



Ministère
de l'emploi, du travail
et de la cohésion sociale

Ministère de la santé
et de la protection sociale



Études et Résultats

N° 341 • septembre 2004

Durant l'année 2000, les 320 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile ont suivi 432 000 enfants et adolescents. Ce nombre est en augmentation régulière et a doublé depuis 1986. 20 % des enfants n'ont toutefois été vus qu'une fois dans l'année. Entre 1991 et 2000, avec des dotations en personnel globalement stables, les secteurs ont connu une forte diminution du nombre de lits d'hospitalisation à temps plein (passés de 5 380 en 1986 à 1 604 en 2000), et un important développement de structures alternatives permettant des prises en charge à temps partiel et ambulatoire. Les pratiques ont suivi cette évolution puisque les enfants et adolescents sont désormais pris en charge à 97 % en ambulatoire, et que le nombre de ceux qui sont suivis à temps partiel a doublé entre 1991 et 2000. Quand l'hospitalisation demeure nécessaire, elle tend à être de plus en plus courte (elle est passée de près de 160 jours en moyenne en 1986 à 42 en 2000) pour un nombre d'enfants demeuré stable. L'hétérogénéité des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile en termes d'activité, d'équipements et de personnels est pour partie liée au type d'établissement auquel ils sont rattachés (CHS, HPP, CH, CHR). Elle s'accompagne d'une diversité marquée de leurs pratiques, que ce soit en matière d'accueil, de réponse à l'urgence, de protocoles de prises en charge, de pratique de la psychiatrie de liaison ou d'accompagnement social. Il en est de même concernant le partenariat avec les institutions éducatives et les médecins de ville.

Les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile en 2000 : évolutions et disparités

En 2000, la France comptait 320 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile. Chacun d'entre eux dispose d'une équipe pluridisciplinaire, rattachée à un établissement de soins, qui prend en charge des enfants ou adolescents 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, sociaux ou sur les lieux de vie (domicile, école...).

À cette date, un secteur desservait en moyenne 49 000 habitants âgés de moins de 20 ans, avec des variations régionales importantes allant de moins de 40 000 jeunes de moins de 20 ans en Corse, Limousin et Auvergne à plus de 55 000 en Alsace, Nord - Pas-de-Calais et Île-de-France¹. La superficie moyenne d'un secteur de psychiatrie infanto-juvénile est de 2 000 km², soit environ l'équivalent de trois secteurs de psychiatrie générale, destinés à la prise en charge des populations adultes.

Magali COLDEFY et Emmanuelle SALINES
Ministère de l'Emploi, du travail et de la cohésion sociale
Ministère de la Santé et de la protection sociale
DREES

1. Des données plus détaillées, notamment par région sont disponibles dans « Les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile en 2000 », Document de travail, série Études, n° 32, mai 2003 (en ligne sur le site : <http://www.sante.gouv.fr/>)



Le nombre de jeunes suivis continue à augmenter mais un patient sur cinq n'est vu qu'une seule fois dans l'année

Selon les rapports de secteurs rénovés (encadré 1), l'ensemble des équipes des secteurs ont vu au moins une fois dans l'année 2000, plus de 432 000

enfants et adolescents, soit une augmentation de 70 % depuis 1991 (graphique 1). La file active² ambulatoire contribue pour 89 % à cette croissance³ contre 10 % pour les patients suivis à temps partiel.

Le renouvellement de la population suivie est important – près de la moitié des enfants consultaient en 2000 pour la

première fois – mais reste stable depuis 1991. Leurs prises en charge ne sont en effet pas nécessairement durables : ainsi 20 % des enfants et adolescents n'ont été vus qu'une seule fois dans l'année 2000. Cette proportion tend à augmenter, ce qui peut s'expliquer en partie par l'augmentation des interventions dans certaines unités de soins somatiques (urgences, maternités...), qui ne se prolongent pas toujours par un suivi psychiatrique ultérieur. En effet, la démarche de soin est, dans ce cas, souvent à l'initiative des équipes de soins somatiques plutôt qu'à celle du patient ou de sa famille.

Les recours aux soins psychiatriques des jeunes de moins de 20 ans sont en augmentation

Le taux de recours⁴ global aux secteurs de psychiatrie infanto-juvénile en France s'établissait en 2000 à 28 pour 1 000 habitants de moins de 20 ans alors qu'il n'était que de 16 pour 1 000 en 1991.

La proportion de garçons pris en charge (59 %) est significativement⁵ supérieure à celle des filles (41 %). Leur taux de recours est ainsi supérieur de 35 % à celui des filles.

Par âge, les groupes les plus représentés dans la file active étaient en 2000

E•1

Les nouveaux rapports de secteurs de psychiatrie

Les résultats présentés ici sont issus des rapports de secteurs de psychiatrie infanto-juvénile de l'année 2000. Le rapport de secteur de psychiatrie infanto-juvénile, généralisé depuis 1983 à l'ensemble des secteurs, constitue une enquête exhaustive qui est exploitée régulièrement depuis 1986. En 2000, une version rénovée de ces rapports a été établie à partir de différents travaux et notamment ceux de l'rdes en lien avec le centre collaborateur OMS pour la recherche et la formation en santé mentale (cc-OMS), et en concertation avec les différents professionnels, administrations et usagers concernés.

Les données de cette enquête, désormais réalisée tous les trois ans, portent sur :

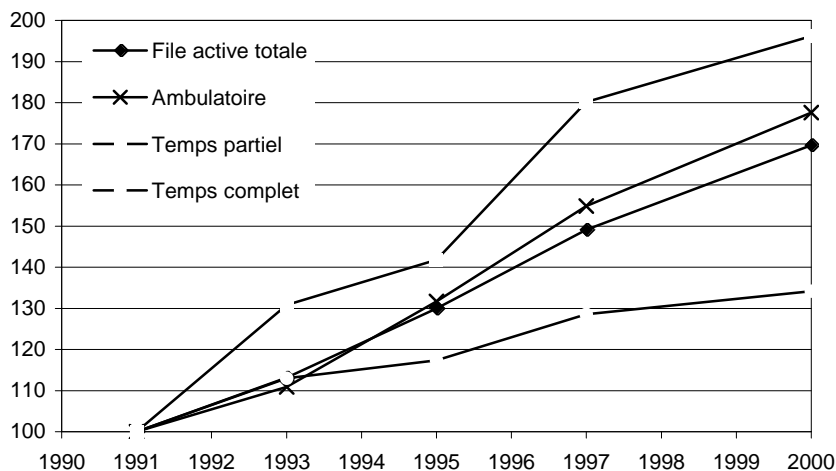
- le personnel médical et non médical ;
- l'équipement des secteurs en services et structures d'accueil, en référence à l'arrêté du 14 mars 1986 ;
- l'accessibilité pour les usagers aux structures et services ;
- l'organisation de la réponse à certains problèmes (urgences, situations difficiles auxquelles sont confrontées les équipes soignantes) ;
- la pratique des équipes dans la prise en charge des patients, en interne ou en lien avec des intervenants extérieurs, et dans leurs activités de prévention, formation... ;
- les soins organisés en intersectorialité ;
- la file active définie comme « l'ensemble des patients vus au moins une fois dans l'année par un des membres de l'équipe du secteur », et ses modalités de prise en charge. Depuis 1991, les informations sur la file active proviennent de l'agrégation des données recueillies grâce à l'utilisation d'une fiche par patient.

Pour l'exercice 2000, 316 secteurs sur les 320 existants ont répondu à l'enquête. Pour les quatre secteurs non répondants, les données collectées en 1999 ont été utilisées. Certaines non-réponses partielles numériques ou données incohérentes ont été redressées au niveau national à partir des données de 1999 et des éléments contextuels renseignés.

2

G•01

évolution 1991-2000 de la file active et ses trois grandes modalités de prise en charge en base 100 en 1991



Lecture : toutes les files actives sont ramenées à 100 en 1991. Ainsi la file active des patients pris en charge à temps partiel dans l'année a presque doublé entre 1991 et 2000, passant de 100 à près de 200.

Source : rapports annuels de secteurs 2000.

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

3. Explication du calcul : un patient pouvant être comptabilisé dans plusieurs modes de prise en charge, la somme des files actives ambulatoire, temps partiel et temps complet est supérieure à la file active totale. Les contributions ont donc été calculées par rapport à la somme des trois files actives, leurs parts respectives ont été ensuite rapportées à la file active totale.

4. Le taux de recours est le rapport du nombre de patients suivis dans l'année par le secteur à sa population (pour les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, il s'agit de la population de moins de 20 ans).

5. Par rapport à la répartition par sexe des 0-19 ans en France entière (données du recensement de la population de 1999).

les enfants de 5 à 9 ans (39 %) et de 10 à 14 ans (30 %). Ils y étaient en proportion nettement supérieure à leur part dans la population générale. Les plus jeunes, âgés de moins de cinq ans (14 % de la file active) et les adolescents âgés de 15 ans et plus (16 %) étaient au contraire plutôt sous-représentés. Ce sont toutefois ces deux dernières tranches d'âge qui ont vu leur taux de recours augmenter le plus rapidement entre 1991 et 2000, probablement du fait d'une meilleure prise en charge. Cette amélioration était jugée nécessaire par les pouvoirs publics dans une circulaire de 1992⁶, qui faisait état de « l'absence de repérage précoce des difficultés réelles de certains nourrissons » et de la « banalisation de comportements à risque de certains adolescents ».

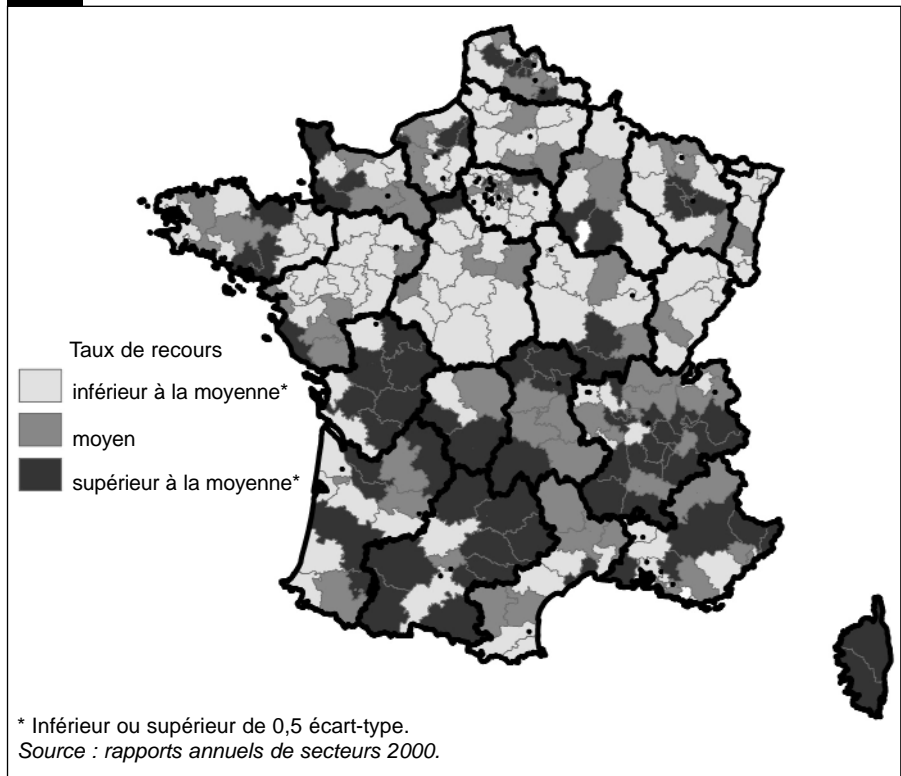
Enfin, les jeunes âgés de 20 ans et plus contribuaient en 2000 seulement pour 4 % à la file active des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile. Une partie de ceux âgés de 15 à 19 ans pouvait en outre être prise en charge par les secteurs de psychiatrie générale (c'est le cas d'environ 35 000 d'entre eux).

Des taux de recours aux soins psychiatriques qui reflètent les capacités de prise en charge au niveau régional

Les taux de recours aux soins psychiatriques auprès des secteurs infanto-juvéniles apparaissent plus importants dans la moitié sud de la France (carte 1). Cette différence peut en partie s'expliquer par la corrélation qui semble exister entre l'importance de ces recours et l'offre disponible. En effet, les trois régions qui ont les taux de recours les plus élevés (Corse, Rhône-Alpes et Midi-Pyrénées) ont en commun une offre de soins abondante et diversifiée. Excepté la Corse qui ne dispose d'aucune capacité de prise en charge à temps complet sectorisée, elles disposent toutes d'accueils familiaux thérapeutiques (AFT) en quantité relativement importante, de centres d'accueil

6. Circulaire n° 70 du 11 décembre 1992 relative aux orientations de la politique de santé mentale en faveur des enfants et adolescents.

C
01 taux de recours aux secteurs de psychiatrie infanto-juvénile en 2000



thérapeutique à temps partiel (CATTP) ou d'hôpitaux de jour en nombre élevé ainsi que d'un grand nombre de centres médico-psychologiques (CMP) [cf. les différents modes de prise en charge, encadré 2].

À l'opposé, l'Alsace, la Picardie et les départements d'outre-mer, qui ont les taux de recours les plus faibles, disposent d'un moins grand nombre de CMP que les autres régions. La situation des Antilles et de la Guyane apparaît critique, toutes les structures y étant sous-représentées. L'Alsace offre également peu de possibilités de prise en charge à temps complet. Par ailleurs, dans ces régions, la proportion de secteurs ayant des listes d'attente pour un premier rendez-vous est supérieure à la moyenne nationale. Ces résultats sont compatibles avec l'hypothèse qu'un faible taux de recours aux soins – témoignant de difficultés de réponse à la demande – serait, au moins en partie, lié aux équipements disponibles. Mais, l'existence sur la zone géographique étudiée d'une offre de soins non sectorisée importante, non recensée dans cette enquête, peut aussi être à l'origine

de taux de recours plus faibles au dispositif sectorisé (encadré 3).

97 % des patients sont suivis en ambulatoire, surtout en CMP

Le suivi est, en matière de soins de santé mentale, essentiellement ambulatoire. Ceci est particulièrement vrai dans les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, où 97 % des jeunes patients sont suivis de cette manière. Ce pourcentage varie peu selon les régions (92 à 99 %).

Parmi les 418 000 enfants qui ont bénéficié en 2000 d'un suivi ambulatoire, 367 000 (soit 88 %) n'ont reçu que ce type de soins dans l'année. Mais la fréquence des prises en charge exclusivement ambulatoires connaît aussi des variations sensibles selon les régions : 42 % en Corse, 71 % en Languedoc-Roussillon, 80 % en Lorraine et Midi-Pyrénées, et plus de 95 % en Basse-Normandie et dans les Antilles.

Les soins ambulatoires sont réalisés principalement (plus de 9 patients sur 10) en CMP ou en centre de consultation. Un enfant suivi bénéficie en

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 articulation avec les unités d'hospitalisation.

Certains CMP sont aussi habilités à répondre à l'urgence psychiatrique. Ouverts 24 heures sur 24, ils disposent notamment 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 à domicile ou en institutions substitutives au domicile (structures médico-sociales...) effectuées par les équipes soignantes attachées aux secteurs.

En psychiatrie infanto-juvénile, l'équipe du secteur est souvent amenée à intervenir en établissement médico-éducatif, en PMI, en milieu scolaire ou centre de formation.

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 dernière forme d'activité est ainsi dénommée car elle 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, mais elles restent très marginales (démarches d'accompagnement...) et très diversement enregistrées dans les rapports de secteur.

Les prises en charge à temps partiel

En psychiatrie infanto-juvénile, on distingue essentiellement trois formes de prises en charge à temps partiel : elles correspondent à trois types de structures différentes :

Les hospitalisations en hôpital de jour : des soins polyvalents et intensifs y sont prodigués durant la journée. Cette prise en charge peut se faire durant tout ou partie de la journée, au cours d'un ou de quelques jours par semaine. Les protocoles thérapeutiques sont individualisés et sont en principe révisés périodiquement pour éviter la chronicisation et préparer la réinsertion dans le milieu de vie.

Les prises en charge dans les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTTP) : les CATTTP 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 CATTTP se fait de manière plus discontinue ;
- dans leurs activités thérapeutiques et occupationnelles, ils se situent, en

principe, en aval de l'hôpital de jour, s'adressant à des patients plus stabilisés sur le plan symptomatique et orientant plus largement leur activité 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 ces différences de principes, les modes d'utilisation des deux types de structures précités font qu'il est, en pratique, parfois difficile de distinguer des différences réelles dans la nature de leur activité. Ceci s'explique notamment par le fait que le CATTTP est une formule plus souple et semble plus aisée à mettre en place que l'hôpital de jour. En particulier, il ne requiert pas d'enregistrement de sa capacité d'accueil à la carte sanitaire. Il n'impose donc pas d'autorisation préalable de création par les autorités sanitaires, ni de fermeture de lits en gage de la création de places d'hospitalisation à temps partiel, en application des règles de la planification hospitalière. Il mobilise moins de ressources que l'hôpital de jour.

L'hospitalisation en hôpital de nuit : elle permet une prise en charge thérapeutique en fin de journée et une surveillance médicale de nuit, et le cas échéant, 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'une prise en charge la nuit et le week-end qui constituent des 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 ou régional (CHG, CHR) ou un établissement privé de santé participant au service public hospitalier. Elles s'effectuent dans des lieux de soins où 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. Ses indications principales sont en principe réservées aux situations aiguës et aux malades les plus difficiles et les plus lourds.

L'hospitalisation à domicile (HAD) : les services d'HAD en psychiatrie organisent des prises en charge thérapeutiques au domicile du patient, associées s'il y a lieu à des prestations d'entretien nécessitées par l'état de dépendance du patient. Il s'agit de soins réguliers, voire quotidiens. Ce mode d'hospitalisation a pour objectif de permettre 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 ont pour but de permettre le traitement de malades mentaux de tous âges, placés dans des familles d'accueil, pour lesquels le maintien ou le retour à leur domicile ou dans leur famille naturelle ne paraît pas souhaitable ou possible. Ils s'adressent à des patients pour qui une prise en charge sociale et affective est indispensable en complément du suivi thérapeutique.

4

moyenne de 9 interventions par an, nombre qui tend à diminuer fortement depuis 1991 (12 en 1991, 10 en 1997). Deux hypothèses peuvent expliquer cette diminution : le choix thérapeutique de certaines équipes ou la réponse à l'augmentation des demandes de prise en charge. Le nombre d'enfants suivis en CMP a, en effet, augmenté de 80 % entre 1991 et 2000 passant de 212 000 à 381 000.

Au sein de l'activité ambulatoire, plusieurs modalités de prise en charge

se sont fortement développées depuis 1991 (graphique 2). Ainsi, les interventions en milieu scolaire et en établissement médico-éducatif ont quasiment doublé entre 1991 et 2000, où 109 000 interventions ont été réalisées au bénéfice de 35 000 enfants. Les interventions effectuées dans les unités somatiques de centres hospitaliers (maternité, pédiatrie, urgences...) se sont, quant à elles, multipliées plus récemment (depuis 1995) et ont concerné 26 000 enfants en 2000, soit

plus de 2,5 fois le nombre d'enfants traités de cette façon en 1991. L'augmentation la plus forte porte toutefois sur les « autres activités ambulatoires », qui correspondent à 240 000 actes identifiés de façon imprécise dans le recueil actuel, et ayant concerné 49 000 jeunes : il peut s'agir par exemple de démarches effectuées à la place du jeune patient en vue de l'obtention d'un bien ou d'un droit, d'interventions auprès de l'environnement familial, social ou médico-social du

patient en son absence, de réunions cliniques autour d'un patient...

Seules les interventions en services de protection maternelle et infantile (PMI), à domicile et en institution substitutive au domicile ont tendance à se stabiliser depuis 1991.

Là encore, les modes d'intervention prédominants varient selon les régions. Certaines semblent en particulier avoir davantage développé les interventions en unité somatique. C'est le cas notamment de Champagne-Ardenne, de l'Alsace, du Limousin, de Languedoc-Roussillon et de la Corse, où la proportion de jeunes patients suivis dans de telles unités dépasse les 10 %. Excepté la Corse et Languedoc-Roussillon, ces régions ne comptent pourtant pas davantage de secteurs rattachés à des centres hospitaliers (CH) ou à des centres hospitaliers régionaux (CHR), au sein desquels la demande d'intervention pourrait être plus élevée de par la proximité du secteur. Dans ces régions, ce résultat semble donc avant tout refléter une démarche volontariste d'ouverture des secteurs de psychiatrie infantile vers la médecine somatique.

Les patients suivis à temps partiel sont deux fois plus nombreux qu'il y a dix ans

41 000 enfants et adolescents ont été suivis à temps partiel en 2000, soit deux fois plus qu'en 1991. Cependant, la proportion de patients pris en charge exclusivement à temps partiel tend à diminuer depuis 1993, passant de 32 % à 22 % en 2000.

Les modalités de prise en charge à temps partiel sont diverses. Ainsi 18 000 enfants ou adolescents ont été traités en hôpital de jour, en moyenne durant 73 jours dans l'année, et 22 000 ont été accueillis en CATTP, pour 20 séances en moyenne dans l'année. En 2000, les CATTP ont donc reçu davantage d'enfants que les hôpitaux de jour. Cette prédominance nouvelle résulte de la forte augmentation du nombre de patients suivis en CATTP depuis 1997 (+34 %), alors que la croissance du nombre de patients accueillis en hôpital de jour a eu tendance à se ralentir sur la période (+8 %) [graphique 3].

E•3

L'offre de soins en psychiatrie infantile-juvénile en France

En 2002, on comptait pour la France entière 232 établissements ou entités juridiques publics ayant une activité en psychiatrie infantile-juvénile, 76 établissements ou entités juridiques privés, dont 6 privés sous objectif quantifié national et 70 privés sous dotation globale¹. L'offre de soins publique est nettement prépondérante : 99 % des lits et des places d'hospitalisation partielle en psychiatrie infantile-juvénile sont implantés dans les hôpitaux publics et privés de santé participant au service public hospitalier.

Toujours en 2002, on dénombrait 2 107 lits de psychiatrie infantile-juvénile dont 1 733 sectorisés (y compris les dispositifs intersectoriels formalisés), et 374 non sectorisés.

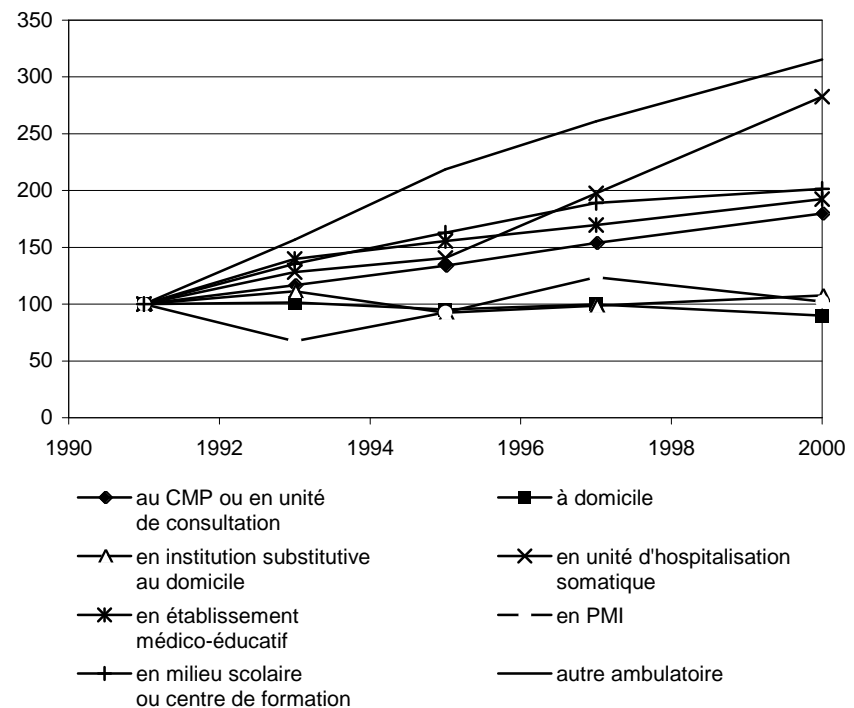
Ces capacités sont complétées, en hospitalisation partielle, par 8 784 places de psychiatrie infantile-juvénile : 7 395 en psychiatrie sectorisée et 1 389 en psychiatrie non sectorisée.

En complément des prises en charges assurées par des établissements, les soins en psychiatrie peuvent être délivrés par des psychologues ou des psychiatres libéraux, mais ils sont rares à être spécialisés dans la prise en charge des enfants et adolescents.

1. Source SAE 2002.

G•02

évolution 1991-2000 des modalités de prise en charge ambulatoire en base 100 en 1991



Lecture : toutes les files actives sont ramenées à 100 en 1991. Ainsi la file active des patients ayant reçu des soins ambulatoires autres dans l'année a plus que triplé entre 1991 et 2000, passant de 100 à plus de 300.

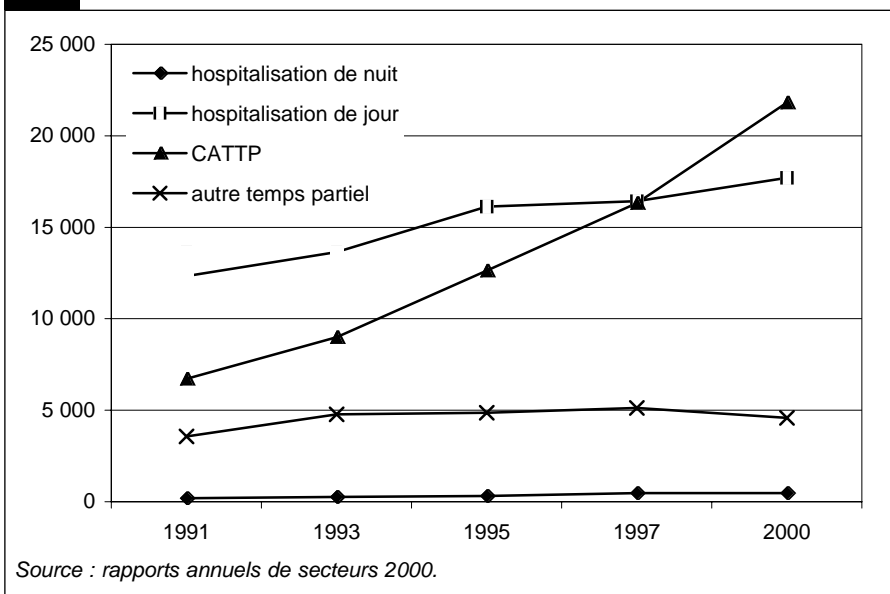
Source : rapports annuels de secteurs 2000.

Les prises en charge à temps partiel présent, de la même façon que les recours globaux aux soins, des variations régionales importantes qui apparaissent liées aux équipements disponibles. Ainsi, certaines régions semblent privilégier nettement l'hôpital de jour par rapport au CATTP : c'est le cas de la Bourgogne, de l'Auvergne, de Languedoc-Rous-

sillon et de Provence-Alpes-Côte d'Azur, tandis que pour d'autres, la prise en charge en CATTP est devenue majoritaire : en Champagne-Ardenne, Corse, Lorraine, dans le Centre, en Île-de-France. Par ailleurs, si l'hospitalisation de nuit n'est pas pratiquée dans une grande partie des régions, elle reste un mode de prise en charge important en Picardie.

G
•03

évolution 1991-2000 des modalités de prise en charge à temps partiel
en nombre de patients



Le nombre de patients suivis à temps complet est stable depuis 1997, avec moins de prises en charge exclusives et une forte diminution des durées de séjour

à temps complet⁷, que ce soit en hospitalisation à temps plein ou sous des formes alternatives. Ce pourcentage passe à 62 % des secteurs si on considère uniquement l'hospitalisation à temps plein, 66 % pour l'accueil familial thérapeutique et 96 % des secteurs pour l'hospitalisation à domicile (HAD). La prise en charge à temps complet concerne une très faible minorité d'enfants et

En 2000, 102 secteurs (soit 32 %) n'ont accueilli aucun enfant ou adolescent dans le cadre d'une prise en charge

d'adolescents : 2 % de la file active totale pour la France entière, avec des variations allant de moins de 1 % (Limousin, Aquitaine) à 5 % pour Poitou-Charentes et la Corse (qui ne dispose pourtant d'aucun lit attaché au secteur).

De plus, les prises en charge à temps complet sont rarement exclusives : ce n'est le cas que pour 27 % des 10 000 enfants et adolescents suivis à temps complet dans un secteur donné. La fréquence de ces prises en charge exclusives est d'ailleurs en recul, puisque cette proportion était de 36 % en 1991, ce qui semble indiquer la poursuite de l'effort de diversification des modes de soins proposés à un même jeune patient.

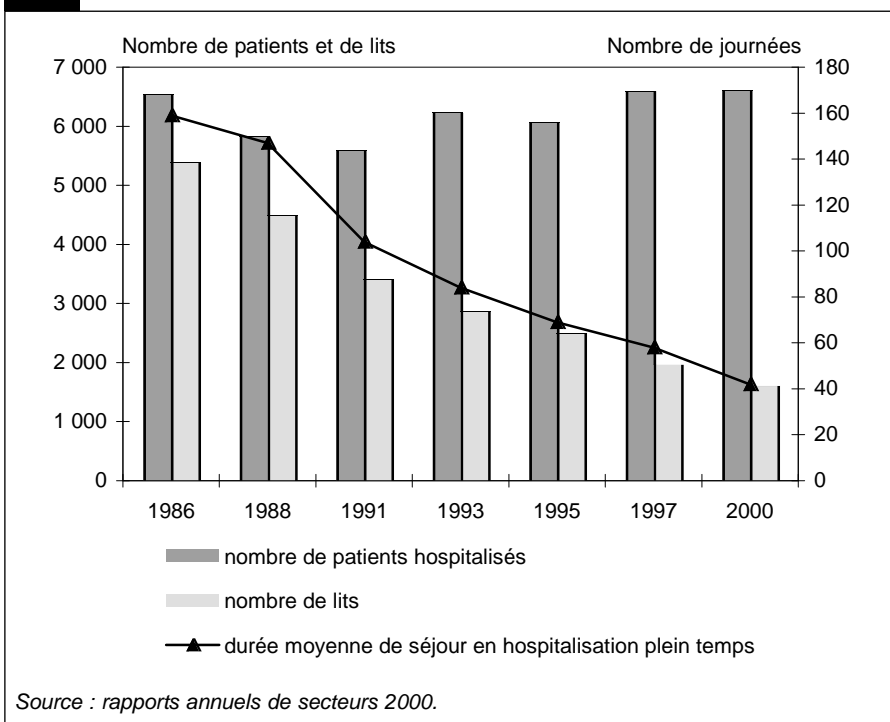
Parmi les modalités de suivi à temps complet, certaines régions ne disposent, pour les enfants, que de peu d'alternatives à l'hospitalisation à temps plein : en Franche-Comté, en Poitou-Charentes, en Limousin, à la Réunion, la proportion d'enfants hospitalisés à temps plein parmi ceux suivis à temps complet dépasse 80 %, alors que dans d'autres régions (Champagne-Ardenne, Haute-Normandie, Basse-Normandie, Languedoc-Roussillon), moins de 35 % des enfants suivis à temps complet sont hospitalisés. L'accueil familial thérapeutique (Haute-Normandie, Basse-Normandie), l'hospitalisation à domicile (Languedoc-Roussillon) ou d'autres formes de prises en charge à temps complet y ont davantage été développées.

Depuis 1997, le nombre d'enfants hospitalisés à temps plein est resté stable, et ce malgré la forte augmentation de la file active. Ils étaient 6 600 en 2000, soit 64 % des enfants suivis à temps complet et 31 % d'entre eux n'ont eu aucun autre mode de soin dans l'année.

Pour les enfants concernés, le nombre moyen de journées d'hospitalisation poursuit en outre sa forte baisse, pour atteindre 42 jours en 2000. Cette tendance, qui reflète l'évolution des pratiques, est aussi à mettre en relation

G
•04

évolution 1986-2000 de l'hospitalisation à temps plein
dans les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile



7. Le terme de « temps plein » correspond ici à l'hospitalisation au sens strict, celui de « temps complet », à l'ensemble des prises en charge 24 heures sur 24 (cf. encadré 2).

avec la diminution du nombre de lits d'hospitalisation, qui a été divisé par trois entre 1986 et 2000 (par deux entre 1991 et 2000), et ce alors même que le nombre de jeunes patients hospitalisés en 2000 est supérieur à celui de 1986 (graphique 4). Mais, une fois de plus, la durée moyenne de séjour en hospitalisation à temps plein est très variable selon les régions : très faible en Corse (5 jours) ou en Haute-Normandie (7 jours), elle dépasse largement la moyenne en Picardie (86 jours) et en Basse-Normandie (210 jours).

Au total, 45 % des lits d'hospitalisation à temps plein sont occupés par des jeunes patients présents depuis plus d'un an.

Les autres formes d'accueil à temps complet concernent un nombre réduit d'enfants et d'adolescents : 1 052 enfants ont bénéficié d'un accueil familial thérapeutique (+31 % depuis 1991) pour six mois en moyenne, 483 d'une hospitalisation à domicile (-12 % depuis 1997) pour cinq mois en moyenne et 2 340 enfants ont été accueillis selon une autre modalité de prise en charge à temps complet (séjours thérapeutiques...) [+163 % depuis 1991] pour huit jours en moyenne.

Une activité qui varie en fonction de l'établissement auquel les secteurs sont rattachés

Les différences entre secteurs (activité, organisation, moyens) apparaissent pour partie liées au type d'établissement auquel ils sont rattachés. Ces différences tiennent à la fois à l'histoire des structures et à des pratiques différentes, qui peuvent se trouver en partie influencées par l'environnement dans lequel elles s'exercent. 41 % des secteurs de psychiatrie infant-juvénile sont rattachés à un établissement public de santé non spécialisé (centre hospitalier ou centre hospitalier régional) ; 52 % sont rattachés à un établissement public de santé spécialisé en psychiatrie (anciennement dénommé centre hospitalier spécialisé : CHS), 8 % à un éta-

8. Données écartées à 1 % aux extrémités de la distribution.

T 01 évolution 1986-2000 des capacités d'hospitalisation des secteurs de psychiatrie infant-juvénile

	1986	1988	1991	1993	1995	1997	2000
Lits d'hospitalisation à plein temps	5 380	4 484	3 406	2 874	2 495	1 963	1 604
Pourcentage de secteurs disposant de lits d'hospitalisation à plein temps	58 %	55 %	52 %	51 %	50 %	43 %	38 %
Nombre moyen de lits par secteur	29	25	20	18	16	14	13

Source : rapports annuels de secteurs 2000.

blissement privé de santé participant au service public hospitalier (PSPH) encore souvent désigné sous le nom d'hôpital psychiatrique privé (HPP) ou une association.

La taille de la file active varie entre les secteurs extrêmes dans un rapport de un à huit (de 400 à 3 300 patients pris en charge dans l'année⁸, pour une file active moyenne de 1 351 patients). Les secteurs rattachés à un centre hospitalier général voient dans l'année 1 270 patients en moyenne, les secteurs rattachés à un CHS, 1 325 patients, ceux qui dépendent d'un CHR, 1 490 patients, et enfin les secteurs rattachés à un établissement privé PSPH ont des files actives plus importantes, atteignant 1 763 patients en moyenne.

De même, la réduction de la durée moyenne de séjour en hospitalisation à temps plein évoquée précédemment ne s'est pas réalisée de façon homogène entre les secteurs selon le type d'établissement auquel ils sont rattachés : entre 1991 et 2000, elle est passée de 112 jours à 47 pour les CHS, de 104 à 45 dans les HPP, de 72 à 36 jours pour les CH ou CHR. Cette durée moyenne de 36 jours, la plus basse enregistrée, est stable depuis 1995 et semble correspondre à un seuil en dessous duquel elle ne pourrait guère descendre.

En lien avec l'évolution de l'activité vers les prises en charge ambulatoires, la fermeture d'unités d'hospitalisation à temps plein s'est également faite de manière assez différente selon le type de rattachement des secteurs, qui, historiquement, n'avaient pas le même nombre de lits, ni les mêmes moyens à leur disposition. La réduction du nombre de lits a cependant été générale. En 2000, seuls 121 secteurs de psychiatrie infant-juvénile (soit 38 %) disposent encore de lits d'hospitalisation, contre 155 en 1995 (50 %). Le nombre moyen

de lits a quant à lui été réduit de 36 % en cinq ans (tableau 1).

Ce sont les secteurs rattachés à des HPP ou à des CHS qui ont le plus réduit leurs capacités d'hospitalisation complète : en 10 ans, un tiers des secteurs rattachés aux CHS et HPP ont ainsi fermé l'ensemble de leurs lits d'hospitalisation à plein temps. Dans le même temps, la part de secteurs rattachés à des CH ou CHR disposant de lits d'hospitalisation s'est maintenue à 35 %. En 2000, dans les secteurs qui disposent de lits, il en reste toutefois en moyenne 15 dans les CHS et 17 dans les HPP (contre 24 en 1991). Les secteurs rattachés à des CH ou CHR disposaient de moins de lits à l'origine (19 en moyenne par secteur en 1991), ce sont cependant eux qui ont le plus réduit leurs capacités d'hospitalisation, et n'étaient plus équipés en 2000 qu'en moyenne de 10 lits par secteur.

Les disparités entre secteurs se retrouvent enfin dans les dotations en personnel dont ils disposent : le nombre moyen de médecins par secteur varie ainsi de 4,4 équivalents temps plein (ETP) dans les secteurs rattachés à des CH à 7,5 dans ceux rattachés à des HPP (encadré 4). Pour le personnel non médical, les effectifs vont de 36,5 ETP en moyenne dans les CH, à 46,5 dans les CHR, à 54,4 dans les CHS et 64,7 dans les HPP. Ces différences sont plus marquées pour le personnel infirmier avec 11 ETP en CH, 14,5 en CHR, 21,5 en HPP et 22,4 ETP en CHS.

Les délais d'attente pour un premier rendez-vous sont d'au moins un mois dans plus d'un tiers des secteurs (hors urgence)

Au-delà des données d'activité par mode de prise en charge, les rapports de

Le personnel des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile Des effectifs globalement stables depuis 1998, avec des disparités territoriales marquées

Chaque secteur de psychiatrie infanto-juvénile dispose en moyenne en 2000 d'une équipe médicale de 5,8 équivalents temps plein (ETP) dont 3,7 ETP de psychiatres hospitaliers et 0,8 ETP d'internes et d'une équipe non médicale de 48,4 ETP.

L'équipe non médicale compte en moyenne :

17,9 ETP de personnels infirmiers (personnels d'encadrement infirmier, infirmiers de secteur psychiatrique ou infirmiers diplômés d'État), soit 37 % du total ;

6,3 ETP de psychologues, soit 13 % du total ;

6,1 ETP de personnels éducatifs (éducateurs, moniteurs-éducateurs, animateurs, personnels d'encadrement socio-éducatif), soit 12 % du total ;

5,8 ETP de personnels de rééducation (psychomotriciens orthophonistes, ergothérapeutes, masseurs-kinésithérapeutes), soit 12 % du total ;

3,9 ETP de secrétaires médicales, soit 8 % du total ;

3,2 ETP d'agents de service hospitalier, soit 7 % du total ;

1,7 ETP d'assistants de service social, soit 4 % du total.

En 2000, 88 postes de psychiatres temps plein et 36 à temps partiel ont été déclarés vacants depuis plus d'un an, ce qui représente respectivement 9 et 11 % des psychiatres rémunérés en décembre 2000 dans les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, proportions à peu près équivalentes à celles observées en secteurs de psychiatrie générale.

La structure en personnel est notablement différente entre les secteurs qui disposent de lits d'hospitalisation temps plein et ceux qui n'en disposent pas. Le nombre d'ETP en personnel infirmier et en ASH est en effet près de deux fois supérieur lorsque le secteur dispose de tels lits, et ce quelle que soit la catégorie de l'établissement de rattachement.

Quand le secteur dispose d'une unité d'hospitalisation temps plein, environ 30 % du personnel du secteur y est affecté. Cette part est plus importante pour les infirmiers et plus réduite pour les psychologues et les médecins.

Dans les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, le nombre d'équivalents temps plein en personnel médical comme en personnel non médical est globalement stable depuis 1988, dans un contexte de croissance de la file active et de diminution de l'hospitalisation à temps plein.

Cependant, parmi le personnel médical, le nombre d'internes et d'attachés s'est réduit, passant de 2,5 ETP d'attachés et 1,6 d'internes en 1986 à respectivement 0,5 et 0,6 en 2000 ; parmi le personnel non médical, ce sont les secrétaires médicales, les psychologues, les éducateurs et les psychomotriciens qui ont connu les augmentations les plus importantes (plus de 30 % d'augmentation de l'ETP moyen par secteur), tandis que les effectifs de cadres supérieurs de santé, d'aides-soignants, d'aides médico-psychologiques et assistants de service hospitaliers se réduisaient. Cette évolution peut être mise en lien avec le développement des prises en charge ambulatoires et la réduction du nombre de lits d'hospitalisation.

On constate par ailleurs en psychiatrie infanto-juvénile une féminisation plus importante des personnels qu'en psychiatrie générale : 56 % des médecins et 82 % des autres professionnels de ces secteurs sont des femmes contre respectivement 44 et 74 % en psychiatrie générale.

Enfin, il faut souligner l'existence de disparités territoriales marquées dans la répartition des professionnels de santé mentale des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, entre secteurs et entre régions¹.

1. Données par régions disponibles dans : « Les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile en 2000 », Document de travail, série Études, n° 32, mai 2003, Drees (en ligne sur le site : <http://www.sante.gouv.fr/>).

secteur rénovés permettent également de décrire un certain nombre de pratiques qui caractérisent ces prises en charge. Il s'agit en premier lieu de la manière dont les secteurs disent effectuer les contacts avec les patients.

Ainsi, 64 % des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile déclaraient avoir mis en place une permanence téléphonique 24 heures sur 24 (en dehors du standard téléphonique de l'établisse-

ment de rattachement). Dans les faits, seuls 13 % proposent une réelle permanence avec transfert d'appel vers un soignant, les autres secteurs ayant simplement mis en place un répondeur téléphonique.

Lorsqu'un premier rendez-vous en ambulatoire est sollicité pour un enfant ou un adolescent, celui-ci est placé sur une liste d'attente (sauf en cas d'urgence) dans 81 % des secteurs : la file acti-

ve étant saturée, il sera ensuite recontacté dès qu'une place se libère. Cette mise en attente est cependant moins fréquente dans les secteurs rattachés à un établissement privé de santé participant au service public hospitalier (68 %).

Pour une consultation avec un médecin, le délai minimum d'attente pour un premier rendez-vous est évalué, en dehors des cas d'urgence, à plus d'un mois dans 55 % des secteurs et, dans 16 %, à plus de trois mois. Pour un entretien avec un autre professionnel, les délais sont plus courts mais ils sont estimés à plus d'un mois dans 35 % des secteurs.

20 % des secteurs déclarent orienter exclusivement le jeune patient vers un médecin lors de sa première consultation. Dans les autres secteurs, le premier entretien est effectué par un médecin ou un autre professionnel : généralement un psychologue, mais cela peut être aussi un infirmier ou un assistant de service social.

La plupart des secteurs désignent des référents pour la prise en charge des jeunes patients

Le référent institutionnel du patient est l'interlocuteur privilégié du jeune soigné ou de son entourage. C'est également, au sein de l'équipe professionnelle médicale, éducative et sociale, un garant de la cohérence et de la continuité des soins, et un relais institutionnel pour faciliter au mieux la (ré)adaptation de la personne soignée à son environnement.

Dans 91 % des secteurs, le médecin désigné comme référent pour un patient suivi à temps plein ou à temps partiel, peut assurer également son suivi ambulatoire.

Des référents infirmiers ou éducateurs ont également été désignés dans certains secteurs. Dans 61 % des secteurs, un référent infirmier est ainsi désigné pour chaque patient admis en hospitalisation à temps plein ou à temps partiel, mais celui-ci ne le demeure pour le suivi ambulatoire que pour moins de la moitié d'entre eux. Un référent éducateur est également désigné dans 25 % des secteurs pour les patients

hospitalisés à temps plein ou à temps partiel, mais celui-ci intervient rarement comme unique référent non médical.

L'accueil en urgence est organisé de façon variable selon les secteurs

Les nouveaux rapports de secteurs décrivent également les dispositifs mis en place, le cas échéant, pour répondre à l'urgence. 81 % des secteurs déclarent avoir développé un tel dispositif, dans lequel intervient un membre de l'équipe du secteur ou d'une équipe rattachée à un pôle intersectoriel.

Les interventions d'urgence peuvent revêtir diverses modalités, utilisées le plus souvent de manière complémentaire : 95 % des secteurs peuvent offrir un rendez-vous en urgence au CMP. Les hospitalisations (82 % des cas) sont davantage utilisées par les secteurs rattachés à des établissements privés de santé participant au service public hospitalier, qui disposent en moyenne de plus de lits d'hospitalisation à temps plein. 78 % des secteurs orientent aussi les patients vers les urgences de l'hôpital général. Dans 56 % des secteurs, des équipes se rendent au domicile du patient ou sur le lieu de détresse, c'est le cas de 62 % des secteurs rattachés à un CHS. L'orientation vers un médecin de ville est par ailleurs pratiquée par 41 % des secteurs. Ce dernier type de réponse à l'urgence est plus fréquent parmi les secteurs rattachés à des établissements privés de santé participant au service public hospitalier (77 % de ces secteurs y ont recours). Enfin, les places en centres de crise étant en nombre limité, seuls 24 % des secteurs peuvent y adresser des patients.

La rédaction de protocoles pour les prises en charge particulières est une pratique encore minoritaire

Au-delà de la prise en charge des situations d'urgence, 97 % des secteurs ont déjà été sollicités pour intervenir lors de situations de maltraitance d'enfants. C'est même fréquemment le cas pour 64 % d'entre eux.

Pour faire face aux comportements violents des jeunes adolescents, seuls 21 % des secteurs déclarent suivre un protocole ou des règles de conduite internes écrites. Cette situation est un peu plus fréquente dans les établissements privés de santé participant au service public hospitalier (36 %). Dans le cas particulier de la fugue d'un jeune, cependant, 40 % des secteurs disent disposer d'un protocole écrit et c'est le cas de 76 % des secteurs rattachés à un CHR. Par ailleurs, la prise en charge des adolescents « suicidants » fait l'objet d'un protocole écrit au service de l'hôpital général, qui reçoit les urgences du secteur dans 33 % des cas.

Huit secteurs sur dix déclarent une activité de psychiatrie de liaison

Lors de l'hospitalisation somatique d'un jeune patient, la psychiatrie de liaison est destinée à apporter des réponses (évaluation, traitement, orientation) aux troubles psychiatriques qui peuvent émerger à cette occasion, ainsi qu'à l'entourage ou aux soignants. Elle marque ainsi le rapprochement entre les soins somatiques et la psychiatrie.

80 % des secteurs déclarent avoir une activité de psychiatrie de liaison dans un ou plusieurs services en centre hospitalier ou hôpital local. Pour un quart des autres, elle est confiée à une unité intersectorielle non gérée par leur secteur. La psychiatrie de liaison est de fait, plus répandue dans les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile rattachés à un CH ou un CHR (89 et 84 %), mais elle reste très importante dans les CHS (77 % de ces secteurs y participent) et dans une moindre mesure dans les établissements privés de santé participant au service public hospitalier (68 %).

Elle est pratiquée le plus souvent dans les services de pédiatrie (pour 88 % des secteurs ayant une telle activité), dans les maternités (61 %) et enfin aux urgences (51 %). 39 % des secteurs interviennent dans les trois disciplines ; 18 % assurent dans ce cadre des prestations ponctuelles, sur appel, mais 56 % organisent des réunions régulières avec les services hospitaliers concernés.

Un secteur sur cinq dispose d'une unité spécialisée dans l'accueil mère-enfant

Les unités mère-enfant visent à répondre aux difficultés psychologiques et aux troubles psychiques qui peuvent intervenir au cours de la grossesse et de la maternité (dépression, psychose puerpérale, dépression du post-partum), aux dysharmonies précoces de la relation mère-enfant, aux troubles psychiques de l'enfant (troubles du sommeil, de l'alimentation, du développement), ainsi qu'à des situations de maltraitance ne nécessitant pas une séparation immédiate.

19 % des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile disposent en leur sein d'une unité spécialisée dans l'accueil mère-enfant qui fonctionne avec les moyens du secteur. Les modalités de prise en charge diffèrent selon les cas : 11 secteurs (3 %) proposent ainsi une unité qui fonctionne en hospitalisation temps plein, avec au total 24 lits pour les mères et 27 lits pour les bébés. Dans 14 secteurs (4 %) cette unité fonctionne en hospitalisation de jour, avec au total 42 places pour les mères et 41 places pour les bébés. Enfin, 45 secteurs (14 %) ont une unité d'accueil en CATTP.

Les dispositifs intersectoriels se développent, en réponse aux difficultés de prise en charge

27 % des secteurs déclarent assurer la gestion d'une ou plusieurs unités intersectorielles non autonomes⁹. Ces unités ont souvent pour activité l'hospitalisation à temps plein (26 % des types d'activité recensés), à temps partiel (20 %), mais aussi des consultations... Elles concernent souvent la prise en

9. 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 des moyens provenant des autres secteurs concernés.

charge des adolescents, de la périnatalité, des « suicidants » ou de certaines pathologies spécifiques telles que l'autisme. Ces unités font l'objet de convention dans 34 % des cas, et le suivi est assuré par le secteur d'origine du patient dans 64 % des cas.

Seuls 29 dispositifs intersectoriels autonomes¹⁰ s'adressent spécifiquement aux enfants ou adolescents. Ce sont les CHS qui semblent avoir davantage formalisé ce type d'organisation puisque 65 % de ces dispositifs leur sont rattachés, alors que 28 % le sont à des centres hospitaliers non spécialisés (CH et centres hospitaliers universitaires) et 7 % à des établissements privés de santé participant au service public hospitalier. Seize d'entre eux prennent la forme d'un service, sept d'une fédération et trois d'un département.

C'est le plus fréquemment la prise en charge spécifique des adolescents, à la fois préventive et curative, et l'hospitalisation en pédopsychiatrie qui justifient la création d'une unité de ce type. Certains dispositifs s'attachent aussi à des pathologies particulières, telles que l'autisme, les troubles de la personnalité, le suicide, le polyhandicap chez l'enfant. D'autres structures intersectorielles visent les adolescents difficiles (SIPAD) ou des dispositifs à visée de réinsertion familiale et scolaire ou d'accueil familial thérapeutique.

Des partenaires institutionnels multiples

Les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile sont impliqués dans des réseaux constitués de partenaires institutionnels multiples. Ainsi, 49 % des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile ont passé une convention écrite avec un établissement de santé. Ces conventions sont surtout le fait des secteurs rattachés à des établissements spécialisés en psychiatrie (61 % des CHS et 73 % des HPP). Elles ont pour objet le plus fréquent la psychiatrie de liaison (29 % des secteurs). Mais les conventions peuvent aussi concerner des établissements de l'Éducation nationale (48 %), des établissements médico-éducatifs (28 %), des centres médico-

psycho-pédagogiques (CMPP) [16 %] et la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) [10 %], ainsi que les services du Conseil général (26 %).

L'accompagnement social est assuré de façon variable selon les équipes

L'aide aux démarches administratives et l'accompagnement social constituent une mission importante qui complète la prise en charge médicale du patient. Dans 45 % des cas, ces tâches sont assurées uniquement par l'équipe du secteur (c'est le cas pour 59 % de ceux rattachés à un HPP). C'est un assistant de service social (dans 91 % des cas) ou un infirmier (dans 50 % des cas) qui a principalement en charge ces tâches d'accompagnement. Dans 29 % des secteurs, cette aide est assurée directement par les services sociaux (municipaux ou départementaux). Enfin dans 39 % d'entre eux, un membre de l'équipe du secteur et un travailleur social extérieur collaborent systématiquement. Cette pratique est majoritaire parmi les secteurs rattachés à un CHR.

Les relations avec les intervenants extérieurs sont plus fréquentes avec les psychiatres qu'avec les autres médecins traitants

Un autre aspect important de la prise en charge des jeunes patients concerne la collaboration entre l'équipe du secteur psychiatrique, et les médecins traitants de l'enfant ou de l'adolescent.

61 % des secteurs déclarent être toujours ou souvent en relation directe avec le médecin traitant des jeunes patients (généraliste ou pédiatre). 73 % le sont avec le psychiatre si les patients sont suivis par un autre psychiatre.

Les relations avec le médecin traitant des patients (généraliste ou pédiatre) sont plus développées dans les CHR, où 80 % des secteurs disent toujours ou souvent avoir cette relation directe, alors que ce n'est le cas que de 50 % des secteurs rattachés à un HPP. Il

en est de même avec les psychiatres : 88 % des secteurs rattachés à un CHR disent avoir toujours ou souvent une relation directe avec le psychiatre qui suit le patient par ailleurs.

Des relations extérieures diversifiées mais encore peu développées avec les médecins généralistes, les élus locaux et les associations de familles

À côté du suivi individuel des patients, les secteurs ont un certain nombre de missions à assurer dans la communauté : information, formation, appui technique, mise en place de réseaux de soins...

Les secteurs, interrogés sur les relations qu'ils entretiennent avec la communauté (autres professionnels, usagers, institutions, élus, grand public...), ont fait état de contacts relativement peu développés avec les médecins généralistes, les élus locaux et les associations de familles. En revanche, des interventions dans les écoles, commissions départementales d'éducation spéciale (CDES), services sociaux, crèches, services de PMI, d'aide éducative en milieu ouvert de la PJJ et auprès des membres de l'équipe de psychiatrie générale sont mentionnées par plus de 75 % des secteurs.

Les fréquences des réunions avec l'ensemble de ces partenaires sont cependant très variables. Elles sont souvent mensuelles (voire hebdomadaires) dans les écoles ou les commissions départementales d'éducation spéciale, mais elles restent plus ponctuelles avec les psychiatres libéraux, les membres de l'équipe de psychiatrie générale ou les CMPP.

Là encore, les pratiques diffèrent selon l'hôpital de rattachement du sec-

10. Créées par délibération des instances de l'établissement (CA-CME), les unités intersectorielles autonomes assurent des missions sectorielles pour le compte de plusieurs secteurs de psychiatrie (générale ou infanto-juvénile). Elles entrent dans le cadre d'une fédération ou d'un département.

teur : ceux qui sont rattachés à un CHR ont plus de liens avec les médecins généralistes, les psychiatres (hors secteur), les CMPP, la PJJ et le grand public. Les secteurs rattachés à un CHS sont davantage tournés vers l'équipe de secteur de psychiatrie générale, mais aussi vers les services sociaux (municipaux et départementaux) et les écoles ; la moitié d'entre eux organisent également des réunions avec les élus. Les HPP se différencient des CHS par des interventions moins fréquentes dans les écoles (86 % y participent tout de même) mais plus répandues dans les CDES et auprès des associations de familles. Enfin, les secteurs rattachés à des CH se distinguent par une moindre intervention auprès des CMPP.

*

* *

Les différences qui apparaissent dans les pratiques des secteurs selon la catégorie de l'établissement de rattachement devront dans l'avenir être

éclairées par des analyses plus fines. La variabilité des pratiques devra, à cet égard, être caractérisée plus avant, et mise en regard des moyens dont dispo-

sent les différents secteurs et des différents éléments du contexte dans lequel ils s'inscrivent (offre non sectorisée privée, libérale et médico-sociale). ●

Pour en savoir plus

- NIEL X., « La démographie médicale à l'horizon 2020 : une réactualisation des projections à partir de 2002 », *Études et Résultats*, n° 161, Drees, mars 2002
- GUILMINA., BOISGUÉRIN B., PARAYRE C., « L'offre de soins en psychiatrie : des « modèles » différents selon les départements », *Études et Résultats*, n° 48, Drees, janvier 2000.
- « Les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile en 2000 », Document de travail, *Série Études*, n° 32, Drees, mai 2003.
- « Bilan de la sectorisation psychiatrique », Document de travail, *Série Statistiques*, n° 2, Drees, juin 2000.
- « Les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile en 1997 », Document de travail, *Collection Statistiques*, n° 21, Drees, mai 2000.
- « La psychiatrie dans les hôpitaux publics et privés en 1997 », Document de travail, *Série Études et Statistiques*, n° 17, Drees, janvier 2000.

Ministère de l'Emploi, du travail et de la cohésion sociale
Ministère de la Santé et de la protection sociale
11, place des Cinq martyrs du Lycée Buffon
75696 Paris cedex 14

Pour toute information sur nos publications récentes :

Internet : www.sante.gouv.fr/htm/publication

Tél. : 01 40 56 81 24



- un hebdomadaire :

Études et Résultats

consultable sur Internet

abonnement gratuit à souscrire auprès de la DREES

télécopie : 01 40 56 80 38

www.sante.gouv.fr/htm/publication

- des revues trimestrielles :

Revue française des affaires sociales

revue thématique

dernier numéro paru :

« Circulations migratoires : nouvelles dynamiques des migrations »

n° 2, avril-juin 2004

Dossiers Solidarité et Santé

revue thématique

dernier numéro paru :

« Outils et méthodes statistiques pour les politiques de santé et de protection sociale »

n° 1, janvier-mars 2004

- des ouvrages annuels :

Données sur la situation sanitaire et sociale en France

Comptes nationaux de la santé

Comptes de la protection sociale

- et aussi...

Statiss, les régions françaises

Résumé des informations disponibles dans les services statistiques des DRASS

consultable sur Internet :

www.sante.gouv.fr/drees/statiss/default.htm



Les revues et ouvrages sont diffusés par la Documentation Française

29, quai Voltaire - 75344 Paris cedex 07

tél. : 01 40 15 70 00

Internet : www.ladocfrancaise.gouv.fr