

## Cinquante ans de sectorisation psychiatrique en France : des inégalités persistantes de moyens et d'organisation

Magali Coldefy\*, Philippe Le Fur\*, Véronique Lucas-Gabrielli\*, Julien Mousquès\*

Cinquante ans après l'introduction en France de la politique de sectorisation en matière de lutte contre les maladies mentales, les secteurs psychiatriques, unités de base de la délivrance de soins en psychiatrie publique, se caractérisent par d'importantes disparités. Celles-ci concernent tant les moyens – humains, matériels et financiers – que l'engagement dans l'atteinte des objectifs de la politique de sectorisation.

Afin de rendre compte de ces disparités, une typologie des secteurs de psychiatrie adulte a été réalisée, qui propose une classification selon trois facteurs : la dotation en équipement et les moyens en personnel en fonction de la taille de la population résidente, la nature de l'offre et la gamme de soins et services fournis, ainsi que le recours aux soins.

Cette typologie, qui permet de dépasser les clivages entre secteurs psychiatriques bien dotés et sous-dotés, offre une analyse plus fine du fonctionnement et du degré d'achèvement de la politique de sectorisation en France, notamment en termes de développement des alternatives à l'hospitalisation à temps plein.

Comparée à d'autres pays, l'offre de soins française en psychiatrie peut être considérée comme quantitativement importante, notamment en termes d'équipement et de ressources humaines [WHO, 2005]. Elle peut également être qualifiée d'innovante, comme en témoigne l'organisation pionnière, en réseau, de son offre hospitalière publique sur la base d'une sectorisation géographique originale : le « secteur psychiatrique ». Ce dernier, mis en place par la circulaire de mars 1960 [Ministère de la Santé publique, 1960] constitue l'unité de base de la délivrance de soins en psychiatrie publique. Il dispense et coordonne, pour une aire géo-démogra-

phique de proximité, l'ensemble des soins et services nécessaires à la couverture globale des besoins : prévention, soins, postcure et réadaptation (Cf. Encadré p. 2). La prise en charge et la coordination des soins sont assurées par des équipes pluridisciplinaires. Avec 815 secteurs de psychiatrie générale, soit en moyenne un secteur pour 56 100 habitants âgés de plus de 20 ans, l'offre publique de psychiatrie représentait, en 2003, 80 % de l'activité psychiatrique réalisée par les établissements de santé.

La politique de sectorisation, largement influencée par le mouvement de désinstitutionnalisation prônée et soutenue par

l'OMS Europe depuis le début des années 1970, a été mise en œuvre dans nombre d'autres pays [Johnson, Thornicroft, 1993]. La politique européenne, principalement constituée en opposition à l'hospitalisation à temps plein dans des institutions spécialisées, s'est appuyée sur le développement des soins au sein ou au plus proche de l'hôpital général, du domicile, des familles, et plus généralement des lieux de vie des patients.

La politique de désinstitutionnalisation en France a cependant été très spéci-

\* Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes).  
Les auteurs tiennent à remercier Julie Chevalier et Isabelle Leroux pour leur collaboration.

## Les modes de prise en charge en psychiatrie adulte

[Coldefy, Bousquet (2002) ; Coldefy, Lepage (2007)]

Trois grands modes de prise en charge en psychiatrie adulte, mobilisés ou non de façon exclusive, peuvent être distingués : l'ambulatoire (86 % du nombre de patients vus au moins une fois dans l'année (la file active) en 2003 et 67 % de façon exclusive), le temps complet (25 % de la file active et 11,5 % de façon exclusive), et enfin le temps partiel (9 % de la file active et 1,5 % de façon exclusive). Au cours des dix dernières années, l'augmentation du recours a davantage concerné l'ambulatoire et le temps partiel [Coldefy, 2007].

**L'ambulatoire** définit l'ensemble des prises en charge qui ne font pas intervenir d'hospitalisation. Le plus souvent (76 % de la file active ambulatoire en 2003), les malades sont vus dans le cadre de consultations en centre médico-psychologique.

**Les centres médico-psychologiques (CMP)** sont des unités d'accueil et de coordination des soins. Ils organisent toutes les actions extrahospitalières des équipes soignantes en les articulant avec les unités d'hospitalisation, en termes de prévention, de diagnostic, et de soins et interventions à domicile ou en institutions substitutives au domicile (ex. structures médico-sociales, établissements pénitentiaires, etc.). Certains CMP sont également habilités à répondre à l'urgence psychiatrique. Ils se dénomment alors centres d'accueil permanent (CAP).

**La psychiatrie de liaison**, c'est-à-dire les soins ou interventions en unités d'hospitalisation somatique (de MCO), constitue la seconde grande modalité de prise en charge ambulatoire (20 % de la file active en 2003). L'activité ambulatoire comprend aussi des **soins et interventions à domicile ou en institutions substitutives au domicile** (17,5 % de la file active en 2003).

**La prise en charge à temps complet** se compose quasi-exclusivement de l'hospitalisation à temps plein (97 % de la file active à temps complet). Elle s'effectue dans des lieux de soins où les patients sont placés sous surveillance 24 heures sur 24. Elle est réservée aux situations aiguës et aux malades les plus atteints, qui requièrent des soins intensifs. Les autres modes de recours à temps complet prennent place tant à l'hôpital qu'en dehors, principalement dans les structures suivantes :

- le **centre de post-cure** : unité de moyen séjour destinée à assurer, après la phase aiguë de la maladie, le prolongement des soins actifs ainsi que les traitements nécessaires à la réadaptation en vue du retour à une existence autonome ;
- l'**hospitalisation à domicile (HAD)** : prise en charge thérapeutique au domicile du patient associée, s'il y a lieu, à des prestations d'entretien nécessitées par son état de dépendance ;
- l'**appartement thérapeutique** : unité de soins hors de l'hôpital mise à la disposition de quelques patients pour une durée limitée. Il vise à permettre au patient de mener une vie normale autant que possible, mais nécessite néanmoins le passage quotidien de personnels ;
- l'**accueil familial thérapeutique** : placement dans des familles d'accueil des patients de tous âges, dont le maintien ou le retour à leur domicile ou dans leur famille naturelle ne paraît pas souhaitable ou possible.

**Les prises en charge à temps partiel** se font au sein de structures plus ou moins médicalisées, ne donnant pas lieu à un hébergement, à l'exception de l'hôpital de nuit. Parmi elles :

- l'**hôpital de jour** (40 % de la file active à temps partiel) prodigue des soins polyvalents et intensifs durant la journée, un ou plusieurs jours par semaine ;
- l'**hôpital de nuit** (5 % de la file active à temps partiel) consiste en une prise en charge thérapeutique de fin de journée et une surveillance médicale de nuit, voire en fin de semaine ;
- les **centres d'accueil thérapeutique à temps partiel** (CATT, 59 % de la file active à temps partiel) dispensent des activités thérapeutiques (soutien et thérapie de groupe) et occupationnelles ayant pour but de favoriser la reconstruction de l'autonomie et la réadaptation sociale ;
- les **ateliers thérapeutiques** (AT, 4 % de la file active à temps partiel) fournissent des activités thérapeutiques (ex. ergothérapie) et occupationnelles (activités artisanales, artistiques ou sportives) ayant pour but de favoriser l'exercice d'une activité professionnelle ou sociale.

## REPÈRES

En 2002, le Conseil scientifique de la Cnamts a sollicité l'Irdes pour la réalisation d'une étude sur la psychiatrie. Dans un domaine ayant déjà fait l'objet de nombreux travaux, l'Irdes a choisi d'analyser l'impact des disparités dans l'offre de soins psychiatriques sur l'accès et le recours aux soins.

La première partie de l'étude, qui fait l'objet du présent *Questions d'économie de la santé*, a consisté à élaborer une typologie de l'offre de soins des secteurs de psychiatrie adulte en France métropolitaine.

Dans un second temps, une étude expérimentale sur le recours aux soins de ville en région Île-de-France a été réalisée, auprès notamment de psychiatres et de médecins généralistes libéraux [Coldefy *et al.*, à paraître en 2009]. Ces travaux se sont appuyés sur différentes sources de données mises à disposition par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) et l'Union régionale des caisses d'Assurance maladie d'Île-de-France.

territorial initial de la prise en charge de la santé mentale au sein du secteur psychiatrique, seul à même d'éviter la ségrégation des patients [Fourquet, Murard, 1980].

Bien que le secteur psychiatrique constitue un cadre organisationnel ou fonctionnel commun, les disparités de moyens (humains, matériels et financiers) et d'engagement dans l'atteinte des objectifs contribuent à faire de la sectorisation française une politique de santé en partie inachevée. Si les disparités de moyens ont déjà été assez largement analysées [Coldefy, Bousquet, 2002 ; Alluard, Coldefy, 2005], les disparités d'engagement ont, quant à elles, été davantage étudiées à l'échelon régional ou local que national [MNASM, 2005].

Cette politique s'inscrit aujourd'hui dans un contexte en mutation avec, d'ici à 2030, une baisse attendue (- 8 %) de la densité de psychiatres en France, aujourd'hui la plus élevée d'Europe [Attal-Toubert, Vanderschelden, 2009]. En parallèle, le recours à la psychiatrie ne cesse de croître [Coldefy, 2007], tandis que le contour légitime des missions dévolues respectivement à la psychiatrie et à la santé mentale est en questionnement [Ministère de la Santé, 2004]. Enfin, avec l'adoption

fique. Contrairement à d'autres pays, la politique de secteur ne s'est pas prononcée contre l'hospitalisation à temps plein en psychiatrie mais pour son « dépassement » [George, Tourne, 1994], les hospitalisations et leurs alternatives faisant partie d'un système de prise en charge unifié

et complémentaire qui semble prévaloir aujourd'hui au niveau européen. Cette position a abouti à l'absence de fermeture d'hôpitaux psychiatriques, contrairement à nos voisins européens tels que le Royaume-Uni ou l'Italie. La seconde spécificité française est l'ancrage

de la loi Hôpital, patients, santé, territoires (HPST), la politique de santé étend à la médecine de ville la notion de territorialisation de l'organisation de l'offre de soins.

L'évaluation du degré d'achèvement de la politique de sectorisation psychiatrique est notre objectif ici. Dans cette perspective, une typologie de l'offre des secteurs de psychiatrie adulte en France métropolitaine a été réalisée. Elle s'appuie sur les données des rapports d'activité des secteurs mais aussi sur des données environnementales sur l'offre sanitaire et sociale et la population couverte (Cf. encadré Sources ci-contre et encadré Méthode p. 6). Cette typologie permet de classer les secteurs selon trois facteurs : la dotation en équipement et les moyens en personnel relativement à la taille de la population résidente ; la nature de l'offre et la gamme des soins et services fournis ; et, enfin, le recours aux soins.

Pour chaque variable ou groupe de variables, la position des secteurs psychiatriques est déterminée en fonction de leur quartile d'appartenance, et donc de la médiane<sup>1</sup>. En choisissant d'analyser le niveau de couverture de la population résidente des secteurs et la nature des soins et services offerts, nous apportons un éclairage complémentaire aux précédentes études sur la sectorisation psychiatrique. Celles-ci étaient principalement centrées sur les moyens en équipement et en personnel des secteurs psychiatriques, en regard de leur activité constatée.

Dans un premier temps, nous présentons les facteurs qui distinguent le plus les secteurs psychiatriques entre eux puis, dans un deuxième temps, la typologie des secteurs en neuf classes.

### Des différences significatives de dotation en équipement et en personnel...

Les niveaux de dotation en équipement et en personnel non médical constituent le premier facteur de distinction entre les secteurs psychiatriques. Il s'agit, d'une

<sup>1</sup> La valeur médiane est celle qui sépare une population en deux parties égales. Les quartiles séparent une population en quatre parties d'effectif égal.

## SOURCES

L'analyse des disparités de l'offre en secteur de psychiatrie adulte a été effectuée à partir de différentes sources d'informations relativement complexes à manipuler, voire à créer :

- **les données sur les secteurs psychiatriques adultes**, dont les dernières disponibles datent de 2003, émanent de l'enquête périodique de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) : les rapports d'activité de secteurs (RAS)<sup>a</sup>. Cette enquête, principalement centrée sur l'équipement et le personnel (capacité d'accueil en lits et/ou places selon le type de structure, effectif et ETP du personnel médical et non médical), ainsi que sur l'activité (file active et journées par nature de prise en charge), appréhende également les modalités de l'organisation de l'offre et de la prise en charge (conditions d'accueil, accessibilité et modalités de prise en charge). Pour des raisons techniques, l'analyse porte sur 794 secteurs adultes métropolitains sur les 815 secteurs psychiatriques recensés en 2003, soit 97,4 % de l'ensemble ;
- **les données sur l'environnement** dans lequel s'inscrit le secteur. Celles-ci documentent :
  - les caractéristiques de la population résidente ou de son environnement, à partir des données du recensement général de population de 1999, qui comprennent : la taille de la population et des ménages ; sa répartition selon l'âge, le statut socioprofessionnel, la situation par rapport à l'occupation et l'emploi, le niveau d'éducation, la nature et l'ancienneté du bâti<sup>b</sup> ;
  - les caractéristiques de l'offre sanitaire et sociale au niveau départemental : les densités de médecins libéraux – dont les psychiatres libéraux (à partir du Snir 2003, Eco-Santé Régions & Départements 2007) –, de psychologues libéraux (extraction des Pages Jaunes en février 2007), et de lits psychiatriques dans les établissements privés sous objectif quantifié national (à partir de la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) de 2003) ; les taux départementaux d'équipement en structures pour personnes âgées et handicapées (à partir de l'enquête sur les Établissements médico-sociaux (ES) 2001), ainsi qu'en lits de maison de retraite (à partir de l'enquête sur les Établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) de 2003)<sup>c</sup>.

a Avant 1999, cette enquête était réalisée par le Service d'études, de statistiques et d'information (Sesi) du ministère de la Santé. Les dernières données collectées en 2008 ne seront pas disponibles avant fin 2009.

b Ces données, recueillies initialement au niveau du quartier (IRIS) par l'Insee, ont été agrégées au niveau des secteurs de psychiatrie dans le cadre d'une convention Insee-Drees.

c Ces trois dernières enquêtes SAE, ES et EHPA sont produites par la Drees.

part, des moyens à temps complet, et plus précisément en lits d'hospitalisation à temps plein ; et, d'autre part, à temps partiel, pour toutes les modalités de prise en charge. Les moyens en personnel non médical (infirmiers, personnels soignants ou socio-éducatifs) sont également déterminants. Les secteurs psychiatriques rattachés à des centres hospitaliers (CH), moins bien dotés que la médiane des secteurs psychiatriques, s'opposent à ceux rattachés à des centres hospitaliers spécialisés (CHS), mieux dotés que la médiane. En outre, les secteurs aux dotations inférieures à la médiane ont des taux de recours également faibles, qu'il s'agisse de temps complet ou de temps partiel, et inversement pour les secteurs aux dotations importantes.

Le second facteur renvoie aux moyens en psychiatres et en personnel spécialisé,

comme les psychologues ou le personnel socio-éducatif et de rééducation. Ainsi, les secteurs psychiatriques implantés en zone rurale et dont la population résidente est âgée – comptant de nombreuses structures d'accueil pour adultes handicapés – se distinguent des secteurs franciliens par la sous-dotation de ce type de personnel. Ces derniers, fortement dotés en personnel spécialisé, se caractérisent par une grande accessibilité avec une forte proportion de centres médico-psychologiques ouverts au moins deux soirs par semaine après 18 heures, des structures d'accueil des urgences de type centre de crise ou centre d'accueil permanent, une faible proportion d'infirmiers exerçant en unité d'hospitalisation à temps plein et, enfin, une faible activité orientée vers les institutions substitutives au domicile (comme les maisons de retraite ou les établissements pénitentiaires).

T1

## Statistiques descriptives de la partition en 9 classes des secteurs psychiatriques

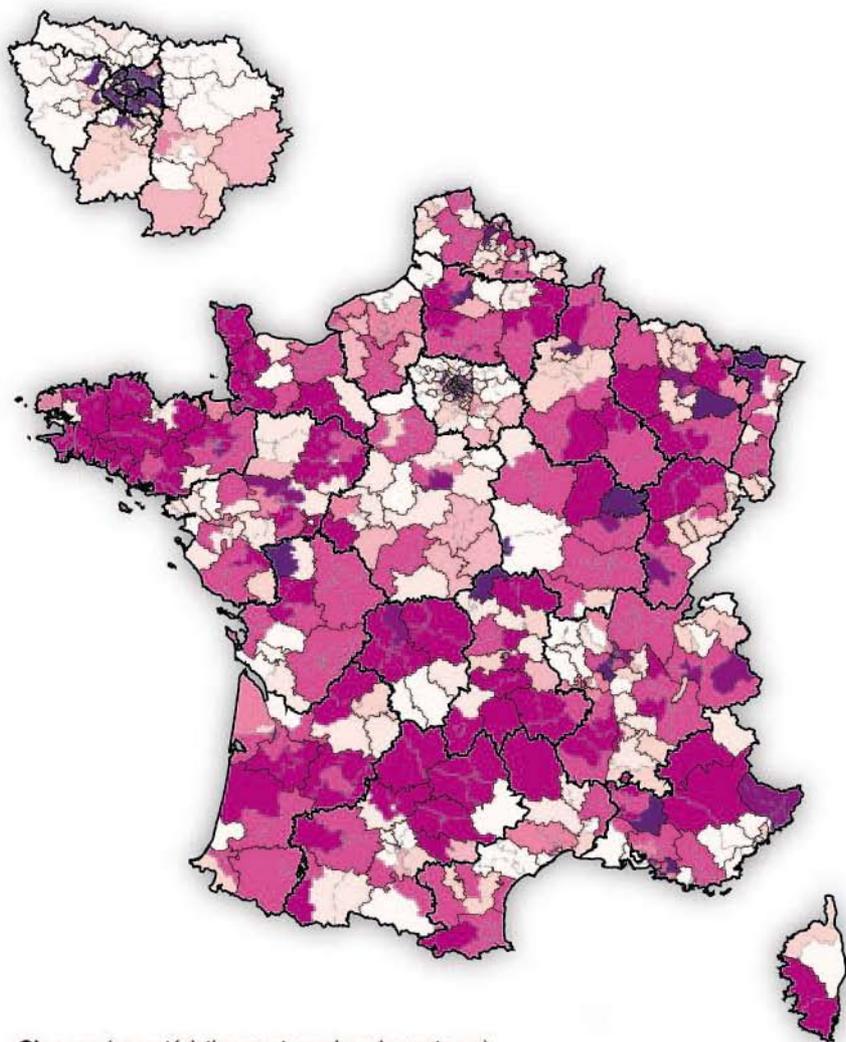
Caractéristiques des classes	Secteurs très bien dotés			Secteurs moyennement dotés		Secteurs peu dotés			
	Classe 6	Classe 2	Classe 1	Classe 3	Classe 4	Classe 7	Classe 8	Classe 5	Classe 9
	<ul style="list-style-type: none"> <li>6 Secteurs franciliens très bien dotés en personnel médical</li> <li>2 Secteurs urbains bien dotés en équipement varié</li> <li>1 Secteurs ruraux bien dotés en personnel non médical et équipement</li> <li>3 Secteurs moyennement dotés en personnel et équipement</li> <li>4 Secteurs moyennement dotés rattachés à des CHR</li> <li>7 Secteurs atypiques sans hospitalisation à temps plein</li> <li>8 Secteurs faiblement dotés en personnel et en alternatives</li> <li>5 Secteurs aux problèmes de démographie médicale importants</li> <li>9 Secteurs faiblement dotés avec forte orientation somatique</li> </ul>								
Nombre de secteurs dans la classe	93	36	132	184	57	23	80	86	103
Pourcentage de la classe dans l'ensemble des secteurs	11,8	4,0	16,7	23,3	7,2	2,9	10,1	10,9	13,0
<b>Équipement</b>									
Nombre moyen de centres médico-psychologiques (CMP)	1,5	2,4	3,7	2,9	2,9	2,2	1,8	2,3	2,3
Nombre moyen de centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) et d'ateliers thérapeutiques (AT)	1,2	1,5	2,8	2,3	1,6	1,3	1,1	1,7	0,9
Places en hôpital de jour*	30,9	93,0	82,8	49,3	89,0	23,2	2,7	35,5	25,4
Places en hôpital de nuit*	3,6	11,5	5,5	4,7	8,7	0,2	1,0	3,1	2,7
Places en centres de crise ou centres d'accueil permanent*	3,0	0,1	1,2	0,0	0,6	0,0	0,0	0,1	0,2
Lits d'hospitalisation temps plein*	104	317	241	172	166	316	112	98	54
Taux de lits théoriquement occupés à temps plein depuis plus d'un an	22,5	6,4	22,5	15,5	6,4	2,0	13,2	15,1	27,5
Lits de prise en charge temps complet, hors hospitalisation à temps plein*	49,2	33,9	18,6	16,3	10,6	4,2	6,8	7,8	5,2
<b>Personnel</b>									
Équivalents temps plein (ETP) de psychiatres*	16,1	13,5	11,7	8,8	11,0	7,9	10,3	7,3	9,2
ETP d'internes*	3,1	3,8	1,3	1,3	3,5	0,6	2,1	1,0	0,5
ETP de médecins non psychiatres*	0,9	0,9	2,8	1,6	0,3	0,7	0,6	1,6	0,5
ETP d'infirmiers*	99,3	137,8	171,7	114,1	109,4	50,6	74,5	94,8	54,0
ETP de psychologues*	8,9	6,6	7,4	5,3	5,8	5,3	5,0	4,5	5,1
ETP de personnel de rééducation-réinsertion*	4,7	1,6	1,9	1,5	1,2	0,5	1,4	1,4	1,6
ETP de personnel socio-éducatif*	7,3	6,8	7,3	4,6	4,5	2,8	3,7	4,0	2,9
ETP de soignants*	40,5	56,3	69,9	42,3	31,4	22,7	26,4	25,8	16,8
<b>Ouverture - Communauté</b>									
Pourcentage de CATTP, d'AT et de CMP situés en dehors de l'hôpital	95,4	95,4	87,8	90,1	83,8	86,2	87,5	84,2	87,8
Pourcentage de lits ou places en dehors de l'hôpital	39,8	30,0	30,2	24,9	28,2	74,4	18,9	31,2	33,7
Pourcentage de places alternatives à l'hospitalisation à temps plein (HTP)	37,8	34,1	31,7	29,7	41,3	41,8	8,5	32,5	37,4
Pourcentage d'ETP du personnel médical travaillant en unité HTP	48,3	53,9	55,4	61,1	50,8	25,9	58,3	61,5	47,4
Pourcentage d'ETP des infirmiers et cadres travaillant en unité HTP	62,0	63,0	65,6	69,0	69,3	24,2	70,9	68,1	60,9
Pourcentage des ETP consacrés à la psychiatrie de liaison	6,5	1,9	4,2	2,6	4,3	10,5	3,8	2,2	7,8
Pourcentage des ETP consacrés aux interventions en urgence	3,7	2,9	2,3	2,7	6,3	7,1	4,7	3,1	11,8
<b>Accessibilité - Accueil</b>									
Pourcentage de CMP ouverts au moins 2 jours/semaine après 18 heures	77,3	54,7	30,0	29,9	43,7	24,2	52,3	37,0	44,3
Pourcentage de CMP ouverts tout au long de l'année (y c. été)	97,3	87,8	87,3	92,3	74,0	96,6	94,9	93,0	87,7
Pourcentage d'hôpitaux de jour ouverts tout au long de l'année (y c. été)	88,6	63,4	83,8	81,6	79,0	81,1	80,0	89,2	90,3
Pourcentage de secteurs dont tous les lits d'hospitalisation à temps plein sont implantés géographiquement dans le secteur	24,5	38,9	62,1	42,9	52,6	30,4	47,5	69,8	61,2
<b>Activité</b>									
File active totale	1 578	1 361	1 813	1 438	1 514	1 227	1 448	1 374	1 485
Durée moyenne d'hospitalisation cumulée dans l'année (en journées)	42,1	45,2	49,3	46,2	39,9	39,4	42,8	41,9	34,2
Taux d'occupation des lits	90	96	92	92	92	92	90	87	88

\* pour 100 000 habitants de plus de 20 ans

Sources: Rapport d'activité des secteurs de psychiatrie, 2003, Drees ; Recensement général de Population, 1999, Insee.

C1

## Typologie des secteurs de psychiatrie générale en 2003

**Classes (caractéristiques et nombre de secteurs)**

- 6** Secteurs franciliens très bien dotés en personnel médical (93)
- 2** Secteurs urbains bien dotés en équipement varié (36)
- 1** Secteurs ruraux bien dotés en personnel non médical et équipement (132)
- 3** Secteurs moyennement dotés en personnel et équipement (CHS) (184)
- 4** Secteurs moyennement dotés rattachés à des centres hospitaliers régionaux (57)
- 7** Secteurs atypiques sans hospitalisation à temps plein (23)
- 8** Secteurs faiblement dotés en personnel et en alternatives (80)
- 5** Secteurs aux problèmes de démographie médicale importants (86)
- 9** Secteurs faiblement dotés avec forte orientation somatique (103)

**Limites géographiques**

-  Limites des secteurs
-  Limites des établissements de rattachement
-  Limites régionales

**Sources :** Rapport d'activité des secteurs de psychiatrie, 2003, Drees ; Recensement général de Population, 1999, Insee ; Enquêtes SAE 2003, ES 2001, EHPA 2003, Drees.

**Exploitation et cartographie :** Irdes.

### ... ainsi que dans la réponse à l'urgence et le développement des alternatives à l'hospitalisation à temps plein

Le troisième facteur distingue les secteurs selon leur niveau d'activité ambulatoire, plus particulièrement en urgence (psychiatrie de liaison vers les unités somatiques et interventions en institutions substitutives au domicile). Il oppose les secteurs psychiatriques rattachés à un CHS, à relativement faible activité ambulatoire, à ceux rattachés à un CH et ayant une importante activité ambulatoire du fait de leur activité de liaison.

Un quatrième facteur différencie les secteurs psychiatriques, celui de l'intensité de l'engagement dans le développement des alternatives à l'hospitalisation à temps plein. Les secteurs ayant peu développé ces alternatives font face à un taux de recours très important en ambulatoire comme à temps complet, et mobilisent ainsi une grande partie du personnel. Ces secteurs ont peu de possibilité de recours aux dispositifs intersectoriels de prise en charge ambulatoire ou à temps partiel qui permettent de mutualiser les moyens. Ils sont localisés dans des départements où l'offre de psychiatrie libérale est restreinte.

En revanche, les secteurs psychiatriques ayant développé des alternatives à l'hospitalisation à temps plein sont également ceux pour qui le recours à des dispositifs intersectoriels pour différentes modalités de prise en charge est important. Ils sont implantés dans des départements où l'offre psychiatrique des établissements privés est conséquente.

Le dernier facteur oppose les secteurs psychiatriques selon qu'ils déclarent rencontrer ou non des difficultés à prendre en charge leurs patients en hospitalisation à temps plein ou partiel.

Ainsi, la typologie construite à partir de ces cinq facteurs discriminants décline une classification en neuf types de secteurs psychiatriques. Ceux-ci peuvent être positionnés sur un gradient allant des plus dotés aux moins bien dotés, en regard de la médiane française. Le tableau 1 (p. 4) présente les principales statistiques descriptives de ces secteurs psychiatriques

## MÉTHODE

### De la transformation des données à la typologie

La comparaison de l'offre des secteurs de psychiatrie s'appuie sur la construction des indicateurs suivants :

- **la dotation en équipement et en personnel**, en rapportant les moyens en personnel (le nombre d'équivalents temps plein (ETP)) et les dotations en équipement (le nombre de structures de lits et/ou de places selon leur nature) à la population résidente de 20 ans ou plus couverte par le secteur<sup>a</sup> ;
- **la nature des soins et services rendus** se décline, d'une part, en termes d'accessibilité (ex. : la proportion de lits et/ou places implantés en dehors des murs de l'hôpital ; le nombre de journées d'ouverture hebdomadaire des centres médico-psychologiques) et, d'autre part, en termes de gamme de soins et services (ex. : le pourcentage d'alternatives au temps plein rapporté au nombre total de lits et places – le taux de diversification –, le pourcentage d'ETP médical ou non travaillant en unité d'hospitalisation à temps plein) ;
- **le recours aux soins** : les taux de recours selon les modes de prise en charge (en nombre de journées rapportées à la population résidente) ; la durée d'hospitalisation (en nombre de journées d'hospitalisation à temps plein rapporté à la file active hospitalisée à temps plein) ; le taux d'occupation (en nombre de journées d'hospitalisation à temps plein rapporté au nombre de lits d'hospitalisation temps plein multiplié par le nombre de journées dans l'année).

Les variables continues ont été transformées en quartiles afin, d'une part, d'analyser conjointement les variables d'offre qualitatives et quantitatives et, d'autre part, de faire ressortir les secteurs très bien dotés (quartile 4) et sous-dotés (quartile 1).

L'analyse repose sur une Analyse des correspondances multiples (ACM) associée à une Classification ascendante hiérarchique (CAH). Dans l'ACM, aux variables d'origine d'offre mentionnées ci-dessus (variables actives), sont substituées les combinaisons linéaires (composantes principales), afin de dégager les proximités ou oppositions entre les secteurs sur la base des variables actives (les axes factoriels). Les variables d'environnement du secteur présentées dans l'encadré Sources (p. 3), comme les sous-ensembles des variables d'offre ci-dessus, ne sont mobilisées que de façon illustrative. Dans la CAH, les secteurs sont découpés en classes homogènes du point de vue de l'offre, en fondant la construction des classes sur les axes factoriels définis par l'ACM.

<sup>a</sup> Juridiquement, les secteurs de psychiatrie couvrent des populations de 16 ans ou plus, mais les adolescents sont suivis dans les secteurs adultes comme dans les secteurs infanto-juvéniles. La disponibilité des données par âge détaillé à un niveau géographique fin nous a contraints à rapporter les indicateurs à la population de 20 ans ou plus.

et la carte 1 (p. 5) illustre leur répartition sur le territoire, selon leur région et leur établissement de rattachement.

#### Les secteurs psychiatriques bien dotés : divers types d'alternatives à l'hospitalisation à temps plein

S'agissant des secteurs caractérisés comme « bien dotés » en regard de la médiane française, trois groupes se dégagent : les classes 1, 2 et 6, qui partagent des dotations en équipement et des moyens en personnel importants. Ces classes se distinguent toutefois par la nature des personnels et des équipements développés, par une activité plus ou moins importante, un environnement géographique très contrasté et, enfin, par des modes d'organisation, de prise en charge et de fonctionnement bien différents. Ces variations traduisent des stratégies diversifiées dans la réalisation de la politique de sectorisation.

Ainsi, dans la classe 1, moyennement dotée en personnel médical, les alternatives à l'hospitalisation à temps plein sont relativement classiques (hôpital de jour, CATTP, atelier thérapeutique) et souvent développées à l'intérieur de l'enceinte hospitalière. D'autre part, ces secteurs sont davantage implantés en zone rurale, et souvent rattachés à des établissements privés participant au service public. Ils doivent faire face à une forte activité de soins en institution substitutive au domicile du fait de l'importance des structures médico-sociales et d'hébergement pour personnes âgées dans leur environnement. Les taux de recours à ces secteurs sont importants, de même que les durées moyennes de séjour.

À l'inverse, les secteurs psychiatriques de la classe 2 bénéficient d'une dotation supérieure en personnel médical, psychiatrique et non psychiatrique. Leurs moyens en personnel, en regard de leur file active,

- c'est-à-dire du nombre de patients vus au moins une fois sur une période d'un an - sont nettement favorables. Les secteurs de cette classe, fréquemment rattachés à des CHS, ont développé plus d'alternatives à temps complet et ont cherché à installer davantage leurs structures en dehors de l'enceinte hospitalière. Ces secteurs s'opposent aux précédents par leur implantation urbaine, une offre libérale importante et une faible densité de structures sociales et médico-sociales sur leur territoire.

La classe 6 apparaît la plus dotée en personnel médical (psychiatres et internes) et correspond à des secteurs attractifs pour la profession. Les psychologues et les personnels socio-éducatifs sont également bien représentés dans ces secteurs. En revanche, le personnel soignant et infirmier est plutôt inférieur à la moyenne et de fréquentes vacances de postes sont à signaler pour ces professionnels. Ces secteurs, qui ont fortement développé les alternatives à l'hospitalisation à temps plein, se distinguent surtout par la mise en place de structures de réponse à l'urgence. Le nombre limité de structures ambulatoires ou à temps partiel est compensé par des accessibilités horaires importantes et des implantations en dehors de l'hôpital. Ces secteurs sont essentiellement situés dans Paris et la première couronne, le tissu urbain dense permettant d'expliquer le faible nombre global de structures.

#### Les secteurs psychiatriques dans une position médiane : des différences dans la nature des modes de prise en charge à temps partiel

Les classes 3 et 4 de la typologie se situent dans une position médiane s'agissant des moyens en personnel et des dotations en équipement des secteurs de psychiatrie. Les secteurs de ces deux classes se différencient essentiellement par la nature des prises en charge à temps partiel, et par la catégorie de l'établissement de rattachement. Les secteurs psychiatriques de la classe 3 sont essentiellement rattachés à des CHS et ont beaucoup développé les CATTP et les ateliers thérapeutiques. À l'inverse, les secteurs de la classe 4 sont pour la plupart rattachés à des centres hospitaliers régionaux universitaires

(CHRU) et ont privilégié le développement de l'hospitalisation de jour aux autres modalités de prise en charge à temps partiel. Ces derniers déclarent davantage de difficultés à hospitaliser un patient le jour même et les délais d'attente pour une première consultation hors urgence sont longs. À dotation équivalente, la destination générale ou spécialisée de l'établissement semble ici influencer sur le choix des outils thérapeutiques.

**Les secteurs psychiatriques moins bien dotés : de fortes disparités en termes de moyens et de développement des alternatives à l'hospitalisation à temps plein**

Les classes 5, 7, 8 et 9 de la typologie, « moins bien dotées », sont disparates en termes de fonctionnement. Si les secteurs de la classe 8 apparaissent faiblement dotés en personnel infirmier, éducatif et social, leur implantation urbaine leur permet d'attirer des médecins psychiatres, les plaçant ainsi dans la moyenne pour le personnel médical. Leur dotation en équipement est faible quelle que soit sa nature, mais le faible nombre de CMP est compensé par une ouverture horaire importante. Le faible développement des alternatives à l'hospitalisation dans ces secteurs empêche cependant les patients de bénéficier d'une prise en charge plurielle et diversifiée. La classe 7 apparaît assez atypique. Elle se démarque essentiellement par son absence d'offre de soins à temps complet, l'hospitalisation dans ces secteurs étant souvent gérée à travers un dispositif intersectoriel. Les classes 5 et 9 ont en commun leur rattachement plus fréquent à des centres hospitaliers généraux. Mais l'intensité de la « sous-dotation » en personnel médical et non médical est plus forte dans la classe 9 que dans l'ensemble des secteurs. Il en est de même pour l'équipement. Alors que les secteurs de la classe 5 présentent des valeurs médianes en matière de lits et de places à temps complet et partiel, ainsi qu'en matière de développement des alternatives à l'hospitalisation à temps plein, les secteurs de la classe 9 sont très faiblement dotés de telles structures. Cette dernière classe de secteurs se trouve dans une situation particulièrement critique. En effet, à cette sous-dotation relative

s'ajoute une forte activité d'intervention dans les services d'urgence et autres unités de soins somatiques, du fait de l'implantation de ces secteurs à l'hôpital général. Cette activité vient ainsi mobiliser une part importante de leur personnel, déjà fortement réduit.

\* \* \*

Cette typologie permet de rendre compte des disparités en termes d'offre de soins en secteur de psychiatrie générale en France métropolitaine. Elle contribue à dépasser les clivages entre secteurs bien dotés et sous-dotés, pour analyser plus finement le fonctionnement et le degré d'achèvement de la politique de sectorisation en France, notamment en termes de développement des alternatives à l'hospitalisation à temps plein.

Les disparités observées ne semblent pas compensées par une offre globale proposée par les établissements de rattachement. En effet, comme on peut l'observer sur la carte 1, les établissements de rattachement se composent de façon majoritaire ou exclusive de secteurs psychiatriques de même type. Les situations dans lesquelles un établissement est composé d'une variété de secteurs complémentaires sont donc rares.

Ainsi, la politique de sectorisation ne semble pas constituer un ensemble homogène en termes de niveau de dotation et d'équilibre entre soins à temps plein et alternatives, même sur le plan d'une aire géo-populationnelle agrégeant plusieurs secteurs psychiatriques comme les établissements de rattachement.

Dans un récent rapport, Edouard Couty réaffirme la place du secteur psychiatrique comme « base territoriale de la santé mentale et de la psychiatrie » en tant que niveau de proximité [Couty, 2009]. À travers la mise en place de groupements locaux de coopération (GLC) pour la santé mentale, il propose une réforme importante de l'organisation et du financement des soins sectorisés, soutenue également dans un autre rapport du Sénat [Milon, 2009]. Les secteurs psychiatriques verraient leurs moyens extra-hospitaliers figurer au sein du GLC dont ils seront membres,

tandis que les moyens intra-hospitaliers demeureront dans leurs établissements de rattachement. Il peut s'agir d'une étape décisive dans l'achèvement de la mise en œuvre de la politique de sectorisation, voire de son renouvellement, en intégrant davantage les autres partenaires de la prise en charge de la santé mentale et en déplaçant le centre de la prise en charge de l'hôpital vers la « communauté ». Néanmoins, cette réforme peut conduire à une rupture de la continuité des soins pour les patients entre prises en charge ambulatoire et hospitalière - continuité et unité de prise en charge étant à la base de la psychiatrie de secteur - et cet aspect inquiète une partie des professionnels du secteur.

À l'heure où l'approche territoriale de l'organisation des soins gagne la médecine de ville – comme en témoigne, dans le cadre des SROS 3, l'élaboration de « projets médicaux de territoire » et d'« objectifs quantifiés d'offre de soins » territorialisés, ainsi que la création des futures agences régionales de santé –, il convient d'en tenir compte dans la structuration des données administratives.

Dans cette étude, l'utilisation principale des rapports d'activité de secteurs pour décrire l'activité psychiatrique en France présente toutefois certaines limites. Dans le cas présent, seule la psychiatrie publique sectorisée est prise en compte. Faut de données disponibles, l'activité fournie par les services de psychiatrie dans les hôpitaux publics non sectorisés (notamment certains CHU) et les établissements privés (lucratifs ou non lucratifs hors secteur) est exclue, de même que celle fournie par les professionnels de santé libéraux.

Enfin, cette recherche présente un grand intérêt en matière d'évaluation d'une politique publique territoriale de santé. Les difficultés rencontrées pour faire « parler » les bases de données administratives existantes dans une langue territoriale commune posent en effet question, alors même que le secteur psychiatrique est considéré comme l'unité géographique de l'organisation de l'offre publique hospitalière en psychiatrie. ♦

