

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

des Travailleurs Salariés

Sécurité Sociale

Circulaire CNAMTS

Date :
05/04/88

Origine :
DGR
ENSM

MMES et MM les Directeurs
des Caisses Régionales d'Assurance Maladie
des Caisses Générales de Sécurité Sociale
des Caisses Primaires d'Assurance Maladie

MM les Médecins Conseils Régionaux

M le Médecin Chef de Service de la Réunion

Réf. :

DGR n° 2209/88 - ENSM n° 1209/88

Plan de classement :

2452					
------	--	--	--	--	--

Objet :

SECTORISATION PSYCHIATRIQUE : POINT DE LA SITUATION ET COMMENTAIRES DU DISPOSITIF D'INFORMATION MIS EN OEUVRE PAR LES POUVOIRS PUBLICS DANS LES SECTEURS DE PSYCHIATRIE GENERALE.

Transmission aux Caisses des Lettres Ministérielles du 30 Novembre 1987 relatives à la mise en place d'une fiche par patient dans les sections de psychiatrie générale, base de données du rapport annuel de secteur dont les Caisses Régionales doivent être destinataires.

Pièces jointes :

0	3
---	---

Liens :

Date d'effet :

Immédiate

Date de Réponse :

Dossier suivi par :

Téléphone :

@

**Direction de la Gestion du Risque
Echelon National du Service Médical**

05/04/88

MMES et MM les Directeurs
des Caisses Régionales d'Assurance Maladie
des Caisses Générales de Sécurité Sociale
des Caisses Primaires d'Assurance Maladie

MM les Médecins Conseils Régionaux

M le Médecin Chef de Service de la Réunion
(pour attribution)

N/REF. : DGR n° 2209/88 - ENSM n° 1209/88

OBJET : Point de la situation sur le financement des activités extra-hospitalières de psychiatrie.

Commentaires apportés sur le dispositif d'information mis en oeuvre par les Pouvoirs Publics dans les secteurs de psychiatrie générale.

La présente circulaire a pour objet de faire le point sur le financement des activités extra-hospitalières de psychiatrie ; elle présente également l'actuel dispositif d'information mis en oeuvre par les Pouvoirs Publics dans les secteurs de psychiatrie générale dont certains éléments devraient être transmis aux Caisses Régionales d'Assurance Maladie.

Enfin, après avoir rappelé le rôle des Caisses, elle aborde quelques problèmes ponctuels qui ont fait l'objet de nombreuses questions et restent encore sans réponse d'ordre réglementaire.

I - POINT DE LA SITUATION SUR LE FINANCEMENT DES ACTIVITES EXTRA-HOSPITALIERES DE PSYCHIATRIE

La réforme de la psychiatrie, qui a mis à la charge exclusive des régimes d'Assurance Maladie l'ensemble des activités intra et extra hospitalières, s'est réalisée dans les conditions qui ont empêché les Caisses de disposer préalablement d'informations complètes tant sur le plan administratif et financier que sur le plan technique et médical.

Dès l'origine, faute de connaissance des budgets 1985 et des moyens en personnel et matériel propres aux activités extra-hospitalières de psychiatrie, la Caisse Nationale avait souligné les difficultés que présenterait la maîtrise du dispositif, l'ensemble des dépenses correspondantes étant intégré dès 1986 dans le budget général des établissements. Elle avait d'ailleurs demandé, à défaut de pouvoir chiffrer avec exactitude le montant du transfert de charges, que des systèmes d'information sur les activités extra-hospitalières soient mis en place afin d'en suivre l'évolution.

Le fait qu'en 1987, l'Etat ait repris à sa charge ce financement, sur des bases apparemment forfaitaires, et sans que l'on sache s'il s'agit d'une mesure durable, confirme la nécessité de l'information des Caisses, les activités extra-hospitalières faisant désormais partie des dotations globales, et se trouvant donc visées par la procédure des avis.

Aussi, était-il prioritaire et urgent de faire bénéficier les Caisses des informations résultant du dispositif à caractère national et obligatoire mis en place par les Pouvoirs Publics. C'est ainsi que la transmission aux Caisses Régionales des rapports annuels de secteur figure officiellement dans les correspondances adressées par le Ministère des Affaires Sociales et de l'Emploi aux Préfets, Directeurs d'établissements psychiatriques et praticiens hospitaliers responsables de secteur.

II - PRESENTATION ET COMMENTAIRE DE L'ENSEMBLE DU DISPOSITIF D'INFORMATIONS

Estimant que les statistiques actuelles (H 80 et EHP) concernant la psychiatrie restent parcellaires car ne portant essentiellement que sur les structures intra-hospitalières, et peu fiables en raison du manque d'harmonisation des données à recueillir, les Pouvoirs Publics ont élaboré un nouveau dispositif d'information en vue de constituer un outil de planification et de programmation utile tant au niveau national qu'au niveau décentralisé.

Ce dispositif, dont certains éléments sont d'ores et déjà mis en place, devrait rendre compte de l'activité et des équipements intra et extra-hospitaliers du service public.

Il est composé de trois éléments principaux :

- le rapport annuel de secteur de psychiatrie générale, document fondamental qui a été mis en place dès 1978 et profondément modifié en 1986 et 1987, complété du rapport annuel de psychiatrie infanto-juvénile généralisé en 1983 et modifié également ensuite,
- la fiche par patient, expérimentée dans l'ensemble des secteurs de psychiatrie générale en 1986 et mise en place officiellement en Janvier 1988,
- le rapport annuel d'établissement, en cours d'élaboration.

D'autres supports d'informations devraient ultérieurement compléter cet ensemble : la fiche par patient pour la psychiatrie infanto-juvénile, et des tableaux de bord intermédiaires récapitulatifs établis à des fins statistiques mais aussi de gestion pour l'ensemble des équipements publics et privés.

a) Le rapport annuel de secteur (cf annexe II)

Constitué de trois fiches : caractéristiques du secteur et personnel (1), activité (2) et équipement (3).

Ce document est instruit au niveau des praticiens hospitaliers responsables de secteur et validé au niveau des Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales puis retourné à l'Administration Centrale qui exploite les données d'ordre national (cf premiers résultats de l'étude des secteurs de psychiatrie générale en 1985 dans les documents joints en annexe I) mais aussi à caractère régional et départemental.

Après s'être principalement attaché au recensement des structures participant au dispositif extra-hospitalier de psychiatrie définies en harmonie avec les nouvelles dispositions de l'arrêté du 14 Mars 1986, le rapport annuel a subi ses dernières transformations pour mettre en évidence les principales caractéristiques générales du secteur et les actions "médicalisées" et de prévention des équipes : diverses interventions dans les institutions, Commissions, etc...

Enfin, l'accent est mis désormais sur l'activité même du secteur par l'étude de la file active des patients au cours de l'année réalisée à partir de la collecte des informations saisies dans les fiches par patient (cf b).

Le rapport annuel de secteur doit être considéré comme une source immédiatement disponible d'informations variées. Les Commissions de l'article 35 devront impérativement en disposer en temps utile et exploiter les grandes tendances qu'il est susceptible de révéler, en les rapprochant des statistiques d'activité connues et des documents budgétaires des établissements du secteur concerné.

De même, les Caisses seront en mesure de se prévaloir des enseignements tirés de ce document dans le cadre des réunions du Conseil Départemental de Santé Mentale, voire dans les Commissions Régionales susceptibles d'autoriser la création de nouveaux équipements (CRESS) et d'assurer une réelle planification (cf. III).

b) La fiche par patient (cf documents annexe I)

Expérimentée depuis Juin 1986 sur l'ensemble des secteurs de psychiatrie générale les principaux objectifs de la fiche sont :

- l'amélioration de la fiabilité des données du rapport annuel de secteur et notamment une meilleure connaissance de la file active par types d'activités,
- l'approche de la réalité de la répartition des interventions thérapeutiques entre l'intra et l'extra-hospitalier,
- la mise en place d'une "nomenclature" harmonisée des types de soins, d'interventions et modes d'accueil.

Les premiers résultats nationaux relatifs à l'expérimentation de la fiche sur le mois de Juin 1986 (cf documents annexe I) révèlent d'ores et déjà, outre une grande inégalité entre les secteurs, les quatre modes de prise en charge thérapeutique les plus fréquemment adoptés :

- les hospitalisations à plein temps, les consultations médicalisées, les soins à domicile et les consultations non médicales.

Cette fiche individuelle doit rester un élément du dossier médical du patient. En tant que tel les informations qu'elle contient ne sauraient être transmises aux services administratifs des Caisses.

En revanche l'agrégation des renseignements individuels au niveau du rapport annuel de secteur, sous réserve de la qualité de leur saisie pourra constituer dans le temps un indicateur appréciable de l'évolution des activités de psychiatrie.

De même les Caisses pourraient être destinataires à l'avenir des tableaux de sorties issus de ces fiches au niveau de l'établissement.

c) Le rapport annuel d'établissement

Encore à l'étude ce document devrait apparaître aux Caisses comme un élément essentiel du système d'information mis en place puisqu'il a pour vocation de repérer chaque année les indicateurs d'activité et de gestion les plus pertinents de l'établissement.

Les Pouvoirs Publics ont accepté le principe que ce document, qui constituera un outil de négociation entre les Tutelles, les Caisses Régionales et les établissements pour relier les moyens financiers à l'activité réelle, soit adressé aux Caisses Régionales en même temps que le compte administratif de l'établissement.

III - AVIS DES COMMISSIONS DE L'ARTICLE 35 - ROLE DES CAISSES

a) Services administratifs

Lors de la séance du 1er Décembre 1987, la Commission de l'Assurance Maladie de la CNAMTS, constatant l'absence de clarté dans le dispositif de reprise par l'Etat du financement de la sectorisation psychiatrique, a demandé qu'il soit obtenu des Pouvoirs Publics des éléments d'information sur :

- la nature du versement effectué à la CNAMTS à ce titre par le Ministère des Finances et ses modalités de calcul (1,6 milliard en 1987),
- les intentions du Gouvernement quant à la poursuite de sa participation financière en la matière.

Le Ministère des Affaires Sociales et de l'Emploi, interrogé à ce sujet, n'a pas pour l'instant apporté de réponse.

Aussi, convient-il que dans le cadre des Commissions de l'article 35 les Caisses prennent position dans le sens des orientations définies ci-dessus.

Il apparaît souhaitable notamment que les dépenses de psychiatrie extra-hospitalière soient retracées dans un budget annexe du budget général de l'hôpital de manière à en isoler le coût et à analyser sa constitution.

J'ajoute qu'il est nécessaire, après deux années de recul, de réaliser un dernier bilan pour estimer le coût définitif de la sectorisation en 1986 et, dans toute la mesure du possible, celui des dérapages constatés tant pour les établissements hospitaliers que pour les associations qui ont souvent dû faire face, à l'occasion du changement de financeur, à des charges nouvelles, notamment en matière de loyers, d'équipement ou de personnel.

Ainsi, il sera utile de mesurer l'écart définitif entre les estimations 1986 bâties à partir des informations que vous avez saisies en consultant les budgets des départements (1), ou qui vous ont été transmises par les établissements et les associations, et les dotations effectivement versées en 1986 sur la base des arrêtés préfectoraux, initiaux et modificatifs, fixés tout au long de l'année.

(1) Les lignes budgétaires suivantes pourront notamment être examinées pour l'année 1985 et vérifiées, le cas échéant, pour les années ultérieures :

Titre IV : interventions publiques

Chapitre 47.14 : actions et services obligatoires de santé

article 30 : hygiène mentale

- paragraphe 22 : sectorisation

- paragraphe 32 : remboursement des séances des CMPP

Par ailleurs, j'estime qu'il est tout à fait réglementaire que les Caisses revendiquent lors des commissions de l'article 35 une parfaite connaissance de la nature, du nombre et de la qualité des activités qu'elles financent tant au titre de la psychiatrie intra-hospitalière qu'à celui de la psychiatrie extra-hospitalière générale ou infanto-juvénile.

Cette revendication légitime pour émettre un avis cohérent sur les budgets qui vous sont présentés me paraît d'autant plus nécessaire maintenant que se mettent en place les Conseils Départementaux de Santé Mentale.

En effet, je vous rappelle que ces Conseils, auxquels un certain nombre de représentants de l'Assurance Maladie participent, doivent se prononcer obligatoirement, préalablement à la Commission Régionale des Equipements Sanitaires et Sociaux, sur l'élaboration de la carte sanitaire de psychiatrie. A ce titre chacun des participants doit être en mesure d'apporter des éléments pertinents d'informations, non seulement sur les équipements existants mais aussi sur les programmes de reconversion, notamment des centres hospitaliers spécialisés.

En l'occurrence, les Caisses d'Assurance Maladie me semblent devoir exercer un rôle prépondérant dans l'encouragement et l'accompagnement de toutes les opérations de redéploiement des moyens de l'hôpital vers les alternatives psychiatriques à l'hospitalisation.

b) Exercice du Contrôle Médical

Les structures extra-hospitalières demeurent visées par le Décret du 28 Novembre 1984 ; le Contrôle Médical se doit de réaliser des observations à annexer à l'avis de la Commission de l'article 35 concernant leurs activités, observations qui seront établies à l'appui soit d'informations externes - et en particulier le rapport de secteur ou les fiches par patient -, soit éventuellement d'études ou d'analyses propres au Service Médical. Le paragraphe 4 de la lettre du 30 Novembre 1987 adressée aux Directeurs de Centre Hospitalier par la Direction Générale de la Santé ne saurait concerner le contrôle médical hospitalier qui reste visé par un décret spécifique.

IV - PROBLEMES PONCTUELS

Différents problèmes ont été soulevés depuis quelques mois. Certaines réponses peuvent d'ores et déjà être apportées :

a) CMPP exerçant des activités de psychiatrie

Les CMPP sont des structures médico-sociales régies par la loi du 30 Juin 1975.

Dans la mesure où ils exercent parallèlement des activités de sectorisation psychiatrique, ils doivent être également agréés en tant que Centre Médico-Psychologique (ancien dispensaire) conformément à l'arrêté du 14 Mars 1986.

Parce qu'ils gèrent alors des activités sanitaires et des activités médico-sociales financées en outre selon des modalités différentes, deux budgets distincts doivent être présentés aux Caisses.

b) Transports

La position ministérielle transmise par lettre circulaire DGR Hospitalisation Carte Sanitaire CG/VL N° 724/86 du 17 Juin 1986 est maintenue : l'Assurance Maladie n'est pas fondée à prendre en charge les frais de transport engagés dans le cadre de la sectorisation psychiatrique, sauf si l'assuré a fait l'objet de la procédure de l'article L 324.1 du Code de la Sécurité Sociale, sous réserve de l'examen conjoint du malade par son médecin traitant et le Médecin-Conseil en cas d'affection de longue durée.

c) Interprétation du paragraphe 43 de l'instruction n° 87.39.B1.B2 du 20 Mars 1987 émanant du Ministère de l'Economie, des Finances et de la Privatisation, Direction de la Comptabilité Publique.

Plusieurs Caisses ont attiré l'attention de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie sur le fait que certains Centres Hospitaliers Spécialisés avaient fait supporter aux dotations globales 1988, des créances de l'Etat non encore recouvrées. Il s'est avéré que ces dettes avaient pour origine le non-paiement des dernières mensualités 1985 relatives aux dépenses de sectorisation psychiatrique.

Pour ce faire, les établissements et les Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales se sont appuyés sur l'instruction sus-visée aux termes de laquelle il a été demandé aux Trésoriers Payeurs Généraux de ne plus faire intervenir en 1987 de paiements au titre des dépenses d'hygiène mentale (ch. 47.14 article 30), les éventuels soldes de dépenses 1986 étant pris en charge par l'Assurance Maladie.

La Caisse Nationale, ainsi qu'elle l'a souligné auprès des Pouvoirs Publics, estime qu'il ne peut s'agir que d'une interprétation erronée de l'instruction en cause qui visant les soldes de dépenses 1986 ne peut que faire référence aux dépenses visées par l'article 5 de la loi n° 85.1488 du 31 Décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique.

Cet article, je vous le rappelle, explicité d'ailleurs par la circulaire interministérielle n° 126 du 6 Décembre 1985 (§ 11) prévoyait, à titre provisoire, que les dépenses relatives aux activités des services d'hygiène mentale départementaux continueraient à être imputées sur les budgets des départements jusqu'au 31 Décembre 1986. En contrepartie les établissements hospitaliers auxquels ces services étaient rattachés depuis le 1er Janvier 1986 devaient rembourser les charges correspondantes aux départements puisque l'Assurance Maladie leur allouait une dotation complémentaire de financement à ce titre.

Ainsi l'instruction rappelle que les soldes de ces dépenses que les départements n'ont pu avancer puisqu'ils ne disposaient plus de crédits à ce titre sur leurs budgets 1987, étaient bien imputables à l'Assurance Maladie.

En conséquence, j'attire votre attention sur la nécessité d'examiner avec un soin particulier les budgets des établissements hospitaliers qui vous sont soumis pour avis : les éventuelles dettes de l'Etat, évaluées dans le rapport ZAMBROWSKI à 280 millions de francs, pour des activités de sectorisation antérieures au 1er Janvier 1986 pourraient, en effet, avoir été imputées au titre de créances irrécouvrables, ou affectées aux résultats, ou encore mises à la charge de l'Assurance Maladie par un simple changement de débiteur.

Si de tels constats, bien que difficiles à réaliser devaient se vérifier, il conviendrait d'émettre des avis défavorables au cours des Commissions de l'article 35 et de saisir le plus rapidement possible mes services.

La Caisse Nationale a l'intention, dans le cadre de ses études sur le déroulement des campagnes budgétaires, de mettre en place, pour la campagne 1989, un module spécifique afin d'apprécier la qualité des rapports de secteurs transmis aux Caisses.

Toutefois, si les Caisses Régionales rencontraient des difficultés de la part des établissements pour la communication de ces documents, je vous saurais gré de bien vouloir m'en tenir informé afin que je puisse en aviser, d'ores et déjà, le Ministère des Affaires Sociales et de l'Emploi.

Dominique COUDREAU

PJ :

annexe 1 : *Lettre Ministérielle n° 926 du 30 Novembre 1987*.

annexe 2 : les secteurs de psychiatrie générale en 1985 : premiers résultats

ANNEXE II

LES SECTEURS DE PSYCHIATRIE GENERALE EN 1985

----- PREMIERS RESULTATS -----

1) PRESENTATION DE L'ENQUETE

Les résultats présentés dans ce document sont tirés de l'exploitation du rapport annuel de secteur de psychiatrie générale pour l'exercice 1985.

Ce rapport expérimenté par la Direction Générale de la Santé dès 1976 et généralisé en 1978 est né de l'absence complète de statistiques extra-hospitalières alors même qu'en 1978, les 3/4 des secteurs existants actuellement étaient déjà mis en place. Il a fait l'objet de quelques modifications entre 1978 et 1984 mais c'est pour les années 1985 à 1987 qu'il a subi ou subira les plus grandes transformations. Pour 1985 le questionnaire a été simplifié par rapport aux années antérieures et s'est principalement attaché au recensement des structures et services diversifiés du secteur tels qu'ils avaient été définis dans l'arrêté du 14 Mars 1986.

2) LA METHODOLOGIE DE L'ENQUETE

Il s'agit d'une enquête exhaustive sur l'ensemble des secteurs de psychiatrie générale ; les questionnaires sont envoyés aux DDASS qui sont chargées de les faire parvenir aux praticiens hospitaliers responsables de secteur. Lorsque les rapports sont établis les DDASS doivent valider les réponses aux questionnaires avant de les retourner à la Direction Générale de la Santé.

L'envoi réalisé en Mars 1986, s'est soldé par un retour de la moitié des questionnaires dans les 3 mois qui ont suivi, celui de l'autre moitié s'est échelonné jusqu'en Janvier 1987.

3) L'EXPLOITATION DE L'ENQUETE

Elle a débuté en Janvier 1987. Après un contrôle minimum de cohérence, les questionnaires ont été exploités à la DGS sur un micro-ordinateur grâce à deux logiciels : ITEM et SUPERCALC 4.

Les résultats présentés dans ce document sont très généraux et ne concernent que le niveau national.

Une analyse plus détaillée, avec notamment une présentation départementale et régionale est en cours de réalisation.

A - CARACTERISTIQUES GENERALES DES SECTEURS

A1 TABLEAU N° 1 : Nombre de secteurs en 1985

En 1985, sur les 788 secteurs qui ont été recensés (France Métropolitaine + DOM) seuls 13 secteurs n'ont pas répondu, ce qui donne un taux de réponses très satisfaisant (0,98).

En comparant ces 788 secteurs à la population de la France au 1er Janvier 1985, on obtient un nombre moyen d'habitant par secteur de 70 530 habitants.

On peut remarquer qu'au plan national, les objectifs de la circulaire du 15 Mars 1960 sont enfin presque atteints (67 000 ha/secteur), même si cette moyenne cache des disparités locales très importantes.

En 10 ans la situation s'est cependant nettement améliorée puisqu'en 1975, la France était découpée en 543 secteurs, soit un secteur pour 98 900 habitants en moyenne.

A2 TABLEAU N° 2 : Répartition des secteurs selon la catégorie d'établissement.

En 1985, on dénombre :

- 98 centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie (CHS) ;
- 23 hôpitaux faisant fonction de publics -dont 3 à but lucratif- (HPP) ;
- 137 hôpitaux généraux ayant des secteurs de psychiatrie générale rattachés (HG).

Les CHS ont en moyenne 4,9 secteurs à gérer ; les HPP 2,7 et les HG 1,7.

Le tableau n° 2 montre que presque un tiers des secteurs est géré par les hôpitaux généraux.

B - LE PERSONNEL MEDICAL EN FONCTION AU 15.12.1985

B1 : TABLEAU N° 3 et GRAPHIQUE N° 2

NB : 1) Dans ce tableau, sont comptabilisés des effectifs de personnel et non des équivalents temps plein.

2) La rubrique "INTERNE" comprend les internes de spécialité et les internes en médecine générale (il n'a pas été possible de les différencier).

Ce tableau met en valeur l'importance de la place des internes dans le système de soins en psychiatrie : en effectif, ils sont presque aussi nombreux (37 % du total de l'effectif du personnel médical) que l'ensemble des praticiens hospitaliers (39 %). On constate entre 1982 et 1985 une légère diminution du nombre des internes (ils étaient 2 493 en 1982).

B2 : TABLEAU N° 4 et GRAPHIQUE N° 3

Le nombre moyen de praticiens hospitaliers temps plein par secteur est de 2,68. Pour les secteurs rattachés aux CHS et aux HPP il est de 2,75 contre 2,56 pour les secteurs rattachés aux hôpitaux généraux. Même si ces moyennes sont relativement voisines, il existe une différence significative entre les établissements spécialisés en psychiatrie et les hôpitaux généraux :

- 36 % des secteurs ont 1 ou 2 praticiens hospitaliers temps plein ; ce pourcentage est de 31,5 % pour les secteurs rattachés aux CHS et HPP et de 45,1 % pour les secteurs rattachés aux hôpitaux généraux ;

- 55 % des secteurs ont 3 praticiens hospitaliers temps plein, ce pourcentage est de 60,4 % pour les secteurs rattachés aux CHS et HPP mais seulement de 45,15 % pour les secteurs des hôpitaux généraux.

En ce qui concerne les internes, les moyennes sont égales (2,7) dans les secteurs rattachés aux hôpitaux généraux et ceux rattachés aux HPP, par contre dans les CHS cette moyenne est de 3,0.

En conclusion, on peut hiérarchiser les secteurs, en fonction de leur moyenne en personnel médical :

- . secteurs rattachés aux CHS : 7,9
- . secteurs rattachés aux HPP : 7,7
- . secteurs rattachés aux HG : 7,2

C - L'EQUIPEMENT DES SECTEURS AU 15.12.1985

C1 - Les services d'hospitalisation temps plein

TABLEAU N° 5

Les nombres de lits et de patients indiqués dans le tableau ne tiennent pas compte des sans réponse. A partir des moyennes par secteur on peut faire l'estimation suivante :

- . Nombre de lits installés au 15.12.1985 : 88.000
- . Nombre de patients hospitalisés le 15.12.1985 : 75.400

Le nombre de lits pour 1 000 habitants est à cette date de 1,58 ; par ailleurs, le nombre de lits ou place d'hospitalisation partielle pour 1 000 habitants est de 0,10 ; ce qui donne un indice global de 1,68 lits ou places pour 1 000 habitants. Cet indice passe en-dessous de la borne supérieure (égale à 1,8) de l'indice fixant les besoins concernant les équipements de psychiatrie générale (arrêté du 3 Juin 1980) : en effet, cet indice était, en 1982, égal à 1,87.

Il faut cependant remarquer, qu'il existe une grande disparité entre les départements : cet indice, compte non tenu des places d'hospitalisation partielle, varie de 0,27 (Haute Corse) à 6,6 (Haute Saone). Ceci permet de conclure que la disparité entre les secteurs est encore plus grande.

Le tableau n° 5 met en évidence la différence d'équipement moyen en lits des secteurs selon la catégorie d'établissement de rattachement : les secteurs rattachés aux CHS et aux HPP ont respectivement 2 et 3 fois plus de lits en moyenne que ceux rattachés aux hôpitaux généraux.

TABLEAU N° 6 et GRAPHIQUE N° 4

Toutes catégories d'établissement confondues, la médiane est égale à 100 lits. On constate par ailleurs que 10 % des secteurs ont encore plus de 200 lits.

L'intérêt du tableau n° 6 et du graphique n° 4 est de montrer les disparités dans la répartition des lits selon la catégorie d'établissement :

Alors que dans les hôpitaux généraux, 70 % des secteurs ont moins de 100 lits, dans les CHS il n'y en a que 36 % qui ont moins de 100 lits et dans les HPP, 27 %.

Le graphique montre par ailleurs que le mode pour les secteurs rattachés aux hôpitaux généraux se situe entre 25 et 50 lits, alors qu'il se situe entre 100 et 125 lits pour les CHS et HPP confondus.

C2 Les structures et services alternatifs à l'hospitalisation

Avant de commenter les chiffres concernant l'équipement des secteurs, il est nécessaire de faire quelques remarques sur le tableau de la page 2 du rapport annuel 1985 d'où ils sont tirés :

1) Il s'agissait d'indiquer dans ce tableau, les seules structures fonctionnant avec l'équipe de secteur, c'est-à-dire celles qui sont actuellement gérées par l'établissement de rattachement du secteur et non pas l'ensemble des structures dans lesquelles intervient l'équipe ou dans lesquelles ont été orientées des patients du secteur. Or des hôpitaux de jour privés, des centres de post-cure privés etc... et même des structures médico-sociales ont souvent été indiqués dans ce tableau alors qu'ils ne devaient pas être considérés comme des structures du secteur. Ces structures, dans la mesure où elles ont pu être identifiées, ont été supprimées et ne figurent pas dans le tableau n° 8.

REMARQUE : dans le rapport annuel 1986, ces structures utilisées par le secteur mais qui ne sont pas gérées par l'établissement de rattachement devront être indiquées dans le tableau C de la fiche 2 : "Autres structures de lutte contre les maladies mentales".

2) Un deuxième problème a été la comptabilisation sans double compte des structures : en effet, le caractère intersectoriel de certaines structures n'a pas toujours été indiqué ou n'est pas apparu de façon cohérente dans les réponses des secteurs d'un même établissement ou d'un même département.

Par exemple, une structure déclarée intersectorielle par un secteur ne se retrouvait dans aucun autre secteur : dans ce cas, lors de l'exploitation, elle a été enregistrée comme non-intersectorielle.

Par ailleurs, le nombre de secteurs utilisant la structure (colonne 6) n'était pas toujours cohérent d'un rapport à l'autre : par convention, a été retenu le nombre de rapports déclarant cette structure intersectorielle.

NB : toutes les "structures intra-muros non individualisées" ont été considérées comme non-intersectorielles.

3) Un troisième et dernier problème réside dans le reclassement des structures dans la nomenclature défini par l'arrêté du 14 Mars 1986 :

a) dans la rubrique centre médico-psychologique (CMP), a souvent été intégré l'ensemble des points de consultation du secteur (maisons de retraite, foyers de vie, maison d'arrêt, etc...) alors qu'il ne fallait repérer là que les seuls "dispensaires".

REMARQUE : dans le rapport de secteur de 1986, ces points de consultation devront être indiqués dans la rubrique "antennes de CMP".

b) certaines structures ont quelquefois fait l'objet de plusieurs enregistrements. Dans certains cas, cela pouvait se concevoir, un même local pouvant, par exemple, être utilisé comme hôpital de jour et CMP, mais dans la plupart des cas cet enregistrement multiple ne se justifiait pas : par exemple, de nombreux CMP ont été enregistrés à la fois comme CMP et comme centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) ; il est sûr que les CMP ont un rôle d'accueil sans pour autant avoir la spécificité d'un CATTP. Un autre exemple est celui des centres de crise et des centres d'accueil permanents qui ont également été enregistrés en tant que CMP.

Il ne s'agissait pas dans ce tableau de repérer les différents types d'activité mais de faire un recensement des structures.

c) dans la rubrique "appartement thérapeutique", ont été recensés les appartements dont la définition est celle donnée dans l'arrêté du 14 Mars 1986, mais aussi dans certains cas les appartements associatifs, communautaires ou protégés qui dans le rapport annuel de 1986 devront être enregistrés dans une rubrique prévue à cet effet.

Compte tenu des remarques qui viennent d'être faites, les chiffres qui sont présentés doivent être analysés avec prudence.

TABLEAU N° 7 :

En hiérarchisant le type de structure dans un ordre décroissant d'utilisation, ce tableau montre que tous secteurs confondus :

- 94 % des secteurs ont au moins un centre médico-psychologique
- 70 % des secteurs font de l'hospitalisation de jour
- 61 % des secteurs font de l'hospitalisation de nuit
- 26 % des secteurs ont au moins un appartement thérapeutique
- 19 % des secteurs font du placement familial
- 18 % des secteurs ont un atelier thérapeutique
- 16 % des secteurs ont un centre de post-cure
- 16 % des secteurs ont un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
- 4 % des secteurs ont un centre d'accueil permanent
- 3 % des secteurs ont un centre de crise

Pratiquement tous les secteurs ont développés une activité extra-hospitalière près de la population : seulement 6 % d'entre eux n'ont pas encore de CMP.

La diversification des modes de prise en charge par la mise en place de structures intermédiaires reste encore limitée sur le plan national à l'exception de l'hôpital de jour qui a été la première forme de structure intermédiaire à se développer.

Même si peu de structures sont spécialisées dans l'hospitalisation de nuit (70 - cf tableau n° 8), ce mode de prise en charge est utilisé par plus de la moitié des secteurs.

TABLEAU N° 8 :

Comme pour l'hospitalisation de nuit, une part importante des secteurs (55 %) font de l'hospitalisation de jour sans avoir d'hôpital de jour.

Le nombre d'appartements thérapeutiques a considérablement augmenté : au 31.12.1982, 66 appartements thérapeutiques avaient été recensés, ce nombre a été multiplié par 5 en 3 ans ; la capacité moyenne de ces appartements est de 3 places.

Il n'est pas possible de décrire l'évolution du nombre de CMP, puisqu'on comptabilisait dans les années antérieures un nombre de points de consultation qui était une notion beaucoup plus large que celle utilisée actuellement. On peut seulement dire qu'actuellement chaque secteur a en moyenne 2 CMP.

Toutes structures confondues, seulement 7 % d'entre elles sont intersectorielles, mais les disparités sont grandes selon les types de structures allant de 3,6 % pour les CMP à 40 % pour les centres de post-cure.

D - L'ACTIVITE DES SECTEURS EN 1985

D1 - La file active

TABLEAU N° 9 ET 10 ET GRAPHIQUE N°5.

Le nombre de patients pris en charge par le service public de psychiatrie est évalué en 1985 à 738 000, en 1981, il était de 660 000 soit une augmentation de presque 12 %.

Le nombre de secteurs ayant beaucoup augmenté entre 1981 et 1985, l'augmentation de la file active moyenne d'un secteur est moins importante (6 %), mais ce qu'il est important de remarquer c'est l'évolution de la répartition de cette file active : en 1981 seulement 28 % de la file active était suivie exclusivement en extra-hospitalier, contre 51 % en 1985, les prises en charge mixtes (H et EH) ayant beaucoup diminué.

Le graphique montre bien le déplacement, qui s'est opéré entre ces 2 années, des prises en charge mixtes vers des prises en charge exclusivement extra-hospitalières.

D2 - L'hospitalisation plein temps et partielle

1) L'hospitalisation plein temps

TABLEAU N° 11 :

En 1971 commençait à peine la mise en place de la sectorisation, il est donc intéressant de comparer quelques caractéristiques de l'hospitalisation complète entre cette année là et 1985.

Le tableau n° 11 montre la diminution en 14 ans :

du nombre de journées d'hospitalisation réalisées dans les établissements d'hospitalisation psychiatrique publics (-39,9 %)

du nombre de malades présents au 15 Décembre (-38,6 %)

et surtout de la durée moyenne de séjour (-66,4 %)

Par contre, le nombre d'admissions a beaucoup augmenté (+ 79,7 %).

En 14 années, l'hospitalisation complète a donc vraiment changé de profil :

1) la diminution du nombre de journées réalisées et la diminution du nombre de patients présents au 15 Décembre montrent que l'activité en hospitalisation complète a diminué.

2) les séjours des patients ont par ailleurs beaucoup diminués en moyenne. Cette diminution est davantage liée à l'augmentation du nombre d'admissions qu'à la diminution des journées réalisées, en effet :

- si les admissions avaient été constantes de 1971 à 1985, la DMS aurait été en 1985 de 148,5 jours (- 40 % par rapport à 1971) au lieu de 83 jours,

- par contre si le nombre de journées avait été constant, la DMS aurait été de 137,5 jours (- 45 % par rapport à 1971) au lieu de 83 jours.

2) L'hospitalisation partielle

TABLEAU N° 12

Le nombre de patients pris en charge en hospitalisation de jour n'a augmenté en 5 ans que de 21 % alors que le nombre de journées d'hospitalisation a été multiplié par 2,6 ce qui se traduit bien évidemment par une forte augmentation du nombre de jours moyen que passe sur une année un patient en hospitalisation de jour (en 5 ans cette moyenne a plus que doublé).

Le même phénomène existe en hospitalisation de nuit mais dans des proportions moindres : l'augmentation du nombre de jours moyen pour un patient sur la même période est voisine de 40 %. L'hospitalisation de nuit est cependant à la différence de l'hospitalisation de jour un type de prise en charge marginal et qui devient de plus en plus marginal puisqu'en 3 ans le nombre de patients a diminué de 27 %.

3) Les prises en charge ambulatoire

TABLEAU N° 13

L'augmentation entre 1981 et 1985 de l'activité extra-hospitalière constatée dans le paragraphe D1 au niveau du nombre de patients suivis est confirmée ici par l'importante augmentation du nombre moyen d'actes par secteur entre ces 2 dates :

+ 37 % pour les consultations médicales

+ 44 % pour les visites à domicile.

Josiane PILLONEL
DIRECTION GENERALE DE LA SANTE
Sous-Direction de l'Organisation
des Soins et des Programmes Médicaux
Bureau 3C

PROFIL MOYEN D'UN SECTEUR DE PSYCHIATRIE

GENERALE EN 1985

	Moyenne par secteur	
- Population totale	70 530	
- Nombre de praticiens hospitaliers temps plein	2,7	
- Nombre de praticiens hospitaliers temps partiel	0,3	
- Nombre d'attachés	0,7	
- Nombre de vacataires	1,2	
- Nombre d'internes	2,9	
- Nombre de lits installés le 15 Décembre 1985 en hospitalisation complète		112
- Nombre de patients en hospitalisation complète le 15 Décembre 1985		96
- Nombre de places d'hospitalisation de jour	9,0	
- Nombre de lits d'hospitalisation de nuit	1,8	
- Nombre de lits de post-cure	1,6	
- Nombre de lits d'appartement thérapeutique	1,3	
- Nombre de place en famille d'accueil	1,2	
- File active en 1985 :		
patients pris en charge en intra-hospitalier	246	
patients pris en charge en intra + extra-hospitalier	217	
patients pris en charge en extra-hospitalier	473	
Total file active	936	
- Nombre d'admissions en hospitalisation complète en 1985	392	
- Nombre de journées en hospitalisation complète en 1985		32 398
- Nombre de patients en hospitalisation de jour en 1985		27
- Nombre de journées d'hospitalisation de jour en 1985		1 937
- Nombre de patients en hospitalisation de nuit en 1985		6
- Nombre de nuits d'hospitalisation de nuit en 1985		425
- Nombre de consultations en 1985		2 509
- Nombre de consultants en 1985		596
dont nouveaux consultants en 1985		232
- Nombre de visites à domicile en 1985		1 717
- Nombre de malades visités en 1985		182
dont nouveaux visités en 1985		46

TABLEAU N° 1 : NOMBRE DE SECTEURS EN 1985

NOMBRE DE SECTEURS ENQUETES	NOMBRE DE SECTEURS AYANT REPONDUS
788	775

**TABLEAU N° 2 : REPARTITION DES SECTEURS SELON LA CATEGORIE D'ETABLISSEMENT DE
RATTACHEMENT**

CATEGORIE D'ETABLISSEMENT	SECTEURS RATTACHES	
	Nombre	%
CHS	476	61,4
HPP	62	8
HG	237	30,6
TOTAL	775	100

TABLEAU N° 3 : PERSONNEL MEDICAL EN FONCTION AU 15.12.85

CATEGORIE DE PERSONNEL	EFFECTIF AU 15.12.85	EFFECTIF ESTIME	MOYENNE PAR SECTEUR	ECART TYPE
PRAT. HOSP. TEMPS PLEIN	2065	2089	2,69	0,75
PRAT. HOSP. TEMPS PARTIEL	254	259	0,33	1,18
ATTACHE	547	557	0,71	1,87
VACATAIRE	908	924	1,17	2,59
INTERNE	2218	2259	2,87	1,73
TOTAL	5992	6088	7,77	

Graphique n° 2 non intégré dans la base.

**TABLEAU N° 4 : REPARTITION DES SECTEURS SELON LE NOMBRE DE PRAT. HOSP.
TEMPS PLEIN ET LA CATEGORIE D'ETABLISSEMENT**

CATEGORIE D'ETABLISSEMENT	NOMBRE DE PRATICIENS HOSPITALIERS TEMPS PLEIN								TOTAL
	0	1	2	3	4	5	6	Sans Rép	
CHS	1	11	141	287	32	4	0	0	476
HPP	1	1	17	38	2	1	1	1	62
HG	3	17	87	103	15	7	0	5	237
TOTAL	5	29	245	428	49	12	1	6	775

X2 = 52.66 nbre de dd1 = 12 la liaison est significative ($p < 0.001$)

Le graphique n° 3 n'est pas intégré dans la base.

**TABLEAU N° 5 : NOMBRE DE LITS INSTALLES ET DE PATIENTS HOSPITALISES
LE 15.12.85 SELON LA CATEGORIE D'ETABLISSEMENT**

CATEGORIE D'ETAB.	NBRE DE LITS LE 15.12.85	NBRE DE PATIENTS HOSPITALISES LE 15.12.85	TAUX INSTANTANNE D'OCCUPATION	NBRE MOYEN DE LITS PAR SECTEUR	NBRE MOYEN DE PATIENTS PAR SECTEUR	NBRE MOYEN DE LITS INOCCUPES
CHS	58390	49667	,85	123,7	105,9	17,8
HPP	12216	10162	,83	197,1	166,6	30,5
HG	15107	12819	,85	64,8	55,9	8,9
TOTAL	85713	72648	,85	111,7	95,7	16

TABLEAU N° 6 : REPARTITION DES SECTEURS SELON LE NOMBRE DE LITS INSTALLES ET LA CATEGORIE D'ETABLISSEMENT

CAT. D'ETAB.	NOMBRE DE LITS INSTALLES LE 15.12.85																	
	0	1 à 25	26 à 50	51 à 75	76 à 100	101 à 125	126 à 150	151 à 175	176 à 200	201 à 225	226 à 250	251 à 275	276 à 300	301 à 325	326 à 350	> à 350	Sans Rép.	TOTAL
CHS	4	11	34	60	66	99	66	47	36	19	13	8	7	1	0	1	4	476
HPP	2	1	4	5	7	5	3	7	6	2	2	2	2	2	3	9	0	62
HG	25	40	54	39	33	14	17	2	4	2	1	0	2	0	0	0	4	237
TOTAL	31	52	92	104	106	118	86	56	46	23	16	10	11	3	3	10	8	775

Le graphique n° 4 n'est pas intégré dans la base.

TABLEAU N° 7 : POURCENTAGE DE SECTEURS UTILISANT UN TYPE DE STRUCTURE SELON LA CATEGORIE D'ETABLISSEMENT DE RATTACHEMENT

TYPE DE STRUCTURE	CATEGORIE D'ETABLISSEMENT			
	CHS	HPP	HG	ENSEMBLE
HOPITAL DE JOUR	69 %	80 %	70 %	70 %
HOPITAL DE NUIT	62 %	65 %	59 %	61 %
CENTRE DE POST-CURE	18 %	13 %	13 %	16 %
APPARTEMENT THERAPEUTIQUE	25 %	37 %	25 %	26 %
PLACEMENT FAMILIAL	18 %	27 %	17 %	19 %
CENTRE DE CRISE	3 %	2 %	4 %	3 %
CENTRE D'ACCUEIL PERMANENT	4 %	2 %	5 %	4 %
CENTRE MEDICO-PSYCHOLOGIQUE	96 %	90 %	93 %	94 %
ATELIER THERAPEUTIQUE	19 %	24 %	14 %	18 %
CENTRE D'AC. THER. A TEMPS PART.	15 %	16 %	17 %	16 %

TABLEAU N° 8 : L'EQUIPEMENT DES SECTEURS AU 15.12.85

TYPE DE STRUCTURE	NOMBRE DE STRUCTURES INDIVIDUALISEES			NOMBRE DE STRUCTURES NON INDIVIDUALISEES	NBRE DE SECTEURS AYANT CE TYPE DE STRUCTURE DU SERVICE	NBRE MOYEN DE LITS OU PLACES PAR SECTEUR *	
	NON INTERSECT.	INTERSECT.	TOTAL				
HOPITAL DE JOUR	290		40	330	299	544	13,3
HOPITAL DE NUIT	63		7	70	401	474	3,1
CENTRE DE POST-CURE	38		25	63	-	124	9,7
APPARTEMENT THERAPEUTIQUE	302		34	336	-	204	5,2
PLACEMENT FAMILIAL	-		-	-	-	146	6,4
CENTRE DE CRISE	10		3	13	-	25	9,7
CENTRE D'ACCUEIL PERMANENT	12		3	15	-	32	-
CENTRE MEDICO-PSYCHOLOGIQUE	1744		66	1810	20	731	-
ATELIER THERAPEUTIQUE	97		14	111	18	138	15
CENTRE D'AC. THER. A TEMPS PART.	107		8	115	3	122	16

* AYANT CE TYPE DE STRUCTURE

TABLEAU N° 9 : LA FILE ACTIVE EN 1985

TYPE DE PRISE EN CHARGE	NBRE DE PATIENTS SUIVIS EN 1985 (ESTIMATION)	PATIENTS SUIVIS POP. 20 ANS ET + (p. 1000)
PEC EXCLUVISEMENT EN HOSPITALISATION COMPLETE ET/OU DE NUIT H	193 848	4,9
PEC A LA FOIS INTRA ET EXTRA HOSPITALIERE H ET EH	170 996	4,3
PEC EXCLUSIVEMENT EXTRA HOSPITALIERE EH	372 724	9,4
TOTAL	737 568	18,6

LA POPULATION DES 20 ANS ET + AU RP DE 1982 = 39 585 000

TABLEAU N° 10 : EVOLUTION DE LA FILE ACTIVE ENTRE 1981 ET 1985

TYPE DE PEC	NBRE MOYEN DE PATIENTS SUIVIS PAR SECTEUR		EVOLUTION 1985/1981	REPARTITION DE LA FA	
	1981	1985		1981	1985
H	263	246	- 6,5 %	30 %	26 %
H ET EH	374	217	- 42,0 %	42 %	23 %
EH	246	473	+ 92,3 %	28 %	51 %
TOTAL	883	936	+ 6,0 %	100 %	100 %

Le graphiquen° 5 n'est pas intégré dans la base.

TABLEAU N° 11 : ACTIVITE EN HOSPITALISATION TEMPS PLEIN
COMPARAISON 1971 - 1985

ANNEE	NBRE DE PATIENTS HOSPITALISES LE 15.12. (1)	NOMBRE D'ADMISSIONS (2)	NBRE DE JOURNEES D'HOSPITALISATION (3)	DUREE MOYENNE DE SEJOUR (3) / (2)
1971	122 874	171 886	42 491 000	247 j.
1985	75 400	308 900	25 529 600	83 j.

TABLEAU N° 12 : ACTIVITE EN HOSPITALISATION PARTIELLE
COMPARAISON 1980 - 1985

ANNEE	HOSPITALISATION DE JOUR			HOSPITALISATION DE NUIT		
	NBRE DE PATIENTS PRIS EN CHARGE DANS L'ANNEE (1)	NBRE DE JOURNEES (2)	NBRE MOYEN DE JOURS PAR PATIENT (2) / (1)	NBRE DE PATIENTS PRIS EN CHARGE DANS L'ANNEE (3)	NBRE DE NUITS (4)	NBRE MOYEN DE NUITS PAR PATIENT (4) / (3)
1980	17 590	579 900	33	6 450	326 427	51
1985	21 300	1 526 400	72	4 730	334 100	71

TABLEAU N° 13 : LES CONSULTATIONS ET LES VISITES A DOMICILE EN 1985

	NOMBRE D'ACTES EN 85		NOMBRE DE PATIENTS EN 85			NBRE MOYEN D'ACTES PAR PATIENT EN 85 (1) / (3)
	TOTAL	MOYENNE PAR SECT.	TOTAL	DONT NOUVEAUX		
	(1)	(2)	(3)	NBRE (4)	% DE NX (4) / (3)	
CONSULTATIONS MEDICALES	1 977 100	2 509	469 650	182 800	40 %	4,2
VISITES A DOMICILE	1 353 000	1 717	143 400	36 250	25 %	9,4