

La psychiatrie requiert un mode de prise en charge particulier dans lequel la place des réseaux de proximité est fondamentale.

Elle représente 21 % des lits d'hospitalisation complète, mais 80 % des places d'hospitalisation partielle, complétées par des interventions variées dans le cadre de la sectorisation.

Globalement, le secteur public auquel sont rattachés les secteurs est prépondérant (80% des lits et places), avec cependant

des capacités d'hospitalisation réduites en psychiatrie infanto-juvénile.

La transition d'un modèle traditionnel où l'hospitalisation complète était le mode de prise en charge principal vers davantage de soins ambulatoires ne s'est pas effectuée partout de la même façon et induit de grandes disparités départementales.

Il n'y a, à cet égard, ni cumul ni substitution systématique entre capacités d'hospitalisation complète et partielle. D'autre part, quand on compare l'implantation des psychiatres et les capacités d'hospitalisation, les situations locales apparaissent très diverses. Quatre « types » de départements semblent caractériser des « modèles » de soins différents en lien à la fois avec l'histoire, leur dynamisme économique et démographique.

Anne GUILMIN

avec la collaboration

de **Bénédicte BOISGUÉRIN**

et de **Claudine PARAYRE**

Ministère de l'Emploi et de la solidarité
DREES

**L'offre de soins en psychiatrie :
des « modèles » différents
selon les départements ?**

La psychiatrie requiert un mode de prise en charge particulier comparé à celui des autres soins de courte durée¹. En effet, il s'agit de problèmes de santé souvent caractérisés par la récurrence, la chronicité et une relation directe des professionnels de santé aux patients dans laquelle la place des actes techniques est faible et celle des réseaux de proximité importante.

L'organisation des soins psychiatriques est, à cet égard, fondée sur la sectorisation. Les secteurs psychiatriques, qui regroupent l'essentiel du dispositif public, développent – au-delà des prises en charge hospitalières – une gamme d'in-

1. Les soins de courte durée comprennent les disciplines de médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, toxicomanie et alcoolisme.



interventions variées, essentiellement en ambulatoire avec des objectifs d'accessibilité, de continuité et de proximité des soins (encadré 1).

En ce qui concerne spécifiquement les établissements de santé, publics ou privés, la psychiatrie représente 21 % du total des lits, et uniquement 5 % des entrées totales, mais 80 % des places d'hospitalisation partielle et 73 % des venues de jour et de nuit. Elle emploie une part relativement plus importante de personnel non médical puisqu'elle mobilise 33 % des effectifs des infirmiers affectés aux soins de courte durée. Les psychiatres représentent, quant à eux, 13 % de l'en-

semble des médecins spécialistes à l'hôpital et en ville.

Globalement, l'offre de soins psychiatriques est prépondérante dans le secteur public et faisant fonction de public², mais inégalement répartie selon les départements. La transition d'une offre de soins, où l'hospitalisation complète était le mode de prise en charge principal, vers davantage de soins ambulatoires³ – c'est-à-dire d'un modèle traditionnel vers un dispositif de soins de proximité, fondement de la politique de sectorisation élaborée dans les années 1960 –, n'apparaît pas achevée dans tous les départements.

Cette étude, réalisée à partir des données de la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE), recense les équipements, l'activité et les personnels médical et non médical des établissements de santé publics et privés. Seule la partie de l'offre de soins portant sur l'hospitalisation en psychiatrie est recueillie dans la SAE. Ainsi, les alternatives à l'hospitalisation, notamment l'activité des centres médico-psychologiques (CMP) ou des centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), échappe à cette statistique. L'activité de ces structures est en revanche décrite dans les rapports annuels de secteurs de psychiatrie⁴.

Une prépondérance générale du secteur public

■ Plus de 80 % des lits et places en psychiatrie dans les établissements de santé publics

En psychiatrie, le secteur public occupe une place prépondérante : il détient plus de 70 % des lits et places dans 81 départements dont 23 disposent d'une offre exclusivement publique. Dans 4 départements seulement (la Dordogne, le Gard, la Haute-Garonne et les Hauts-de-Seine), la part

2. Dans le cadre de cette étude, le terme de secteur public fait référence aux établissements de santé publics (centre hospitalier spécialisé en psychiatrie et services de psychiatrie des hôpitaux généraux) et aux Hôpitaux psychiatriques privés (HPP) qui sont des établissements de santé de lutte contre les maladies mentales privés participant au service public et habilités à accueillir des patients en hospitalisation sous contrainte.

3. Soins sans hébergement.

4. L'organisation du dispositif psychiatrique du secteur public ou faisant fonction de public étant basée en effet sur la sectorisation psychiatrique, l'exploitation de ces rapports fera l'objet d'une publication ultérieure.

E-1

Quelques éléments sur la sectorisation psychiatrique

L'organisation du dispositif psychiatrique public ou privé faisant fonction de public repose sur la sectorisation psychiatrique. Elle regroupe l'essentiel du dispositif public, à l'exception de quelques services de psychiatrie implantés en CHU.

Fondée sur les notions d'accessibilité et de continuité de soins, la sectorisation vise à promouvoir une évolution du dispositif de soins sortant d'une logique institutionnelle au profit de prises en charges diversifiées et de proximité adaptées aux besoins des patients.

Les secteurs psychiatriques ont développé une gamme de modalités d'interventions et de soins destinés à répondre aux besoins de santé mentale des personnes, adultes, enfants et adolescents, dans un territoire géographique donné.

Ainsi, en 1997, la France est divisée en 829 secteurs de psychiatrie générale destinés aux adultes et en 321 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile accueillant les enfants et adolescents.

En psychiatrie générale, 57 % des secteurs sont rattachés à un CHS, 34 % à un service de psychiatrie des hôpitaux généraux et 9 % à un HPP. En psychiatrie infanto-juvénile, 52 % des secteurs sont rattachés à un CHS, 41 % à un service de psychiatrie d'un hôpital général et 7 % à un HPP.

Plus d'un million d'adultes ont été suivis par les secteurs de psychiatrie générale en 1997 contre 920 000 en 1995 ; les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile ont, de leur côté, suivi 380 000 enfants et adolescents en 1997, soit 50 000 de plus qu'en 1995.

À côté de l'hospitalisation classique, à temps plein, et de l'hospitalisation de jour, un ensemble d'autres modes de prise en charge est offert, en ambulatoire (consultations, visites à domicile) ou par des soins de prises en charge spécifiques à temps partiel (centre d'accueil thérapeutique) ou à temps complet (accueil familial, appartement thérapeutique).

La grande majorité des personnes suivies par les secteurs l'est en ambulatoire : 80 % des adultes et 96 % des enfants ou adolescents en 1997 contre respectivement 28 % des adultes et 3 % des enfants et adolescents suivis à temps complet.

Au sein des différentes structures de prise en charge, le suivi en centre médico-psychologique (CMP) est le plus usuel, 71 % des adultes et 89 % des enfants ou adolescents suivis en ambulatoire.

L'adaptation du dispositif de soins psychiatriques aux besoins est liée à la fois à l'évolution des pratiques, et à la structure de l'offre, notamment à la capacité en lits et à la complémentarité entre secteurs public et privé. Les interventions du secteur privé comportent à la fois un volet libéral (consultation en ville) et des modalités de prise en charge en hospitalisation complète (y compris la post-cure) ou partielle.

Cette étude porte sur les indicateurs communs aux deux champs, publics et privés. L'activité des secteurs de psychiatrie ne concerne que le secteur public, elle sera étudiée plus en détail dans une publication ultérieure.

du secteur privé dépasse la moitié (carte 1).

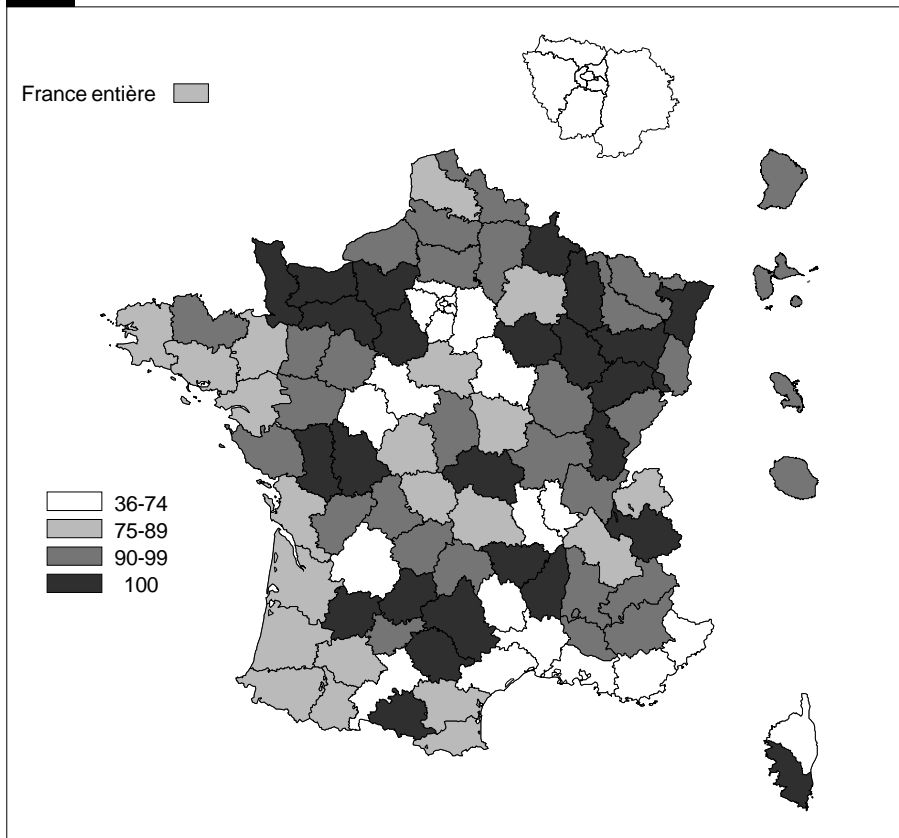
En 1997, sur un total de 71 280 lits d'hospitalisation complète, 80 % se trouvent dans les établissements de santé publics : 50 % dans les centres hospitaliers publics spécialisés en psychiatrie (« ex »-CHS)⁵, 12 % dans les hôpitaux psychiatriques privés (HPP) et 19 % dans les services de psychiatrie des établissements de santé publics non spécialisés en psychiatrie (tableau 1).

De la même manière, mais plus nettement encore que pour les lits d'hospitalisation complète, les places d'hospitalisation partielle sont concentrées dans le secteur public. C'est le cas de 89 % des 27 050 places offertes en hôpitaux de jour et de nuit. Les CHS en rassemblent 54 %, les HPP 9 %, et les services de psychiatrie des hôpitaux généraux près de 26 % (tableau 2).

■ Des capacités d'hospitalisation réduites en psychiatrie infanto-juvénile

En outre, la répartition des capacités en lits et places est inégale entre la psychiatrie générale et la psychiatrie infanto-juvénile, qui s'adresse aux moins de vingt ans. Alors que 67 % des places d'hospitalisation partielle et plus de 95 % des lits d'hospitalisation complète sont réservés à la psychiatrie générale, seules un tiers des places d'hospitalisation partielle et 5 % des capacités d'hospitalisation complète vont à la psychiatrie infanto-juvénile. Ces faibles capacités sont d'autant plus marquées que les enfants et adolescents suivis en psychiatrie infanto-juvénile représentent plus de

C.01 part de l'offre en hospitalisation complète et partielle (public+hpp/total)



T.01 nombre de lits en hospitalisation complète en psychiatrie en 1997

	Psychiatrie	Répartition en %	Psychiatrie	
			générale (adultes)	infanto-juvénile
PUBLIC				
CHS	35 727	50,1	34 479	1 248
SP publics	13 284	18,6	12 624	660
HPP	8 378	11,8	8 191	187
<i>Part du public sur l'ensemble en %</i>		80,5		
PRIV				
Cliniques et foyers de post-cure	13 184	18,5	12 904	280
SP privés	707	1,0	609	98
<i>Part du privé sur l'ensemble en %</i>		19,5		
Total Public + Privé	71 280	100,0	68 807	2 473
Champ : France entière. Source : DREES, SAE 97.				

26 % de l'ensemble des patients suivis par les secteurs. La part du secteur privé est plus importante en hospitalisation partielle pour la psychiatrie infanto-juvénile.

Ces différences résultent à la fois d'un nombre de lits d'hospitalisation complète historiquement plus faible en

psychiatrie infanto-juvénile et du développement de modalités privilégiant des prises en charge des enfants et des adolescents dans les structures de proximité : en ambulatoire (consultations, visites à domicile) ou à temps partiel (Centres d'accueil thérapeutique à temps partiel).

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

T 02 nombre de places en hospitalisation à temps partiel (hôpital de jour et de nuit) en psychiatrie en 1997

	Psychiatrie	Répartition en %	Psychiatrie	
			générale (adultes)	infanto-juvénile
PUBLIC				
CHS	14 670	54,2	9 905	4 765
SP publics	6 966	25,8	4 569	2 397
HPP	2 419	8,9	1 989	430
<i>Part du public sur l'ensemble en %</i>		88,9		
PRIV				
Cliniques et foyers de post-cure	2 877	10,7	1 773	1 104
SP privés	118	0,4	20	98
<i>Part du privé sur l'ensemble en %</i>		11,1		
Total Public + Privé	27 050	100,0	18 256	8 794

Champ : France entière.
Source : DREES, SAE 97.

Des disparités départementales marquées dans l'offre de soins en psychiatrie...

■ Les écarts de capacité en lits et places varient de 1 à 9 selon les départements...

La moyenne nationale des capacités d'accueil pour 100 000 habitants en psychiatrie est de 165 lits et places cumulés. Cette capacité est extrêmement variable d'un département à un autre, puisqu'elle s'échelonne d'un minimum de 69 dans les Hauts-de-Seine et de 78 dans le Loiret à 481 dans la Haute-Saône et même 702 en Lozère.

Quinze départements ont une capacité égale ou supérieure à 250 lits et places pour 100 000 habitants, ils sont majoritairement situés en Bretagne et dans le quart sud ouest de la France. Ces fortes capacités s'expliquent notamment par des raisons historiques. Jusque dans les années 80, des régions urbanisées comme l'Île-de-France ont continué d'orienter des patients en hospitalisation complète vers des départements ruraux comme la Lozère ou les départements bretons. À l'opposé, 20 départements ont une capacité inférieure à 130 lits ou places pour 100 000 habitants. Ils se situent majoritairement dans le quart

■ Forte évolution des capacités d'hospitalisation dans le public, stabilité dans le privé

Entre 1990 et 1997, dans le secteur public, l'évolution des pratiques de prise en charge s'est traduite à la fois par une augmentation du nombre de places d'hospitalisation partielle (+25 %) et par une forte baisse du nombre de lits d'hospitalisation complète (-32 %).

La hausse des capacités d'hospitalisation partielle (+4 861) n'a toutefois pas compensé la diminution des lits d'hospitalisation complète (-26 711), d'où un recul de la capacité totale en lits et places de 21 %

sur sept ans. Ceci s'accompagne d'un très fort accroissement de l'activité des secteurs psychiatriques, avec une augmentation de 46 % des patients suivis en psychiatrie générale entre 1989 et 1997 et de 48 % des enfants et adolescents suivis en psychiatrie infanto-juvénile entre 1991 et 1997.

Globalement, de 1990 à 1997, la part de la capacité totale en lits et places du secteur public a donc légèrement diminué, passant de 86 % à 83 % (tableau 3).

En revanche, dans le secteur privé, la capacité en lits comme en places a peu varié.

T 03 évolution des lits et places de 1990 à 1997 dans le secteur public et privé

	Lits en hospitalisation complète			Places en hospitalisation partielle		
	1990	1997	évolution 1997/1990	1990	1997	évolution 1997/1990
	CHS	56 176	35 727	-36,4%	11 708	14 670
Services de psychiatrie des hôpitaux généraux	14 814	13 284	-10,3%	5 239	6 966	33,0%
Hôpitaux privés psychiatriques	13 110	8 378	-36,1%	2 247	2 419	7,7%
Ensemble public	84 100	57 389	-31,8%	19 194	24 055	25,3%
Ensemble privé (Services de psychiatrie des cliniques privées + cliniques et foyers de post-cure)	14 111	13 891	-1,6%	3 071	2 995	-2,5%
Ensemble public et privé	98 211	71 280	-27,4%	22 265	27 050	21,5%
<i>Part du secteur public sur l'ensemble public et privé en %</i>	85,6%	80,5%		86,2%	88,9%	

Champ : France entière.
Source : DREES, SAE 97.

nord-est de la France, en région Rhône-Alpes et dans les 4 départements d'outre-mer.

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

En psychiatrie générale, la moyenne nationale en hospitalisation complète est de 155 lits pour 100 000 habitants de 20 ans et plus. Ce chiffre masque une forte variabilité puisqu'on observe un écart de 1 à 10 entre les extrêmes : 5 départements disposent de moins de 100 lits pour 100 000 habitants de 20 ans et plus (l'Eure-et-Loir, la Loire, le Loiret, la Haute-Savoie et la Seine-Maritime) alors qu'à l'autre extrême, 11 départements ont une capacité supérieure à 250 lits pour 100 000 adultes.

En hospitalisation partielle, la moyenne nationale est de 42 places pour 100 000 habitants de 20 ans et plus. On constate là encore le même écart de 1 à 10 entre les valeurs extrêmes, allant de 9 places pour 100 000 habitants dans la Marne à 123 pour 100 000 habitants dans la Haute-Vienne. Un peu plus d'un quart des départements ont moins de 30 places pour 100 000 habitants de 20 ans et plus.

Cette variabilité comparable n'implique pas qu'il y ait cumul ou substitution systématiques entre les types d'offres de soins : les départements les mieux dotés en lits d'hospitalisation complète ne sont pas forcément les plus ni d'ailleurs les moins dotés en places d'hospitalisation partielle. Ainsi, sur les 10 départements disposant de plus de 70 places pour 100 000 habitants, seulement deux se trouvent aussi dans la catégorie la plus dotée en lits, la Lozère et la Meuse.

En revanche les Pyrénées-Orientales, le Maine-et-Loire et la Seine-Maritime, largement dotés en places, sont relativement sous-dotés en lits par rapport à la moyenne.

Le double mouvement de réduction globale des capacités d'accueil en hos-

pitalisation complète et d'accroissement des places en hospitalisation partielle, observable au plan national, ne semble donc pas s'être produit de façon uniforme au niveau départemental.

■ Des disparités encore plus fortes pour la psychiatrie infanto-juvénile

En psychiatrie infanto-juvénile, la situation apparaît encore plus hétérogène puisque 17 départements n'offrent aucun lit d'hospitalisation complète. Même si ces départements ont plus ou moins développé des modalités de prise en charge alternatives, cette absence totale de capacités peut poser problème pour répondre aux besoins de certains patients. De plus, les écarts en matière d'hospitalisation partielle sont de l'ordre de 1 à 20 (de 8 places pour 100 000 habitants de moins de 20 ans dans l'Ain à 187 en Lozère).

Capacités d'hospitalisation et densités en psychiatres : quatre « modèles » de soins différents ?

Les dotations en capacités d'accueil (lits ou places) et la densité de psychiatres installés (encadré 2) ne coïncident pas. Les différents départements semblent au contraire se développer suivant des dimensions différentes et sans doute traduire une inégale transition entre deux modèles d'offre de soins psychiatriques.

Globalement, l'offre apparaît faible (carte 2) dans le nord de la France et à l'ouest de l'Île-de-France, tant en lits et places installés qu'en nombre de psychiatres. Elle se révèle également faible mais uniquement en densité de psychiatres dans le Massif central (avec la notable exception du Puy-

E•2

Infirmiers, psychologues et psychiatres...

Les infirmiers

La répartition des infirmiers dans les établissements de santé publics et privés reflète étroitement celle des capacités d'hospitalisation (58 000 infirmiers équivalents temps plein¹ (ETP) – y compris les personnels d'encadrements infirmiers – pour un peu plus de 71 000 lits).

En raison de leur diplôme et de leurs modalités d'exercice, il n'existe pas d'infirmiers de secteur psychiatrique en milieu libéral.

La part prépondérante du secteur public des capacités en lits et places (83 %) se retrouve accentuée au niveau des densités d'infirmiers exerçant dans ce secteur (94 %).

Dans les 15 départements où les capacités d'hospitalisation totales sont les plus élevées, la densité en infirmiers (personnel d'encadrements compris) est ainsi supérieure à 150 pour 100 000 habitants². Dans les 15 départements où les capacités sont les moins élevées, la densité en infirmiers est proche de 80 pour 100 000 habitants.

Les psychologues

Selon la dernière enquête emploi, les psychologues sont estimés à près de 36 000 personnes salariées ou libérales. Les sources statistiques actuellement disponibles ne permettent pas de recenser en totalité le nombre de psychologues libéraux.

Selon la Statistique annuelle des établissements (SAE), on compte environ 4 000 psychologues ETP – soit seulement 1 pour 15 infirmiers – dans des services de psychiatrie des établissements de santé. Parmi eux, 80 % travaillent dans le secteur public.

Les psychiatres

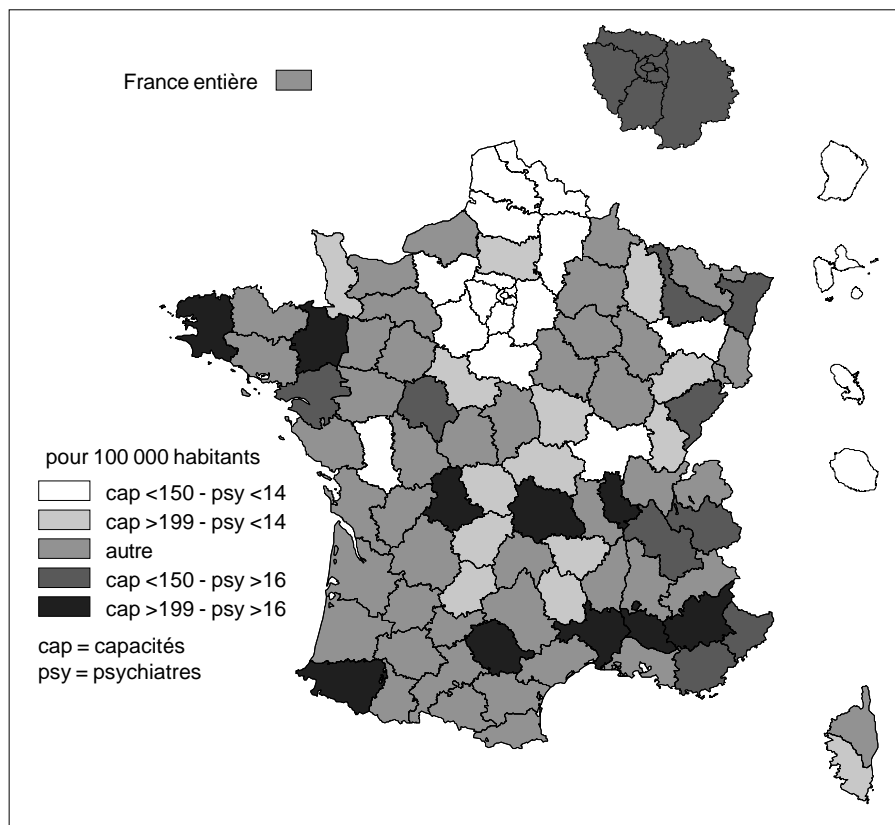
Sur environ 12 000 psychiatres au 31 décembre 1997, 54 % exercent dans le secteur libéral et 46 % sont salariés. Parmi les libéraux, 30 % exercent une activité hospitalière contre 88 % parmi les salariés.

La moyenne nationale est de 20 psychiatres (libéraux et salariés) pour 100 000 habitants avec là aussi de forts écarts entre départements selon une échelle qui varie de 1 à 4 hors Paris (Paris apparaissant à cet égard comme un des extrêmes puisque la densité y est de 80 psychiatres pour 100 000 habitants).

1. Ce chiffre comprend les infirmiers de secteur psychiatrique et les infirmiers diplômés d'État exerçant dans un service de psychiatrie.

2. Hormis quatre départements en raison, notamment, d'une forte proportion d'aides soignants ou d'agents des services hospitaliers (ASH).

C.02 capacités en hospitalisation complète et partielle et densités en psychiatres rapportées à la population



forte) du point de vue de leurs capacités d'hospitalisation et de leur densité en psychiatres (encadré 3).

Quatre « types » de départements se distinguent alors nettement, qui regroupent 55 % d'entre eux. Les 45 départements qui se retrouvent dans le dernier regroupement « moyen » ont peu de caractéristiques marquées et ne sont pas pris en compte dans la suite de cette étude (tableau 4).

■ **Les zones de faibles capacités en lits et en places et de faible densité en psychiatres**

Quatorze départements combinent une faible capacité d'hospitalisation (moins de 150 lits et places pour 100 000 habitants) et une faible densité en psychiatres (moins de 14 pour 100 000 habitants). Ces départements sont majoritairement situés dans le quart nord-est de la France : Pas-de-Calais, Vosges, Somme, Aisne, Nord. Mais on y trouve aussi l'ouest et le sud-ouest de l'Île-de-France : l'Eure, l'Eure-et-Loir, le Loiret, et encore la Saône-et-Loire, les Deux-Sèvres ainsi que les 4 départements d'outre-mer. Il s'agit principalement de départements ruraux, ou ayant connu dans un passé récent d'importantes reconversions industrielles.

Les Vosges, la Saône-et-Loire et le Nord ont une faible diversification de capacités d'accueil (le nombre de places d'hospitalisation partielle est inférieur à 23 % des capacités totales) mais, globalement, les autres départements sont plutôt diversifiés. Cependant, leur faible capacité d'hospitalisation totale et leur faible densité en psychiatres pourraient se révéler être un frein à la poursuite de cette diversification.

Ainsi, le département du Loiret, nettement diversifié, est l'un des départements où la capacité cumulée en lits et places est la plus faible (78 pour 100 000 habitants) aussi bien en psychiatrie générale qu'infanto-juvénile.

6

E.3

Méthodologie

Les départements ont été classés selon leur position relative – faible, moyenne ou forte – à partir de deux critères : la capacité totale en lits et places et le nombre de psychiatres, (pour 100 000 habitants). Cinq regroupements ont ainsi été obtenus : quatre rassemblent des départements « extrêmes » pour chacun de ces deux critères, c'est-à-dire des départements classés forts ou faibles ; un dernier regroupe les autres départements, (« moyens » sur au moins un des deux critères).

Des indicateurs descriptifs ont été ajoutés à ces regroupements pour tenter de mieux les caractériser, tout particulièrement du point de vue de leur environnement : un indicateur dit de « diversification » mesuré par la part des places d'hospitalisation partielle sur l'ensemble des capacités en psychiatrie (lits et places), un indicateur mesurant la part du secteur public, calculé comme la part des lits et places publics sur l'ensemble des lits et places (public et privé), un indicateur de dynamique démographique, le taux d'évolution annuel de la population sur la période 1998/1975, un indicateur d'âge de la population, la part des 60 ans et plus sur l'ensemble de la population et enfin un indicateur de vitalité économique : mesuré par le taux de croissance de l'emploi entre 1995 et 1997 (afin d'éliminer les effets de la récession du début des années 90).

Ces premières analyses des quatre groupes extrêmes doivent être lues avec beaucoup de prudence, mais elles permettent une première approche des modèles d'offre de soins en psychiatrie ainsi que des mécanismes de transition à l'œuvre.

de-Dôme) et dans l'est de la France (sauf le Bas-Rhin).

La densité en psychiatres est particulièrement forte en région Île-de-France, à l'ouest (Finistère, Ille-et-Vilaine, Loire-Atlantique), dans le sud-ouest (Pyrénées-Atlantiques),

dans les Alpes (Rhône, Isère, Savoie) et surtout dans le sud et le sud-est (Vaucluse, Alpes-de-Haute-Provence, Alpes-Maritimes, Gard, Var).

On peut, à cet égard, classer les départements en cinq catégories selon leur position relative (faible, moyenne ou

T 04 cinq catégories des départements en fonction de leur nombre de lits et places et de densités en psychiatres :
moyenne par regroupement

Position relative		Nombre moyen pour 100 000 habitants		Proportion			évolution	
en lits et places	en nombre de psychiatres	Lits et places	Psychiatres libéraux et salariés	Places sur les lits et places	Part lits et places publics sur l'ensemble public et privé	Part des 60 ans et + sur l'ensemble	Taux d'évolution annuel 1975/1998*	Variation de l'emploi 1995/1997
Faible	Faible	120*	11	28%	93%	19%	0,5%	0,7%
Fort	Faible	296	12	23%	91%	26%	0,0%	0,3%
Faible	Fort	126	21	27%	85%	20%	0,8%	0,5%
Fort	Fort	229	20	31%	84%	23%	0,6%	0,6%
Moyen		178	15	26%	89%	23%	0,4%	0,5%

* **Lecture** : 120 lits et places pour 100 000 habitants en moyenne dans les départements ayant une faible position en lits et places et en nombre de psychiatres.

Champ : France entière.
Sources : DREES, SAE 97, CID 98.

Dans l'ensemble, ces départements présentent une offre de soins en psychiatrie exclusivement publique, à l'exception du Pas-de-Calais et du Loiret où le secteur privé contribue à l'offre de soins.

En termes démographiques, et à l'exception de la Saône-et-Loire, la population de ces départements est plutôt jeune, avec des taux d'accroissement dans la moyenne⁶.

Le développement de l'offre de soins spécialisés en psychiatrie y apparaît globalement problématique, d'autant que les capacités manquantes ne paraissent pas pouvoir provenir de reconversions, et que l'offre privée y est également faible. Seuls quelques départements de cette catégorie semblent acquérir depuis peu un dynamisme économique et social susceptible de favoriser l'évolution de cette situation.

■ Les zones à forte capacité d'hospitalisation et à faible densité en psychiatres

Quatorze départements combinent une capacité d'hospitalisation élevée (plus de 200 lits et places pour

100 000 habitants) et une faible densité en psychiatres (moins de 14 pour 100 000 habitants). Il s'agit de l'Oise, de la Meuse, de la Haute-Saône, de la Creuse, de la Haute-Loire, de la Lozère, du Jura, de l'Allier, de la Corse du Sud, de la Manche, de la Nièvre, du Lot et du Loir-et-Cher.

Les alternatives à l'hospitalisation y sont dans l'ensemble peu développées, les lits d'hospitalisation complète regroupant l'essentiel de l'offre de soins en psychiatrie.

Huit départements disposent ainsi de moins de 20 % de places d'hospitalisation partielle dans le total de leurs capacités. La Haute-Saône et la Lozère apparaissent dans les extrêmes avec les plus fortes capacités d'hospitalisation en lits et places (respectivement 481 et 702 lits et places pour 100 000 habitants) et l'indice de diversification le plus faible (respectivement 4 et 14 % de places d'hospitalisation partielle). Seuls le Jura, la Manche et la Creuse ont une diversification élevée avec des capacités d'hospitalisation partielle supérieures à 35 %.

Huit départements parmi les 14 disposent d'une offre de soins en psychiatrie exclusivement dans le secteur public, seul le département de la Nièvre comporte un secteur privé dont la part est importante (45 %). Par

ailleurs, il faut noter que la Nièvre n'a ni lit ni place en psychiatrie infanto-juvénile, alors que ce département est en revanche bien doté en psychiatrie générale (avec 237 lits pour 100 000 habitants).

Dans ces départements ruraux, les faibles densités de psychiatres doivent être reliées au déclin démographique assez prononcé et au vieillissement de la population. Seule l'Oise présente une faible proportion (15 %) de personnes âgées de plus de 60 ans, et un accroissement de la population supérieur à 1 %, mais ce département s'inscrit dans une dynamique nouvelle fortement marquée par la proximité de l'Île-de-France.

Ces départements, en général « en perte de vitesse démographique », le sont également du point de vue économique puisqu'ils connaissent entre 1995 et 1997 des variations de l'emploi très faibles voire négatives, ou parce qu'ils se situent à des niveaux dégradés (Lozère, Haute-Loire et Corse du sud).

L'offre de soins psychiatriques y apparaît peu dynamique et les capacités importantes en lits d'hospitalisation complète semblent surtout procéder d'un effet de rémanence. L'adaptation du dispositif de soins semble être d'autant plus difficile à mener dans ces départements que les densités en psychiatres y sont faibles.

6. Toutefois, et malgré une population jeune, le taux d'accroissement est très faible dans certains de ces départements. Et, si les variations d'emploi apparaissent favorables, c'est souvent à partir d'un niveau extrêmement dégradé.

■ Les zones de faible capacité d'hospitalisation et de forte densité en psychiatres

Dix-sept départements combinent une faible capacité d'hospitalisation (moins de 150 lits et places pour 100 000 habitants) et une densité élevée en psychiatres (plus de 16 pour 100 000 habitants). Il s'agit de la Meurthe-et-Moselle, du Doubs, de l'Isère, de la Savoie, des départements de l'Île-de-France considérés globalement, des Alpes-Maritimes, de la Loire-Atlantique, de l'Indre-et-Loire, du Bas-Rhin et du Var.

Mis à part le Doubs où la part des places d'hospitalisation partielle est faible (13 %), ces départements présentent une diversification importante de leurs capacités (entre 22 et 35 % des places d'hospitalisation partielle). Malgré une faible capacité globale, ils offrent des soins diversifiés, avec une forte présence en psychiatres.

De plus, le secteur privé est bien représenté dans ces départements, à l'exception du Doubs, du Bas-Rhin et de la Savoie où l'offre de soins est essentiellement publique.

La forte densité de psychiatres peut, en partie, s'expliquer par le caractère attractif de ces départements, notamment d'un point de vue économique et démographique. L'accroissement naturel de la population y est élevé et le taux de variation de l'emploi entre 1995 et 1997 favorable.

Le Var et les Alpes-Maritimes connaissent une faible augmentation de l'emploi et leur population est plutôt âgée, mais elle s'accroît du fait de l'immigration en provenance des autres régions françaises.

La situation de ces départements apparaît donc relativement favorable malgré des capacités en lits et places

relativement faibles : le dynamisme démographique et économique local se traduit par des capacités d'accueil diversifiées et un nombre important de professionnels, schéma correspondant assez bien aux nouvelles orientations des pratiques psychiatriques.

■ Les zones de forte capacité d'hospitalisation et de forte densité en psychiatres

Dix départements combinent une capacité d'hospitalisation élevée (plus de 200 lits et places pour 100 000 habitants) et une densité élevée en psychiatres (plus de 16 pour 100 000 habitants). Ils se retrouvent majoritairement dans l'ouest et le sud de la France : Ile-et-Vilaine, Finistère, Puy-de-Dôme, Haute-Vienne, Tarn, Vaucluse, Gard, Rhône, Alpes-de-Haute-Provence, et Pyrénées-Atlantiques.

Certains de ces départements disposaient « dans le passé » d'une importante capacité de lits en psychiatrie permettant d'accueillir des malades originaires d'autres régions souvent plus urbanisées. Cette capacité, encore élevée aujourd'hui pour des raisons historiques, a néanmoins connu une réduction importante. C'est le cas notamment en Bretagne, mais aussi en Haute-Vienne. Une reconversion des lits d'hospitalisation complète en places d'hospitalisation partielle a largement contribué à cette réduction.

Dans ces 10 départements, (à l'exception du Gard), les alternatives à l'hospitalisation sont largement développées et les possibilités d'évolution semblent exister. La Haute-Vienne reste atypique avec la plus forte capacité en places d'hospitalisation partielle (106 places pour 100 000 habi-

tants) et moins de 200 lits d'hospitalisation complète pour 100 000 habitants.

L'offre de soins privée y est bien représentée, à l'exception du Tarn où la capacité est exclusivement publique.

Malgré une part importante des personnes âgées pour les départements du sud de la France, la population s'accroît par l'apport de migrations intérieures et l'emploi se développe. Les fortes densités en psychiatres observées dans ces départements renvoient à l'attractivité de leur cadre de vie, au dynamisme de la population et de l'emploi.

Dans ces départements où l'offre de soins en psychiatrie est élevée, deux modèles semblent coexister : d'un côté, une offre diversifiée associant hospitalisation complète et partielle, secteurs publics et privés, et professionnels de santé en nombre significatif ; de l'autre, la rémanence de capacités d'hospitalisation complète importantes dont une bonne part est d'origine ancienne et dont il faudra suivre à l'avenir la transformation progressive. ●

Glossaire

CHS : Centre hospitalier spécialisé en psychiatrie

SP publics : Services de psychiatrie des hôpitaux généraux

HPP : Hôpitaux psychiatriques privés faisant fonction de publics

SP privés : Services de psychiatrie des cliniques générales