

Les secteurs psychiatriques se caractérisent encore en 1999 par une grande diversité de leurs activités et de leurs moyens. Le rapport de la file active à la population couverte par les secteurs, qui s'élève en moyenne à 19 patients pour 1 000 habitants, varie de 10 à 38. La densité de lits et places va de 1 à 6, celle des praticiens de 1 à 4 et celle des infirmiers de 1 à 5. Une typologie, construite à partir des données d'activité, distingue cinq groupes de secteurs, avec l'existence d'un lien fort entre activité et moyens en personnels. Les secteurs du premier groupe, spécialisés dans les consultations en centre médico-psychologique, accueillent moins de patients, mais offrent des prises en charge plus médicalisées que la moyenne. Le groupe 2 regroupe des secteurs surtout spécialisés dans l'intervention en unité d'hospitalisation somatique. Ils accueillent 35 % de patients de plus que les autres secteurs et assurent surtout une prise en charge plus fréquente des urgences. Un tiers de leurs patients ne sont toutefois vus qu'une seule fois dans l'année. Les secteurs du groupe 3 sont spécialisés dans l'hospitalisation à temps plein. Ils ont moins réduit que les autres leurs capacités d'hospitalisation à temps plein depuis 1993, et bénéficient d'un taux important d'équipement et de personnels peu qualifiés. Le groupe 4 comprend un nombre réduit de secteurs qui développent des structures d'accueil surtout tournées vers l'insertion et la réadaptation. Ils bénéficient d'une présence médicale importante associée à une forte présence de psychologues et de personnels socio-éducatifs. Le groupe 5 peut enfin être qualifié de « généraliste », avec une structure d'activité proche de la moyenne et un encadrement infirmier important. Encore largement tourné vers l'hospitalisation, il a néanmoins reconverti, entre 1993 et 1999, des lits d'hospitalisations vers des places dans des formes alternatives.

Magali COLDEFY, Frédéric BOUSQUET,
avec la participation de **Gilbert ROTBART**
Ministère de l'Emploi et de la solidarité, DREES

Une typologie des secteurs de psychiatrie générale en 1999

Depuis 1960, pionnière dans l'organisation en réseau des moyens thérapeutiques, la politique de sectorisation de la psychiatrie a constitué un développement novateur dans le traitement des maladies mentales et la prise en charge des patients.

Les formes de prise en charge psychiatriques sont très diverses (encadré 1). À partir de l'analyse de l'activité telle qu'elle est collectée dans les rapports de secteurs¹, l'étude tente de déchiffrer cette diversité à l'aide d'une typologie des secteurs selon la spécialisation de leur activité, qu'elle met en rapport avec leurs moyens en équipements et en personnels et avec les caractéristiques sociodémographiques des populations de leur département d'implantation.

1. L'étude est réalisée à partir des données de secteur de 1999, dernière année connue de l'activité des secteurs de psychiatrie générale. Elle fait également référence aux données colligées au niveau national depuis 1993.



1,1 million de patients en 1999

En 1999, 1,1 million de personnes adultes ont été prises en charge dans les secteurs de psychiatrie générale (tableau 1). Les modalités de prise en charge ambulatoire sont de loin les plus fréquentes, ayant concerné 86 %

des patients de psychiatrie générale. Mais l'accueil dans une structure n'est pas nécessairement exclusif d'un autre : par exemple, un patient peut simultanément être placé en *famille d'accueil*², consulter en *centre médico-psychologique (CMP)* et participer aux activités d'un *atelier thé-*

rapeutique. 27 % des patients suivis ont été pris en charge à *temps complet*, et 11 % à *temps partiel*. La somme de ces trois pourcenta-

2. Les mots et locutions en italiques sont explicités en note ou dans les encadrés.

E•1

Les modes de prise en charge en psychiatrie générale

Les prises en charge ambulatoires (sans hospitalisation liée à l'atteinte mentale)

Le plus souvent, les malades consultent en centre médico-psychologique (CMP), unités de coordination et d'accueil en milieu ouvert, organisant des actions de prévention, de diagnostic, de soins ambulatoires et d'interventions à domicile. Depuis la circulaire de 1990, le CMP est conçu comme le pivot du dispositif de soins du secteur, il a pour mission d'organiser et de coordonner toutes les actions extra hospitalières en articulation avec les unités d'hospitalisation.

Certains CMP sont aussi habilités à répondre à l'urgence psychiatrique. Ouverts 24 heures sur 24, ils disposent d'une permanence téléphonique reliée à des organismes d'aide médicale urgente, et organisent l'accueil, l'orientation et, le cas échéant, les soins d'urgence nécessaires. Il s'agit alors de centres d'accueil permanent (CAP).

Les soins ou interventions dans les hôpitaux non psychiatriques se développent également rapidement en liaison à la croissance des urgences ainsi qu'au développement de la psychiatrie dite de liaison. Celle-ci vise une prise en charge globale de l'état de santé physique et psychique du patient.

Les CMP coordonnent également les visites à domicile ou en institutions substitutives au domicile (maisons de retraite, établissements pénitentiaires ou autres structures médico-sociales) effectuées par les équipes soignantes attachées aux secteurs.

D'autres formes de prise en charge ambulatoire restent très marginales (démarches d'accompagnement, injections retard...) et très diversement enregistrées dans les rapports de secteur.

Les prises en charge à temps partiel (de durées inférieures à 24h sans hébergement sauf hôpital de nuit)

Quatre types de structures peuvent être distingués :

Les hôpitaux de jour prodiguent des soins polyvalents et intensifs durant tout ou partie de la journée, au cours d'un ou de quelques jours par semaine. Les protocoles thérapeutiques sont individualisés et sont en principe révisés périodiquement pour éviter la chronicisation et préparer la réinsertion dans le milieu de vie.

Les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) ont pour objectif de maintenir ou favoriser une existence autonome par des actions de soutien et de thérapie de groupe. Ils se différencient en principe des structures précédentes par :

- une venue plus discontinuée ;
- des activités thérapeutiques et occupationnelles qui les situent, en principe, en aval de l'hôpital de jour ;
- des équipes soignantes en général plus réduites et moins médicalisées.

Malgré ces différences de principe, CATTP et hôpitaux de jour ont parfois des activités difficiles à distinguer. En fait, le CATTP apparaît être une formule plus souple qui ne requiert pas d'enregistrement de sa ca-

pacité d'accueil à la carte sanitaire. Il n'impose donc pas d'autorisation préalable de création, ni de fermeture de lits en gage de sa création et mobilise moins de ressources que l'hôpital de jour.

Les ateliers thérapeutiques utilisent des techniques de soins particulières, notamment de groupes ergothérapeutiques, en vue d'un entraînement à l'exercice d'une activité professionnelle ou sociale à partir de la pratique d'activités artisanales, artistiques ou sportives. Il s'agit clairement d'une activité de réadaptation, cherchant à développer les capacités relationnelles des patients. Les intervenants y sont très divers (infirmiers, ergothérapeutes, éducateurs, enseignants, psychologues).

Les hôpitaux de nuit permettent une prise en charge en fin de journée et une surveillance médicale de nuit, et le cas échéant, en fin de semaine. Ils reçoivent des patients qui ont acquis une certaine autonomie dans la journée mais ont besoin, sur une période donnée, d'une prise en charge la nuit et le week-end qui constituent des moments de particulière vulnérabilité et d'angoisse.

Les prises en charge à temps complet

Les hospitalisations à temps plein constituent le mode « traditionnel » de prise en charge des malades dans un hôpital. Celui-ci peut être un centre hospitalier spécialisé (CHS), un centre hospitalier général ou régional (CHG, CHR) ou un établissement privé. Les patients y sont placés sous surveillance 24 heures sur 24. Elles sont en principe réservées aux situations aiguës et aux malades les plus « lourds ».

Les centres de post-cure sont des unités de moyen séjour destinées à assurer, après la phase aiguë de la maladie, le prolongement des soins actifs ainsi que les traitements nécessaires à la réadaptation en vue du retour à une existence autonome. Même installés dans l'enceinte de l'hôpital, les centres de post-cure doivent être clairement différenciés des locaux d'hospitalisation à temps plein.

Les appartements thérapeutiques visent directement la réinsertion sociale. Par principe, installés en-dehors de l'hôpital, et intégrés dans la cité, ils sont mis à disposition de quelques patients pour une durée limitée. Ils sont censés permettre au patient de mener une vie la plus normale possible mais nécessitent néanmoins le passage quotidien de personnels soignants.

L'hospitalisation à domicile (HAD) consiste en la prise en charge thérapeutique au domicile du patient, associée s'il y a lieu à des prestations d'entretien nécessitées par son état de dépendance. Il s'agit de soins réguliers, voire quotidiens. Ce mode d'hospitalisation vise à permettre au patient de redécouvrir les gestes de la vie quotidienne dans son cadre habituel et garantit néanmoins la continuité des soins.

L'accueil familial thérapeutique place dans des familles d'accueil des malades mentaux de tous âges, dont le maintien ou le retour à leur domicile ou dans leur famille naturelle ne paraît pas souhaitable ou possible. Il offre une prise en charge sociale et affective en complément du suivi thérapeutique.

ges (124 %) constitue l'indice de mobilité des patients entre ces trois grands niveaux de prise en charge.

Une forte variabilité des modes de prise en charge selon les secteurs

La politique de sectorisation a eu, sur longue période, un impact incontestable sur l'évolution de l'offre de soins en psychiatrie : « désaliénation », diversification des modes de prise en charge, développement de formes nombreuses de structures *alternatives à l'hospitalisation à temps plein*. Néanmoins, les secteurs se caractérisent, encore en 1999, par une grande hétérogénéité dans la répartition territoriale de l'offre et les différentes formes de prises en charge des patients restent aussi très diversement mises en œuvre.

En moyenne, la *file active* (c'est-à-dire le nombre de patients vus dans l'année – encadré 2), est de 1 370 personnes par secteur, mais pour certains elle n'atteint pas 600 patients, alors qu'elle dépasse 3 000 pour d'autres. La taille des populations couvertes par les secteurs est aussi très différente. Si, en 1999, la population moyenne desservie par un secteur de psychiatrie générale est de 72 000 habitants, elle peut varier de 20 000 à 170 000 habitants. Ces situations extrêmes restent toutefois exceptionnelles, 50% des secteurs couvrant une population comprise entre 60 000 et 80 000 habitants.

Au bout du compte, le *taux de recours*, rapport de la file active du secteur à la population, s'élève en moyenne à 19 patients pour 1 000 habitants, mais il recouvre des disparités considérables selon les secteurs, variant de 10 à 38 pour 1 000 habitants³ (tableau 2), dues principalement aux différences de taille de leurs files actives.

Les taux de recours sont également liés à la part de patients vus une seule fois dans l'année, avec des disparités qui s'expliquent alors en partie par la prise en charge des urgences ou l'importance des interventions en unités somatiques.

La part de patients pris en charge exclusivement en ambulatoire varie aussi fortement selon les secteurs (de 40 % à 85 %), les taux les plus élevés s'observant dans les secteurs qui interviennent fréquemment en unités somatiques.

T
01

structure moyenne de l'activité des secteurs de psychiatrie générale en 1999 en nombre de patients et pourcentages des files actives*

| | Nombre de patients | Part de la file active en grand niveau | Part de la file active totale |
|---|--------------------|---|-------------------------------|
| File active totale | 1 103 000 | | |
| File active ambulatoire | 944 700 | Part de la file active en ambulatoire | 86 % |
| File active exclusivement ambulatoire | 721 800 | 76 % | 65 % |
| CMP | 686 300 | 73 % | 62 % |
| Unité somatique | 219 000 | 23 % | 20 % |
| Soins à domicile | 192 800 | 20 % | 17 % |
| Autres soins ambulatoires | 114 800 | 12 % | 10 % |
| File active temps partiel | 120 300 | Part de la file active à temps partiel | 11 % |
| File active exclusivement à temps partiel | 17 300 | 14 % | 2 % |
| Hôpital de jour et CATTP | 111 300 | 93 % | 10 % |
| Hôpital de nuit | 7 628 | 6 % | 1 % |
| Autre temps partiel | 30 500 | 25 % | 3 % |
| File active à temps complet | 297 400 | Part de la file active à temps complet | 27 % |
| File active exclusivement à temps complet | 131 200 | 44 % | 12 % |
| Hospitalisation à temps plein | 288 800 | 97 % | 26 % |
| Autre temps complet | 15 400 | 5 % | 1 % |

* Attention, les pourcentages ne s'additionnent pas, les patients pouvant être pris en charge dans plusieurs des différentes modalités.

Source : calculs DREES.

E•2

L'activité des secteurs

L'activité des secteurs est appréhendée à partir des données d'activité recensées dans les rapports de secteurs. En 1999, 804 rapports de secteurs ont été collectés et 795 ont pu être exploités.

Ces rapports recensent à la fois des données détaillées sur le personnel, la nature et les quantités d'équipements et de structures constituant l'offre de soins du secteur, ainsi que l'activité qui y est associée. L'importance de cette dernière est mesurée par la file active, c'est-à-dire le nombre de patients pris en charge par le secteur dans l'année. Chaque patient est compté une et une seule fois, quel que soit son nombre de recours au secteur dans l'année. Les données statistiques permettent d'identifier la file active associée à chaque modalité ainsi qu'à chaque grand niveau de prise en charge et au total des prises en charge de chaque secteur. Sachant qu'un même patient peut être suivi dans divers modes de prise en charge au cours de la même année, la somme des files actives par mode ou par niveau de prise en charge est supérieure à la file active totale.

Les files actives ne tiennent pas compte du suivi hors secteur (patients vus par des psychiatres libéraux, admis dans des institutions hors service public). Elles ne tiennent pas compte non plus des personnes admises dans des structures médico-sociales (centres d'aide par le travail, ateliers protégés, foyers d'hébergement ou occupationnels pour adultes handicapés, les maisons d'accueil spécialisées, les foyers à double tarification pour adultes handicapés lourds.

3. Données de distribution écartées à 5 % à chaque extrémité.

T
•02

répartition des secteurs selon divers indicateurs d'activité

| | Pour 5 % des secteurs, cette valeur est inférieure à | Pour un quart des secteurs, cette valeur est inférieure à | Pour un quart des secteurs, cette valeur est supérieure à | Pour 5 % des secteurs, cette valeur est supérieure à | En moyenne |
|--|---|--|--|---|---------------|
| Indicateurs divers d'activité | | | | | |
| Taux de recours : file active pour 1 000 habitants | 9,7 | 13,7 | 23,2 | 37,5 | 19,2 |
| Indice de mobilité | 107,0 % | 118,0 % | 131,0 % | 145,0 % | 124,0 % |
| Part des patients vus une seule fois | 9,5 % | 14,5 % | 29,3 % | 42,6 % | 24,4 % |
| Part des patients hospitalisés depuis plus d'un an | 0,0 % | 1,0 % | 5,9 % | 12,2 % | 3,9 % |
| Prise en charge ambulatoire | | | | | |
| Part de patients pris en charge exclusivement en ambulatoire | 40,4 % | 55,8 % | 73,4 % | 85,0 % | 65,6 % |
| Part de patients pris en charge en CMP | 39,4 % | 54,9 % | 75,3 % | 88,0 % | 62,3 % |
| Part de patients vus en unité d'hospitalisation somatique | 0,0 % | 1,3 % | 28,8 % | 48,5 % | 20,0 % |
| Prise en charge à temps partiel | | | | | |
| Part de patients pris en charge exclusivement à temps partiel | 0,0 % | 0,3 % | 1,7 % | 6,1 % | 1,6 % |
| Part de patients pris en charge en hôpital de jour ou CATTP | 1,4 % | 5,2 % | 14,0 % | 27,4 % | 10,0 % |
| Part de patients pris en charge à temps partiel autre | 0,0 % | 0,0 % | 3,0 % | 13,7 % | 2,8 % |
| Prise en charge à temps complet | | | | | |
| Part de patients pris en charge en hospitalisation temps plein | 10,9 % | 20,3 % | 34,5 % | 46,9 % | 26,2 % |
| Part de patients pris en charge à temps complet autre | 0,0 % | 0,0 % | 1,1 % | 5,0 % | 1,1 % |
| 5 % des secteurs = 40 secteurs ; 25 % = 200 secteurs. Source : calculs DREES. | | | | | |

La prise en charge à temps partiel exclusive reste très réduite : 2 % en moyenne, allant de 0 à 6 % selon les secteurs. Cette part est restée relativement stable au cours du temps, mais elle recouvre des évolutions différentes des modalités proposées : l'accueil en *centre d'accueil thérapeutique à temps partiel* (CATTP) est progressivement devenu le principal mode de prise en charge, devançant depuis 1995 l'hospitalisation de jour.

Avec en moyenne 12 % de patients suivis exclusivement à temps complet, des disparités entre secteurs sont également très fortes pour ce mode de

prise en charge. La part de patients hospitalisés à temps plein, d'une part, varie largement, de 10 % à 47 %. D'autre part, les prises en charge alternatives à cette hospitalisation à temps plein restent globalement limitées, leur développement inégal et leurs formes variées selon les secteurs.

En effet, malgré une tendance globale au développement des alternatives à l'hospitalisation à temps plein, la *diversification*⁴ de l'offre de prise en charge reste encore disparate.

En moyenne, un secteur psychiatrique offre 77 lits d'hospitalisation à temps plein et 35 places alternatives à

l'hospitalisation pour 100 000 habitants, soit 112 lits et places au total. Ce nombre peut varier de 35 à 225 et la part de places alternatives rapportée à l'équipement total de 0 à 60 % (tableau 3). La densité des personnels est également restée très variable selon les secteurs. Celle des praticiens varie en effet de 4 à 17 pour 100 000 habitants, celle des infirmiers de 30 à 150. Pour les autres personnels, les disparités sont encore plus amples (de 11 à 73).

4. Un taux de diversification peut être calculé en rapportant le nombre de places alternatives (cf. infra, note 7) à la totalité des lits et places disponibles.

T
•03

répartition des équipements et des densités de personnels en 1999

| | Pour 5 % des secteurs, cette valeur est inférieure à | Pour un quart des secteurs, cette valeur est inférieure à | Pour un quart des secteurs, cette valeur est supérieure à | Pour 5 % des secteurs, cette valeur est supérieure à | Taux global |
|---|---|--|--|---|----------------|
| Lits et places pour 1 000 habitants | 34,9 | 73,9 | 148,3 | 225,3 | 112,4 |
| Taux de diversification de l'équipement | 0,0 % | 18,2 % | 40,7 % | 59,7 % | 31,3 % |
| Densité de médecins pour 100 000 habitants | 3,9 | 6,3 | 10,7 | 17,0 | 8,7 |
| Densité d'infirmiers pour 100 000 habitants | 28,9 | 54,8 | 100,1 | 150,7 | 77,7 |
| Densité de personnels autres pour 100 000 habitants | 11,1 | 21,8 | 45,4 | 73,0 | 35,4 |
| Source : calculs DREES. | | | | | |

Cinq types de secteurs

Après 30 ans de fonctionnement, la grande diversité des formes de prise en charge selon les secteurs et l'apparente spécialisation de certains mettent en évidence des modes de développement ou d'adaptation très différents.

La construction d'une typologie, à partir des données retraçant leur activité (encadré 3), cherche à donner une plus grande lisibilité à cette diversité. Elle permet de distinguer cinq groupes de secteurs de psychiatrie générale selon leur spécialisation sur tels ou tels segments de la prise en charge.

- Pour le premier groupe, il s'agit d'une spécialisation dans les consultations en CMP très supérieure à la moyenne : elles concernent dans ce groupe 78 % des patients pris en charge, contre 62 % pour l'ensemble des secteurs.
- Le groupe 2 rassemble, quant à lui, des secteurs spécialisés dans l'intervention en unité de soins somatiques : 38 % des patients y sont vus dans ce cadre contre 20 % en moyenne.
- Le groupe 3 garde une activité fortement centrée sur l'hospitalisation à plein temps : 39 % des patients y ont fait l'objet d'une telle prise en charge, contre 26 % en moyenne.
- Le groupe 4 se distingue, quant à lui, par une orientation plus spécifique vers des activités visant à la réadaptation et la réinsertion des patients. Un tiers des patients de ces secteurs sont concernés par de telles formes de prise en charge contre 4 % pour l'ensemble des secteurs.
- Le groupe 5, enfin, s'oppose aux précédents par son absence de spécialisation, présentant une structure d'activité proche de la structure globale. Les secteurs qui s'y rattachent peuvent être qualifiés de « généralistes ».

E•3

La construction de la typologie des secteurs

Les traitements statistiques

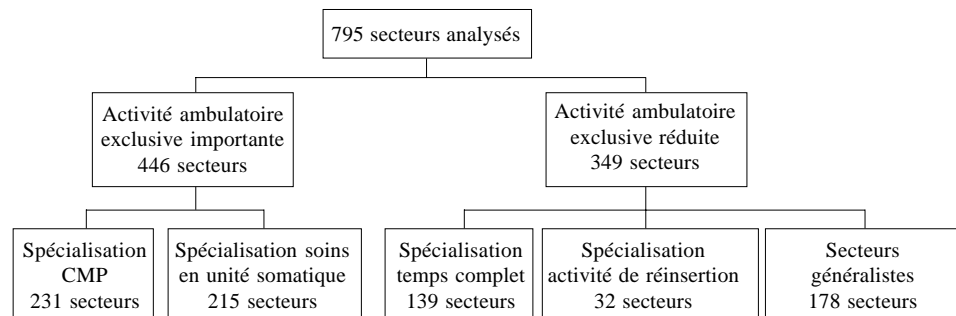
Une analyse en composantes principales a été effectuée à partir des variables décrivant l'activité des secteurs en 1999. Les variables en compte sont leur part des files actives des différentes modalités de prise en charge dans la file active totale. Puis, une classification ascendante hiérarchique a été réalisée sur les 795 secteurs retenus dans l'analyse. Cette classification a permis de déterminer une typologie en cinq catégories de secteurs (schéma).

Des variables supplémentaires ont été projetées sur le modèle : il s'agit d'indicateurs relatifs à l'équipement des secteurs (nombre de structures, nombre de lits et places, diversification des équipements, taux d'équipement) ; au personnel (médical, infirmier, socio-éducatif, personnel de réinsertion et réadaptation, psychologues et autres personnels soignants) ; aux évolutions de l'activité et des équipements entre 1993 et 1999 :

Des données d'environnement ont en outre été prises en compte pour éclairer la situation des secteurs et traitées en variables supplémentaires de la classification. Elles concernent :

- d'une part l'offre psychiatrique hors secteur (les densités de psychiatres libéraux, de lits et places de psychiatrie dans le secteur privé non sectorisé, de lits et places des structures médico-sociales (cf. encadré 2) ;
- d'autre part des indicateurs relatifs aux caractéristiques de la population environnante. Seules des informations au niveau du département d'implantation du secteur ont pu être mobilisées ; notamment sa richesse relative (PIB par habitant, potentiel fiscal,...), la distribution des aides et des minima sociaux (RMI, AAH,...), son caractère plus ou moins rural (part des retraités affiliés à la MSA), l'importance du chômage.

typologie des secteurs de psychiatrie générale



T
•04

récapitulatif

| | Moyenne 795 secteurs | Groupe 1 231 secteurs | Groupe 2 215 secteurs | Groupe 3 139 secteurs | Groupe 4 32 secteurs | Groupe 5 178 secteurs |
|--|-------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|
| ACTIVITÉ | | | | | | |
| File active totale | 1 373 | 1 177 | 1 844 | 1 164 | 1 287 | 1 235 |
| Taux de recours pour 1000 habitants | 19 | 17 | 25 | 17 | 16 | 18 |
| Part de patients vus une seule fois dans l'année | 24 | 20 | 32 | 21 | 18 | 19 |
| Taux de renouvellement des patients | 45 | 41 | 52 | 42 | 42 | 39 |
| Indice de mobilité des patients | 123 | 123 | 117 | 124 | 136 | 133 |
| Part de patients hospitalisés plein temps depuis plus d'un an | 3,9 | 3,5 | 3,5 | 5,0 | 4,1 | 3,8 |
| Durée moyenne de séjour (en jours) | 49 | 50 | 46 | 48 | 50 | 52 |
| Part des patients pris en charge en ambulatoire (en % du total) | | | | | | |
| vus exclusivement en ambulatoire | 66 | 69 | 74 | 51 | 53 | 60 |
| vus en CMP | 62 | 78 | 52 | 59 | 65 | 64 |
| vus en unités somatiques | 20 | 9 | 38 | 9 | 12 | 10 |
| ayant reçu des soins à domicile (1) | 17 | 14 | 13 | 18 | 16 | 31 |
| vus en soins ambulatoires autres | 10 | 14 | 8 | 7 | 6 | 15 |
| Part des patients pris en charge à temps partiel (en % du total) | | | | | | |
| exclusivement à temps partiel | 2 | 1 | 1 | 2 | 4 | 2 |
| en hospitalisation de nuit | 0,7 | 0,5 | 0,4 | 0,6 | 0,6 | 1,6 |
| en hôpital de jour ou CATTP | 10 | 9 | 6 | 10 | 11 | 18 |
| à temps partiel autre (2) | 3 | 2 | 2 | 2 | 21 | 3 |
| Part des patients pris en charge à temps complet (en % du total) | | | | | | |
| exclusivement à temps complet | 12 | 10 | 8 | 23 | 13 | 12 |
| en hospitalisation plein temps | 26 | 24 | 19 | 39 | 27 | 31 |
| à temps complet autre (3) | 1,1 | 0,7 | 0,6 | 0,7 | 10,5 | 0,9 |
| ÉQUIPEMENT | | | | | | |
| Lits et places pour 100 000 habitants | 112 | 94 | 100 | 132 | 115 | 136 |
| Taux de diversification de l'équipement | 31 | 32 | 31 | 26 | 39 | 34 |
| Lits d'hospitalisation plein temps | 55 | 45 | 51 | 69 | 54 | 63 |
| Places alternatives à (4) l'hospitalisation temps plein | 25 | 22 | 23 | 24 | 34 | 32 |
| Nombre de CMP | 2,6 | 2,2 | 2,6 | 2,4 | 2,1 | 3,3 |
| Part de structures situées extra-muros | 78 | 79 | 79 | 76 | 82 | 77 |
| ÉVOLUTION 1993-1999 | | | | | | |
| File active | + 47 % | + 44 % | + 69 % | + 36 % | + 42 % | + 33 % |
| Nombre de lits | - 14 % | - 13 % | - 13 % | - 3 % | - 19 % | - 23 % |
| Taux de diversification des places | + 58 % | + 58 % | + 46 % | + 45 % | + 44 % | + 83 % |
| ÉTABLISSEMENTS (proportion de secteurs rattachés à) | | | | | | |
| CHS | 56,4 % | 59,7 % | 36,3 % | 58,3 % | 84,4 % | 69,7 % |
| HPP | 9,3 % | 6,9 % | 9,8 % | 13,0 % | 0 % | 10,7 % |
| CHR | 6,9 % | 5,2 % | 10,2 % | 10,1 % | 6,3 % | 2,8 % |
| CH | 27,4 % | 28,1 % | 43,7 % | 18,7 % | 9,4 % | 16,9 % |
| PERSONNELS (en ETP) rapportés à la file active (pour 1 000 patients) | | | | | | |
| Personnel médical | 4,6 | 5,4 | 3,7 | 4,9 | 6,4 | 4,5 |
| Personnel infirmier | 40,7 | 40,8 | 28,5 | 50,1 | 47,2 | 54,3 |
| Psychologues | 1,8 | 2,4 | 1,5 | 1,8 | 2,7 | 1,7 |
| Personnel socio-éducatif (5) | 1,7 | 2,1 | 1,3 | 2,0 | 2,4 | 1,8 |
| Personnel de rééducation-réinsertion (6) | 0,7 | 0,8 | 0,5 | 0,7 | 1,1 | 0,6 |
| Personnel soignant autre (7) | 11,4 | 10,3 | 8,2 | 18,2 | 14,9 | 12,9 |
| <p>1. Ou en institution substitutive au domicile. 2. Incluant les ateliers thérapeutiques. 3. Incluant centres de post-cure, appartements thérapeutiques, l'accueil familial, l'hospitalisation à domicile. 4. Incluant l'ensemble des places en centre d'accueil permanent, en hôpital de jour, en hospitalisation à domicile, en centre de crise, en hôpital de nuit, en appartement thérapeutique, en centre de post-cure, en accueil familial thérapeutique. 5. Incluant les éducateurs spécialisés, les moniteurs-éducateurs, les éducateurs chefs, les assistants de service social et autres personnels des services médico-sociaux. 6. Incluant les masseurs-kinésithérapeutes, les orthophonistes, les ergothérapeutes, les psychomotriciens. 7. Incluant les assistants de service hospitalier, les aides médico-psychologiques, les aides soignants. Source : calculs DREES.</p> | | | | | | |

■ Le groupe 1 – des secteurs spécialisés dans les consultations en CMP.

Ces 231 secteurs accueillent moins de patients que la moyenne. Ils disposent de moyens plus réduits tant en équipements qu'en personnels soignants non médicaux, mais offrent, toutefois, des prises en charge plus médicalisées.

Avec une file active relativement faible (environ 1 200 patients en moyenne en 1999 contre 1 400 pour l'ensemble des secteurs), ce groupe présente un taux de recours de 17 pour 1 000 habitants, contre 19 pour l'ensemble des secteurs étudiés, avec en outre un faible taux de renouvellement des patients (tableau 4).

Leur spécialisation dans la consultation en CMP se traduit par moins de mobilité des patients entre les différents modes de prise en charge.

Les personnels y sont en nombre plus réduit que dans les autres types de secteurs. Qu'on les mesure en nombre ou en taux par rapport à la population couverte, les infirmiers, les aides soignants et les agents de service hospitaliers y sont toujours en moindre importance. Par contre, les psychologues y sont plus nombreux qu'ailleurs et le nombre de médecins se situe dans la moyenne, révélant un mode de prise en charge plus « médicalisé ».

Le resserrement des moyens concerne aussi le nombre de lits et places⁵ par habitant qui est inférieur à la

moyenne générale (94 contre 112 pour 100 000 habitants) et le plus faible des cinq groupes. Ce constat porte à la fois sur les lits d'hospitalisation à plein temps (45 contre 55 en moyenne) et sur le nombre des structures dont ces secteurs disposent tels que les hôpitaux de jour, les CATTP et les hôpitaux de nuit et même, paradoxalement, les CMP.

Malgré une forte spécialisation vers l'activité des CMP, le nombre de ceux-ci y est en effet inférieur à la moyenne avec, en contrepartie, une activité plus importante (568 patients en moyenne contre 475 pour l'ensemble des secteurs). Ceci peut notamment refléter la part plus élevée, dans ce groupe, des CMP ouverts plus de cinq jours par semaine.

La présence de ce type de secteurs est plus fréquente dans des départements densément peuplés et comptant une faible part d'allocataires de la MSA. La population de ces départements y paraît économiquement plus favorisée (PIB par habitant et potentiel fiscal élevés).

■ Le groupe 2 – des secteurs spécialisés dans l'intervention en unité d'hospitalisation somatique.

Ces 215 secteurs accueillent près de 35 % de patients en plus que les autres, mais un tiers de ces derniers ne sont vus qu'une seule fois dans l'année. Plus que les autres secteurs, ils assurent une prise en charge des urgences. Leurs moyens en équipements et en personnel restent toutefois inférieurs à la moyenne.

Le groupe 2 se distingue principalement par l'importance de ses interventions en unité d'hospitalisation somatique (38 % des patients du groupe contre moins de 12 % dans les autres groupes).

Cette activité prend plusieurs formes dont on ne peut, précisément évaluer l'importance relative : avis diagnostiques dans les établissements de médecine, chirurgie, obstétrique, ajustements thérapeutiques, mais aussi présence dans les services d'urgence des hôpitaux généraux. L'accueil des urgences psychiatriques constitue en effet une caractéristique de ces secteurs : 57 % d'entre eux réalisent une permanence dans les pôles d'urgence des hôpitaux généraux, contre seulement 29 % de l'ensemble des secteurs.

Deux autres spécificités du groupe peuvent être ainsi pour partie expliquées. La file active y apparaît beau-

coup plus importante : 1 850 personnes dans l'année en moyenne. Près du tiers de ces personnes n'y sont vues qu'une seule fois dans l'année, cette proportion restant en dessous de 20 % dans les autres groupes. Toutefois, même si l'on soustrait de la file active le nombre de personnes vues une seule fois dans l'année (file active corrigée), le taux de recours y reste supérieur de 30 % (1 250 patients) à la valeur moyenne des quatre autres groupes (970 personnes).

Plus souvent qu'ailleurs, les secteurs de ce groupe sont en outre rattachés à des centres hospitaliers généraux (CHG) (44 % contre 27 % en général).

Au regard de la taille de leur file active, ces secteurs disposent de moyens relativement limités. Les médecins et les psychologues sont légèrement plus nombreux qu'en moyenne, mais le rapport de leur nombre à la file

5. Les lits regroupent ceux d'hospitalisation plein temps, des centres d'accueil permanent, des centres de crise et d'hospitalisation de nuit. Les places rassemblent celles d'hospitalisation de jour, d'hospitalisation à domicile, en appartement thérapeutique, en centre de post-cure et en accueil familial thérapeutique.

active corrigée est inférieur de près de 10 % à la moyenne des secteurs. Ce même indicateur, calculé pour les effectifs infirmiers et les autres personnels des services de soins (en particulier AS et ASH), est, lui, inférieur de 20 % et le plus faible des cinq groupes (tableau 5).

Ces secteurs disposent également d'un taux d'équipement⁶ inférieur à la moyenne pour la plupart des structures à l'exception des CMP, centres d'accueil permanent et centres de crise. En particulier, le nombre de lits y est nettement inférieur à celui des deux groupes suivants, ce qui se traduit par la durée moyenne d'hospitalisation la plus courte des cinq groupes.

■ Le groupe 3 – des secteurs spécialisés dans l'hospitalisation à temps plein.

Ces 139 secteurs accueillent en moyenne peu de patients mais bénéficient d'un taux d'équipement important et d'un nombre élevé de personnels, notamment d'aides soignants et d'agents de service hospitaliers. Ils ont réduit moins que les autres depuis 1993 leurs capacités d'hospitalisation à temps plein, avec une activité qui continue à croître de manière plus rapide.

Au sein de ce groupe, les hospitalisations à temps plein ne constituent certes pas l'activité prédominante mais elles concernent 39 % des patients contre 26 % de manière générale. Les autres formes de prise en charge sont toutes restées assez peu développées.

La file active de cette classe est plus réduite que celle de l'ensemble des secteurs (1 164 patients en moyenne). Les populations couvertes différant peu de la moyenne nationale, les taux de recours y sont donc aussi sensiblement inférieurs (17 patients pour 1 000 habitants). C'est également dans ces secteurs que l'on rencontre la proportion de patients hospitalisés depuis plus d'un an la plus importante : 36 % parmi les hospitalisés à temps plein présents en décembre 1999. La durée moyenne d'hospitalisation n'y est, toutefois, paradoxalement pas différente de la moyenne (48 jours), ce qui semble tout de même indiquer un effort de « déchronicisation ».

Avec un encadrement médical proche de la moyenne, la présence infirmière y est supérieure de 20 %, et sur-

Malgré cette moindre dotation en lits et en effectifs la croissance de la file active de ces secteurs sur la période 1993–1999 a été bien plus forte que dans les autres groupes et de 22 points supérieure à la croissance d'ensemble.

| T •05 | effectif moyen des personnels (en ETP) par secteur rapporté à la file active, corrigée des patients vus une seule fois | | en % |
|----------|--|----------|------|
| | Groupe 2 | Ensemble | |
| | Personnel médical | 0,54 | 0,60 |
| | Personnel infirmier | 4,23 | 5,30 |
| | Aides soignants (1) et ASH | 1,20 | 1,51 |

1. Intégrant également les aides médico-psychologiques.
Source : calculs DREES.

tout, le recours aux personnels soignants moins qualifiés l'est d'environ 50 %.

Ces secteurs ont un taux d'équipement parmi les plus importants des cinq groupes : 132 lits et places pour 100 000 habitants. Ceci est essentiellement lié au nombre élevé de lits d'hospitalisation à temps plein : 69 lits contre 55 en moyenne.

L'évolution des secteurs de ce groupe sur la période 1993-1999 a, en outre, été très spécifique. Ce sont ceux qui ont le moins réduit leur nombre de lits d'hospitalisation à temps plein. Dans le même temps, et alors que leur file active totale s'est faiblement accrue, le nombre de patients hospitalisés à temps plein a, à l'inverse, augmenté.

Les secteurs du groupe 3 se situent plus souvent dans des départements cumulant une densité élevée en psychiatres libéraux ainsi qu'un taux de chômage et un pourcentage de bénéficiaires de minima sociaux importants.

■ Le groupe 4 – des secteurs en nombre réduit surtout tournés vers l'extra hospitalier.

Ce groupe rassemble seulement 32 secteurs. Avec une activité diversifiée, ils se distinguent par le développement de structures d'accueil originales, rarement développées ailleurs. De taille variable en termes de file active ou de lits d'hospitalisation, ils ont en commun l'importance de leurs effectifs médicaux et de professions socio-éducatives. Leur présence est très concentrée sur l'Île-de-France et l'Ille-et-Vilaine.

Ce petit groupe de secteurs se distingue par la fréquence des prises en charge extra hospitalières, à temps

complet comme à temps partiel. Ils ont en effet multiplié les structures de type ateliers thérapeutiques, cen-

6. Le taux d'équipement des secteurs rapporte les lits et places à la population couverte.

tres de post-cure, appartement thérapeutique, accueil familial, hospitalisation à domicile. C'est également dans ce groupe que l'on trouve des structures d'accueil d'urgence de type centre d'accueil permanent ou centre de crise qui restent globalement peu fréquentes ailleurs. Ces secteurs sont donc ceux qui ont les *taux d'équipement alternatif*⁷ à l'hospitalisation à temps plein les plus élevés, 40% des lits et places contre 30 % en moyenne. Une part importante de leur activité est ainsi orientée vers la réadaptation et la réinsertion des patients. Au total, ces formes de prise en charge y concernent près du tiers de la file active contre 4 % pour la totalité des secteurs.

La part des patients vus une seule fois est la plus faible des cinq groupes, mais les patients pris en charge sont d'un autre côté plus mobiles : beaucoup plus fréquemment que dans les groupes précédents, leur trajectoire de soins mêle les prises en charge à temps complet, temps partiel et ambulatoire au cours de l'année.

Un autre point commun entre les secteurs de ce groupe est, quels que soient les indicateurs retenus, un niveau

d'effectifs nettement supérieur à la moyenne. En particulier, les prises en charge y sont très médicalisées : le taux de personnel médical rapporté à la file active est le plus élevé des cinq groupes et de 30 % supérieur à la moyenne générale. Les personnels socio-éducatifs, les psychologues et les personnels travaillant à la réadaptation des patients y sont aussi beaucoup plus nombreux.

Ces secteurs semblent s'être développés assez récemment : la file active prise en charge à temps partiel y a crû très fortement entre 1993 et 1999 et on y note même, paradoxalement, une augmentation importante des patients pris en charge à temps complet (+48 % dans ce groupe contre +5 % en général), mais surtout dans des formes autres que l'hospitalisation à temps plein.

Ces secteurs, pour la plupart d'entre eux rattachés à un CHS (27 sur 32), se concentrent majoritairement en Île-de-France et en Ille-et-Vilaine, départements densément peuplés et relativement riches (PIB par habitant et potentiel fiscal élevés). La densité de psychiatres libéraux y est importante, mais ce n'est pas le cas de l'offre médico-sociale.

■ Le groupe 5 – des secteurs « généralistes ».

Ces 178 secteurs ont une structure d'activité assez proche de la moyenne nationale. Ils disposent de capacités d'hospitalisation importantes, dont une partie a été reconvertie en hospitalisation à temps partiel sur la période 1993-1999. Bien que moins médicalisées que la moyenne, les prises en charge bénéficient d'un encadrement infirmier relativement élevé. Ces secteurs se situent plus souvent dans des départements ruraux.

Ce dernier groupe de secteurs peut être considéré comme « généraliste », ne présentant pas d'orientation particulière de leurs activités. Leur profil se rapproche de la moyenne nationale, avec toutefois une moindre activité ambulatoire au profit des prises en charge à temps complet.

Ils ont en commun avec les deux groupes précédents la moindre part de patients pris en charge exclusivement en ambulatoire (60 % contre 66 %). Le lien avec la cité semble néanmoins être développé par des soins à domicile fréquents (31 % des patients en bénéficient contre 17 % en moyenne). Les interventions en unités somatiques restent, à l'inverse, très réduites.

Toutefois, en temps partiel, ce sont les activités « classiques » de type hospitalisation de nuit, de jour ou accueil en CATTP qui sont particulièrement pratiquées. De même, les prises en charge à temps complet restent surtout orientées vers l'hospitalisation à temps plein, le suivi dans des structures plus ouvertes restant peu développé.

Ce groupe de secteurs « généralistes » apparaît globalement mieux doté que la moyenne. Le taux d'équipe-

ment en lits et places y est élevé, et les CMP, les hôpitaux de jour, les CATTP, les hôpitaux de nuit y sont également plus nombreux qu'ailleurs. Il bénéficie de l'encadrement infirmier le plus important des cinq groupes.

Dans un contexte d'augmentation relativement modérée de la file active (+36 % de 1993 à 1999 contre +47 % pour l'ensemble), ce groupe de secteurs a fortement reconverti des lits d'hospitalisation en places dans des formes alternatives. Tout en conservant un nombre important de lits (63 contre 55 en moyenne), ces secteurs ont en effet réduit de manière sensible leurs capacités d'hospitalisation à temps plein (-23 % sur la période).

Ces secteurs généralistes semblent se localiser davantage dans des départements ruraux, plutôt peu peuplés, avec une forte proportion d'allocataires relevant de la MSA. La situation économique y est relativement peu favorisée (PIB par habitant, potentiel fiscal moins élevés qu'ailleurs). Ces départements disposent généralement d'une offre d'hébergement médico-social importante. Par contre, les psychiatres libéraux et le dispositif non sectorisé y sont moins présents.

7. L'accueil alternatif à l'hospitalisation à temps plein regroupe l'ensemble des lits et places autres que les lits d'hospitalisation à temps plein.

Des différences pour partie structurées autour des personnels

S'il n'est pas possible d'établir une relation de causalité entre la structure des personnels et celle de l'activité, la typologie met en évidence un lien fort entre les deux.

Ainsi, le groupe 4 dispose de moyens très développés dont le profil est très axé sur une présence médicale importante, associée à un encadrement par des professions spécialisées développées (psychologues, personnel socio-éducatif, personnel de réadaptation). Le groupe 5, bien que disposant de moyens également importants, montre un profil moins spécialisé : moins de médecins et de psychologues, mais surtout beaucoup plus d'infirmiers.

Le groupe 3 (hospitalisation à temps plein) et le groupe 5 (généraliste) peuvent également être rapprochés en raison de l'importance des prises en charge à temps complet. La structure des personnels non médicaux de leurs services de soins apparaît toutefois différente. Le groupe « généraliste » a une proportion un peu plus importante d'infirmiers alors que le groupe spécialisé en « hospitalisation

à temps plein » se distingue par une plus grande présence de personnels moins qualifiés (aides soignants et agents des services hospitaliers). Il affiche aussi le taux d'équipement le plus élevé des cinq groupes.

Les deux premiers groupes de secteurs, dont l'activité est plus spécifiquement ambulatoire, ont enfin en commun une faiblesse relative de leurs effectifs d'infirmiers, d'aides soignants et d'agents des services hospitaliers.

Une influence de l'environnement ?

Les résultats apportés par la prise en compte d'indicateurs d'environnement sont d'une portée limitée dans la mesure où ils ne reflètent que les caractéristiques du département dans lequel les secteurs sont implantés compte tenu de l'indisponibilité des données dans leur zone précise d'intervention. Même si l'approche reste grossière, certains résultats, méritent d'être soulignés.

Les secteurs du groupe 1 (CMP) sont plus souvent associés à des départements de forte densité et dont la population apparaît plutôt favorisée sur le plan économique. Les secteurs

du groupe 2 (interventions en unités somatiques) sont plus souvent implantés dans des départements où la densité de psychiatres libéraux est inférieure à la moyenne nationale. Ceux du groupe 3 (hospitalisation à temps plein) se situent plus souvent dans des départements possédant une densité élevée de psychiatres libéraux mais avec un taux de chômage et un pourcentage de bénéficiaires de minima sociaux importants.

Les secteurs du groupe 4 (vocation de réadaptation et réinsertion) sont très concentrés sur la région parisienne et l'Ille-et-Vilaine. Enfin, les secteurs du groupe 5 (généralistes) sont plutôt associés à des départements ruraux bénéficiant d'une offre médico-sociale importante, mais moins bien dotés en matière d'offre psychiatrique complémentaire (psychiatres libéraux et lits non sectorisés).

Ces résultats qui peuvent suggérer une adaptation de l'activité à l'environnement local doivent toutefois être considérés avec prudence. La structure d'activité des secteurs s'explique en effet par une multiplicité de facteurs, sans qu'apparaisse forcément de lien clair de causalité. ●

Études et Résultats derniers numéros parus

- Elisabeth Algava :
« *Quel temps pour les activités parentales ?* »,
Études et résultats n° 162, mars 2002.
- Xavier Niel : « *La démographie médicale à l'horizon 2020 : une réactualisation des projections à partir de 2002* »,
Études et résultats n° 161, mars 2002.
- Olivier Bontout, Christel Colin et Roselyne Kerjosse : « *Personnes âgées dépendantes et aidants potentiels : une projection à l'horizon 2040* »,
Études et résultats n° 160, février 2002.
- Roselyne Kerjosse : « *La prestation spécifique dépendance au 30 septembre 2001* »,
Études et résultats n° 159, février 2002.
- Bénédicte Boisguérin : « *Les bénéficiaires de la couverture maladie universelle au 30 septembre 2001* »,
Études et résultats n° 158, février 2002.
- Sophie Audric : « *L'évolution du revenu libéral des médecins entre 1993 et 1999* »,
Études et résultats n° 157, février 2002.
- Serge Darriné : « *Un exercice de projection de la démographie médicale à l'horizon 2020 : les médecins dans les régions et par mode d'exercice* »,
Études et résultats n° 156, février 2002.
- Nathalie Guignon et Gérard Badéyan :
« *La santé des enfants de 6 ans à travers les bilans de santé scolaire* »,
Études et résultats n° 155, janvier 2002.
- Philippe Roussel : « *L'activité des groupements mutualistes : un panorama en 1999* »,
Études et résultats n° 154, janvier 2002.
- Éliane Michel, Éric Jouglu : « *La mortalité liée à l'imprégnation éthylique chronique en France en 1998* »,
Études et résultats n° 153, janvier 2002.
- Bénédicte Boisguérin et Claude Gissot :
« *L'accès aux soins des bénéficiaires de la CMU – Résultats d'une enquête réalisée en novembre 2000* »,
Études et résultats n° 152, janvier 2002.
- Synthèse des rapports de Daniel Szeftel, Annie Maguer, Françoise Volpini et Jacques Soria, par Bénédicte Boisguérin, Martine Burdillat et Claude Gissot : « *La mise en place de la CMU : une synthèse d'études qualitatives sur les premiers mois du dispositif* »,
Études et résultats n° 151, janvier 2002.
- Laurence Assous : « *Les opinions des Français au début 2000 en matière d'âge de départ à la retraite* »,
Études et Résultats n° 150, décembre 2001.
- Christine de Peretti, Martine Wcislo et Jean-Marc Nadal : « *Les patients soignés pour infection à VIH en 1999 dans les services hospitaliers de court séjour* »,
Études et Résultats n° 149, décembre 2001.
- Dominique Demailly avec la collaboration d'Élisabeth Algava et Christel Gilles :
« *Les allocataires des minima sociaux en 2000* »,
Études et Résultats n° 148, décembre 2001.
- Odile Mesnard : « *Les retraites en 2000* »,
Études et Résultats n° 147, décembre 2001.
- Sophie Audric : « *Les disparités de revenus et de charges des médecins libéraux* »,
Études et résultats n° 146, novembre 2001.
- Annick Vilain et Xavier Niel : « *Les médecins hospitaliers depuis le milieu des années 80 : davantage de débuts de carrière à l'hôpital* »,
Études et résultats n° 145, novembre 2001.
- Marie Ruault : « *Aide sociale à l'enfance : quelle organisation dans les départements ?* »,
Études et résultats n° 144, novembre 2001.
- Roselyne Kerjosse : « *La prestation spécifique dépendance au 30 juin 2001* »,
Études et résultats n° 143, novembre 2001.
- Nathalie Dutheil : « *Les aides et les aidants des personnes âgées* »,
Études et Résultats n° 142, novembre 2001.
- Bénédicte Boisguérin : « *Les bénéficiaires de la couverture maladie universelle*

Pour obtenir *Études et Résultats*

Écrire au ministère de l'Emploi et de la solidarité, 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 88 00 • Consulter l'intégralité des textes sur le site Internet du ministère www.sante.gouv.fr/htm/publication

Ministère de l'Emploi et de la solidarité
11, place des Cinq martyrs du Lycée Buffon
75696 Paris cedex 14

Pour toute information sur nos publications récentes :

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



- un hebdomadaire :

Études et Résultats

consultable sur Internet

abonnement gratuit à souscrire auprès de la DREES

télécopies : 01 40 56 81 40

01 40 56 88 00

www.sante.gouv.fr/htm/publication

- trois revues trimestrielles :

Revue française des affaires sociales

revue thématique

dernier numéro paru :

« L'administration sanitaire et sociale ;
autres thèmes : CMU, accidents du travail, hôpital »
n° 4, octobre-décembre 2001

Dossiers Solidarité et Santé

revue thématique

dernier numéro paru :

« Les revenus sociaux en 2000 », n° 4, octobre-décembre 2001

Cahiers de recherche de la MiRe

- des ouvrages annuels :

Annuaire des statistiques sanitaires et sociales

Données sur la situation sanitaire et sociale en France

- et aussi...

Chiffres et indicateurs départementaux, édition 1998

**Indicateurs sociosanitaires
comparaisons internationales - évolution 1980-1994**
(Allemagne, Canada, États-Unis, France, Québec, Royaume-Uni)

Chiffres repères sur la protection sociale dans les pays de l'Union européenne

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