



Ministère de l'Emploi,
de la cohésion sociale
et du logement

Ministère de la Santé
et des Solidarités



Études et Résultats

N° 443 • novembre 2005

La prise en charge de la santé mentale en France relève à la fois des secteurs libéral, hospitalier et médico-social.

Au 1er janvier 2004, la France compte près de 14 000 psychiatres en exercice (libéraux ou salariés), soit 22 psychiatres pour 100 000 habitants. Le secteur hospitalier propose 59 625 lits d'hospitalisation complète et 26 418 places en hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit, soit 140 lits ou places pour 100 000 habitants. Le secteur médico-social participe lui aussi à la prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiques, en leur proposant un accompagnement au quotidien. Cette étude présente les disparités départementales de ces différents segments de la prise en charge et tente de les synthétiser à travers la construction d'une typologie des départements. Quatre configurations des modes de prise en charge de la maladie mentale à l'échelle départementale sont ainsi mises en évidence selon l'importance et la nature des différents segments de l'offre proposée.

Les disparités départementales de prises en charge de la santé mentale en France

En France, le système de prise en charge de la santé mentale se caractérise par une diversité des organisations, des financements, des structures et des modalités de soins et d'accompagnement¹. Les différents segments participant à la prise en charge des maladies mentales obéissent à des logiques d'implantations différentes, qui ont contribué à façonner le paysage psychiatrique français.

Ainsi, en regard de ses voisins européens, malgré une situation favorable en ce qui concerne la densité de psychiatres et les capacités en lits d'hospitalisation psychiatrique, l'offre de soins en psychiatrie et en santé mentale est loin d'être également répartie sur tout le territoire français, et ce, que ce soit en matière de ressources humaines ou d'équipements. Aux disparités quantitatives, s'ajou-

Magali COLDEFY

Ministère de l'Emploi, de la cohésion sociale et du logement
Ministère de la Santé et des solidarités
Drees

1. Diversité des organisations : libéral, hospitalier, médico-social - diversité des financements : rémunération à l'acte, établissements sous objectif quantifié national, budget global hospitalier - diversité des structures : centres médico-psychologiques, lits hospitaliers, hôpitaux de jour, appartements thérapeutiques... et diversité des modalités de soins : ambulatoire, temps partiel, temps complet.



E•1

Les établissements de santé

Le statut juridique des établissements de santé peut être soit public soit privé. Les hôpitaux publics sont rattachés, dans la plupart des cas, à des collectivités locales : principalement des communes et, dans une moindre mesure, des départements. Ces établissements sont cependant des personnes morales dotées de l'autonomie administrative et financière. Les établissements privés sont soit à but lucratif soit à but non lucratif. Ces derniers sont souvent issus historiquement du monde religieux, caritatif ou mutualiste.

Dans le cas des établissements à but lucratif, souvent dénommés « cliniques », plusieurs personnes morales peuvent coexister, l'une possédant le patrimoine immobilier, l'autre assurant l'activité d'hospitalisation, d'autres encore organisant ou possédant des éléments du plateau technique.

Au-delà des établissements publics, le service public hospitalier est composé d'établissements privés admis à assurer le service public hospitalier souvent appelés « participant au service public hospitalier », ainsi que d'établissements privés, nettement moins nombreux, ayant conclu un contrat de concession pour l'exécution du service public hospitalier (article L6161-9).

Ainsi, les établissements publics ou privés du service public hospitalier garantissent l'égal accès de tous aux soins qu'ils dispensent. Ils sont ouverts à toutes les personnes dont l'état requiert leurs services.

Les établissements privés du SPH relèvent du même régime de financement et de tutelle, des mêmes avantages pour leurs équipements (subventions notamment) que les établissements publics. Ils peuvent faire appel à des praticiens hospitaliers.

Le dispositif de financement est distinct selon les types d'établissements. En 2003, le système dit de la « dotation globale » s'applique aux établissements publics, aux établissements privés participant au service public hospitalier et, depuis 1996, aux autres établissements privés à but non lucratif ayant opté pour ce régime. L'évolution de la dotation globale est encadrée par un taux directeur, les dépenses annuelles d'un établissement ne devant pas dépasser le budget prévisionnel qui lui était alloué.

Presque tous les autres établissements et notamment l'ensemble des établissements privés à but lucratif relèvent du régime dit de l'Objectif quantifié national (OQN) qui correspond à un mode de régulation entre tarif et volume.

tent des disparités qualitatives, du fait de la nature et de la pluralité de l'offre proposée (exercice libéral, hospitalier public ou privé, médico-social) dans chaque département. La conjugaison de ces éléments peut être de fait, source de disparités entre les citoyens pour l'accès aux soins en matière de santé mentale.

Des psychiatres concentrés dans les zones urbaines et le sud de la France

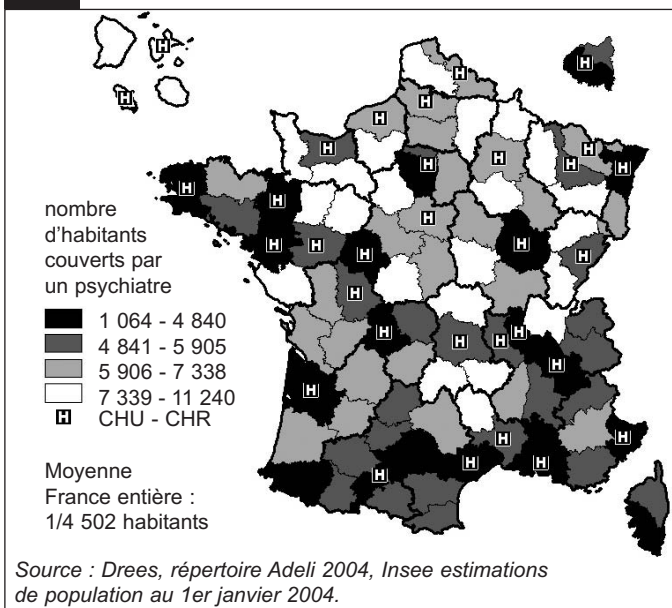
Au 1er janvier 2004, la France (métropole et DOM) compte 13 767 psychiatres (salariés et libéraux) en exercice. Il s'agit de la densité la plus élevée d'Europe (22,2 psychiatres pour 100 000 habitants), la plupart des pays européens comptant entre 10 et 19 psychiatres pour 100 000 habitants². Ces éléments de comparaison doivent toutefois être interprétés avec précaution, la définition et les contours de la profession étant variables selon les pays.

La couverture des populations, exprimée en nombre de résidents par médecin installé, fait à cet égard apparaître de fortes disparités départementales.

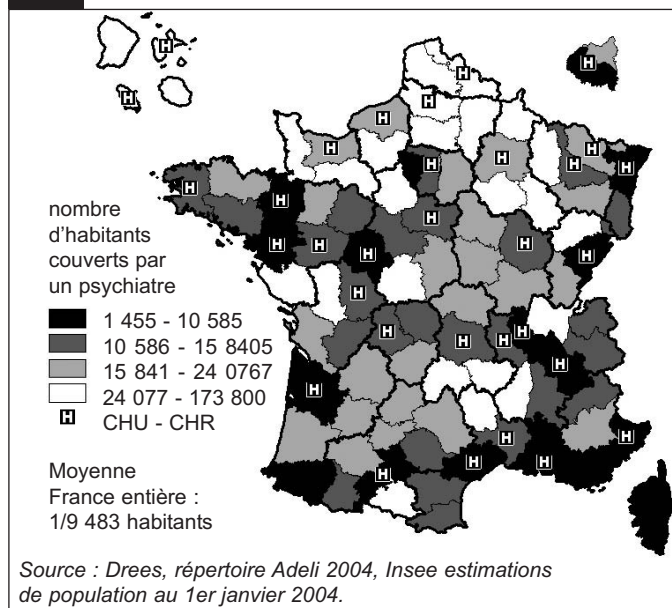
2. European Commission, « The state of mental health in the European Union », 2004, 79 p.

2

C•01 la couverture des psychiatres libéraux et salariés au 1er janvier 2004



C•02 la couverture des psychiatres libéraux au 1er janvier 2004



les. Si un psychiatre couvre en moyenne une population de 4 500 habitants, cette couverture varie dans un rapport de 1 à 10 entre les départements les moins bien couverts (la Mayenne, le Pas-de-Calais et la Guadeloupe) avec plus de 10 000 habitants par médecin, et Paris qui compte 1 063 habitants pour un psychiatre (carte 1). La carte des couvertures départementales montre à cet égard un gradient nord-sud croissant, que l'on s'intéresse aux psychiatres dans leur ensemble ou aux seuls praticiens libéraux qui représentent 47% de la profession (carte 2). Il semble donc que la répartition des médecins relevant de la psychiatrie publique

ne parvienne pas à compenser la propulsion des psychiatres libéraux à s'installer dans les zones urbaines et le sud du pays. Cette compensation existe pourtant en partie, puisque les disparités sont encore plus marquées pour le seul exercice de ville, avec des niveaux de couverture variant dans un rapport de 1 à 30. Ainsi, à Paris se concentrent 23% des praticiens pour 3,5% de la population française, tandis que les départements les moins bien dotés sont l'Aisne, la Manche, le Cantal, le Pas-de-Calais, la Martinique et la Guyane où l'on ne compte par exemple qu'un seul psychiatre libéral pour l'ensemble du département.

Les psychiatres ne se différencient toutefois guère à cet égard des autres médecins spécialistes exerçant en ville (carte 3). L'offre se concentre dans les zones urbaines et en particulier dans les villes sièges d'un centre hospitalier universitaire (CHU) ou régional (CHR), ainsi que dans le sud de la France.

Les projections démographiques des médecins³ qui, à *numerus clausus* et comportements constants, anticipent une diminution de 36% du nombre de psychiatres entre 2002 et 2025⁴ (la plus prononcée après l'ophtalmologie) laissent à penser que ces inégalités spatiales sont susceptibles de s'amplifier aux dépens des zones les moins attrac-

tives, même si le scénario central utilisé dans les projections prévoit plutôt une réduction des écarts entre les régions, du fait de l'âge moyen plus élevé des médecins exerçant dans les régions les mieux dotées.

Ces disparités géographiques s'accompagnent de déséquilibres dans la répartition des psychiatres entre les secteurs privés et publics (carte 4) avec une relative désaffection pour l'hôpital public⁵ qui pourrait tenir, selon les professionnels, à la difficulté des conditions de travail dans ce secteur, à l'augmentation du champ des sollicitations en dehors des soins stricto sensu⁶, mais aussi à l'accroissement des urgences et à la lourdeur des tâches administratives.

Une répartition géographique différente des capacités hospitalières d'accueil en psychiatrie...

Des disparités géographiques existent également dans l'offre hospitalière proposée à la population en matière de soins psychiatriques.

En ce qui concerne les seuls lits et places d'hospitalisation à temps partiel, la densité nationale moyenne était en 2003 de 140 pour 100 000 habitants. Elle varie dans un rapport de 1 à 4 entre

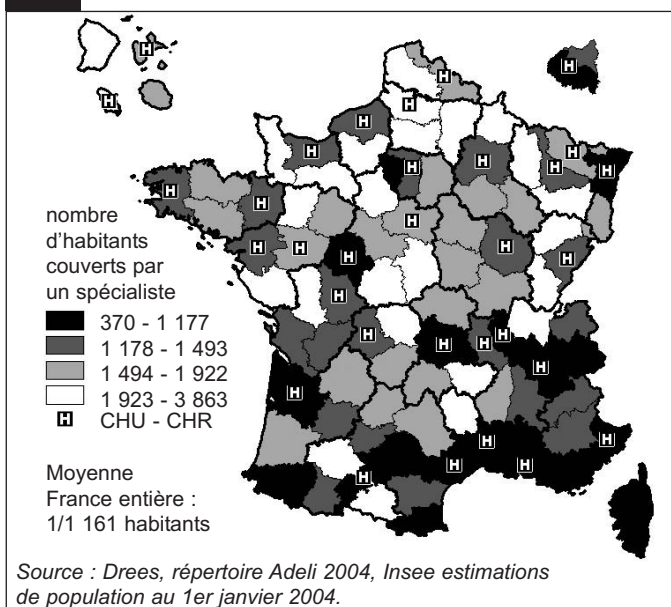
3. BESSIERE S., BREUIL-GENIER P., DARRINE S., « La démographie médicale à l'horizon 2025 : une actualisation des projections au niveau national », *Drees, Etudes et Résultats*, n° 352, 2004

4. BESSIERE S., BREUIL-GENIER P., DARRINE S., « La démographie médicale à l'horizon 2025 : une régionalisation des projections », *Drees, Etudes et Résultats*, n° 353, 2004

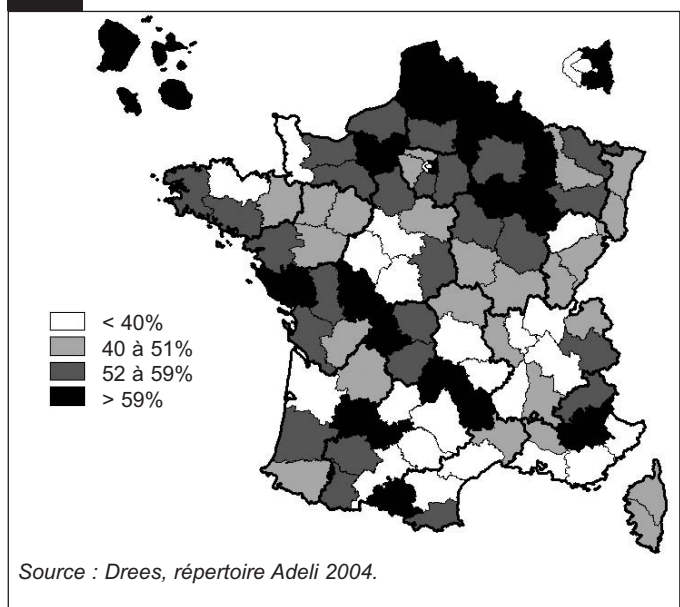
5. La proportion de postes vacants dans les établissements publics est passée de 7,4% en 1996 à 18,8% en 2002, la psychiatrie constitue, avec la radiologie, la discipline où les vacances sont les plus importantes

6. Ministère de la santé et des solidarités, « Plan Psychiatrie et Santé mentale 2005-2008 », 2005, 98 p.

C 03 la couverture des spécialistes libéraux au 1er janvier 2004



C 04 proportion de psychiatres exerçant dans un établissement public de santé en 2004



les départements les moins bien dotés qui ont une capacité inférieure à 70 lits et places pour 100 000 habitants et ceux où elle dépasse 300. Parmi les premiers figurent la Corse, la Guyane, la Creuse, la Seine-et-Marne et les Hauts-de-Seine, tandis que les seconds comptent dans leurs rangs : le Doubs, la Lozère, la Côte-d'Or, le Finistère et les Côtes-d'Armor (carte 5).

La répartition géographique des capacités hospitalières en psychiatrie se différencie donc de celle des psychiatres libéraux. Alors que la ville de Paris réunit à elle seule près d'un quart des praticiens libéraux, elle ne compte que 3,2% des capacités d'hospitalisation en psychiatrie (pour 3,5% de la population française). Si le sud du pays apparaît mieux doté en lits et places hospitaliers, ce n'est plus au bénéfice du littoral, comme pour le nombre des psychiatres libéraux, mais des départements ruraux à l'intérieur du pays. Ainsi, la Lozère, le Cantal et la Haute-Loire concentrent-ils à eux trois 2% des lits et places d'hospitalisation et seulement 0,2% des psychiatres installés en ville pour 0,7% de la population française.

Certains départements apparaissent toutefois moins dotés que la moyenne à la fois en psychiatres libéraux et du point de vue de l'offre hospitalière. C'est le cas des départements d'outre-

mer et de plusieurs départements du nord de la France : le Nord, le Pas-de-Calais, l'Aisne, l'Eure et l'Eure-et-Loir, qui disposent, pour couvrir 12% de la population française, de 3,4% des psychiatres libéraux et de 8,8% des capacités d'hospitalisation en psychiatrie.

Il faut toutefois noter que l'offre d'hospitalisation complète et partielle (lits et places) ne représente qu'une partie des modalités de prise en charge proposées en psychiatrie. Le dispositif public, basé principalement sur la sectorisation psychiatrique, vise à limiter l'hospitalisation en offrant aux malades mentaux des soins adaptés aux différentes pathologies rencontrées et à leurs différentes phases⁷, dans des structures variées et proches de leur milieu de vie. Pour cette raison, d'autres modalités de soins ont été développées : des soins ambulatoires en centre médico-psychologique, à domicile ou en unité somatique, des prises en charge à temps partiel autres que l'hospitalisation de jour et de nuit (centre d'accueil thérapeutique à temps partiel, atelier thérapeutique). Des prises en charge à temps complet dans des structures telles que les centres de postcure, les appartements thérapeutiques, l'accueil familial thérapeutique, ou encore l'hospitalisation à domicile ont été également mises en

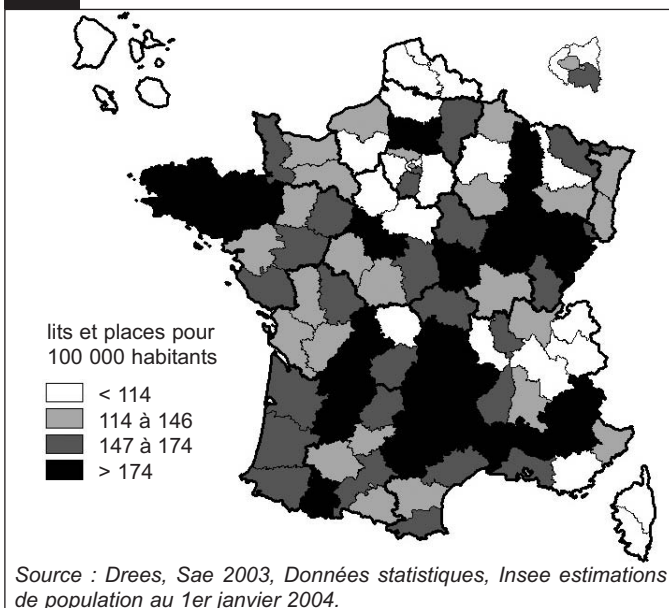
place. Toutes ces modalités de prise en charge sont des alternatives à l'hospitalisation complète et partielle, qui s'ajoutent à l'offre strictement hospitalière et sont à prendre en compte dans l'analyse des disparités territoriales. Un département peut ainsi apparaître relativement peu doté en lits et places d'hospitalisation et offrir une gamme de prestations alternatives importante. Une typologie réalisée en 2002 sur l'activité des secteurs de psychiatrie générale en 1999⁸ avait ainsi mis en évidence que certains secteurs avaient davantage développé les prises en charge ambulatoires ou les activités visant à la réadaptation et la réinsertion des patients, tandis que d'autres concentraient leur activité sur l'hospitalisation à temps plein.

7. Phase aiguë, stabilisation, réadaptation visant à la réinsertion sociale et professionnelle.

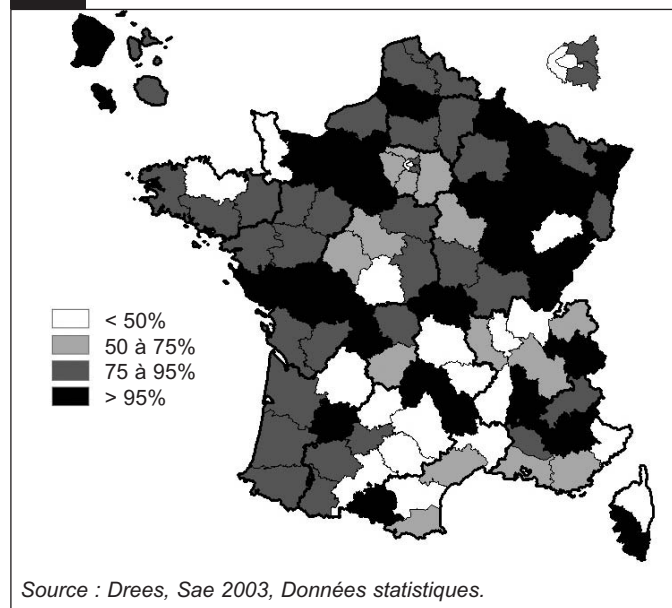
8. COLDEFY M., BOUSQUET F., « Une typologie des secteurs de psychiatrie générale en 1999 », Drees, *Études et résultats* n°163, 2002.

4

C 05 les densités en lits et places d'hospitalisation en psychiatrie au 31 décembre 2003



C 06 la part des capacités d'hospitalisation en psychiatrie rattachées à un établissement public de santé au 31 décembre 2003



E•2

**Les établissements médico-sociaux susceptibles d'accueillir
des adultes ou enfants présentant un handicap
en raison de troubles psychiques**

Parallèlement à une prise en charge sanitaire, les adultes présentant un handicap en raison de troubles psychiques peuvent être accueillis selon leur capacité de travail et leur niveau d'autonomie dans les catégories d'établissements suivantes :

- les **centres d'aide par le travail (CAT)** : ils permettent à des adultes handicapés d'exercer une activité professionnelle dans des conditions adaptées à leur handicap, les adultes accueillis ont une capacité de travail inférieure au tiers de celle d'un travailleur valide. 1 419 structures proposaient 98 566 places au 31 décembre 2001, 20% étaient occupées par des adultes souffrant de déficiences du psychisme en déficience principale ou associée ;

- les **foyers d'hébergement** : ils offrent aux travailleurs handicapés – en milieu ordinaire ou en milieu protégé – un hébergement et un suivi médico-social adaptés. On en comptabilisait 1 294 au 31 décembre 2001 pour un total de 40 607 places, 21% étaient occupées par des personnes souffrant de déficiences du psychisme en déficience principale ou associée ;

- les **foyers occupationnels ou foyers de vie** : ils accueillent des adultes handicapés qui ne peuvent exercer d'activités professionnelles mais qui disposent d'une certaine autonomie physique et intellectuelle. On en comptabilisait 1 083 au 31 décembre 2001 pour un total de 34 791 places, 20% étaient occupées par des personnes souffrant de déficiences du psychisme en déficience principale ou associée ;

- les **maisons d'accueil spécialisé (MAS) et les foyers d'accueil médicalisé (FAM)** : ils accueillent des adultes lourdement handicapés et qui nécessitent une surveillance médicale et des soins constants. 360 MAS et 278 FAM étaient recensés au 31 décembre 2001 pour respectivement 14 482 et 9 200 places. Les premières ont accueilli 10% de personnes souffrant de déficiences du psychisme, en déficience principale ou associée, les seconds 14%.

Parallèlement à une prise en charge sanitaire, les enfants et adolescents présentant un handicap en raison de troubles psychiques peuvent être accueillis dans les établissements et services suivants :

- les **établissements d'éducation spéciale pour enfants et adolescents déficients intellectuels** : au 31 décembre 2001, 1 208 établissements disposaient de 71 207 places pour recevoir « quel que soit le degré de leur déficience » des enfants et adolescents déficients intellectuels. La prise en charge vise à favoriser leur épanouissement, la réalisation de toutes leurs potentialités intellectuelles, affectives et corporelles, leur autonomie maximale quotidienne, sociale et professionnelle. Ces établissements regroupent les instituts médico-éducatifs (IME) et jardins d'enfants spécialisés. Ils ont accueilli en 2001, 27% d'enfants ou adolescents souffrant de déficiences du psychisme en déficience principale ou associée ;

- les **instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques** : au 31 décembre 2001, 342 instituts offraient 15 617 places. Ils reçoivent des enfants ou adolescents présentant des troubles du caractère et du comportement qui rendent nécessaire, malgré des capacités intellectuelles normales ou approchant la normale, la mise en œuvre de moyens médico-éducatifs pour le déroulement de leur scolarité. Ils se distinguent des IME par une clientèle qui ne présente pas de déficience intellectuelle, mais dont les troubles notamment du comportement, nécessitent une éducation spéciale. 76% des enfants accueillis souffraient de déficiences du psychisme en déficience principale ou associée ;

- les **Services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD)** : au 31 décembre 2001, 911 SESSAD disposaient de 22 835 places. 22% des enfants ou adolescents accueillis dans ces structures souffraient de déficiences du psychisme. Les SESSAD assurent des missions de conseil et d'accompagnement de la famille et de l'entourage, d'aide au développement notamment psychomoteur et de soutien à l'intégration scolaire et sociale ainsi qu'à l'acquisition de l'autonomie.

- les **Centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) et les Centres d'aide médico-sociale précoce (CAMSP)** qui proposent des prises en charge ambulatoires, non comptabilisables en termes de places n'ont pas été intégrés à cette étude.

**Une polarisation dans la nature
de l'offre hospitalière proposée**

Même si l'on s'en tient aux capacités d'hospitalisation complète et partielle (lits et places), les disparités quantitatives globales s'accompagnent en outre de différences dans la nature des établissements de santé amenés à prendre en charge des patients souffrant de troubles psychiques. Au total, 49% des établissements sont publics, 26% sont des établissements privés financés

sur dotation globale (encadré 1), et 25% sont des cliniques privées. En termes de capacités, le secteur public représente 73% des lits et places d'hospitalisation en psychiatrie, le secteur privé sous dotation globale 14%, et le reste du secteur privé 13%.

Dans 26 départements français, seule une offre hospitalière publique est proposée à la population. La part de l'offre publique est prépondérante dans le nord et l'ouest de la France, ainsi que dans les DOM (carte 6). La majorité des

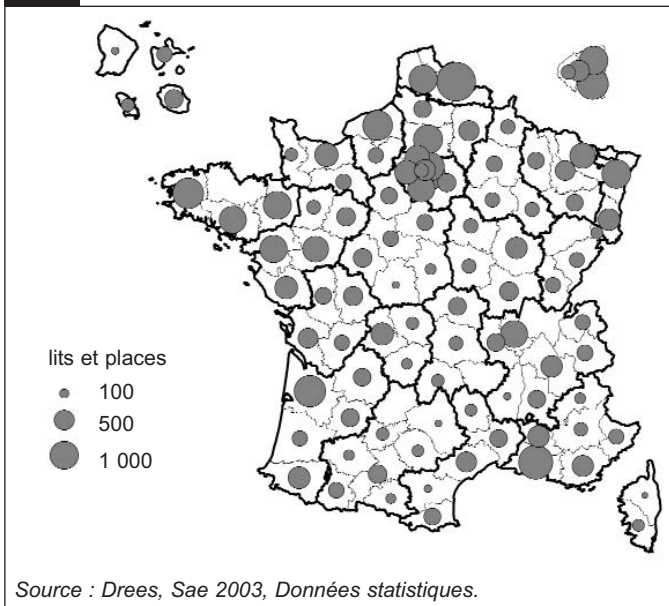
départements les moins dotés en lits et places hospitaliers sont ceux qui disposent essentiellement d'une offre publique.

La répartition de l'offre publique et de l'offre privée sous dotation globale semble toutefois relativement complémentaire (cartes 7 et 8), ces deux segments permettant une couverture relativement homogène du territoire français.

L'offre hospitalière publique existe ainsi dans la quasi-totalité des départe-

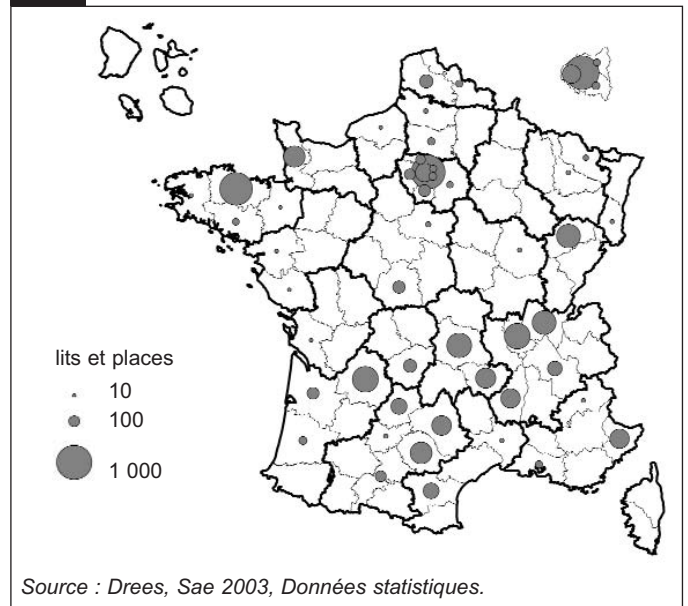
C
•07

les capacités d'hospitalisation en psychiatrie rattachées à un établissement public au 31 décembre 2003



C
•08

les capacités d'hospitalisation en psychiatrie rattachées à un établissement privé sous dotation globale au 31 décembre 2003



6

ments, avec des capacités plus ou moins importantes. Les cinq départements dans lesquels elle est absente (Ain, Côtes-d'Armor, Haute-Loire, Lot, Haute-Saône) sont couverts par une offre privée sous dotation globale importante. Excepté pour la Haute-Corse et la Guyane, il en est de même dans les départements où l'offre publique est limitée (moins de 100 lits et places d'hospitalisation complète et partielle) tels que l'Aveyron, l'Ardèche, l'Aude et l'Indre. Cette répartition est le reflet de

l'histoire, les établissements implantés dans ces départements ayant été fondés par des ordres et congrégations religieuses (Bon Sauveur, Sainte-Marie...). De manière générale, les établissements privés sous dotation globale qui participent à la lutte contre les maladies mentales sont plus fortement implantés en Île-de-France (Paris et la petite couronne), dans une zone intérieure du sud de la France, ainsi qu'en Bretagne et dans le Calvados.

L'offre hospitalière privée hors dotation globale se répartit quant à elle

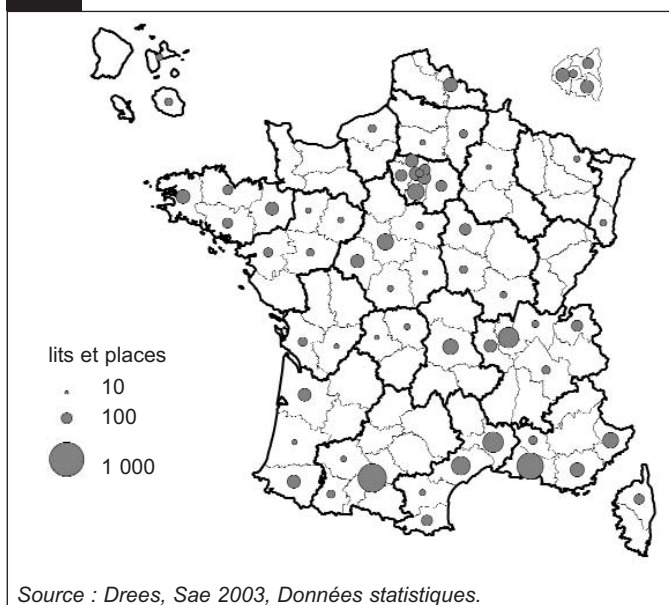
quelque peu différemment sur le territoire (carte 9). Si elle est bien implantée en Île-de-France, c'est surtout dans la petite et grande couronne. Exception faite de Paris, sa géographie se rapproche plutôt de celle des psychiatres libéraux, avec des lits et places en nombre important le long du littoral méditerranéen et dans les zones urbaines.

Les disparités du secteur médico-social, héritage de traditions d'accueil spécifiques des départements français

Le secteur médico-social participe également à la prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiques, intervenant en amont, en aval ou en parallèle de la prise en charge sanitaire pour les personnes présentant un handicap résultant de ces troubles. Tandis que le secteur sanitaire a pour vocation d'« évaluer et traiter » les troubles psychiques, le médico-social a pour mission d'« étayer la personne dans sa vie au quotidien, palliant incapacité et désavantage social »⁹. Les pri-

C
•09

les capacités d'hospitalisation en psychiatrie rattachées à un établissement privé hors « dotation globale » au 31 décembre 2003



9. Mission nationale d'appui en santé mentale, Guide méthodologique de création et de redéploiement de structures sociales et médico-sociales, 2001, 46 p.

ses en charge médico-sociales des adultes et enfants handicapés en raison d'un trouble psychique viennent se conjuguer à la prise en charge sanitaire et méritent donc d'être considérées ici. Elles s'appuient sur différents types d'établissements (encadré 2) sachant que ceux-ci n'ont pas pour vocation unique d'accueillir des personnes présentant un handicap résultant de troubles psychiques, mais également, voire principalement, des personnes atteintes par d'autres formes de handicap. 38 165 adultes et 36 042 enfants ou adolescents présents dans ces établissements au 31 décembre 2001 souffraient, selon les équipes, d'une déficience du psychisme¹⁰ principale ou associée. 53% des adultes souffrant de déficiences du psychisme ont été suivis dans les centres d'aide par le travail, 22% ont été pris en charge dans des foyers d'hébergement, 18% dans des foyers occupationnels ou foyers de vie, 7% dans des maisons d'accueil spécialisé ou des foyers d'accueil médicalisé. Les enfants et adolescents présentant des déficiences du psychisme étaient accueillis principalement dans des établissements d'éducation spéciale pour enfants et adolescents déficients intellectuels, qui intègrent les instituts médico-éducatifs (53% des enfants). Ces enfants sont aussi accueillis dans des instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques (33%) et dans les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (14%).

C'est ainsi qu'un quart des places proposées par ces structures sont occupées par des patients souffrant de déficiences du psychisme (19% pour les adultes et 33% pour les enfants et adolescents), ce taux variant de 10 à 76% selon les structures. 496 places pour 100 000 habitants sont ainsi proposées

à la population française pour accueillir les personnes handicapées de tous âges, parmi lesquelles 120 sont occupées par des personnes repérées par les équipes comme souffrant de déficiences du psychisme.

Ce taux d'équipement médico-social varie dans un rapport de 1 à 14 entre les départements les moins équipés que sont la Corse-du-Sud, la Guyane et la Guadeloupe, qui proposent moins de 200 places pour 100 000 habitants et la Lozère, qui dispose de 2 815 places pour 100 000 habitants. Les départements les moins équipés sont les DOM, la Corse, l'Île-de-France et le littoral méditerranéen (carte 10), tandis que les mieux pourvus sont souvent des départements ruraux, tels que dans le Limousin, la Bourgogne, l'Auvergne, la Basse-Normandie... Ces disparités sont à la fois le reflet de traditions d'accueil spécifiques et de différences dans les politiques ou les initiatives conduites par les différents partenaires au niveau local. Ces disparités ont pour conséquence une mobilité interdépartementale importante, même si celle-ci est plus réduite pour les adultes et enfants souffrant de déficiences du psychisme que pour l'ensemble des personnes handicapées accueillies dans ces structures. En 2001, 12% des adultes et 3% des enfants accueillis l'étaient dans des structures qui ne sont pas implantées dans leur département d'ori-

gine¹¹. Plus les capacités d'accueil médico-social sont élevées dans un département, plus la proportion de personnes accueillies provenant d'un département non limitrophe est importante¹². À l'inverse, moins un département dispose de places, plus les personnes souffrant d'un handicap psychique originaires de ce département ont tendance à être prises en charge dans un autre, parfois éloigné.

Quatre configurations départementales de la prise en charge de la maladie mentale

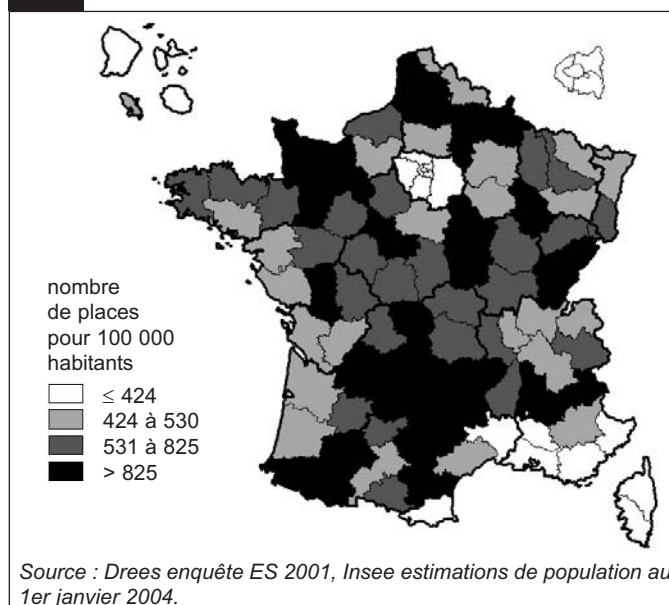
Les offres (psychiatres, capacité hospitalière et médico-sociale) en matière de santé mentale présentent donc d'importantes disparités départementales et ne suivent pas la même logique d'implantation. Ces disparités aboutissent à des palettes de modalités de prise en charge plus ou moins importantes, complètes et variées proposées à la population selon les départements. La construction d'une typologie, à partir des données d'équipements précédemment présentées (encadré 3), cherche à donner une plus grande lisibilité à la diversité des situations rencontrées, sachant, que bien évidemment, les différentes modalités de prise en charge ne sont pas substituables. L'offre médico-sociale est en effet à considérer comme un complément ou un relais de

10. Déficiences du psychisme en rapport avec les troubles psychiatriques graves (troubles de la personnalité et des capacités relationnelles), troubles de la conduite et du comportement, troubles psychologiques ou relationnels sans connotation de gravité. Sont exclues ici les déficiences intermittentes ou « critiques » de la conscience.

11. DREES, Enquête ES 2001.

12. VANOVERMEIR S., « L'implantation départementale des établissements pour adultes handicapés », Drees, *Etudes et résultats*, n° 419, 2005.

C 10 les capacités d'accueil médico-social pour adultes et enfants handicapés en 2001



E•3

La construction de la typologie des configurations départementales de l'offre de soins en santé mentale

Une analyse en composantes principales a été effectuée à partir des variables relatives à l'offre de soins en santé mentale. Sept variables ont été prises en compte dans l'analyse :

- la couverture des psychiatres salariés,
- la couverture des psychiatres libéraux,
- la densité d'équipement des établissements publics,
- la densité d'équipement des établissements privés sous dotation globale,
- la densité d'équipement des établissements privés hors dotation globale,
- la densité d'équipement médico-social
- la part d'équipement rattaché à un établissement exclusivement dédié à la lutte contre les maladies mentales.

Puis une classification ascendante hiérarchique a été réalisée sur les 98 départements retenus dans l'analyse (la Lozère et la Guyane ont été exclues du fait de leurs caractéristiques trop atypiques). Cette classification a permis de déterminer quatre types de configurations spatiales de l'offre de soins en santé mentale.

Deux variables supplémentaires ont été projetées sur le modèle :

- la couverture totale des psychiatres (libéraux et salariés),
- la densité totale d'équipement hospitalier (tous secteurs confondus).

l'offre sanitaire, intervenant de manière conjuguée avec elle dans l'accompagnement des personnes handicapées en raison d'un trouble psychique. De même, l'offre de soins peut elle-même inclure une série d'alternatives à l'hospitalisation non directement prises en compte dans le cadre de cette étude.

Deux départements ont en premier lieu des caractéristiques très atypiques qui conduisent à les considérer de façon spécifique¹³. Il s'agit de la Lozère et de la Guyane, qui se distinguent par une absence d'offre hospitalière privée et par un très faible nombre de psychiatres libéraux (2 psychiatres de ville pour

tout le département de la Lozère et un seul pour la Guyane). La Lozère dispose toutefois de capacités hospitalières publiques et médico-sociales très importantes pour la prise en charge des adultes et enfants présentant des troubles psychiques : 320 lits et places d'hospitalisation en psychiatrie et 2 845 places d'accueil médico-social pour 100 000 habitants. L'offre publique est exclusivement dédiée à la lutte contre les maladies mentales dans ce département (CHS Saint-Alban). La Guyane connaît quant à elle également un sous-équipement en matière d'hospitalisation publique en psychiatrie et en

accueil médico-social. Son offre publique n'est, en revanche, pas spécialisée, dépendant du centre hospitalier de Cayenne.

La typologie permet de distinguer pour les autres départements quatre configurations de différents modes de prise en charge de la maladie mentale.

Le groupe 1 – Des départements à l'offre hospitalière publique et médico-sociale relativement importante.

Avec 41 départements, il s'agit de la configuration la plus répandue. Les capacités d'hospitalisation complète et partielle en psychiatrie sont dans ce groupe dans la moyenne et majoritairement rattachées au secteur public (tableau 1). Elles sont implantées plus fréquemment qu'ailleurs dans des établissements spécialisés dans la lutte contre les maladies mentales. Les secteurs privés sous et hors dotation globale sont peu représentés.

L'offre de soins ambulatoire exprimée en praticiens est inférieure à la moyenne nationale, et ce malgré la présence, dans certains départements de ce groupe, de villes hospitalières et universitaires, généralement attractives pour les spécialistes. Si ce déficit de l'offre ambulatoire est observé chez les psychiatres salariés et libéraux, il est toutefois plus marqué chez les seconds avec un psychiatre libéral pour 18 144 habitants.

13. Et donc à les exclure de l'analyse de données.

8

T • 01 description des quatre groupes

	Taux national	Groupe 1 41 départements	Groupe 2 30 départements	Groupe 3 13 départements	Groupe 4 14 départements
Population desservie par un psychiatre libéral	9 483	18 144	6 173	26 544	19 234
Population desservie par un psychiatre salarié	8 572	10 179	7 244	12 447	9 692
Population desservie par un psychiatre (tout exercice)	4 502	6 521	3 333	8 473	6 445
Nombre de lits et places d'hospitalisation en psychiatrie pour 100 000 habitants					
- secteur public	97	118	86	122	38
- secteur privé sous dotation globale	19	2	13	6	140
- secteur privé sous objectif quantifié national	17	8	27	5	12
- ensemble	132	128	126	133	190
Part de l'équipement hospitalier rattachée à un établissement spécialisé	74,8%	84,6%	72,9%	26,1%	86,8%
Nombre de places d'accueil pour les personnes handicapées pour 100 000 habitants	496	556	415	565	631

Champ : France entière

Source : Drees, SAE 2003, ADELI 2004, ES 2001, INSEE 2004

L'offre médico-sociale est relativement bien implantée dans ces départements avec 556 places d'accueil pour 100 000 habitants contre 496.

Bien que répartis sur l'ensemble du territoire, on note une prépondérance de ces départements dans la moitié nord du pays (carte 11).

Le groupe 2 – Des départements à l'offre ambulatoire importante, avec également une forte présence du secteur privé sous objectif quantifié national.

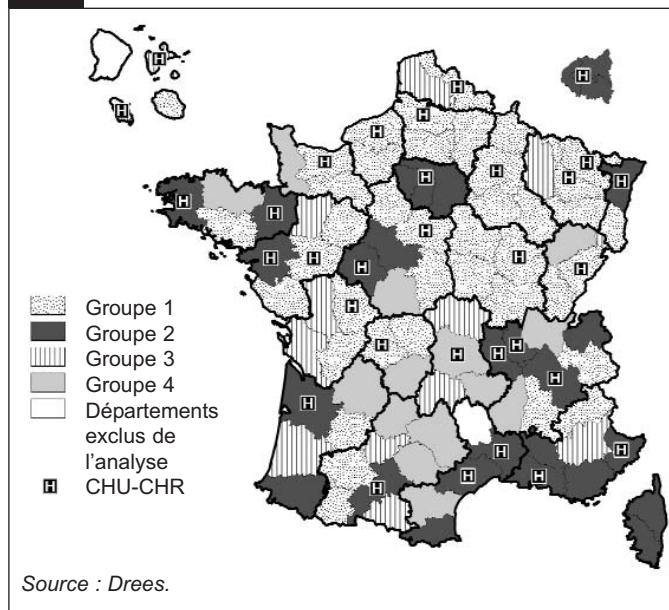
Les trente départements qui composent ce groupe se caractérisent par une offre de soins ambulatoires importante avec une implantation des psychiatres (salariés et libéraux) très supérieure à la moyenne française, un psychiatre couvrant en moyenne 3 333 habitants. Si la couverture de ces départements par les psychiatres libéraux est particulièrement forte, c'est l'ensemble de la profession qui est relativement bien implantée dans ces départements qui sont souvent siège d'un centre hospitalier universitaire.

Par ailleurs, l'offre hospitalière proposée par le secteur privé lucratif y est particulièrement développée, avec en moyenne 27 lits et places pour 100 000 habitants, contre 17 en moyenne nationale. Cette offre privée vient ici renforcer un niveau d'équipement sensiblement inférieur à la moyenne en matière d'hospitalisation complète et partielle.

A contrario, ces zones géographiques sont celles qui disposent de l'offre la plus faible en équipements médico-sociaux susceptibles de prendre en charge le handicap résultant de troubles psychiques avec 415 places d'accueil pour 100 000 habitants destinées aux adultes et enfants handicapés contre 496 en moyenne nationale.

Ces départements sont essentiellement situés en Île-de-France, sur le littoral méditerranéen et en Corse et incluent également les départements urbains sièges de CHU et CHR.

C
11 configurations départementales de l'offre de soins en santé mentale



Le groupe 3 – Des départements à l'offre hospitalière publique et médico-sociale relativement bien implantée mais qui attirent peu les psychiatres.

Ces treize départements partagent plusieurs caractéristiques avec ceux du premier groupe : l'équipement hospitalier en lits et places de psychiatrie y est proche de la moyenne, avec une offre publique prépondérante (122 lits et places pour 100 000 habitants, contre 97 proposés en moyenne par le secteur public).

L'offre médico-sociale y apparaît aussi bien implantée avec 565 places d'accueil pour enfants et adultes handicapés pour 100 000 habitants.

Ces départements se différencient toutefois de ceux du groupe 1 par une présence plus faible des psychiatres qui y exercent. Que ce soit pour les psychiatres libéraux ou salariés, la population que doit couvrir un praticien y est très importante, atteignant 8 473 habitants (26 544 par psychiatre libéral), alors qu'elle est en moyenne nationale de 4 502 (9 483 pour les libéraux). Une des raisons de ce déficit d'attractivité

pour les praticiens tient au caractère rural de ces départements mais aussi à la nature des établissements installés : absence de CHU ou de CHR d'une part ; rattachement peu fréquent des capacités hospitalières à des établissements spécialisés dans la lutte contre les maladies mentales d'autre part.

Ces départements sont répartis de façon relativement dispersée sur le territoire : il s'agit notamment de l'Allier, des Alpes-de-Haute-Provence, de l'Ariège, du Cantal, de la Charente-Maritime, des Landes, de la Mayenne, de la Meuse, du Pas-de-Calais, des Deux-Sèvres, du Tarn-et-Garonne, du Territoire-de-Belfort et de la Guadeloupe.

Le groupe 4 – Des départements à forte implantation hospitalière des établissements privés sous dotation globale.

Ces quatorze départements forment le groupe qui offre les capacités les plus importantes d'hospitalisation en psychiatrie : 190 lits en moyenne pour 100 000 habitants, contre 132 pour la France entière. Ces équipements sont essentiellement rattachés à

des établissements privés sous dotation globale. Les offres hospitalières publiques et privées hors dotation globale sont, elles, très inférieures à la moyenne nationale, tendant à montrer une recherche de complémentarité entre les trois secteurs. Les établissements qui sont implantés dans ces départements sont essentiellement des structures dédiées exclusivement à la lutte contre les maladies mentales. Il s'agit là pour la plupart d'anciens ordres religieux qui ont fondé ou dirigé des établissements spécialisés dans la lutte contre les maladies mentales, et

se sont implantés vers le milieu du XIXe siècle.

Ces départements proposent également, une offre médico-sociale importante qui vient se conjuguer à l'offre sanitaire, pour l'accompagnement des personnes souffrant de handicap du fait d'un trouble psychique : 631 places d'accueil pour les adultes et enfants handicapés pour 100 000 habitants contre 496 en général.

En revanche, l'offre ambulatoire, identifiée à travers la couverture de la population par les psychiatres libéraux et salariés y apparaît moins développée.

Les psychiatres libéraux ont en particulier peu investi ces départements à dominante rurale, un psychiatre de ville y couvrant en moyenne une population de 19 234 habitants.

Les trois quarts de ces départements sont situés dans la moitié sud de la France. On y retrouve l'Ain, l'Ardèche, l'Aude, l'Aveyron, la Corrèze, la Dordogne, la Haute-Loire, le Lot, le Puy-de-Dôme, le Tarn, mais aussi les Côtes-d'Armor, la Manche, la Haute-Saône et l'Indre. ●

Pour en savoir plus

- BESSIERE S., BREUIL-GENIER P., DARRINE S., « La démographie médicale à l'horizon 2025 : une régionalisation des projections », *Drees, Études et Résultats*, n° 353, 2004
- BESSIERE S., BREUIL-GENIER P., DARRINE S., « La démographie médicale à l'horizon 2025 : une actualisation des projections au niveau national », *Drees, Études et Résultats*, n° 352, 2004
- COLDEFY M., BOUSQUET F., « Une typologie des secteurs de psychiatrie générale en 1999 », *Dossiers Solidarité Santé*, n° 2, avril-juin 2002
- SICART D., « Les professions de santé au 1er janvier 2005 », *Drees, Document de travail, Série Statistiques*, n° 82, 2005, 61 p.
- Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, *L'évolution des métiers en santé mentale : recommandations relatives aux modalités de prise en charge de la souffrance psychique jusqu'au trouble mental caractérisé, Rapport final du groupe de travail DGS relatif à l'évolution des métiers en santé mentale*, 2002, 77 p.
- Ministère de la santé et des solidarités, *Plan Psychiatrie et Santé mentale 2005-2008*, 2005, 98 p.
- Mission nationale d'appui en santé mentale, *Guide méthodologique de création et de redéploiement de structures sociales et médico-sociales*, 2001, 46 p.
- VANOVERMEIR S., *L'implantation départementale des établissements pour adultes handicapés*, *Drees, Études et Résultats*, n° 419, août 2005
- Mission nationale d'appui en santé mentale, *Guide méthodologique de création et de redéploiement de structures sociales et médico-sociales*, 2001, 46 p. www.mnasm.com
- KERVASDOUE J. de, PICHERAL H., (sous la dir.), *Santé et territoires : carnet de santé de la France 2004*, *Mutualité Française*, 2004, 211 p.
- Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé, *Les effectifs et l'activité des professionnels de santé*, 2004, *La Documentation française*, 156 p.

Études et résultats derniers numéros parus

- Dominique Beynier, Benoît Tudoux et Milan Momic : « *Les métiers du travail social - hors aide à domicile* », Études et résultats n° 441, novembre 2005.
- Élise Amar, Céline Pereira et Anaïs Delbosc « *Les prescriptions des médecins généralistes et leurs déterminants* », Études et résultats n° 440, novembre 2005.
- Philippe Raynaud et Amandine Weber : « *Les adultes ayant des incapacités lourdes dans les actes essentiels de la vie quotidienne* », Études et résultats n° 439, novembre 2005.
- Marc Collet : « *La démographie des pharmaciens à l'horizon 2030 Un exercice de projection au niveau national* », Études et résultats n° 438, octobre 2005.
- Marc Collet : « *Les pharmaciens en France - Situation démographique et trajectoires professionnelles* », Études et résultats n° 437, octobre 2005.
- Jean-Louis Lanoë et Yara Makdessi-Raynaud : « *L'état de santé en France en 2003 - Santé perçue, morbidité déclarée et recours aux soins à travers l'enquête décennale santé* », Études et résultats n° 436, octobre 2005.
- Julien Bechtel et Michel Duée : « *Les comptes de la protection sociale en 2004* », Études et résultats n° 435, octobre 2005.
- Margot Perben : « *L'Allocation personnalisée d'autonomie au 30 juin 2005* », Études et résultats n° 434, octobre 2005.
- Bénédicte Boisguérin : « *Les bénéficiaires de la CMU au 31 décembre 2004* », Études et résultats n° 433, octobre 2005.
- Marie Avenel avec le concours de l'Adf : « *Les modes d'organisation adoptés par les conseils généraux pour la gestion du RMI suite à la décentralisation* », Études et résultats n° 432, octobre 2005.
- Annick Vilain : « *Les interruptions volontaires de grossesse en 2003* », Études et résultats n° 431, octobre 2005.
- Pascale Breuil-Genier et Daniel Sicart : « *La situation professionnelle des conjoints de médecins* », Études et résultats n° 430, septembre 2005.
- Anne Billaut : « *Les affectations en troisième cycle des études médicales en 2004 suite aux épreuves classantes nationales (ECN)* », Études et résultats n° 429, septembre 2005.
- Benoît Chastenot et Jocelyne Mauguin : « *Les bénéficiaires de l'aide sociale départementale en 2004* », Études et résultats n° 428, septembre 2005.
- Magali Coldefy : « *La prise en charge de la santé mentale des détenus en 2003* », Études et résultats n° 427, septembre 2005.
- Julien Bechtel et Michel Duée : « *Les prestations de protection sociale en 2004* », Études et résultats n° 426, septembre 2005.
- Sophie Cazain, Stéphane Donné, Marie Hennion et Emmanuelle Nauze-Fichet : « *Le nombre d'allocataires du RMI au 30 juin 2005* », Études et résultats n° 425, septembre 2005.
- Marilyne Beque : « *Le vécu des attitudes intolérantes ou discriminatoires par les personnes immigrées et issues de l'immigration* », Études et résultats n° 424, septembre 2005.
- Christophe Trémoureaux : « *L'activité des CDES en 2002-2003 et la réforme des compléments de l'Allocation d'éducation spéciale* », Études et résultats n° 423, août 2005.
- Nathalie Blanpain : « *Accueil des jeunes enfants et coûts des modes de garde en 2002* », Études et résultats n° 422, août 2005.
- Michel Forsé et Maxime Parodi : « *Les opinions des Français sur les politiques sociales en 2004 : une inquiétude accrue qui modifie les demandes de solidarité* », Études et résultats n° 421, août 2005.
- Lauren Trigano : « *La conjoncture des établissements de santé publics et privés au cours de l'année 2004 - Résultats provisoires* », Études et résultats n° 420, août 2005.
- Solveig Vanovermeir : « *L'implantation départementale des établissements pour adultes handicapés* », Études et résultats n° 419, août 2005.
- Albane Gourdol : « *Les interruptions d'activité pour raisons de santé au cours de la vie professionnelle* », Études et résultats n° 418, juillet 2005.
- Vanessa Bellamy et Christine de Peretti : « *Les déficiences motrices d'origine accidentelle* », Études et résultats n° 417, juillet 2005.
- Marie-Sylvie Sander, Marie-Christine Bournot, Françoise Lelièvre et Dr Anne Tallec, Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire, avec la contribution d'un groupe d'experts : Dr Claude Chambet, Association pour les personnes aveugles et malvoyantes, Pr Christian Corbé Institution nationale des invalides, Dr Pascale Gilbert, Dr Christine de Peretti Drees, Dr Xavier Zanlonghi, Clinique Sourdille : « *Les personnes ayant un handicap visuel - Les apports de l'enquête Handicaps - Incapacités - Dépendance* », Études et résultats n° 416, juillet 2005.
- Margot Perben avec la collaboration d'Alexandre Deloffre : « *L'allocation personnalisée d'autonomie au 31 mars 2005* », Études et résultats n° 415, juillet 2005.
- Karim Azizi, Marie Hennion et Marie Podevin : « *Les dépenses de soins de ville remboursées par le régime général en 2004* », Études et résultats n° 414, juillet 2005.
- Annie Fénina et Yves Geffroy : « *Les comptes nationaux de la santé en 2004* », Études et résultats n° 413, juillet 2005.
- Nadine Legendre : « *L'évolution sur dix ans des revenus libéraux des médecins - 1993-2003* », Études et résultats n° 412, juillet 2005.

Pour obtenir *Études et Résultats*

Écrire au ministère des Solidarités, de la santé et de la famille, secrétariat de rédaction de la Drees, 11, place des Cinq martyrs du Lycée Buffon, 75696 Paris cedex 14 • Envoyer une télécopie au 01 40 56 80 38 • Consulter l'intégralité des textes sur le site Internet du ministère www.sante.gouv.fr/htm/publication

Ministère de l'Emploi, de la Cohésion sociale et du Logement
Ministère de la Santé et des Solidarités
11, place des Cinq martyrs du Lycée Buffon
75696 Paris cedex 14

Pour toute information sur nos publications récentes :

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

- des revues trimestrielles :

Revue française des affaires sociales

revue thématique

dernier numéro paru :

« Politiques sociales, politiques sanitaires »

n° 3, juillet - septembre 2005

Dossiers Solidarité et Santé

revue thématique

derniers numéros parus :

« Études diverses »

n° 2, avril - juin 2005

- 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