

Une mise en perspective de l'offre de soins des secteurs de psychiatrie générale et du recours à la médecine générale

Review of current health care in the general psychiatry sectors and of access to general medicine

Coldefy M^{1,2}, Le Fur Ph³, Lucas-Gabrielli V², Mousquès J²

Résumé

Cinquante ans après la circulaire de 1960, force est de constater que si le secteur psychiatrique constitue un cadre organisationnel ou fonctionnel commun, la réalité des pratiques organisationnelles, la disparité de l'engagement vers une psychiatrie communautaire comme des moyens humains, matériels et financiers mis à disposition des secteurs, font que ces derniers se caractérisent par une importante disparité.

Cette étude vise à rendre compte de ces disparités entre secteurs de psychiatrie adulte et d'en analyser l'impact sur le recours aux soins des assurés auprès des généralistes et des psychiatres libéraux.

Nous avons réalisé une typologie des secteurs de psychiatrie adulte, s'appuyant sur les données des rapports d'activité des secteurs, mais aussi sur des données environnementales sur l'offre sanitaire et sociale et la population couverte, qui permet de classer les secteurs selon leur dotation et leur plus ou moins grand engagement dans les objectifs de la sectorisation.

Nous avons ensuite analysé les liens entre ces disparités et l'intensité du recours aux soins auprès de psychiatres libéraux et des médecins généralistes sur une base expérimentale en région Île-de-France. Nous mettons en évidence un phénomène de substitution, dans les secteurs de psychiatrie qui peuvent être considérés comme sous ou moins bien dotés que la médiane, entre la psychiatrie publique et la prise en charge par des médecins généralistes. Nous avons également mis en évidence que cette substitution s'accompagnait d'un recours plus fréquent aux antipsychotiques, ce qui peut marquer la prise en charge de pathologies lourdes habituellement suivies dans les secteurs.

Prat Organ Soins 2009;40(3):197-206

Mots-clés : Psychiatrie ; santé mentale ; organisation des soins ; secteur psychiatrique ; démographie médicale ; accès aux soins ; offre de soins.

Summary

Fifty years after the 1960 circular, it must be observed that, although the psychiatric sector presents a common organisational or functional framework, the reality of organisational practices and disparity of both the commitment to community psychiatry and of the human, material and financial resources available in the sectors mean that there are considerable gaps in the latter.

This study seeks to report these disparities between adult psychiatry sectors and to analyse their impact on patient access to health care from GPs and private psychiatrists.

We first drew up a typology of adult psychiatry sectors, based on data from the sector activity reports as well as on environmental data concerning the health care and social services available and the population covered. This can be used to rank the sectors according to their score and level of commitment to the objectives of sector division.

We then analysed the links between these disparities and the level of access to health care from private psychiatrists and GPs on an experimental basis in the Parisian region. We revealed a phenomenon of substitution, in those psychiatry sectors that could be considered to be under or not as well equipped as the median, between public psychiatry and treatment by GPs. We also found more frequent use of antipsychotics associated with this substitution, which could indicate the treatment of serious diseases that are usually followed up in the sectors.

Prat Organ Soins 2009;40(3):197-206

Keywords: Psychiatry; mental health; care management; psychiatric sector; health human resources; health services accessibility; health care services; desinstitutionalization.

¹ Chargée de recherche, Institut de recherche et documentation en économie de santé, Paris & UMR Géographie-Cités, Université Paris 1.

² Maître de recherche, Institut de recherche et documentation en économie de santé, Paris.

³ Directeur de recherche, Institut de recherche et documentation en économie de santé, Paris.

INTRODUCTION

L'offre en santé mentale et en psychiatrie en France peut être considérée comme quantitativement importante, notamment en regard de ce qui est consacré à la psychiatrie en termes d'équipement et de ressources humaines dans d'autres pays [1], et qualitativement innovante, de par l'organisation pionnière en réseau de son offre hospitalière publique. La sectorisation psychiatrique ou le secteur psychiatrique (SP) qualifie la structuration de l'organisation de l'offre publique de soins psychiatriques actuelle. Sa mise en place remonte en pratique au début des années soixante-dix et elle représente environ 80 % de l'activité psychiatrique réalisée par les établissements de santé. Cette politique a été largement influencée par le mouvement de désinstitutionnalisation prônée et soutenue par l'Organisation mondiale de la santé Europe depuis le début des années soixante-dix et mis en œuvre dans beaucoup d'autres pays.

Le contexte – la mise à disposition de nouveaux traitements – comme les motivations et les objectifs justifiant la mise en place d'une telle politique, sont similaires à ceux mis en avant dans les autres pays. Le besoin de changement dans les pensées et les attitudes pour favoriser le développement de politiques qui relèvent les défis des grands ensembles hospitaliers et des soins hospitaliers temps plein – et tout ce qui va avec (stigmatisation, exclusion sociale, soins inadéquats au regard des droits de l'homme, etc.) – a conduit au développement des soins au sein ou au plus proche de l'hôpital général, du domicile, des familles et plus généralement de la communauté.

Néanmoins, si le SP constitue un cadre organisationnel ou fonctionnel commun, la réalité des pratiques, la variabilité de l'engagement vers une psychiatrie communautaire – notamment dans le développement du travail en équipe pluridisciplinaire, des liens avec la communauté et des alternatives à l'hospitalisation temps plein –, comme la disparité des moyens (humains, matériels et financiers) mis à la disposition des SP, font de la sectorisation une politique territoriale de santé hétérogène. Les SP se caractérisent aujourd'hui par :

- une importante disparité : en termes d'équipement mais aussi de ressources humaines, avec des écarts allant de un à 13 pour les lits et places en psychiatrie générale (un à quatre en médecine-chirurgie-obstétrique), et de personnels selon le département, la densité de psychiatres exerçant à l'hôpital varie ainsi dans un rapport de un à cinq selon les départements [2-5] ;
- des déséquilibres entre soins ambulatoires et hospitaliers, soins pour adultes et pour enfants ou adolescents et dans le développement de soins de proximité ou au sein de la communauté ; et des cloisonnements

entre professionnels (généralistes, psychologues et psychiatres), entre structure d'amont ambulatoire, hospitalière, et la population, et enfin entre le système de soins, les services sociaux ou encore ceux de l'éducation, la justice [6].

Ces disparités, déséquilibres et cloisonnements ne feront que s'accroître sous le triple mouvement :

- d'une évolution de la densité de psychiatres en France, aujourd'hui la plus élevée d'Europe, qui, à comportement constant et même si le nombre de postes d'internes a connu ces dernières années une augmentation très significative, devrait décroître très fortement compte tenu de la baisse programmée des effectifs d'ici à 2030 (– 8 %). [7] ;
- d'un recours à la psychiatrie allant croissant. À titre d'illustration depuis 1993, le nombre de patients pris en charge en secteur de psychiatrie générale (la file active) a augmenté de près de 50 %, malgré une baisse du nombre de lits temps plein (– 39 % entre 1993 et 2003). Cette augmentation est modérée pour les prises en charge à temps complet (+ 16 % entre 1993 et 2003), mais est importante tant en ambulatoire (+ 53 % sur la même période) qu'à temps partiel (+ 31 % sur la même période) [8] ;
- et enfin d'un questionnement profond autour du rôle et des missions de la psychiatrie et de la santé mentale, et du passage de l'un à l'autre, sujets qui ont été abondamment traités dans une série de rapports ministériels ou institutionnels et dans le plan gouvernemental « Psychiatrie et santé mentale 2005-2008 » [9-11].

L'implémentation de la politique de désinstitutionnalisation en France a donc été très spécifique. Contrairement à d'autres pays européens, la psychiatrie de secteur française ne s'est pas prononcée contre l'hospitalisation à temps complet mais pour son « dépassement » [14], l'hospitalisation restant un mode de prise en charge parmi d'autres. Dès lors, nous n'avons pas connu en France de situations aussi tranchées que la fermeture d'hôpitaux psychiatriques ; les hospitalisations temps plein et leurs alternatives, au sens large, faisant partie d'un système de prise en charge en théorie unifié et complémentaire ou encore équilibré. Si la France n'est pas le seul pays d'Europe recelant cette particularité, la vision dichotomique entre soins communautaires et soins hospitaliers s'estompant de plus en plus en faveur d'un concept de *balance of care* [12-13], elle se manifeste avec une telle intensité et disparité sur le territoire français que l'évaluation du degré/niveau d'achèvement de la politique de sectorisation en devient un objet d'étude particulièrement intéressant et singulier.

Notre objectif premier consiste donc – au travers de l'analyse des disparités de l'offre en secteur de psychiatrie adulte (SP) en termes de niveau de dotation (équi-

pement, personnel) relativement à la taille de la population résidente et d'engagement dans les objectifs de la sectorisation et notamment pour un meilleur équilibre entre soins communautaires et soins hospitaliers – à porter un jugement sur le degré d'achèvement de cette politique territoriale de santé pionnière. Pour ce faire, nous avons réalisé une typologie (analyse en correspondances multiples et classification ascendante hiérarchique) de l'offre de soins des SP en France métropolitaine.

S'il s'avère que les SP ont des disparités de dotation importantes, il peut être intéressant de tester l'hypothèse selon laquelle il y aurait un transfert de prise en charge des patients adultes qui, faute de prise en charge dans des SP, se retournent vers les médecins libéraux (psychiatres ou généralistes) voire vers des structures hospitalières publiques ou privées non sectorisées.

Notre objectif secondaire est donc l'étude de l'impact des disparités dans l'offre en SP sur l'accès et le recours aux soins auprès de psychiatres libéraux et des médecins généralistes pour dépression ou psychose (prise en charge par antidépresseurs et anti-psychotiques). Nous avons réalisé cette étude sur une base expérimentale, en région Île-de-France.

MÉTHODES

L'analyse des disparités de l'offre en SP nous conduit à faire appel à différentes sources d'informations, relativement complexes à manipuler voire à créer.

Pour qualifier les disparités de l'offre des SP nous nous appuyons principalement sur les dernières données disponibles, pour 2003, de l'enquête périodique effectuée auprès des secteurs de psychiatrie adulte par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) : les rapports annuels de secteurs (RAS) ¹. Cette enquête, bien que principalement centrée sur la documentation de l'équipement et du personnel (capacité d'accueil en lits et/ou places selon le type de structure, personnel médical et non médical) ainsi que de l'activité (file active et journées par nature de prise en charge), appréhende également les modalités de l'organisation de l'offre et de la prise en charge (conditions d'accueil, accessibilité, modalités de prise en charge, organisation de l'accueil et la prise en charge dans le cas de circonstances particulières telles l'ur-

gence, les malades difficiles, les suicides, etc., dispositifs intersectoriels formalisés, etc.).

Pour des raisons techniques notre analyse ne porte pas sur la totalité des 815 SP recensés en 2003 mais sur 794 SP métropolitains, soit 97,4 % de l'ensemble des secteurs adultes français.

Afin de statuer sur les disparités de dotations par rapport aux missions du secteur telles que définies par les textes nous avons construit des indicateurs rapportant les dotations en personnel et en équipement à la population résidente de 20 ans ou plus couverte par le secteur ². D'autres indicateurs ont aussi été créés soit parce qu'ils apportent de l'information complémentaire sur les dotations, soit parce qu'ils précisent le service rendu par cette offre ou encore parce qu'ils reflètent la façon dont cette offre est mobilisée (ex. taux de diversification c'est-à-dire le pourcentage d'alternatives au temps plein dans le nombre de lits et places totales, la durée moyenne de séjour, le taux d'occupation, etc.). Afin de classer les secteurs selon leurs niveaux de dotation, nous avons indiqué dans quel quartile se situait le secteur par rapport à la médiane pour chaque indicateur.

Nous avons complété l'information de base sur l'offre des SP par des données sur l'environnement dans lequel le secteur s'inscrit en documentant : les caractéristiques de la population résidente ou de son environnement à partir des données du recensement général de population de 1999 (taille de la population résidente, et répartition selon l'âge, le statut socioprofessionnel, la situation par rapport à l'occupation et/ou l'emploi, la taille des ménages, le niveau d'éducation, nature et ancienneté du bâti) ³ ; les caractéristiques de l'offre sanitaire et sociale au niveau départemental. Ces dernières comprennent : les densités de médecins libéraux dont les psychiatres libéraux (à partir du SNIR 2003-Éco-Santé Régions et Départements 2007), de psychologues libéraux (extraction des pages jaunes en février 2007) ; de lits psychiatriques dans les établissements privés sous objectif quantifié national (à partir de la Statistique annuelle des établissements de santé de 2003) ; les taux départementaux d'équipement en structures pour personnes âgées et handicapés (à partir de l'enquête sur les Établissements médico-sociaux 2001) ainsi qu'en lits de maison de retraite (à partir de l'enquête sur les Établissements d'hébergement pour personnes âgées de 2003) ⁴.

¹ Avant 1999, enquête réalisée par le Service d'études, de statistiques et d'information (SESI) du Ministère de la santé. La dernière année de collecte est 2008 mais les données ne seront pas disponibles avant fin 2009.

² Juridiquement, les secteurs de psychiatrie couvrent des populations de 16 ans ou plus mais les adolescents sont suivis dans les secteurs adultes comme dans les secteurs infanto-juvéniles. La disponibilité des données par âge détaillé à un niveau géographique fin nous a contraint à rapporter les indicateurs à la population de 20 ans ou plus.

³ Ces données, recueillies initialement au niveau du quartier (IRIS) par l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), ont été agrégées au niveau des SP dans le cadre d'une convention INSEE-DREES.

⁴ Ces trois dernières enquêtes SAE, ES, EHPA sont produites par la DREES.

L'analyse des disparités de SP s'appuie sur une Analyse des correspondances multiples (ACM) et une Classification ascendante hiérarchique dont l'objectif final consiste à découper la population des SP en classes homogènes du point de vue de l'offre.

L'analyse des liens entre les disparités d'offre de SP et l'intensité du recours aux soins auprès de psychiatres libéraux et des médecins généralistes en Île-de-France s'appuie sur des données de remboursements de l'Assurance maladie pour la période allant du 1^{er} octobre 2005 au 30 septembre 2006 dans le cadre d'un partenariat avec l'Union régionale des caisses d'Assurance maladie d'Île-de-France (URCAMIF). Elles concernent les bénéficiaires franciliens du Régime général ayant eu une prescription d'au moins un médicament marqueur (antidépresseur ou antipsychotique) lors de leur rencontre en médecine générale ou au moins une consultation de psychiatre libéral au cours de la période. Nous avons affecté chaque bénéficiaire à son secteur de psychiatrie générale en fonction du code commune de son domicile. Lorsque la commune était partagée entre plusieurs secteurs, une affectation aléatoire des individus de la commune aux différents secteurs de psychiatrie a été réalisée, en respectant la part de population desservie par chaque secteur à l'intérieur de la commune.

Les analyses visent à comparer la probabilité de recourir au moins une fois sur la période considérée, pour des motifs potentiellement psychiatriques, selon les caractéristiques individuelles des patients (âge, genre, bénéficiaire d'une affection de longue durée (ALD)), le lieu de prise en charge (médecine générale, psychiatrie libérale, psychiatrie hospitalière sectorisée ou non hors établissements privés sous Objectif quantifié national (OQN)), la nature de l'offre de sectorisation psychiatrique (classe de SP selon la typologie), la nature de l'offre libérale de généralistes et de psychiatres (densité par habitant et niveau d'activité par professionnel).

Les variables individuelles de recours, expliquées, sont qualitatives (probabilité d'avoir au moins un recours selon la nature de la prise en charge), les variables individuelles explicatives sont continues ou qualitatives, et enfin les variables contextuelles sont toutes qualitatives (découpage en quartile).

Les analyses portent sur un nombre de 747 148 assurés franciliens du régime général.

RÉSULTATS

Les SP se distinguent bien par des niveaux de dotation et de recours, de développement des alternatives aux temps plein et enfin d'accessibilité radicalement différents.

Les niveaux de dotation, qu'il s'agisse des lits d'hospitalisation temps plein, des places d'hospitalisation de jour et de nuit, des centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (les CATTP assurent le soutien et la thérapeutique de groupe) et des ateliers thérapeutiques, mais également en personnel non médical (infirmiers, personnels soignants ou socio-éducatifs), constituent le premier facteur discriminant les SP avec une opposition entre SP rattachés à des CH (moins bien dotés que la médiane des SP) à ceux rattachés à des CHS (mieux dotés que la médiane des SP). On constate en outre que les secteurs aux dotations inférieures à la médiane ont des taux de recours, que ce soit pour le temps complet ou pour le temps partiel, également faibles, et inversement pour les secteurs aux dotations importantes.

Le second facteur opposant les SP est le niveau de dotation en psychiatres et en personnel spécialisé comme les psychologues ou le personnel socio-éducatif et de rééducation. Cela se traduit par une opposition entre SP à dominante rurale et âgée, comptant de nombreuses structures d'accueil pour adultes handicapés, aux secteurs franciliens urbains. Ces derniers se caractérisent également par certaines modalités de fonctionnement particulières comme : la forte proportion de centre médico-psychologique ouvert au moins deux soirs par semaine après 18 heures, l'existence de structures d'accueil des urgences de type centre de crise ou centre d'accueil permanent, la faible proportion d'infirmiers exerçant en unité d'hospitalisation temps plein et enfin une faible activité orientée vers les institutions substitutives au domicile (comme les maisons de retraite ou les établissements pénitentiaires).

Le troisième facteur met à nouveau en avant l'opposition entre SP rattachés à un CHS et ceux rattachés à un CH en regard du niveau d'activité en ambulatoire (y compris les activités d'urgences, de liaison vers les unités somatiques et les institutions substitutives au domicile).

Les SP se discriminent également selon un quatrième facteur en termes d'intensité de l'engagement dans le développement des alternatives à l'hospitalisation. Signalons qu'il apparaît que les secteurs ayant peu développé les alternatives à l'hospitalisation temps plein ont à faire face à un taux de recours très important en ambulatoire comme à temps complet. L'activité d'hospitalisation à temps plein mobilise une grande partie du personnel, avec une forte proportion de patients présents depuis plus d'un an en hospitalisation. Ces secteurs ont peu de possibilité de recours aux dispositifs intersectoriels de prise en charge ambulatoire ou temps partiel ; ils sont localisés dans des départements où l'offre de psychiatrie libérale est restreinte. Les SP ayant développé des alternatives au temps plein sont également ceux pour qui le recours à des dispositifs intersectoriels pour différentes modalités de prise

en charge est important. Ces secteurs sont implantés dans des départements où l'offre psychiatrique des établissements privés est importante.

Enfin, le dernier facteur oppose les SP selon qu'ils rencontrent ou non des difficultés à prendre en charge leurs patients en hospitalisation temps plein ou partiel.

Dès lors que l'on appuie la construction de notre typologie sur ces cinq facteurs discriminant de façon majoritaire les SP nous obtenons une classification en neuf types de SP. Les SP peuvent ainsi être positionnés sur un gradient allant des plus aux moins bien dotés.

Le tableau I donne une description générale et archétypale de ces SP et la figure 1 illustre la façon dont ils se répartissent sur le territoire en fonction de leur région et de leur établissement de rattachement.

Du côté des secteurs caractérisés ici comme bien dotés en regard de la médiane française, trois groupes se dégagent, les classes 1, 2 et 6. Si ces trois classes partagent des dotations importantes en matière de personnel et d'équipement, elles se distinguent par la nature des personnels et équipements développés, par une activité plus ou moins importante et un environnement géographique très contrasté et enfin par des modes d'organisation, de prise en charge et de fonctionnement

bien différents, dénotant des stratégies différentes dans la réalisation de la politique de sectorisation.

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

À l'inverse les SP de la classe 2 bénéficient d'une dotation supérieure en personnel médical, psychiatre et non psychiatre, et leur dotation en personnel en regard de leur file active est nettement favorable. Les secteurs de cette classe, fréquemment rattachés à des CHS, ont développé davantage d'alternatives à temps complet et ont cherché à davantage installer leurs structures en dehors de l'enceinte hospitalière. Ces secteurs s'opposent enfin aux précédents par leur implantation urbaine, avec une offre libérale importante et une faible densité de structures sociales et médico-sociales.

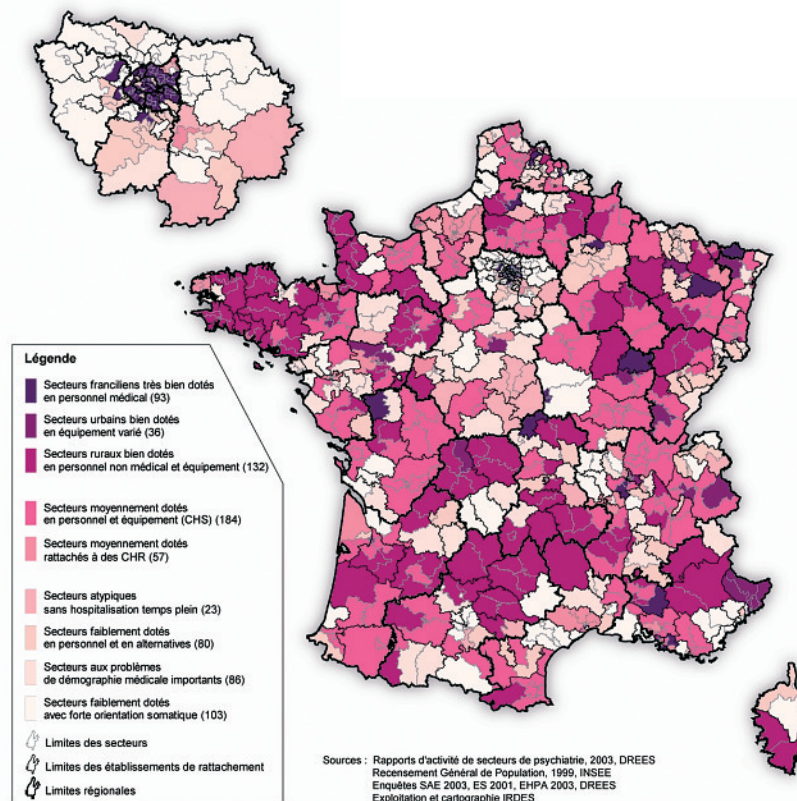


Figure 1. Typologie des secteurs de psychiatrie générale en 2003.

Tableau 1
Statistiques descriptives de la partition en 9 classes des secteurs psychiatriques.

	Classe 6	Classe 2	Classe 1	Classe 3	Classe 4	Classe 7	Classe 8	Classe 5	Classe 9
Nombre de secteurs de la classe	93	32	132	184	57	23	80	86	103
Pourcentage de la classe	11,8 %	4,0 %	16,7 %	23,3 %	7,2 %	2,9 %	10,1 %	10,9 %	13,0 %
Équipement									
Nombre moyen de Centres médico-psychologiques	1,5	2,4	3,7	2,9	2,9	2,2	1,8	2,3	2,3
Nombre moyen de CATP, Atelier thérapeutique	1,2	1,5	2,8	2,3	1,6	1,3	1,1	1,7	0,9
Places en hôpital de jour pour 100 000 habitants de plus de 20 ans	30,9	93	82,8	49,3	89	23,2	2,7	35,5	25,4
Lits d'hospitalisation temps plein pour 100 000 habitants de plus de 20 ans	104	317	241	172	166	316	112	98	54
Pourcentage de lits théoriquement occupés par des patients en hospitalisation temps plein depuis plus d'un an	22,5 %	6,4 %	22,5 %	15,5 %	6,4 %	2,0 %	13,2 %	15,1 %	27,5 %
Lits d'hospitalisation temps complet hors temps plein pour 100 000 habitants de plus de 20 ans.	49,2	33,9	18,6	16,3	10,6	4,2	6,8	7,8	5,2
Personnel									
ETP de psychiatres pour 100 000 habitants de plus de 20 ans	16,1	13,5	11,7	8,8	11	7,9	10,3	7,3	9,2
ETP d'infirmiers pour 100 000 habitants de plus de 20 ans	99,3	137,8	171,7	114,1	109,4	50,6	74,5	94,8	54
ETP de psychologues pour 100 000 habitants de plus de 20 ans	8,9	6,6	7,4	5,3	5,8	5,3	5	4,5	5,1
ETP de personnel de rééducation-reinsertion pour 100 000 habitants de plus de 20 ans	4,7	1,6	1,9	1,5	1,2	0,5	1,4	1,4	1,6
Ouverture – Communauté									
Pourcentage de Cattp, ateliers thérapeutiques, CMP en dehors de l'hôpital	95,4	95,4	87,8	90,1	83,8	86,2	87,5	84,2	87,8
Pourcentage de lits ou places en dehors de l'hôpital de places alternatives : pourcentage	39,8	30	30,2	24,9	28,2	74,4	18,9	31,2	33,7
Pourcentage ETP du personnel médical travaillant en unité d'hospitalisation : temps plein	37,8	34,1	31,7	29,7	41,3	41,8	8,5	32,5	37,4
Accessibilité – Accueil									
Pourcentage de CMP ouverts au moins 2 jours par semaine après 18h	48,3	53,9	55,4	61,1	50,8	25,9	58,3	61,5	47,4
Activité									
File active totale	77,3	54,7	30	29,9	43,7	24,2	52,3	37	44,3
Durée moyenne d'hospitalisation dans l'année	1 578	1 361	1 813	1 438	1 514	1 227	1 448	1 374	1 485
Taux d'occupation des lits	42,1 %	45,2 %	49,3 %	46,2 %	39,9 %	39,4 %	42,8 %	41,9 %	34,2 %
	90 %	96 %	92 %	92 %	92 %	92 %	90 %	87 %	88 %

Sources : Recensement Général de la Population 1999 – INSEE ; RAS 2003, SAE 2003, ES 2001, EHPA 2003 – DREES; SNIR 2003 – CNAAMTS. Exploitation : IRDES.

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

Les classes 3 et 4 de la typologie apparaissent sur une position médiane en regard de la dotation en personnel et équipement des secteurs de psychiatrie. Les secteurs de ces deux classes se différencient essentiellement par la nature des prises en charge à temps partiel développées et par la catégorie de l'établissement de rattachement. Les SP de la classe 3 sont essentiellement rattachés à des CHS et ont beaucoup développé les CATTP et ateliers thérapeutiques. À l'inverse, les secteurs de la classe 4 sont pour la plupart dans des centres hospitaliers régionaux universitaires et ont préféré développer l'hospitalisation de jour aux autres modalités de prise en charge à temps partiel. Ces derniers déclarent davantage de difficultés à hospitaliser un patient le jour même et les délais d'attente pour une première consultation hors urgence sont importants. À dotation équivalente, la destination générale ou spécialisée de l'établissement semble ici influencer sur le choix des outils thérapeutiques.

Les classes 5, 7, 8 et 9 de la typologie sont à situer sur la partie moins bien dotée du gradient. Là encore cette situation de moindre dotation masque d'importantes disparités de fonctionnement dans les secteurs de ce groupe. Ainsi, si les secteurs de la classe 8 apparaissent faiblement dotés en personnel infirmier, éducatif, social, leur implantation urbaine leur permet d'attirer des médecins psychiatres, les plaçant ainsi dans la moyenne pour le personnel médical. Leur dotation en équipement est faible quelle que soit sa nature, mais le faible nombre de CMP est compensé par une ouverture horaire importante. Le faible développement des alternatives à l'hospitalisation dans ces secteurs empêche cependant les patients de bénéficier d'une prise en charge plurielle et diversifiée. La classe 7 apparaît assez atypique, elle se démarque essentiellement par son absence d'offre de soins à temps complet, l'hospitalisation dans ces secteurs étant souvent gérée à tra-

vers un dispositif intersectoriel. Enfin, les classes 5 et 9 ont en commun leur rattachement plus fréquent à des centres hospitaliers généraux. Mais l'intensité de la sous-dotation en personnel médical et non médical est plus forte dans la classe 9 par rapport à l'ensemble des secteurs. Il en est de même pour l'équipement, alors que les secteurs de la classe 5 présentent des valeurs médianes en matière de lits et places à temps complet et partiel, en matière de développement des alternatives à l'hospitalisation temps plein, les secteurs de la classe 9 apparaissent très faiblement dotés de telles structures. Cette dernière classe de secteurs se trouve dans une situation particulièrement critique car à sa sous-dotation relative, s'ajoute une forte activité d'intervention dans les services d'urgence et autres unités de soins somatiques du fait de l'implantation à l'hôpital général. Cette activité vient ainsi mobiliser une part importante de leur personnel déjà fortement réduit.

Enfin, comme on peut l'observer sur la figure 1, de l'implantation des SP par type selon leur établissement de rattachement et leur région d'appartenance, les établissements de rattachement se composent de façon majoritaire ou exclusive de SP de même type. Rares sont donc les situations où un établissement est composé d'une variété de secteurs dans un objectif de complémentarité. On ne peut donc considérer que la politique de SP constitue un ensemble homogène en termes de niveau de dotation et d'équilibre entre soins à temps plein et soins communautaires même au niveau d'une aire géo-populationnelle agrégeant plusieurs SP comme les établissements de rattachement.

Dans nos analyses du lien entre les disparités de dotation des SP et le recours aux soins nous mettons en évidence qu'une faible ou très faible dotation en secteurs de psychiatrie, voire simplement moyenne, qui concernent quatre types de SP, se double d'une probabilité de recourir au moins une fois en psychiatrie hospitalière publique, sur la période considérée, moins importante (les *odds-ratio* sont compris entre 0,9 et 0,7) comparativement aux secteurs de psychiatrie bien dotés (0,69). Parallèlement nous constatons qu'une substitution entre les secteurs de psychiatrie et la médecine générale semble s'opérer, ce qui n'est pas le cas avec la psychiatrie libérale, puisque lorsque la dotation d'un secteur psychiatrique est faible ou très faible, voire moyenne, alors la probabilité de recourir en médecine générale (*odds-ratio* compris entre 1,2 et 1,6), comme la probabilité d'avoir au moins un recours en médecine générale s'accompagnant d'une prescription d'antipsychotique plutôt que d'un antidépresseur (*odds-ratio* compris entre 1,05 et 1,10), sont plus fortes que dans les secteurs de psychiatrie bien dotés. Tout cela en contrôlant des caractéristiques individuelles des assurés (âge, genre, ALD), de l'offre libérale (densité et activité) et des autres recours aux soins.

Tableau II
Modélisation de la probabilité, selon les caractéristiques individuelles et les facteurs de contexte, d'avoir au moins un recours auprès de l'offre de soins.

		Modélisation de la probabilité, selon les caractéristiques individuelles et les facteurs de contexte, d'avoir au moins un recours :			
		en psychiatrie hospitalière publique	en médecine générale libérale	en médecine psychiatrie libérale	en médecine générale et s'accompagnant de la prescription d'un antipsychotique
		N = 745639 Odds Ratio P > z	N = 745639 Odds Ratio P > z	N = 745639 Odds Ratio P > z	N = 595626 Odds Ratio P > z
Genre	Femme	0,82 ***	1,47 ***	1,04 ***	0,51 ***
	Homme	<i>référence</i>	<i>référence</i>	<i>référence</i>	<i>référence</i>
Âge		0,98 ***	1,04 ***	1,07 ***	0,92 ***
Âge au carré		1,00 ***	1,00 ***	1,00 ***	1,00 ***
Bénéficiaire d'une exonération pour affection de longue durée	Oui	4,21 ***	0,95 ***	1,78 ***	2,19 ***
	Non	<i>référence</i>	<i>référence</i>	<i>référence</i>	<i>référence</i>
Nombre de contacts auprès des psychiatres libéraux		0,79 ***	0,66 ***		1,09 ***
Nombre de contacts auprès des généralistes		0,73 ***	–	0,64 ***	1,06
Nombre de contacts auprès des établissements		–	0,60 ***	0,73 ***	1,19 ***
Type de secteur psychiatrique en Île-de-France					
	6 – Secteurs franciliens très bien dotés en personnel médical	<i>référence</i>	<i>référence</i>	<i>référence</i>	<i>référence</i>
	4 – Secteurs moyennement dotés rattachés à des CHR	0,75 ***	1,50 ***	<i>référence</i>	1,10 **
	8 – Secteurs faiblement dotés en personnel et alternatives	0,94 ***	1,18 ***	<i>référence</i>	1,05 ***
	5 – Secteurs aux problèmes de démographie médicale importants	0,69 ***	1,61 ***	0,91 ***	1,10 ***
	9 – Secteurs faiblement dotés avec une forte orientation somatique	0,89 ***	1,40 ***	0,85 ***	1,07 ***
Densité de généralistes	1 ^{er} quartile	<i>référence</i>	0,77 ***	<i>référence</i>	1,03 **
	2 ^e quartile	<i>référence</i>	0,90 ***	<i>référence</i>	0,99 ns
	3 ^e quartile	0,88 ***	<i>référence</i>	<i>référence</i>	<i>référence</i>
	4 ^e quartile	0,87 ***	<i>référence</i>	0,95 ***	<i>référence</i>
Activité des généralistes	1 ^{er} quartile	1,26 ***	0,61 ***	1,26 ***	0,92 ***
	2 ^e quartile	1,06 ***	0,91 ***	<i>référence</i>	0,93 ***
	3 ^e quartile	<i>référence</i>	<i>référence</i>	<i>référence</i>	<i>référence</i>
	4 ^e quartile	<i>référence</i>	1,06 ***	0,80 ***	1,05 ***
Densité de psychiatres	1 ^{er} quartile	<i>référence</i>	1,15 ***	0,84 ***	1,00 ns
	2 ^e quartile	<i>référence</i>	<i>référence</i>	<i>référence</i>	<i>référence</i>
	3 ^e quartile	0,91 ***	<i>référence</i>	<i>référence</i>	<i>référence</i>
	4 ^e quartile	0,93 ***	<i>référence</i>	1,41 ***	<i>référence</i>
Activité des psychiatres	1 ^{er} quartile	1,12 ***	<i>référence</i>	0,91 ***	<i>référence</i>
	2 ^e quartile	1,10 ***	<i>référence</i>	0,96 ***	<i>référence</i>
	3 ^e quartile	<i>référence</i>	<i>référence</i>	<i>référence</i>	<i>référence</i>
	4 ^e quartile	<i>référence</i>	1,10 ***	<i>référence</i>	1,02 ns
Statistique d'ajustement	Pseudo R2	0,1561	0,32	0,16	0,07
	Paires concordantes	83,60 %	0,85	0,86	0,91
	Courbe de ROC	0,7686	0,91	0,79	0,70

*** = p < 1 % ; ** = p < 5 % ; ns = non significatif.

Sources : Typologie des secteurs psychiatrique IRDES et données de remboursements des assurés franciliens du 1/10/2005 au 30/09/2006 – URCAMIF.

Exploitation : IRDES.

DISCUSSION

Nous avons dans un premier temps présenté une typologie nous permettant de rendre compte des disparités importantes en termes d'offre de soins en secteur de psychiatrie générale en France métropolitaine. Cette classification permet de dépasser les clivages entre secteurs bien et sous dotés pour analyser plus finement les fonctionnements et les degrés d'achèvement de la politique de sectorisation en France. Nous mettons également en évidence que cette disparité au niveau des secteurs n'est semble-t-il pas compensée par une offre globale au niveau des établissements de rattachement. Au final on ne peut donc considérer que la politique de SP constitue un ensemble homogène en termes de niveau de dotation et d'équilibre entre soins à temps plein et soins communautaires.

Dans un récent rapport Édouard Couty réaffirme la place du secteur psychiatrique comme « base territoriale de la santé mentale et de la psychiatrie » en tant que niveau de proximité [15-16]. À travers la mise en place de groupements locaux de coopération pour la santé mentale, il propose une réforme importante de l'organisation et du financement des soins sectorisés soutenu également par un autre rapport du Sénat [17]. Les secteurs psychiatriques verraient leurs moyens extra-hospitaliers figurer au sein du GLC dont ils seront membres tandis que les moyens intra-hospitaliers demeureront dans leurs établissements de rattachement. Il peut s'agir d'une étape décisive dans l'achèvement de la mise en œuvre de la politique de sectorisation voire son renouvellement en intégrant d'avantage les autres partenaires de la prise en charge de la santé mentale. Néanmoins cette réforme peut conduire à une rupture de la continuité des soins pour les patients entre prise en charge ambulatoire et hospitalière base de la psychiatrie de secteur.

L'utilisation principalement des rapports d'activité de secteurs, pour décrire l'activité psychiatrique en France, présente certaines limites. Nous ne prenons ainsi en compte que la psychiatrie publique sectorisée et nous excluons l'activité délivrée par les services de psychiatrie dans les hôpitaux publics non sectorisés (l'activité de certains CHU notamment) et les établissements privés (lucratifs ou non lucratifs hors secteur) ainsi que par les professionnels de santé libéraux, faute de données disponibles.

Nous avons ensuite tenté d'analyser les liens entre ces disparités et l'intensité du recours aux soins auprès de psychiatres libéraux et des médecins généralistes sur une base expérimentale en région Île-de-France. Nous avons alors mis en évidence un phénomène de substitution, dans les secteurs de psychiatrie qui peuvent être considérés comme sous ou moins bien dotés que les autres, entre la psychiatrie publique et la prise en

charge en libéral par des médecins généralistes auprès desquels le recours est significativement plus important. Nous avons aussi mis en évidence que cette substitution s'accompagnait d'un recours plus fréquent aux antipsychotiques dans la zone géographique correspondant à ces secteurs, ce qui marque bien le fait que les généralistes prennent en charge ces populations lourdes, habituellement suivies dans les secteurs de psychiatrie.

Il convient de signaler que la disponibilité des bases de données mobilisées a nécessité de travailler sur des périodes de temps différentes : l'année 2003 pour la dotation et l'activité des secteurs de psychiatrie, l'année 2006 pour les données de recours à la médecine libérale.

Il nous semble que compte tenu de l'ampleur des disparités mises en évidence dans l'offre de soins sectorisée et des liens que nous avons identifiés concernant le recours aux soins en Île-de-France, il serait utile qu'un débat se mette en place concernant la question de la dotation publique en psychiatrie sur l'ensemble du territoire et de son organisation, mais également celle de la formation des professionnels de santé (essentiellement les généralistes) qui sont de fait en première ligne dans le cas d'une faible dotation de la psychiatrie publique.

Cette recherche est aussi riche d'enseignement en termes de tentatives d'évaluation d'une politique publique territoriale de santé. Les difficultés que nous avons rencontrées pour faire « parler » les bases de données administratives existantes dans une langue territoriale commune alors même que le SP est considéré comme l'unité géographique de l'organisation de l'offre publique hospitalière en psychiatrie et en santé mentale posent questions. À l'heure où l'approche territoriale dans l'organisation des soins gagne les soins ambulatoires, avec l'élaboration dans le cadre des SROS 3 de « projets médicaux de territoire » et d'« objectifs quantifiés d'offre de soins » territorialisés et la création des futures agences régionales de santé, il convient probablement de tenir compte de ce fait dans la structuration des données administratives.

Remerciements

Nous remercions vivement L'URCAM Île-de-France qui nous a donné accès aux données régionales concernant d'une part, les recours aux médecins généralistes libéraux ayant donné lieu à la prescription d'antidépresseur et/ou d'antipsychotique et d'autre part, aux psychiatres libéraux. Nous remercions tout particulièrement Messieurs Paulo Fernandez Da Silva, Julien Galli et Serge Morais. Nous remercions également la DREES qui nous a donné accès à ses différentes sources de

données et tout particulièrement Madame Mylène Cha-leix. Enfin, nous remercions les différents experts que nous avons rencontrés et qui ont accepté de nous consacrer une partie de leur temps et les personnes avec qui nous avons collaborées au sein de l'IRDES : Marc Per-ronnin, Julie Chevalier, Isabelle Leroux.

RÉFÉRENCES

1. World health organization (WHO). *Mental health atlas 2005*. Geneva : WHO ; 2005.
2. Coldefy M, Salines E. *Les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile en 2000*. Paris : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), Série Études, Document de travail n° 32 ; mai 2003.
3. Coldefy M. *Les secteurs de psychiatrie générale en 2000*. Paris : DREES, Série Études, Document de travail n° 42 ; mars 2004.
4. Alluard O, Coldefy M. *Atlas régional de psychiatrie générale. Disparités de l'offre et des territoires d'intervention*. Paris : DREES, Série Études, Document de travail n° 75 ; février 2005.
5. Alluard O, Coldefy M. *Atlas régional de psychiatrie infanto-juvénile. Disparités de l'offre et des territoires d'intervention*. Paris : Drees, Série Études, Document de travail n° 76 ; février 2005.
6. *Mission nationale d'appui en santé mentale (MNASM). La psychiatrie en France : quelles voies possibles ?* Rennes : École nationale de santé publique ; 2005.
7. Attal-Toubert K, Vanderschelden M. *La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales*. Paris : DREES, Études et Résultats n° 679 ; février 2009.
8. Coldefy M, ed. *La prise en charge de la santé mentale, recueil d'études statistiques*. Paris : La Documentation française ; 2007.
9. *Ministère de la santé et des solidarités : Plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008*, Paris : le Ministère ; avril 2004.
10. Clery-Mellin P, Kovess V, Pascal J-C : *Plan d'actions pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale, rapport de la mission Clery-Mellin*. Paris : Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées ; novembre 2003.
11. Piel E., Roelandt JL. *De la psychiatrie vers la santé mentale*. Paris : Ministère de la santé, Rapport de mission ; juillet 2001.
12. Amaddeo F, Becker T, Fioritti A., Burti L, Tansella M. *Reforms in community care: the balance between hospital and community-based mental health care*. In: Knapp M, McDaid D, Mossialos E, Thornicroft G, eds. *Mental health policy and practice across Europe : The future direction of mental health care*. 2007 ; p. 235-49.
13. Thornicroft G., Tansella M. *Balancing community-based and hospital-based mental health care*. *World Psychiatry*. 2002;1(2):84-90.
14. George M-C, Tourne Y. *Le secteur psychiatrique*. Paris : PUF, *Que sais-je ?* ; 1994.
15. Couty E. *Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie*. Paris : Ministère de la santé ; janvier 2009.
16. *Mission nationale d'appui en santé mentale. Le rapport Couty*. Pluriels. avril 2009 ; (78).
17. Milon A. *Rapport sur la prise en charge psychiatrique en France*. Paris : Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé ; 2009.