

## La psychiatrie sectorisée

---

### LES SECTEURS DE PSYCHIATRIE INFANTO-JUVÉNILE

**Isabelle Leroux\***

Tout comme la psychiatrie générale, la psychiatrie infanto-juvénile fait l'objet d'une organisation spécifique, fondée sur la sectorisation du territoire. Ainsi, les enfants et adolescents sont pris en charge au sein de zones « géo-démographiques » déterminées.

En 2003, la France se divisait en 321 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, soit un secteur pour 46 000 habitants âgés de moins de 20 ans. La taille de la population couverte par les secteurs variait dans un rapport de 1 à 3 selon les régions : de moins de 40 000 habitants de moins de 20 ans en Corse, dans le Limousin et en Auvergne à plus de 50 000 en Alsace, dans le Nord-Pas-de-Calais et en Île-de-France.

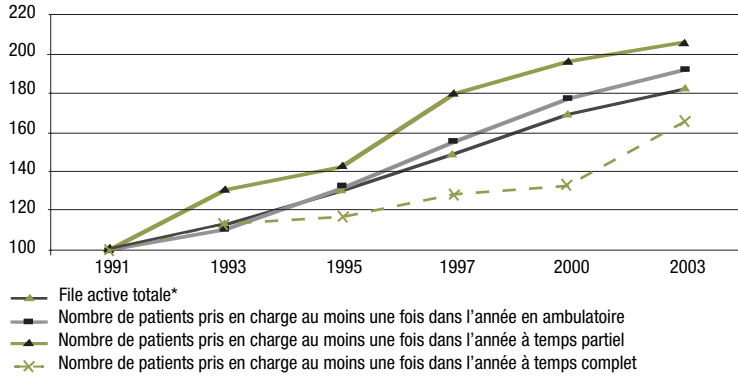
51 % des secteurs étaient rattachés à un établissement public de santé spécialisé en psychiatrie (ex-centre hospitalier spécialisé – CHS), 43 % à un établissement public de santé non spécialisé (centre hospitalier ou centre hospitalier régional – CHR), 6 % à un établissement privé participant au service public hospitalier (PSPH ou ex-HPP : hôpitaux privés psychiatriques faisant fonction de publics). Dans trois secteurs sur quatre, l'hôpital de rattachement est situé géographiquement dans le secteur.

### **Augmentation de 7 % des patients pris en charge depuis 2000**

Les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile ont reçu en 2003 plus de 464 000 enfants et adolescents (1 445 en moyenne par secteur), soit 7 % de plus qu'en 2000 (graphique 1 et tableau 1). La croissance du taux de recours observée depuis 1991 s'est confirmée entre 2000 et 2003 : il est passé de 16 pour 1 000 habitants de moins de 20 ans en 1991, à 21 pour 1 000 en 1995, 28 pour 1 000 en 2000 pour atteindre enfin 33 pour 1 000 en 2003. Ce taux a tendance à être supérieur dans la moitié sud de la France, en partie en raison d'une offre de soins hospitalière plus abondante et diversifiée (carte 1).

\* DREES.

## GRAPHIQUE 1

**Évolution 1991-2003 de la file active et ses trois grandes modalités de prise en charge en base 100 en 1991**

\* Un patient pouvant être pris en charge dans différentes structures, la somme des files actives ambulatoire, temps partiel et temps complet est supérieure à la file active totale.

Lecture • Toutes les files actives sont ramenées à 100 en 1991. Le nombre de patients ayant été pris en charge au moins une fois dans l'année à temps partiel a plus que doublé entre 1991 et 2003.

Champ • France entière. Sources • Rapports d'activité des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, DREES.

## TABLEAU 1

**File active des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile selon les modes de prise en charge entre 1991 et 2003**

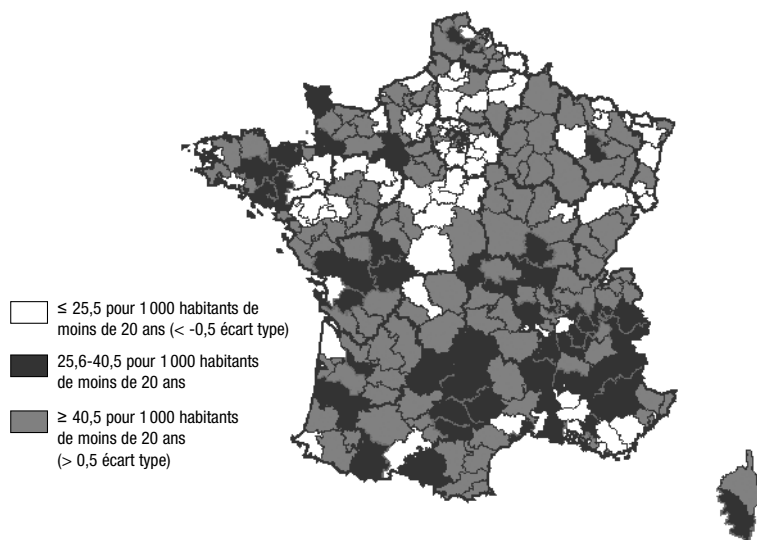
	1991	1993	1997	2000	2003
File active totale*	254 679	288 081	379 672	432 317	464 105
vus pour la première fois	123 372	142 810	184 899	213 447	228 621
vus une seule fois	36 021	41 669	65 164	84 664	97 961
<b>Nombre de patients pris en charge au moins une fois dans l'année en ambulatoire</b>	<b>235 382</b>	<b>261 105</b>	<b>364 577</b>	<b>418 032</b>	<b>451 085</b>
<i>dont au moins une fois</i>					
au CMP ou en unité de consultation à domicile	212 029	247 314	326 260	381 153	413 173
en institution substitutive au domicile	11 177	11 346	11 149	10 040	8 367
en unité d'hospitalisation somatique	2 266	2 521	2 233	2 437	2 945
en établissement médico-éducatif	9 181	11 778	18 143	25 938	28 871
en PMI	2 928	4 094	4 967	5 632	5 439
en milieu scolaire ou centre de formation	8 232	5 538	10 177	8 426	7 610
en milieu scolaire ou centre de formation	14 659	19 858	27 736	29 518	26 695
<b>Nombre de patients pris en charge au moins une fois dans l'année à temps partiel</b>	<b>20 945</b>	<b>27 398</b>	<b>37 732</b>	<b>41 099</b>	<b>43 105</b>
<i>dont au moins une fois</i>					
en hospitalisation de nuit	196	260	470	478	279
en hospitalisation de jour	12 337	13 650	16 431	17 704	18 376
au CATT	6 717	8 992	16 322	21 821	24 160
<b>Nombre de patients pris en charge au moins une fois dans l'année à temps complet</b>	<b>7 642</b>	<b>8 635</b>	<b>9 825</b>	<b>10 251</b>	<b>12 626</b>
<i>dont au moins une fois</i>					
en hospitalisation plein temps	5 587	6 225	6 593	6 608	8 999
en accueil familial thérapeutique	803	846	1 008	1 052	879
en hospitalisation à domicile	548	527	568	483	396

\* Voir note du graphique 1.

Champ • France entière.

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

## CARTE 1

**Taux de recours aux secteurs de psychiatrie infanto-juvénile en 2003**

Champ • France métropolitaine.

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

La file active<sup>1</sup> varie entre les secteurs dans un rapport de 1 à 8 (de 400 à 3 200 patients pris en charge dans l'année). Dans la moitié des secteurs, elle est comprise entre 1 020 et 1 800 patients. Elle varie légèrement selon la catégorie de l'établissement de rattachement du secteur : un secteur rattaché à un établissement privé PSPH a une file active plus importante (1 800 patients vus en moyenne dans l'année) qu'un secteur rattaché à un CHR, un CHS ou un centre hospitalier général (respectivement 1 440, 1 430 et 1 405 patients).

Parmi les 464 000 enfants pris en charge en 2003 dans les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, on dénombrait davantage de garçons (58 %) que de filles (42 %). Les groupes d'âge les plus représentés dans la file active étaient les 5-9 ans et les 10-14 ans (tableau 2), dans une proportion nettement supérieure à celle de la population générale. Signalons cependant qu'une partie des plus de 15 ans peut également être prise en charge en psychiatrie pour adultes et que les enfants présentant des troubles psychiques peuvent être pris en charge dans des structures médico-sociales, tout particulièrement les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) et les centres d'action médico-social précoce (CAMSP) qui proposent des prestations similaires à celles des centres de consultation de psychiatrie infanto-juvénile.

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

TABLEAU 2

**Structure par âge de la file active**

	moins de 5 ans	5-9 ans	10-14 ans	15-19 ans	20 ans et +	Total renseigné
Nombre de patients	67600	168713	127129	58090	14734	436266
% de patients	15,5 %	38,7 %	29,1 %	13,3 %	3,4 %	100,0 %

Champ • France entière.

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

La moitié des enfants suivis en 2003 sont allés consulter pour la première fois. Cette part est stable depuis 1991. 21 % des enfants et adolescents n'ont été vus qu'une seule fois dans l'année (17 % en 1997).

451 000 enfants, soit 97 % de la file active, ont été suivis en ambulatoire, 43 000 ont bénéficié d'un accueil à temps partiel (9 % de la file active) et 13 000, soit moins de 3 % de l'ensemble, ont été suivis à temps complet<sup>2</sup> (tableau 3).

TABLEAU 3

**Modalités de prise en charge dans les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile en 2003**

	Nombre moyen par secteur répondant		Total national	
	patients	jours, séances ou actes	patients	jours, séances ou actes
<b>Ambulatoire. Soins ou interventions</b>				
au CMP ou en unité de consultation à domicile	1 292	11 407	413 173	3 644 610
en institution substitutive au domicile	26	160	8 367	51 209
en unité d'hospitalisation somatique	9	38	2 945	8 092
en établissement médico-éducatif	90	214	28 871	68 223
en établissement	17	74	5 439	23 488
en PMI	24	70	7 610	22 489
en milieu scolaire ou centre de formation	84	286	26 695	91 224
autre ambulatoire	149	739	47 530	236 150
<b>Temps partiel. Accueil en :</b>				
hospitalisation de nuit	1	20	279	6 780
hospitalisation de jour	57	4 576	18 376	1 463 526
CATTP	76	1 641	24 160	524 424
autre temps partiel	18	315	5 747	100 710
<b>Temps complet. Accueil en :</b>				
hospitalisation à temps plein	28	1 011	8 999	323 367
accueil familial thérapeutique	3	580	879	184 629
hospitalisation à domicile	1	231	396	73 435
autre temps complet	8	51	2 598	16 160

Champ • France entière.

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

2. Un patient pouvant être pris en charge dans différentes structures, la somme des files actives ambulatoire, temps partiel et temps complet est supérieure à la file active totale.

**Les prises en charge en ambulatoire**

90 % des enfants suivis en ambulatoire n'ont reçu que des soins ambulatoires dans l'année, les autres ayant reçu également des soins à temps partiel ou à temps complet.

Sur 451 000 enfants suivis en ambulatoire, 413 000, soit plus de 9 sur 10 sont allés consulter dans un CMP ou dans un centre de consultation du secteur (tableaux 1 et 3). Le nombre moyen de consultations par enfant dans l'année tend à diminuer fortement depuis 1991 (12 en 1991, 10 en 1997, 9 en 2000 et 2003), alors que le nombre de patients ainsi pris en charge continue à augmenter (+8 % entre 2000 et 2003). Si cette tendance révèle pour certains un choix thérapeutique, il s'agit plus vraisemblablement d'une façon d'absorber l'augmentation d'activité.

Parmi les autres modalités de prise en charge en ambulatoire, seules les interventions dans les unités somatiques des centres hospitaliers (maternité, pédiatrie, urgences) et en institution substitutive au domicile ont enregistré une hausse sensible du nombre de patients en 2003. Ainsi, 11 % d'enfants supplémentaires (29 000 patients au total en 2003) ont été traités en unité d'hospitalisation somatique et ont reçu la visite d'un membre de l'équipe du secteur (2 interventions en moyenne par enfant). Les soins en milieu scolaire et en institut médico-éducatif, qui avaient beaucoup progressé entre 1991 et 2000, ont diminué en 2003.

**Les patients suivis à temps partiel : un doublement de la file active en dix ans**

43 000 enfants et adolescents ont été suivis à temps partiel en 2003, soit environ deux fois plus qu'en 1991 et 5 % de plus qu'en 2000 (tableau 1). Cependant, la proportion de patients pris en charge exclusivement à temps partiel n'a pas augmenté, puisqu'elle est passée de 22 % en 2000 à 21 % en 2004.

Parmi ces 43 000 enfants et adolescents suivis à temps partiel, 18 000 ont été accueillis en hôpital de jour (4 % de la file active), pour 78 jours en moyenne dans l'année, et 24 000 en centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) (5 % de la file active), pour 26 séances en moyenne dans l'année. En 2003 comme en 2000, le CATTP reçoit ainsi davantage d'enfants que l'hôpital de jour. Cette prédominance résulte d'une forte augmentation du nombre de patients suivis en CATTP depuis 1997, alors que la croissance du nombre de patients accueillis en hôpital de jour s'est ralentie.

**Les prises en charge à temps complet : une hausse du nombre de patients hospitalisés à temps plein**

Les prises en charge à temps complet concernent les patients suivis de jour et de nuit sur des périodes qui peuvent être très courtes ou très lon-

gues. L'hospitalisation à temps plein est l'une des modalités de prise en charge à temps complet proposée par les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, à côté de l'accueil familial thérapeutique et de l'hospitalisation à domicile.

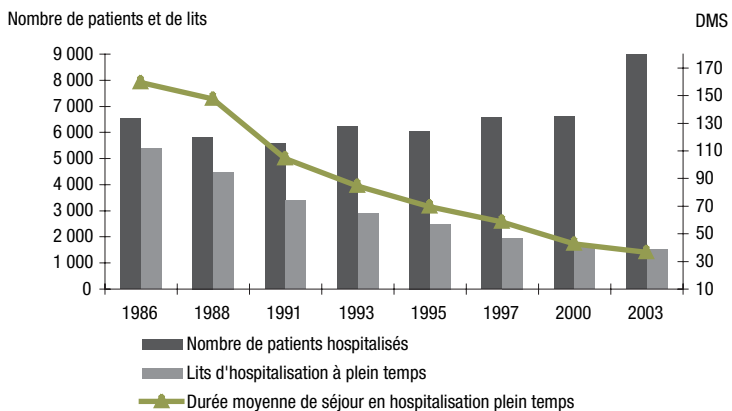
En 2003, 31 % des secteurs (soit 99) n'ont pris en charge aucun enfant ou adolescent à temps complet. Cette proportion a atteint 63 % pour l'hospitalisation à temps plein, 69 % pour l'accueil familial thérapeutique et 94 % pour l'hospitalisation à domicile.

Parmi les 13 000 enfants et adolescents suivis à temps complet, 22 % l'ont été exclusivement à temps complet dans l'année dans le même secteur. On constate ici, comme pour le temps partiel, que les prises en charge exclusives sont de moins en moins fréquentes, puisque cette proportion était de 36 % en 1991. Les autres patients ont également eu recours à des soins ambulatoires ou à temps partiel.

L'accueil en hospitalisation à temps plein a enregistré une forte augmentation entre 2000 et 2003 (graphique 2). À cette date, il concernait 9 000 enfants (contre 6 600 en 2000), soit 71 % des enfants suivis à temps complet. La durée moyenne de séjour d'hospitalisation par enfant a quant à elle continué à diminuer sensiblement, pour atteindre 36 jours en 2003. Cette tendance peut en partie s'expliquer par la forte diminution du nombre de lits d'hospitalisation, qui a été divisé par plus de trois entre 1986 et 2003, alors que le nombre de patients hospitalisés en 2003 a dépassé celui de 1986.

GRAPHIQUE 2

### Évolution 1986-2003 de l'hospitalisation à temps plein dans les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile



Champ • France entière.

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

Les autres formes de prise en charge à temps complet sont de moins en moins nombreuses et concernent de moins en moins d'enfants et adolescents : 879 enfants ont bénéficié d'un accueil familial thérapeutique et 396 d'une hospitalisation à domicile, pour six mois en moyenne.

### Les structures de soins des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile<sup>3</sup>

#### *Les structures d'accueil ambulatoire : le CMP à la base du secteur*

Le CMP arrive en tête des structures utilisées. En 2003, tous les secteurs en disposaient : 99 % en ont un ouvert 5 jours par semaine et plus et 87 % en comptaient au moins deux (tableau 4). Le nombre et la proportion de secteurs n'ayant qu'un ou deux CMP tend à diminuer depuis 1997. Les deux tiers des CMP étaient ouverts plus de 5 jours par semaine et ceux qui ouvraient moins de 5 jours par semaine, étaient ouverts 2 jours par semaine en moyenne.

L'évolution de l'équipement des secteurs en matière de CMP semble refléter une recherche de meilleure accessibilité pour les patients : en 2003, la quasi-totalité des secteurs disposait d'au moins un CMP ouvert plus de 5 jours par semaine, tandis que la part des secteurs dont le CMP était ouvert moins de 5 jours par semaine s'est stabilisée à 62 %. Cette couverture plus large de l'ensemble des secteurs s'est accompagnée d'un nombre croissant de CMP ouverts 5 jours et plus par semaine (de 712 en 1988 à 940 en 1997 et à 1 026 en 2000).

TABLEAU 4

#### **Pourcentage de secteurs de psychiatrie infanto-juvénile disposant des différentes structures de soins - Évolution 1991-2003**

	1991	1993	1997	2000	2003
CMP (5 jours et +)	95	93	97	98	99
CMP (-de 5 jours)	67	69	63	62	62
CATTP	36	43	57	67	74
Hôpital de jour	81	85	87	91	91
Hôpital de nuit	17	15	14	14	12
Centre d'accueil permanent	13	8	7	6	1
Centre de crise	5	4	3	4	4
Lits d'hospitalisation à temps plein	52	51	43	38	37
Unité d'hospitalisation à domicile	5	5	5	5	5
Appartement thérapeutique	3	3	2	3	2
Accueil familial thérapeutique	27	31	38	35	30

Champ • France entière.

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

3. Les structures et prises en charge proposées par les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile sont décrites dans l'encadré p. 24.

***Les structures d'accueil à temps partiel :  
essentiellement l'hôpital de jour et le CATTP***

La deuxième structure la plus utilisée par les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile est l'hôpital de jour. 91 % des secteurs en disposaient (81 % en 1991). Chaque secteur propose en moyenne 26 places en hôpital de jour (soit des structures d'environ 13 places). Les hôpitaux de jour *intra-muros* proposent en moyenne plus de places que ceux situés en dehors de l'établissement de rattachement (19 contre 12 places). 44 % des secteurs disposaient d'un hôpital de jour ouvert toute l'année (y compris les mois d'été). 34 % des secteurs ont été amenés à envoyer des patients vers d'autres secteurs à cause d'un manque de places ou de délais d'attente trop longs.

Par ailleurs, 74 % des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile disposaient d'au moins un CATTP. 91 % des CATTP étaient situés à l'extérieur de l'établissement de rattachement. Au total, et si l'on tient compte de la combinaison entre CATTP et hôpital de jour, 63 % des secteurs utilisaient ces deux formules d'accueil à temps partiel, 33 % utilisaient l'une ou l'autre et seuls 4 % des secteurs n'avaient ni CATTP ni hôpital de jour (en diminution par rapport à 1997). Les CATTP se sont beaucoup développés depuis 1991, et la proportion de secteurs en disposant a quasiment doublé en 9 ans, passant de 36 % en 1991 à 67 % en 2000 et 74 % en 2003. Le nombre de CATTP est passé de 144 en 1986 à 335 en 1993, pour atteindre 597 en 2000 et 634 en 2003. Dans le même temps, le nombre d'hôpitaux de jour a connu une croissance plus importante entre 1986 et 1993, mais celle-ci s'est ensuite ralentie avec le développement des CATTP, pour diminuer entre 2000 et 2003. De 284 structures en 1986, on est passé à 527 en 1993, 638 en 2000 et à 614 en 2003.

Les autres structures de prise en charge à temps partiel sont nettement moins répandues dans les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile : seuls 40 secteurs avaient un hôpital de nuit en 2003. Les structures de réponse à l'urgence, telles que les centres d'accueil permanent (CAP) et centres de crise sont très rares dans les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile.

***Les structures d'accueil à temps complet :  
des difficultés de prise en charge au sein des secteurs***

En psychiatrie infanto-juvénile, le nombre de secteurs disposant de lits d'hospitalisation temps plein s'est stabilisé en 2003, date à laquelle ils n'étaient plus que 118. En moyenne, un secteur comptait 13 lits et 94 % en proposaient moins de 20. Le tableau 5 montre que le nombre de secteurs disposant de lits d'hospitalisation à plein temps n'a cessé de diminuer.

Cette évolution globale varie selon la catégorie d'établissements de rattachement du secteur : historiquement, ils n'avaient ni le même nom-

bre de lits à disposition ni les mêmes moyens. 63 % des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile ne proposaient pas de lits d'hospitalisation en 2003. Mais parmi ceux qui en disposaient, seuls 16 % pouvaient « toujours » hospitaliser immédiatement un patient nécessitant une hospitalisation à temps plein, 34 % le pouvaient « souvent », 29 % « parfois » et 21 %, « jamais ».

TABLEAU 5

### Capacité des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile

	1986	1991	1993	1997	2000	2003
Lits d'hospitalisation à plein temps	5380	3406	2874	1963	1604	1512
% de secteurs disposant de lits d'hospitalisation à plein temps	58 %	52 %	51 %	43 %	38 %	37 %
Nombre moyen de lits par secteur	29	20	18	14	13	13

Champ • France entière.

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

40 % des secteurs utilisaient des lits dans le cadre d'un dispositif d'hospitalisation intersectoriel autonome<sup>4</sup> (contre 26 % en 2000). Cette utilisation a fait l'objet d'une convention de fonctionnement dans 46 % des cas. Lorsqu'ils manquent de lits ou places ou que les délais d'attente sont trop longs, les secteurs font prendre en charge des patients de leur secteur par d'autres secteurs psychiatriques ou établissements privés : 75 % des secteurs ont ainsi procédé pour l'hospitalisation complète, dont 35 % l'ont fait « souvent » ou « toujours ». Cette pratique est moins fréquente en hospitalisation de jour : 34 % des secteurs l'ont tout de même fait, dont 9 % « souvent » ou « toujours ».

Enfin, 30 % des secteurs disposaient de places d'accueil familial thérapeutique et 46 % des secteurs ne proposaient ni lits d'hospitalisation complète, ni places d'accueil familial thérapeutique. Parmi eux, seuls 32 secteurs ont utilisé des lits dans un dispositif d'hospitalisation intersectoriel autonome, mais 86 secteurs ne disposaient d'aucun lit pour hospitaliser les enfants.

### Organisation des soins et pratiques professionnelles : l'accueil

En 2003, presque trois quarts des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile ont mis en place une permanence téléphonique 24 heures sur 24 (en dehors du standard téléphonique de l'établissement de rattachement). Celle-ci était assurée pour 64 % des secteurs par un répondeur téléphonique et pour 12 % par un transfert d'appel vers un soignant du secteur.

4. Ces unités assurent des missions sectorielles pour le compte de plusieurs secteurs et correspondent à une fédération, un département ou un service.

### *L'accueil hors urgence : des délais d'attente d'au moins un mois dans un tiers des secteurs*

Lorsqu'un patient vient pour la première fois, il est reçu exclusivement par un médecin dans 21 % des secteurs. Dans les autres secteurs, il est reçu par un médecin ou par un autre professionnel. Ce dernier est souvent un psychologue (95 %) et, dans une moindre mesure, un infirmier (46 %) ou un assistant de service social (42 %).

En 2003, 85 % des secteurs ont établi une liste d'attente pour un premier rendez-vous en ambulatoire (hors urgence et hors prise en charge pour une psychothérapie au cours de l'année). Les trois quarts d'entre eux l'ont mise en place dans tous leurs lieux d'accueil. Pour une consultation avec un médecin, le délai minimum d'attente pour un premier rendez-vous hors urgence était supérieur à un mois dans 58 % des secteurs (supérieur à 3 mois dans 17 % de secteurs) (tableau 6). Pour un entretien avec un autre professionnel, les délais sont un peu plus réduits mais ils restent supérieurs à un mois dans 32 % des secteurs. Mais dans 31 % des secteurs, un premier rendez-vous peut être obtenu en moins de 15 jours, ce qui n'est possible que dans 13 % des secteurs pour consulter un médecin. Le délai minimal d'attente est cependant plus difficile à évaluer dans ce cas, les non-réponses étant fréquentes et les délais très variables selon les professionnels.

TABLEAU 6

#### **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
<b>Consultation avec un médecin</b>							
délai en 2000	5,9	8,4	28,1	39,1	15,9	2,5	100,0
délai en 2003	4,9	8,0	24,0	41,1	16,6	5,4	100,0
<b>Entretien avec un autre professionnel</b>							
délai en 2000	11,6	19,1	22,2	25,0	10,3	11,9	100,0
délai en 2003	13,2	17,5	22,4	22,6	9,5	14,6	100,0

Champ • France entière.

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

### *L'accueil en urgence : des réponses variables selon les secteurs*

78 % des secteurs ont élaboré en leur sein un dispositif de réponse à l'urgence. Dans 88 % des secteurs, c'est un membre de l'équipe du secteur qui intervient. Dans un tiers des secteurs, c'est un membre d'une équipe rattachée à un pôle intersectoriel d'urgence. Les différents types d'intervention sont, par ordre de fréquence: les rendez-vous en urgence au CMP, les hospitalisations, l'orientation vers les urgences de l'hôpital général, les visites à domicile ou sur le lieu de détresse, l'orientation vers un médecin de ville; les places en centres de crise étant en nombre limité, seuls 25 % des secteurs y ont eu recours.

## **Modalités générales d'organisation des soins**

### ***La prise en charge des personnes dans le secteur : des personnels référents dans la plupart des secteurs***

Dans 90 % des secteurs, un infirmier peut être désigné comme référent pour chaque patient suivi en hospitalisation à temps plein ou pris en charge à temps partiel (c'est toujours le cas dans 56 % des secteurs). Dans 80 % des secteurs, un éducateur peut également être désigné comme référent (seuls 26 % des secteurs l'ont toujours fait en 2003).

Le médecin référent assure également (« toujours » ou « souvent ») le suivi ambulatoire du patient dans plus de 60 % des secteurs. C'est moins fréquent lorsque le référent est un infirmier et c'est « toujours » ou « souvent » le cas dans seulement 30 % des secteurs.

### ***Prises en charge particulières : les protocoles écrits sont encore minoritaires***

Alors que 97 % des secteurs sont sollicités pour intervenir lors de situations de maltraitance, ce qui arrive « souvent » pour 64 % d'entre eux, seuls 28 % des secteurs ont élaboré un protocole ou des règles de conduite internes pour répondre à la prise en charge des jeunes en cas de comportements violents.

Ce type de protocole ou de règles écrites existe au service de l'hôpital général qui reçoit les urgences du secteur en cas de fugue d'un jeune (dans 44 % des secteurs) et pour la prise en charge des adolescents suicidaires (32 % des secteurs).

En 2003, 36 % des secteurs disposaient d'une unité spécialisée dans l'accueil mère-enfant, qui fonctionne principalement sous forme d'accueil en consultation, mais également en accueil en CATTP et, dans une moindre mesure, en hôpital de jour et en hospitalisation à temps plein.

Près de 60 % des secteurs avaient une unité spécialisée dans l'accueil des adolescents, laquelle propose le plus souvent des consultations mais fonctionne parfois également en accueil en CATTP, hôpital de jour ou en hospitalisation à temps plein.

### ***La psychiatrie de liaison : présente dans huit secteurs sur dix***

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

81 % des secteurs ont déclaré avoir une activité de psychiatrie de liaison dans un ou plusieurs services en centre hospitalier ou hôpital

local. Pour la plupart des secteurs (85 %), cette activité se fait au titre de leur secteur seul, seuls 12 % le faisant dans le cadre d'une unité intersectorielle non gérée par leur secteur. Cette activité de liaison intervient le plus souvent en pédiatrie (86 % des secteurs) et en maternité (70 %).

### *Les réponses organisées dans le cadre d'unités intersectorielles non autonomes*

Il s'agit d'unités placées sous la responsabilité d'un praticien du secteur qui assurent des prestations pour le compte d'autres secteurs, avec les moyens propres du secteur et, le cas échéant, des moyens provenant des autres secteurs concernés (hors unités fonctionnelles intersectorielles entrant dans le cadre d'une fédération ou d'un département).

28 % des secteurs ont participé à la gestion d'une ou plusieurs unités intersectorielles non autonomes. Ces unités ont souvent pour activité l'hospitalisation à temps plein, des consultations, mais offrent aussi de l'accueil à temps partiel (hôpital de jour). Trois unités sur quatre font l'objet de conventions avec d'autres secteurs et dans deux tiers des cas, le suivi est assuré par le secteur d'origine du patient.

## **Réseau et interventions des secteurs dans la communauté**

### *Les conventions : des partenaires multiples, une fréquence variable selon la catégorie d'établissement de rattachement*

En 2003, 56 % des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile ont passé une convention écrite avec un établissement de santé (tableau 7).

Ces conventions ont surtout concerné des secteurs rattachés à des établissements spécialisés en psychiatrie (65 % des CHS et 80 % des établissements privés PSPH). Mais les conventions s'appliquent aussi fréquemment à d'autres partenaires, en particulier les établissements de l'éducation : ainsi, 50 % des secteurs ont passé une convention écrite avec un établissement de l'Éducation nationale, 37 % avec un établissement médico-éducatif ; 15 % en ont conclu une avec un CMPP, 13 % avec la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) et 26 % avec les services du conseil général.

D'une manière générale, les secteurs rattachés à un centre hospitalier ont signé moins de conventions avec des partenaires autres que les établissements de santé, alors que les CHR et les établissements privés PSPH en ont davantage formalisé. Les conventions avec les établissements médico-éducatifs sont particulièrement fréquentes dans les secteurs rattachés à un établissement privé PSPH.

TABLEAU 7

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

Convention écrite avec :	CHS	HPP	CHR	CH	Ensemble
un établissement de santé	64,9	79,5	45,8	42,3	56,4
un CMPP	15,7	18,0	25,0	13,5	15,3
un établissement de l'éducation nationale	52,0	79,5	37,5	45,0	50,2
un établissement médico-éducatif	35,4	76,9	29,2	33,3	36,8
les services du conseil général	30,4	25,6	29,2	19,8	26,3
la PJJ	17,2	10,3	12,5	7,2	12,9

Champ • France entière.

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

### ***Des relations avec les intervenants extérieurs plus fréquentes avec les psychiatres qu'avec les autres médecins traitants***

La quasi-totalité des secteurs sont en relation directe avec le médecin traitant des patients (généraliste ou pédiatre) ou avec le psychiatre, si les patients sont suivis par un autre psychiatre. Mais ces relations sont plus fréquentes avec les psychiatres qu'avec les médecins généralistes ou pédiatres. Ainsi, 56 % des secteurs ont déclaré avoir « toujours » ou « souvent » une relation directe avec le médecin traitant, proportion qui atteint 72 % avec les psychiatres.

Dans 65 % des secteurs, l'aide aux démarches administratives et l'accompagnement social des patients ont été assurés par un membre du secteur seul, qui est pour 92 % des secteurs un assistant de service social ou un infirmier (49 %). Dans 14 % des secteurs, cette aide est assurée directement par les services sociaux (municipaux ou départementaux) et dans 25 % des secteurs, ces aides sont assurées systématiquement et conjointement par un membre de l'équipe du secteur et un travailleur social extérieur.

Les interventions des secteurs dans la communauté semblent avoir été moins fréquentes qu'en 2000. 38 % des secteurs ont déclaré être intervenus auprès des psychiatres, 38 % auprès des médecins généralistes, 33 % auprès des élus locaux ou 35 % auprès des associations de familles. En revanche, plus de 60 % des secteurs sont intervenus dans les écoles, les commissions départementales d'éducation spéciale (CDES), les services sociaux, les crèches et les services de protection maternelle infantile (PMI).