

La psychiatrie sectorisée

LES SECTEURS DE PSYCHIATRIE GÉNÉRALE

Magali Coldefy*

La prise en charge publique en santé mentale se fonde sur une sectorisation géographique. En 2003, 817 secteurs de psychiatrie générale étaient effectivement mis en place en France¹, soit en moyenne un secteur pour 59 000 habitants âgés de 16 ans ou plus. Chaque secteur dispose d'une équipe pluridisciplinaire (voir l'article p. 107), rattachée à un établissement de soins qui prend en charge des patients selon des modes et dans des lieux variés : en ambulatoire, à temps partiel ou à temps complet, dans des structures de soins du secteur, dans des établissements sanitaires, médico-sociaux ou à domicile (encadré 1).

Au début des années 1960, les textes mettant en place la sectorisation psychiatrique prévoyaient que chaque secteur couvre un territoire d'environ 67 000 habitants (tous âges confondus), en référence aux normes de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) de l'époque en matière de nombre de lits par habitants². Dans les faits, l'évolution démographique a plutôt accentué les disparités initiales : en 2003, les secteurs de psychiatrie générale couvraient entre 33 000 et 133 000 habitants³ et la moitié d'entre eux, une population comprise entre 61 000 et 82 000 habitants.

De plus, l'étendue géographique des secteurs est inégale selon qu'ils couvrent une zone à caractère rural ou urbain. En effet, l'hôpital de rattachement n'est pas toujours situé dans la zone géographique de son secteur : ce n'est le cas que pour la moitié d'entre eux⁴. Pour ces derniers, la distance entre la commune la plus éloignée et les lits d'hospitalisation à temps plein est de 47 kilomètres en moyenne et elle dépasse 65 kilomètres pour un quart d'entre eux. Le temps moyen de trajet (en transport public ou à défaut en voiture) est donc de 59 minutes. Cette situation nécessite une organisation spécifique des secteurs éloignés de l'établissement de rattachement, en matière d'équipes mais aussi d'activité intra-hospitalière, et peut avoir des conséquences sur les pratiques de ces secteurs.

En 2003, la majorité des secteurs (55 %) étaient rattachés à un établissement public de santé spécialisé en psychiatrie (ex-centre hospitalier

* DREES.

1. Les textes recensent 830, mais certains secteurs n'ont pas été mis en place, d'autres ont fusionné.
2. L'OMS préconisait un taux d'équipement de 3 lits pour 1 000 habitants dans des services d'au maximum 200 lits. Cela s'est traduit par la création de secteurs de 200 lits pour une population d'environ 67 000 habitants. Ces normes devaient bien entendu être adaptées en fonction du territoire.
3. Données écartées de 1 % aux deux extrémités de la distribution.
4. Les données qui suivent sont issues de l'exploitation des rapports d'activité des secteurs de psychiatrie générale pour l'année 2003.

ENCADRÉ 1

Les modes de prise en charge en psychiatrie**Les prises en charge ambulatoires**

Le plus souvent, les malades sont vus dans le cadre de consultations en centre médico-psychologique (CMP). Les CMP sont des unités de coordination et d'accueil en milieu ouvert, organisant des actions de prévention, de diagnostic, de soins ambulatoires et d'interventions à domicile. Depuis la circulaire de 1990, le CMP est conçu comme le pivot du dispositif de soins du secteur. Il a pour mission d'organiser et de coordonner toutes les actions extra-hospitalières, en lien avec les unités d'hospitalisation.

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

Les CMP sont également chargés de coordonner les visites effectuées par les équipes soignantes des secteurs – ces visites ont lieu à domicile ou dans les institutions substitutives (structures médico-sociales, établissements pénitentiaires, etc.).

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

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

Les prises en charge à temps partiel

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

- Les hospitalisations en hôpital de jour : des soins polyvalents et intensifs sont prodigués durant toute ou partie de la journée, pendant un ou quelques jours par semaine. Les protocoles thérapeutiques sont individualisés et sont en principe révisés périodiquement pour éviter la « chronicisation », c'est-à-dire le fait d'être hospitalisé longtemps, et préparer la réinsertion dans le milieu de vie.
- Les prises en charge dans les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) : les CATTP ont pour objectif de maintenir ou favoriser une existence autonome par des actions de soutien et de thérapie de groupe. Ils se différencient a priori des structures précédentes sur plusieurs points :
 - la venue en CATTP se fait de manière plus discontinue ;
 - du fait de leurs activités thérapeutiques et occupationnelles, les CATTP agissent en principe en aval de l'hôpital de jour : ils s'adressent à des patients plus stabilisés sur le plan symptomatique et leur activité est davantage orientée vers la reconstruction de l'autonomie et la réadaptation sociale ;
 - les équipes soignantes y sont en général plus réduites et moins médicalisées.

Selon les experts, malgré les différences de principes entre ces deux types de structures, il est en pratique parfois difficile de les distinguer en termes d'activité. Cela s'explique notamment par le fait que le CATTP est une formule plus souple qui semble plus

aisée à mettre en place que l'hôpital de jour. En particulier, le CATTP n'est pas obligé d'enregistrer sa capacité d'accueil à la carte sanitaire. Il n'a donc pas besoin d'avoir une autorisation préalable de création par les autorités sanitaires, ni de fermer des lits quand il veut créer des places d'hospitalisation à temps partiel, en application des règles de la planification hospitalière en vigueur en 2003. Enfin, le CATTP mobilise moins de ressources humaines et matérielles que l'hôpital de jour.

- Les prises en charge en ateliers thérapeutiques : ces ateliers utilisent des techniques de soins particulières, notamment des groupes ergothérapeutiques, pour réhabiliter les patients à exercer une activité professionnelle ou sociale, via des pratiques artisanales, artistiques ou sportives. Il s'agit d'une réadaptation, cherchant à développer les capacités relationnelles des patients, qui peut être couplée à d'autres formes de prises en charge thérapeutiques au sein du secteur. Les personnels qui interviennent sont très diversifiés : infirmiers, ergothérapeutes, éducateurs, enseignants, psychologues, etc. Ces structures doivent de préférence être implantées en dehors de l'hôpital.

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

Les prises en charge à temps complet

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

- Les centres de post-cure : ce sont des unités de moyen séjour destinées à assurer, après la phase aiguë de la maladie, le prolongement des soins actifs, ainsi que les traitements nécessaires à la réadaptation en vue du retour à une existence autonome. Même installés dans l'enceinte de l'hôpital, les centres de post-cure doivent être clairement différenciés des locaux d'hospitalisation à temps plein.

- Les appartements thérapeutiques constituent des unités de soins à visée de réinsertion sociale. Par principe, ils sont installés en dehors de l'enceinte de l'hôpital et intégrés dans la cité. Ils sont mis à la disposition de quelques patients pour une durée limitée et sont censés leur permettre de mener une vie la plus normale possible. Ils nécessitent néanmoins une présence importante, sinon continue, de personnels soignants.

- L'hospitalisation à domicile (HAD) : les services d'HAD en psychiatrie organisent des prises en charge thérapeutiques au domicile du patient, associées à des soins d'entretien selon l'état de dépendance du patient. Il s'agit de soins réguliers, voire quotidiens. Ce mode d'hospitalisation permet au patient de redécouvrir les gestes de la vie quotidienne dans son cadre habituel et garantit la continuité des soins.

- Les placements en accueil familial thérapeutique permettent de placer dans des familles d'accueil des malades mentaux de tous âges, pour lesquels le maintien ou le retour à leur domicile ou dans leur famille naturelle ne paraît pas souhaitable ou possible. Ils s'adressent à des patients pour lesquels une prise en charge sociale et affective est indispensable en complément du suivi thérapeutique.

spécialisé), 37 % à un établissement public de santé non spécialisé (centre hospitalier ou centre hospitalier régional) et 8 % à un établissement privé de santé spécialisé participant au service public et financé, comme les établissements publics, par dotation globale.

Les patients pris en charge par les secteurs de psychiatrie générale

Forte hausse du nombre de patients pris en charge entre 1989 et 2003

Les secteurs de psychiatrie générale ont suivi en 2003 plus de 1,2 million de patients (1 500 en moyenne par secteur), soit 74 % de plus qu'en 1989 (tableau 1). Le taux de recours⁵ est ainsi passé de 17 patients pour 1 000 habitants de plus de 20 ans en 1989, à 21 en 1995, 26 en 2000, où il semble se stabiliser puisqu'il a atteint 27 en 2003. Ce taux varie dans un rapport de 1 à 7⁶ selon les secteurs, ce qui s'explique en partie par la présence plus ou moins forte d'une offre psychiatrique complémentaire (hospitalière ou de ville), non sectorisée, sur le territoire (carte 1).

TABLEAU 1

Évolution des files actives selon les modalités de prise en charge entre 1989 et 2003

	1989	1993	1997	2000	2003
File active totale	708018	832681	1036049	1148354	1228495
vus pour la première fois	293399	360714	468014	494672	495443
vus une seule fois	171046	192382	260847	282847	299332
Ambulatoire	561 241	686 173	895 307	981 763	1 051 036
exclusivement ambulatoire	426 236	494 742	668 504	750 771	830 365
Temps partiel	61 255	88 915	115 610	125 460	116 299
exclusivement temps partiel	10 149	11 623	16 226	18 590	16 537
Temps complet	255 291	267 831	292 743	305 863	310 699
exclusivement temps complet	127 776	119 765	127 721	137 776	139 567
exclusivement hospitalisation à temps plein	123 029	109 265	119 838	126 396	131 944

Champ • France entière.

Sources • Rapports d'activité des secteurs de psychiatrie, DREES.

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

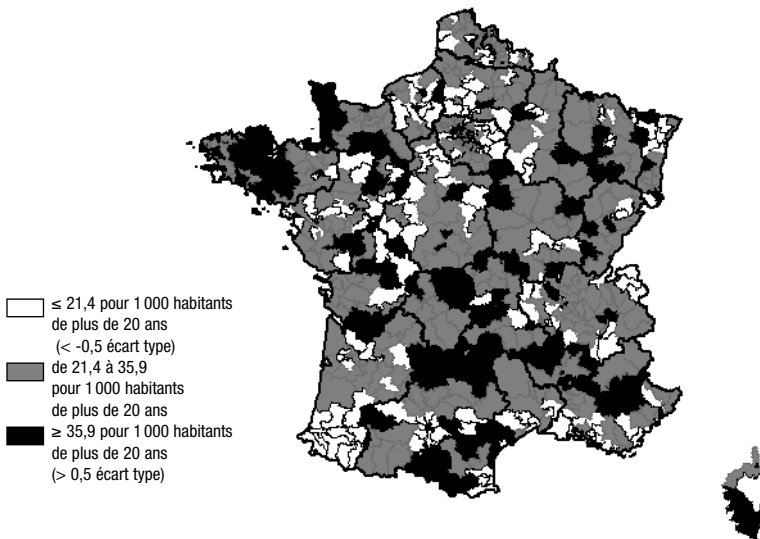
6. Données écartées de 1 % aux deux extrémités de la distribution.

Le renouvellement de la population suivie par les secteurs de psychiatrie générale est important, puisque 40 % des patients ont consulté pour la première fois en 2003. Cette proportion a cependant diminué

depuis 1997, où elle atteignait 45 % (43 % en 2000). En outre, les prises en charge n'impliquent pas forcément un suivi régulier. Ainsi, un adulte sur quatre n'a été vu qu'une seule fois en 2003. Cette proportion est restée stable depuis 1989, malgré l'augmentation régulière des soins et interventions réalisés en unités somatiques⁷ par les équipes des secteurs. Cela suggère que ces interventions, auprès de patients qui ne venaient pas à l'hôpital pour un problème psychiatrique, sont l'occasion de repérer un trouble « non ponctuel » et engendrent dans une proportion non négligeable un suivi psychiatrique.

CARTE 1

Taux de recours aux secteurs de psychiatrie générale en 2003



Champ • France métropolitaine.

Sources • Rapports d'activité des secteurs de psychiatrie, DREES.

Parmi les patients pris en charge en 2003 dans les secteurs de psychiatrie générale, 46 % étaient des hommes et 54 %, des femmes. À l'âge adulte, les femmes recourent donc davantage à la psychiatrie de secteur (différence significative par rapport à la répartition par sexe de la population française). Ce recours plus important des femmes se retrouve en médecine libérale⁸. Les groupes d'âges les plus représentés sont les 25-44 ans, mais sur l'ensemble des patients âgés de 25 ans et plus, la répartition par âge est très proche de celle de la population générale (tableau 2).

7. C'est-à-dire aux urgences, dans les services de médecine interne ou de chirurgie.

8. Chapireau F., 2006, « Les recours aux soins spécialisés en santé mentale », *Études et Résultats*, DREES, n° 533, novembre.

TABLEAU 2

Structure par âge de la file active en 2003

	Moins de 15 ans	15-24 ans	25-44 ans	45-64 ans	65-84 ans	85 ans et +	Total
Nombre de patients	5 279	134 547	462 301	353 653	152 568	33 515	1 141 863
% de patients	0,5	11,8	40,5	31,0	13,4	2,9	100,0

Champ • France entière.

Sources • Rapports d'activité des secteurs de psychiatrie, DREES.

TABLEAU 3

Modalités de prise en charge dans les secteurs de psychiatrie en 2003

	Nombre moyen par secteur		Total national	
	patients	jours, séances ou actes	patients	jours, séances ou actes
Ambulatoire. Soins ou interventions :				
au CMP ou en unité de consultation à domicile	988	7 601	804 909	6 194 579
en institution substitutive au domicile	133	1 374	108 471	1 119 635
<i>dont milieu pénitentiaire</i>	93	617	76 049	502 479
en unité d'hospitalisation somatique	13	79	10 620	64 036
<i>dont urgences</i>	268	564	218 318	459 677
autre ambulatoire	37	67	30 146	54 666
	130	736	105 775	599 556
Temps partiel. Accueil en :				
hospitalisation de nuit	7	217	6 098	176 829
hospitalisation de jour	58	3 205	46 883	2 611 787
atelier thérapeutique	6	159	4 822	129 179
CATP	84	2 043	68 837	1 664 848
autre temps partiel	18	219	14 897	178 762
Temps complet. Accueil en :				
hospitalisation à temps plein	370	15 126	301 925	12 327 890
centre de post-cure ou de réadaptation	2	134	1 323	109 345
appartement thérapeutique	1	250	1 172	203 932
accueil familial thérapeutique	3	840	2 590	684 686
hospitalisation à domicile	1	134	1 090	109 441
autre temps complet	7	69	5 874	56 345

Champ • France entière.

Sources • Rapports d'activité des secteurs de psychiatrie, DREES.

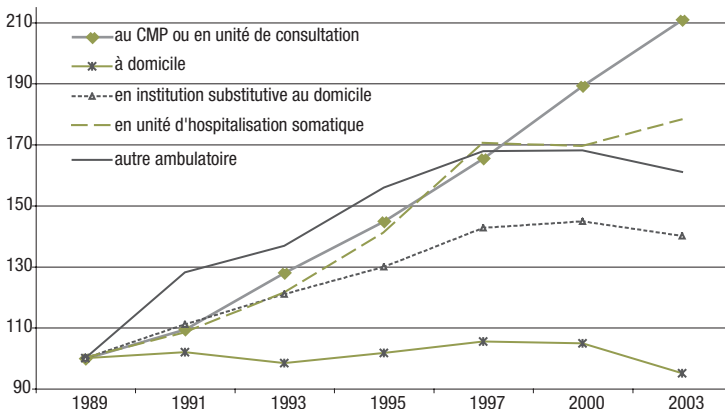
Développement des soins ambulatoires, surtout en centres médico-psychologiques

De plus en plus, qu'il s'agisse des enfants ou des adultes, les soins de santé mentale donnent lieu à un suivi essentiellement ambulatoire. La file active ambulatoire représentait 79% de la file active⁹ des secteurs de psychiatrie générale en 1989 et 86% en 2003 (plus d'un million de patients, voir tableau 3). La prise en charge ambulatoire n'est toutefois pas toujours exclusive: si 68% des patients suivis par les secteurs de psychiatrie générale en 2003 n'ont reçu au cours de l'année que des soins ambulatoires, les autres ont également bénéficié de soins à temps complet et/ou à temps partiel.

Les soins ambulatoires sont de plus en plus souvent réalisés en centre médico-psychologique (CMP): 77% des patients suivis en ambulatoire en 2003 ont été vus dans le cadre de consultations en CMP, contre 68% en 1989. Sur l'ensemble de l'activité ambulatoire, les soins et interventions en CMP sont effectivement ceux qui ont connu la plus forte croissance entre 1989 et 2003 (+111%, voir graphique 1). Si le nombre de patients vus dans les autres modalités de soins ambulatoires a stagné entre 1997 et 2000, les files actives prises en charge à domicile ou dans les institutions substitutives ont nettement diminué entre 2000 et 2003. Le recul des interventions à domicile est venu renforcer l'activité des CMP, qui ont vu leur file active augmenter de 22% entre 2000 et 2003. Le CMP est donc véritablement devenu la structure-pivot des secteurs de psychiatrie générale.

GRAPHIQUE 1

Évolution entre 1989 et 2003 des modalités de prise en charge ambulatoire



Lecture • Toutes les files actives sont ramenées à 100 en 1989. Le nombre de patients ayant reçu des soins en CMP a plus que doublé entre 1989 et 2003, passant de 100 à plus de 200.

Champ • France entière.

Sources • Rapports d'activité des secteurs de psychiatrie, DREES.

9. Nombre de patients vus au moins une fois dans l'année par l'équipe de secteur, quel que soit le mode de prise en charge.

Jusqu'en 1997, les interventions en unité d'hospitalisation somatique et dans l'ensemble des autres soins ambulatoires avaient connu une croissance de leur file active semblable à celle des CMP (+69 % entre 1989 et 1997). Entre 1997 et 2000, le nombre de patients vus en unité d'hospitalisation somatique a stagné, avant de progresser à nouveau.

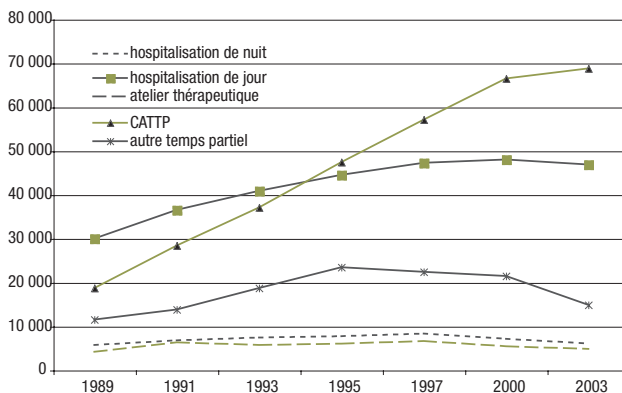
En revanche, les soins et interventions à domicile et dans les institutions substitutives au domicile, qui avaient fortement augmenté entre 1989 et 2000 (+45 %), ont enregistré une forte diminution en 2003 (respectivement -10 % et -5 %). Cette baisse peut s'expliquer en partie par une « intersectorialisation¹⁰ » de ce type de prise en charge. Plus vraisemblablement, elle peut être liée à un recul de cette activité, à la suite des difficultés de personnel rencontrées dans de nombreux secteurs. Cette seconde hypothèse semble confirmée par la diminution du nombre d'actes par patient observée pour cette modalité de prise en charge.

Le nombre de patients suivis à temps partiel a doublé entre 1989 et 2003

Plus de 116 000 patients ont été suivis à temps partiel en 2003 (9 % de la file active, contre 11 % en 2000), soit deux fois plus qu'en 1989. Après une forte croissance entre 1989 et 2000 (+105 % en 11 ans), la file active à temps partiel a diminué de 15 % entre 2000 et 2003. Moins de 2 % des patients étaient pris en charge exclusivement sous ce mode. Les prises en charge à temps partiel apparaissent ainsi plutôt comme une modalité de soins complémentaire, qui peut succéder à une prise en charge plus lourde à temps complet, ou au contraire venir compléter un suivi ambulatoire.

GRAPHIQUE 2

Évolution entre 1989 et 2003 des modalités de prise en charge à temps partiel (en nombre de patients)



Champ • France entière.

Sources • Rapports d'activité des secteurs de psychiatrie, DREES.

10. On parle d'« intersectorialisation » quand une équipe va réaliser ces interventions à domicile ou en institution pour l'ensemble des secteurs de psychiatrie de l'établissement, mutualisant ainsi les moyens des différents secteurs.

Depuis 1995, le mode de prise en charge à temps partiel le plus utilisé est le centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) : près de 69 000 patients ont été suivis dans un CATTP en 2003 (tableau 3), soit 6 % de la file active. En 15 ans, le nombre de patients ainsi pris en charge a triplé (graphique 2). De plus, l'accueil en CATTP a devancé l'hospitalisation de jour (47 000 patients en 2003) et c'est la seule modalité de prise en charge à temps partiel à avoir poursuivi sa croissance entre 2000 et 2003. Le nombre de journées de prise en charge par patient en CATTP est demeuré stable (24 jours dans l'année), alors qu'il était bien plus élevé en hospitalisation de jour (55 journées en moyenne dans l'année, malgré une réduction de 18 jours entre 1989 et 2003).

Quant aux patients suivis en hôpital de nuit et en atelier thérapeutique, ils représentent chacun moins de 1 % de la file active totale et sont de moins en moins nombreux depuis 1997. Comme pour l'hospitalisation de jour, le nombre moyen de journées de prise en charge en hôpital de nuit par patient a diminué régulièrement depuis 1989, passant de 57 jours à 29 en 2003.

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

Les prises en charge à temps complet concernent les patients suivis de jour et de nuit sur des périodes qui peuvent être très courtes (par exemple dans des centres de crise) ou très longues. L'hospitalisation à temps plein est l'une des modalités de prise en charge à temps complet, mais d'autres modalités peuvent également être proposées en psychiatrie générale : accueil en centre de post-cure, en appartement thérapeutique, en accueil familial thérapeutique ou hospitalisation à domicile. Pour plus de lisibilité, nous parlerons de « temps plein » pour l'hospitalisation au sens strict et de « temps complet » pour l'ensemble des prises en charge 24 heures sur 24.

Environ 311 000 patients ont été suivis à temps complet dans les secteurs de psychiatrie générale en 2003, soit un quart de la file active (tableau 3). S'il couvre des effectifs croissants (+2 % par rapport à 2000, +25 % depuis 1989), ce mode de prise en charge est relativement moins répandu que par le passé, puisqu'il concernait 36 % de la file active en 1989.

Près de 140 000 patients (11 % de la file active totale en 2003, contre 18 % en 1989) n'ont connu que des prises en charge à temps complet dans l'année, les autres bénéficiant également de soins ambulatoires ou à temps partiel. La baisse de la proportion de patients suivis exclusivement à temps complet peut être analysée comme une meilleure complémentarité entre les différentes modalités de prises en charge proposées par la sectorisation. Mais le fait que 45 % des patients pris

en charge à temps complet en 2003 n'ont connu que ce mode de suivi soulève tout de même la question de la continuité des soins : des soins ambulatoires sont-ils réalisés en parallèle par le secteur libéral ou dans le cadre de dispositifs intersectoriels¹¹ ?

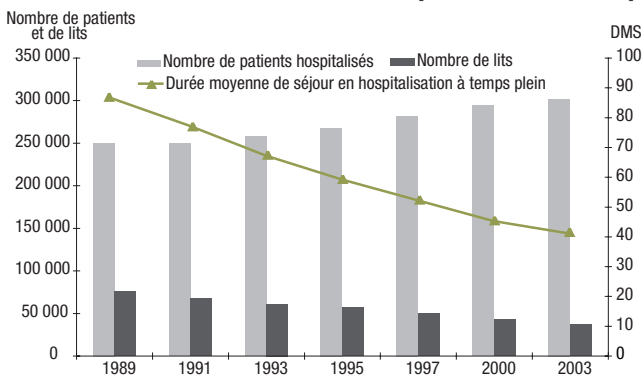
Le nombre de patients hospitalisés à temps plein a connu depuis 1989 une croissance modérée par rapport à celle de la file active totale en psychiatrie : +21 % en 14 ans, soit 302 000 personnes en 2003 (graphique 3). Leur part dans la file active prise en charge à temps complet est restée supérieure à 96 % sur toute la période, ce qui suggère que l'hospitalisation à temps plein reste un mode de prise en charge incontournable et que les alternatives qui ont pu se développer à temps complet sont restées limitées et réservées à des patients ou pathologies spécifiques.

En forte diminution depuis 1991, la proportion de patients hospitalisés depuis plus d'un an a atteint 3 % de la file active en 2003. Cette baisse peut s'expliquer par une amélioration de la prise en charge, mais aussi par le développement de dispositifs intersectoriels ou le transfert de patients de ce type dans des structures médico-sociales plus adaptées à leurs besoins. Ainsi, plus d'un quart des lits d'hospitalisation psychiatrique sont restés occupés par des patients hospitalisés depuis plus d'un an. Pour une partie non négligeable d'entre eux, cette prise en charge exclusivement sanitaire n'est sans doute pas adéquate (voir l'article p. 183).

La durée moyenne de séjour (DMS) à temps plein dans l'année a constamment diminué depuis 1989, passant de 86 jours (continus ou non) par patient à 41 jours en 2003. La durée de séjour reculant plus vite que n'augmente la file active, le nombre total de journées d'hospitalisation à temps plein a donc diminué régulièrement depuis 1989.

GRAPHIQUE 3

Évolution entre 1989 et 2003 de l'hospitalisation à temps plein



Champ • France entière.

Sources • Rapports d'activité des secteurs de psychiatrie, DREES.

11. Pour y répondre, il faudrait pouvoir analyser la durée de séjour de ces patients : s'agit-il pour la plupart de patients chroniques hospitalisés au long cours ou de patients n'ayant connu qu'une hospitalisation de courte durée ?

Cette baisse doit être mise en relation avec la forte diminution du nombre de lits d'hospitalisation à temps plein (de 76 000 en 1989 à 37 000 en 2003, soit une division par deux des capacités d'hospitalisation). Le nombre de journées d'hospitalisation à temps plein rapporté au nombre de lits (taux d'occupation apparent), qui était resté stable jusqu'en 1995, s'est ainsi accru de 18 % jusqu'en 2003 (330 jours par an en 2003, 308 en 2000 et 280 en 1995).

Les autres formes d'accueil à temps complet ont concerné un nombre de plus en plus réduit de patients (1 % de la file active totale en 2003, contre 1,4 % en 2000) et souvent pour des prises en charge plus longues : 2 600 personnes ont passé en moyenne neuf mois en accueil familial thérapeutique (tableau 3), 1 300 personnes ont séjourné trois mois en centre de post-cure, 1 200 personnes six mois en appartement thérapeutique et 1 100 patients ont bénéficié d'une hospitalisation à domicile, pour une durée moyenne de trois mois. Enfin, 5 900 personnes ont été recensées sous la rubrique « autres types d'accueil à temps complet » ; la durée de séjour étant limitée (10 jours en moyenne), il s'agit probablement pour l'essentiel d'accueil en centre de crise ou en séjour thérapeutique.

L'évolution des pratiques vers les prises en charge ambulatoires et à temps partiel a été accompagnée d'une évolution parallèle des équipements des secteurs de psychiatrie générale.

L'équipement des secteurs de psychiatrie générale en structures de soins

Des CMP dans la quasi-totalité de secteurs

Les centres médico-psychologiques (CMP) arrivent en tête des structures mobilisées par les secteurs (tableau 4). En 2003, tous les secteurs à l'exception de quatre comprennent un CMP et, parmi eux, 70 % en ont au moins deux. De plus, 98 % des secteurs ont ouvert un CMP pendant 5 jours par semaine ou plus.

Le nombre total de CMP a cependant diminué entre 2000 et 2003, passant de 2 200 à 2 070. Cela peut s'expliquer par une évolution des pratiques : les structures qui ont disparu sont essentiellement celles qui sont ouvertes moins de 5 jours par semaine, à moins que les CMP soient également touchés par le développement de l'intersectorialité et la tendance à la concentration des structures.

Parallèlement à cette diminution, les jours et les horaires d'ouverture des CMP sont plus importants : 66 % des CMP étaient ouverts au moins 5 jours par semaine en 2003 (contre 63 % en 2000 et 42 % en 1987) ; 31 % des CMP étaient ouverts au moins deux jours par semaine après

18 heures et 87 % étaient ouverts toute l'année (y compris les mois d'été). Cette plus grande amplitude des plages d'accueil ne permet cependant pas d'absorber les demandes croissantes, comme le montre l'augmentation des listes et des délais d'attente (voir *infra*).

TABLEAU 4

Secteurs de psychiatrie générale disposant des différentes structures de soins (évolution 1989-2003, en %)

	1989	1993	1997	2000	2003
CMP (5 jours ou +)	83	89	93	97	98
CMP (- de 5 jours)	54	50	45	45	42
Hôpital de jour	80	82	83	83	84
CATTP	41	59	69	78	84
Hôpital de nuit	63	69	61	59	55
Appartement associatif	46	52	53	53	52
Accueil familial thérapeutique	32	39	44	34	35
Appartement thérapeutique	14	20	20	21	22
Atelier thérapeutique	26	19	14	14	12
Centre de post-cure	11	8	9	7	6
Centre d'accueil permanent	7	10	8	4	3
Unité d'hospitalisation à domicile	4	6	5	5	5
Centre de crise	3	6	5	4	3
Lits d'hospitalisation à temps plein	ND	98	98	98	96

Champ • France entière.

Sources • Rapports d'activité des secteurs de psychiatrie, DREES.

Forte croissance des CATTP

Les CATTP ont poursuivi leur développement en 2003, devenant avec l'hôpital de jour l'une des structures de base du secteur de psychiatrie générale : la part des secteurs qui en disposent a atteint 84 %, une proportion qui a doublé en 15 ans (graphique 4). L'augmentation est encore plus marquée si l'on considère le nombre de CATTP, qui a été multiplié par plus de trois entre 1989 et 2003, se rapprochant ainsi de celui des hôpitaux de jour (environ 1 200 en 2003).

La volonté de développer des structures de soins au plus proche des lieux de vie du patient s'est poursuivie : 62 % des hôpitaux de jour et 88 % des CATTP étaient situés à l'extérieur de l'établissement de rattachement en 2003.

Au total, et si l'on tient compte de la combinaison entre CATTP et hôpital de jour, 66 % des secteurs utilisaient ces formules d'accueil à temps partiel, 29 % recouraient soit à l'une soit à l'autre et 5 % des secteurs n'avaient ni CATTP ni hôpital de jour en 2003.

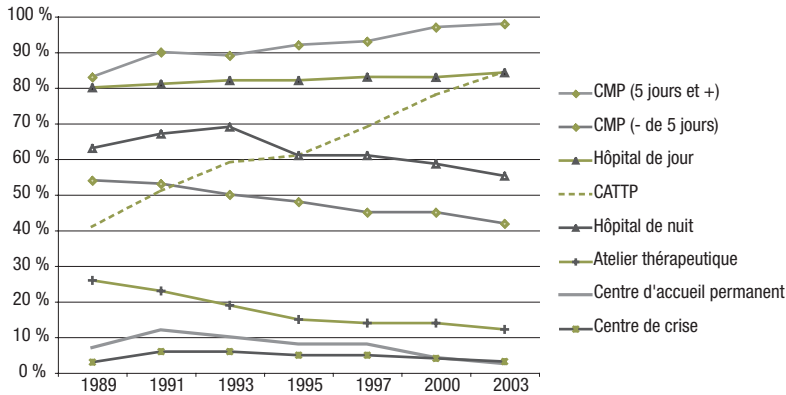
En 2003, 55 % des secteurs avaient recours à l'hospitalisation de nuit, avec en moyenne 3 places par secteur (dans une structure intra-muros pour

88% des cas). La proportion de secteurs disposant d'un hôpital de nuit s'est accrue jusqu'en 1993 (69% des secteurs), pour se réduire ensuite.

Enfin, la part de secteurs disposant d'ateliers thérapeutiques a aussi enregistré une diminution. En 1989, un secteur sur quatre pouvait proposer ce mode de prise en charge, contre 12% en 2003.

GRAPHIQUE 4

Évolution entre 1989 et 2003 de l'équipement des secteurs



Champ • France entière.

Sources • Rapports d'activité des secteurs de psychiatrie, DREES.

Les structures de réponses à l'urgence sont de plus en plus rares

Les structures de réponse à l'urgence, telles que les centres d'accueil permanent (CAP) et centres de crise, sont devenues de plus en plus rares dans les secteurs de psychiatrie générale : seuls 22 secteurs ont déclaré avoir un CAP en 2003 et 26 un centre de crise. Cette raréfaction est liée au développement des dispositifs intersectoriels de réponse à l'urgence : plusieurs établissements ont en effet choisi de créer un dispositif de réponse à l'urgence mutualisée. La diminution de telles structures peut aussi s'expliquer par la croissance de la file active dans certains secteurs où les effectifs de personnel restent quasi constants, ce qui rend difficile le développement de structures de ce type, souvent très consommatrices de moyens humains.

Hospitalisation à temps plein : forte diminution du nombre de lits

En 2003, la quasi-totalité des secteurs (96%) disposaient de lits d'hospitalisation à temps plein (37 321 lits au total, soit en moyenne 46 lits par secteur, voir graphique 3). Parmi eux, 3% des secteurs comptaient plus de 100 lits (contre 54% en 1987, 34% en 1991 et 17% en 1995) et la moitié des secteurs avaient entre 29 et 58 lits.

Le nombre moyen de lits par secteur varie fortement selon la catégorie de l'établissement de rattachement, même si les écarts tendent à se

réduire: en 2003, on comptait 57 lits pour les établissements privés participant au service public, 50 pour les établissements publics spécialisés, 44 pour les centres hospitaliers régionaux (CHR) et 36 pour les centres hospitaliers. Les pratiques en matière d'hospitalisation diffèrent également selon la catégorie d'établissement. Ainsi, les secteurs rattachés à un CHR enregistrent moins de lits que les établissements spécialisés et hospitalisent davantage de patients différents dans l'année: 450 contre 439 pour les établissements privés participant au service public hospitalier et 377 pour les ex-centres hospitaliers spécialisés (CHS). Les patients séjournent donc moins longtemps dans les secteurs rattachés à un CHR.

Le nombre de lits d'hospitalisation à temps plein a fortement diminué sur la période (-56 % entre 1987 et 2003), répondant ainsi à l'un des objectifs de la sectorisation psychiatrique: réduire l'hospitalisation au profit de prises en charge alternatives au plus près du patient et adaptées aux différentes phases de la pathologie. Dans le même temps, le nombre de patients hospitalisés a continué d'augmenter, tandis que la durée de séjour diminuait.

Cependant, face au développement insuffisant de structures alternatives, l'hospitalisation d'un patient est devenue de plus en plus difficile pour les équipes de secteurs. Elle nécessite soit une coopération de plus en plus fréquente avec les autres secteurs de psychiatrie, soit une organisation intersectorielle permettant de mutualiser les moyens. En 2003, 41 % des secteurs utilisaient des lits dans le cadre d'un dispositif d'hospitalisation intersectoriel autonome (voir définition p. 41), contre 29 % en 2000.

Seuls 26 % des secteurs de psychiatrie générale ont déclaré être toujours en mesure d'hospitaliser immédiatement un patient nécessitant une hospitalisation temps plein le jour même, contre 35 % en 2000. En raison d'un manque de lits ou de délais d'attente trop longs, les secteurs ont donc été amenés à renvoyer « leurs » patients sur d'autres secteurs psychiatriques ou établissements privés¹². C'est le cas de 89 % des secteurs pour l'hospitalisation temps plein (82 % en 2000), dont 29 % ont déclaré le faire souvent ou toujours (19 % en 2000).

12. Cela peut être aussi un choix de fonctionnement des secteurs, l'hospitalisation faisant l'objet d'un dispositif intersectoriel.

13. Les colonies familiales avaient été créées à la fin du XIX^e siècle pour désengorger les « asiles » parisiens: les malades étaient placés dans les fermes des paysans et intégrés à la vie locale.

Les autres modes de prise en charge à temps complet sont peu développés

En 2003, 35 % des secteurs disposaient de places d'accueil familial thérapeutique (AFT). Le nombre de places proposées (2 200) a fortement diminué depuis 2000 (-400 places), du fait surtout de l'intersectorialisation des places d'AFT de Dun-sur-Auron, une ancienne colonie familiale¹³ rattachée auparavant à un seul secteur. Parmi ces 2 200 places, près de 500 appartiennent à l'ancienne colonie familiale d'Ainay-le-Château dans l'Allier.

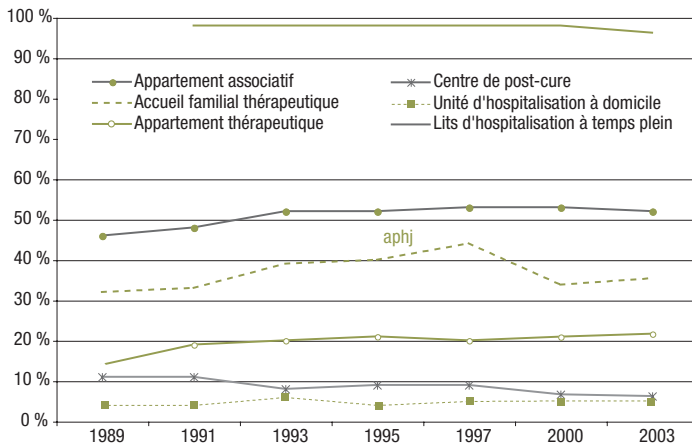
Par ailleurs, un secteur sur cinq disposait d'appartements thérapeutiques (graphique 5), 56 % de places en appartements associatifs¹⁴ et 6 %, de places en centres de post-cure. L'hospitalisation à domicile est elle aussi peu répandue dans les secteurs de psychiatrie générale : seuls 42 secteurs l'utilisaient en 2003.

Les prises en charge des états aigus et patients agités

Certains états aigus ou circonstances particulières (patients hospitalisés sans leur consentement) peuvent nécessiter l'hospitalisation de patients en unité fermée. Au total, 579 secteurs (72 %) disposaient d'une unité d'hospitalisation fermée en 2003 : 77 % d'entre eux étaient rattachés à des ex-centres hospitaliers spécialisés (CHS), 75 % à des établissements privés participant au service public hospitalier et à 66 % des centres hospitaliers et centres hospitaliers régionaux (CHR). Les 238 autres secteurs fonctionnaient donc uniquement avec des pavillons ouverts. L'unité d'hospitalisation fermée fonctionnait en permanence dans 66 % des secteurs et seulement selon les besoins dans 33 % des secteurs. Parmi eux, 150 secteurs (26 %) disposaient d'une unité d'hospitalisation fermée où toutes les chambres sont équipées d'un système d'appel d'urgence.

GRAPHIQUE 5

Évolution entre 1989 et 2003 de l'équipement des secteurs pour les prises en charge à temps complet



Champ ● France entière.

Sources ● Rapports d'activité des secteurs de psychiatrie, DREES.

14. L'appartement thérapeutique se distingue de l'appartement associatif, communautaire ou protégé destiné à l'hébergement des malades mentaux stabilisés, considéré comme le véritable domicile des patients qui en sont locataires, les prestations de soins étant alors assimilables à des interventions à domicile.

Au cours de l'année 2003, 40 % des secteurs (34 % en 2000) ont fait une ou plusieurs demandes de transfert vers une unité pour malades difficiles (UMD), dans les CHR pour un secteur sur deux. Les UMD, au

nombre de quatre en France, sont destinées à recevoir les patients que leur état mental rend dangereux pour autrui, qui ne peuvent être maintenus dans une unité d'hospitalisation ordinaire et pour lesquels des protocoles thérapeutiques intensifs assortis de mesures de sûreté particulières s'avèrent nécessaires. Les patients doivent juridiquement relever d'un placement d'office¹⁵.

Les demandes de transfert vers une UMD sont plus fréquentes dans certaines régions comme l'Île-de-France et l'Aquitaine (qui sont des régions d'implantation d'UMD avec la Lorraine), mais aussi en Rhône-Alpes, Bretagne, Pays de la Loire et Alsace. 636 patients ont ainsi fait l'objet d'une demande de transfert vers une UMD en 2003, soit 37 % de plus qu'en 2000, et 361 ont été effectivement transférés (27 % de plus qu'en 2000).

Par ailleurs, 86 % des secteurs disposaient en 2003 d'une ou plusieurs chambres d'isolement (2 en moyenne par secteur). L'utilisation de l'isolement thérapeutique est justifié par la situation clinique du patient. Il est destiné à prévenir les blessures et réduire l'agitation liée au trouble mental. Il doit répondre à une indication médicale. En cas d'urgence, la décision d'isolement peut être prise en l'absence d'un médecin, mais une décision médicale doit venir confirmer l'indication d'isolement dans l'heure qui suit le début de l'isolement, et ce, sous la forme d'une prescription écrite. En 2003, l'isolement thérapeutique a concerné 13 000 patients dans les secteurs de psychiatrie générale, soit 4 % des patients hospitalisés dans l'année. Dans 58 % des secteurs, c'est un médecin exclusivement qui a décidé de l'isolement des patients. Pour les autres, c'est soit un médecin, soit un infirmier en cas d'urgence. 79 % des secteurs ont déclaré appliquer un protocole écrit de prise en charge des patients en chambre d'isolement et 73 % ont déclaré remplir pour chaque patient une fiche de suivi standardisée¹⁶ de mise en chambre d'isolement. Alors qu'en 2000, seul un secteur sur deux ont indiqué disposer d'un protocole écrit ou de règles de conduite écrites internes pour répondre à la prise en charge des patients en cas de comportements violents, ils étaient 63 % dans ce cas en 2003. Cette proportion était supérieure dans les établissements privés participant au service public (85 %). 88 % des secteurs ont permis à l'un ou plusieurs membres de leur équipe de bénéficier d'une formation adaptée aux situations de violence (contre 75 % en 2000). Enfin, 85 % des secteurs ont déclaré des accidents du travail liés à des agressions (75 % en 2000).

15. Arrêté du 14 octobre 1986 relatif au règlement intérieur type des unités pour malades difficiles.

16. Il s'agit d'une fiche journalière, qui consigne les actes de surveillance de l'état psychique, somatique et biologique programmés et réalisés.

Organisation des soins et pratiques professionnelles : l'accueil

72 % des secteurs de psychiatrie générale ont établi une permanence téléphonique 24 heures sur 24, en dehors du standard téléphonique de l'établissement de rattachement. Celle-ci est assurée uniquement par

un répondeur téléphonique dans 42 % des secteurs, tandis que 30 % des secteurs ont mis en place un transfert d'appel vers un soignant du secteur.

L'accueil hors urgence : un partage fréquent entre médecins et autres professionnels

Lorsqu'un patient vient pour la première fois, il est reçu exclusivement par un médecin dans 11 % des secteurs. Dans les autres secteurs, il peut être reçu aussi bien par un médecin que par un autre professionnel (un infirmier dans 96 % des cas, voir l'article p. 107).

La proportion de secteurs ayant établi une liste d'attente pour une première demande de soins (hors urgence) s'est accrue (62 % en 2003 contre 50 % en 2000). 44 % des secteurs ont mis en place une liste d'attente dans tous les lieux d'accueil ; dans les autres, elle n'a été mise en place que dans certains lieux. Les secteurs rattachés à un centre hospitalier général ou régional recourent davantage à ces listes.

Par ailleurs, les délais d'attente pour un premier rendez-vous avec un professionnel non médical¹⁷ sont restés relativement stables depuis 2000 : 60 % des secteurs pouvaient proposer un premier rendez-vous dans la semaine en 2003 (tableau 5). En revanche, les conditions se sont dégradées pour consulter un médecin : le délai minimum d'attente pour un premier rendez-vous hors urgence était supérieur à un mois dans 23 % des secteurs, contre 16 % en 2000.

TABLEAU 5

Délai minimal d'attente pour un premier rendez-vous hors urgence en 2000 et 2003 (en %)

	Moins de 7 jours	de 7 à 14 jours	de 15 à 29 jours	de 30 jours à moins de 3 mois	3 mois et plus	NR	Total
Consultation avec un médecin							
délai en 2000	17,2	35,3	30,1	15,0	0,5	2,1	100
délai en 2003	12,5	26,9	36,1	21,0	1,9	1,6	100
Entretien avec un autre professionnel							
délai en 2000	60,4	22,1	6,0	4,7	0,7	6,0	100
délai en 2003	60,2	19,4	7,4	5,3	0,9	6,8	100

Champ • France entière.

Sources • Rapports d'activité des secteurs de psychiatrie, DREES.

17. Le personnel non médical est composé des personnels administratifs, des personnels soignants (sages-femmes, personnel d'encadrement du personnel soignant, infirmiers, aides-soignants, agents de services hospitaliers et autres personnes des services médicaux), des personnels éducatifs et sociaux, médico-techniques et techniques.

L'accueil en urgence privilégie la consultation en CMP

83 % des secteurs ont mis en place un dispositif de réponse à l'urgence, via l'équipe du secteur ou une équipe rattachée à un pôle intersectoriel d'urgence.

En 2003, les différents types de réponse à l'urgence étaient, par ordre de fréquence: les rendez-vous en urgence au CMP et l'hospitalisation (97%), l'orientation aux urgences de l'hôpital général (94%), suivis par les visites à domicile ou sur le lieu de détresse (90%) et l'orientation vers le médecin de ville (78%). Les places en centre de crise étant limitées, seuls 16% des secteurs y ont recouru.

Des secteurs ouverts vers la médecine somatique

La psychiatrie de liaison est présente dans trois secteurs sur quatre

La psychiatrie de liaison est destinée à apporter des réponses (évaluation, traitement, orientation) aux troubles psychiatriques émergeant à l'occasion de l'hospitalisation somatique d'un patient. Elle s'adresse également à son entourage ou aux soignants (sous forme de conseils de prise en charge selon les types de patients). Elle marque ainsi une volonté de rapprocher la prise en charge somatique et la psychiatrie, en faisant intervenir des équipes de soins psychiatriques en dehors des établissements ou services spécialisés en santé mentale. Elle est réalisée par trois secteurs sur quatre.

Ces interventions peuvent s'organiser de différentes façons :

- soit au titre du secteur seul (73% des secteurs faisant de la psychiatrie de liaison);
- soit dans le cadre d'une unité intersectorielle gérée par leur secteur (18% d'entre eux).

La psychiatrie de liaison est de fait plus répandue dans les secteurs de psychiatrie générale rattachés à un centre hospitalier régional ou un centre hospitalier (90% et 87%), mais elle est restée très importante dans les secteurs rattachés à des établissements privés participant au service public (75%) et dans une moindre mesure dans les ex-centres hospitaliers spécialisés (70%).

Cette intervention de liaison s'effectue plus fréquemment dans les centres hospitaliers: en 2003, 84% des secteurs exerçaient une telle activité au sein de centres hospitaliers ou de centres hospitaliers régionaux, 38% au sein d'hôpitaux locaux et 20% au sein d'établissements de soins de réadaptation. 87% des secteurs ayant une activité de liaison intervenaient uniquement de manière ponctuelle (sur appel) et 49% organisaient des réunions régulières. Dans 60% des secteurs, l'un des membres de l'équipe assurait une présence dans le service (75% en 2000).

Les personnels participant à cette activité représentaient, en moyenne par secteur, 0,7 équivalent temps plein (ETP) médicaux, 1,9 ETP d'infirmiers et 0,2 ETP de psychologues.

Deux secteurs sur trois participent aux urgences de l'hôpital général

Par ailleurs, les secteurs peuvent intervenir dans les services d'urgences hospitalières : près des deux tiers des secteurs participaient ainsi aux urgences de l'hôpital général en 2003 (la moitié en 2000).

Comme pour la psychiatrie de liaison, l'intervention aux urgences est de fait plus répandue dans les secteurs rattachés à un centre hospitalier ou un centre hospitalier régional (respectivement 79 % et 80 %). Elle est organisée dans 55 % des secteurs rattachés à un ex-centre hospitalier spécialisé et dans 59 % des secteurs rattachés à un établissement privé participant au service public. La plupart des secteurs qui participent aux urgences de l'hôpital général exerçaient également une activité de liaison.

Le personnel consacré à cette modalité de prise en charge est comparable à celui participant à la psychiatrie de liaison : 1,1 ETP médicaux, 1,3 ETP d'infirmiers et 0,9 ETP d'autres professionnels.

Le développement de l'intersectorialité

La psychiatrie de liaison et les urgences font parfois l'objet d'un dispositif intersectoriel, qui permet de mettre en commun des moyens en personnels et en équipements pour répondre à une demande spécifique. Mais les secteurs sont aussi de plus en plus souvent amenés à mutualiser leurs moyens et leurs compétences pour proposer une réponse adaptée à une population ou une pathologie donnée.

Ces dispositifs intersectoriels peuvent prendre deux formes :

- Les dispositifs intersectoriels « non autonomes » ou non formalisés : il s'agit d'unités placées sous la responsabilité d'un praticien du secteur assurant des prestations pour le compte d'autres secteurs, avec les moyens propres du secteur et, le cas échéant, ceux des autres secteurs concernés.
- Les dispositifs intersectoriels « autonomes » ou formalisés, créés après délibération des instances de l'établissement (conseil d'administration et commission médicale d'établissement) : ils assurent des missions sectorielles pour le compte de plusieurs secteurs et correspondent à une fédération, un département ou un service ; ils exercent une ou plusieurs activités, disposent d'un ou de plusieurs types d'équipements.

Des unités intersectorielles non autonomes mises en place dans 36 % des secteurs

En moyenne en 2003, 36 % des secteurs géraient une ou plusieurs unités intersectorielles non autonomes (43 % des secteurs rattachés à un établissement privé participant au service public et 36 % des secteurs rattachés à un ex-centre hospitalier spécialisé ou centre hospitalier

régional). C'est dans les centres hospitaliers généraux que cette pratique a semblé la moins répandue (31 %). Les unités intersectorielles avaient souvent une activité d'hospitalisation à temps plein (environ 30 % des activités recensées) ou ambulatoires (30 % également). Les interventions en unités somatiques ou aux urgences ainsi que l'hospitalisation de jour représentaient respectivement 11 % et 17 % de l'activité de ces unités.

Un quart des ces unités s'adressent à une population particulière : adolescents, personnes âgées, personnes détenues, patients au long cours, personnes en situation de précarité, personnes souffrant d'addictions. Un autre quart vise une symptomatologie ou une pathologie particulière : addictions, autisme, psychoses déficitaires, troubles anxieux, troubles du comportement alimentaire, psychose aiguë ou chronique, suicidants, etc. 13 % concernent une prise en charge particulière : l'accueil des urgences, la psychiatrie de liaison, les admissions, etc. Les autres unités ont des objectifs variés : prise en charge des patients sous contrainte, électro-convulsio-thérapie, recherche clinique, activités sportives ou horticoles, art et ergothérapie, thérapies familiales, préparation à la sortie, réinsertion et réhabilitation.

331 dispositifs intersectoriels formalisés recensés en 2003, soit un tiers de plus qu'en 2000

En 2003, un établissement sectorisé sur deux a déclaré au moins un dispositif intersectoriel formalisé (en moyenne 2 à 3 par établissement).

Un tiers des dispositifs prend la forme d'une fédération, un autre tiers d'un service, 11 % un département et 23 % d'un autre statut, fréquemment décrit comme une unité fonctionnelle.

63 % des dispositifs étaient spécifiquement dédiés à des patients adultes, 9 % à des enfants et adolescents et 27 % à tout patient.

132 dispositifs (soit 40 % des dispositifs intersectoriels recensés en 2003) étaient organisés pour réaliser de la psychiatrie de liaison ou la prise en charge des urgences.

L'activité de liaison s'effectue essentiellement dans les services de médecine et de chirurgie et, dans une moindre mesure, dans les maternités et les services de pédiatrie. Quel que soit le service où elle s'accomplit, le relais après la première prise en charge se fait indistinctement soit par le dispositif intersectoriel, soit par le secteur d'origine du patient.

Pour les interventions dans les services d'urgence, le relais se fait également majoritairement de manière indistincte entre dispositif et secteur d'origine, mais la poursuite systématique de la prise en charge par le secteur psychiatrique d'origine s'avère fortement répandue. Par

ailleurs, 26 dispositifs avaient en 2003 des lits destinés à la prise en charge des patients aux urgences (de 2 à 12 lits selon les dispositifs).

Au total, plus de 72 000 actes de liaison et 156 000 interventions dans les services d'urgence ont été réalisés par ces dispositifs en 2003, auxquels s'ajoutent les 470 000 interventions en unité d'hospitalisation somatique, réalisées par les équipes de secteur de psychiatrie générale et infanto-juvénile la même année. Ces éléments permettent d'éclairer la baisse de l'activité de liaison, observée depuis 2000 dans les secteurs: désormais, une partie croissante de cette activité fait en effet l'objet de dispositifs intersectoriels, permettant une mutualisation des moyens mis en œuvre.

L'ensemble des dispositifs intersectoriels recensés en 2003 proposaient des modalités de prise en charge multiples (tableau 6), couvrant toute la gamme de services proposés par les secteurs de psychiatrie: hospitalisation à temps plein, hospitalisation de jour ou de nuit, consultation, accueil familial thérapeutique, centre d'accueil thérapeutique à temps partiel, actions de prévention et de réinsertion, etc. Un dispositif sur cinq vise une modalité de prise en charge spécifique unique, le plus fréquemment l'hospitalisation à temps plein. Les autres dispositifs en déclarent en moyenne trois. 18 % des dispositifs sont orientés vers la prise en charge d'une pathologie spécifique: les troubles liés à l'alcool et les maladies chroniques sont les plus fréquemment cités, devant les troubles autistiques et les problèmes d'addictions autres que l'alcool. Enfin, certains dispositifs s'attachent davantage à prendre en charge une population particulière. 34 dispositifs sont ainsi exclusivement dédiés à la prise en charge des adolescents, 33 à celle des personnes âgées, 21 à la prise en charge des populations précaires.

TABLEAU 6

Équipements et capacités des dispositifs intersectoriels formalisés en 2003

	Proportion de dispositifs disposant de l'équipement	Nombre moyen de lits ou places par dispositif équipé	Nombre total de lits ou places
Hospitalisation à temps plein	55%	31	5 561
Autre prise en charge à temps complet	8%	17	432
Hospitalisation de jour	31%	14	1 476
Hospitalisation de nuit	8%	5	128
Autre accueil à temps partiel	5%	21	373
Autre modalité de prise en charge	3%	19	213

Champ • France entière.

Sources • Rapports d'activité des secteurs de psychiatrie, DREES.

Le personnel consacré à ces dispositifs est composé en moyenne de 2,3 équivalents temps plein (ETP) médicaux (y compris internes) et de 30,2 ETP non médicaux, mais avec de fortes disparités selon les dispositifs.

Réseaux et interventions des secteurs dans la communauté

Les conventions : des partenaires différenciés au-delà des établissements de soins

En 2003, 61 % des secteurs de psychiatrie générale ont passé une convention écrite avec un établissement de santé (tableau 7). Cette proportion a connu une augmentation depuis 2000. Il s'agit surtout des secteurs rattachés à un établissement spécialisé (72 % des ex-CHS et 73 % des établissements privés). 37 % des secteurs ont ainsi signé une convention relative à la psychiatrie de liaison¹⁸. Les conventions visant la participation aux urgences dans le cadre d'un service d'accueil et de traitement des urgences (SAU)¹⁹ ou d'une unité de proximité, d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences (UPATOU)²⁰ sont moins répandues (respectivement 19 % et 13 %)²¹. Les conventions relatives à la délocalisation de lits d'hospitalisation temps plein n'ont été signées que par 4 % des secteurs de psychiatrie générale.

TABLEAU 7

Conventions passées selon la catégorie d'établissement (en %)

Convention écrite avec :	CHS	HPP	CHR	CH	Ensemble
un établissement de santé	71,7	72,6	33,3	46,6	60,7
un établissement social ou médico-social	59,4	79,0	43,3	46,4	55,2
un organisme de formation ou de réinsertion	23,0	30,6	23,3	15,7	21,5

Champ • France entière.

Sources • Rapports d'activité des secteurs de psychiatrie, DREES.

18. 74 % des secteurs ont une activité de liaison.

19. Les SAU (services d'accueil et de traitement des urgences) sont potentiellement capables de traiter tous les types d'urgences.

20. Les unités de proximité, d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences (UPATOU) doivent traiter les cas les plus simples et orienter vers d'autres structures les patients dont l'état nécessite des soins qu'elles ne peuvent assurer.

21. 52 % des secteurs participent aux urgences de l'hôpital général.

Plus d'un secteur sur deux a également passé une convention écrite avec un établissement médico-social de type centre de soins spécialisés pour les toxicomanes (CSST), maison de retraite, maison d'accueil spécialisé, centre d'aide par le travail, foyers, et un sur cinq, avec un organisme de formation ou de réinsertion professionnelle ou sociale comme les centres communaux et intercommunaux d'action sociale (CCAS), dispositifs RMI (services communautaires d'insertion professionnelle et sociale), missions locales, etc.

D'une manière générale, les secteurs rattachés à un centre hospitalier ou un centre hospitalier régional (CHR) ont conclu moins de conventions que les secteurs rattachés à des établissements spécialisés en psy-

chirurgie, sauf avec un organisme de formation ou de réinsertion. Plus des trois quarts des secteurs rattachés à des établissements privés spécialisés participant au service public (PSPH) ont passé des conventions avec des établissements sociaux ou médico-sociaux.

Par ailleurs, 129 secteurs (soit 16 %) ont déclaré intervenir en milieu pénitentiaire dans le cadre d'un protocole passé avec un établissement pénitentiaire (74 % d'entre eux en maison d'arrêt, 7 % en centre de détention, 5 % en centre de semi-liberté). Seuls 40 secteurs y réalisent des activités de groupe. 36 secteurs ont déclaré d'autres activités (entretiens, consultations psychologiques, psychothérapies, prévention du suicide, etc.). Certains secteurs ont inclus les interventions auprès des professionnels : coordination de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT), réunions de coordination, formation aux surveillants pénitentiaires, etc. L'intervention en milieu pénitentiaire occupait en moyenne 0,5 ETP de médecins, 1,6 ETP d'infirmiers, 0,6 ETP de psychologues et 0,6 ETP d'autres professionnels. Le nombre moyen de patients suivis en 2003 par ces secteurs a atteint 96 (voir l'article p. 193).

Par ailleurs, la quasi-totalité des secteurs ont déclaré être en relation directe avec le médecin généraliste des patients ou avec leur psychiatre s'ils sont déjà suivis. Ces relations sont toutefois plus fréquentes avec les psychiatres qu'avec les médecins généralistes (voir l'article p. 107).

Une faible représentation des usagers dans le fonctionnement du secteur

En 2003, les associations d'usagers n'étaient représentées dans le fonctionnement du secteur que pour 16 % des secteurs, quelle que soit la catégorie d'établissement de rattachement.

Les familles d'usagers étaient à peine mieux représentées, puisqu'elles intervenaient dans le fonctionnement de 23 % des secteurs en 2003.

Seuls 330 secteurs ont mis en place un conseil de secteur, auquel les élus participent dans 40 % des cas (et dans seulement 12 % des cas dans les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile). Ces instances de concertation de proximité, qui contribuent à faire émerger, au niveau local, un diagnostic partagé entre besoins et état de l'offre sanitaire, sociale, médico-sociale, éducative et judiciaire, sont appelées à être développées²².

Moins d'un secteur sur cinq faisait partie d'un réseau de santé formalisé. Cette activité a mobilisé en moyenne 0,3 ETP médicaux et 0,5 ETP non médicaux en 2003. Le développement de ces réseaux, encouragé par le ministre de la Santé, implique la participation de tous les partenaires du champ de la santé mentale : secteur psychiatrique, médecins

22. Ministère de la Santé, « Plan Santé mentale 2005-2008 », 2005.

généralistes, médecins spécialistes, professionnels du champ social, représentants des usagers et des familles, professionnels de l'Éducation nationale, de la justice, des institutions du champ sanitaire.

La place des usagers et familles d'usagers reste donc encore très limitée, malgré les derniers rapports ministériels insistant sur la nécessité de replacer l'utilisateur au centre du dispositif de soins en santé mentale. Le plan Santé mentale 2005-2008 rappelle en effet qu'une approche globale de la santé mentale « implique de prendre en compte la parole et le rôle des usagers et de leurs familles, ainsi que des associations qui les représentent, en les considérant comme des acteurs de cette évolution » (Jaeger et Monceau, 2001)²³.

23. Jaeger M., Monceau M., 2001, « La contribution des usagers à la politique de santé mentale », rapport n° 19/00, MiRe.