 100 000 habitants, situés majoritairement en Bretagne et dans le quart sud ouest de la France.

21 départements ont une capacité inférieure à 130 pour 100 000 habitants. Ils se situent majoritairement dans le quart nord est de la France, en région Rhône-Alpes et dans les 4 départements d'outre-mer.

Répartition des lits et des places (publics et privés) p100 000 habitants 1998



Source : Statistique Annuelle des Etablissements de santé (SAE) 1998 – Données globalisées pour l'Ile-de-France

1.1.2.3 Une répartition des lits d'hospitalisation plus contrastée que celle des autres disciplines

La moyenne nationale du nombre de lits d'hospitalisation complète pour 100 000 habitants est de 114 en psychiatrie générale et infanto -juvénile et de 424 pour 100 000 habitants en Médecine, Chirurgie et Obstétrique (MCO).

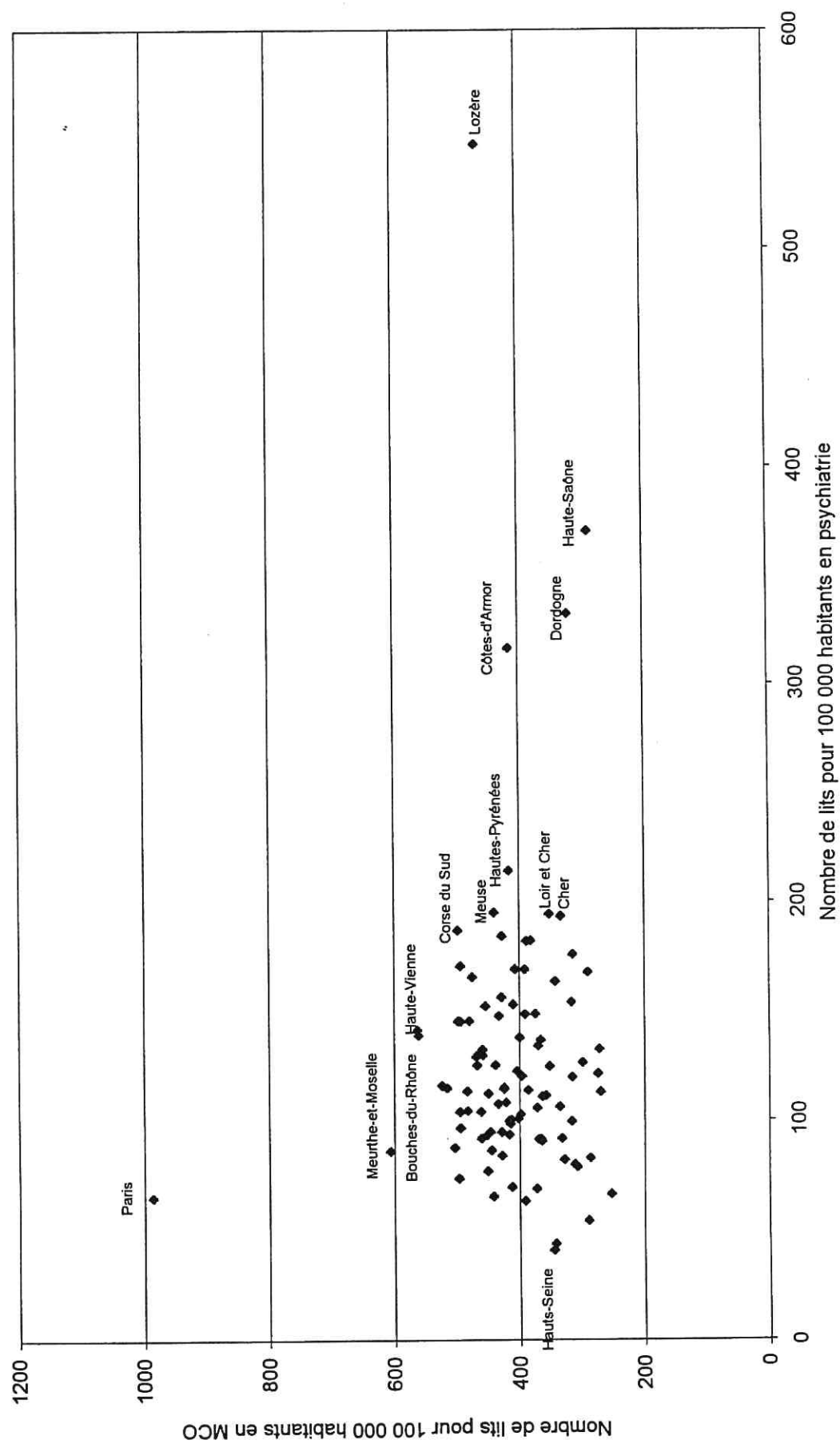
Les capacités des établissements de santé en MCO varient de 253 lits pour 100 000 habitants dans l'Eure à plus de 605 lits dans la Meurthe-et-Moselle, et 985 lits à Paris soit un écart de 1 à 4. En psychiatrie, les écarts entre départements vont de 41 lits pour 100 000 habitants dans les Hauts-de-Seine à 547 lits pour 100 000 habitants en Lozère, soit un écart entre les départements en psychiatrie beaucoup plus important qu'en MCO, de 1 à 13.

Dans l'ensemble, la répartition des capacités en MCO ne diffère pas sensiblement de celles de la psychiatrie selon les départements. On peut observer aux extrêmes la situation particulière de quelques départements :

- * Des tendances identiques en MCO et en psychiatrie : pour l'Eure, le taux d'équipement en lits installés en soins de courte durée en hospitalisation complète est à la fois faible en MCO et en psychiatrie (moins de 70 lits en psychiatrie et moins de 260 en MCO). A l'opposé, les Côtes-d'Armor et les Hautes-Pyrénées sont relativement bien équipés sur l'ensemble MCO et psychiatrie.

- * Des répartitions différentes entre MCO et psychiatrie : quelques départements présentent un taux d'équipement de lits de psychiatrie nettement plus élevé que celui des disciplines MCO. C'est le cas de la Haute-Saône, de la Lozère, et de la Dordogne. Enfin, deux départements restent atypiques, la Meurthe-et-Moselle et Paris, qui se caractérisent par un des plus fort taux d'équipement en soins MCO et un des plus faibles en offre de soins de psychiatrie.

Répartition du nombre de lits pour 100 000 habitants en MCO et en psychiatrie

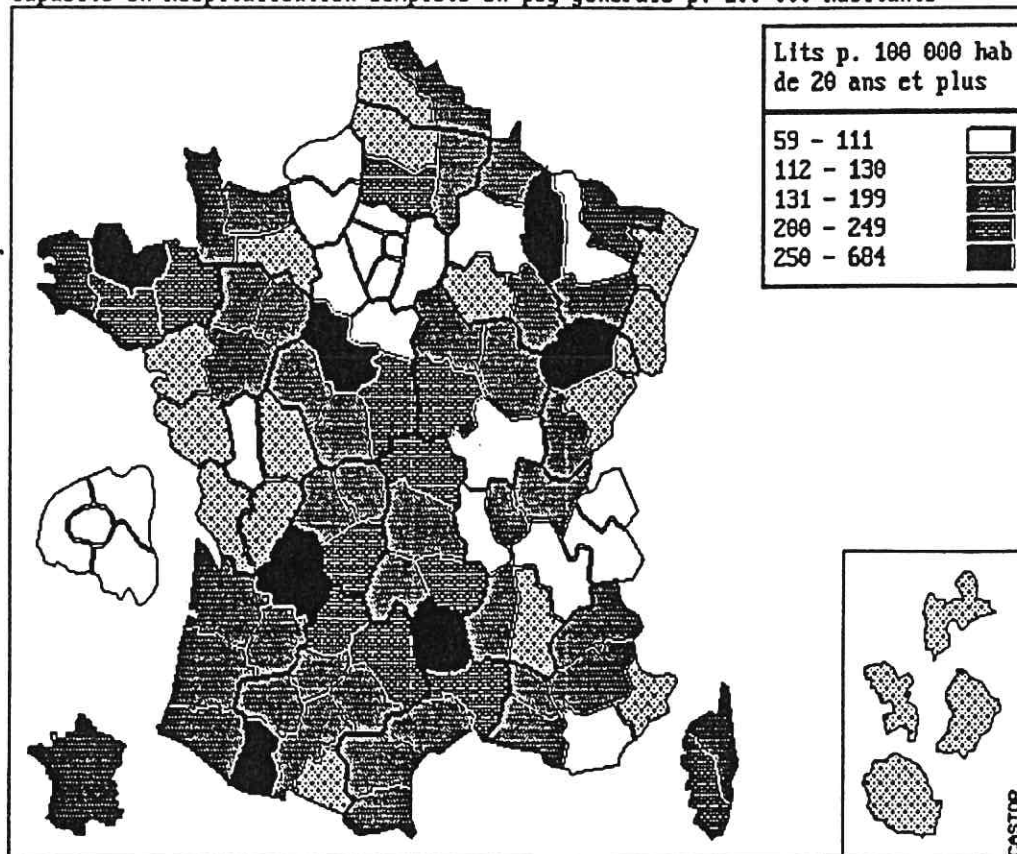


1.1.2.4 Les départements les mieux dotés ne sont pas les mêmes en matière d'hospitalisation complète et partielle

En hospitalisation complète, la moyenne nationale en psychiatrie générale est de 149 lits pour 100 000 habitants de 20 ans et plus ; 48 départements se situent en dessous de cette valeur, et on observe un écart de 1 à 13 entre les extrêmes : 6 départements disposent de moins de 100 lits pour 100 000 (la Loire, le Loiret, la Haute-Savoie, la Seine-Maritime, l'Eure-et-Loir et l'Eure), non compris les départements de l'Ile de France qui ont été globalisés au niveau régional et qui atteignent ainsi une capacité totale de 111 lits (avec des écarts importants entre les Hauts-de-Seine avec 75 lits pour 100 000 habitants et l'Essonne avec 211 lits). A l'autre extrême, 7 départements ont une capacité supérieure ou égale à 250 lits pour 100 000 habitants de 20 ans et plus, atteignant 490 en Haute Saône et 684 en Lozère, où ce chiffre est particulièrement élevé pour des raisons historiques.

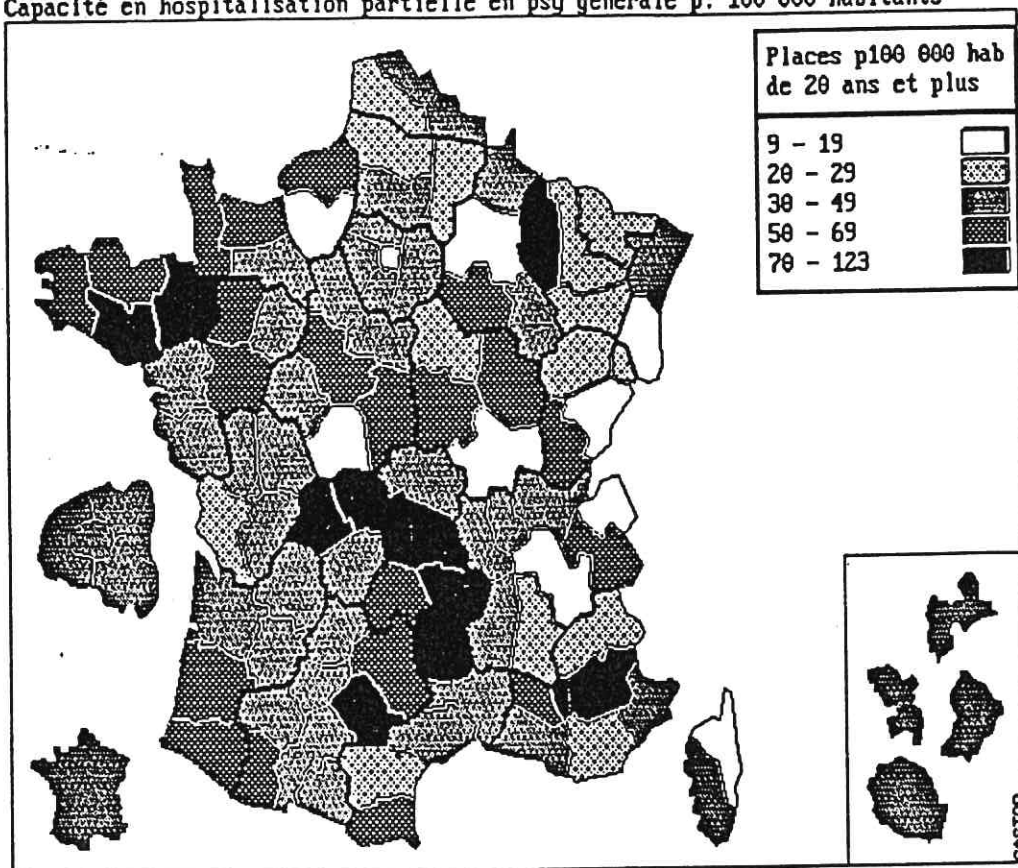
En hospitalisation partielle, la moyenne nationale est de 42 places pour 100 000 habitants de 20 ans et plus, 52 départements étant situés en dessous de ce chiffre. On constate le même écart de 1 à 14 entre les valeurs extrêmes, allant de 9 places pour 100 000 dans la Marne à 123 pour 100 000 dans la Haute-Vienne. Près d'un quart ont moins de 30 places pour 100 000 habitants. Sur les 11 départements disposant de plus de 70 places ou plus, seuls 2 se trouvent également dans la tranche la plus dotée en lits d'hospitalisation complète, la Lozère et la Meuse.

Capacité en hospitalisation complète en psy générale p. 100 000 habitants



Source : Statistique Annuelle des Etablissements de santé (SAE) 1998 – Données globalisées pour l'Ile-de-France

Capacité en hospitalisation partielle en psy générale p. 100 000 habitants



Source : Statistique Annuelle des Etablissements de santé (SAE) 1998 – Données globalisées pour l'Ile-de-France

1.1.2.5. 17 départements n'ont pas de capacité d'hospitalisation complète en psychiatrie infanto-juvénile

En ce qui concerne l'hospitalisation complète en psychiatrie infanto-juvénile, la moyenne nationale est de 15 lits pour 100 000 habitants de moins de 20 ans, 59 départements se situent en dessous de cette valeur dont 17 départements³ n'ont aucun lit. Pour l'hospitalisation partielle en psychiatrie infanto-juvénile, la moyenne est de 56 places pour 100 000 habitants de moins de 20 ans, 45 départements se situent en dessous de cette moyenne. L'écart entre les extrêmes est très fort, de 1 à 20 (de 8 places dans l'Ain à 187 en Lozère).

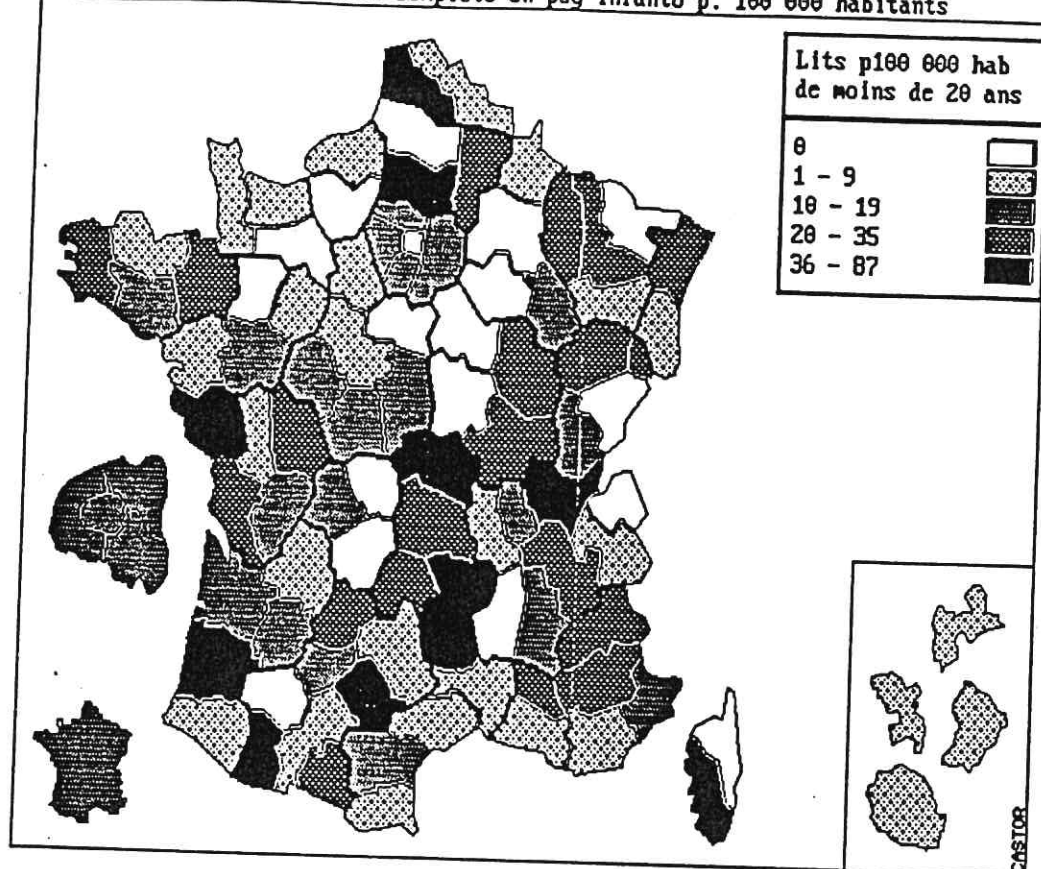
Globalement, dans les départements les plus dotés en lits, la capacité en places est aussi plus élevée. Sur les 17 départements qui ne disposent d'aucun lit en psychiatrie infanto-juvénile seulement 4 d'entre eux sont bien situés dans la répartition en places d'hôpital de jour et de nuit. Par ailleurs, il faut noter que le département de la Nièvre n'a ni lits, ni places en psychiatrie infanto-juvénile et par rapport à la capacité en psychiatrie générale, on remarque que ce dernier département est en revanche bien doté (avec 237 lits pour 100 000 habitants).

Toujours sur les 17 départements qui ne disposent d'aucun lit en psychiatrie infanto-juvénile, il faut noter que 8 d'entre eux ont plus de 150 lits d'hospitalisation complète en psychiatrie générale pour 100 000 habitants de 20 ans et plus. Des redéploiements de capacité des lits entre psychiatrie générale et psychiatrie infanto-juvénile pourraient donc théoriquement permettre un rééquilibrage.

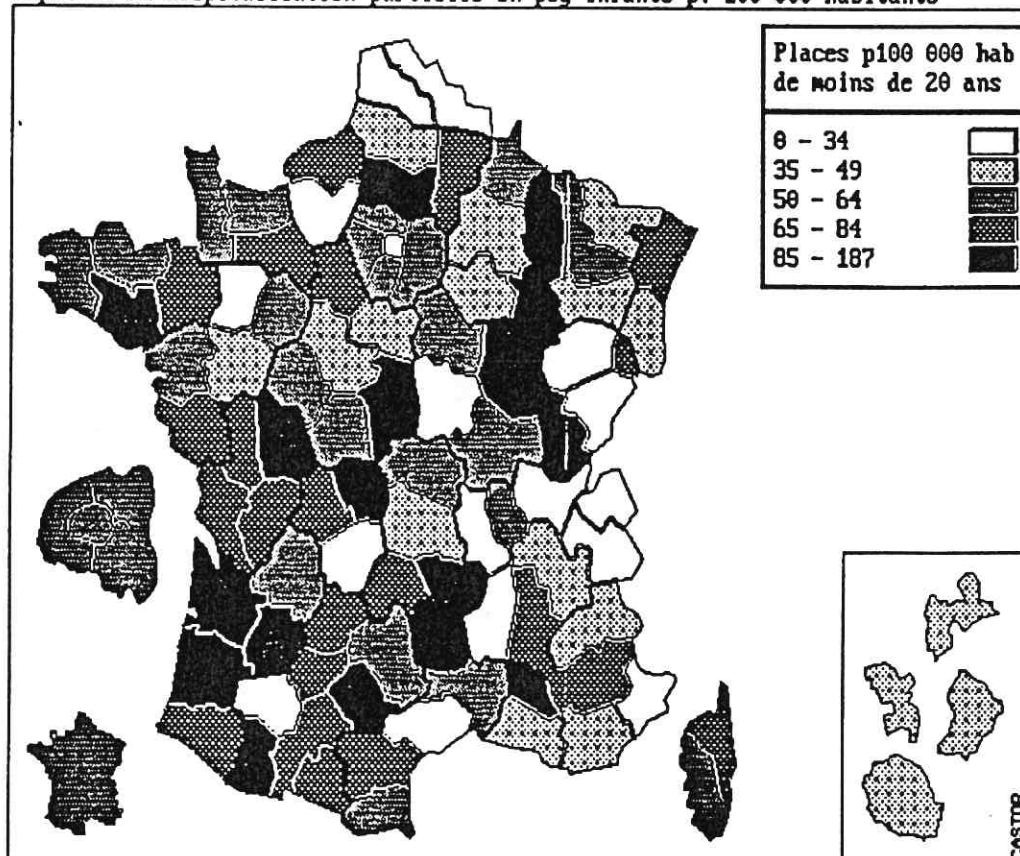
Un seul département a des taux d'équipement très faibles aussi bien en psychiatrie générale, qu'infanto-juvénile, le Loiret.

³ non compris le département des Hauts-de-Seine dont les données ont été globalisées au niveau régional.

Capacité en hospitalisation complète en psy infanto p. 100 000 habitants



Capacité en hospitalisation partielle en psy infanto p. 100 000 habitants



Source : Statistique Annuelle des Etablissements de santé (SAE) 1998 – Données globalisées pour l'Ile-de-France

I.2 Les professionnels

I.2.1 Une majorité d'infirmiers

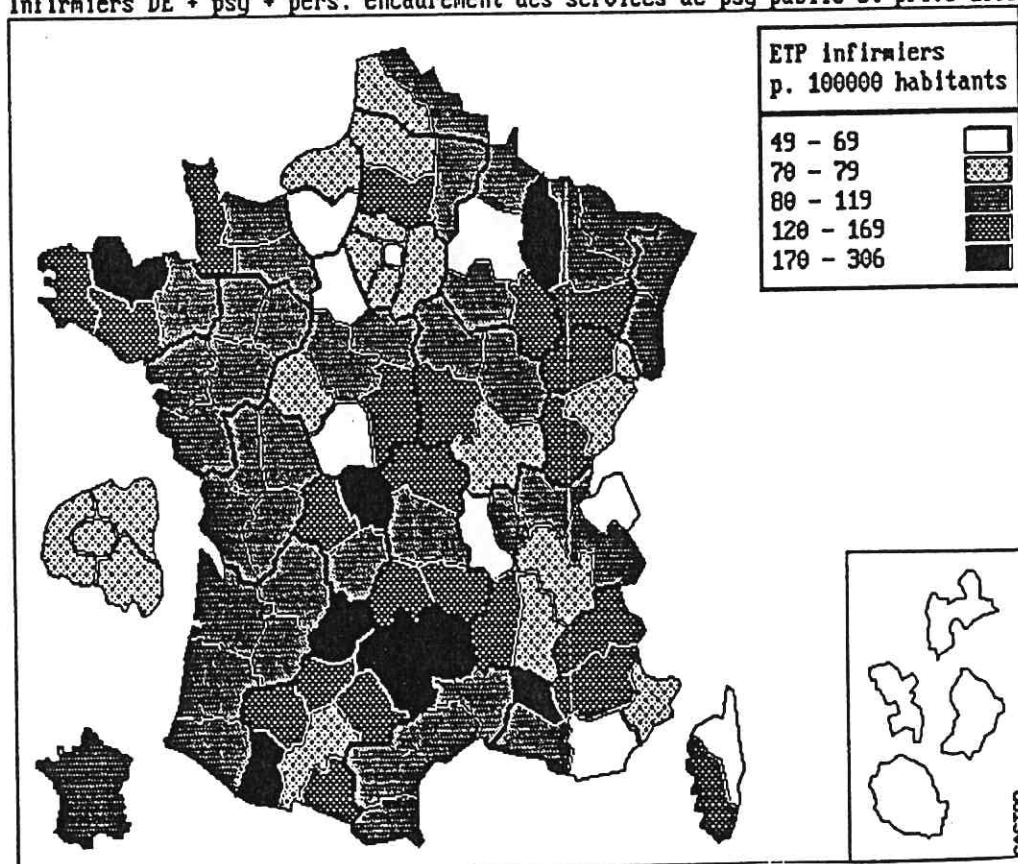
Avec près de 58 000 Equivalents Temps Plein (ETP), les infirmiers (y compris les personnels d'encadrement) sont la catégorie professionnelle la mieux représentée dans les services de psychiatrie des établissements de santé publics et privés (de l'ensemble des personnels). Ce chiffre comprend à la fois les infirmiers de secteur psychiatrique, les infirmiers de soins généraux et le personnel d'encadrement exerçant dans les services de psychiatrie.

Depuis 1992, il existe un diplôme unique d'infirmier, et la psychiatrie correspond désormais à un choix d'option des élèves inscrits dans le cursus des études infirmières. Les infirmiers ont, outre les activités liées à l'exercice habituel de leur profession, un rôle particulier en psychiatrie auprès des patients, au plan individuel ou dans des activités de groupe leur apportant une aide psychologique, notamment au travers d'activités socio-thérapeutiques, à visée de réadaptation et de réinsertion.

Dans 28 départements, 100% des infirmiers exercent dans le secteur public ou faisant fonction de public, correspondant à une offre exclusivement publique.

Le nombre d'infirmiers employés par les services de psychiatrie est en moyenne de 96 pour 100 000 habitants ; 40 départements se situent en dessous de ce chiffre, la densité varie de 49 pour 100 000 habitants en Haute-Corse, non compris les départements de l'Ile-de-France, à 209 dans le Vaucluse et 306 en Lozère.

Infirmiers DE + psy + pers. encadrement des services de psy public et privé 1999



Source : Statistique Annuelle des Etablissements de santé (SAE) 1998 – Données globalisées pour l'Ile-de-France

1.2.2 Les psychologues des établissements de santé : essentiellement dans le secteur public

Selon l'enquête Emploi de l'INSEE, on peut estimer à plus de 35 000 le nombre de psychologues, psychanalystes et psychologues de l'orientation scolaire.

Dans le secteur public, les psychologues sont recrutés par concours sur titres au terme d'un cursus universitaire de cinq années. Ils interviennent individuellement auprès des patients (test, psychothérapie) et participent à des actions institutionnelles selon des modalités propres à chaque service.

Près de 4 000 psychologues exercent dans les services de psychiatrie, dont plus de 3 300 dans le public.

La part des psychologues exerçant dans les services de psychiatrie publics et faisant fonction de publics, est très forte, elle atteint en moyenne nationale 93% et dans 36 départements, ils sont d'ailleurs exclusivement employés par le secteur public ou faisant fonction de public. Toutefois, on ne connaît pas la part des psychologues libéraux qui exercent dans les services de psychiatrie privés.

1.2.3. Les psychiatres : 53% sont exclusivement salariés

Avec un effectif total de 13 200 au 1^{er} janvier 1999, les psychiatres (et neuro-psychiatres) représentent 13% de l'ensemble des médecins spécialistes qui étaient à la même date au nombre d'environ 98 000.

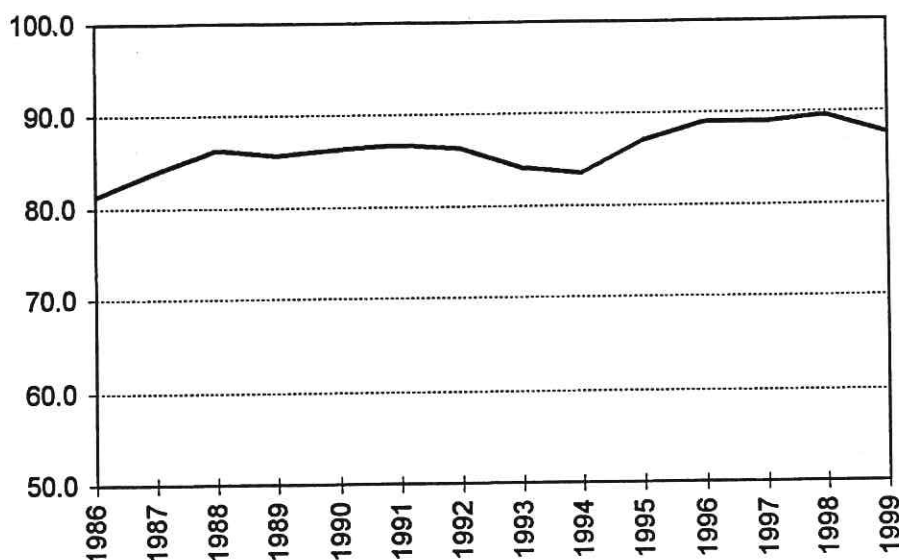
Sur ces 13 200 psychiatres, 6 300 exercent leur activité principale dans le secteur libéral (soit 47% de l'ensemble des psychiatres) dont 1 800 exercent une activité hospitalière à titre principal ou secondaire et 6 900 autres (soit 53% de l'ensemble) sont exclusivement salariés, dont presque 6 200 dans les établissements de santé.

La pratique des psychiatres est très différente de celle des autres spécialistes. Les consultations ponctuelles sont rares, et les prises en charge nécessitent généralement de revoir les patients très régulièrement ; une étude¹ fait état d'un nombre moyen de 25 consultations par patient sur 38 semaines ; ce mode de fonctionnement réduit donc les possibilités de prise en charge de nouveaux patients. A cela s'ajoute, pour une part plus ou moins importante, un travail de régulation institutionnelle au sein des équipes hospitalières ou médico-sociales et une participation à des réseaux de prévention, de soins et de réinsertion.

Parmi les salariés, la part des psychiatres ayant une activité hospitalière est passée de 82% en 1986 à 88% en 1999. L'augmentation n'a pas été régulière, et l'on a pu craindre en 1994 que l'activité hospitalière allait les attirer de moins en moins.

¹ « Prescription de soins des psychiatres libéraux » La lettre de la psychiatrie française n°55-96

**PART DES MEDECINS PSYCHIATRES EXCLUSIVEMENT SALARIES
AYANT UNE ACTIVITE HOSPITALIERE (1986-1999)**



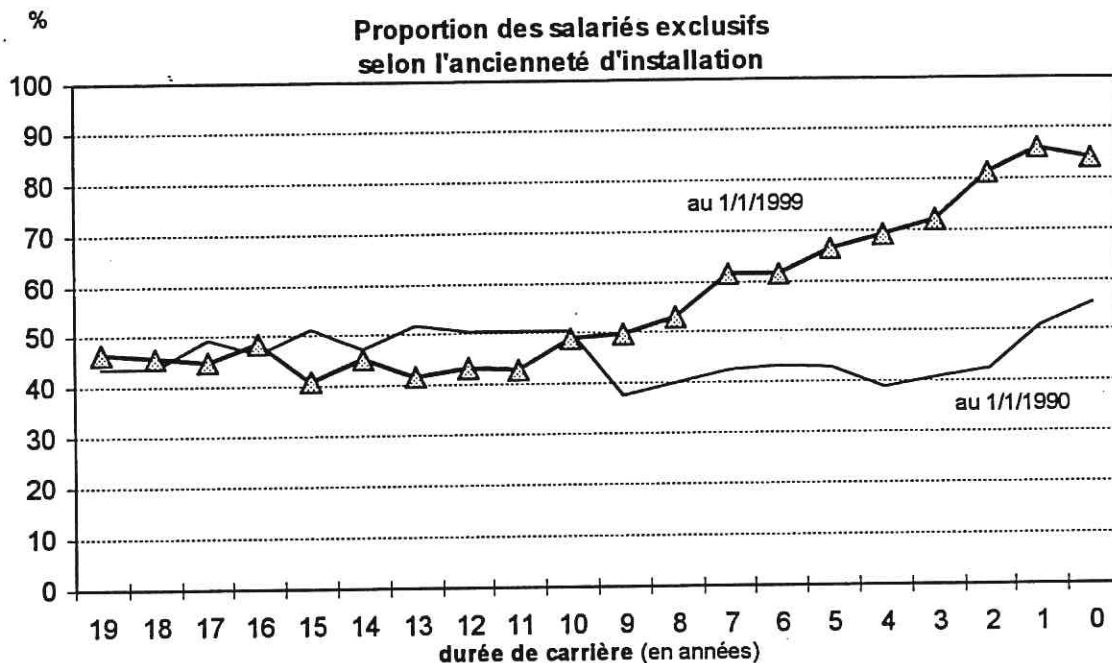
Source : ADELI, Estimation DREES

Champ : France entière

Cette attirance pour l'hôpital est surtout le fait des médecins récemment installés. Depuis neuf ans, le comportement des jeunes médecins à l'installation s'est en effet profondément modifié : en 1999, 84 psychiatres sur cent ont commencé leur carrière exclusivement comme salarié alors qu'ils n'étaient que 56% à le faire en 1990 (voir graphique). Ce phénomène est commun à toutes les spécialités depuis la réforme qui oblige les médecins à travailler plusieurs années à l'hôpital avant de pouvoir s'installer en libéral dans le secteur à honoraire libre.

Au bout d'environ dix ans de carrière, la proportion de salariés se stabilise autour de 50%, en 1990 comme en 1999. Les psychiatres qui exerçaient comme salariés en 1990 sont restés fidèles à ce mode d'exercice neuf ans plus tard, mais il est bien sûr trop tôt pour prévoir le comportement des nouveaux psychiatres qui se sont récemment installés (voir graphique).

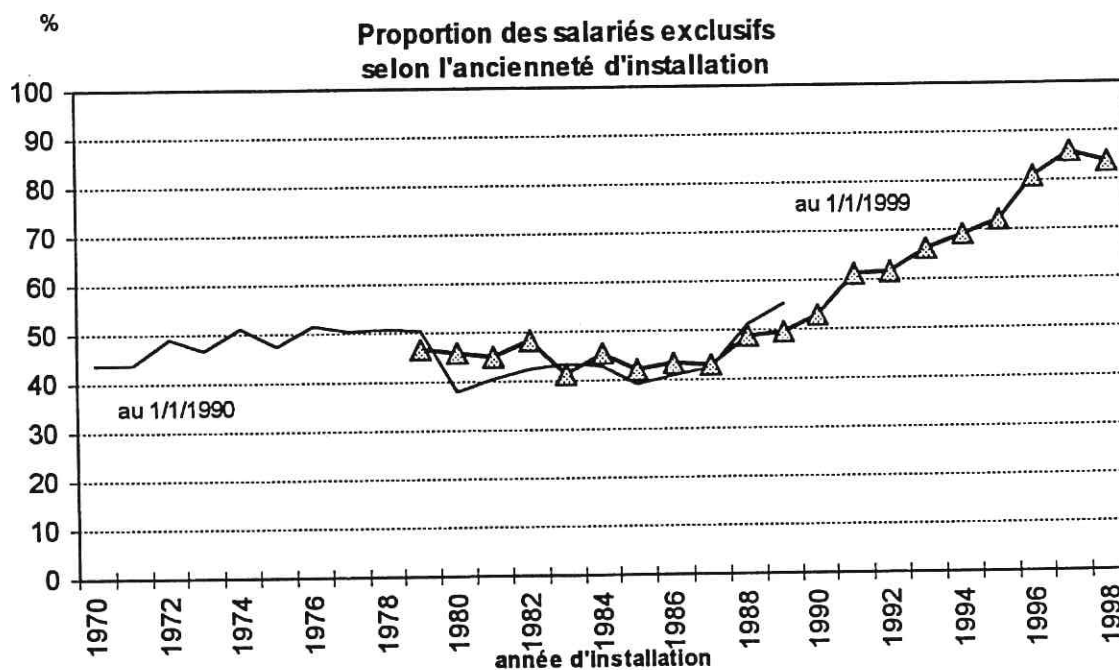
Malgré l'attractivité apparente pour l'activité salariée des psychiatres, le taux de vacance observé des postes de psychiatres hospitaliers reste un des plus élevés (8% en 1995 et 10% en 1997) par rapport aux autres disciplines médicales, mais ce taux de vacance est extrêmement variable selon les régions, avec également des disparités à l'intérieur d'une même région.



Lecture du graphique : Au 1/1/1990, 56% des psychiatres qui ont moins d'un an d'ancienneté sont salariés. Au 1/1/1999, cette proportion s'élève à 84%.

Source : ADELI, Estimation de la DREES

Champ : France entière



Lecture du graphique : Sur l'ensemble des psychiatres installés en 1989, les salariés représentaient 56% au 1^{er} janvier 1990 et 50% au 1^{er} janvier 1999.

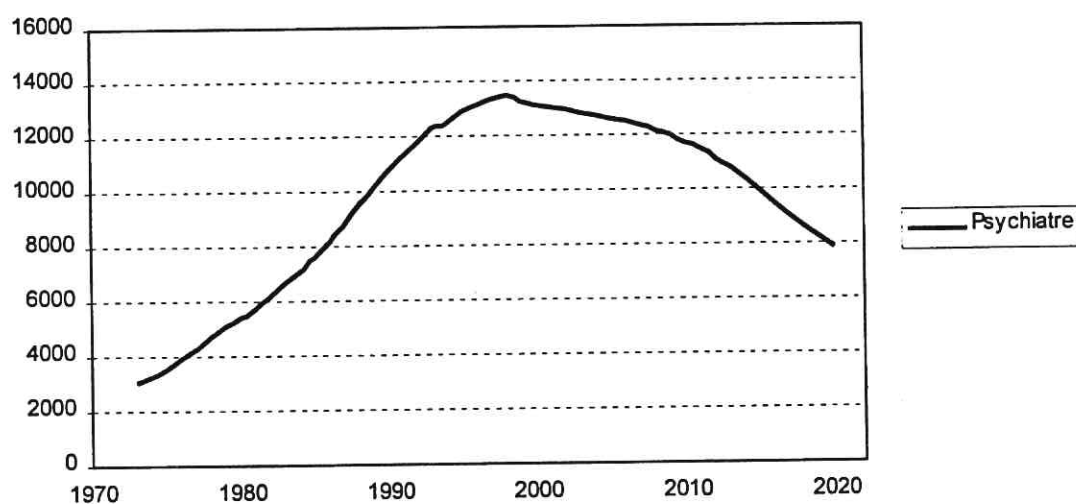
Source : ADELI, Estimation de la DREES

Une baisse à venir des effectifs de psychiatres d'autant plus accentuée qu'elle succédera à une longue période de forte croissance du nombre de psychiatres.

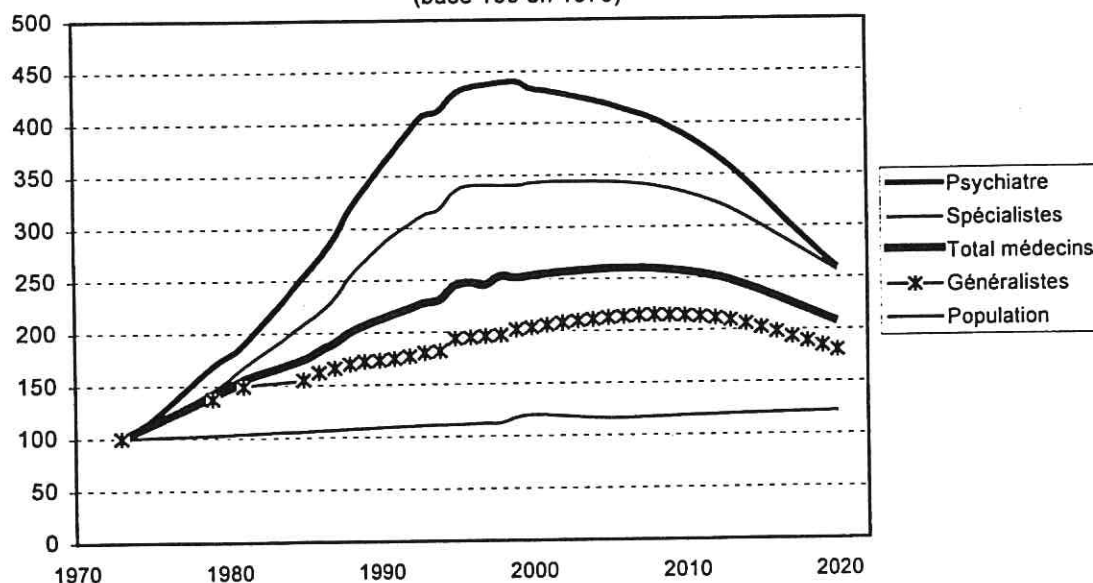
La croissance du nombre de psychiatres a été l'une des plus vives enregistrées depuis 1973. Alors que l'effectif de l'ensemble des spécialistes a été multiplié par 2.5, celui des psychiatres est passé de 3 000 à plus de 13 200 en 1999, soit une multiplication par plus de quatre des effectifs.

Les psychiatres pourraient, dans l'hypothèse d'un maintien des quotas à 176 postes d'internes par an, tomber en dessous de 8 000 dans vingt ans, après avoir connu un pic de leurs effectifs à 13 200 en 1999.

Projection du nombre de psychiatres
(sous hypothèse d'un maintien des quotas à 176 postes d'internes par an)



Projection du nombre de médecins selon les disciplines
(base 100 en 1973)



SOURCE : ADELI

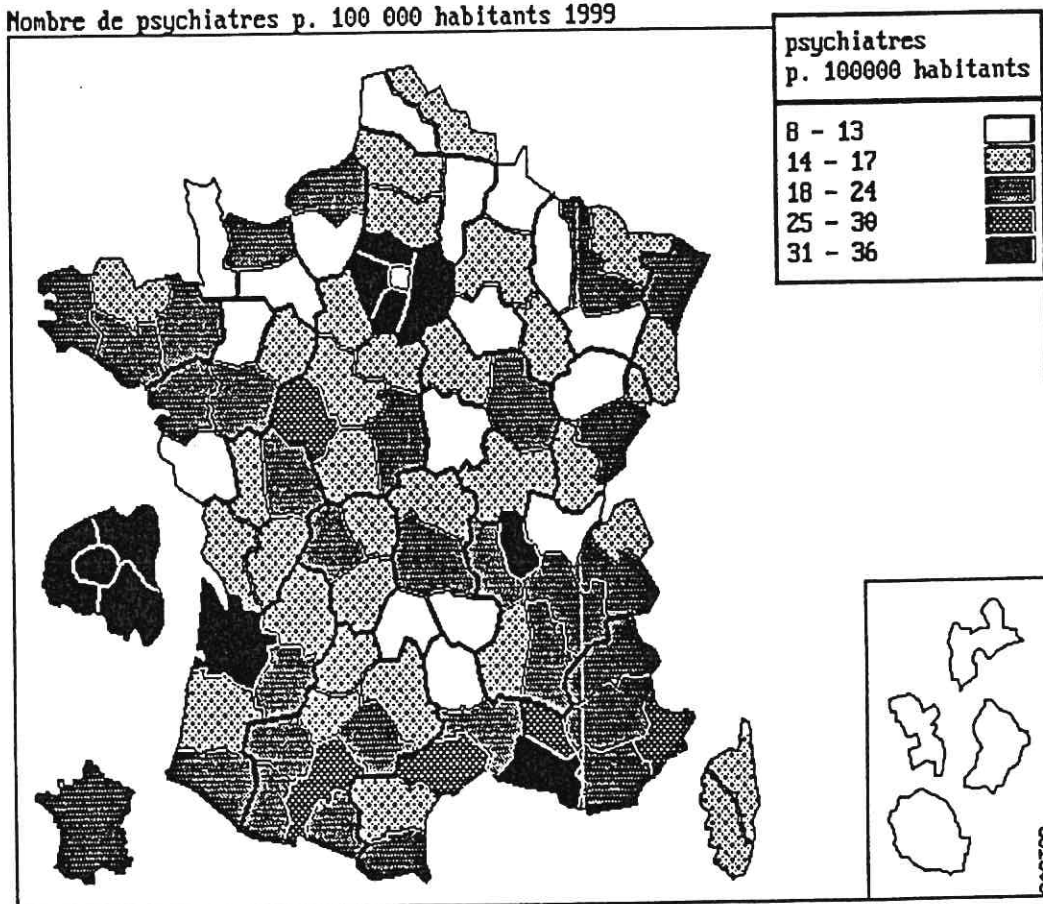
1.2.4 Les psychiatres : une répartition géographique concentrée sur la région parisienne

La moyenne nationale est de 22 psychiatres pour 100 000 habitants. 23 départements ont moins de 15 psychiatres pour 100 000 habitants.

La moitié des départements ont moins de 18 psychiatres pour 100 000 habitants. Hormis Paris où la densité est de 88 pour 100 000, seuls les départements du Rhône et des Bouches-du-Rhône sont légèrement au-dessus d'une densité de 30 pour 100 000 habitants, avec respectivement 36 et 34 psychiatres pour 100 000 habitants.

A l'opposé, c'est dans les DOM que s'observent les densités les plus basses, inférieures à 8 pour 100 000 habitants. En métropole, les départements dont la densité des psychiatres est inférieure à 12 pour 100 000 sont, pour la plupart, des départements essentiellement ruraux et / ou peu attractifs sur le plan économique : la Mayenne, la Lozère, l'Eure, le Pas-de-Calais et l'Aisne.

Nombre de psychiatres p. 100 000 habitants 1999



Source : ADELI 1998 – Données globalisées pour l'Ile-de-France

1.3 Quelques éléments de synthèse sur l'offre de soins totale par département

Ces éléments se fondent sur les informations relatives aux capacités en lits d'hospitalisation complète et en places d'hospitalisation partielle et aux densités de professionnels.

1.3.1 La répartition des infirmiers reflète étroitement celle des capacités d'hospitalisation en lits et en places

La répartition des infirmiers est étroitement liée à la capacité en lits des départements : parmi les 15 départements où la capacité est la plus élevée, la densité en infirmiers (personnel d'encadrements compris) est de l'ordre de 150 pour 100 000 habitants ou supérieure à ce chiffre. Les quatre exceptions correspondent à des départements où se situent des établissements ayant une forte proportion d'aides soignants ou d'ASH ou encore des établissements privés (notamment en Dordogne et en Haute-Saône). Parmi les 20 départements où la capacité est la moins élevée, 16 départements ont une densité en infirmiers inférieure à 80 pour 100 000 habitants.

Toutefois, si la capacité en lits joue considérablement sur la densité d'infirmiers dans les établissements de santé publics, ceux-ci ne consacrent pas toute leur activité à l'hospitalisation temps plein, mais interviennent dans le cadre des autres modalités de prise en charge, à temps partiel, en ambulatoire (CMP, club thérapeutique, à domicile, etc....). On ne peut distinguer dans les données disponibles la part des infirmiers affectés exclusivement à l'hospitalisation à temps plein, d'où l'impossibilité d'effectuer des comparaisons avec l'hospitalisation à temps plein dans le privé.

1.3.2 CAPACITES D'HOSPITALISATION ET PRESENCE DES PSYCHIATRES NE VONT PAS FORCEMENT DE PAIR

- **DANS LES ZONES DE FAIBLE DENSITE DE PSYCHIATRES**

15 départements combinent une faible capacité rapportée à la population⁴ (<150 pour 100 000) et une faible densité en psychiatres⁵ (<17 pour 100 000), ce qui peut poser la question de l'accès aux soins spécialisés en psychiatrie. Ils sont situés majoritairement dans le quart nord-est de la France. Il s'agit du Pas-de-Calais, de la Somme, de l'Eure, de l'Eure-et-Loir, du Loiret, de la Saône-et-Loire, des Vosges, du nord, de l'Indre, de la Sarthe, des Ardennes ainsi que des 4 départements d'outre-mer. A l'exception des DOM où la population reste jeune, ces départements sont, pour la majorité « en perte de vitesse », d'un point de vue économique et démographique.

15 départements combinent une capacité élevée rapportée à la population (180 et plus, pour 100 000) et une faible densité en psychiatres (<17 pour 100 000), où l'adaptation du dispositif de soins pourrait être plus difficile à mener. Il s'agit, entre autres, de l'Oise, de la Meuse, de la Haute-Saône, de la Creuse, de la Haute-Loire, de la Lozère, de la Haute-Marne, de la Manche, de la Nièvre, du Cantal, de la Corrèze, de l'Allier, du Loir-et-Cher. Ce sont des départements ruraux, qui accusent un déclin démographique assez prononcé du fait d'une population vieillissante.

- **DANS LES ZONES A FORTE DENSITE DE PSYCHIATRES**

13 départements combinent une faible capacité rapportée à la population (<150 pour 100 000) et une densité élevée en psychiatres (supérieure ou égale à 18 psychiatres pour 100 000). Il s'agit notamment de la Seine-Maritime, de la Meurthe-et-Moselle, du Doubs, de la Loire, de l'Isère, de la Savoie des départements de l'Ile de France globalisés, des Alpes-Maritimes, de la Loire-Atlantique, du Bas-Rhin et du Var.

Cette répartition géographique d'une forte densité de psychiatres combinée à une faible capacité en lits peut s'expliquer notamment par le caractère relativement attractif de ces départements, soit d'un point de vue économique (essentiellement pour la région parisienne et Rhône-Alpes) soit d'un point de vue du cadre de vie qualifié d'attrayant (Alpes-Maritimes, Var, Loire-Atlantique, etc.)

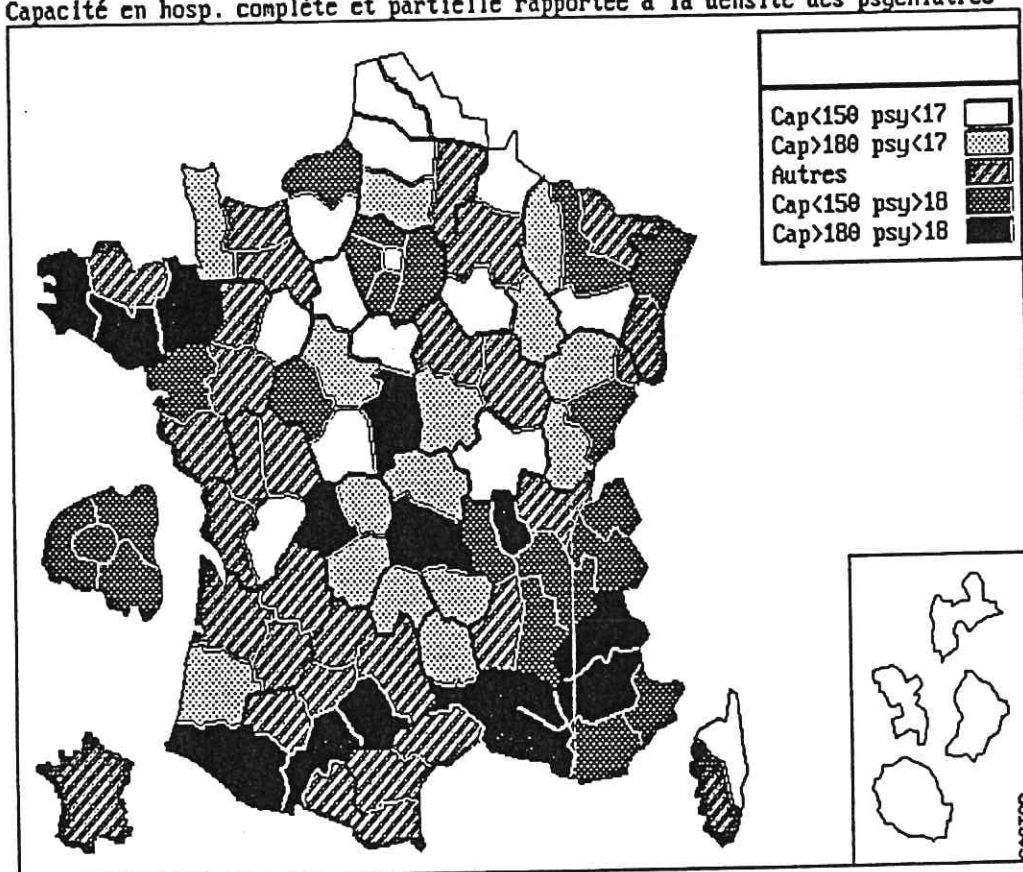
⁴ Capacité cumulée en lits d'hospitalisation complète et places d'hospitalisation partielle, en psychiatrie générale et infanto-juvénile, publique et privé, pour 100 000 habitants. Ces données sont agrégées pour l'Ile de France

⁵ Nombre de psychiatres libéraux et exclusifs pour 100 000 habitants. Ces données sont agrégées pour l'Ile de France.

16 départements combinent une capacité élevée rapportée à la population (180 et plus, pour 100 000) et une densité élevée en psychiatres (supérieure ou égale à 18 psychiatres pour 100 000). Ces départements se retrouvent majoritairement dans le sud de la France et en Bretagne : Morbihan, Ille-et-Vilaine, Finistère, Puy De Dôme, Bouches-du-Rhône, Vaucluse, Cher, Haute-Vienne, Tarn, Alpes-de-Haute-Provence, Rhône, Pyrénées-Atlantique, Haute-Garonne et Hautes-Pyrénées.

Certains départements disposaient « dans le passé » d'une importante capacité de lits en psychiatrie permettant d'accueillir des malades originaires d'autres régions (plus urbanisées). Cette capacité encore élevée aujourd'hui, pour des raisons historiques a néanmoins connu une réduction importante (c'est vrai en Bretagne, mais aussi dans le Cher et en Haute-Vienne).

Capacité en hosp. complète et partielle rapportée à la densité des psychiatres



Source : Statistique Annuelle des Etablissements de santé (SAE), ADELI 1998 – Données globalisées pour l'Ile-de-France

II I L'évolution des besoins : quelques éclairages

II.1 Prévalence des troubles de la santé mentale, et recours aux soins

Les troubles de la santé mentale concernent en France, à des degrés divers, des millions de personnes, à titre personnel ou dans leur entourage ; certains correspondent à un syndrome clinique, d'autres sont latents, sans expression clinique évidente : troubles anxieux, phobiques, troubles de l'humeur (dépression ou épisode maniaque), troubles de l'alimentation, troubles liés à l'usage d'alcool et de drogues, troubles psychotiques, troubles divers de la personnalité. La connaissance de ces troubles s'appuie sur des enquêtes en population générale, et sur des études spécifiques auprès des clientèles.

Il est clair toutefois que la psychiatrie est confrontée à des évolutions sociales (chômage, précarité, insertion des adolescents) qui la sollicitent de façon différente et qui conduisent à une transformation des demandes d'interventions auxquelles sont soumis les professionnels. Ce point important n'est pas approfondi ici, hormis sur le sujet de la dépression mais devra donner lieu à des analyses spécifiques (appel d'offre prévu de la MIRE).

II.1.1. Des estimations diverses de la prévalence des troubles de la santé mentale

Des écarts entre morbidité déclarée...

L'enquête décennale de santé de 1991 permet d'approcher la fréquence des troubles mentaux et du sommeil tels qu'ils sont ressentis par les personnes interrogées. Ces troubles concernent 23% des femmes et 13% des hommes. Les troubles du sommeil arrivent en tête avec 6,5% des personnes, les dépressions concernant 4,9% des individus et l'anxiété 4,7%. Toutefois, ces chiffres ne reflètent que la perception et la déclaration par les personnes interrogées et ne sont pas confirmés par un instrument standardisé.

...et prévalence mesurée par des outils standardisés

Selon un travail récemment effectué par A.Carria et coll. dans le cadre d'un projet de recherche sur la santé mentale en population générale⁶, la mesure des troubles mentaux en population générale varie selon les sources ; les derniers chiffres de l'OMS⁷ donnent une prévalence globale en population générale de 9,4% pour les troubles dépressifs majeurs unipolaires, de 0,5% pour la schizophrénie et 2,7% pour l'anxiété généralisée.

⁶ A.Carria, N.Quemada, JL Roelandt, C.Portaux, G.Mondière, I.Soloch, J.Benoist

⁷ WHO Last update 30/09/96

Selon ces mêmes auteurs, d'autres enquêtes réalisées avec des outils différents apportent d'autres éclairages.

- au début des années 1980 dans l'enquête ECA⁸ les prévalences observées étaient les suivantes : dépression majeure de 4 à 7% ; phobies entre 7 et 9%, troubles anxieux avec attaque de panique 1,5%, troubles obsessionnels 2% et schizophrénie 2%.

- la National Comorbidity Survey⁹ plus récente a trouvé des taux de prévalence des troubles psychiatriques un peu plus élevés à savoir sur les 12 derniers mois : épisode dépressif majeur 10%, troubles liés à l'utilisation d'alcool ou de drogues 11%, anxiété généralisée 3%, troubles phobiques 8% et schizophrénie 0,5% ; selon cette étude, près de 30% des personnes interrogées en population générale présentaient au moins un trouble psychiatrique au cours des 12 derniers mois.

- en France, dans l'enquête Santé des Franciliens¹⁰, le taux de dépression majeure sur la vie atteint 12% pour les hommes et 25% pour les femmes, le taux de phobies sur toute la vie est de 4%, celui de l'anxiété généralisée de 6%.

Ainsi, les taux de prévalence des troubles psychiatriques varient d'une source à l'autre, en raison de nombreux facteurs, au nombre desquels on peut citer :

- la difficulté à trouver une définition consensuelle du trouble,
- les variations des classifications des troubles et des outils entre les différentes enquêtes,
- le cadre temporel de référence retenue (actuel, six derniers mois, vie entière).

Malgré l'ensemble de ces réserves méthodologiques, on retrouve constamment deux résultats : la schizophrénie se situe en dessous de 2% dans l'ensemble des études et la dépression occupe le premier rang en fréquence ; les troubles anxieux, phobiques et obsessionnels sont en proportion variables, probablement en lien avec le repérage de troubles de gravité différentes selon les études.

II. 1.2. Un recours aux soins qui s'accroît

Les troubles de la santé mentale ont un impact important dans le recours aux soins hospitaliers et de ville.

En ville, davantage de troubles de la santé mentale parmi les motifs de recours aux soins

L'étude permanente de la prescription médicale IMS France permet d'estimer le nombre de recours à un médecin généraliste ou spécialiste pour un trouble mental, à partir de données recueillies auprès d'un échantillon.

⁸ Robins LN, Regier DA. Eds, Psychiatric disorders in America : the Epidemiologic Catchment Area New York, NY : Free Press ; 1991 : 53-80

⁹ Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S et al., lifetime and 12 month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States, results from the National comorbidity Survey, Arch Gen psychiatry, 1994

¹⁰ Kovess V., Gysens S, Chanoit P-F. Une enquête en santé mentale : l'enquête de santé des Franciliens. Ann Med psycho (paris) 1993 ; 151 :225-236

Au total le nombre de motifs de recours pour troubles de la santé mentale estimé pour 1997 est de près de 57 millions.

Dans l'ensemble, les généralistes sont plus souvent sollicités pour dépression, anxiété, troubles du sommeil, et les spécialistes, pour des psychoses ou des troubles névrotiques. Toutefois, la part des dépressions est au premier plan de l'ensemble des motifs de recours pour troubles mentaux avec plus d'un quart du total, les psychoses ne représentant que 7% de l'ensemble.

NOMBRE DE MOTIFS DE RECOURS EN MILLIERS EN 1997

	<i>Généralistes</i>	<i>Psychiatres</i>	<i>total</i>	<i>%</i>
0510 Dépressions	10 236	4 977	15 213	27%
0520 Troubles du sommeil	8 905	864	9 769	17%
0530 Nervosité	1 130	86	1 216	2%
0540 Angoisse, anxiété	9 120	3 348	12 468	22%
0550 Troubles de l'enfance	119	305	424	1%
0560 Retards psychomoteurs	97	127	224	0%
0570 Autres troubles névrotiques	4 546	7 958	12 504	22%
0571 Psychoses	1 722	2 343	4 065	7%
Ensemble troubles mentaux	35 874	20 008	55 882	

Source CREDES. Données EPPM 1992/1997 IMS Health

Entre 1992 et 1997, l'ensemble des motifs de recours pour troubles mentaux s'est accru de façon comparable, à l'exception des psychoses, dont la part est plus faible, et des troubles de l'enfant.

EVOLUTION 1992/1997 - ENSEMBLE DES MEDECINS GENERALISTES ET SPECIALISTES

	<i>1992</i>	<i>1997</i>	<i>Evolution</i>
0510 Dépressions	11 794	15 406	1,31
0520 Troubles du sommeil	6 951	10 015	1,44
0530 Nervosité	959	1 297	1,35
0540 Angoisse, anxiété	9 269	12 695	1,37
0550 Troubles de l'enfance	480	451	0,94
0560 Retards psychomoteurs	276	274	0,99
0570 Autres troubles névrotiques	9 443	12 741	1,35
0571 Psychoses	3 451	4 086	1,18
Ensemble des motifs de recours pour troubles mentaux	42 624	56 965	1,34
Ensemble des motifs de recours	453 836	592 290	1,31

Source CREDES. Données EPPM 1992/1997 IMS Health

Simultanément, le nombre de consultations par les psychiatres, en ville, est passé de 13,4 millions en 1992 à 15,7 millions en 1997, soit un taux d'augmentation de 17%¹¹.

¹¹ Source SNIR

Davantage de personnes suivies par le dispositif public spécialisé

En psychiatrie générale, la file active est passée d'environ 700 000 personnes vues au moins une fois en 1989 à plus d'un million en 1997, soit une augmentation de 46% en 8 ans. On constate la même tendance en pédopsychiatrie, où la file active passe d'environ 250 000 en 1991 à près de 380 000 en 1997, soit un accroissement de 49% en 6 ans.

Un recours non négligeable aux services de soins somatiques à l'hôpital général

Les troubles de la santé mentale se retrouvent enfin au niveau de l'hôpital dans les consultations et les séjours en médecine et chirurgie. Deux types d'indicateurs montrent l'importance de ce phénomène. Le nombre annuel de tentatives de suicide accueillies dans les hôpitaux, se situe entre 164 000¹² en 1993 et 153 000¹³ en 1995.

Par ailleurs, en 1993, on estime à plus de 300 000 le nombre de séjours pour troubles mentaux (2% des séjours totaux) ; les diagnostics sont dominés par les psychoses alcooliques et l'alcoolisme chronique (20%), les états dépressifs (17%), et les troubles névrotiques (17%), les psychoses (12%) et les démences séniles (8%).

Enfin, il faut noter que le recours aux urgences est lié dans un nombre non négligeable de cas à des troubles d'origine psychiatrique (19% de cas de recours pour des motifs réellement urgents et 9% des cas de recours pour motif non réellement urgents dans l'enquête réalisée en 1994 à Paris et Besançon sous l'égide de la CNAMTS¹⁴).

II.1.3 La dépression et la schizophrénie : des besoins de soins, des besoins de réinsertion sociale

II.1.3.1 La dépression, diagnostic particulièrement fréquent en population générale, fait à ce titre actuellement l'objet de plusieurs études.

Près de 7 millions de personnes souffrant de dépression un jour donné

Selon les résultats d'une enquête du CREDES sur la dépression auprès d'un échantillon représentatif d'assurés sociaux en 1996-1997, on peut mettre en évidence l'écart entre la prévalence de la dépression déclarée et celle de la dépression diagnostiquée à l'aide d'un instrument standardisé et adapté au dépistage de la dépression, le MINI : les auteurs¹⁵ estiment à près de 12% les individus dépressifs après passation du MINI tandis qu'ils observent un taux de dépression déclarée de 7% ; en combinant ces deux modes d'interrogation, on obtient un taux de dépressifs total de 15% dans la population de 16 ans et plus (20% chez les femmes et 9% chez les hommes).

¹² M.C.Mouquet. Les pathologies traitées en 1993 dans les services de soins de courte durée, informations rapides, 1996, n°1, et fiches synthétiques par pathologies, documents statistiques, 1996, n°274

¹³ « Prévention des suicides et tentatives de suicides », Prémutam, FNORS 1998

¹⁴ T. Lang, A. Davido, B. Diakité, E. Agay, B. Flicoteaux, J-F. Viel : « Motifs de recours aux services hospitaliers d'urgences médicales et à leur fonction "dispensaire" », Revue Médicale de l'Assurance Maladie, 3-1998.

¹⁵ Annick Le Pape, Thérèse Lecomte « Prévalence et prise en charge médicale de la dépression », CREDES, Série analyse, 1999.

Plus de 10 millions de personnes touchées par la dépression sur une période de 6 mois, plus de la moitié pour une dépression grave

L'enquête DEPRES (Depression Research in European Society) réalisée dans 6 pays européens, détermine la prévalence sur 6 mois de la dépression et le retentissement des troubles dépressifs, en population générale ; elle a porté sur plus de 78 000 adultes (dont 15 000 en France) interrogés au moyen du MINI.

Ainsi sur une période de 6 mois, 17% des personnes pour l'ensemble des pays (22% pour la France), présentent une symptomatologie dépressive, dont 7% correspondent à une dépression majeure, 2% une dépression mineure et 8% des symptômes dépressifs ; la France et le Royaume-Uni arrivant en tête pour la dépression majeure avec 9% ; la dépression majeure a une prédominance féminine (sex-ratio de 2 femmes pour 1 homme en France), mais les taux de dépression mineure sont équivalents pour les deux sexes.

Le recours aux soins est inégal

L'enquête DEPRES estime qu'un tiers des sujets présentant une dépression majeure ne consultent pas pour leurs troubles ; en revanche ces sujets consultent fréquemment mais pour d'autres raisons : le nombre moyen de consultations sur 6 mois est 3 fois plus élevé en cas de dépression majeure par rapport aux sujets non déprimés.

L'enquête du CREDES confirme qu'un certain nombre de personnes ne font pas appel aux soins, principalement les dépressifs repérés uniquement par le MINI (8%), qui ne se traitent pratiquement pas ; c'est un groupe hétérogène où on repère une souffrance importante pour la moitié d'entre eux mais qui ne les a pas conduits cependant à faire appel au dispositif de soins.

Un lien mis en évidence entre inactivité et dépression

Les études font apparaître que l'absence d'activité est sans doute le facteur ayant le plus d'influence sur la prévalence de la dépression. Ainsi les personnes dépressives sont les plus nombreuses au sein des personnes inactives pour raison de santé ; les chômeurs sont beaucoup plus touchés que les actifs occupés (1,7 à 3 fois plus chez les hommes, 1,7 à 2,7 fois plus chez les femmes). On peut observer par ailleurs que pour les personnes au RMI, le taux de prévalence de la dépression atteint plus de 22% soit 64% de plus à âge et sexe comparables.

L'impact de la dépression dans la fréquence du suicide

Le lien entre dépression et tentative de suicide ou suicide accompli apparaît nettement dans de nombreuses études françaises et internationales¹⁶

- la prévalence des troubles de l'humeur chez les suicidants est variable selon les enquêtes, le plus souvent estimée entre 30 et 50%,
- la prévalence annuelle des tentatives de suicide chez les patients déprimés est de l'ordre de 4 à 10% avec une nette prédominance féminine,
- le risque de tentative de suicide en rapport avec la dépression augmente avec l'âge, tant chez l'homme que chez la femme,
- il existe un trouble dépressif dans 40 à 80% des cas de décès par suicide. Ces données soulignent l'importance de la détection précoce des troubles dépressifs en population générale, comme chez les suicidants.

¹⁶ F.Chastang »Suicide, tentative de suicide et dépression »Synapse, avril 1998, n°145

II.3.2 La schizophrénie, une maladie peu fréquente mais invalidante

C'est une maladie au long cours qui génère des incapacités dans la vie quotidienne ; elle se situe au premier rang des affections mentales reconnues en affection de longue durée (ALD) par le régime général¹⁷ ; une étude portant sur les patients exonérés pour ALD à ce titre montre un âge moyen de 40,3 ans pour les hommes et de 50 ans pour les femmes, avec près de la moitié des effectifs dans la tranche d'âge 25-45 ans. La gravité de la maladie apparaît au travers des risques de surmortalité et de désinsertion sociale qu'elle entraîne.

Une forte surmortalité existe en effet chez les schizophrènes. Mesuré par le suivi d'une cohorte dans des secteurs de psychiatrie, le nombre de décès atteindrait 4 fois le nombre prévisible, la mortalité par suicide chez les personnes schizophrènes serait environ 20 fois plus élevée que celle de la population générale¹⁸, à mettre en relation avec la grande souffrance psychologique de ces personnes, également mise en évidence dans l'étude.

Les problèmes de réinsertion de ces malades sont particulièrement aigus : selon la dernière enquête de morbidité réalisée en 1998 dans le dispositif sectorisé et dans les cliniques privées, on constate pour l'ensemble des patients un isolement et des difficultés d'insertion professionnelles beaucoup plus fréquentes que dans la population générale : plus de 30% des personnes suivies (par le secteur et en clinique psychiatrique) vivent seules, et moins d'un tiers des patients exercent une activité professionnelle. Parmi les schizophrènes, 40% vivent seuls, huit sur dix sont inactifs, moins d'un sur quatre a une activité en milieu ordinaire. Leurs ressources proviennent de l'AAH pour près de 55% d'entre eux, d'une pension d'invalidité pour 14% et du RMI pour environ 4%.

II.2 La perception de la maladie mentale et les attentes du public

II.2.1 La maladie mentale : une maladie comme les autres pour deux tiers des Français

On dispose de peu d'éléments sur la perception de la maladie mentale par l'opinion et son évolution et le sondage IPSOS, réalisé en février 1999, auprès d'un échantillon national représentatif de 1 017 personnes âgées de 15 ans et plus, apporte à cet égard, un éclairage ponctuel :

- 64% des Français considèrent que la maladie mentale est une maladie comme les autres, les personnes ne partageant pas cet avis invoquant la difficulté à soigner la maladie mentale, deux Français sur trois pensent qu'il est possible qu'ils soient un jour touchés par la maladie mentale ;

¹⁷ Ge.Borges Da Silva, Gi.Borges Da Silva, P.Fender, M.Brunel, H. Allemand Ann.méd-psychol.Masson, 1998.156.n°7

¹⁸ Casadebaig F., Philippe A., Lecomte TH., Gausset MF., Quemada N., Guillaud Bataille, JM., Terra JL. Etat somatique et accès aux soins de patients schizophrènes en secteurs de psychiatrie générale. L'Information psychiatrique, 1995,3,267-271.

- les médecins sont considérés comme le premier recours (47%, se répartissant entre psychiatres, 24% et généralistes, 23%) pour venir en aide à une personne ayant des troubles mentaux, mais la famille joue également un rôle important : c'est à elle que s'adresserait en priorité une personne sur trois.
- Enfin, 66% seraient d'accord pour travailler avec une personne sortant d'un séjour en hôpital psychiatrique.

Ce dernier point est à relier aux difficultés de réinsertion professionnelle que rencontrent les personnes souffrant de troubles mentaux.

II.2.2 Des éléments défavorables dans la perception du public vis à vis du dispositif de soins

Une image dépréciative reste attachée à certains lieux, en raison notamment de la vétusté, de l'inadéquation des conditions d'hébergement, portant parfois atteinte à la dignité des personnes. Les commissions départementales des hospitalisations psychiatriques dénoncent cette situation dans leurs rapports d'activité en 1997. Ce problème est bien connu pour certains établissements spécialisés, mais quelques services rattachés à des hôpitaux généraux offrent aussi de façon similaire des conditions d'hébergement très insatisfaisantes.

Une insatisfaction dans l'organisation des soins en matière d'urgence ou de prise de rendez-vous imposant des délais d'attente trop longs, surtout en pédopsychiatrie, est parfois évoquée. On ne dispose pas d'éléments quantitatifs d'appréciation sur ce sujet, qui devra faire l'objet d'études complémentaires y compris qualitatives pour analyser le fonctionnement et l'organisation des secteurs.

II.2.3. Vers une meilleure prise en compte des usagers ?

Des efforts de communication des professionnels

Depuis 1990, à l'initiative de l'Association Française de Psychiatrie, avec un ensemble d'associations et de partenaires dans le domaine de la santé mentale, et en lien avec le Comité Français d'Education pour la santé, une semaine d'information sur la santé mentale est organisée : plus de 200 manifestations se tiennent sur l'ensemble du territoire sur un thème de santé mentale différent chaque année, dont le slogan est « en parler tôt pour en parler à temps ». Cette action mobilise plus de 10 000 personnes mais n'attire encore qu'un public concerné à titre personnel¹⁹

¹⁹ Rapport « Recommandation d'une stratégie de communication pour la santé mentale » C Wilson, avril 1998.

Un mouvement associatif encore relativement peu développé

Historiquement la première association de familles, l'UNAFAM regroupe moins de 10 000 familles, elle est une source d'informations juridiques et d'assistance aux familles des patients qui développent des pathologies chroniques ; elle est aussi à l'initiative de projets de création de structures - relais, mais elle n'a pas encore le poids et l'influence des associations qu'on peut voir agir dans d'autres champs de la santé ou du social. De la même façon, la FNA-PSY qui regroupe des associations de patients et d'aide aux familles rassemble encore peu de personnes.

Ainsi, dans le champ de la santé mentale, la représentation des usagers et des familles reste encore relativement peu développée.

III. LA SECTORISATION PSYCHIATRIQUE ET SON EVOLUTION

III.1 Le secteur psychiatrique, une entité qui structure l'organisation des soins.

L'objectif premier de la sectorisation était de sortir la psychiatrie publique et les malades qu'elle traitait du ghetto asilaire :

- en offrant des soins au plus près des lieux de résidence des patients afin de les séparer le moins possible de leur famille et de leur milieu (notion de proximité des soins et de maintien des malades dans la communauté),
- en faisant évoluer les grandes institutions psychiatriques au profit d'un éventail d'alternatives à l'hospitalisation à temps complet, associées à des unités hospitalières rénovées et largement ouvertes, et à des soins ambulatoires (notion de diversification des équipements et des modalités de prise en charge pour s'adapter aux besoins spécifiques des malades),
- en confiant la prise en charge et le suivi de tous les malades d'une aire géographique donnée à une même équipe, fédérée sous la responsabilité d'un chef de service hospitalier, constituée par les personnels des structures extra-hospitalières et des services d'hospitalisation. La pluri-disciplinarité de cette équipe consacre la volonté d'associer les aspects médicaux et sociaux de la psychiatrie (notion de continuité des soins, de prise en charge globale et d'articulation avec le secteur social et médico-social),
- en promouvant des actions précoces et propres à certains groupes de population : enfants, adolescents, personnes âgées...(notion de prévention et développement d'actions ciblées).

A cet effet, depuis sa définition au début des années 1960, la sectorisation a consisté à diviser les départements en un certain nombre de secteurs géo-démographiques, à l'intérieur desquels la même équipe pluridisciplinaire assure, pour tous les malades la proximité et la continuité des soins, à tous les stades (prévention, soins, réinsertion) et moments évolutifs de la maladie, dans une vision globale de la prise en charge.

Le décret n°86-602 du 14 mars 1986 a institué trois types de secteurs :

- les secteurs de psychiatrie générale (pour les personnes adultes), qui desservent une population de 70 000 habitants en moyenne,
- les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, dont la population moyenne s'élève à 48 000 habitants de moins de 20 ans,

- les secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire qui apportent des services et des prestations auprès des personnes détenues en établissement pénitentiaire et couvrent, en moyenne, une population pénale d'environ 2 000 personnes.

Actuellement la sectorisation représente l'essentiel du dispositif psychiatrique public ou faisant fonction de public, à l'exception de quelques services de psychiatrie implantés en CHU. L'ensemble du territoire national, métropole et outre-mer, est découpé en :

- 829 secteurs de psychiatrie générale, dont 34% sont rattachés à des hôpitaux non spécialisés en psychiatrie (Centre hospitalier ou Centre hospitalier régional),
- 321 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, 41% étant rattachés à des hôpitaux non spécialisés,
- 26 secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire.

Les secteurs disposent d'un éventail d'équipements et de services comportant ou non des possibilités d'hébergement, décrits par l'arrêté du 14 mars 1986.

En psychiatrie, le centre médico-psychologique (CMP), situé hors de l'hôpital, est considéré comme le pivot du dispositif de soins hospitaliers et extra-hospitaliers. Outre l'hospitalisation à temps complet, les autres structures sont de nature diverse : centre d'accueil permanent, centre de crise, hôpital de jour, hôpital de nuit, atelier thérapeutique, centre d'accueil thérapeutique à temps partiel, centre de post-cure, appartement thérapeutique, prise en charge thérapeutique à domicile ou en famille d'accueil...(cf. annexe 2).

L'ensemble de ces structures est destiné favoriser les prises en charge hors des murs de l'hôpital en permettant un suivi ambulatoire (consultations en CMP, visites à domicile) et un accueil à temps partiel (en hôpital de jour, en CATTP). Les prises en charge à temps complet comprennent l'hospitalisation en milieu hospitalier et l'accueil dans des structures à visée de réadaptation (accueil familial thérapeutique, appartement thérapeutique, centre de post-cure).

III.1.1 Les secteurs de psychiatrie générale

III.1.1.1 L'offre de soins dans les secteurs en 1997

La quasi totalité des secteurs dispose de lits d'hospitalisation plein temps et d'au moins un centre médico-psychologique

En ce qui concerne l'offre de soins à temps complet, la plus grande partie est constituée par l'hospitalisation complète, près de 50 000 lits en hospitalisation temps plein, à laquelle s'ajoutent 600 lits en centre d'accueil permanent (CAP), 1 000 lits en centre de crise et centre de post-cure, 13 000 places en hôpital de jour, 1 500 places en hôpital de nuit, plus de 3000 places en accueil familial thérapeutique et près de 1 000 places en appartement thérapeutique, soit une capacité cumulée de plus de 70 000.

98% des secteurs disposent au moins d'un centre médico-psychologique (CMP), on observe que 93% d'entre eux disposent d'un CMP ouvert 5 jours par semaine, 33% des secteurs ont un seul CMP et 65% des secteurs en ont au moins deux.

La grande majorité des secteurs dispose d'au moins une formule de soins à temps partiel

Plus de 83% des secteurs ont un hôpital de jour, avec un nombre total de places de l'ordre de 13 200, soit une moyenne de 21 places par secteur disposant d'un hôpital de jour ; le centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) est utilisé par 69% des secteurs, parmi eux, 57% ont également des places d'hospitalisation de jour. Seuls 5% des secteurs n'ont ni hôpital de jour ni CATTP.

La prédominance des infirmiers dans l'équipe pluridisciplinaire

En moyenne, chaque secteur dispose de 6,4 équivalents temps plein de médecin (non compris 1,1 ETP d'internes), dont 3,5 ETP de praticiens hospitaliers.

Le personnel non médical, qui est en moyenne d'un peu plus de 83,7 ETP par secteur, est constitué à 70% par des infirmiers, tandis que les psychologues et les assistants de service social sont en nombre réduit, (respectivement 2,4 ETP et 1,7 ETP soit 3 et 2% du total du personnel non médical), les autres personnels sont des agents de service hospitalier (10%), des aides soignants (9%) et des secrétaires médicales (4%).

La capacité en lits d'hospitalisation complète est un élément déterminant pour comparer les effectifs des secteurs, mais des différences existent également selon leur rattachement : les infirmiers sont ainsi plus nombreux dans les secteurs où le nombre de lits d'hospitalisation est important, mais aussi à nombre de lits constant lorsque les secteurs sont rattachés à un CHS.

Ainsi, on observe des écarts importants du nombre d'ETP d'infirmiers lorsque le nombre de lits est inférieur à 50, avec 10 points d'écart au profit des secteurs rattachés aux CHS, 41,8 ETP moyen d'infirmiers par secteur dans les CHS de moins de 50 lits contre 30,7 ETP dans les centres hospitalier de moins de 50 lits.

Le nombre d'infirmiers croît ensuite régulièrement avec le nombre de lits atteignant environ 98 ETP d'infirmiers pour les services de 150 lits et plus .

III.1.1.2 Les personnes accueillies et suivies par les secteurs en 1997 (cf. annexe 4)

Plus d'un million de personnes ont été suivies par les secteurs de psychiatrie générale en 1997.

Ce total correspond à une moyenne de 23 patients suivis pour 1 000 habitants de 20 ans et plus. Près de la moitié des secteurs ont une file active comprise entre 700 et 1 200 patients, 11% se situant en dessous de 700. Pour 41% des secteurs, la file active est au contraire supérieure à 1 200 patients, plus souvent dans les CHR ou CH que dans les CHS.

Les groupes d'âge les plus représentés sont les 25-44 ans, mais dans l'ensemble, si l'on considère seulement les patients âgés de 20 ans et plus, la répartition par âge est très proche de celle de la population générale.

REPARTITION PAR AGE DES PATIENTS SUIVIS PAR LES SECTEURS DE PSYCHIATRIE GENERALE EN 1997

	20-24 ans	25-44 ans	45-64 ans	65-84 ans	85 ans et +	Total
File active	8%	43%	29%	15%	4%	100%
Population générale	9%	40%	30%	18%	3%	100%

Près de la moitié des personnes suivies ont eu un premier contact avec le secteur en 1997 (45%). Le nombre de patients vus une seule fois représente un quart du total.

Le suivi ambulatoire est largement prédominant, sous des formes diversifiées.

En effet, près de huit patients sur 10 ont bénéficié de prises en charge ambulatoires ; ce suivi représente pour les trois quarts d'entre eux (670 000) la seule modalité thérapeutique sur l'année, les autres ayant été suivis également dans le cadre de prises en charge à temps partiel et/ou à temps complet.

Si le suivi en CMP occupe de loin le premier rang, concernant 94% des patients suivis par les secteurs de psychiatrie générale en 1997, d'autres modalités d'interventions ambulatoires sont également développées, correspondant à un contact entre un membre de l'équipe et un patient : plus de 209 000 personnes ont été vues en unité d'hospitalisation somatique (en moyenne deux interventions par patient), près de 120 000 personnes ont reçu au moins une visite à domicile (en moyenne douze par patient) et 77 000 dans une institution substitutive au domicile, notamment les maisons de retraite (huit en moyenne par patient).

La prise en charge exclusive à temps complet concerne désormais 128 000 personnes

Sur les 290 000 patients suivis à temps complet, 44 % d'entre eux n'ont eu que des soins à temps complet dans l'année, les autres ont également bénéficié d'une prise en charge à temps partiel et /ou ambulatoire.

L'hospitalisation plein temps occupe une place prépondérante parmi les soins à temps complet, concernant plus de 95% des patients, avec une durée d'hospitalisation de 52 jours en moyenne (continus ou non continus).

Les autres formes d'accueil à temps complet concernent un nombre limité de personnes :

- soit pour des prises en charges plus longues : 3 600 en moyenne en accueil familial thérapeutique (pour une durée proche de 9 mois), 1 800 en centre de post-cure (3 mois), 1 300 en appartement thérapeutique (5 mois), 1 200 en hospitalisation à domicile, pour une durée de 4 mois,
- soit au contraire pour des accueils brefs en centre de crise notamment : 9 000 personnes pour une durée de séjour de 9 jours en moyenne.

En 1997, le nombre d'hospitalisations sans consentement s'élève à plus de 60 000 ; il s'agit de séjours hospitaliers et non de personnes, certaines d'entre elles pouvant être hospitalisées à plusieurs reprises lors d'une même année sont alors comptées plusieurs fois. La grande majorité des hospitalisations se fait à la demande d'un tiers : c'est le cas de plus de 52 000 d'entre elles, dont 30% ont été effectuées selon une procédure d'urgence. Les 8 600 autres hospitalisations sont des hospitalisations d'office, effectuées par arrêté préfectoral, dont près de 69% font suite à une mesure provisoire prise par le maire.

Plus de patients suivis en centre d'accueil thérapeutique à temps partiel qu'en hôpital de jour

Sur plus de 115 000 patients suivis à temps partiel, 57 000 sont accueillis à temps partiel en centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), avec 23 séances en moyenne par patient, et 47 000 personnes ont été prises en charge en hôpital de jour pour une durée de 61 jours (continus ou non continus) en moyenne.

L'hospitalisation de nuit a concerné 8 000 personnes (pour 37 nuits en moyenne) et 7 000 patients ont bénéficié de séances d'atelier thérapeutique.

III 1.2. Les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile

III.1.2..1 : L'offre de soins dans les secteurs en 1997

Tous les secteurs disposent d'au moins un CMP, et plus de 90% d'au moins une formule de prise en charge à temps partiel

97% des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile disposent d'au moins un CMP ouvert 5 jours par semaine et plus, et 76% en disposent d'au moins deux ouverts 5 jours par semaine et plus. 64% des secteurs ont quatre CMP ou plus, quel que soit leur nombre de journées d'ouverture et 58% des secteurs ont un nombre cumulé de jours d'ouverture dans l'année de 15 jours et plus.

87% des secteurs utilisent l'hôpital de jour avec en moyenne 27 places par secteur.

57% des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile disposent au moins d'un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel implantés à près de 90% hors de l'établissement hospitalier.

Des lits d'hospitalisation complète dans 43% des secteurs

Moins de la moitié des secteurs disposent de lits d'hospitalisation complète, cette situation est plus fréquente pour les secteurs rattachés à un CHS ou un HPP, elle concerne respectivement 48% et 68% des secteurs rattachés à ces établissements et seulement 31% des secteurs rattachés à un CHR ou CH.

Parmi les secteurs qui disposent de lits, 79% en ont moins de 20. La capacité moyenne est un peu plus élevée pour les secteurs rattachés à des CHS (14) ou à des HPP (18) qu'à des CHR/CH (13).

Un personnel diversifié

Le personnel non médical des secteurs de psychiatrie infanto -juvénile comprend en moyenne 45,9 ETP avec

- 36% de personnel infirmier,
- 13% de personnel éducatif,
- 13% de psychologues,
- 12% de personnel de rééducation.

Le nombre total d'équivalent temps plein du personnel non médical varie de 52,1 en moyenne pour les secteurs rattachés à un CHS, et 50,1 pour les secteurs rattachés à un HPP à 35,6 pour les secteurs rattachés à un CHR/ CH.

Toutefois la principale différence provient de la distinction entre secteurs avec et sans lits d'hospitalisation complète. Les premiers disposent environ de 30 ETP de personnel non médical supplémentaires par rapport aux autres, avec aux deux extrêmes, 67 ETP pour les secteurs disposant de lits et rattachés aux CHS, et 26 ETP pour les secteurs sans lits et rattachés aux CHR /CH.

L'équipe médicale comprend en moyenne 5,6 ETP dont 3,5 ETP de praticien hospitalier et 0,8 ETP d'internes.

III.1.2.2. Les enfants et adolescents accueillis et suivis par les secteurs en 1997 (cf. annexe 4)

380 000 enfants et adolescents ont été suivis par les secteurs de psychiatrie infanto – juvénile en 1997.

Le suivi est essentiellement ambulatoire

En 1997, sur les 365 000 enfants et adolescents suivis en ambulatoire, 91% n'ont eu que cette modalité de soins pendant l'année.

Parmi les enfants et adolescents suivis en ambulatoire, 326 000 d'entre eux, soit près de 9 patients sur 10, ont bénéficié de consultations en centre médico-psychologique, avec en moyenne 10 interventions dans l'année. 18 000 ont été suivis en unité d'hospitalisation somatique et 11 000 enfants ou adolescents ont bénéficié d'une visite à domicile, avec en moyenne, 8 visites à domicile par enfant.

Les autres formes de soins ambulatoires témoignent du partenariat engagé par l'équipe de secteur avec les autres intervenants et de la diversité des lieux d'intervention ; ainsi les secteurs sont intervenus auprès de 28 000 enfants en milieu scolaire, 5 000 en établissement médico-éducatif et 10 000 en PMI.

L'accueil à temps partiel est plus fréquent qu'à temps complet

Près de 35 000 enfants ou adolescents, soit 9% de la file active ont bénéficié d'une prise en charge à temps partiel, 16 000 d'une hospitalisation de jour, d'une durée de 78 jours en moyenne (continus ou non), et 16 000 ont été accueillis en CATTP avec 21 séances par enfant en moyenne ; d'autres formes d'accueil ont concerné 5 000 enfants.

Près de 10 000 enfants ont été suivis à temps complet et pour 30% d'entre eux, il s'agit d'une prise en charge exclusivement à temps complet, les autres ayant eu également, au cours de l'année, une prise en charge à temps partiel et / ou en ambulatoire. L'hospitalisation constitue la forme principale d'accueil à temps complet, les deux tiers des enfants ou adolescents ayant été suivis à temps complet l'ont été en hospitalisation plein temps et les enfants ou adolescents ont été alors hospitalisés en moyenne pendant 58 jours (continus ou non).

Les autres formes d'accueil à temps complet sont très réduites : 1 000 enfants ont été suivis en accueil familial thérapeutique (pour 6 mois et demi en moyenne dans l'année) et environ 560 en hospitalisation à domicile pour 4 mois en moyenne.

III 1.3 Des profils d'équipements et des pratiques de soins différents en psychiatrie générale et infanto-juvénile

En résumé, que ce soit en psychiatrie générale ou en psychiatrie infanto-juvénile, les prises en charge ambulatoires sont largement prédominantes. C'est même à l'évidence la modalité de soins privilégiée en pédopsychiatrie.

Alors qu'en psychiatrie générale, l'hospitalisation complète constitue la principale forme de prise en charge institutionnelle, en pédo-psychiatrie, c'est l'hôpital de jour et le CATTP qui occupent la première place. La capacité d'hospitalisation complète est donc nettement plus réduite en psychiatrie infanto-juvénile, à la fois en ce qui concerne le nombre de secteurs équipés et la capacité d'accueil de ces secteurs. Cette place réduite de l'hospitalisation est liée au contexte de la création des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile. Leur création (dans les années 1970) s'inscrit en effet à une étape de la réflexion théorique où apparaissaient des interrogations sur le bien fondé de la séparation de l'enfant et de sa famille et dans une période où s'offrait aux équipes la possibilité de disposer d'équipements permettant des soins ambulatoires ou à temps partiel.

De même le personnel présente une composition nettement plus diversifiée dans les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile ; la proportion de personnel autre qu'infirmier y est nettement supérieure, répondant à des besoins de prise en charge spécifiques.

III 2 L'évolution sur 10 ans des secteurs de psychiatrie (1987–1997)

III.2.1 L'évolution des équipements : une diversification des formules d'accueil, des problèmes en psychiatrie infanto-juvénile

III.2.1.1. L'évolution de l'hospitalisation :

La part de l'hospitalisation est très différente en psychiatrie générale et psychiatrie infanto-juvénile, où elle reste une modalité de soins rare ; de ce fait leur évolution mérite d'être analysée séparément.

III.2.1.1 1. En psychiatrie générale

Le nombre de lits d'hospitalisation plein temps a fortement diminué, de 84 000 en 1987 à moins de 50 000 lits en 1997, soit une baisse de 41% en 10 ans. Si l'on constate une même tendance à la baisse dans les autres disciplines de court séjour sur cette période, elle est particulièrement marquée en psychiatrie et plus encore dans les secteurs.

CAPACITE DES SECTEURS DE PSYCHIATRIE GENERALE

	1987	1989	1991	1993	1995	1997	1987-1997	1991-1997
Hospitalisation complète	84 560	75 951	68 071	61 120	56 673	49 743	-41%	-27%

L'accessibilité des unités d'hospitalisation reste très inégale

L'éloignement des lieux d'hospitalisation à temps complet reste encore fréquent, ne serait-ce qu'en raison de la concentration dans certains établissements d'un grand nombre de lits.

REPARTITION DES SECTEURS DE PSYCHIATRIE GENERALE SELON LE NOMBRE DE LITS D'HOSPITALISATION COMPLETE EN 1997

	CHR ou CH	CHS	HPP	TOTAL
0 lits	6%	0%	0%	2%
1 à 49 lits	55%	30%	23%	38%
50 à 99	32%	56%	45%	47%
100 à 149	2%	10%	17%	8%
150 à 199	0%	1%	7%	2%
200 lits et plus	0%	0%	8%	1%
Non répondants	5%	1%	0%	2%
Total	100%	100%	100%	100%

Le rattachement des secteurs à des hôpitaux généraux pour améliorer l'accessibilité des services, à la fois en termes d'image et en termes de proximité, s'est très peu développé : passant de 31% en 1987 à 34% en 1997 pour la psychiatrie générale.

Le nombre de patients hospitalisés s'est accru

Malgré la baisse des capacités d'hospitalisation complète, le nombre de patients hospitalisés dans les secteurs de psychiatrie générale s'est accru de 13% entre 1989 et 1997. Ceci s'explique par une réduction de la durée des séjours, un même patient pouvant être hospitalisé plusieurs fois dans l'année. La durée moyenne d'hospitalisation, qui correspond au nombre de jours, continus ou non, passés par patient en hospitalisation complète dans l'année, a ainsi diminué de 86 jours en 1989, à 52 jours en 1997. La durée moyenne de séjour, qui correspond au rapport entre le nombre de journées et le nombre d'entrées, a également baissé, atteignant 35,7 jours en moyenne en 1997 sur l'ensemble de la psychiatrie.

NOMBRE DE PATIENTS SUIVIS DANS L'ANNEE PAR LES SECTEURS DE PSYCHIATRIE GENERALE

	1989	1991	1993	1995	1997	1989-1997
Hospitalisation complète	250 354	249 764	258 124	267 943	281 876	13%.
Durée moyenne de séjour en hospitalisation complète	86	77	67	59	52	

Moins de patients sont hospitalisés depuis plus d'un an

Le nombre de patients hospitalisés depuis plus d'un an est passé de 24 000 en 1991 à 13 000 en 1997. Des modifications de clientèle expliquent en partie ce phénomène (voir III.2.2 et III.2.3.)

III.2.1.1.2 En psychiatrie infanto-juvénile

La raréfaction du nombre de lits s'est accentuée

Entre 1991 et 1997, le nombre de secteurs ne disposant pas de lits s'est accru pour atteindre 57% et, parmi les secteurs qui disposent de lits d'hospitalisation, 79% ont moins de 20 lits.

Le nombre moyen de jours d'hospitalisation par enfant hospitalisé a baissé de 104 jours en 1991 à 58 jours en 1997. En termes d'accessibilité, les problèmes sont plus importants qu'en psychiatrie générale, en raison de l'importance du manque d'unités d'hospitalisation. Le nombre de secteurs de psychiatrie infanto-juvénile rattachés à des hôpitaux généraux est cependant plus élevé qu'en psychiatrie générale, mais il s'accroît tout aussi lentement : de 38% en 1985 à 41% en 1997.

CAPACITE DES SECTEURS DE PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILE

	1986	1988	1991	1993	1995	1997	1986-1997	1991-1997
Hospitalisation complète	5 380	4 484	3 406	2 874	2 495	1963	-64%	-42%
% de secteurs disposant de lits d'hospitalisation complète	58%	55%	52%	51%	50%	43%		

Le nombre d'enfants suivis en hospitalisation complète commence à augmenter :

Il s'est accru de 18% entre 1991 et 1997, alors que dans la période précédente, ce nombre était en nette diminution. Cette évolution correspond aux nouvelles indications et aux nouveaux besoins qui se font jour. En témoigne par exemple une étude²⁰ menée en 1992, en région Ile de France qui a fait apparaître un manque de disponibilité de lits d'hospitalisation à temps complet entraînant un refus d'admission dans un cas sur deux, et touchant plus spécifiquement les enfants autistes jeunes, et les adolescents.

NOMBRE DE PATIENTS SUIVIS DANS L'ANNEE

	1986	1988	1991	1993	1995	1997	1986-1997	1991-1997
Hospitalisation complète	6 540	5 835	5 587	6 225	6 058	6593	1%	18%
(Durée moyenne de séjour en hospitalisation complète)	159	147	104	84	69	58	-63%	-44%

III.2.1.2 Une sensible diversification des modalités d'accueil et des équipements

Cette tendance est la même en psychiatrie générale et en psychiatrie infanto-juvénile, même si elle est toujours plus accentuée pour cette dernière.

D'avantage de centres médico-psychologiques ouverts 5 jours par semaine et plus

NOMBRE DE STRUCTURES DES SECTEURS DE PSYCHIATRIE GENERALE

	1987	1989	1991	1993	1995	1997
CMP ouvert 5 jours et + /semaine	860	869	979	1013	1158	1234
CMP ouvert moins de 5 jours/ semaine	1180	1144	1028	1096	944	898
% de secteurs disposant d'au moins un CMP ouvert 5 jours et + /semaine	80%	83%	90%	89%	92%	93%

NOMBRE DE STRUCTURES DES SECTEURS DE PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILE

	1988	1991	1993	1995	1997
CMP ouvert 5 jours et + /semaine	712	721	842	878	940
CMP ouvert moins de 5 jours /semaine	741	641	686	620	560
% de secteurs disposant d'au moins un CMP ouvert 5 jours et + /semaine	92%	95%	93%	96%	97%
% de secteurs disposant d'au moins deux CMP ouverts 5 jours et + /semaine		67%	69%	75%	76%

²⁰ Etude effectuée par le Centre Collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale (INSERM) en 1992 sur les admissions et les demandes d'admissions en hospitalisation complète en psychiatrie infanto-juvénile pour la région Ile de France. Rapport 1993

Le nombre de CMP ouverts 5 jours et plus est ainsi passé de 860 à 1 234 entre 1987 et 1997 en psychiatrie générale, et de 712 à 940 entre 1988 et 1997 en psychiatrie infanto-juvénile. Cet accroissement global du nombre de structures s'est accompagné d'une « couverture » plus large de l'ensemble des secteurs. Ainsi en 1997, 93% des secteurs de psychiatrie générale disposent d'au moins un CMP ouvert 5 jours par semaine et plus et 97% des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile en ont au moins un. Pour la pédopsychiatrie, dans la presque totalité des cas, les CMP sont situés en dehors des établissements hospitaliers.

Le développement des centres d'accueil thérapeutique à temps partiel

Ces structures qui permettent de mieux concilier soins et vie quotidienne et favorisent l'insertion des personnes suivies peuvent prendre diverses formes : club thérapeutique, unité de soins du soir pour les enfants après l'école, etc., en utilisation séquentielle le plus souvent (une partie de la journée, un ou plusieurs jours par semaine).

NOMBRE DE STRUCTURES DES SECTEURS DE PSYCHIATRIE GENERALE

	1987	1989	1991	1993	1995	1997
Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP)	330	440	519	731	789	939
% de secteurs disposant d'au moins un CATTP	32%	41%	51%	59%	61%	69%

NOMBRE DE STRUCTURES DES SECTEURS DE PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILE

	1986	1988	1991	1993	1995	1997
Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel	144	190	223	335	409	477
% de secteurs disposant d'au moins un CATTP	24%	30%	36%	43%	53%	57%

L'accroissement des formules de CATTP est notable en psychiatrie générale (118 structures en 1985, 939 en 1997) ainsi qu'en psychiatrie infanto-juvénile (144 en 1986 et 477 en 1997).

Le développement des CATTP répond souvent à un besoin de structure de ce type, plus souple que l'hôpital, mais il a pu aussi se faire faute de pouvoir ouvrir aussi des places d'hôpital de jour, qui répondent à d'autres indications.

Une diversification limitée dans les alternatives à l'hospitalisation

La croissance des hôpitaux de jour est hétérogène. Le nombre total de structures d'hospitalisation de jour est passé de 771 en 1987 à 1242 en 1997 en psychiatrie générale et de 284 en 1986 à 570 en 1997 en psychiatrie infanto-juvénile.

En psychiatrie générale, la capacité s'est accrue de 37% entre 1989 et 1997, et de 16% entre 1991 et 1997. Toutefois la proportion de secteurs disposant d'un hôpital de jour a peu varié pour la psychiatrie générale : de 80% à 83% en 8 ans.

Près de la moitié des hôpitaux de jour sont des structures situées dans les murs de l'établissement hospitalier, tandis que l'hospitalisation de nuit se fait dans 90% des cas dans une structure intra muros.

SECTEURS DE PSYCHIATRIE GENERALE

	1987	1989	1991	1993	1995	1997
Nombre de structures	771	917	957	1 155	1 142	1 242
Capacité	9 298	10 497	12 391	13 440	13 524	14 364
% de secteurs disposant d'au moins un hôpital de jour	76%	80%	81%	82%	82%	83%

En psychiatrie infanto-juvénile, 87% des secteurs disposent d'au moins un hôpital de jour et un tiers des hôpitaux de jour sont intra muros.

SECTEURS DE PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILE

	1986	1988	1991	1993	1995	1997
Nombre de structures	284	412	455	527	553	570
Capacité	5 560	6 452	6 633	7 135	7 222	7506
% de secteurs disposant d'au moins un hôpital de jour	74%	79%	81%	85%	88%	87%

Une enquête²¹ menée en 1994 dans la région Ile de France a fait apparaître qu'en raison de la durée de séjour élevée en hôpital de jour pour enfants, le taux de rotation est faible.

Ce phénomène se traduit par un manque de places disponibles et faute de place, seulement un tiers des demandes d'admission reçoivent une réponse positive dans les six mois.

Les formules d'accueil à temps complet à visée de réadaptation et de réinsertion restent en nombre limité et ne compensent pas la diminution de la capacité en hospitalisation

Les formules d'accueil, plus complexes, mises en place, tel l'accueil familial thérapeutique, l'appartement thérapeutique, le centre de post cure ou l'hospitalisation à domicile restent encore en nombre réduit.

CAPACITE DES SECTEURS DE PSYCHIATRIE GENERALE

	1987	1989	1991	1993	1995	1997
Accueil familial thérapeutique	2 060	2 296	3 156	3 476	3 231	3285
Appartement thérapeutique	610	559	790	1 141	1 113	972
Centre de post cure		634		882	989	936
Hospitalisation à domicile				780	690	540

²¹ Etude effectuée par le Centre Collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale (INSERM) en 1994 sur les admissions et les demandes d'admissions en hospitalisation de jour en psychiatrie infanto-juvénile pour la région Ile de France (hôpitaux de jour publics et privés). Rapport 1995

Ainsi la baisse de capacité en hospitalisation complète des secteurs de psychiatrie générale (plus de 30 000 lits entre 1987 et 1997) est à rapprocher du développement limité des alternatives permettant une prise en charge à temps complet (accueil familial thérapeutique, appartement thérapeutique, hospitalisation à domicile et centre de post-cure) qui ont connu, sur la même période, un gain de capacité de plus de 3 000 places, ces structures se caractérisant par un taux de rotation beaucoup moins fort que celui en hospitalisation complète.

III.2.1.3 Une diversification qui ne s'est pas faite de façon uniforme

En prenant comme indice global de diversification, le rapport du nombre de lits et places d'alternatives²² au nombre total de lits et places d'hospitalisation complète et d'alternatives, on obtient un indice de 32% pour l'ensemble des secteurs de psychiatrie générale en 1997. De fait, cet indice est inférieur à 32% dans 56% des secteurs.

Cet indice de diversification diminue quand la capacité en lits d'hospitalisation complète augmente :

- 57% des secteurs ayant une capacité inférieure à 50 lits d'hospitalisation complète ont un indice de diversification de 32% ou plus,
- 21% seulement des secteurs ayant une capacité supérieure à 100 lits d'hospitalisation complète, ont un indice de diversification de 32% ou plus.

Le développement des formules d'alternatives à l'hospitalisation complète s'est donc fait davantage là où il existait moins de lits et un moindre poids de l'hospitalisation psychiatrique traditionnelle..

REPARTITION DES SECTEURS DE PSYCHIATRIE GENERALE SELON LA CAPACITE EN HOSPITALISATION COMPLETE ET L'INDICE DE DIVERSIFICATION

	<32%	>=32%	Total
0 lits	7	12	19
1 à 49 lits	136	175	311
50 à 74 lits	160	108	268
75 à 99 lits	86	51	137
100 lits et +	69	18	87
Total	458	364	822

²² Sont comptées les alternatives dénombrables en termes de lits ou places c'est à dire : les places d'hôpital de jour, les lits d'hôpital de nuit, les places d'accueil familial thérapeutique, d'appartement thérapeutique, de centre de post-cure, d'hospitalisation à domicile, les lits de centre de crise, de centre d'accueil permanent. Ne sont pas pris en compte les centres médico-psychologiques et les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel qui ne figurent pas dans la carte sanitaire et ne peuvent se compter en places

Par rapport à 1995, le nombre de secteurs de moins de 50 lits et dont l'indice de diversification est supérieur à 32% a augmenté de 143 en 1995 à 175 en 1997. Parallèlement, le nombre de secteurs de plus de 100 lits et dont l'indice est inférieur à 32% a diminué durant la même période, passant de 111 secteurs à 69.

III .2.1.4. Le développement du travail en réseau:

Le développement de la psychiatrie de liaison à l'hôpital général

Les équipes de secteur interviennent davantage dans les services de soins somatiques des hôpitaux généraux. L'augmentation de ces interventions est marquée entre 1989 et 1997 aussi bien en psychiatrie générale qu'en psychiatrie infanto-juvénile, de 70% en 8 ans pour la psychiatrie générale, et 98% en 6 ans pour la pédopsychiatrie.

NOMBRE DE PATIENTS EN UNITE D'HOSPITALISATION SOMATIQUE AYANT BENEFICIE D'UNE INTERVENTION

	1989	1991	1993	1995	1997
Psychiatrie générale	122 812	132 957	148 929	173 108	209 243
Psychiatrie infanto- juvénile		9 181	11 778	12 898	18 143

Les interventions ambulatoires

En psychiatrie générale, si la part des suivis à domicile reste stable aux alentours de 120 000, l'augmentation des interventions ambulatoires dites « autres » est considérable, concernant 65 0000 personnes en 1989 et plus de 110 000 en 1997. Plusieurs explications sont envisageables parmi lesquelles le développement du travail social au cours de ces dernières années ; en témoignent les enquêtes portant sur le suivi social des patients schizophrènes qui montrent l'effet « protecteur » de la sectorisation. Une étude sur la réinsertion des schizophrènes²³ a montré qu'après deux ans de suivi la quasi totalité des patients suivis bénéficient d'un logement et d'une protection sociale : 96% de personnes ont un logement stable, 98% ont leurs droits ouverts à la Sécurité sociale, avec un taux de suivi très élevé par les équipes : 91% (dans la plupart des enquêtes de suivi surtout nord américaines, le taux de suivi est rarement supérieur à 50 ou 60%). A l'appui de ces résultats, le nombre de démarches entreprises en vue de la réinsertion sociale de ces patients est très important, que ce soit au moment de la sortie ou tout au long du suivi des patients, pour des motifs variés, tels que famille, logement, revenus, réseau social, travail, études.

NOMBRE DE PATIENTS SUIVIS PAR LES SECTEURS DE PSYCHIATRIE GENERALE

	1989	1991	1993	1995	1997
à domicile	114 069	116 267	112 145	116 007	120 236
En institution substitutive au Domicile	54 379	60 376	65 760	70 626	77 574
« autres interventions ambulatoires »	65 573	83 895	89 698	102 131	110 049

²³ Vidon G., rapport final de l'étude multicentrique de suivi d'une cohorte de patients schizophrènes chroniques

Pour les enfants, on peut noter l'augmentation des différents types d'intervention : en établissement médico-éducatif, en PMI, en milieu scolaire ou autre, ces interventions étant effectuées directement auprès des enfants ou bien auprès des professionnels.

NOMBRE DE PATIENTS SUIVIS PAR LES SECTEURS DE PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILE

	1991	1993	1995	1997
à domicile	11 177	11 346	10 646	11 149
en institution substitutive au domicile	2 266	2 521	2 097	2 233
en unité d'hospitalisation somatique	9 181	11 778	12 898	18 143
en établissement médico-éducatif	2 928	4 094	4 552	4 967
en PMI	8 232	5 538	7 623	10 177
en milieu scolaire	14 659	19 858	23 888	27 736
« autres interventions ambulatoires »	15 480	24 529	33 864	40 414

III.2.2 L'évolution des clientèles : davantage d'enfants et de personnes âgées avec un fort développement du suivi ambulatoire

III.2.2.1 Entre 1989 et 1997, une progression de 90% des patients suivis à temps partiel

En psychiatrie générale, de 1989 à 1997, le nombre global de patients suivis dans l'année par les secteurs a progressé de 46%, cette progression étant surtout due à l'augmentation du nombre de patients suivis en ambulatoire et à temps partiel, avec une évolution de 60% de patients suivis en ambulatoire et de 89% de patients suivis à temps partiel entre 1989 et 1997.

NOMBRE DE PATIENTS SUIVIS PAR LES SECTEURS DE PSYCHIATRIE GENERALE

	1989	1991	1993	1995	1997	Evolution 1989-1997
File active totale	708 018	759 644	832 681	923 136	1 036 049	46%
Ambulatoire	561 241	597 123	686 173	779 128	895 307	60%
Temps Partiel	61 255	75 760	88 915	106 082	115 610	89%
Temps Complet	255 291	258 473	267 831	280 296	292 743	15%
Mixtes	169 769	171 711	210 239	242 370	267 611	58%

En psychiatrie infanto-juvénile, de 1991 à 1997, le nombre global de patients suivis par les secteurs s'est accru de 49%, avec un accroissement de 55% pour les patients suivis en ambulatoire, de 66% pour les patients suivis à temps partiel .

NOMBRE DE PATIENTS SUIVIS PAR LES SECTEURS DE PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILE

	1986	1988	1991	1993	1995	1997	Evolution 1991-1997
File active totale	201 280	226 583	254 679	288 081	330 947	379 672	49%
Ambulatoire	Nd	Nd	235 382	261 105	310 024	364 577	55%
Temps partiel	Nd	Nd	20 945	27 398	29 697	34 732	66%
Hospitalisation plein temps	6 540	5 835	5 587	6 225	6 058	6 593	18%
Mixtes	Nd	Nd	7 234	6 647	14 833	26 230	-

ND : NON DISPONIBLE

III.2.2.2 Davantage d'enfants, d'adolescents et de personnes âgées

La croissance du nombre de patients suivis par les secteurs a été particulièrement rapide en ce qui concerne les jeunes enfants et les adolescents.

NOMBRE DE PATIENTS SUIVIS DANS L'ANNEE PAR LES SECTEURS DE PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILE, PAR GROUPE D'AGE

Effectifs	- de 5 ans	5 à 9 ans	10 à 14 ans	15 à 19 ans	20 ans et +	Total	15 ans et +
1988	28 045	102 129	66 489	-	-	226 583	29 920
1991	33 386	110 923	75 701	26 607	8 065	254 681	34 672
1993	41 862	123 733	83 423	29 217	9 846	288 081	39 063
1995	47 373	139 487	94 266	38 831	10 989	330 947	49 820
1997	51 541	157 005	110 887	46 359	13 880	379 672	60 239
Evolution 1988-1997	84%	54%	67%	-	-	68%	101%
Evolution 1991-1997	54%	42%	46%	74%	72%	49%	74%

L'effectif des très jeunes enfants (âgés de moins de 5 ans) suivis a ainsi augmenté très rapidement : 84% entre 1988 et 1997 contre 59%, pour l'ensemble des autres enfants et adolescents suivis, même si leur poids relatif a peu varié : ces très jeunes enfants représentent en 1997 14% de l'effectif contre 12% en 1988.

L'effectif des adolescents (âgés de 15 ans et plus) suivis a quant à lui enregistré un très fort taux de croissance puisqu'il a plus que doublé entre 1988 et 1997.

Plus de 60 000 jeunes âgés de 15 ans et plus sont suivis par ces secteurs de psychiatrie infanto-juvénile en 1997, (soit 16% de l'ensemble de l'effectif suivi).

Par ailleurs, on peut estimer à plus de 100 000 le nombre d'adolescents âgés de 15 à 24 ans suivis par les secteurs de psychiatrie générale en 1997

Au total, le nombre de jeunes de 15 à 24 ans suivis par l'ensemble des secteurs s'élèverait à plus de 170 000 pour une classe d'âge de 8 millions.

Par comparaison, on peut estimer à plus de 157 000 le nombre d'enfants âgés de 5 à 9 ans suivis par les secteurs de pédopsychiatrie pour une classe d'âge de 3,8 millions. Ainsi la proportion de jeunes suivis est moins élevée pour les 15-24 ans que celle observée pour les enfants de 5 à 9 ans.

En 1997, 52% des secteurs de psychiatrie infanto -juvénile déclarent disposer d'un accueil spécifiquement réservé aux adolescents, contre 44% en 1991.

Dans les secteurs de psychiatrie générale, la répartition par âge des patients suivis dans l'année est relativement homogène, une hausse de 50% des effectifs s'observe dans presque toutes les classes d'âge, à l'exception des moins de 15 ans, et de la classe d'âge des 65 – 84 ans, dont l'évolution est de 24% entre 1989 et 1997.

NOMBRE DE PATIENTS SUIVIS DANS L'ANNEE PAR LES SECTEURS DE PSYCHIATRIE GENERALE,
PAR GROUPE D'AGE

<i>Effectifs</i>	<i>-15</i>	<i>15-24</i>	<i>25-44</i>	<i>45-64</i>	<i>65-84</i>	<i>85 et +</i>	<i>Total</i>	<i>65 et +</i>
1989	2 448	72 384	284 493	195 608	124 135	28 845	707 913	152 980
1991	4 731	76 614	304 956	206 537	133 352	33 454	759 644	166 806
1993	4 307	88 331	340 795	224 762	137 179	37 308	832 681	174 487
1995	4 795	99 078	380 655	252 770	145 927	39 910	923 136	185 838
1997	4 949	108 228	434 880	289 718	154 437	43 836	1 036 049	198 273
Evolution 1989-1995	102%	50%	53%	48%	24%	52%	46%	30%

Le nombre de personnes suivies en institution substitutive au domicile (majoritairement des maisons de retraite) s'élève à 77 000, chaque personne bénéficiant de 8 interventions en moyenne dans l'année. Depuis 1989, ce nombre a progressé de 43%.

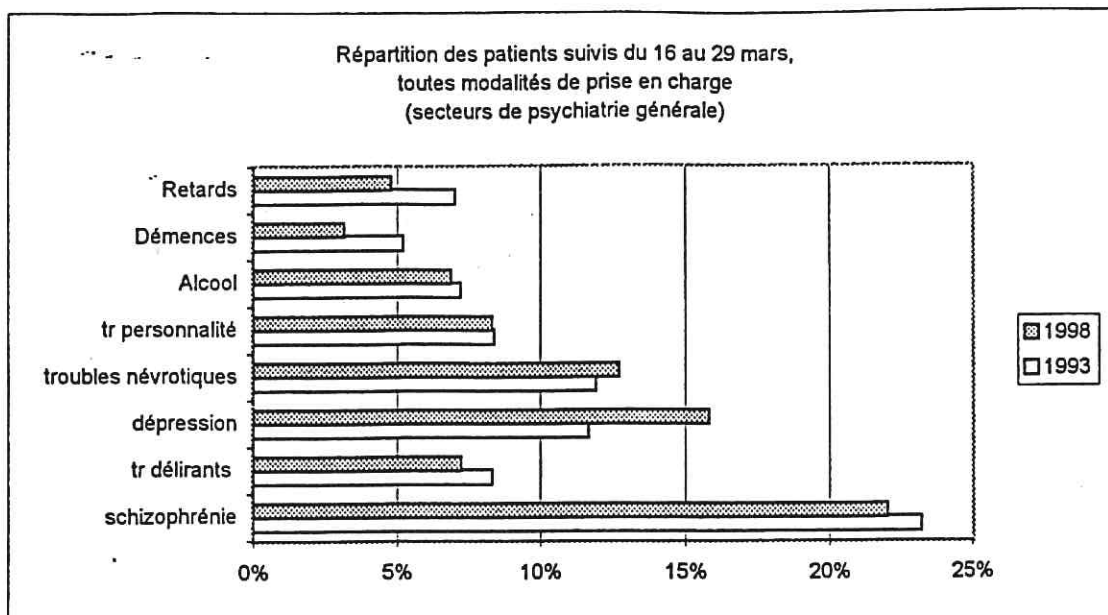
III.2.2.3 L'évolution des pathologies prises en charge :

d'avantage de dépressions en psychiatrie générale ...

Deux enquêtes réalisées par la Direction Générale de la Santé (DGS) et l'INSERM permettent de comparer les pathologies suivies par les secteurs du 16 au 29 mars en 1998, à celles suivies 5 ans plus tôt sur la même période. Si l'on retrouve les mêmes huit diagnostics les plus fréquents des variations apparaissent dans leur poids relatif.

Les principales modifications concernent l'accroissement des dépressions qui passent de 12% à 16%, tandis que la fréquence des retards mentaux et des démences diminue (respectivement de 7% à 5% et de 5% à 3%).

Cette répartition observée pendant la période de recueil résulte toutefois d'une coupe transversale qui favorise une sur-représentation des pathologies demandant des soins plus intensifs sur des plus longues durées. Ainsi on observe peu de modification sur la fréquence de la schizophrénie (F20), des « autres troubles délirants », des troubles de la personnalité et des troubles mentaux liés à l'alcool.



Sources : DGS-CCOMS (INSERM)

Enquête nationale sur la population prise en charge par les secteurs de psychiatrie générale 16-29 mars 1993

Enquête nationale sur la population prise en charge par les secteurs de psychiatrie générale, les cliniques psychiatriques privées et les établissements de post-cure et de réadaptation 16-29 mars 1998

... et de troubles réactionnels en psychiatrie infanto-juvénile.

Deux enquêtes permettent de comparer les pathologies suivies par les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile durant la première quinzaine de juin en 1996, à celles suivies huit ans plus tôt sur la même période²⁴.

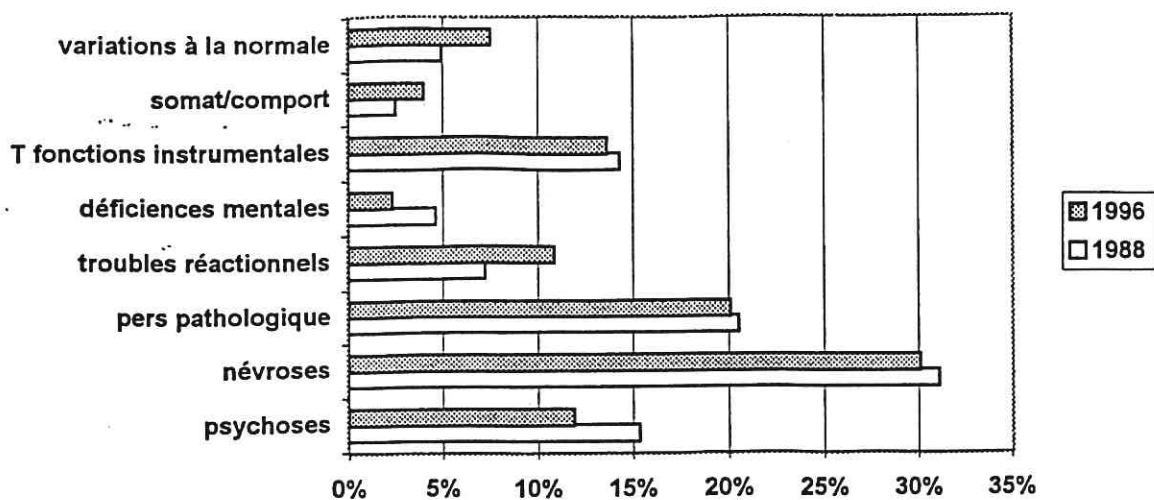
En 1996, le diagnostic principal le plus fréquent est celui de troubles névrotiques, qui concernent près du tiers des patients ; viennent ensuite les pathologies de la personnalité, 20%, les troubles des fonctions instrumentales, 14%, les psychoses, 14% et les troubles réactionnels 11%.

Les principales modifications observées entre les enfants et adolescents suivis durant la première quinzaine de juin 1996 et ceux suivis huit ans plus tôt concernent une diminution du poids relatif des psychoses, des déficiences mentales au profit des troubles réactionnels, des « troubles à expression somatiques et/ou comportementales » et des « variations de la normale ».

²⁴ CCOMS-(INSERM) Enquête nationale sur la population suivie par les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile du 30 mai au 12 juin 1988

DGS-CCOMS(INSERM) Enquête nationale sur la population suivie par les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile du 3 au 15 juin 1996, les hôpitaux de jour privés et les CMPP

**Répartition des patients suivis la première quinzaine de juin,
toutes modalités de prise en charge
(secteurs de psychiatrie infanto-juvénile)**

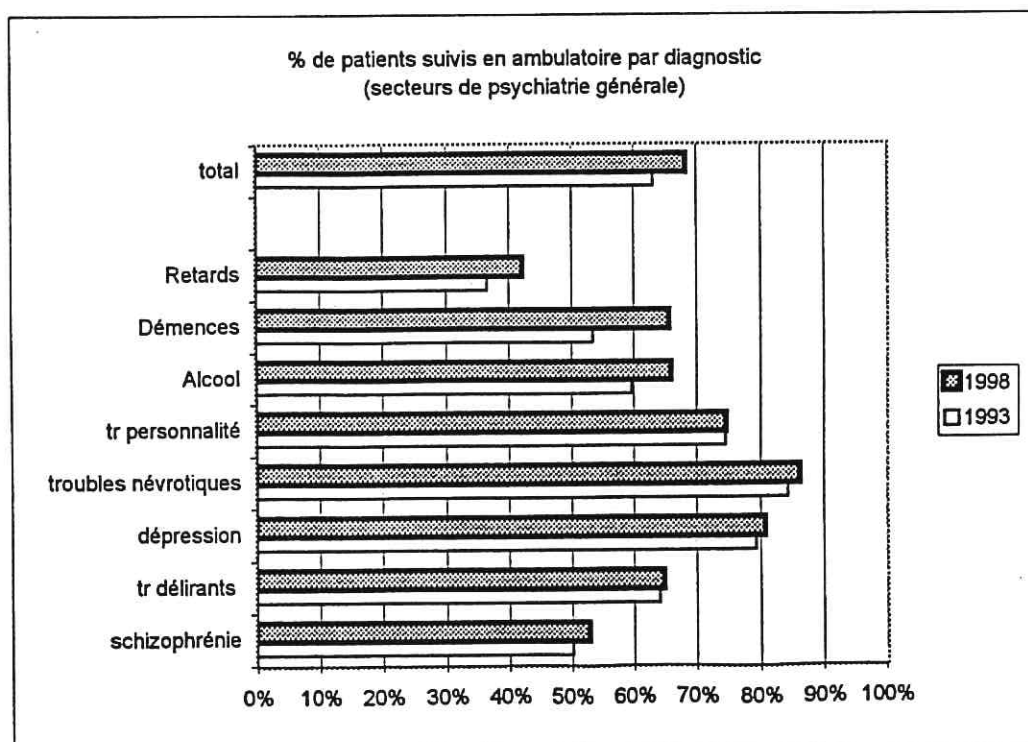


Sources:
CCOMS(INSERM)enquête nationale sur les patients suivis par les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile - 30 Mai-12 juin 1988
DGS-CCOMS(INSERM)enquête nationale sur les patients suivis par les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, les CMPP et les hôpitaux de jour privés, 3-15 juin 1996

III.2.2.4 Une diversification des soins qui a bénéficié à l'ensemble des clientèles

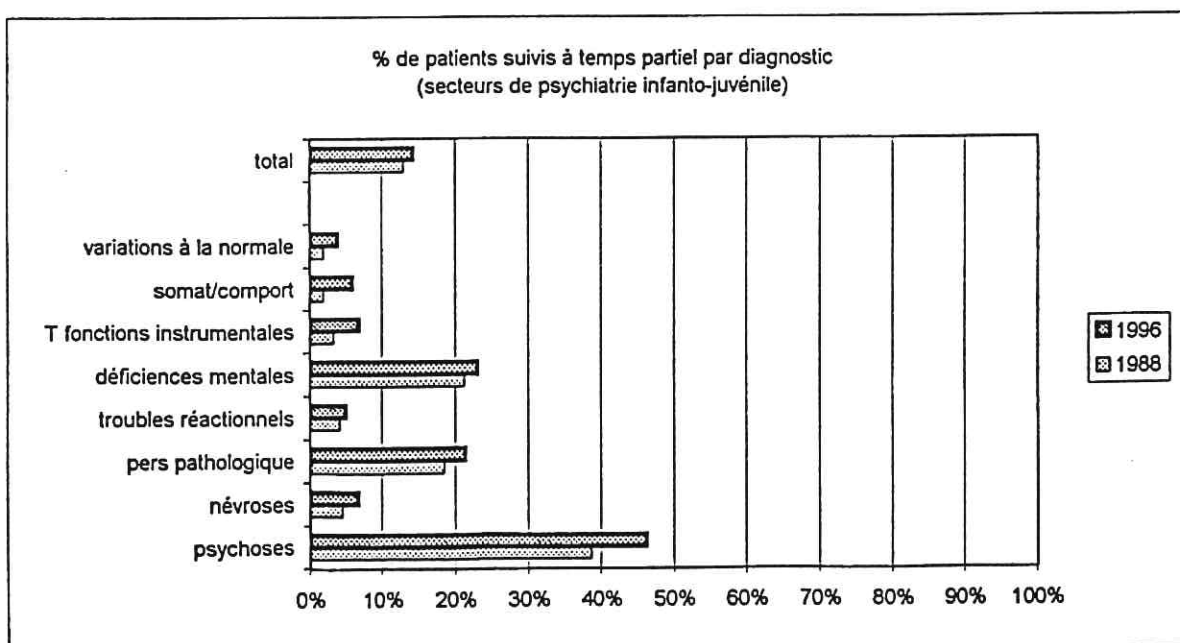
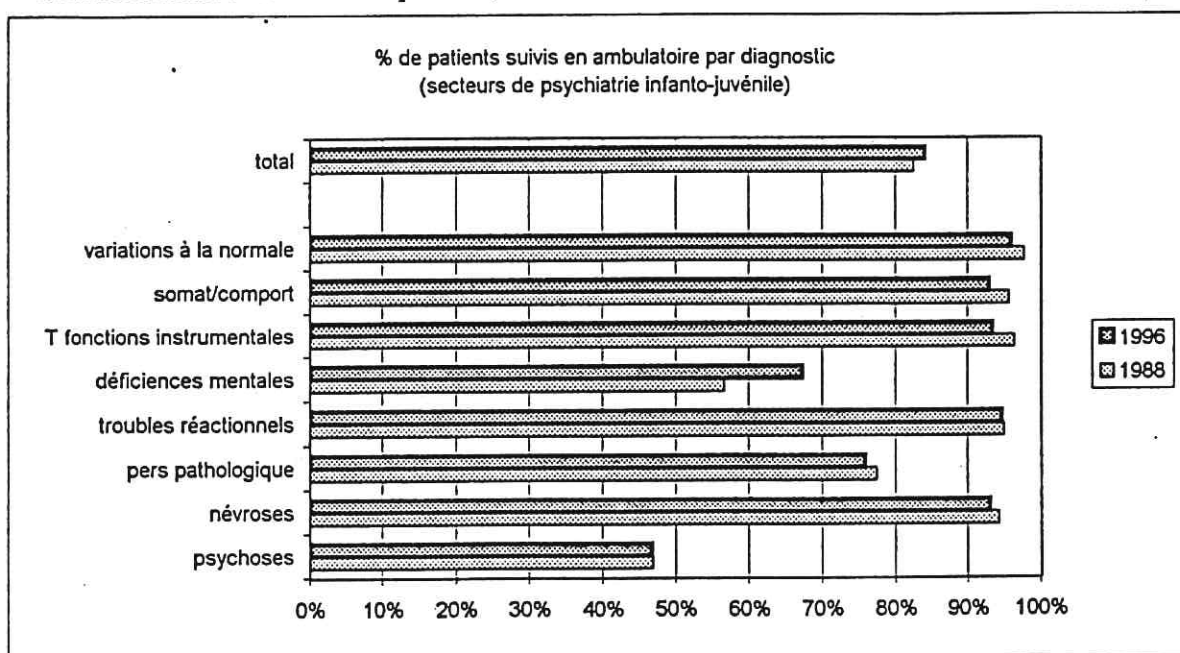
Davantage de suivi ambulatoire, et moins de prises en charge à temps complet pour l'ensemble des diagnostics

En psychiatrie générale, la diversification des modes de soins (ambulatoires, temps partiel, temps plein) bénéficie à l'ensemble des patients, y compris aux affections au long cours comme le retard mental, les démences ou la schizophrénie. Ainsi les patients schizophrènes (plus de 22 000 patients ont ce diagnostic dans l'enquête) sont désormais suivis à 50 % en ambulatoire.



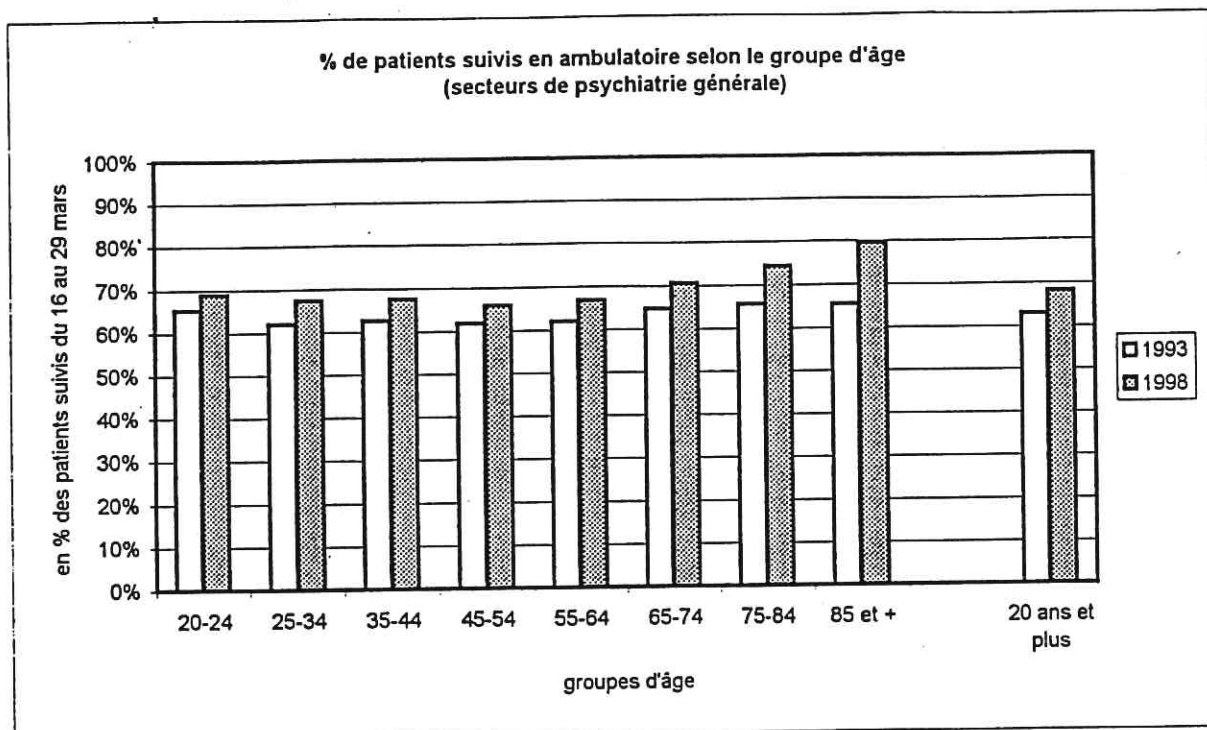
Sources : DGS-CCOMS (INSERM)
Enquête nationale sur la population prise en charge par les secteurs de psychiatrie générale 16-29 mars 1993
Enquête nationale sur la population prise en charge par les secteurs de psychiatrie générale, les cliniques psychiatriques privées et les établissements de post-cure et de réadaptation 16-29 mars 1998

En psychiatrie infanto-juvénile, la prédominance du suivi ambulatoire s'est encore accentuée en 1996 par rapport à 1988, et la part du suivi à temps partiel a augmenté. Ainsi la quasi totalité des enfants présentant des troubles névrotiques sont suivis en ambulatoire (93%) ; les enfants psychotiques sont suivis pour une moitié en ambulatoire, l'autre moitié à temps partiel ou temps complet. Les enfants ayant une déficience mentale sont suivis pour plus de 60% en ambulatoire et 20% à temps partiel. De fait, la très grande majorité des enfants suivis en 1996 est scolarisée en classe ordinaire : 84%, des enfants suivis en ambulatoire sont dans ce cas, tandis que globalement 50% des enfants suivis à temps partiel sont scolarisés en classe ordinaire. Quant aux enfants suivis à temps complet, 35% d'entre eux ne sont pas scolarisés (essentiellement des enfants présentant des déficiences mentales et des enfants psychotiques), 30% sont scolarisés en classe ordinaire, 15% en classe spécialisée ou établissement d'éducation spéciale, 18% dans l'établissement de soins.



L'augmentation du suivi ambulatoire a surtout bénéficié aux patients très âgés et aux adolescents.

En psychiatrie générale, la proportion de patients suivis en ambulatoire a le plus fortement augmenté pour les patients les plus âgés. Cette proportion étant passée de 65% en 1993 à 80% en 1998 pour les patients âgés de 85 ans et plus.



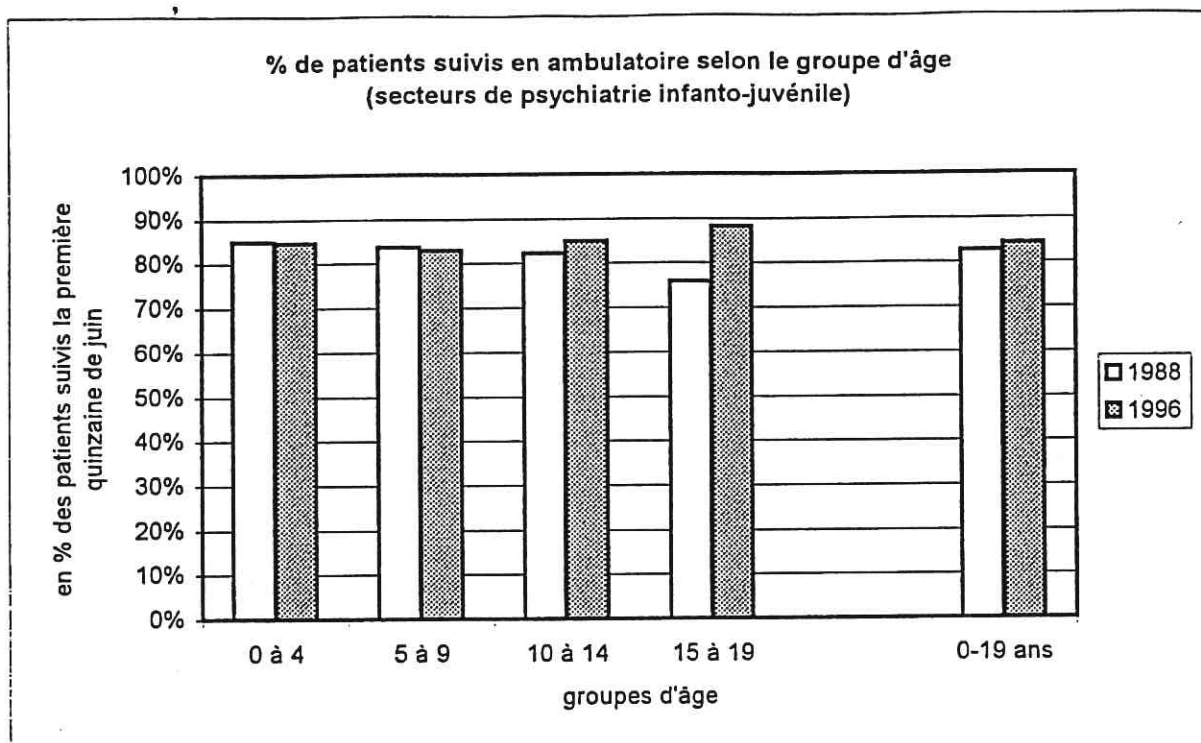
Sources : DGS-CCOMS (INSERM)

Enquête nationale sur la population prise en charge par les secteurs de psychiatrie générale 16-29 mars 1993

Enquête nationale sur la population prise en charge par les secteurs de psychiatrie générale,

les cliniques psychiatriques privées et les établissements de post-cure et de réadaptation 16-29 mars 1998

En psychiatrie infanto-juvénile, le suivi ambulatoire s'est principalement accru entre 1988 et 1996 pour les adolescents âgés de 15 à 19 ans. Pour les adolescents, la proportion de patients suivis en ambulatoire est ainsi passée de 76% en 1988 à 88% en 1996.



Sources:

CCOMS(INSERM)enquête nationale sur les patients suivis par les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile - 30Mai-12 juin 1988
DGS-CCOMS(INSERM)enquête nationale sur les patients suivis par les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, les CMPP et les hôpitaux de jour privés , 3-15 juin 1996

CONCLUSION

Les principales conclusions de ce bilan initial sont les suivantes :

1. L'image des troubles mentaux change, la conception qu'on peut en avoir aussi, c'est du moins ce qui transparaît des enquêtes d'opinion. Il devient de ce fait plus difficile d'objectiver les besoins de la population en matière de soins des troubles de santé mentale et plus encore, la bonne adéquation du système de soins à une demande dont la perception même évolue. Ceci ne facilite pas l'évaluation.
2. Il n'en reste pas moins, malgré ces éléments d'incertitude, que les besoins en matière de soins des troubles de santé mentale s'accroissent de manière indiscutable. La file active en psychiatrie générale est ainsi passée de 700 000 personnes environ en 1989 à plus d'un million en 1997 (soit +46% en 8 ans) et en psychiatrie infanto-juvénile, de 250 000 enfants et adolescents en 1991 à plus de 379 000 en 1997. Le nombre de consultations par les psychiatres en ville aura crû quant à lui de 17% entre 1992 et 1997.
3. La répartition territoriale du système de soins n'apparaît pas équilibrée. La distribution des équipements hospitaliers (en premier lieu du nombre de lits par habitant) apparaît extrêmement variable. Les écarts départementaux sont ainsi dans un rapport de 1 à 9 en psychiatrie contre 1 à 4 dans les disciplines de court séjour somatiques. Ces écarts ne paraissent pas pouvoir être justifiés par une variabilité des besoins qui serait du même ordre de grandeur, mais semblent plutôt la conséquence de la persistance d'une structure d'offre ancienne qui aurait été insuffisamment redéployée à ce jour.
4. La répartition territoriale des personnels présente les mêmes déséquilibres que les équipements. La carte des infirmiers reste à cet égard sans doute trop proche à celle des lits d'hospitalisation à temps complet. Si cette proximité s'explique aisément dans un premier temps par les besoins générés par la prise en charge de malades 24 heures sur 24, elle est sans doute le symptôme d'un redéploiement des moyens humains qui, bien que sensible, reste encore insuffisant. Si les formes plus novatrices de prise en charge des patients, dont le développement constitue un des objectifs de la sectorisation, sont sans doute plus « économes » en personnel de surveillance, elles sont également à l'origine de besoins en compétences nouvelles en matière de soutien, d'animation ou d'encadrement.
5. Fort différente de ce point de vue apparaît la distribution des psychiatres, très concentrée dans les grands centres urbains, sans qu'une réelle cohérence puisse forcément être mise en évidence entre la répartition des besoins, celle des équipements ou encore des secteurs public et privé.
6. Les modalités de réinsertion des adultes, plus particulièrement à l'issue de longues périodes d'hospitalisations à temps plein, bien qu'à la frontière du système de soins mériteraient une analyse spécifique.
7. Enfin, l'offre de lits d'hospitalisation à temps complet en psychiatrie infanto-juvénile laisse apparaître dans certains secteurs des manques importants.

ANNEXES

Annexe 1

L'organisation sanitaire en psychiatrie

L'organisation de l'offre sanitaire en psychiatrie est déterminée au niveau des régions. Le schéma régional et la carte sanitaire de psychiatrie sont arrêtés par le directeur régional de l'agence régionale de l'hospitalisation, après avis des conseils départementaux de santé mentale, des conférences sanitaires de secteur, du comité régional de l'organisation sanitaire et sociale et de la commission exécutive de l'agence.

1. Le schéma régional de psychiatrie

Le schéma régional de psychiatrie, est arrêté conformément aux dispositions de l'article L. 712-5 du code de la santé publique, compte-tenu des schémas élaborés au niveau départemental.

Il constitue, pour les établissements de santé publics et privés, la référence pour délivrer les autorisations, approuver les projets d'établissement, conduire le processus de contractualisation et orienter l'allocation de ressources.

Structuré autour de quelques priorités d'action, constituant des leviers de l'évolution du dispositif de soins en psychiatrie, et articulé avec le programme régional de santé, le schéma de psychiatrie précise la répartition géographique des installations destinée à assurer une satisfaction optimale des besoins de la population et comporte, en tant que de besoin, une annexe opposable, déterminant les transformations de l'offre de soins indispensables à sa réalisation.

Il est le résultat d'une concertation impliquant l'ensemble des acteurs concernés, c'est-à-dire, non seulement les professionnels de santé, mais aussi les usagers et les représentants des collectivités locales, associés à chacune des étapes de la procédure. Sa publication doit s'accompagner d'une large publicité.

2. La carte sanitaire de psychiatrie

La carte sanitaire détermine les limites des secteurs psychiatriques et quantifie les équipements nécessaires pour répondre aux besoins de la population, en référence à des indices fixés au plan national.

Sont ainsi concernés les équipements dénombrables en termes de lits et places, c'est-à-dire :

- les lits d'hospitalisation complète,
- les places de jour,
- les lits de nuit,
- les places de placement familial thérapeutique,
- les places d'appartement thérapeutique,
- les lits de centre de crise,
- les lits de centre de post-cure psychiatrique.

L'ensemble de ces équipements sont pris en compte, qu'ils appartiennent au secteur public ou au secteur privé à but lucratif ou non lucratif, étant précisé que les quatre derniers modes de prise en charge listés ci-dessus ne peuvent être développés que dans le cadre de la sectorisation psychiatrique..

Les besoins sont établis :

- par rapport à un groupe de secteurs, à cet égard, le regroupement le plus pertinent correspond, soit à un département (niveau le plus souvent retenu), soit à un secteur sanitaire afin de favoriser les synergies avec les autres disciplines médicales,
- et en référence aux indices fixés par l'arrêté du 11 février 1991 relatif aux indices de besoins concernant les équipements en psychiatrie.

Ces indices sont individualisés pour la psychiatrie générale et pour la psychiatrie infanto-juvénile qui constituent deux disciplines distinctes, au sein de la carte sanitaire de psychiatrie et ils sont subdivisés en un indice global et un indice partiel, ce dernier correspondant aux lits d'hospitalisation complète.

Le découpage en secteurs psychiatriques, habituellement établi sur la base de 70 000 habitants pour les secteurs de psychiatrie générale et de 210 000 habitants pour les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, doit respecter une logique de fonctionnalité et d'accessibilité. Toutefois, des souplesses sont possibles en fonction des données socio-démographiques. Un secteur rural peut, par exemple, concerner une population plus restreinte, et à contrario, un secteur urbain correspondre à une population plus importante.

Annexe 2
EQUIPEMENTS ET SERVICES DES SECTEURS DE PSYCHIATRIE
(arrêté du 14 mars 1986)

- sans hébergement

- les centres médico-psychologiques (CMP), unités de coordination et de soins en milieu ouvert, organisent des actions de prévention, de diagnostic et de soins ambulatoires et d'interventions à domicile ou dans des institutions substitutives du domicile (établissements pour personnes âgées...). Les CMP habilités à répondre à l'urgence psychiatrique et ouverts 24 heures sur 24 sont dénommés centres d'accueil permanents.
- les hôpitaux de jour assurent des soins polyvalents individualisés et intensifs, prodigués dans la journée, le cas échéant, une partie de la journée ;
- les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel visent à maintenir ou favoriser une existence autonome par des actions de soutien et de thérapie de groupe ;
- les ateliers thérapeutiques utilisent des techniques de soins particulières, groupes ergothérapeutiques notamment, en vue du réentraînement à l'exercice d'une activité professionnelle ou sociale ;
- les services d'hospitalisation à domicile organisent des prises en charge thérapeutiques à domicile, associées s'il y a lieu à des prestations d'entretien nécessitées par l'état de dépendance du patient.

- avec hébergement

- les unités d'hospitalisation à temps complet,
- les hôpitaux de nuit organisent des prises en charge thérapeutiques de fin de journée et une surveillance médicale de nuit ;
- les appartements thérapeutiques, unités de soins à visée de réinsertion sociale, mis à disposition pour des durées limitées, de quelques patients nécessitant une présence importante sinon continue de personnel soignant ;
- les centres de post-cure, 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 d'une existence autonome ;
- les services de placement familial thérapeutique organisent le traitement des malades mentaux de tous âges, placés dans des familles d'accueil, pour lesquels le maintien ou le retour à leur domicile ou dans leur famille naturelle ne paraît pas souhaitable ou possible (soutien thérapeutique et contrôle assurés par une équipe pluridisciplinaire) ;
- les centres de crise, centres d'accueil permanents qui disposent de quelques lits permettant des prises en charge intensives et de courte durée pour répondre à des situations d'urgence et de détresse aiguë.

Annexe 3

Les écarts régionaux d'équipement en psychiatrie générale et infanto-juvénile

Des écarts de 1 à 3 pour la densité de lits en psychiatrie

La moyenne nationale du nombre de lits d'hospitalisation complète (psychiatrie générale et infanto-juvénile) pour 100 000 habitants est de 114.

11 régions sont situées en dessous de cette valeur, parmi elles on retrouve les 3 régions les plus peuplées : Ile de France, Nord Pas-de-Calais, et Rhône-Alpes.

L' écart varie de 1 à 3, entre la Haute-Normandie à moins de 70 et la Bretagne à plus de 200 lits pour 100 000 habitants.

Ces disparités se modifient toutefois si l'on prend en compte le nombre de places d'hospitalisation partielle, et de plus ne sont pas homogènes à l'intérieur d'une même région.

De moindres écarts dans les autres disciplines de courte durée

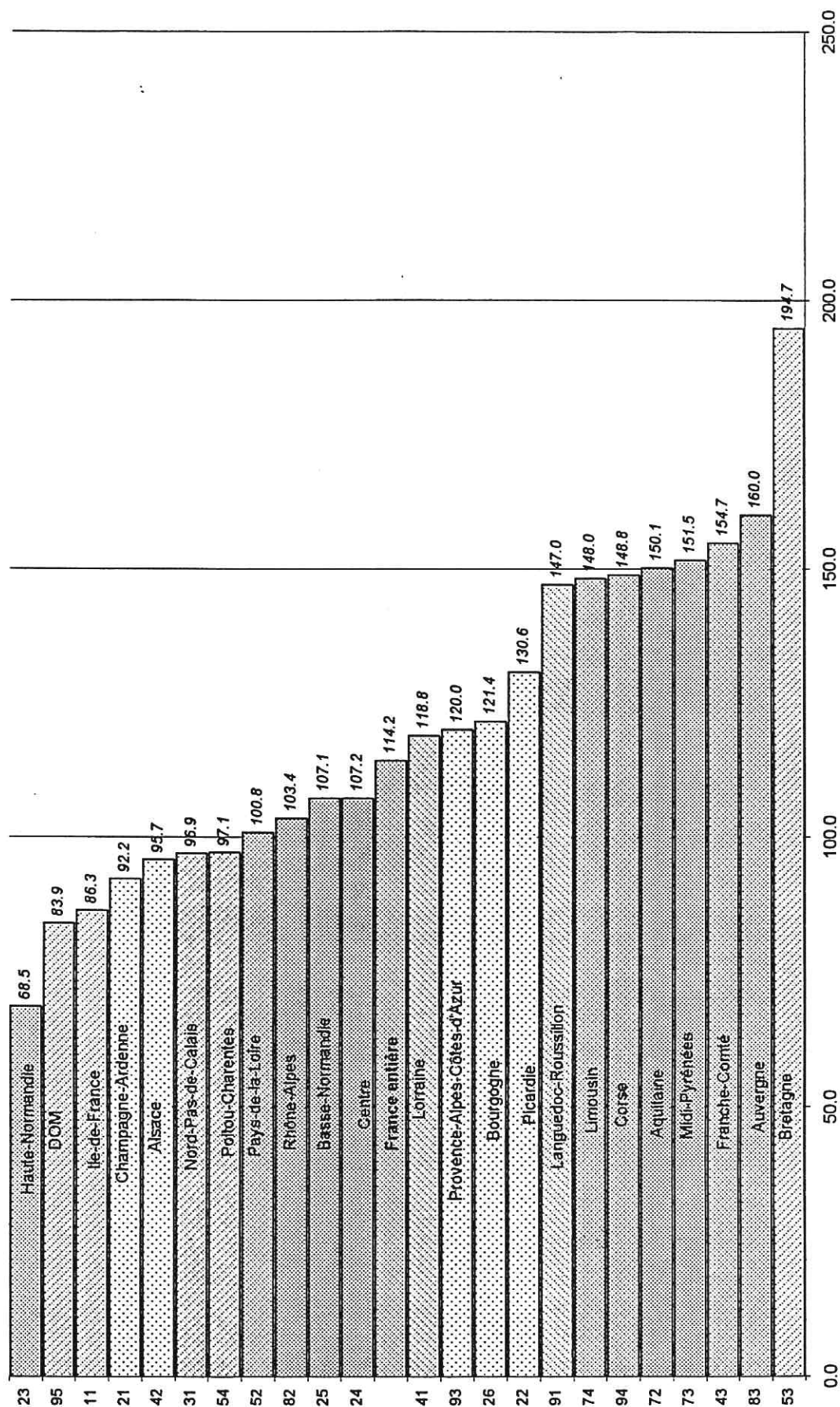
En médecine, chirurgie et obstétrique, la densité moyenne est de 424 lits pour 100 000 habitants. Dans ces disciplines, les disparités d'offre entre les régions y sont beaucoup moins grandes, variant de 1 à 1,4¹. La région Poitou-Charentes offre la densité de lits pour 100.000 habitants la plus basse avec 360 lits, tandis que l'offre de soins de la région Lorraine avoisine les 500 lits pour 100 000 habitants.

La Haute-Normandie et la Picardie, avec 364 lits, restent deux régions de moindre capacité dans toutes les disciplines. La région Nord-Pas-de-Calais figure parmi les régions les moins équipées en offre de soins (384), de même que Rhône-Alpes mais dans une moindre mesure (400). L'Ile-de-France est en revanche bien équipée (444 lits pour 100 000 habitants).

L'offre évaluée de soins en psychiatrie est spécifique à la région Bretagne. Cette région ne figure en effet pas parmi les régions les mieux dotées en capacité en soins de courte durée (403 lits).

¹ Sources : données SAE 1998.

Répartition régionale des lits installés en psychiatrie (hospitalisation complète)



Estimation nationale															
	1989			1991			1993			1995			1997		
	patients	jours séances ou actes	patients	jours séances ou actes	patients	jours séances ou actes	patients	jours séances ou actes	patients	jours séances ou actes	patients	jours séances ou actes	patients	jours séances ou actes	
File active totale	708 018		759 644		832 681		923 136		1 036 049		409 404		468 014		
vus pour la 1ère fois	293 399		324 645		360 714		225 123		260 847						
vus une seule fois	171 046		173 251		192 382										
Ambulatoire	561 241		597 123		686 173		779 128		895 307		570 255		668 504		
Exclusivement ambulatoire	426 236		432 593		494 742										
Soins ou interventions :															
au CMP ou en unité de consultatio	381 370	2 719 831	417 808	3 108 240	488 370	3 675 537	552 794	4 293 987	631 554	4 979 002			120 236	1 391 807	
à domicile	114 069	1 261 768	116 267	1 351 337	112 145	1 293 258	116 007	1 371 378	77 574	627 039			209 243	464 901	
en institution substitutive au domi	54 379	386 889	60 376	417 221	65 760	536 835	70 626	581 534	77 574	627 039			209 243	464 901	
en unité d'hospitalisation somatique	122 812	252 646	132 957	285 663	148 929	303 392	173 108	389 269	209 243	464 901			110 049	823 517	
autre ambulatoire	65 573	357 992	83 985	529 635	89 698	593 435	102 231	687 977	110 049	823 517					
Temps Partiel	61 255		75 760		88 915		106 082		115 610		13 869		16 226		
Exclusivement temps partiel	10 149		10 232		11 623										
Accueil en :															
hospitalisation de nuit	5 725	327 252	6 782	348 730	7 458	335 248	7 731	323 616	8 361	307 759			47 279	2 899 680	
hospitalisation de jour	30 024	2 186 064	36 554	2 497 527	40 906	2 627 344	44 546	2 796 133	6 663	187 883			57 126	1 322 083	
atelier thérapeutique	4 185	125 436	6 332	183 593	5 728	180 186	6 021	179 780					22 399	230 172	
CATTP	18 712	429 823	28 400	622 171	37 083	830 045	47 446	1 034 896							
autre temps partiel	11 521	171 732	13 831	202 807	18 709	207 322	23 486	253 308							
Temps Complet	255 291		258 473		267 831		280 296		292 743		122 163		127 721		
Exclusivement temps complet	127 776		127 241		119 765		112 818		119 838						
Exclusivement hospitalisation plein t	123 029		119 561		109 265										
Accueil en :															
hospitalisation plein temps	250 354	21 550 848	249 764	19 203 412	258 124	17 257 917	267 943	15 843 393	281 876	14 755 138			1 771	177 431	
centre de post -cure	1 048	123 120	1 289	143 810	2 044	167 280	1 792	163 267					1 280	193 789	
appartement thérapeutique	685	120 050	1 209	192 208	1 309	210 108	1 399	226 723					3 628	996 304	
accueil familial thérapeutique	2 644	725 830	3 006	815 835	3 816	1 072 321	3 720	1 038 997					1 210	140 878	
hospitalisation à domicile	666	78 458	1 148	121 928	1 413	137 786	1 494	138 674					8 937	76 757	
accueil à temps complet autre	5 004	66 536	5 986	102 985	6 513	110 632	9 466	75 959							

ANNEXE 4

_File active des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile - Evolution 1991-1993-1995-1997

	estimation nationale											
	1 991			1 993			1 995			1 997		
	patients	jours séances ou actes	patients	jours séances ou actes	patients	jours séances ou actes	patients	jours séances ou actes	patients	jours séances ou actes	patients	jours séances ou actes
File active totale	254 679		288 081		330 947		379 672					
vus pour la 1ère fois	123 372		142 810		164 586		184 899					
vus une seule fois	36 021		41 669		57 373		65 164					
Ambulatoire	235 382		261 105		310 024		364 577					
Exclusivement ambulatoire	213 490		241 957		290 624		330 402					
Soins ou interventions :												
au CMP ou en unité de consultation	212 029	2 604 234	247 314	2 903 067	283 856	3 292 337	326 260	3 301 765				
à domicile	11 177	138 248	11 346	129 258	10 646	90 238	11 149	86 604				
en institution substitutive au domicile	2 266	101 790	2 521	15 181	2 097	8 518	2 233	12 946				
en unité d'hospitalisation somatique	9 181	21 196	11 778	29 031	12 898	29 884	18 143	52 393				
en établissement médico-éducatif	2 928	16 618	4 094	21 294	4 552	19 485	4 967	13 755				
en PMI	8 232	15 238	5 538	19 394	7 623	21 644	10 177	36 483				
en milieu scolaire	14 659	40 385	19 858	62 396	23 888	75 709	27 736	78 910				
autre ambulatoire	15 480	124 239	24 529	212 197	33 864	170 439	40 414	180 548				
Temps Partiel	20 945		27 398		29 697		34 732					
Exclusivement temps partiel	6 211		8 665		7 507		8 985					
Accueil en :												
hospitalisation de nuit	196	8 473	260	11 026	320	9 784	470	16 210				
hospitalisation de jour	12 337	1 208 212	13 650	1 256 891	16 136	1 276 576	16 431	1 280 880				
CATTP	6 717	149 046	8 992	206 091	12 626	265 344	16 322	335 823				
autre temps partiel	3 568	75 479	4 780	97 524	4 859	113 941	5 123	92 470				
Temps Complet	7 642		8 635		8 967		9 825					
Exclusivement temps complet	2 760		2 798		2 775		2 910					
Exclusivement hospitalisation plein temps	1 997		2 088		1 845		2 029					
Accueil en :												
hospitalisation plein temps	5 587	578 690	6 225	521 325	6 058	418 807	6 593	384 491				
accueil familial thérapeutique	803	173 011	846	184 577	963	200 173	1 008	198 269				
hospitalisation à domicile	548	73 975	527	66 719	515	69 689	568	73 577				
accueil à temps complet autre	890	11 294	1 374	11 498	1 539	40 843	1 999	15 875				

