

Les disparités territoriales d'offre et d'organisation des soins en psychiatrie en France : d'une vision segmentée à une approche systémique

Magali Coldefy
Charlène Le Neindre

Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier les membres du comité d'experts qui ont suivi la conduite de ce projet, ont apporté leurs commentaires et avis constructifs.

Nous souhaitons exprimer notre reconnaissance à Gwennaëlle Brilhault (Drees), Anis Ellini (ATIH), Jean-Paul Fagot (Cnamts), Pierre Gabach (Cnamts), Tim Greacen (EPS Maison Blanche), Catherine Isserlis (ARS IDF), Florence Journeau (Cnamts), Serge Kannas (MNASM), Claude Marescaux (CH Le Vinatier), Rémy Mas (Drees), Maria Melchior (Inserm), Alain Monnier (Unafam), Claire Montête (Cnamts), Dominique Robert (Cesame Angers), Livia Velpry (Université Paris 8, Cermes3), Gilles Vidon (Hôpitaux Saint-Maurice), Nadia Younès (CH Versailles), Stéphanie Wooley (Association France-Dépression, Advocacy-France).

Cette recherche a bénéficié du soutien financier de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees).



INSTITUT DE RECHERCHE ET DOCUMENTATION EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ
10, rue Vauvenargues 75018 Paris

www.irdes.fr • Tél. : 01 53 93 43 06 • Fax : 01 53 93 43 07 • E-mail : publications@irdes.fr

- **Directeur de publication** : Yann Bourgueil • **Secrétariat général d'édition** : Anne Evans
- **Secrétariat d'édition** : Martine Broïdo • **Premier maquettiste** : Franck-Séverin Clérembault
- **Assistant à la mise en page** : Damien Le Torrec • **Diffusion** : Sandrine Béquignon, Suzanne Chriqui
- **Imprimeur** : TCH Réalisation (Boulogne-Billancourt, 92) • **Dépôt légal** : janvier 2015 • **ISBN** : 978-2-87812-402-6

**Les disparités territoriales
d'offre et d'organisation des soins
en psychiatrie en France :
d'une vision segmentée
à une approche systémique**

Magali Coldefy
Charlène Le Neindre

ISBN : 978-2-87812-402-6

Les reproductions de textes, graphiques ou tableaux sont autorisées
à condition de mentionner la source et le(s) auteur(s).

Sommaire

Contexte	5
1. Objectifs	9
2. Méthodologie	11
2.1. Échelle géographique d'analyse de l'organisation des soins en psychiatrie	11
2.2. Identification des bases de données pertinentes pour caractériser l'offre et l'organisation des soins en psychiatrie	13
2.2.1. La Statistique annuelle des établissements de santé (SAE)	13
2.2.2. Les Rapports d'activité de psychiatrie (Rapsy)	14
2.2.3. Le Recueil d'information médicalisée en psychiatrie (Rim-P)	14
2.2.4. Le Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie (Sniiram)	14
2.2.5. L'enquête Etablissements sociaux (ES)	14
2.2.6. Les répertoires des Groupes d'entraide mutuelle (Gem) et des Conseils locaux de santé mentale (CLSM)	15
2.2.7. Le recensement de la population et les revenus fiscaux localisés des ménages	15
2.3. Élaboration des indicateurs d'offre et d'organisation des soins en psychiatrie générale au niveau du territoire de santé (ou département)	15
2.4. Construction d'une typologie des territoires de santé à partir d'une Analyse en composantes principales (ACP) suivi d'une Classification ascendante hiérarchique (CAH)	17
3. L'offre de soins en psychiatrie en 2011	21
3.1. L'offre des établissements de santé	21
3.1.1. Les prises en charge à temps complet en établissement de santé	23
3.1.2. Les prises en charge à temps partiel en établissement de santé	29
3.1.3. Les prises en charge ambulatoires en établissement de santé	33
3.1.4. Autres aspects des prises en charge ambulatoires en établissement de santé	36
3.1.5. Les personnels des établissements de santé	37
3.2. L'offre de ville	43
3.2.1. L'offre de médecine générale	43
3.2.2. L'offre de psychiatrie libérale	46
3.3. L'offre sociale et médicosociale	51
3.4. Les autres acteurs contribuant à la prise en charge des maladies mentales au sein des territoires	60

4. Typologie de l'organisation des soins en psychiatrie à l'échelle des territoires de santé	67
4.1. L'analyse en composantes principales	67
4.2. La classification ascendante hiérarchique : cinq profils de territoires de santé en matière d'organisation de la prise en charge de la maladie mentale en France	71
4.2.1. Des territoires faiblement dotés en personnels et en équipements psychiatriques, souvent implantés à l'hôpital général (classe 1)	71
4.2.2. Des territoires où s'exercent les missions d'intérêt général de la psychiatrie publique spécialisée, ouverte vers son environnement, mais aux ressources concentrées sur l'intra-hospitalier (classe 2)	72
4.2.3. Des territoires majoritairement urbains à l'offre privée importante et une organisation adaptée aux pratiques urbaines (classe 3)	74
4.2.4. Des territoires bien dotés en équipements et en personnels, où domine une psychiatrie publique spécialisée à l'approche « totale » (classe 4)	76
4.2.5. Des territoires à dominante rurale qui combinent une offre sanitaire et médicosociale importante (classe 5)	77
Discussion et conclusion	81
Bibliographie	83
Annexes.....	85
Annexe 1. Bordereau Q09 – Psychiatrie – de la SAE 2011	86
Annexe 2. Questionnaire Établissement (focus sur la psychiatrie générale) des Rapsy 2008	88
Annexe 3. Questionnaire « Structure de prise en charge à temps complet » des Rapsy 2008....	110
Annexe 4. Questionnaire « Structure de prise en charge à temps partiel » des Rapsy 2008	114
Annexe 5. Questionnaire « Structure de prise en charge ambulatoire » des Rapsy 2008.....	118
Annexe 6. Liste des indicateurs construits pour apprécier l'offre et l'organisation des soins en psychiatrie.....	122
Annexe 7. Calcul d'indicateurs particuliers.....	135
Liste des sigles.....	137
Table des illustrations	139

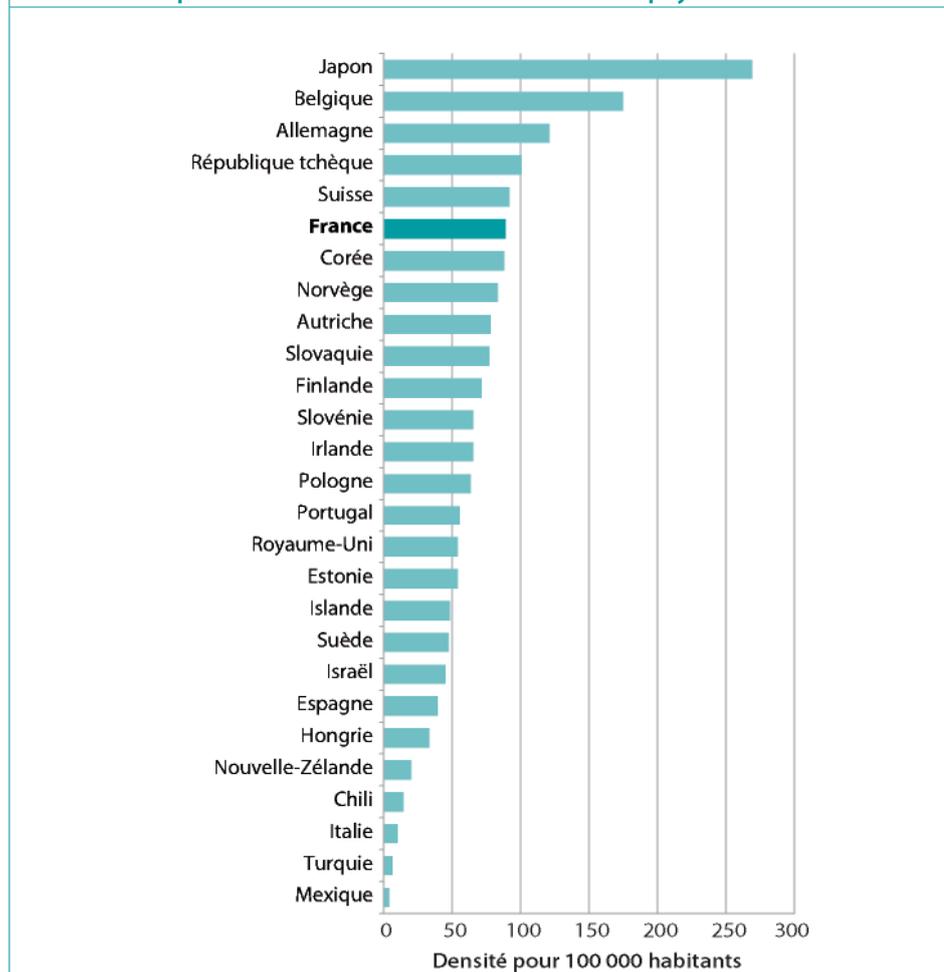
Contexte

La psychiatrie et la santé mentale constituent un enjeu majeur de santé publique et l'une des priorités d'action du gouvernement puisqu'elles relèvent des grandes orientations de la Stratégie nationale de santé, avec notamment la mise en place du plan Psychiatrie et Santé mentale 2011-2015. Les troubles psychiques sont fréquents (plus d'un quart de la population mondiale viendrait à en souffrir un jour ou l'autre selon l'Organisation mondiale de la santé – OMS), ont des conséquences économiques importantes pour les sociétés et nuisent à la qualité de vie des individus et des familles (OMS, 2001). En France, l'Assurance maladie estime, pour l'année 2011, à 22,6 milliards d'euros les dépenses de santé qui leur sont associées, soit le deuxième poste de dépense derrière les hospitalisations ponctuelles et devant les pathologies cardiovasculaires ou le diabète (Cnamts, 2013). Du fait de leur faible létalité, la charge des troubles psychiques a longtemps été sous-estimée. Alors que les troubles psychiques sont responsables d'un peu plus d'1 % des décès, ils représentent près de 11 % de la charge globale de morbidité en 2012 (exprimée en années de vie perdues en bonne santé).

En France, le système de prise en charge des troubles psychiques se caractérise par une diversité des organisations (secteur libéral, secteur hospitalier, secteur médicosocial), des financements (rémunération à l'acte, établissements sous objectif quantifié national, budget global hospitalier), des structures (centres médico-psychologiques, lits hospitaliers, hôpitaux de jour, appartements thérapeutiques...) et des modalités de soins (prise en charge en ambulatoire, prise en charge à temps partiel et prise en charge à temps complet) et d'accompagnement (services d'accompagnement à la vie sociale et d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés, groupes d'entraide mutuelle... (Coldefy, 2005). Différents acteurs interviennent ainsi dans la prise en charge de la maladie mentale au sein des territoires : établissements et professionnels de santé, secteur médicosocial et social.

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) recense près de 600 établissements de santé assurant une prise en charge hospitalière en psychiatrie et proposant un total de 55 390 lits d'hospitalisation temps plein en psychiatrie générale au 31 décembre 2011 (Drees, 2013), ce qui place la France au sixième rang des pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) les plus dotés en lits d'hospitalisation psychiatrique (graphique 1). La moitié de ces établissements sont publics et près des deux tiers sont monodisciplinaires, c'est-à-dire autorisés uniquement dans cette discipline. Les établissements de santé autorisés en psychiatrie proposent des prises en charge à temps complet, à temps partiel et en ambulatoire. Contrairement aux autres disciplines médicales, les patients suivis en établissement de santé en psychiatrie le sont d'ailleurs majoritairement en ambulatoire (consultation au centre médico-psychologique, soins à domicile, en unité somatique ou aux urgences).

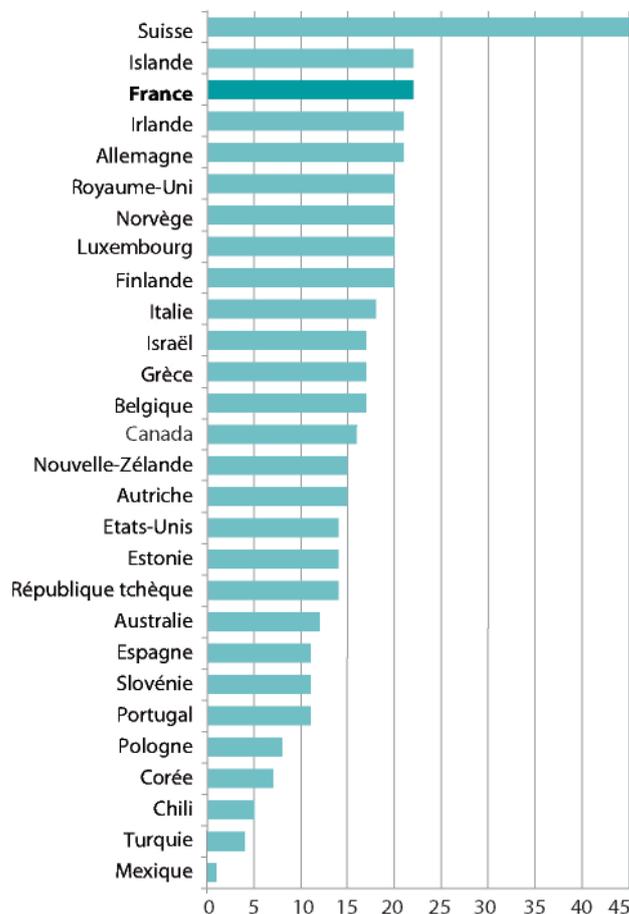
Graphique 1. Densité de lits d'hospitalisation en psychiatrie pour 100 000 habitants en 2011 dans les pays de l'OCDE



Source : OCDE Stat, 2011.

Du côté des professionnels, la France compte en 2013 près de 15 000 psychiatres dont 45 % exercent en libéral (exercice libéral exclusif ou mixte) (Source : Répertoire partagé des professionnels de santé-RPPS, Eco-Santé). Avec une densité de 22 psychiatres pour 100 000 habitants, la France occupe la troisième position après la Suisse et l'Islande parmi les pays de l'OCDE les plus dotés en psychiatres (graphique 2). 115 337 équivalents temps plein (ETP) non médicaux (infirmiers, aides-soignants, psychologues...) exercent également en psychiatrie dans les établissements de santé français en 2011, nombre en augmentation de 8,3 % depuis 2002 (Drees, 2014). Les médecins généralistes libéraux jouent également un rôle prépondérant dans la prise en charge des troubles psychiques à travers le repérage, l'accompagnement, l'orientation des personnes ou la prescription de médicaments. Un quart de la patientèle des médecins libéraux souffrirait de troubles psychiatriques ou relatifs à leur santé mentale (Cour des comptes, 2011 ; Norton *et al.*, 2009 ; Ustun & Sartorius, 1995). Au plan national, quelque 69 000 médecins généralistes exercent en ville (exercice libéral exclusif ou mixte) sur le territoire en 2013 (Source : RPPS, Eco-Santé) et représentent une offre de proximité.

Graphique 2. Densité de psychiatres pour 100 000 habitants en 2011 dans les pays de l'OCDE



Source : OCDE Stat, 2011.

Le secteur social et médicosocial constitue également un acteur important de la prise en charge de la maladie mentale au sein des territoires. Selon l'enquête « Etablissements et services pour personnes handicapées » (ES) réalisée par la Drees en 2010, sur les 312 760 places proposées dans les établissements et services pour adultes handicapés, 6,3 % (soit 19 594 places) ont un agrément spécifique de clientèle pour « déficients psychiques (y compris troubles de la conduite et du comportement avec ou sans troubles associés) » et 32,9 % des places ont un agrément pour « déficients intellectuels et psychiques » (Makdessi & Mordier, 2013). Il est donc difficile de dénombrer précisément le nombre de places réservées au handicap psychique dans les structures médicosociales. Ces structures sont de nature et de taille diverses. Au 31 décembre 2010, on distingue 1 575 établissements pour le travail et la formation offrant 127 031 places (tout public confondu), 4 330 structures d'hébergement, plus ou moins médicalisées, présentant un total de 140 282 places et 1 122 services d'accompagnement à la vie sociale et d'accompagnement médicosocial pour adultes handicapés proposant 45 447 places (Mordier, 2013). Selon l'étude de Mordier, les personnes souffrant de troubles psychiques représentent 16 à 19 % des personnes accueillies dans les établissements non médicalisés. Cette part est en augmentation depuis 2006 du fait de la reconnaissance du handicap psychique par la loi du 11 février 2005 qui a favorisé la création de places spécifiquement dédiées à ce public.

Au-delà de ces acteurs et dispositifs « formels », « institutionnels » de la prise en charge de la maladie mentale au sein des territoires, d'autres acteurs et dispositifs vont intervenir dans l'accompagnement, la prise en charge et l'amélioration de la qualité de vie des patients. Il s'agit pour certains d'espaces ou services « interstitiels », lesquels sont moins bien appréhendés par les systèmes d'information nationaux. Nous en avons, dans le cadre de cette étude, recensé une partie, notamment les Groupes d'entraide mutuelle (Gem) et les Conseils locaux de santé mentale (CLSM). Les Gem se sont développés dans le cadre de la loi du 11 février 2005 pour « l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » et ont été pensés comme des dispositifs de compensation et de prévention des conséquences sociales des troubles psychiques (Troisoeufs, 2013). Les Gem sont des associations, ateliers, lieux de rencontres entre pairs, gérés par et pour les usagers et ex-usagers en psychiatrie. Ils visent à rompre l'isolement et l'exclusion sociale des personnes en souffrance psychique en favorisant leur insertion dans la cité, à travers la restauration et le maintien des liens sociaux. La Caisse nationale pour la solidarité et l'autonomie (CNSA) recensait 373 Gem financés en 2011. Les CLSM constituent, quant à eux, des plateformes de concertation et de coordination entre les élus locaux d'un territoire, les services de psychiatrie publique et les partenaires locaux concernés par les problèmes de santé mentale. Ils intègrent les usagers et les habitants, ainsi que tous les services sociaux (bailleurs sociaux, services municipaux...), médicosociaux et sanitaires (publics et privés) et favorisent la planification et le développement des politiques locales de santé. Les CLSM ont une action de décloisonnement des pratiques professionnelles par la mise en place d'outils de prévention et d'insertion entre les différents partenaires (CCOMS, 2013). Les objectifs des CLSM peuvent être variables selon les territoires, mais on retrouve, de manière quasi systématique parmi les priorités visées, l'accès aux soins et la lutte contre l'exclusion des personnes ayant des troubles psychiques (Rhenter, 2011). Le Centre collaborateur OMS pour la Recherche et la formation en santé mentale recensait 65 CLSM opérationnels en 2013 et 55 en projet.

Par ailleurs, de nombreux autres acteurs participent à la prise en charge de la maladie mentale au sein des territoires, que ce soit les associations de patients ou de proches, les maisons des usagers ou des services, dispositifs ou structures alternatifs non gérés par le secteur sanitaire ou médicosocial. Il s'agit notamment des lieux de vie et d'accompagnement, des appartements associatifs, des programmes expérimentaux du type « Un chez soi d'abord » et initiatives du type club-houses tournés vers le rétablissement et visant à renforcer le pouvoir d'agir des personnes (concept d'empowerment). Tous ces espaces interstitiels contribuent fortement à la qualité de vie et du parcours de soins de la personne, mais restent mal identifiés, mal recensés au niveau national et n'ont pas pu être pris en compte dans cette étude.

Cette étude vise à caractériser l'offre et l'organisation de la prise en charge de la maladie mentale, en France, au sein des territoires de santé (*cf.* partie 3.1) et s'intègre dans un projet plus global réalisé pour la Drees, lequel a pour objectifs de réaliser un état des lieux et mesurer les disparités territoriales de la prise en charge de la dépression et de la schizophrénie en établissement de santé en France.

1. Objectifs

Malgré une situation globale favorable en regard des autres pays de l'OCDE en ce qui concerne les capacités d'hospitalisation en psychiatrie et la densité de psychiatres (graphiques 1 et 2), la prise en charge de la santé mentale en France est marquée par de fortes disparités territoriales, régulièrement soulignées dans les nombreux rapports réalisés sur le champ de la psychiatrie depuis les années 2000 (Cour des comptes, 2011 ; Haut Conseil de la santé publique, 2011 ; ministère des Affaires sociales et de la santé, 2012 ; Robiliard, 2013). Si le secteur de psychiatrie mis en place dans les années 1960-1970 avec une équipe pluridisciplinaire en charge de la prévention, du soin et de la réinsertion des personnes souffrant de troubles psychiques au sein d'un territoire géographiquement défini a longtemps constitué un cadre organisationnel ou fonctionnel commun, les capacités d'accueil et les moyens humains, mais également les pratiques organisationnelles sont très disparates, de même que le degré d'engagement dans la psychiatrie communautaire. Et les évolutions ont souvent accompagné les inégalités existantes plutôt que de les corriger. A ces disparités propres au secteur psychiatrique s'ajoutent des disparités d'implantation de l'offre de soins non sectorisée, mais aussi des structures et services d'hébergement et d'accompagnement médicosocial et social des personnes en situation de handicap psychique. Cet ensemble aboutit à des situations très diversifiées en matière d'offre et d'organisation des soins en psychiatrie entre les territoires. Les différents segments participant à la prise en charge des maladies mentales obéissent à des logiques d'implantation différentes, qui ont contribué à façonner le paysage psychiatrique français (Coldefy, 2005).

L'objectif de cette étude est de décrire les disparités d'offre et d'organisation des soins en psychiatrie. Ces disparités, pointées dans les rapports officiels, sont souvent présentées segment par segment d'offre de soins. Notre objectif est de proposer, d'une part, une photographie actualisée des disparités d'offre et d'organisation des soins en psychiatrie à partir des bases de données existantes au niveau national et, d'autre part, une approche plus globale de ces disparités en adoptant une vision systémique.

Ce travail fait suite à différentes études ayant analysé les disparités d'offre de soins en psychiatrie d'un point de vue systémique, que ce soit à l'échelle des départements (Coldefy, 2005) ou des secteurs de psychiatrie générale (Coldefy *et al.*, 2009). Ces études dressent des états des lieux en 2003 ou 2004. La présente étude vise à actualiser ces éléments de contexte. Elle s'intègre dans un ensemble de projets de recherche développés à l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes) sur la variabilité des prises en charge en psychiatrie. Les disparités géographiques d'offre de soins posent en effet question par rapport aux notions d'équité dans l'accès à des soins de qualité. Les éventuelles conséquences de ces disparités sur le recours et les prises en charge proposées font l'objet d'analyses menées à l'Irdes. Si une partie de la variabilité est souhaitable et justifiée dans la mesure où l'offre s'adapte aux besoins différenciés des territoires, les différences importantes entre territoires nécessitent d'interroger les pratiques et les organisations.

La caractérisation de l'offre de soins en psychiatrie ne peut se limiter à quantifier des capacités d'accueil ou des équivalents temps plein (ETP) de professionnels. Différents acteurs du soin interviennent au sein d'un territoire de santé pour prendre en charge la maladie mentale : établissements de santé, publics et privés, sectorisés ou non, professionnels libéraux. La gamme de services proposés par ces acteurs est très variée et développée

Les disparités territoriales d'offre et d'organisation des soins en psychiatrie en France...

Objectifs

Irdes décembre 2014

de manière très hétérogène sur le territoire national. Nous proposons ici, après avoir décrit les bases de données médico-administratives mobilisées et les indicateurs mis au point afin de caractériser cette offre et cette organisation des soins, d'élaborer une typologie de l'offre de soins psychiatriques par territoire de santé prenant en compte les aspects quantitatifs et qualitatifs de l'organisation des soins.

2. Méthodologie

2.1. Échelle géographique d'analyse de l'organisation des soins en psychiatrie

L'échelle d'analyse choisie pour cette étude est celle des territoires de santé suivant ainsi l'évolution, d'une part, de la planification des soins en psychiatrie et, d'autre part, de l'unité de diffusion des systèmes d'information. Par rapport aux études citées précédemment, celle-ci étend le champ des offreurs de soins au secteur privé et aux autres acteurs de la prise en charge de la maladie mentale, les secteurs sanitaires, sociaux ou citoyens, proposant ainsi une approche plus globale de l'organisation de la prise en charge de la maladie mentale. Depuis les années 2000, ces différents acteurs sont invités à contribuer à la prise en charge de la maladie mentale à l'échelle des territoires de santé.

Le territoire de santé est progressivement devenu l'unité de planification et d'organisation des soins en psychiatrie. Depuis la mise en place de la politique de sectorisation psychiatrique dans les années 1960, de nouveaux acteurs de la prise en charge de la santé mentale ont émergé avec le développement de la psychiatrie privée libérale et hospitalière et le rôle important des médecins généralistes dans la prise en charge des troubles psychiques. Depuis 2003, le secteur psychiatrique n'est plus désigné comme l'acteur exclusif des missions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale dans le cadre de la lutte contre les maladies mentales¹. Les secteurs sont appelés à contribuer avec les établissements de santé privés non sectorisés à la lutte contre les maladies mentales au sein des territoires de santé, répondant ainsi à un souhait de cohérence de découpage entre l'offre de soins somatiques et psychiatriques. Cet ancrage territorial est renforcé avec la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) et la mise en place des Agences régionales de santé (ARS) élargissant les compétences des anciennes Agences régionales de l'hospitalisation (ARH) aux soins de ville et au secteur médicosocial, dont le rôle est particulièrement important en psychiatrie.

Nous avons donc choisi de qualifier l'organisation de la prise en charge des maladies mentales à l'échelle des territoires de santé. Le plan Psychiatrie, santé mentale 2011-2015 décrit le territoire de santé et l'organisation départementale comme le territoire de coordination entre professionnels libéraux, établissements de santé et établissements et services médicosociaux et sociaux. En ce sens, il s'agit d'une échelle pertinente de mesure de l'organisation des soins psychiatriques.

Définis par les ARS, les territoires de santé correspondent au niveau territorial de planification et d'organisation des soins en France. Pour ce qui est de l'offre de soins spécifique à la psychiatrie, le territoire de santé est le niveau privilégié auquel doit être notamment organisé le circuit de l'urgence, assuré la continuité des prises en charge à travers la coopération avec les partenaires sociaux et médicosociaux.

¹ Circulaire du 25 octobre 2004 relative à l'élaboration du volet psychiatrie et santé mentale du schéma régional d'organisation sanitaire de troisième génération.

À ce jour, la France métropolitaine est découpée en 99 territoires de santé. Si la plupart des régions administratives ont choisi le département comme unité territoriale de référence (Lucas, Coldefy, 2012), trois d'entre elles ont néanmoins opté pour un niveau territorial supérieur au département, à savoir un regroupement de départements, voire la région administrative elle-même. Les régions concernées sont la Champagne-Ardenne, le Limousin et la Franche-Comté. Pour ces dernières, afin d'élaborer des indicateurs d'offre et d'organisation des soins en psychiatrie plutôt que d'utiliser le territoire de santé comme cela a été le cas pour les autres régions administratives, nous avons privilégié le département. De cette manière, le territoire métropolitain est considéré à partir de 106 territoires de santé ou départements lorsque les limites spatiales du territoire de santé débordent les limites départementales (carte 1). En France métropolitaine, selon les données du recensement de la population de 2009, la taille des territoires de santé est très hétérogène, elle varie de moins de 80 000 habitants en Lozère à plus de 2 millions à Paris et dans le territoire de santé « Est » de la région Rhône-Alpes.

La volonté nationale d'intégrer la sectorisation psychiatrique à la planification générale des soins s'est également traduite dans les systèmes d'information. Les Rapports d'activité de psychiatrie (Rapsy) ont ainsi remplacé les Rapports d'activité de secteurs (RAS)

Carte 1. 106 territoires de santé ou départements en France métropolitaine



étendant le champ des établissements interrogés aux établissements non sectorisés (publics et privés) et modifiant l'unité d'interrogation du secteur à l'établissement et aux structures de prise en charge. Cette évolution du recueil d'informations ne permet plus de qualifier de manière fiable l'organisation des soins et les pratiques au niveau des secteurs de psychiatrie. De même, le développement des dispositifs intersectoriels et le fonctionnement en pôles au sein des établissements de santé rend la mesure de l'activité au niveau des secteurs difficile, voire impossible à partir des systèmes d'information nationaux.

2.2. Identification des bases de données pertinentes pour caractériser l'offre et l'organisation des soins en psychiatrie

Comme évoqué précédemment, la prise en charge de la santé mentale en France repose sur de multiples acteurs, à la fois sanitaires, médicosociaux et sociaux. Le système d'information en santé français est riche et permet en mobilisant différentes sources de caractériser ces différents segments de l'offre et de l'organisation des soins. Selon les territoires, ces acteurs vont intervenir dans des contextes géographiques et socio-économiques différents. Ces territoires comportent une présence inégale de certains types de population pouvant impacter l'organisation des soins en psychiatrie (population âgée, population précaire...) que nous avons également pris en compte pour caractériser les territoires. Le champ de notre étude se limite à la psychiatrie générale (adulte). La prise en charge des enfants et adolescents (psychiatrie infanto-juvénile) mobilise, quant à elle, des services et partenaires spécifiques qui mériteraient une étude à part entière.

Aussi, de nombreuses bases de données nationales (enquêtes, bases médico-administratives ou répertoires) ont été identifiées et mobilisées pour caractériser l'offre de soins en psychiatrie générale en France :

- La Statistique annuelle des établissements de santé (SAE), les Rapports d'activité de psychiatrie (Rapsy), le Recueil d'information médicalisée en psychiatrie (Rim-P), le Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie (Sniiram) pour le secteur sanitaire
- L'enquête Etablissements sociaux (ES) pour le secteur médicosocial
- Les répertoires des Groupes d'entraide mutuelle (Gem) et des Conseils locaux de santé mentale (CLSM) pour les acteurs et dispositifs « interstitiels »
- Le recensement de la population pour les dénominateurs et le contexte de vie

2.2.1. La Statistique annuelle des établissements de santé (SAE)

La SAE est une enquête administrative obligatoire et exhaustive, réalisée annuellement par la Drees, auprès des établissements de santé, publics et privés, situés sur le territoire français. Cette enquête recueille des informations détaillées sur l'activité et les ressources en équipement et en personnel dans les établissements de santé, que ceux-ci aient ou non une autorisation d'activité en psychiatrie. Depuis 2006, un bordereau de cette enquête est spécifiquement consacré à la psychiatrie (annexe 1). Toutefois, des informations contenues dans d'autres bordereaux s'avèrent également intéressantes pour le présent projet. Pour caractériser l'offre de soins au niveau du territoire de santé (ou du département), nous recourons au millésime 2011 de la SAE.

2.2.2. Les Rapports d'activité de psychiatrie (Rapsy)

Les Rapsy émanent d'une enquête nationale, réalisée ponctuellement par la Drees en 2009 sur l'année 2008, auprès de l'ensemble des établissements de santé, publics ou privés, ayant une autorisation d'activité en psychiatrie en France. Sur près des 600 établissements de santé interrogés sur leur activité durant l'année 2008, 483 d'entre eux ont répondu, portant le taux de réponse à 81 %. Cette enquête a visé le recueil d'informations détaillées, à la fois quantitatives et qualitatives, sur l'offre et l'organisation des prises en charge en santé mentale de ces établissements. Les Rapsy ont succédé aux rapports d'activité de secteurs (RAS) dont le champ d'enquête se limitait à la psychiatrie sectorisée. En interrogeant les établissements sur leur activité et les modalités de prise en charge des patients, l'organisation des soins et les pratiques professionnelles en matière notamment d'accès aux soins, d'actions de prévention et d'insertion sociale, de prises en charge spécifiques ou encore de lien avec la médecine générale (annexes 2, 3, 4 et 5), les informations contenues dans les Rapsy complètent celles issues de la SAE et permettent donc d'aller plus avant dans la spécification, au niveau du territoire de santé (ou du département), de l'offre et de l'organisation des soins en psychiatrie.

2.2.3. Le Recueil d'information médicalisée en psychiatrie (Rim-P)

Le Rim-P, équivalent du Programme de médicalisation des systèmes d'information en médecine, chirurgie, obstétrique (PMSI MCO), a été généralisé en 2006 à l'ensemble des établissements de santé français ayant une autorisation d'activité en psychiatrie. Cette base de données médico-administratives est produite annuellement par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) à partir des informations remontées par chaque établissement de santé ayant une autorisation d'activité en psychiatrie pour l'ensemble des patients pris en charge dans l'année au sein de l'établissement, que cette prise en charge soit à temps complet, à temps partiel ou en ambulatoire. Dans le cadre de la définition d'une typologie de l'offre et de l'organisation des soins en psychiatrie générale, nous recourons à ce recueil de données, dans sa version 2011, pour élaborer, au niveau du territoire de santé (ou du département), un indicateur qui rende compte de la diversité des prises en charge en psychiatrie en établissement de santé.

2.2.4. Le Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie (Sniiram)

Le Sniiram est un entrepôt de données géré par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts) regroupant des informations provenant des remboursements pour les soins réalisés en médecine de ville, ainsi que sur la consommation de soins en établissement de santé. Cette base de données médico-administratives est exploitée de manière à mettre au point des indicateurs d'offre de soins de ville, à la fois en médecins psychiatres et en médecins généralistes, selon le secteur conventionnel d'exercice.

2.2.5. L'enquête Etablissements sociaux (ES)

L'enquête ES est une enquête exhaustive, réalisée régulièrement par la Drees, scindée en deux volets : « handicap », d'une part, et « difficulté sociale », d'autre part. Sa dernière édition date de 2010. Nous exploitons dans le cadre de ce travail le volet « handicap » de cette enquête qui porte sur les structures, c'est-à-dire les établissements et les services, en faveur des personnes en situation de handicap. Si ce volet comporte des informations relatives à la fois aux enfants et aux adultes, seules celles se rapportant aux adultes sont considé-

rées. Cette source de données est sollicitée pour caractériser l'offre sociale et médicosociale en faveur des adultes en situation de handicap psychique au niveau du territoire de santé (ou du département).

2.2.6. Les répertoires des Groupes d'entraide mutuelle (Gem) et des Conseils locaux de santé mentale (CLSM)

Les Gem et les CLSM constituent des lieux d'échanges et des dispositifs de concertation, non recensés par les systèmes d'information nationaux en santé, contribuant à l'amélioration de la qualité de vie et de la prise en charge de la santé mentale sur les territoires. La liste des Gem existants nous a été fournie par le Psycom75, tandis que les listes des CLSM respectivement opérationnels et en cours nous ont été procurées par le Centre collaborateur de OMS pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS). Ces listes de Gem et de CLSM correspondent à un état des lieux en 2013 et sont exploitées pour informer, au niveau du territoire de santé (ou du département), sur ce type de dispositifs interstitiels qui viennent compléter la prise en charge strictement sanitaire ou médicosociale en favorisant l'inclusion sociale des personnes et la coordination entre les acteurs.

2.2.7. Le recensement de la population et les revenus fiscaux localisés des ménages

Les données communales de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) sont utilisées pour construire les indicateurs mobilisés en fournissant le dénominateur populationnel, ainsi que pour qualifier le contexte de vie local. Dans cet objectif, nous avons exploité le recensement de la population et les revenus fiscaux localisés des ménages afin de décrire les populations et le contexte socio-économique. Par ailleurs, nous avons croisé le zonage en aires urbaines 2010, lequel repose sur une logique fonctionnelle, et le zonage en unités urbaines 2010, construits à partir d'une logique morphologique, de manière à déterminer la typologie de l'espace, autrement dit le degré d'urbanité/ruralité des territoires. Cette qualification des territoires est utilisée pour apprécier le contexte géographique dans lequel s'inscrivent les organisations de soins observées.

2.3. Élaboration des indicateurs d'offre et d'organisation des soins en psychiatrie générale au niveau du territoire de santé (ou département)

Les enquêtes, les bases médico-administratives et les répertoires identifiés pour rendre compte des divers aspects qui sous-tendent l'offre et l'organisation des soins en psychiatrie générale en France proposent des informations à différents niveaux :

- L'établissement de santé (SAE, Rapsy, Rim-P)
- La structure sanitaire de prise en charge (Rapsy)
- La structure ou le service médicosocial ou social (enquête ES)
- La commune (SAE, Rapsy, Sniiram, Gem, CLSM, recensement de la population, revenus fiscaux localisés des ménages)
- La zone géographique PMSI² (Rim-P)

² Une zone géographique PMSI correspond, le plus souvent, à une zone postale ou à un regroupement de zones postales. Ce zonage est conçu par l'ATIH afin d'assurer la confidentialité des données sur l'hospitalisation.

L'examen des sources de données présentées précédemment nous a permis de retenir plusieurs variables et de déterminer les indicateurs à construire pour décrire l'offre et l'organisation des soins en psychiatrie générale au niveau des territoires de santé (ou départements).

Nous ne nous sommes pas contentés de dénombrer au niveau du territoire de santé (ou du département) les phénomènes que nous souhaitions caractériser. Il s'est agi de mettre au point des indicateurs ayant du sens et autorisant une mise en perspective des territoires de santé (ou départements) français. Par exemple, il n'aurait pas été pertinent dans une démarche comparative de considérer un effectif de médecins généralistes sans le rapporter à la population pouvant y recourir. Sans cette précaution, nous aurions pu conclure de manière erronée qu'un territoire de santé donné dispose d'une offre en médecins généralistes plus importante qu'un autre territoire, alors même que sa population est plus conséquente que celle de l'autre territoire. En intégrant cette dernière information, le premier territoire de santé a beau avoir un nombre plus élevé de médecins généralistes, étant donné sa population, il dispose d'une moindre offre que le second territoire de santé relativement auquel il est examiné.

Par conséquent, les nombreux indicateurs construits sont plus ou moins élaborés. Certains correspondent à des effectifs (nombre d'établissements de santé autorisés en psychiatrie...), des proportions (part de la population résidant dans une commune appartenant à un grand pôle urbain...) ou des densités (nombre de psychiatres libéraux pour 100 000 habitants âgés de 16 ans et plus...), des moyennes (nombre moyen d'actions inscrites dans des programmes de promotion de la santé mentale par établissement de santé...) ou des distances moyennes (temps moyen entre les heures pleines et les heures creuses d'accès par la route à l'établissement pénitentiaire le plus proche pondéré par la population âgée de 16 ans et plus), tandis que d'autres, en combinant plusieurs indicateurs, constituent des indicateurs synthétiques (indicateur de diversité des prises en charge en psychiatrie générale en établissement de santé – encadré 1 dans l'annexe 7 –), l'un d'eux étant qualifié de score (score de prise en charge somatique en établissement de santé – encadré 2 dans l'annexe 7). Tous les indicateurs mis au point sont listés en annexe de ce rapport (ainsi que le producteur, la source et l'année de la variable au numérateur ayant servi à la construction de chaque indicateur). Aux fins de cette étude, ces indicateurs sont construits au niveau du territoire de santé (ou du département).

Ces indicateurs permettent d'apprécier plusieurs thématiques qu'il nous paraissait important de considérer face aux disparités territoriales de recours aux soins en psychiatrie :

- L'offre et l'organisation des soins au sein des établissements de santé :
 - Les caractéristiques générales des établissements de santé (tableau 3 dans l'annexe 6)
 - Les capacités d'accueil des établissements de santé : prises en charge à temps complet, à temps partiel, en ambulatoire et spécifiques (tableau 4 dans l'annexe 6)
 - L'activité des établissements de santé : file active déclinée en plusieurs approches, prises en charge à temps complet, à temps partiel, en ambulatoire et spécifiques (tableau 5 dans l'annexe 6)
 - Le personnel des établissements de santé : le personnel médical, d'une part, et le personnel des services de soins, d'autre part (tableau 6 dans l'annexe 6)
 - L'organisation des soins et les pratiques professionnelles au sein des établissements de santé (tableau 7 dans l'annexe 6) :
 - . Organisation générale et spécifique des prises en charge
 - . Accueil dans les services de psychiatrie
 - . Accueil de nouveaux patients

- . Permanence des soins
 - . Continuité des soins
 - . Ouverture
 - . Accessibilité aux services de soins
 - . Promotion de la santé, prévention et dépistage, insertion sociale
 - . Partenariats et collaborations
 - . Prise en charge somatique
 - . Prise en charge des addictions
 - . Prise en charge sans consentement et situations difficiles
 - . Accueil, orientation et prise en charge des urgences psychiatriques en dehors des services de psychiatrie
 - . Psychiatrie de liaison
 - . Intervention dans les champs du social et du médicosocial
 - . Lien avec l'environnement
- L'offre de soins libérale en médecins généralistes et psychiatres (tableau 8 dans l'annexe 6)
 - L'offre médicosociale et sociale à travers les initiatives communautaires et la prise en charge en établissements médicosociaux (tableau 9 dans l'annexe 6)
 - Le contexte démographique et géographique des territoires (tableau 10 dans l'annexe 6)

Ainsi, ces indicateurs visent à qualifier l'offre et l'organisation des soins sur un territoire en matière de moyens à la fois humains et en équipement, en fonction des types d'offre (publique, privée, sanitaire, médicosociale, sociale, variété des structures), en fonction de l'ouverture vers l'environnement et des liens avec les différents acteurs du territoire, et enfin s'agissant d'étayage du parcours de soins de la personne.

D'autres indicateurs méritaient aussi d'être considérés à titre illustratif dans l'analyse permettant d'aboutir à une typologie de l'offre et de l'organisation des soins en psychiatrie au niveau des territoires de santé (ou départements). S'ils ne rendent pas compte de l'offre ou de l'organisation des soins en psychiatrie, ils permettent d'apprécier le contexte socio-économique au sein duquel elles opèrent. La caractérisation socio-économique des territoires est abordée, dans le cadre de ce projet, à travers des indicateurs décrivant la structure par âge de la population, le degré d'urbanité, ainsi que le niveau de revenus des populations au sein des territoires de santé (ou départements) [tableau 10 dans l'annexe 6]. Les disparités internes au territoire de santé peuvent être considérables en la matière. Aussi, nous avons conscience que ce niveau n'est pas le plus adéquat pour observer ces caractéristiques que nous recommandons d'appréhender à un niveau plus fin.

2.4. Construction d'une typologie des territoires de santé à partir d'une Analyse en composantes principales (ACP) suivi d'une Classification ascendante hiérarchique (CAH)

La production à proprement parler d'une typologie de l'offre et de l'organisation des soins en psychiatrie générale au niveau des territoires de santé (ou départements) français s'est déroulée en deux étapes successives : d'abord une ACP normée³, puis une CAH, toutes deux correspondant à des méthodes descriptives de l'analyse multivariée bien adaptées à l'appréhension d'un ensemble d'indicateurs quantitatifs.

³ Cela signifie que les indicateurs à partir desquels l'ACP a été mise en œuvre ont préalablement été centrés et réduits (autrement dit standardisés) de manière à faire ressortir leurs structures plutôt que leurs ordres de grandeur.

L'ACP est une méthode statistique qui, en définissant de nouveaux indicateurs sous forme d'axes factoriels, hiérarchise l'information contenue dans un ensemble d'indicateurs initiaux (47 indicateurs sélectionnés parmi ceux élaborés pour rendre compte de l'offre et de l'organisation des soins en psychiatrie). En sélectionnant les premiers parmi les nouveaux indicateurs, on capte les informations principales détenues par les indicateurs initiaux, dont on obtient alors un bon résumé. Pour procéder à l'ACP et interpréter ses résultats, nous avons mobilisé des indicateurs actifs et d'autres illustratifs. Ces derniers ne contribuent pas à la construction des axes factoriels, mais aident à les décrire.

Les 47 indicateurs actifs sélectionnés dans l'ACP sont les suivants :

- Densité de lits d'hospitalisation à temps plein en psychiatrie tous types d'établissements confondus pour 100 000 habitants de 16 ans et plus
- Taux d'occupation des lits en psychiatrie générale des établissements de santé
- Flux d'admissions en psychiatrie générale
- Part des lits rattachés à un établissement public général
- Part des lits rattachés à un établissement public spécialisé
- Part des lits rattachés à un établissement privé à but lucratif
- Part des lits rattachés à un Etablissement de santé privé d'intérêt collectif (Espic)
- Densité de lits ou places de prises en charge à temps complet *alternatives* au temps plein pour 100 000 habitants de 16 ans et plus
- Densité de places d'hospitalisation à temps partiel tous types d'établissements confondus pour 100 000 habitants de 16 ans et plus
- Densité de structures d'accueil en Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) et ateliers thérapeutiques pour 100 000 habitants de 16 ans et plus
- Densité de Centres médico-psychologiques (CMP) pour 100 000 habitants de 16 ans et plus
- Densité de lits des unités spécialisées dans la prise en charge des patients difficiles pour 100 000 habitants de 16 ans et plus
- Densité de lits des unités 72 h pour 100 000 habitants de 16 ans et plus
- Indicateur de diversité des prises en charge en psychiatrie (hors établissements privés lucratifs ; encadré 1 dans l'annexe 7)
- Densité d'actes ambulatoires dans la population de 16 ans et plus
- Densité d'actes ambulatoires à domicile dans la population de 16 ans et plus
- Densité de salariés médicaux (en ETP) tous types d'établissements confondus pour 100 000 habitants de 16 ans et plus
- Part des salariés médicaux non psychiatres dans le total des salariés médicaux (en ETP) tous types d'établissements confondus
- Densité d'infirmiers et cadres (en ETP) tous types d'établissements confondus pour 100 000 habitants de 16 ans et plus
- Densité d'aides-soignants (en ETP) tous types d'établissements confondus pour 100 000 habitants de 16 ans et plus
- Densité de psychologues (en ETP) tous types d'établissements confondus pour 100 000 habitants de 16 ans et plus

- Densité de personnels de rééducation et de personnels éducatifs et sociaux (en ETP) tous types d'établissements confondus pour 100 000 habitants de 16 ans et plus
- Taux de patients suivis dans un établissement disposant d'une équipe mobile spécialisée rapporté à la population de 16 ans et plus
- Part des salariés exerçant en unité temps plein en établissement public et en Espic
- Part des structures CMP ouvertes 5 jours et plus par semaine
- Part des unités de structures ambulatoires ouvertes au moins un jour par semaine après 18 heures
- Part des unités ouvertes toute l'année dans le total des unités des structures à temps partiel ou ambulatoires
- Part des structures à temps complet, à temps partiel ou ambulatoires situées ailleurs que dans l'établissement de rattachement
- Nombre moyen d'actions de promotion, de prévention ou d'insertion par établissement
- Taux de patients suivis dans un établissement ayant un conseil de secteur rapporté à la population de 16 ans et plus
- Taux de patients suivis dans un établissement participant à un réseau de santé mentale rapporté à la population de 16 ans et plus
- Score de prise en charge somatique (encadré 2 ans l'annexe 7)
- Part des chambres d'isolement dans le total des lits d'hospitalisation à temps plein
- Taux de patients suivis dans un établissement ayant un dispositif de réponse à l'urgence « 24 h sur 24 » rapporté à la population de 16 ans et plus
- Taux de patients suivis dans un établissement disposant d'une équipe dédiée à l'intervention dans le champ social et médicosocial rapporté à la population de 16 ans et plus
- Au moins une structure à temps complet, à temps partiel ou ambulatoire du territoire de santé (ou département) prend toujours ou souvent contact avec le médecin généraliste qui a adressé le patient
- Densité de médecins généralistes pour 100 000 habitants de 16 ans et plus
- Densité de médecins psychiatres libéraux pour 100 000 habitants de 16 ans et plus
- Part de médecins psychiatres libéraux conventionnés secteur 1 parmi les médecins psychiatres libéraux
- Densité de CLSM opérationnels pour 100 000 habitants de 16 ans et plus
- Densité de Gem pour 100 000 habitants de 16 ans et plus
- Densité d'adultes accueillis au 31/12/2010 présentant des troubles du psychisme⁴ dans les structures médicosociales sélectionnées⁵ pour 100 000 habitants de 16 ans et plus
- Densité d'adultes accueillis au 31/12/2010 dans les structures médicosociales sélectionnées⁵ correspondant à des Maisons d'accueil spécialisées (Mas) pour 100 000 habitants de 16 ans et plus

⁴ Les adultes présentant des troubles du psychisme sont identifiés parce qu'ils comportent la modalité « troubles du psychisme » et pas la modalité « retard mental » en déficience principale ou associée, ni la modalité « autisme et autres troubles » en pathologie.

⁵ Les structures médicosociales sélectionnées sont celles accueillant au moins un adulte présentant des troubles du psychisme⁷.

- Densité d'adultes accueillis au 31/12/2010 dans les structures médicosociales sélectionnées⁵ correspondant à des Foyers d'accueil médicalisés pour adultes handicapés (Fam) pour 100 000 habitants de 16 ans et plus
- Densité d'adultes accueillis au 31/12/2010 dans les structures médicosociales sélectionnées⁵ correspondant à des Services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) et Services d'accompagnement médicosocial pour adultes handicapés (Samsah) pour 100 000 habitants de 16 ans et plus
- Densité de psychiatres/pédopsychiatres et de psychologues cumulés (ETP) des structures sélectionnées⁵ pour 100 000 habitants de 16 ans et plus
- Nombre cumulé de premières entrées et de sorties définitives au cours de l'année 2010 pour 100 présents au 31/12/2010 dans les unités

Cette ACP comporte 279 indicateurs illustratifs. Ceux-ci n'interviennent pas dans la construction des nouveaux indicateurs, mais aident à mieux comprendre la réorganisation de l'information.

Par ailleurs, du fait de leurs caractéristiques atypiques, nous avons décidé d'attribuer un rôle illustratif à trois territoires : l'« Oise-Ouest » en Picardie, « Pontivy-Loudéac » en Bretagne et la « Lozère » en Languedoc-Roussillon. Ces territoires ne contribuent pas à la construction des axes factoriels mais peuvent y être projetés et donc décrits et rattachés à la classe de la typologie qui leur ressemble le plus.

L'analyse des paliers de décroissance des valeurs propres nous a amenées à conserver les sept premiers axes factoriels de cette ACP à partir desquels nous avons mené une CAH.

La CAH a pour objectif le regroupement de zones en un nombre restreint de classes homogènes, autrement dit d'aboutir à une typologie. Nous avons donc mis en œuvre cette méthode statistique à partir des sept facteurs de l'ACP retenus de manière à aboutir à notre typologie de l'offre et de l'organisation des soins en psychiatrie générale au niveau des territoires de santé (ou départements).

Cette typologie est décrite en détail dans la partie 5 de ce rapport. Avant d'en dire plus sur cette analyse synthétique de l'offre et de l'organisation des soins en psychiatrie, nous tenions à expliciter et décrire de manière segmentée chacune des dimensions y prenant part.

3. L'offre de soins en psychiatrie en 2011

Cette étude sur les disparités d'offre de soins en psychiatrie est l'occasion de présenter des données statistiques actualisées et les plus complètes possibles sur le paysage psychiatrique français.

En France, la prise en charge de la santé mentale est plurielle. Elle procède de dimensions diverses, relevant du secteur sanitaire, aussi bien hospitalier que libéral, du secteur médicosocial, du secteur social, ainsi que d'initiatives « communautaires ». L'offre de prise en charge proposée par chacune de ces dimensions est hétérogène dans l'espace, tant en nature qu'en intensité, dans la mesure où chacune d'elles obéit à des logiques propres d'implantation. Ainsi, des disparités apparaissent à travers l'espace national, aussi bien en regard de l'équipement, du personnel, des pratiques organisationnelles, que de l'activité. En effet, si certains territoires français s'avèrent bien dotés, relativement à une offre spécifique ou à un ensemble d'offres, ce n'est pas le cas de tous.

Par ailleurs, il importe de prendre en considération, d'une part, le contexte sanitaire et, d'autre part, le contexte socio-économique et géographique des territoires dans lequel s'insère l'offre de soins en psychiatrie dans la mesure où ceux-ci ne sont pas indépendants. En effet, le tout forme un système en interaction.

3.1. L'offre des établissements de santé

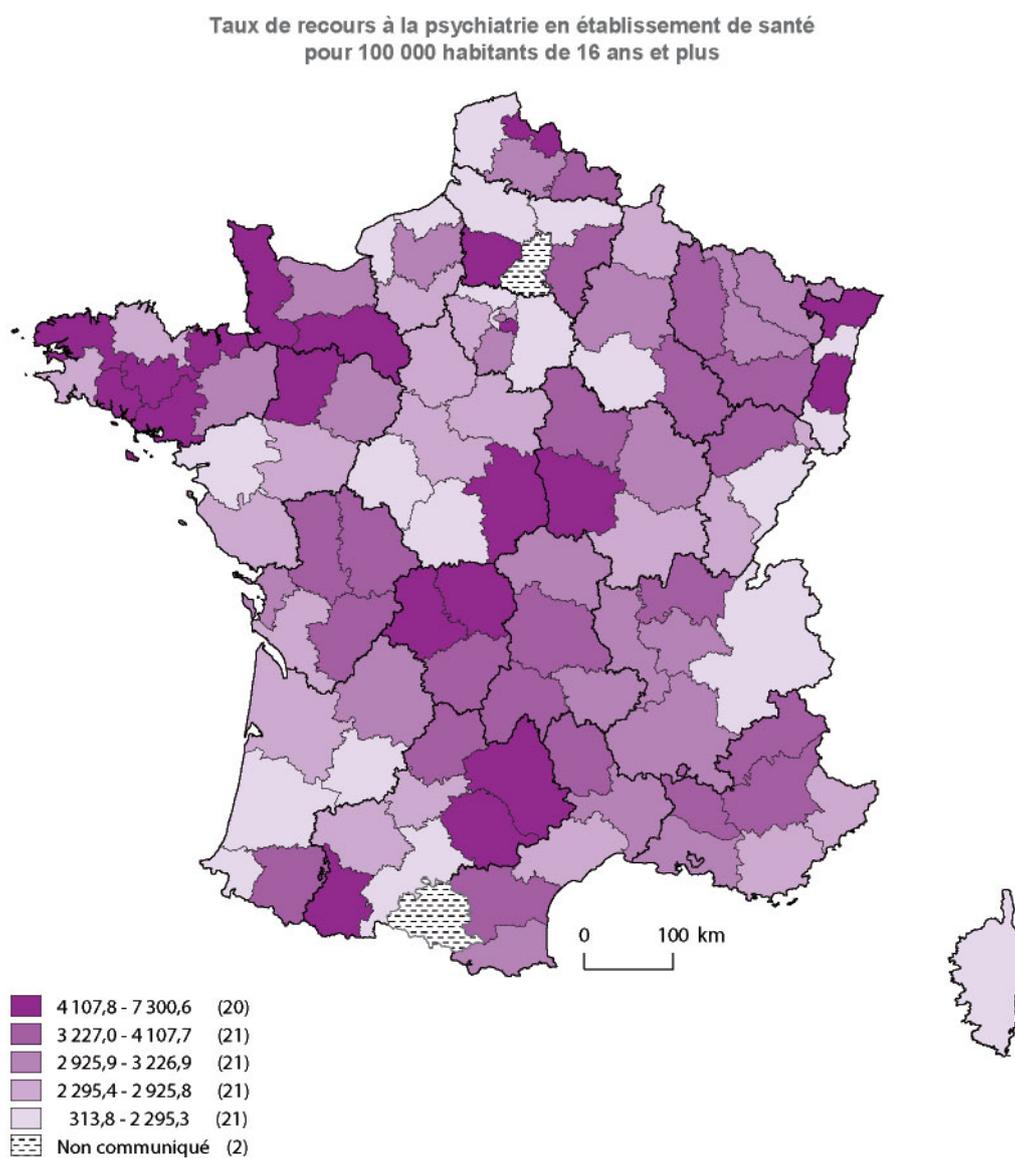
Relativement à l'offre de soins hospitaliers proposée en psychiatrie, des disparités entre les territoires de santé (ou départements) existent. Celles-ci se lisent non seulement à l'examen des différents types de modalités de soins, mais également à l'analyse des nombreux types de structures de prise en charge :

- Pour les prises en charge à temps complet, avec l'hospitalisation à temps plein, d'un côté, et ses alternatives dans des structures comme les centres de postcure psychiatrique, l'accueil familial thérapeutique, l'hospitalisation à domicile..., d'un autre côté
- Pour les prises en charge à temps partiel, avec l'hospitalisation de jour ou de nuit, ainsi que les places en CATTP et en ateliers thérapeutiques
- Pour les prises en charge en ambulatoire en CMP, en unité somatique...

Cette diversité en matière de modalités et de structures destinées aux soins en psychiatrie est censée répondre par des prises en charge adaptées à la variété des pathologies psychiatriques existantes, mais aussi aux phases successives correspondant à ces pathologies. En outre, selon qu'elle émane d'établissements de santé publics généraux, d'établissements de santé publics spécialisés, d'établissements de santé privés à but lucratif ou d'Espic, l'offre de soins en psychiatrie diffère en nature et en intensité.

En 2011, la SAE recensait 562 établissements en France métropolitaine titulaires d'une autorisation d'activité de soins en psychiatrie générale au sens de l'article R6122-25 du code de la santé publique, que ces établissements soient publics ou privés, sectorisés ou non. Selon la SAE, ces établissements de santé ont pris en charge 1 488 210 personnes en

Carte 2 File active en psychiatrie générale en établissement de santé en 2011



Discrétisation selon les quantiles

Source : Drees-SAE, 2011

© Irdes 2014

psychiatrie générale en 2011, dont environ 27 % de nouveaux patients (Rapsy, 2008). Au sein de ces établissements, il existe une variété de modalités de soins. Ces modalités peuvent intervenir de manière exclusive ou en alternance pour un même patient. Parmi la file active⁶ de 2011, 22,1 % des personnes ont été hospitalisées à temps plein dans l'année. Ce chiffre suggère immédiatement l'importance des autres modalités de soins. 71,1 % personnes ont été exclusivement vues en ambulatoire, faisant de ce type de prise en charge la modalité de soins majoritaire (source SAE Diffusion⁷). À partir du Rim-P, nous avons élaboré un indicateur de diversité des prises en charge à partir des prises en charge en psychiatrie (encadré 1 dans l'annexe 7) qui rend compte du nombre moyen de natures différentes de prises en charge (à temps complet, à temps partiel ou en ambulatoire) par patient, que nous avons estimé à 1,2 en France métropolitaine en 2011.

Selon la SAE, près de 30 habitants sur 1 000 âgés de 16 ans et plus ont eu recours à la psychiatrie en établissement de santé en France en 2011. Entre les territoires de santé (ou départements), ce taux de recours varie dans un rapport de 1 à 23 (carte 2). Ainsi, la Corse présente le plus faible taux s'élevant à 3 pour 1 000, tandis que le territoire de santé de l'Oise-Ouest enregistre un taux de recours de 73 pour 1 000 habitants, le plus important de France métropolitaine.

3.1.1. Les prises en charge à temps complet en établissement de santé

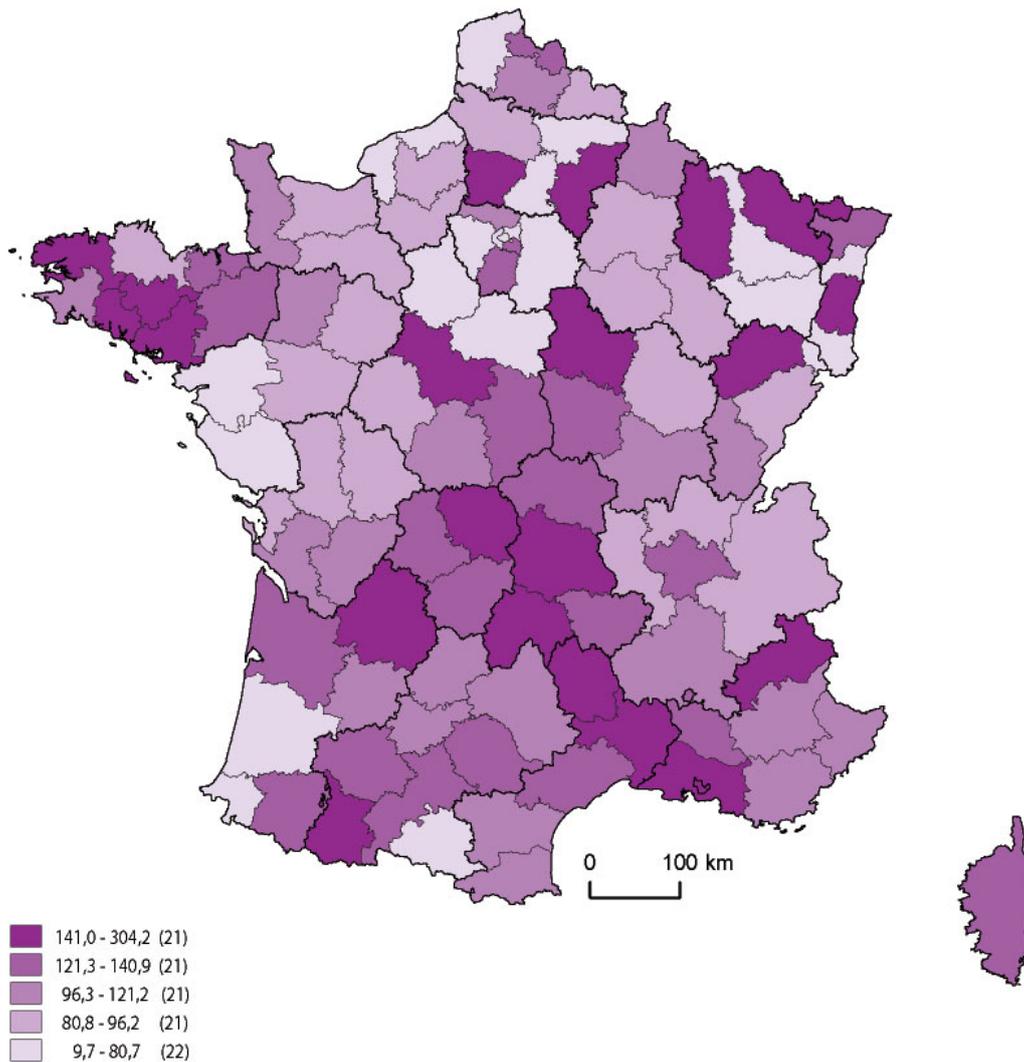
En 2011 selon la SAE, les 53 407 lits d'hospitalisation à temps plein (ou d'hospitalisation complète) en psychiatrie générale des établissements de santé métropolitains se répartissaient à hauteur de 64,4 % dans le secteur public (21,6 % dans le public général et 42,8 % dans le public spécialisé), de 13,5 % dans les Espic et de 22,1 % dans le secteur privé à but lucratif. La densité de lits, tous types d'établissements de santé confondus, varie entre les territoires de santé (ou département) le moins et le plus équipé de 9,7 (territoire de santé constitué autour du Havre) à 304,2 (territoire de santé de l'Oise-Ouest) lits d'hospitalisation à temps plein pour 100 000 habitants de 16 ans et plus (carte 3a). Les disparités s'avèrent encore plus marquées entre les territoires dès lors que l'on raisonne par statut et catégorie d'établissement (cartes 3b, 3c, 3d et 3e). Ainsi le secteur public spécialisé est absent de 37 territoires de santé (ou départements) alors qu'il a le monopole de la prise en charge de la santé mentale dans 9 territoires de santé (Lozère, Vienne, Jura, Vosges, Ardennes, Aube, Haute-Marne, Oise-Ouest, Haguenau), avec une densité maximum de lits dans le territoire de santé de l'Oise-Ouest (304,2 lits pour 100 000 habitants). La psychiatrie à l'hôpital général est absente de 35 territoires de santé (ou départements), mais constitue l'offre exclusive dans 6 territoires (Alpes de Haute-Provence, Ariège, Charente-Maritime Nord, Deux-Sèvres, territoires du Havre et de Dieppe) et sa meilleure représentation apparaît dans le territoire de santé de « Brest/Carhaix/Morlaix » où il obtient une densité de 130,0 lits d'hospitalisation à temps plein pour 100 000 habitants de 16 ans et plus. L'offre privée lucrative est absente dans 45 territoires de santé (ou départements) et, à l'opposé, avec une densité de 117,7 lits pour 100 000 habitants de 16 ans et plus, ce secteur domine dans le département du Loir-et-Cher et constitue plus de la moitié des capacités d'hospitalisation temps plein en psychiatrie dans les Bouches-du-Rhône, le Var, les Pyrénées-Orientales, le Gard, l'Hérault, le Loir-et-Cher, l'Indre-et-Loire, la Haute-Garonne et les territoires de Navarre-Côte Basque et de l'Oise-Est. Enfin, dans 63 territoires de santé (ou départements), aucun Espic n'est équipé en lits d'hospitalisation à temps plein en psychiatrie générale. En revanche, le secteur privé d'intérêt collectif constitue l'ensemble de l'offre hospitalière en psychiatrie générale en

⁶ La file active correspond à l'ensemble des patients vus au moins une fois dans l'année.

⁷ www.sae-diffusion.sante.gouv.fr

Carte 3 Capacités de prises en charge en hospitalisation à temps plein en psychiatrie générale en 2011

a) Densité de lits d'hospitalisation à temps plein en psychiatrie pour 100 000 habitants de 16 ans et plus



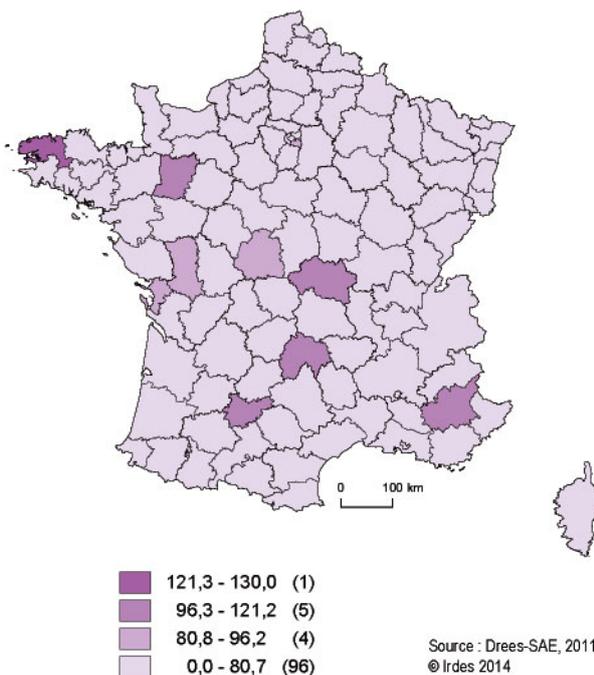
Discrétisation selon les quantiles

Source : Drees-SAE, 2011
© Irdes 2014

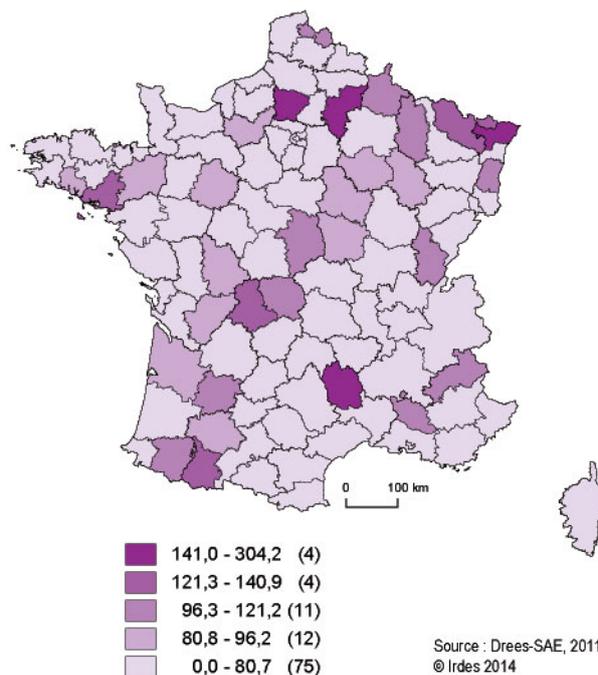
Carte 3 Capacités de prises en charge en hospitalisation à temps plein en psychiatrie générale en 2011 (suite)

Densité de lits d'hospitalisation à temps plein en psychiatrie pour 100 000 habitants de 16 ans et plus

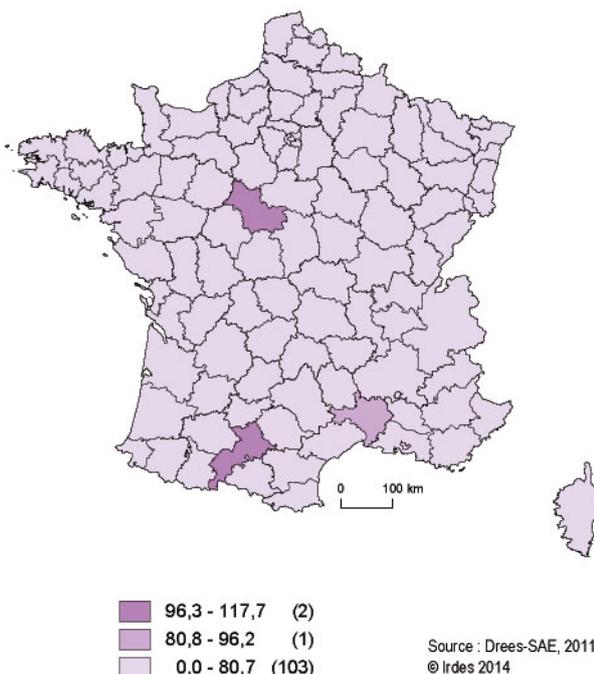
b) Établissements publics généraux



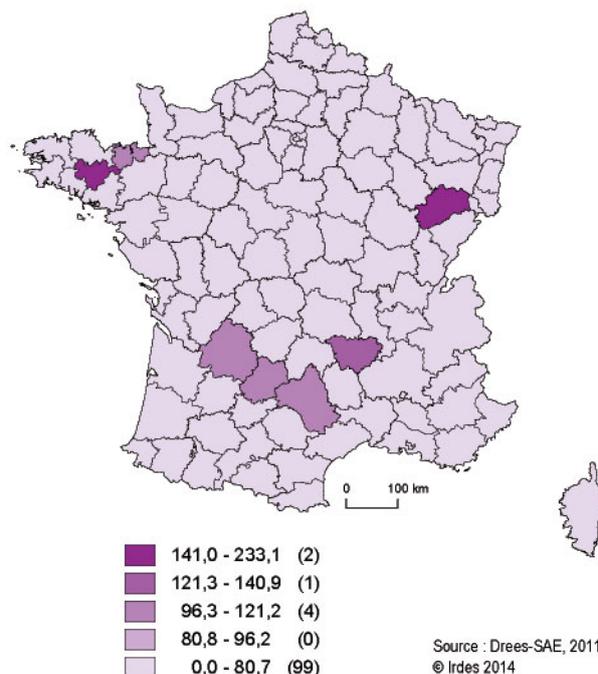
c) Établissements publics spécialisés



d) Établissements privés à but lucratif

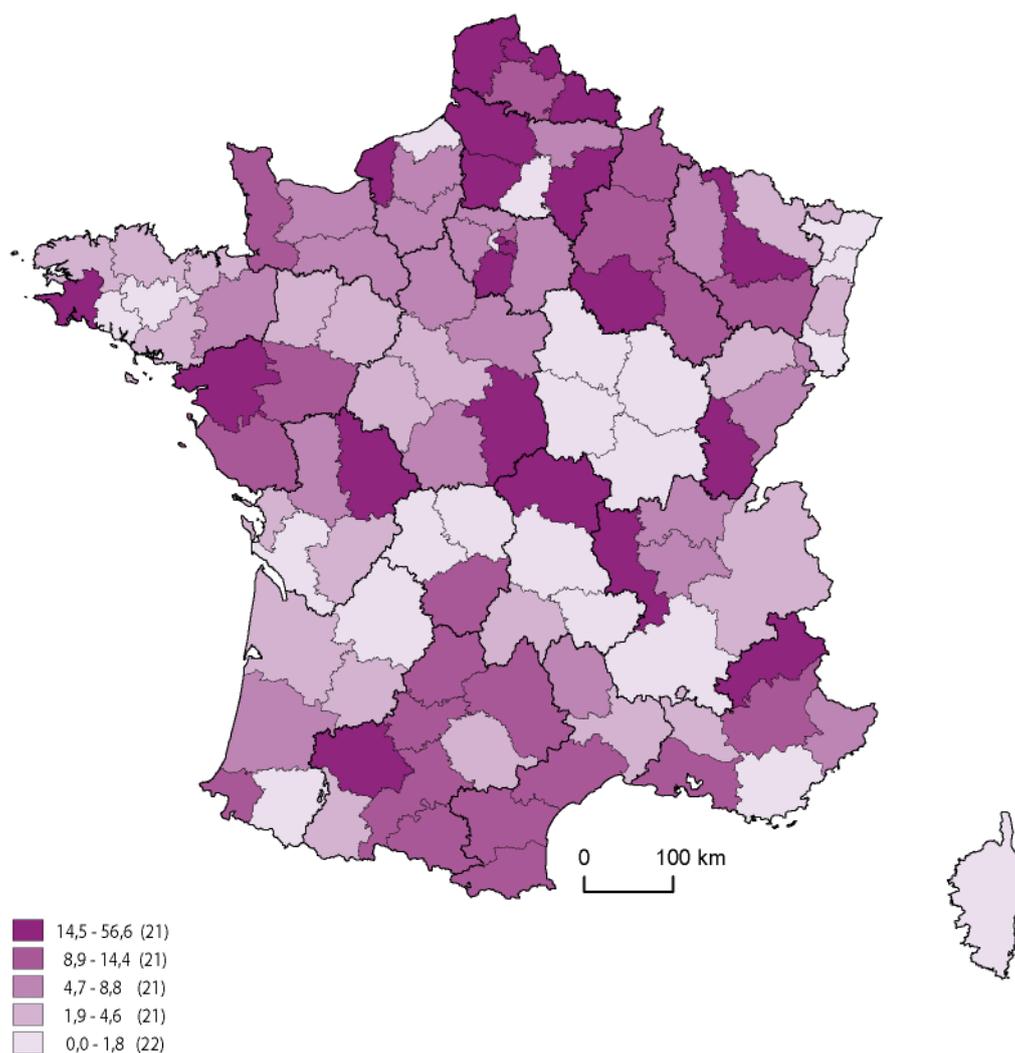


e) Établissements de santé privés d'intérêt collectif (Espic)



Carte 4 Capacités de prises en charge à temps complet – alternatives au temps plein

a) Part des prises en charge à temps complet alternatives au temps plein dans le total des prises en charges à temps complet



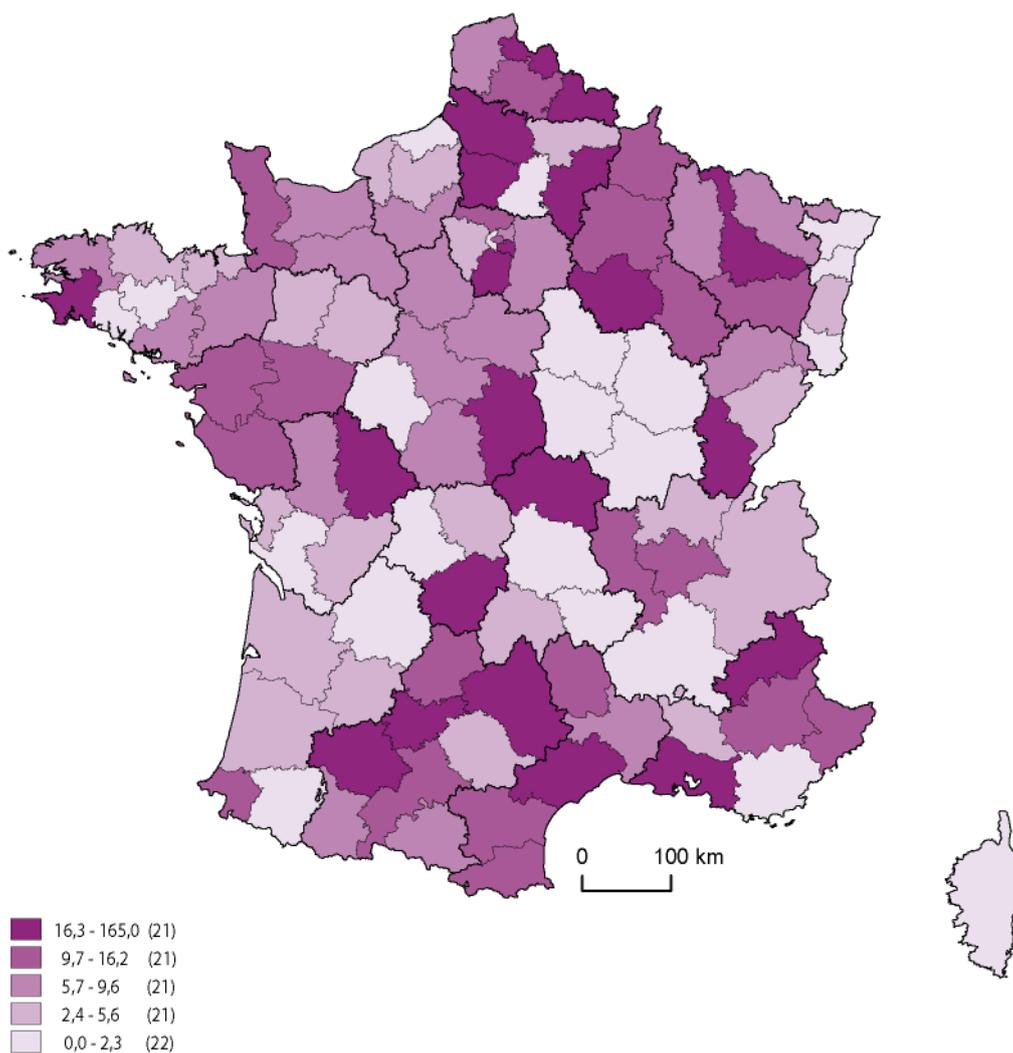
Discrétisation selon les quantiles

Source : Drees-SAE, 2011

© Irdes 2014

Carte 4 Capacités de prises en charge à temps complet – alternatives au temps plein (suite)

b) Densité de lits et places de prise en charge à temps complet alternatives au temps plein pour 100 000 habitants de 16 ans et plus



Discrétisation selon les quantiles

Source : Drees-SAE, 2011

© Irdes 2014

Les disparités territoriales d'offre et d'organisation des soins en psychiatrie en France...

L'offre de soins en psychiatrie en 2011

Irdes décembre 2014

Haute-Loire, dans le Lot, la Haute-Saône, le Territoire de Belfort et celui de Pontivy/Loudéac où il présente une densité maximum de 233 lits pour 100 000 habitants de 16 ans et plus.

En France métropolitaine, selon la SAE, près de 330 000 personnes ont été hospitalisées à temps plein en psychiatrie en 2011 (soit un taux de recours de 651 habitants pour 100 000 âgés de 16 ans et plus). Ce type de prise en charge représente plus de 17,6 millions de journées d'hospitalisation et correspond à une durée moyenne d'hospitalisation (continue ou non) dans l'année de 53,6 jours (nombre de journées rapporté au nombre de patients hospitalisés dans l'année). Cette durée moyenne annuelle d'hospitalisation varie selon le statut et la catégorie d'établissement considéré : plus brève dans les établissements publics pluridisciplinaires avec 41,2 jours en moyenne, plus élevée dans les établissements spécialisés avec 52,7 jours dans les établissements de santé publics spécialisés, et 56,6 jours dans les Espic, elle atteint son maximum dans les établissements de santé privés à but lucratif avec une durée annuelle moyenne d'hospitalisation de 73,3 jours.

D'après les Rapsy de 2008, s'agissant de la continuité des soins (c'est-à-dire des patients déjà connus de l'établissement), 30,3 % des établissements de santé de France métropolitaine déclaraient n'être que « parfois » ou « jamais » en mesure d'hospitaliser à temps plein le jour même un patient le nécessitant. 17,0 % des établissements déclarent ainsi être « toujours » ou « souvent » amenés à faire prendre en charge certains de leurs patients par d'autres établissements en raison d'un manque de lits d'hospitalisation à temps plein ou de délais d'attente trop longs.

A côté de cette offre classique de lits d'hospitalisation temps plein, selon la SAE, les établissements de santé de France métropolitaine offraient, en 2011, 6 118 lits et places de prises en charge à temps complet alternatives au temps plein en psychiatrie générale. Ce chiffre semblerait indiquer une baisse depuis 2009, notamment pour ce qui concerne les places en accueil familial thérapeutique et en appartement thérapeutique. Ces lits et places sont installés dans divers types de structures (tableau 1) : 40,4 % sont des places en accueil familial thérapeutique, 26,2 % des lits en centre de postcure psychiatrique, 16,9 % sont des places d'accueil en appartement thérapeutique, 10,7 % des places d'hospitalisation à domicile et 5,7 % des places d'accueil en centre de crise et structure d'accueil des urgences.

Ces lits et places de prises en charge alternatives au temps plein représentent 10,3 %

Tableau 1. Lits et places de prises en charge à temps complet alternatives au temps plein en France métropolitaine en 2011

Lits et places installés	Effectif	Pour 100 000 habitants de 16 ans ou plus
Placement familial thérapeutique	2 474	4,9
Accueil en appartement thérapeutique	1 037	2,1
Accueil en centre de postcure psychiatrique	1 602	3,2
Accueil en centre de crise et structure d'accueil des urgences	350	0,7
Hospitalisation à domicile	655	1,3
Ensemble	6 118	12,1

Source : SAE 2011, données administratives.

des capacités de prise en charge à temps complet en psychiatrie générale en France métropolitaine en 2011. Selon les territoires, cette proportion varie de 0 % (14 territoires de santé ou départements ne proposent pas ce type d'alternatives) à 56,6 % pour le département de l'Allier, seul territoire où le nombre de lits et places de prises en charge à temps complet alternatives au temps plein dépasse le nombre de lits d'hospitalisation complète (carte 4a). Rapporté à la population de 16 ans et plus, le nombre de lits et places de prises en charge alternatives au temps plein le plus élevé est également observé dans le département de l'Al-

lier et atteint 165 lits et places pour 100 000 habitants (carte 4b). Avec un coefficient de variation de cet indicateur de 1,7 entre les territoires, cette densité apparaît concentrée dans l'espace national. Ce type de prise en charge représente une activité de 1 620 666 journées. Par ailleurs, 30,1 % des structures de prise en charge à temps complet sont situées en dehors de l'enceinte hospitalière.

La SAE indique que 19 établissements de santé de France métropolitaine (soit 3,4 % de l'ensemble des établissements) avaient développé, en 2011, des unités spécialisées dans la prise en charge des patients agités ou difficiles. Ces unités se composent essentiellement d'unités pour malades difficiles (UMD), d'unités pour malades agités ou perturbateurs (UMAP) ou des unités psychiatriques intersectorielles départementales (UPID). Selon les Rapsy, en 2008, ces unités spécialisées disposaient de 562 lits au total, soit 1,1 lit pour 100 000 habitants de 16 ans et plus. Cette même source nous renseigne sur l'existence d'unités 72h au sein des établissements. En 2008, les 206 lits de ces unités 72h de France métropolitaine étaient installés dans l'un des 24 établissements de santé dotés de ce type d'unité. La densité de lits des unités 72h s'élève donc à 0,4 pour 100 000 habitants âgés de 16 ans et plus.

3.1.2. Les prises en charge à temps partiel en établissement de santé

Les prises en charge à temps partiel peuvent se décliner en trois modalités différentes que sont l'hospitalisation de jour, l'hospitalisation de nuit et l'accueil en CATTP et ateliers thérapeutiques.

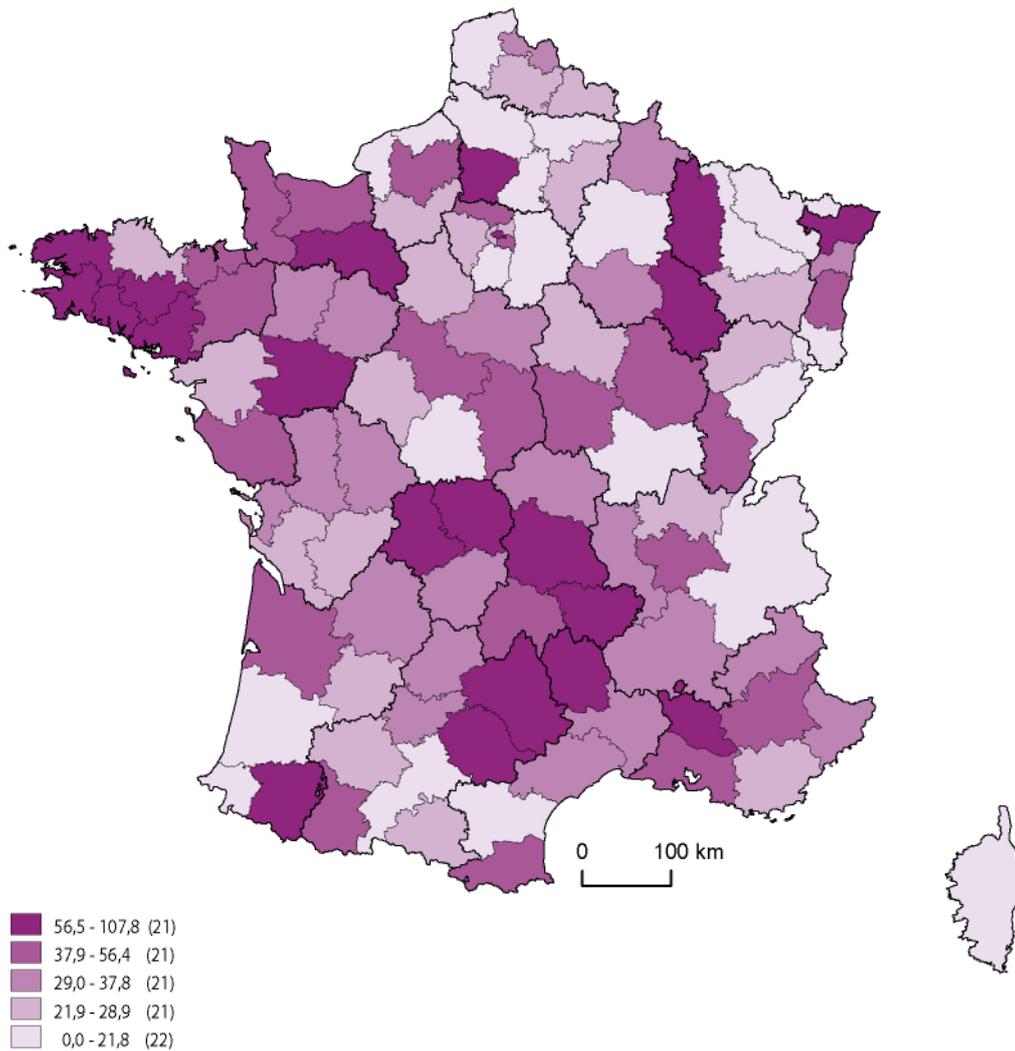
En 2011 selon la SAE, les établissements de santé de France métropolitaine offraient, 18 240 places d'hospitalisation à temps partiel en psychiatrie générale (dont 93 % en hospitalisation de jour). Ces places se répartissent à hauteur de 77 % dans le secteur public (27 % dans le public général et 50 % dans le public spécialisé), de 18 % dans les Espic et de 5 % dans le secteur privé à but lucratif. Rapportée à la population de 16 ans et plus, la densité de places d'hospitalisation à temps partiel, tous types d'établissements confondus, s'élève à 36 pour 100 000 habitants de 16 ans et plus. Elle varie selon les territoires de santé (ou départements) de 0 pour les territoires de santé de l'Oise-Est et de Navarre-Côte basque, dénués de cette offre, à 108 pour le département de la Haute-Vienne (carte 5a). Les hospitalisations à temps partiel ont représenté, en 2011, 3,5 millions de venues (en équivalent journées, dont 95 % en hospitalisation de jour).

Plus de 1 000 CATTP et ateliers thérapeutiques étaient recensés en 2011 en France métropolitaine dans la SAE, soit 2,2 structures pour 100 000 habitants de 16 ans et plus. Selon les territoires, la densité de structures d'accueil en CATTP et ateliers thérapeutiques varie de 0 dans 9 territoires de santé (ou départements), qui ne déclarent pas disposer de ce type de structure, à 9,6 pour 100 000 habitants de 16 ans et plus dans le territoire de santé de l'Oise-Ouest (carte 5f). Ce phénomène est relativement concentré dans l'espace national (coefficient de variation égal à 0,8). En 2011, ces structures ont réalisé 1,6 millions de venues (en équivalent journées).

D'après les Rapsy de 2008, 63 % des structures de prise en charge à temps partiel sont situées en dehors de l'enceinte hospitalière. 87 % des unités des structures d'hospitalisation à temps partiel restent ouvertes toute l'année, y compris durant la période estivale, à l'instar de 85 % des unités des structures d'accueil en CATTP et ateliers thérapeutiques.

Carte 5 Capacités de prises en charge à temps partiel

a) Densité de places d'hospitalisation à temps partiel en psychiatrie pour 100 000 habitants de 16 ans et plus



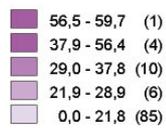
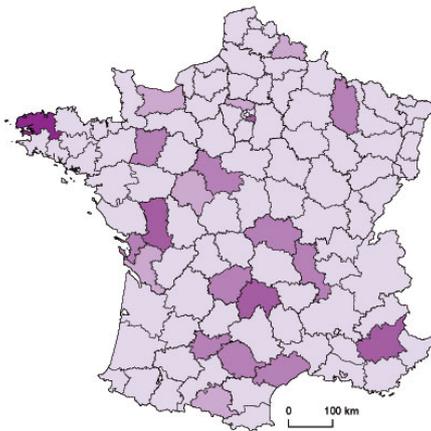
Discrétisation selon les quantiles

Source : Drees-SAE, 2011
© Irdes 2014

Carte 5 Capacités de prises en charge à temps partiel (suite 1)

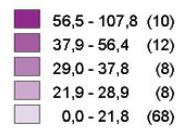
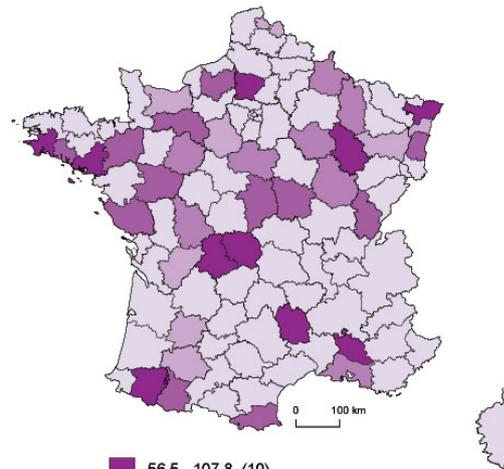
Densité de places d'hospitalisation à temps partiel en psychiatrie pour 100 000 habitants de 16 ans et plus

b) Établissements publics généraux



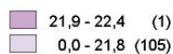
Source : Drees-SAE, 2011
© Irdes 2014

c) Établissements publics spécialisés



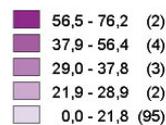
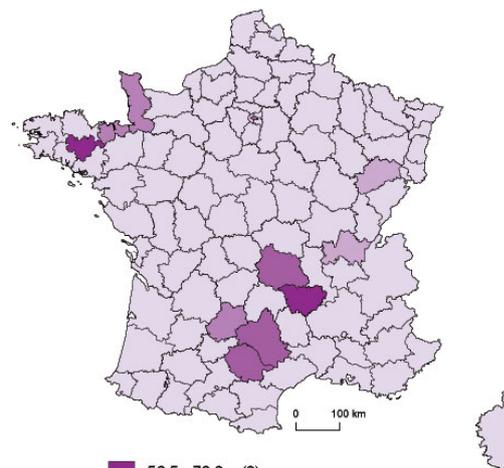
Source : Drees-SAE, 2011
© Irdes 2014

d) Établissements privés à but lucratif



Source : Drees-SAE, 2011
© Irdes 2014

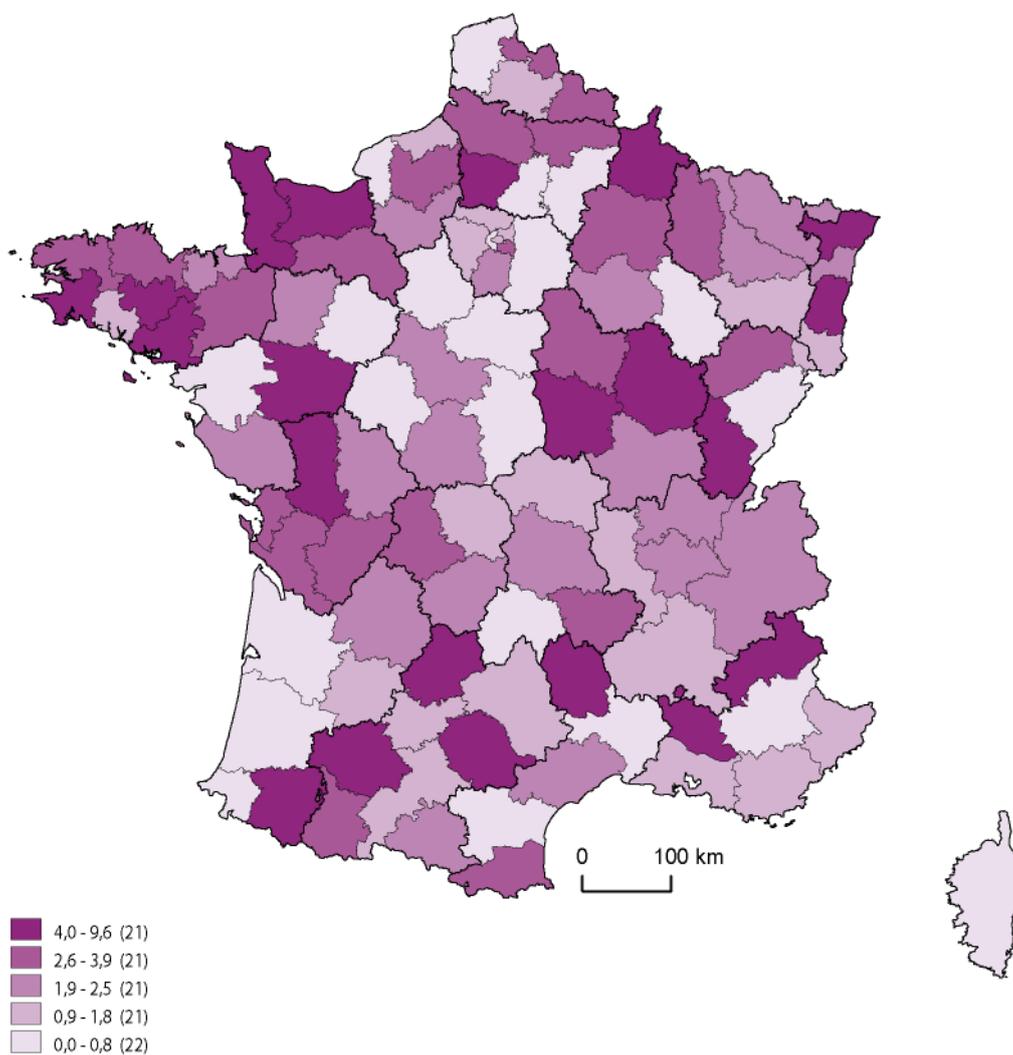
e) Établissements de santé privés d'intérêt collectif (Espic)



Source : Drees-SAE, 2011
© Irdes 2014

Carte 5 Capacités de prises en charge à temps partiel
(suite 2)

f) Densité de structures d'accueil
en centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP)
et ateliers thérapeutiques pour 100 000 habitants de 16 ans et plus



Discrétisation selon les quantiles

Source : Drees-SAE, 2011

© Irdes 2014

3.1.3. Les prises en charge ambulatoires en établissement de santé

En psychiatrie, les patients sont majoritairement pris en charge en ambulatoire au sein des établissements de santé. En 2011 selon la SAE, 71 % des usagers des services ont été exclusivement suivis en ambulatoire. La France métropolitaine comprend 2 032 CMP ou unités de consultation des services de psychiatrie, soit en moyenne 4 structures pour 100 000 habitants de 16 ans et plus. Les territoires ruraux, du fait de leur géographie, apparaissent ainsi davantage dotés en nombre de structures (carte 6a) ayant à couvrir un territoire plus vaste.

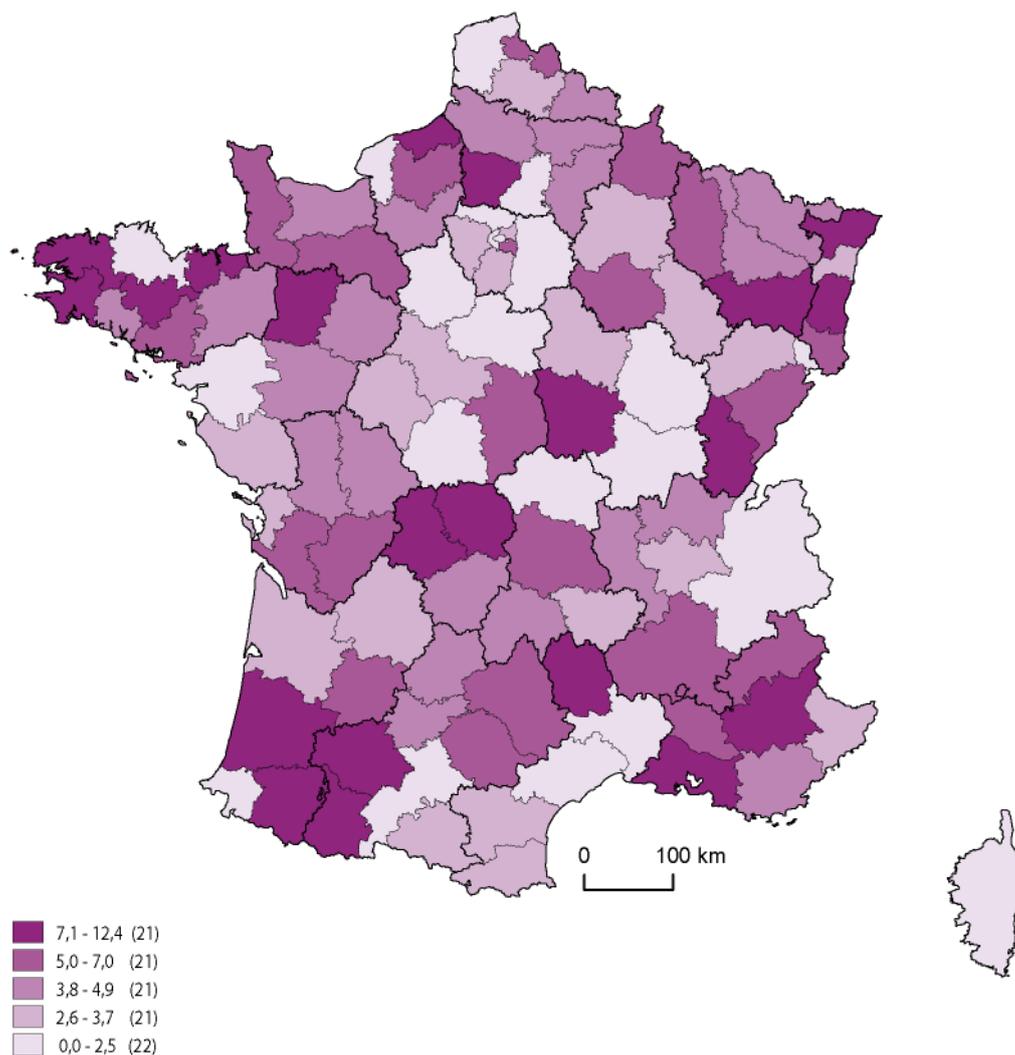
76 % des CMP sont ouverts 5 jours ou plus par semaine. C'est le cas de l'ensemble des CMP de 21 territoires de santé ou départements (carte 6b). Cette accessibilité quotidienne renforcée est assez dispersée sur l'ensemble du territoire. Selon les Rapsy, en 2008, 29 % des CMP ouvraient au moins un jour par semaine après 18h et 90 % de ces unités étaient ouvertes toute l'année sans interruption. Enfin, 72 % de ces structures étaient situées en dehors de l'enceinte de leur établissement de santé de rattachement en 2008, assurant une meilleure accessibilité à la population.

Les CMP ou unités de consultation des services de psychiatrie ont réalisé, en 2011, 9,3 millions d'actes, soins et interventions, soit 22,2 % de l'activité de l'ensemble des structures de prise en charge ambulatoire. Il est en effet à noter que les prises en charge ambulatoires ne se limitent pas à l'activité des CMP. L'activité ambulatoire la plus importante en nombre d'actes est celle réalisée en unité d'hospitalisation somatique et aux urgences (30,8 millions d'actes en 2011, soit 74 % de l'activité ambulatoire). Les soins et interventions au domicile de la personne ou en institution substitutive au domicile constituent également une part non négligeable de l'activité ambulatoire avec 1,4 millions d'actes réalisés ainsi en 2011, soit 3,3 % de l'activité ambulatoire. 400 000 actes ont également été réalisés en établissement social ou médicosocial (1 % de l'activité). La densité nationale d'actes ambulatoires est de 83 013 actes, soins et interventions pour 100 000 habitants de 16 ans et plus et celle d'actes ambulatoires à domicile de 2 706 actes, soins et interventions pour 100 000 habitants de 16 ans ou plus.

D'après la SAE, en 2011, 15 % des établissements sont dotés d'une structure ambulatoire mutualisée pour l'accueil des nouveaux patients. Les Rapsy de 2008 nous signalent que 34 % des structures déclarent un délai d'attente pour un premier rendez-vous médical, hors urgence, inférieur à deux semaines, quand le délai d'attente de 18 % des structures est d'au moins un mois. Pour nombre de ces structures, les délais sont considérablement raccourcis lorsque ce premier entretien a lieu avec un autre professionnel qu'un médecin : 63 % des structures peuvent alors proposer un premier rendez-vous, hors urgence, dans les deux semaines, tandis que 4 % peuvent en proposer un seulement après un mois minimum d'attente. Par ailleurs, près d'un CMP sur quatre déclare avoir une liste d'attente pour un premier rendez-vous, hors urgence, en 2008.

Carte 6 Capacités de prises en charge en ambulatoire

**a) Densité de centres médico-psychologiques (CMP)
pour 100 000 habitants de 16 ans et plus**



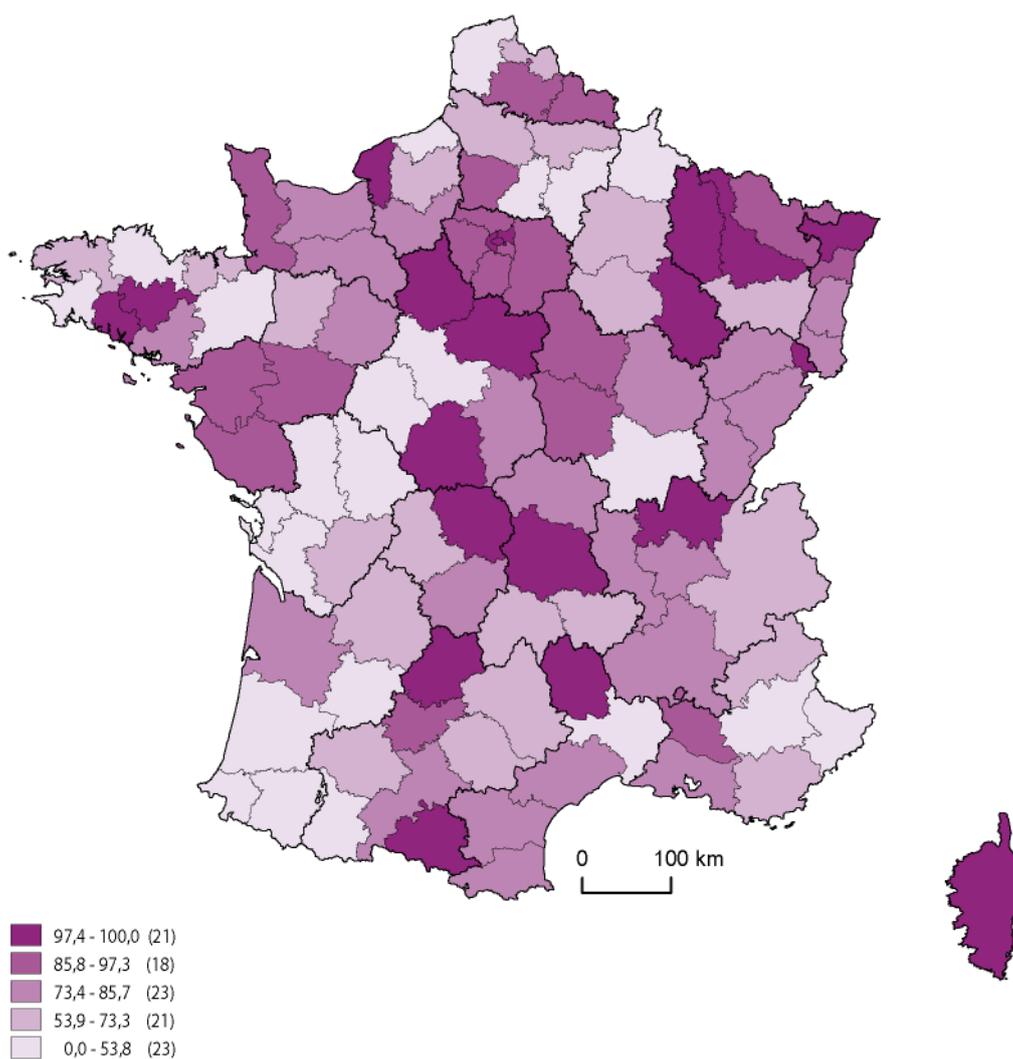
Discrétisation selon les quantiles

Source : Drees-SAE, 2011

© Irdes 2014

Carte 6 Capacités de prises en charge en ambulatoire (suite)

b) Part des centres médico-psychologiques (CMP) ouverts 5 jours et plus par semaine



Discrétisation selon les quantiles

Source : Drees-SAE, 2011

© Irdes 2014

3.1.4. Autres aspects des prises en charge ambulatoires en établissement de santé

Les équipes mobiles en psychiatrie sont une modalité de soins qui s'est beaucoup développée ces dernières années. Selon la SAE, en 2011, 136 établissements de santé de France métropolitaine (soit un quart de l'ensemble des établissements) ont indiqué disposer d'une telle équipe. Il s'agit, pour les deux tiers d'entre eux, d'une équipe mobile psychiatrie précarité. La prise en charge des patients agités ou difficiles constitue également une problématique importante pour les équipes de soins et 19 établissements de santé ont développé en leur sein une unité spécialisée dans la prise en charge de ces patients. Enfin, 124 établissements de santé (22 %) interviennent en milieu pénitentiaire et 24 sont le siège d'un service médico-psychologique régional (SMPR), secteur psychiatrique implanté en milieu pénitentiaire.

Les patients souffrant de troubles psychiques sévères ont un risque accru de morbidité et de mortalité par rapport à la population générale, avec une réduction de l'espérance de vie de 15 à 30 ans (Saravane *et al.*, 2009). Ces patients connaissent une fréquence plus importante des facteurs de risque cardiovasculaire tels que le surpoids et l'obésité, le diabète, l'hypertension artérielle et le tabagisme (op.cit.). De ce fait, la prise en charge somatique des patients souffrant de troubles psychiques constitue un enjeu majeur pour une approche globale de la prise en charge de leurs troubles. Ainsi, des pathologies somatiques sont retrouvées chez 44 % des patients ayant des troubles psychiatriques ou recevant un traitement psychotrope, selon une étude de l'Assurance maladie Fagot *et al.*, 2013). Les affections somatiques rendent plus complexe la prise en charge thérapeutique et retentissent sur le pronostic vital (Barrimi *et al.*, 2010). Par ailleurs, ces patients souffriraient plus fréquemment d'un retard à la prise en charge, notamment hospitalière, et d'une faible qualité de leur suivi.

Or, selon les Rapsy, en 2008, seuls 7 % des établissements de France métropolitaine déclarent être coordonnés avec des organismes de dépistage. Une partie des établissements réalisent cependant des dépistages systématiques de l'hypertension (35 % des établissements), du diabète (28 %), de l'hépatite B ou C (10 %), 37 % des établissements dépistant systématiquement au moins l'une des quatre maladies citées ci-avant.

Dans le cadre de la prise en charge des patients en psychiatrie générale, 43 % des établissements prévoient de réaliser un bilan cardiaque, 33 % un bilan diabétique, 21 % un bilan dentaire, 17 % un bilan gynécologique et 16 % un bilan ophtalmologique. Au moins un de ces types de bilan est envisagé dans la prise en charge des patients de 47 % des établissements de santé de France métropolitaine. Un établissement sur cinq déclare organiser des vaccinations de manière systématique. La prise en charge de la douleur n'est pas en reste puisque 68 % des établissements de santé disposent d'outils spécifiques à son repérage. Afin d'aborder globalement ces actions de prise en charge somatique des patients au sein des établissements de santé de France métropolitaine autorisés en psychiatrie générale, nous avons élaboré un score à partir des réponses aux questions posées dans les Rapsy de 2008 relatives à cette dimension de la prise en charge (encadré 2 dans l'annexe 7. Ici, le score n'est pas pondéré par la file active). Ce score varie entre 0 et 1 : un score égal à 0 signifie qu'aucune action de prise en charge somatique parmi les douze actions considérées dans les Rapsy de 2008 (annexe 2) n'est proposée au sein de l'établissement et un score égal à 1 que les douze actions sont entreprises. En moyenne, les établissements de santé de France métropolitaine déclarent mettre en place près d'un tiers de l'ensemble des actions de prise en charge somatique considérées dans les Rapsy (score = 0,3). 21 % des établissements indiquent ne mettre en œuvre aucune de ces douze actions et 21 % au moins la moitié.

Les établissements de santé autorisés en psychiatrie générale développent aussi des actions de prévention et d'insertion sociale pouvant être distinguées en actions de promotion de la santé, de prévention et de dépistage et en actions d'insertion. 39 % des établisse-

ments de santé témoignent dans les Rapsy de 2008 de leur participation à des actions inscrites dans les programmes de promotion de la santé mentale. Parmi l'ensemble des actions relevant de la promotion de la santé, les deux thèmes les plus fréquemment concernés sont le suicide (15 % des actions) et l'usage de substances psychoactives (13 % des actions). Les actions de prévention et de dépistage visent spécifiquement une variété de publics : 40 % des établissements de santé indiquent qu'ils réalisent au moins une action de prévention et de dépistage à destination des enfants, 27 % à destination des personnes en situation de précarité, 25 % à destination des institutions, 23 % à destination des personnes âgées, 19 % à destination des personnes en situation de handicap et 14 % à destination d'autres publics que ceux précédemment cités. 38 % des établissements de santé sont amenés à développer au moins une action d'insertion pour les personnes en situation de handicap, 37 % pour les institutions, 34 % pour les usagers et leurs proches, 27 % en milieu scolaire, 23 % pour les établissements et services pour les personnes âgées et 9 % pour d'autres publics que ceux précédemment cités. Enfin, un quart des établissements de santé de France métropolitaine déclare disposer d'une équipe dédiée à l'intervention dans le champ social et médicosocial.

3.1.5. Les personnels des établissements de santé

Selon la SAE, en 2011, les établissements de santé situés en France métropolitaine employaient, en psychiatrie générale, 6 000 ETP de personnels médicaux⁸. Ainsi, la densité nationale de salariés médicaux s'élève à 12 ETP pour 100 000 habitants de 16 ans et plus. Elle est inférieure à 8 dans un cinquième des territoires et supérieure à 15 dans un autre quintile (carte 7a). Cet indicateur est relativement concentré dans l'espace national, comme l'indique son coefficient de variation de la distribution de 0,5.

Parmi les ETP de salariés médicaux des établissements de santé de France métropolitaine, 16 % correspondent à des médecins non psychiatres. Cette proportion varie selon les territoires de santé (ou départements) entre 0 % et 57 % pour le département de la Creuse (carte 7b). Avec ce dernier, deux autres territoires atteignent les 50 % : le territoire de santé de Navarre-Côte basque et celui constitué autour du Havre. Dans le reste des territoires de santé (ou départements), les ETP de psychiatres sont plus importants que ceux des autres spécialités médicales en psychiatrie générale. La carte 7b montre que ce phénomène est spatialement concentré.

La prise en charge en psychiatrie générale s'appuie sur une équipe pluriprofessionnelle comprenant des infirmiers, aides-soignants, psychologues, éducateurs et assistants sociaux... En 2011, ces professionnels non médicaux représentaient 72 600 ETP en France métropolitaine et étaient composés à 65 % d'infirmiers et de cadres, 24 % d'aides-soignants, 5 % de psychologues et 6 % de personnels de rééducation, éducatifs et sociaux.

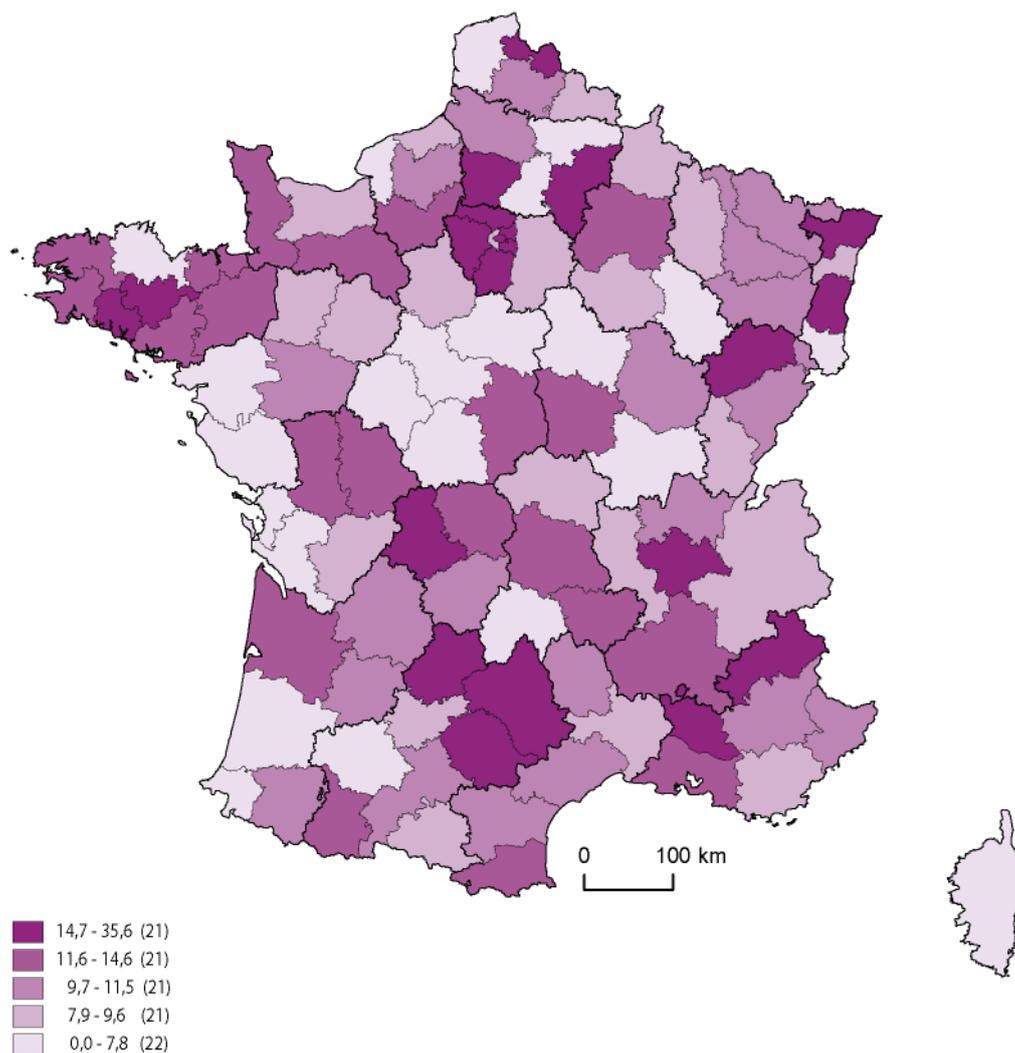
Tous ces personnels réunis forment une densité nationale de 144 ETP⁹ pour 100 000 habitants de 16 ans et plus. Entre les territoires de santé (ou départements), cette densité varie fortement de moins de 109 ETP pour 100 000 habitants dans un cinquième des territoires au double dans un autre cinquième (carte 8a). La décomposition de cette densité par type de professions met en évidence d'autres disparités illustrées dans les cartes 8b à 8e. Entre ces types de professions, la densité d'ETP d'aides-soignants est l'indicateur qui introduit le plus de différenciations entre les territoires de santé (ou départements) avec un coefficient de variation de 1,2. À l'inverse, la densité d'ETP d'infirmiers et de cadres est l'indicateur qui en introduit le moins avec un coefficient de variation de 0,4.

⁸ Données administratives non redressées de la non-réponse.

⁹ Données administratives non redressées de la non-réponse.

Carte 7 Personnels salariés médicaux des établissements de santé

**a) Densité de salariés médicaux (en ETP)
pour 100 000 habitants de 16 ans et plus**



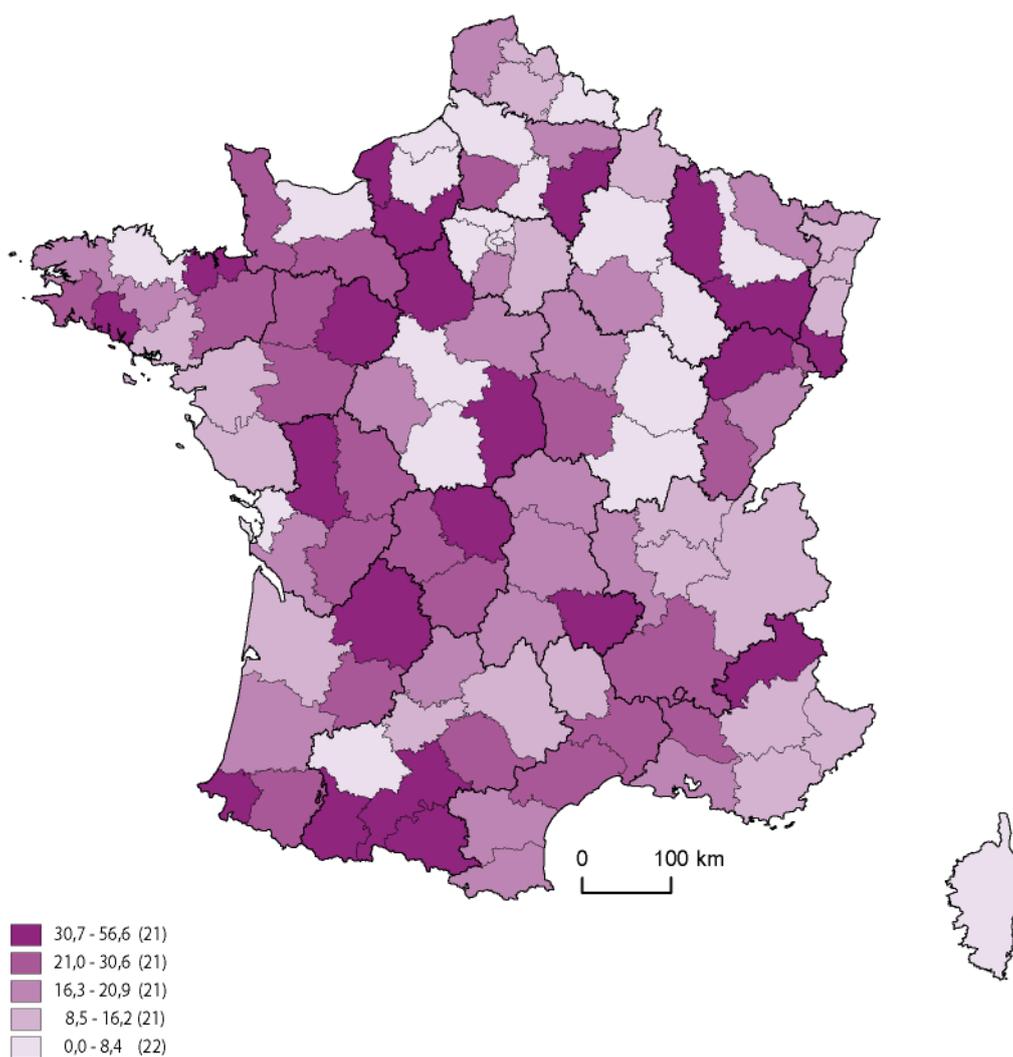
Discrétisation selon les quantiles

Source : Drees-SAE, 2011

© Irdes 2014

Carte 7 Personnels salariés médicaux des établissements de santé
(suite)

b) Part des salariés médicaux non psychiatres parmi les salariés médicaux



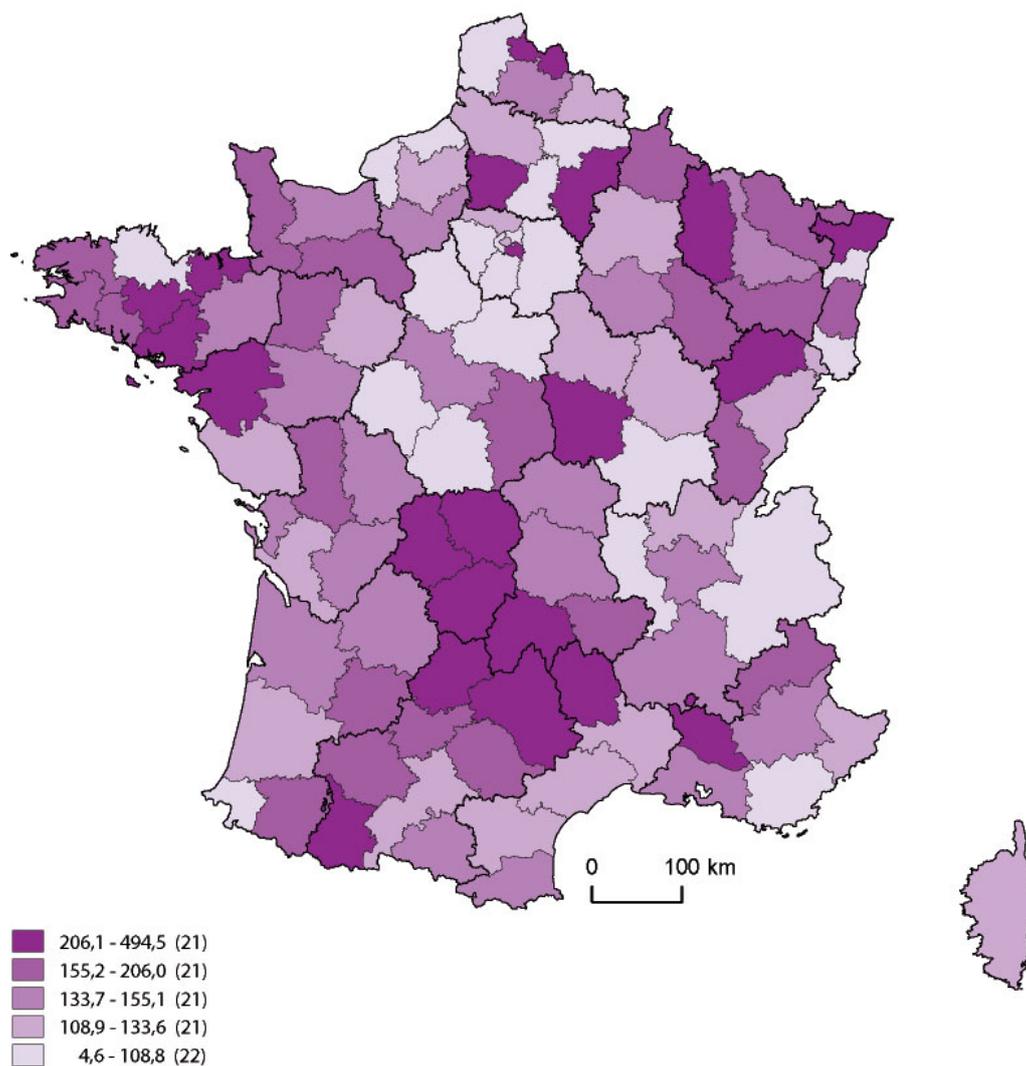
Discrétisation selon les quantiles

Source : Drees-SAE, 2011

© Irdes 2014

Carte 8 Personnels salariés non médicaux des établissements de santé

a) Densité de salariés non médicaux (en ETP)
pour 100 000 habitants de 16 ans et plus



Discrétisation selon les quantiles

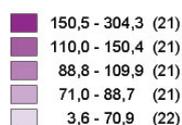
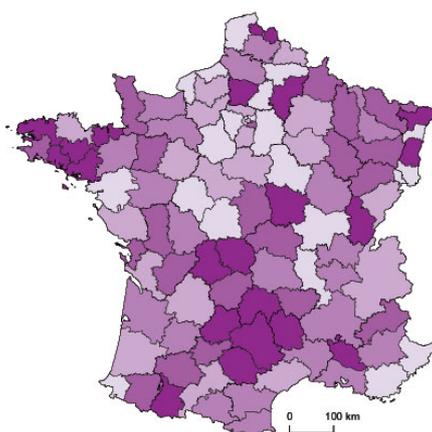
Source : Drees-Enquête ES, 2010

© Irdes 2014

Carte 8 Personnels salariés non médicaux des établissements de santé (suite)

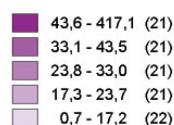
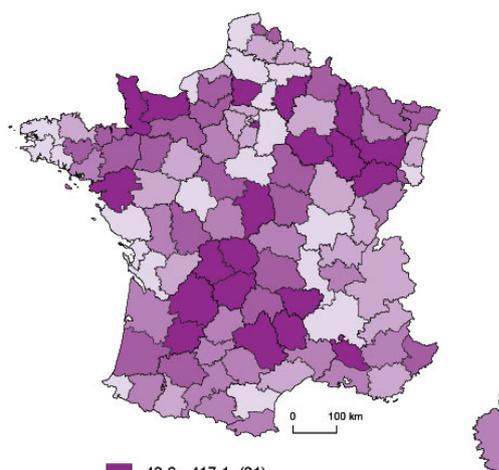
Densité de personnels salariés non médicaux (en ETP)
pour 100 000 habitants de 16 ans et plus

b) Infirmiers et cadres



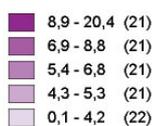
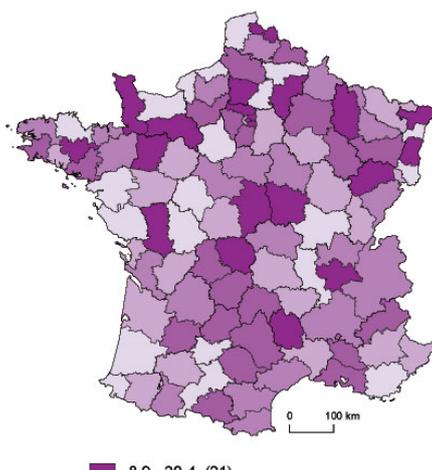
Source : Drees-SAE, 2011
© Irdes 2014

c) Aides-soignants



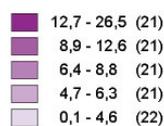
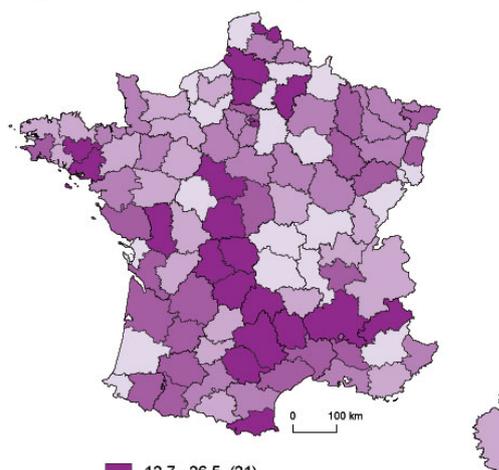
Source : Drees-SAE, 2011
© Irdes 2014

d) Psychologues



Source : Drees-SAE, 2011
© Irdes 2014

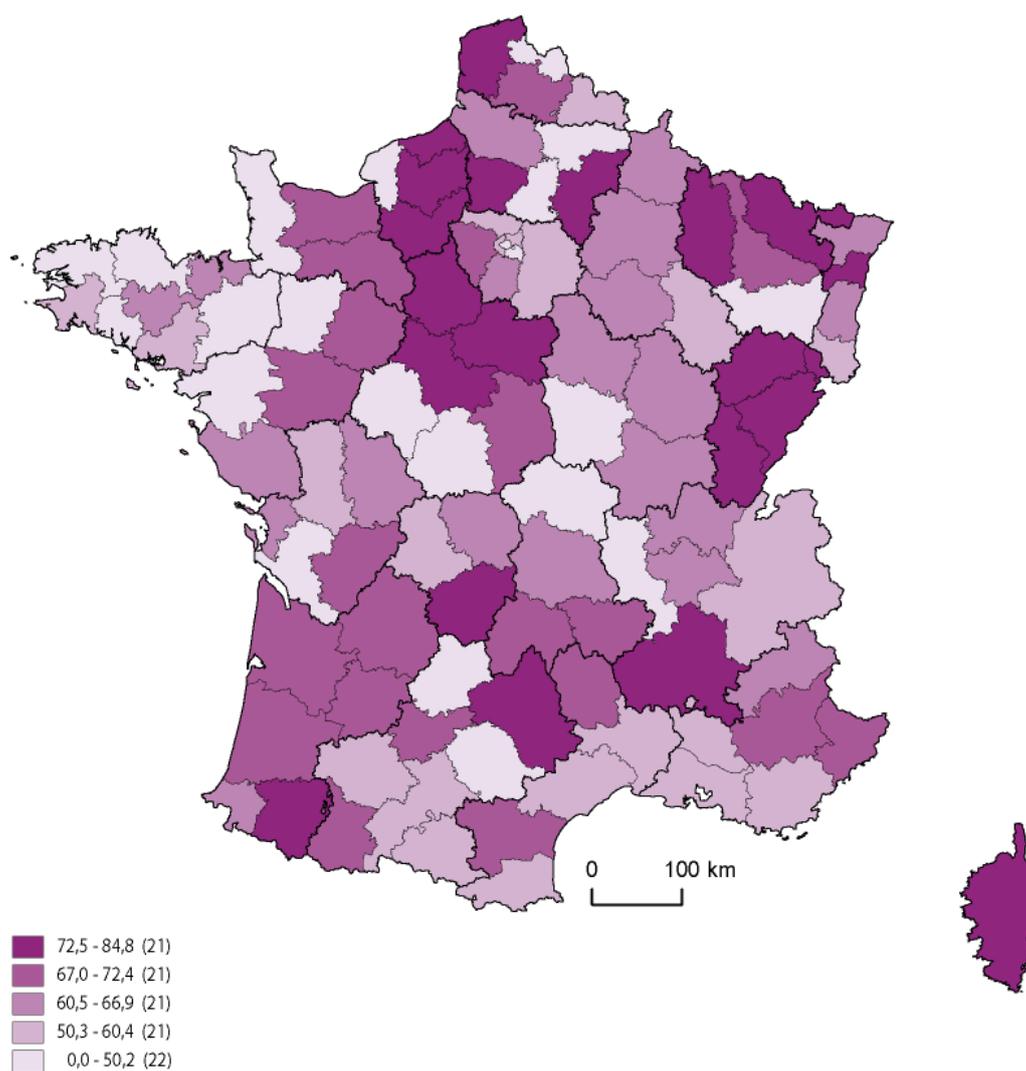
e) Personnels de rééducation, éducatifs et sociaux



Source : Drees-SAE, 2011
© Irdes 2014

Carte 9 Personnels salariés des établissements de santé exerçant en unité d'hospitalisation temps plein

**Part des salariés (en ETP) exerçant en unité temps plein
en établissement public et en Espic**



Discrétisation selon les quantiles

Source : Drees-SAE, 2011

© Irdes 2014

En France métropolitaine, 55,2 % des ETP de personnels, à la fois médicaux et non médicaux, salariés en psychiatrie générale au sein des établissements de santé publics, aussi bien généraux que spécialisés, et des Espic travaillent en unité d'hospitalisation à temps plein alors que 71 % des patients sont suivis exclusivement en ambulatoire. Là encore la variabilité est importante entre les territoires (carte 9).

3.2. L'offre de ville

À l'instar de l'offre de soins hospitalière, l'offre de soins libérale n'est pas pareillement répartie à travers l'espace national. Dans la prise en charge de la maladie mentale en ville, deux spécialités médicales jouent un rôle non négligeable. Il s'agit, d'une part, de la médecine générale (le médecin généraliste coordonne habituellement le parcours de soins des patients) et, d'autre part, de la psychiatrie (le médecin psychiatre est le spécialiste des maladies mentales). Le système d'information actuel ne permet pas de recenser précisément les psychologues exerçant en ville qui n'ont donc pu être pris en compte dans cette étude. Ainsi, dans le cadre de cette étude, les médecins généralistes et psychiatres ont été logiquement pris en considération relativement à leur exercice libéral. Cette prise en compte a été effectuée *via* deux indicateurs de densité se rapportant respectivement à chacun des professionnels médicaux impliqués dans la prise en charge des troubles psychiques. À ces deux premiers indicateurs s'ajoute un indicateur rendant compte de la proportion de psychiatres libéraux conventionnés de secteur 1 parmi l'ensemble des psychiatres libéraux. En effet, selon le secteur de conventionnement des professionnels médicaux, l'accès aux soins n'est pas équitable entre les citoyens. Ces trois indicateurs ont été élaborés à partir de données issues du Sniiram.

Le territoire de santé (ou département) n'est pas le niveau le plus approprié pour apprécier la disponibilité en médecins de ville. Un niveau plus fin apparaît plus pertinent, plus proche des pratiques de recours aux soins en ville des populations. C'est pour cette raison que nous avons complété les trois indicateurs cités précédemment par deux autres indicateurs construits au niveau local : l'Accessibilité potentielle localisée (APL), calculée au niveau des communes françaises (Barlet *et al.*, 2012 ; Barlet *et al.*, 2012) aux médecins, d'une part, généralistes libéraux et, d'autre part, psychiatres libéraux. L'APL se lit comme une densité et a la particularité de considérer simultanément l'offre et la demande en soins. Ces deux indicateurs complémentaires sont notamment élaborés à partir de données provenant du Sniiram.

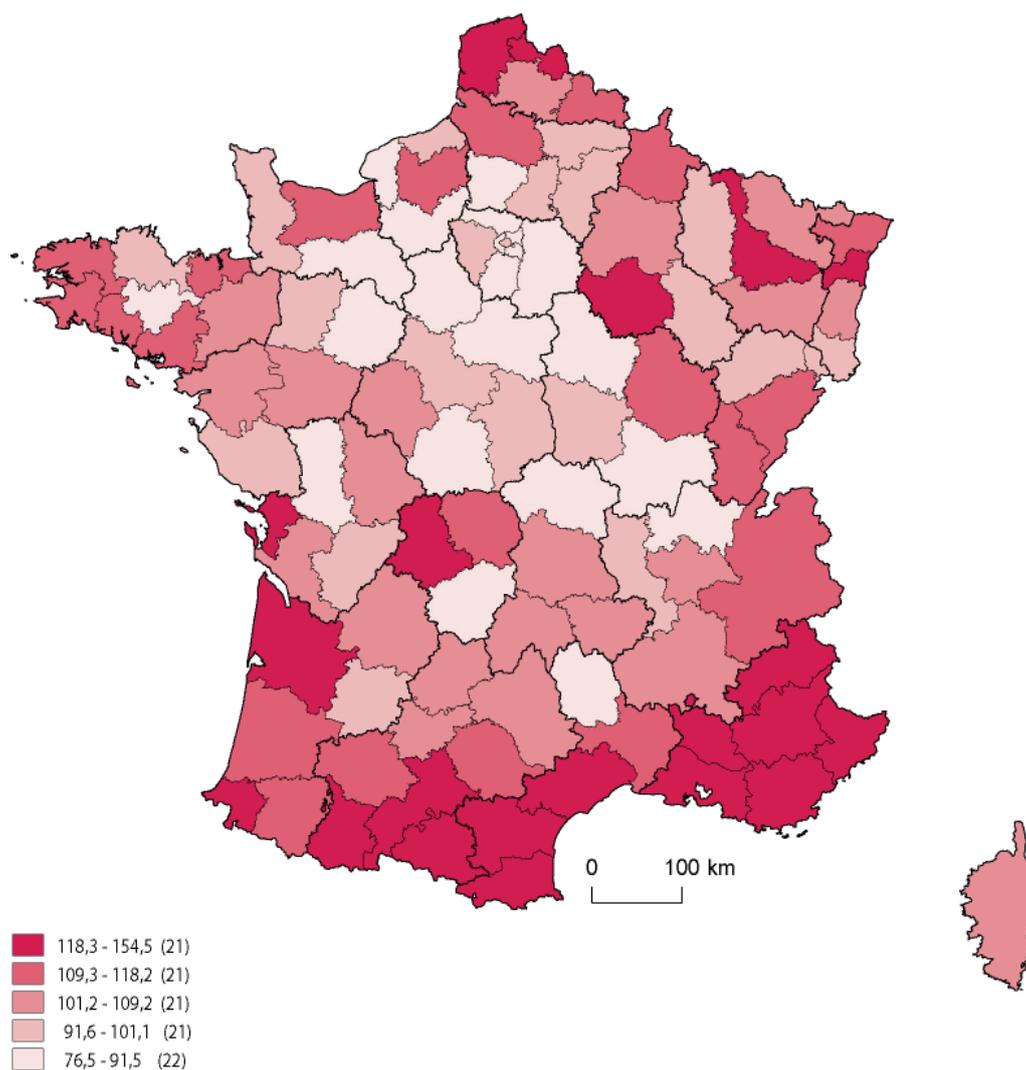
3.2.1. L'offre de médecine générale

Tout d'abord, selon le Sniiram, la France métropolitaine comptabilisait 54 234 médecins généralistes libéraux actifs au 31 décembre 2010, hors médecins ayant un mode d'exercice particulier (tel que l'acupuncture, l'homéopathie...).

La densité de médecins généralistes exerçant en libéral (hors médecins à mode d'exercice particulier-Mep) pour 100 000 habitants de 16 ans et plus (carte 10) est calculée, pour l'année 2010, au niveau des territoires de santé (ou départements). Cette densité varie dans un rapport de 1 à 2. Ainsi, les disparités sont minimales d'un territoire à l'autre, ce que la lecture du coefficient de variation égal à 0,1 confirme. En France métropolitaine, le territoire de l'ouest de l'Oise est le moins bien pourvu en médecins généralistes avec une densité de 76,5 pour 100 000 habitants de 16 ans et plus, tandis que le territoire le mieux pourvu est celui des Hautes-Alpes avec une densité de 154,2 médecins généralistes pour 100 000 habitants de 16 ans et plus. D'autres territoires le suivent de près, notamment le territoire des Bouches-du-Rhône (148,0). Les territoires les plus urbanisés enregistrent généralement les

Carte 10 Offre libérale en médecine générale

**Densité de médecins généralistes
pour 100 000 habitants de 16 ans et plus**



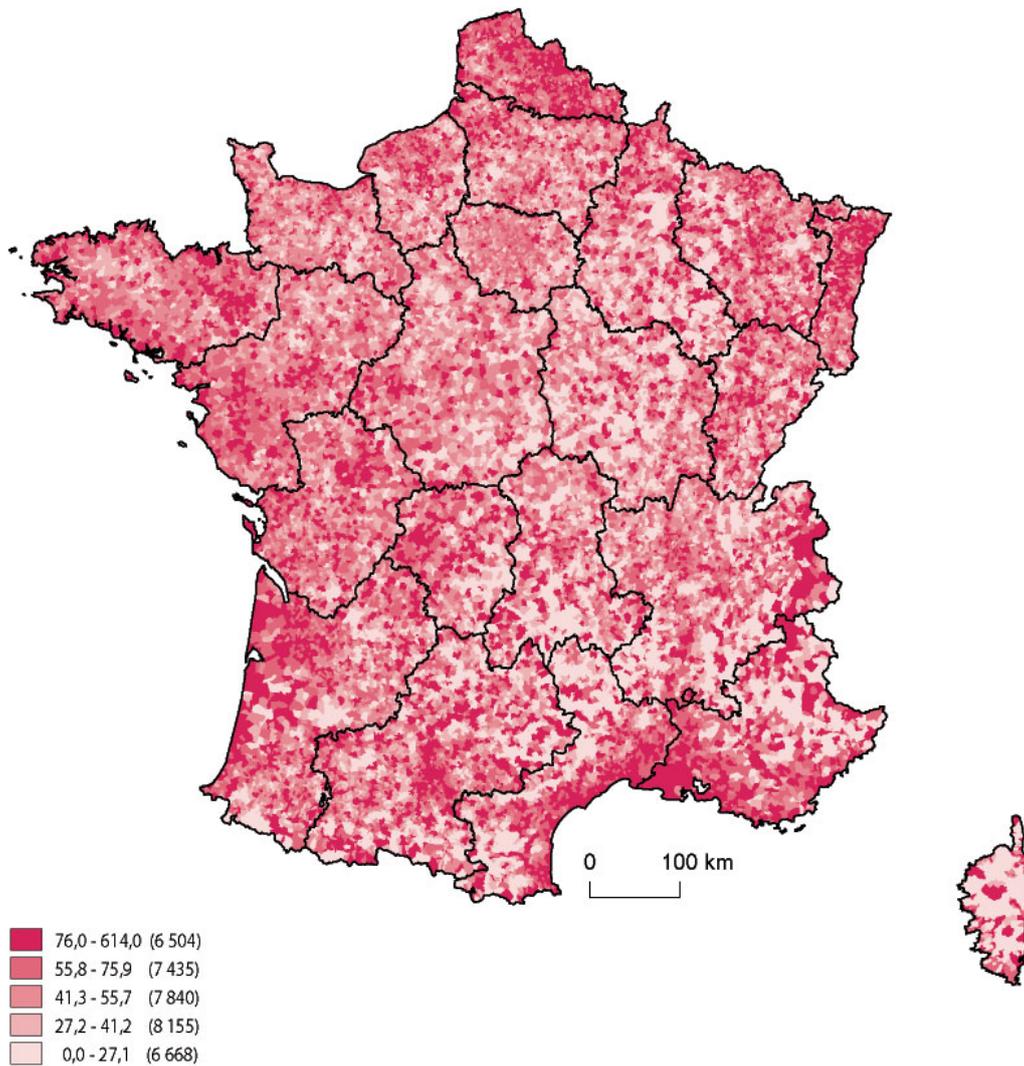
Discrétisation selon les quantiles

Source : Cnamts-Sniraam, 2010

© Irdes 2014

Carte 11 Accessibilité potentielle localisée (APL) à l'offre libérale en médecine générale

Nombre d'ETP de médecins généralistes libéraux
pour 100 000 habitants



Discrétisation selon les quantiles

Source : Cnamts-Sniraam, 2010

© Irdes 2014

plus fortes densités. Toutefois, la cartographie de cet indicateur laisse une image quelque peu différente de celle traditionnellement perçue. En effet, si le sud de la France est, comme à son habitude, très bien doté en médecins généralistes, les densités constatées dans le nord et l'est de la France semblent plus favorables qu'à l'accoutumée. A contrario, l'Ile-de-France est moins bien pourvue en médecins généralistes relativement à ce qui est classiquement observé. Cette différence tient au fait que cette région comporte nombre de médecins généralistes libéraux à mode d'exercice particulier et de médecins spécialistes libéraux.

La carte 11 représentant l'APL aux médecins généralistes libéraux (nombre d'ETP de médecins généralistes libéraux pour 100 000 habitants) montre bien qu'il existe d'importantes disparités infrarégionales. Alors que l'APL moyenne est de 71 ETP pour 100 000 habitants, 567 communes parmi les 36 606 communes et arrondissements municipaux que compte la France métropolitaine (1,5 %) ont une APL égale à 0 (soit sont éloignées de plus de 15 minutes en voiture d'un médecin généraliste) et 1 912 communes (5,2 % des communes de France métropolitaine) détiennent une APL supérieure ou égale à 100 ETP pour 100 000 habitants.

3.2.2. L'offre de psychiatrie libérale

En 2010, plus d'1,3 millions de bénéficiaires du régime général de l'Assurance maladie (y compris les sections locales mutualistes), âgés de 18 ans au moins et résidant en France métropolitaine, ont eu recours à un psychiatre libéral ou à une consultation externe hospitalière (Sniiram). La France métropolitaine disposait de 6 483 médecins psychiatres libéraux actifs au 31 décembre 2010, indépendamment de leur secteur de conventionnement. Parmi eux, près de 70 % étaient conventionnés secteur 1.

La densité de médecins psychiatres exerçant en cabinet libéral pour 100 000 habitants de 16 ans et plus (carte 12a) est calculée, pour l'année 2010, au niveau des territoires de santé (ou départements). La cartographie de cet indicateur révèle un croissant septentrional et un centre moins bien dotés que le reste de l'espace national, conformément à ce qui est généralement observé. Selon le coefficient de variation égal à 0,9, entre les territoires de santé (ou départements) de France métropolitaine apparaît une moindre dispersion géographique. Ainsi, ce phénomène est relativement concentré à travers l'espace national. Il semble être surtout le fait de territoires urbains, relativement plus aisés que les autres. Ce taux de couverture en médecine spécialisée dans le champ de la santé mentale varie dans un rapport de 1 à 40 entre les territoires les moins équipés, que sont les territoires de Pontivy/Loudéac (1,8) et de la Meuse (1,9) qui proposent tous deux moins de 2 psychiatres libéraux pour 100 000 habitants de 16 ans et plus, et le territoire le mieux pourvu est le plus urbanisé de tous, le territoire de Paris (76,0). Le saut avec les territoires les mieux dotés suivants est considérable. En effet, le territoire de Gironde enregistre une densité de psychiatres libéraux de 26,2 pour 100 000 habitants.

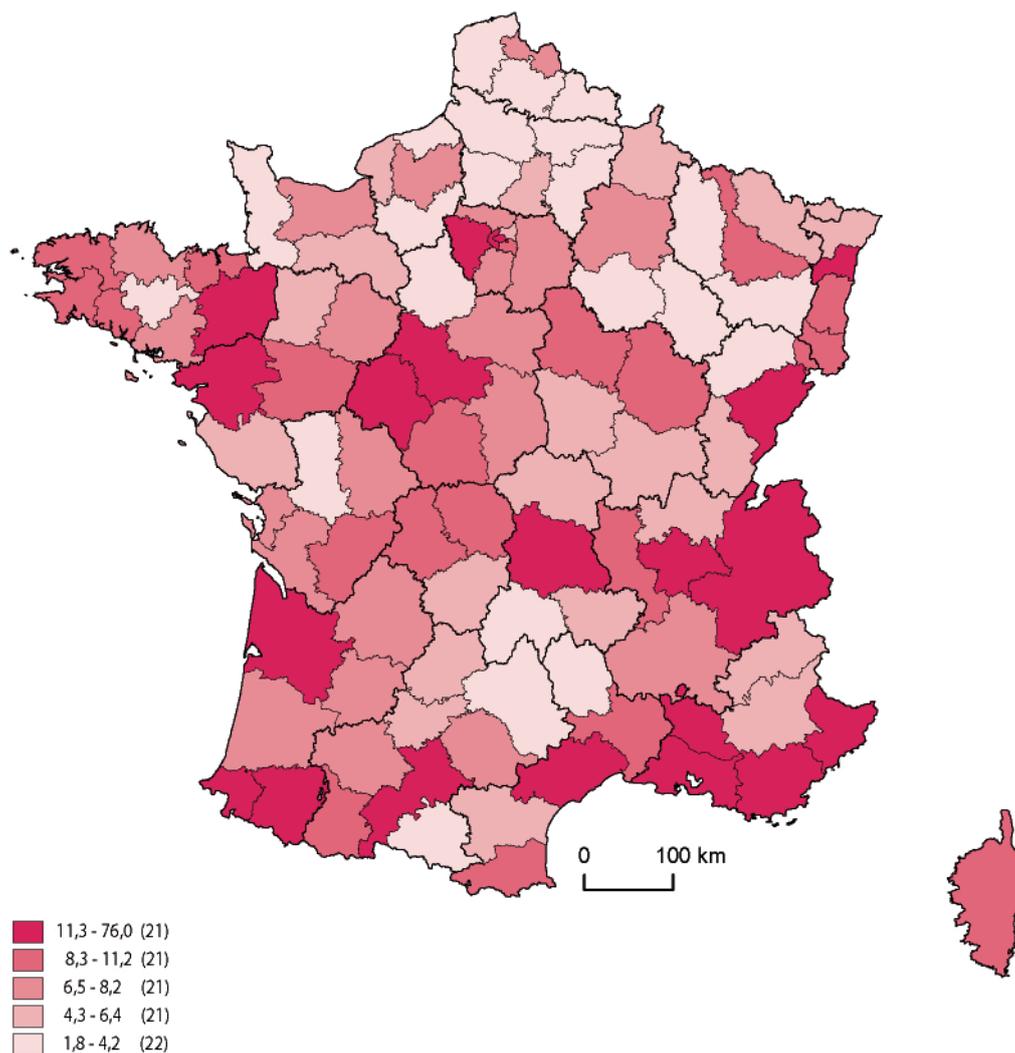
Quant à la part de médecins psychiatres conventionnés en secteur 1 dans le total des médecins psychiatres libéraux (carte 12b), elle est aussi calculée, pour l'année 2010, au niveau des territoires de santé (ou départements). Ce phénomène cadre relativement bien avec la hiérarchie urbaine. Ainsi, la taille (en matière de population résidente) des principales villes des territoires et la densité de psychiatres libéraux de secteur 1 de ces mêmes territoires semblent varier à l'inverse. C'est sans surprise que cette proportion est la plus réduite avec 40,5 % des psychiatres de ville exerçant en secteur 1 dans le territoire parisien. Les trois uniques autres territoires présentant un ratio en faveur des médecins pratiquant des tarifs dépassant le conventionnement de la Sécurité sociale (pourcentage inférieur à 50) sont le territoire de Mulhouse (43,8 %), celui d'Évreux/Vernon (46,2 %) et celui des Hauts-de-Seine (46,3 %). À l'opposé, 18 territoires de santé (ou départements) sur les 106 que comporte

l'espace national comptent 100 % de psychiatres conventionnés en secteur 1. Ces territoires sont davantage situés dans le nord de la France.

La carte 13 représentant l'APL aux médecins psychiatres libéraux (nombre d'ETP de médecins psychiatres libéraux pour 100 000 habitants) montre bien, une fois encore, qu'il existe d'importantes disparités infrarégionales. Néanmoins, comparativement à l'APL aux médecins généralistes libéraux, l'APL aux médecins psychiatres libéraux apparaît plus fortement corrélée avec la position des communes dans la hiérarchie urbaine. 1 727 communes de France métropolitaine (4,7 %) ont une APL égale à 0. À l'opposé, 24 communes ont une APL supérieure à 30 pour 100 000 habitants. Ces dernières sont principalement localisées au cœur de trois grandes aires urbaines : Paris, Marseille et Bordeaux.

Carte 12 Offre libérale en psychiatrie

a) Densité de psychiatres libéraux
pour 100 000 habitants de 16 ans et plus



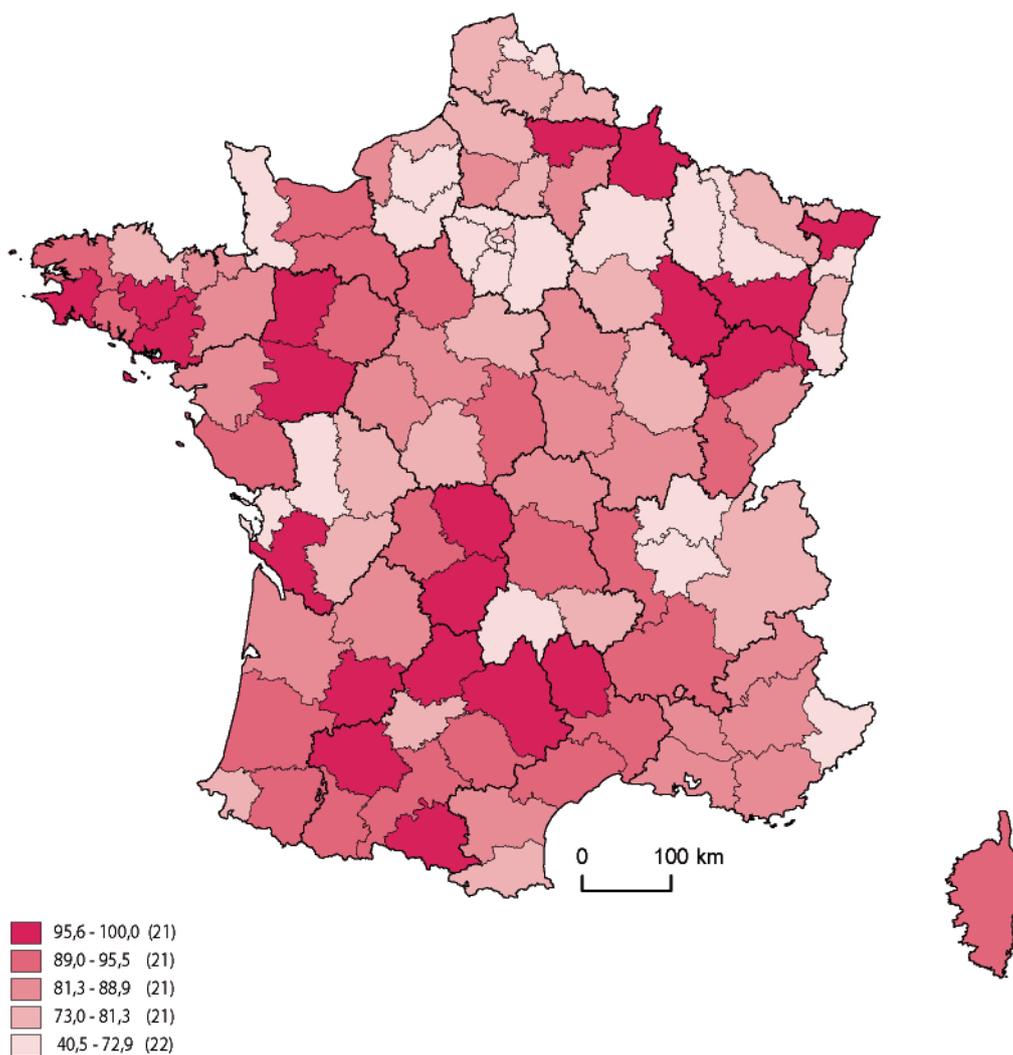
Discrétisation selon les quantiles

Source : Cnamts-Sniiram, 2010

© Irdes 2014

Carte 12 Offre libérale en psychiatrie
(suite)

b) Densité de psychiatres libéraux conventionnés secteur 1
pour 100 psychiatres libéraux



Discrétisation selon les quantiles

Source : Cnamts-Sniiram, 2010

© Irdes 2014

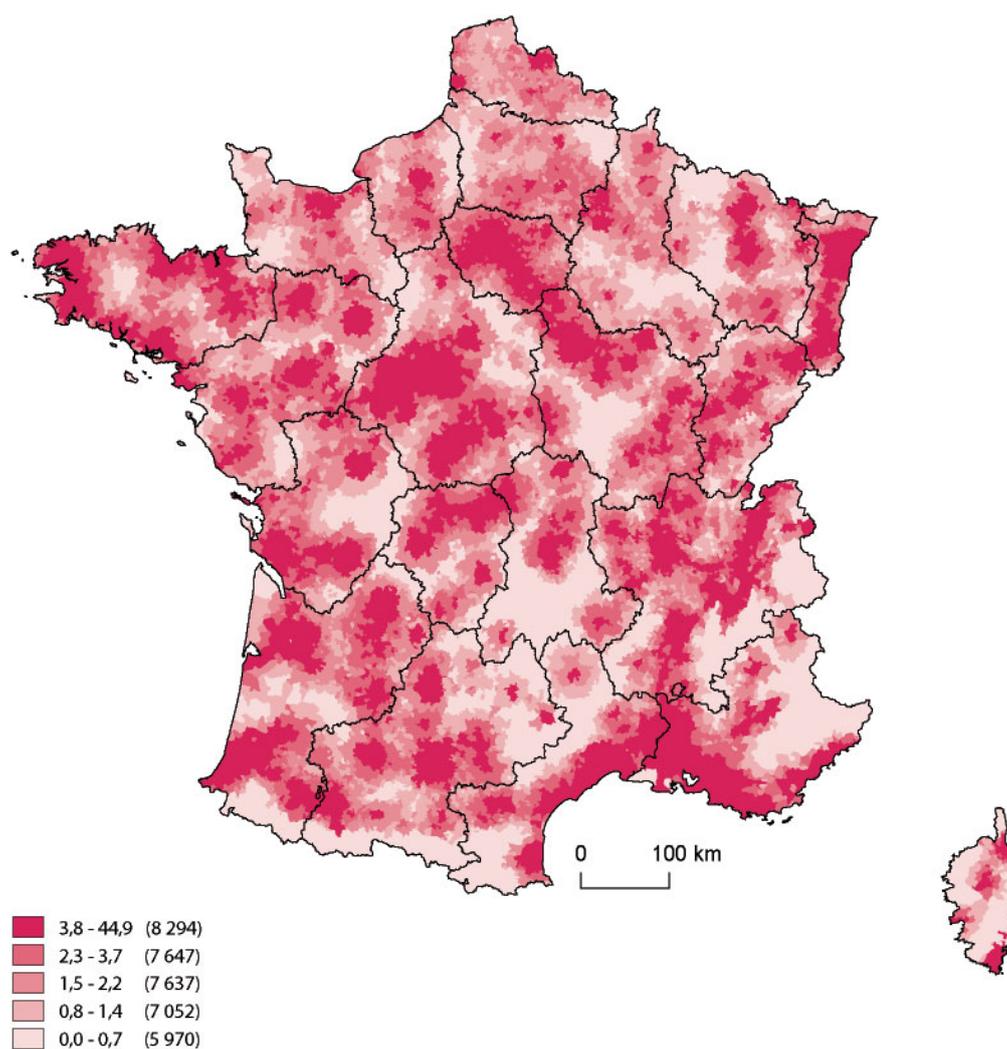
Les disparités territoriales d'offre et d'organisation des soins en psychiatrie en France...

L'offre de soins en psychiatrie en 2011

Irdes décembre 2014

Carte 13 Accessibilité potentielle localisée (APL) à l'offre libérale en psychiatrie

Nombre d'ETP de médecins psychiatres libéraux pour 100 000 habitants



Discrétisation selon les quantiles

Source : CnamTS-Sniiram, 2010

© Irdes 2014

3.3. L'offre sociale et médicosociale

Parallèlement à la prise en charge strictement sanitaire, d'autres alternatives médicosociales ou sociales nécessitent d'être considérées dans le cadre de cette étude dans la mesure où elles participent également à la prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiques.

Proposant un accompagnement quotidien avant, pendant ou après la prise en charge sanitaire, les structures médicosociales ne sont pas en reste dans la prise en charge des personnes présentant un handicap en raison de troubles psychiatriques. En effet, ce type de structures comptait, d'après l'enquête ES, au 31 décembre 2010, 20 188 adultes ayant des troubles du psychisme¹⁰ sur les 149 853 adultes accueillis au sein de ces structures (soit 13,5 % des adultes accueillis).

Les établissements médicosociaux pouvant accueillir ces personnes, en parallèle d'autres personnes, majoritaires dans ces établissements, atteintes par d'autres formes de handicap, recouvrent différents types d'intervention :

- Les centres d'aide par le travail : les centres de pré-orientation pour adultes handicapés, les Etablissements et services d'aide par le travail (Esat) ou les Centres de rééducation professionnelle (CRP) [en France, 7 822 adultes ont des troubles du psychisme sur les 74 680 adultes accueillis dans ces types de structures médicosociales, soit 10,5% des adultes accueillis]
- Les structures d'hébergement : les foyers d'hébergement pour adultes handicapés, les foyers d'accueil polyvalent pour adultes handicapés, les établissements expérimentaux pour adultes handicapés, les foyers occupationnels et foyers de vie pour adultes handicapés, les établissements d'accueil temporaire d'adultes handicapés (en France, 5 110 adultes accueillis ont des troubles du psychisme sur les 35 468 accueillis dans ces types de structures médicosociales, soit 14,4 % des adultes accueillis), les Foyers d'accueil médicalisés pour adultes handicapés (Fam) [en France, 1 794 adultes accueillis ont des troubles du psychisme sur les 9 522 accueillis dans ce type de structures médicosociales, soit 18,8 % des adultes accueillis] ou les Maisons d'accueil spécialisées (Mas) [en France, 835 adultes accueillis ont des troubles du psychisme sur les 10 431 accueillis dans ce type de structures médicosociales, soit 8,0 % des adultes accueillis]
- Les services d'accompagnement : les Services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) ou les Services d'accompagnement médicosocial pour adultes handicapés (Samsah) [en France, 4 627 adultes accueillis ont des troubles du psychisme sur les 19 752 adultes accueillis dans ces types de structures médicosociales, soit 23,4% des adultes accueillis]

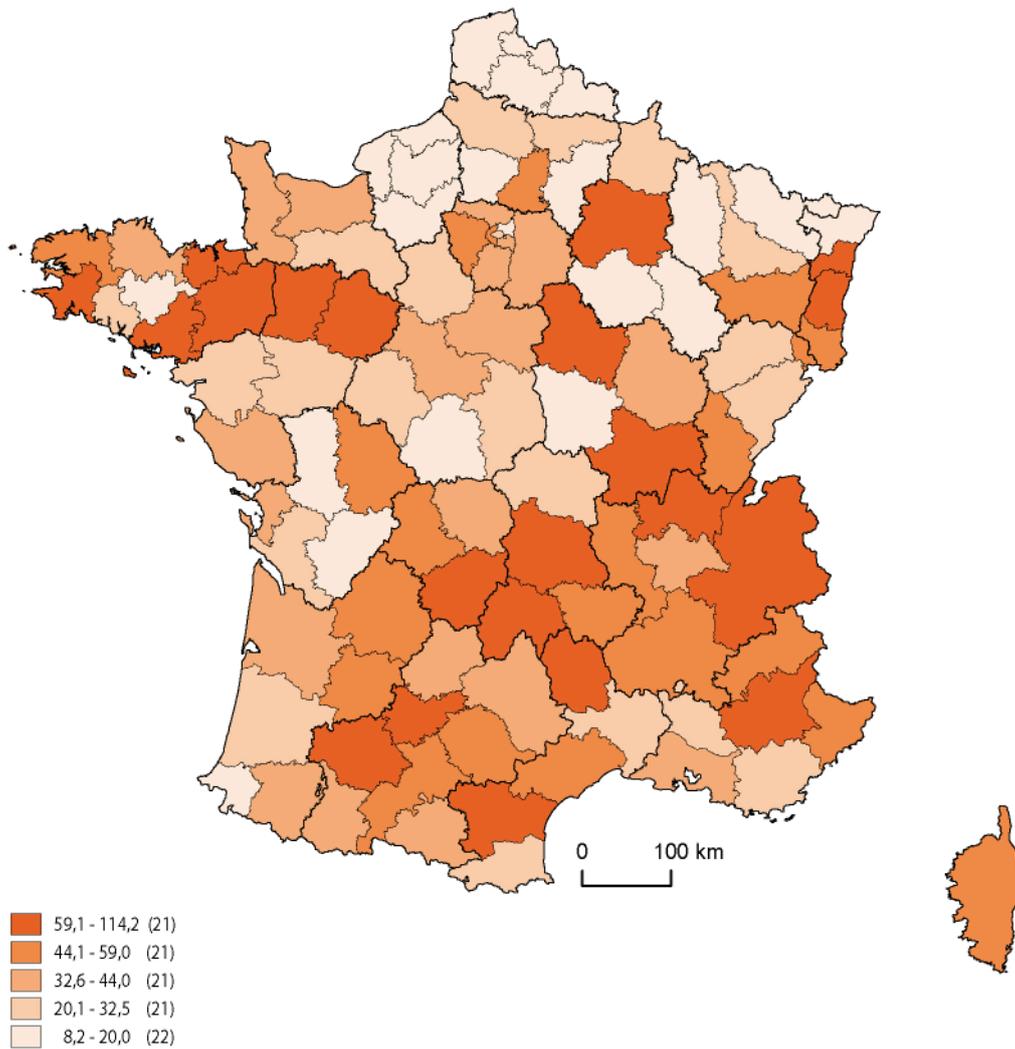
Les logiques d'implantation territoriale des établissements médicosociaux sont à mettre en relation, d'une part, avec des traditions d'accueil (par exemple, le département de la Lozère) et, d'autre part, avec les politiques à l'œuvre et les initiatives des acteurs locaux.

Au 31 décembre 2010, la densité d'adultes accueillis présentant des troubles du psychisme dans les structures médicosociales sélectionnées dans le cadre de ce projet (c'est-à-dire les structures accueillant au moins un adulte ayant des troubles du psychisme) pour 100 000 habitants de 16 ans et plus (carte 14a) variait dans un rapport de 1 à 12 entre le territoire de santé où cette densité est la plus faible (8,2 pour le territoire de santé situé sur le

¹⁰ Les personnes considérées comme ayant des troubles du psychisme ont la modalité « troubles du psychisme » (code 23) en déficience principale ou associée, mais n'ont pas la modalité « retard mental » (hors codes 11, 12 et 13) en déficience principale ou associée, ni la modalité « autisme et autres troubles envahissants du développement » (hors code 1) en pathologie à l'origine du handicap.

Carte 14 Prise en charge de la maladie mentale au sein de structures médicosociales

a) Densité d'adultes présentant des troubles du psychisme* dans les structures sélectionnées pour 100 000 habitants de 16 ans et plus



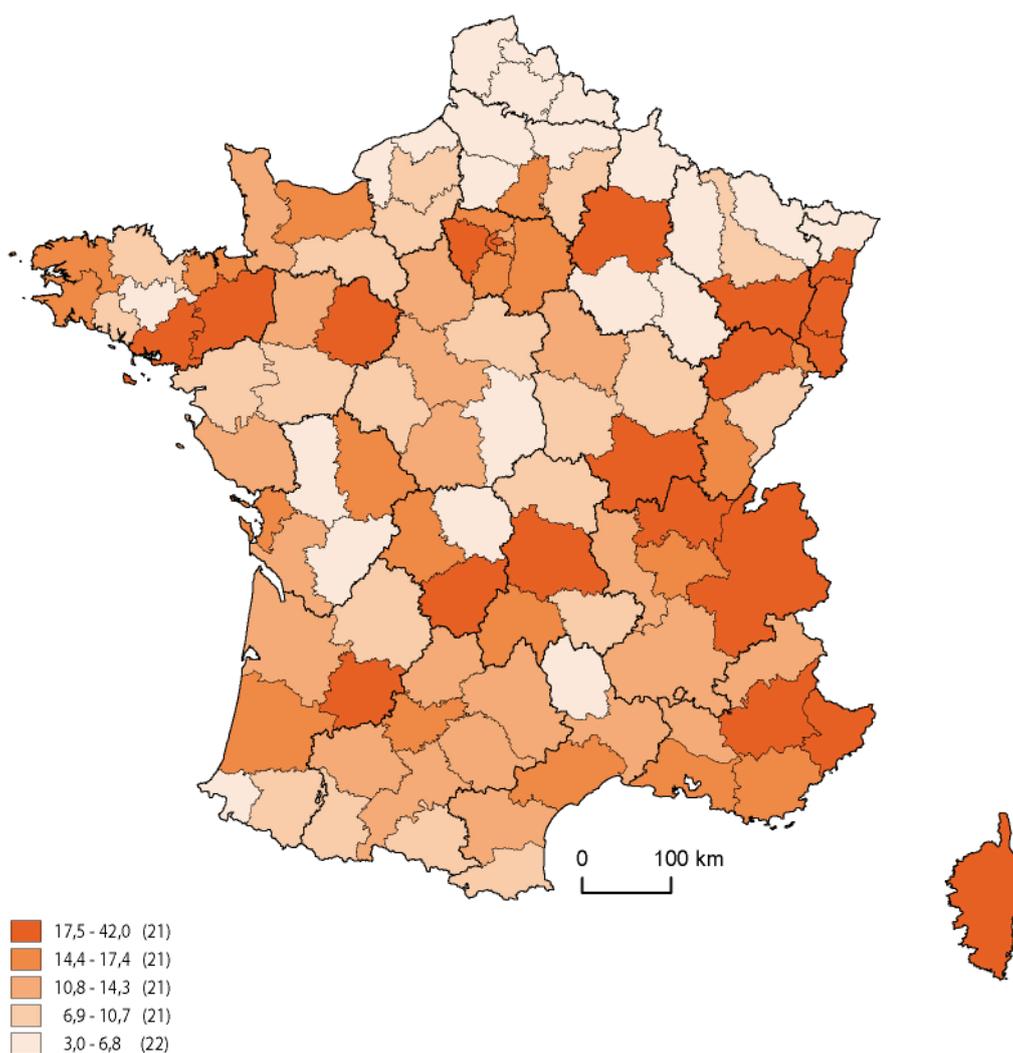
Discrétisation selon les quantiles

Source : Drees-Enquête ES, 2010

© Irdes 2014

Carte 14 Prise en charge de la maladie mentale au sein de structures médicosociales (suite 1)

b) Part des adultes présentant des troubles du psychisme*
parmi les adultes accueillis dans les structures sélectionnées**



Discrétisation selon les quantiles

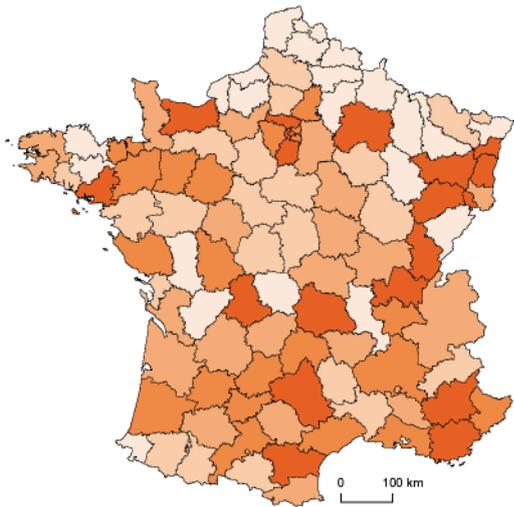
Source : Drees-Enquête ES, 2010

© Irdes 2014

Carte 14 Prise en charge de la maladie mentale au sein de structures médicosociales (suite 2)

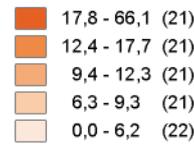
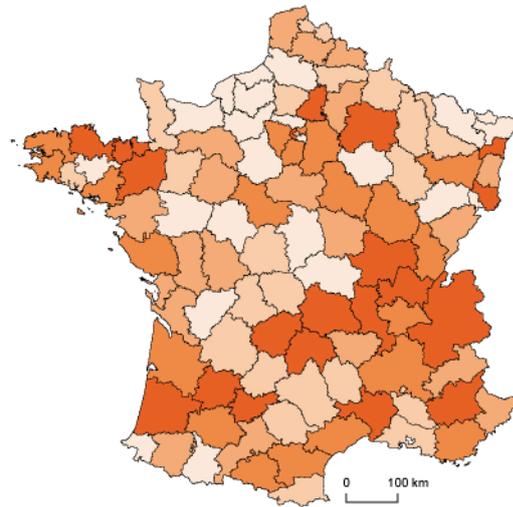
Part des adultes présentant des troubles du psychisme* dans les structures sélectionnées

c) Centres de pré-orientation pour adultes handicapés, établissements et services d'aide par le travail (Esat) et centres de rééducation professionnelle (CRP)



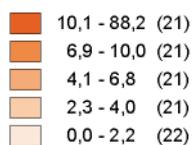
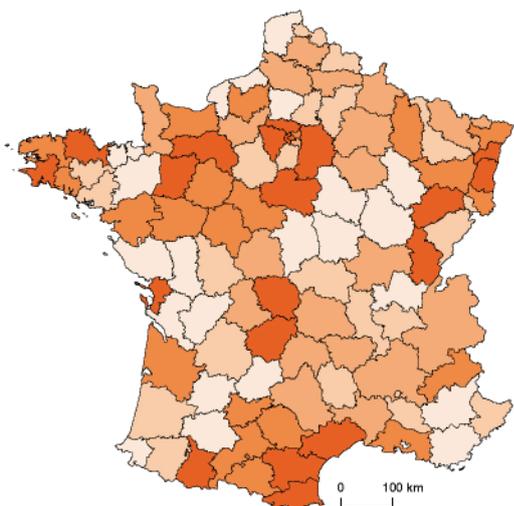
Source : Drees-Enquête ES, 2010
© Irdes 2014

d) Foyers [d'hébergement / d'accueil polyvalent / occupationnels / de vie] et établissements [expérimentaux / d'accueil temporaire] pour adultes handicapés



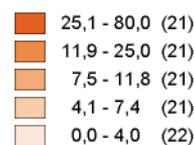
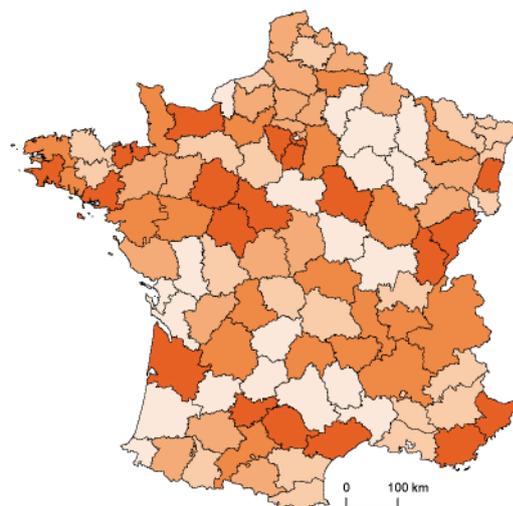
Source : Drees-Enquête ES, 2010
© Irdes 2014

e) Maisons d'accueil spécialisées (Mas)



Source : Drees-Enquête ES, 2010
© Irdes 2014

f) Foyers d'accueil médicalisé (Fam)

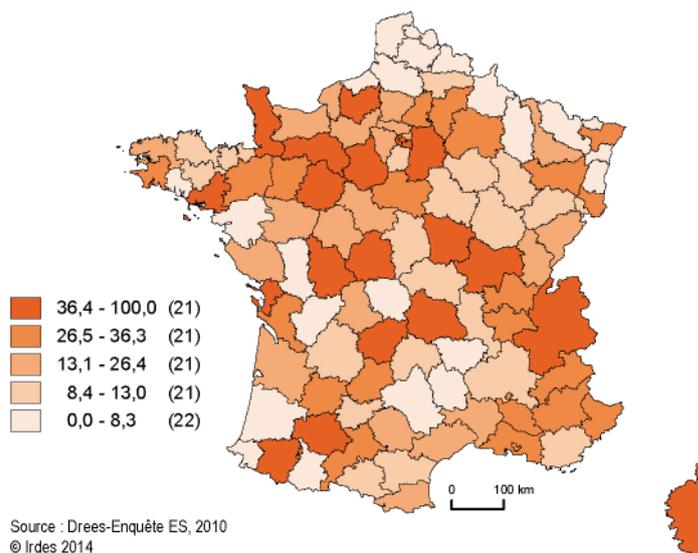


Source : Drees-Enquête ES, 2010
© Irdes 2014

Carte 14 Prise en charge de la maladie mentale au sein de structures médicosociales (suite 3)

Part des adultes présentant des troubles du psychisme* dans les structures sélectionnées

**g) Services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS)
et services d'accompagnement médicosocial pour adultes handicapés (Samsah)**



littoral du Nord-Pas-de-Calais) et celui où elle est la plus forte (114,2 pour le département de la Lozère). Le coefficient de variation (égal à 0,5) et la carte 14a indiquent une concentration des fortes densités en certains territoires de santé (ou départements), tels que le département de la Lozère (114,2), de la Corrèze (96,7) ou le territoire de santé de Vannes/Ploërmel/Malestroit.

La part des adultes présentant des troubles du psychisme dans le total des adultes accueillis fin 2010 dans les structures sélectionnées (carte 14b) oscille, quant à elle, dans un rapport de 1 à 14 entre le territoire de santé de Pontivy/Loudéac où cette proportion est la plus faible d'entre tous les territoires de santé (ou départements) [3,0 %] et le territoire de santé constitué autour de Strasbourg (42,0 %) où elle est la plus élevée. Une fois encore, le coefficient de variation (égal à 0,5) révèle une forte dispersion géographique de ce phénomène, ce que la carte 14b confirme.

Un examen de cette proportion déclinée selon le type d'établissements médicosociaux nous permet de nuancer cette description globale. Sans compter que la géographie de la part d'adultes présentant des troubles du psychisme est singulière à chaque type d'établissements médicosociaux (cartes 14c à 14g).

En effet, la part des adultes présentant des troubles du psychisme dans le total des adultes accueillis fin 2010 dans les centres de pré-orientation pour adultes handicapés, dans les Esat ou dans les CRP sélectionnés (carte 14c) fait état d'un rapport de 1 à 110 entre le département des Deux-Sèvres où la valeur est la plus petite observée (0,7 %) et le département de la Haute-Saône où elle est la plus grande (72,4 %). Ce dernier est le seul territoire de l'espace national pour lequel les 50 % sont atteints.

La part des adultes présentant des troubles du psychisme dans le total des adultes accueillis fin 2010 dans les foyers d'hébergement pour adultes handicapés, dans les foyers d'accueil polyvalent pour adultes handicapés, dans les établissements expérimentaux pour adultes handicapés, dans les foyers occupationnels et foyers de vie pour adultes handicapés ou dans les établissements d'accueil temporaire d'adultes handicapés sélectionnés (carte 14d) est de 0 % pour les départements de la Haute-Saône et du Territoire de Belfort. En effet, tous deux ne disposent pas de ce type spécifique de structures médicosociales accueillant au moins un adulte ayant des troubles du psychisme. Un unique territoire dépasse les 50 % relativement à l'indicateur considéré : le territoire de santé constitué autour de Strasbourg (66,1 %).

Treize territoires de santé (ou départements) n'ont pas de Mas accueillant, fin 2010, au moins un adulte ayant des troubles du psychisme (et ont pour valeur 0 %). Les départements des Pyrénées-Orientales et de Paris ont tous deux une part des adultes présentant des troubles du psychisme dans le total des adultes accueillis fin 2010 dans les Mas sélectionnés (carte 14e) outrepassant 50 % : respectivement 73,1 % et 88,2 %.

Seize territoires de santé (ou départements) ne possèdent pas de Fam accueillant, fin 2010, au moins un adulte ayant des troubles du psychisme (et ont pour valeur 0 %). La part des adultes présentant des troubles du psychisme dans le total des adultes accueillis fin 2010 dans les Fam sélectionnés (carte 14f) est supérieure à 50 % dans 8 territoires de santé (ou départements). Cette proportion est ainsi de 51,2 % dans le département des Alpes-Maritimes, de 51,9 % dans le département du Val-de-Marne, de 53,5 % dans le territoire de santé de Vannes/Ploërmel/Malestroit, de 55,7 % dans le département du Calvados, de 58,0 % dans le département de la Gironde, de 59,4 % dans le département de la Sarthe, de 61,9 % dans le département des Hauts-de-Seine et, enfin, de 80,0 % dans le département de l'Indre-et-Loire.

Cinq territoires de santé (ou départements) ne disposent pas de SAVS ou de Samsah accueillant, fin 2010, au moins un adulte ayant des troubles du psychisme (et ont pour valeur 0 %). La part des adultes présentant des troubles du psychisme dans le total des adultes accueillis fin 2010 dans les SAVS et les Samsah sélectionnés (carte 14g) atteint les 50 % dans 7 territoires de santé (ou départements). Celle-ci est même égale à 100 % dans les départements de la Nièvre et de l'Orne.

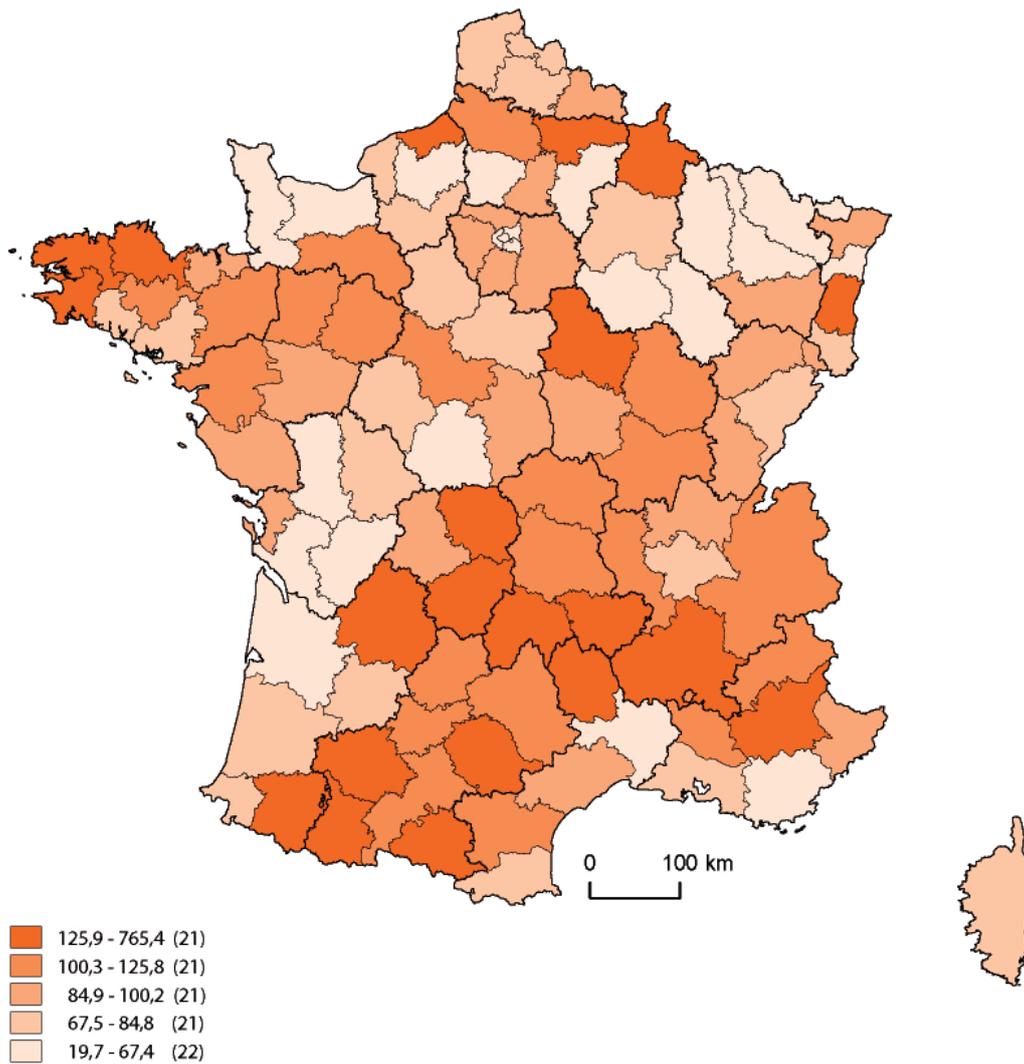
En nous intéressant à présent au personnel des structures médicosociales sélectionnées (soit, pour rappel, celles accueillant, fin 2010, au moins un adulte ayant des troubles du psychisme), nous constatons que la densité tous types de personnel confondus exerçant au sein des structures médicosociales sélectionnées pour 100 000 habitants de 16 ans et plus (carte 15a) varie dans un rapport de 1 à 10 entre les territoires de santé (ou départements). Le territoire qui observe la densité la plus faible est le département de Paris avec 19,7 personnels en ETP pour 100 000 habitants de 16 ans et plus. A l'inverse, celui qui dispose de la densité la plus forte est le département de la Lozère avec une valeur portée à 765,4 ETP. Notons que 44 territoires de santé (ou départements) dépassent les 100 personnels en ETP relativement à la population considérée.

Au sein des structures médicosociales, le personnel appartient à différents corps de métier qui ne sont pas équitablement représentés entre les structures médicosociales sélectionnées pour ce projet. En outre, les images laissées par la cartographie de la densité de chacune de ces catégories de métier (cartes 15b à 15g) ne sont pas totalement superposables.

Ainsi, la densité de psychiatres ou pédopsychiatres et de psychologues cumulés (en ETP) des structures sélectionnées pour 100 000 habitants de 16 ans et plus (carte 15b) s'étend entre les territoires de santé (ou départements) de près de 0 personnel en ETP pour

Carte 15 Personnel des structures médicosociales

a) Densité tous personnels confondus (ETP) des structures sélectionnées**
pour 100 000 habitants de 16 ans et plus



Discrétisation selon les quantiles

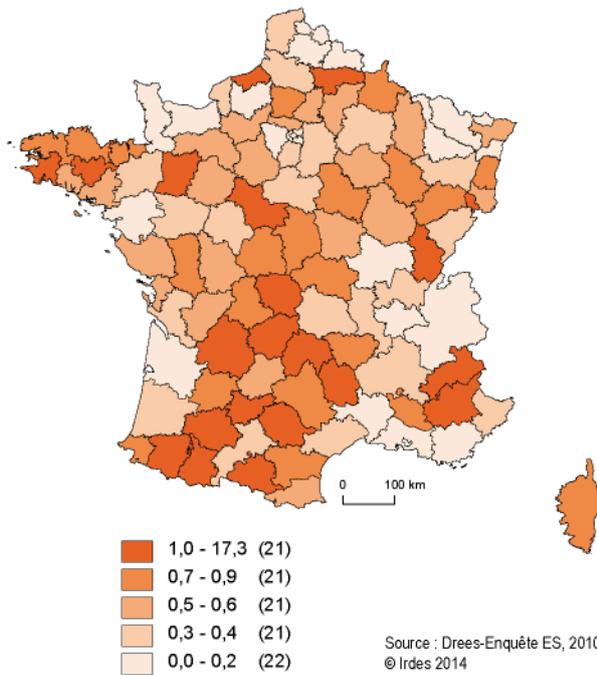
Source : Drees-Enquête ES, 2010

© Irdes 2014

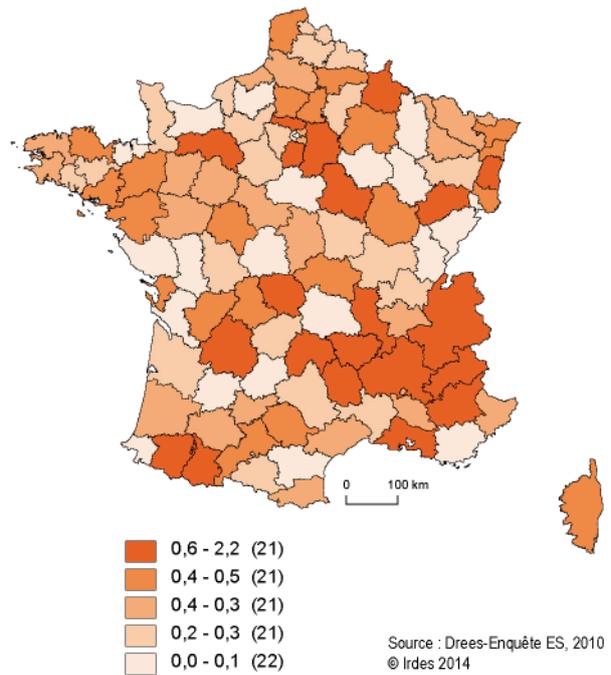
Carte 15 Personnel des structures médicosociales (suite 1)

Densité de personnels (en ETP) des structures médicosociales sélectionnées pour 100 000 habitants de 16 ans et plus

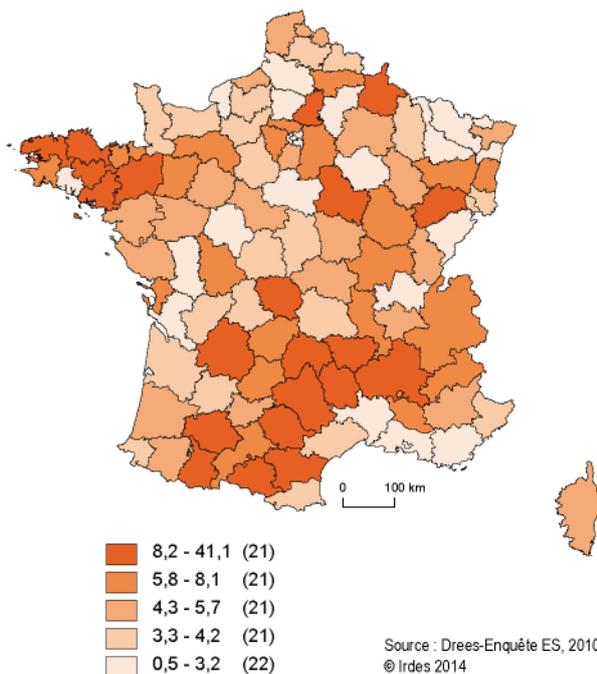
b) Psychiatres/pédopsychiatres et psychologues cumulés



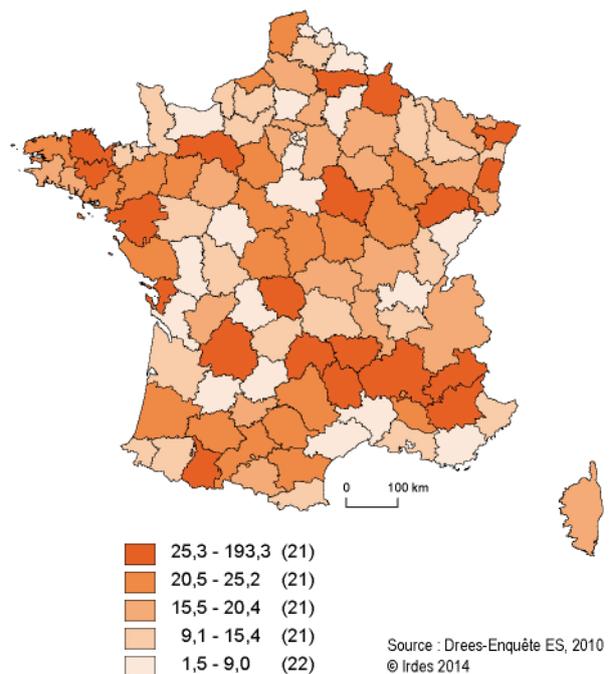
c) Personnel médical non psychiatre



d) Infirmiers



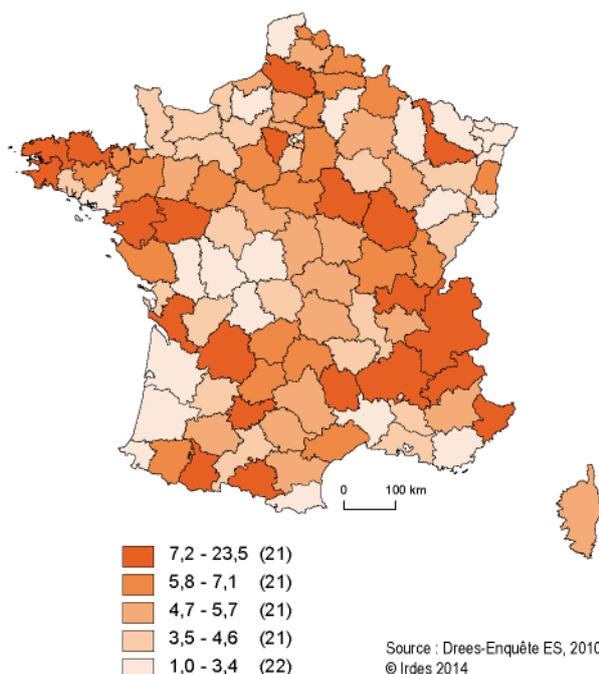
e) Personnel paramédical non psychologue et non infirmier



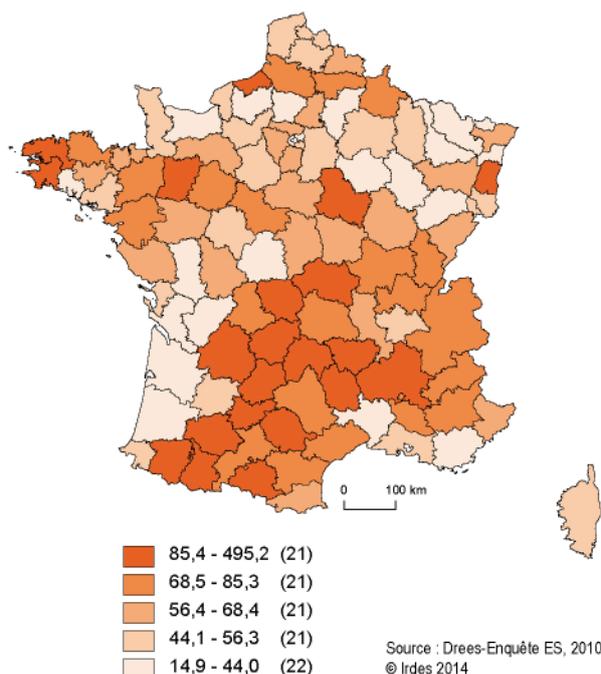
Carte 15 Personnel des structures médicosociales (suite 2)

Densité de personnels (en ETP) des structures médicosociales sélectionnées pour 100 000 habitants de 16 ans et plus

f) Personnel d'encadrement sanitaire et social



g) Personnel éducatif, pédagogique et social



100 000 habitants de 16 ans et plus pour le département de Paris, le moins bien doté dans les structures médicosociales en ce type de professionnel, à 17,3 ETP pour le département de la Lozère, le mieux doté d'entre tous les territoires de métropole.

Six territoires de santé (ou départements) détiennent une densité de médecins non psychiatres (en ETP) des structures sélectionnées pour 100 000 habitants de 16 ans et plus (carte 15c) égale à 0. À l'opposé, seuls 5 territoires de santé (ou départements) franchissent le seuil d'un ETP pour 100 000 habitants de 16 ans et plus. Le seul parmi eux à dépasser le seuil de 2 ETP est le département de la Gironde avec 2,2 médecins hors psychiatres pour 100 000 habitants de 16 ans et plus.

Quant à la densité d'infirmiers (en ETP) des structures sélectionnées pour 100 000 habitants de 16 ans et plus (carte 15d), elle oscille entre le département de Paris où cette densité est la plus basse (0,5 ETP pour 100 000 habitants de 16 ans et plus) et le département de la Lozère où elle est la plus haute (41,1 ETP) dans un rapport allant de 1 à 35.

Le territoire de santé présentant la moindre densité de personnel paramédical non psychologue et non infirmier (en ETP) des structures sélectionnées pour 100 000 habitants de 16 ans et plus (carte 15e) est, avec 1,5 personnel en ETP pour 100 000 habitants de 16 ans et plus, le département de Paris. À l'inverse, le département de la Lozère recueille la densité la plus élevée avec 193,3 ETP pour 100 000 habitants de 16 ans et plus. Aucun autre terri-

toire de santé (ou département) ne dépasse les 60 ETP. Entre la plus faible et la plus forte densité, cet indicateur varie donc dans un rapport de 1 à 39.

Concernant la densité de personnel d'encadrement sanitaire et social (en ETP) des structures sélectionnées pour 100 000 habitants de 16 ans et plus (carte 15f), entre le territoire où elle est la plus faible (1,0 ETP pour 100 000 habitants de 16 ans et plus dans le département des Deux-Sèvres) et celui où elle est la plus forte (23,5 ETP dans le département de la Lozère) s'établit un rapport de 1 à 12.

Enfin, le département de la capitale dispose d'une densité de personnel éducatif, pédagogique et social (en ETP) des structures sélectionnées pour 100 000 habitants de 16 ans et plus (carte 15g) de 14,9 ETP, faisant de lui le territoire de France métropolitaine où les structures médicosociales sélectionnées sont les moins bien dotées en ce type de personnel. Douze territoires de santé (ou départements) franchissent les 100 ETP pour 100 000 habitants de 16 ans et plus et, parmi eux, le département de la Lozère détient, une fois encore, la valeur la plus forte avec 495,2 ETP. Ainsi, entre les territoires de santé (ou départements), cet indicateur oscille dans un rapport de 1 à 10.

3.4. Les autres acteurs contribuant à la prise en charge des maladies mentales au sein des territoires

Comme rappelé en introduction, d'autres acteurs non sanitaires interviennent dans le champ de la santé mentale et contribuent à améliorer la qualité de vie des patients. Dans le cadre de cette étude, nous nous sommes intéressés aux Conseils locaux de santé mentale (CLSM) et aux Groupes d'entraide mutuelle (Gem).

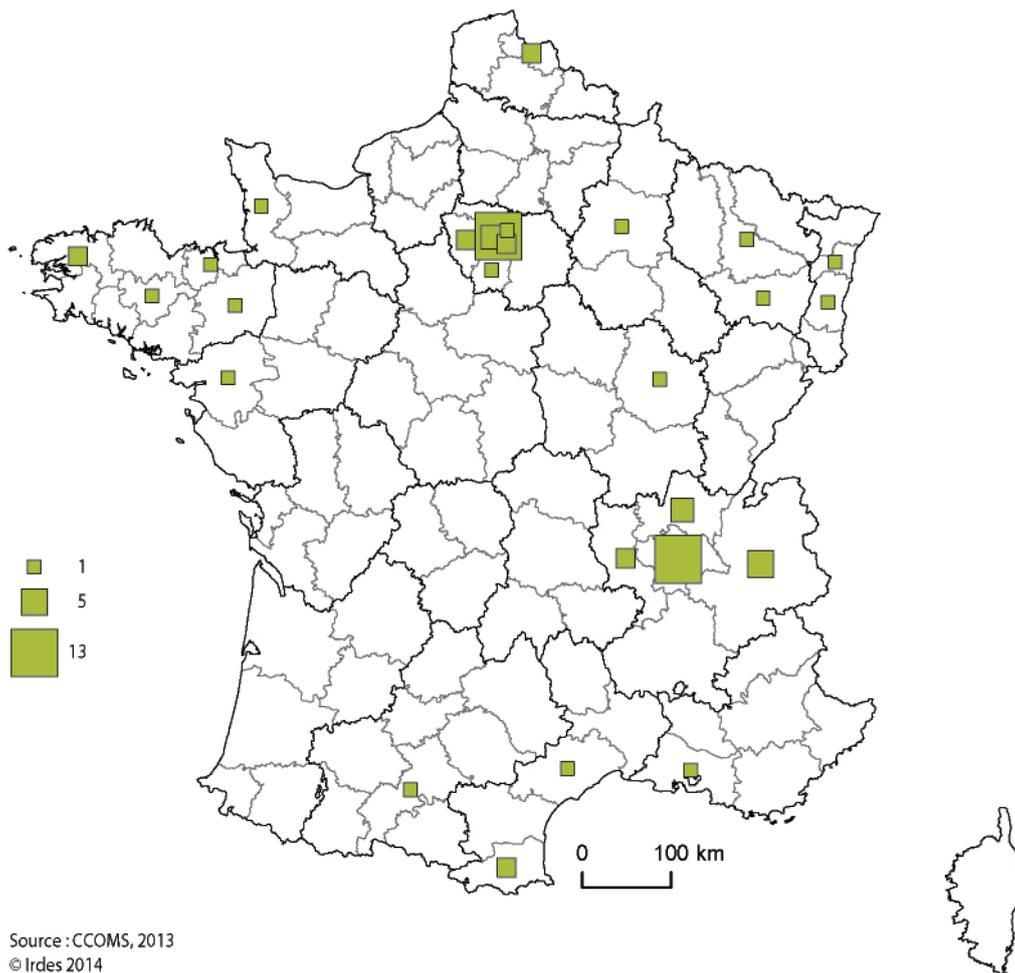
Les CLSM constituent des plateformes de concertation et de coordination entre les élus locaux d'un territoire, les services de psychiatrie publique et les partenaires locaux concernés par les problèmes de santé mentale. Ils intègrent les usagers et les habitants, ainsi que tous les services sociaux (bailleurs sociaux, services municipaux...), médicosociaux et sanitaires (publics et privés) et favorisent la planification et le développement des politiques locales de santé. Les CLSM ont une action de décloisonnement des pratiques professionnelles par la mise en place d'outils de prévention et d'insertion entre les différents partenaires (CCOMS, 2013). Les objectifs des CLSM peuvent être variables selon les territoires, mais on retrouve, de manière quasi systématique parmi les priorités visées, l'accès aux soins et la lutte contre l'exclusion des personnes ayant des troubles psychiques (Rhenter, 2011). Selon le CCOMS, 65 CLSM étaient opérationnels en 2013 en France métropolitaine, mais très inégalement répartis à travers l'espace national (carte 16a). En effet, ce type d'offre est absent de la majorité des territoires de santé (ou départements). Néanmoins, vingt de ces territoires s'attèlent à implanter un à deux CLSM. Les territoires au sein desquels les CLSM sont déjà opérationnels en comptent, le plus souvent, un, deux ou trois. Le département parisien et le territoire de santé situé au cœur de la région Rhône-Alpes sont les mieux dotés du territoire national avec chacun 13 CLSM. La densité de CLSM opérationnels pour 100 000 habitants de 16 ans et plus (carte 16b) différencie un peu moins les territoires de santé (ou départements) entre eux (coefficient de variation égal à 2,4). Les 78 territoires dénués de ce type d'offre enregistrent logiquement une densité de 0. A l'opposé, 5 dépassent les 5 CLSM opérationnels pour 100 000 habitants de 16 ans et plus : le département des Pyrénées-Orientales (5,5), le territoire de santé situé au nord de la région Rhône-Alpes (6,5), le département de Paris (7,0), le territoire de santé localisé au centre de la région Rhône-Alpes (8,2) et le territoire de santé de Pontivy/Loudéac (8,8).

Les Gem se sont développés dans le cadre de la loi du 11 février 2005 pour « l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » et

ont été pensés comme des dispositifs de compensation et de prévention des conséquences sociales des troubles psychiques (Troisoeufs, 2013). Les Gem sont des associations, ateliers, lieux de rencontres entre pairs, gérés par et pour les usagers et ex-usagers en psychiatrie. Ils visent à rompre l'isolement et l'exclusion sociale des personnes en souffrance psychique en favorisant leur insertion dans la cité, à travers la restauration et le maintien des liens sociaux. D'après les données du Psycom75, 258 Gem étaient en place en 2012 en France métropolitaine. D'emblée, ce type d'offre apparaît moins inégalement réparti entre les territoires de santé (ou départements) français (carte 17a) que les CLSM. En effet, « seuls » 13 territoires ne disposent pas de Gem. Comme pour les CLSM, le département parisien et le territoire de santé situé au cœur de la région Rhône-Alpes en regroupent le plus grand nombre (respectivement 12 et 14), en lien avec la population desservie. La densité de Gem pour 100 000 habitants de 16 ans et plus (carte 17b) différencie un peu moins les territoires de santé (ou départements) entre eux (coefficient de variation égal à 0,7) que la densité de CLSM. Évidemment, les 13 territoires sans Gem ont une densité à 0. Cinquante-quatre territoires disposent d'une densité supérieure à 5 Gem pour 100 000 habitants de 16 ans et plus. Deux d'entre eux dépassent même les 20 Gem pour 100 000 habitants de 16 ans et plus. Il s'agit respectivement du département de l'Ariège (24,0) et du territoire de santé de Pontivy/Loudéac (26,4).

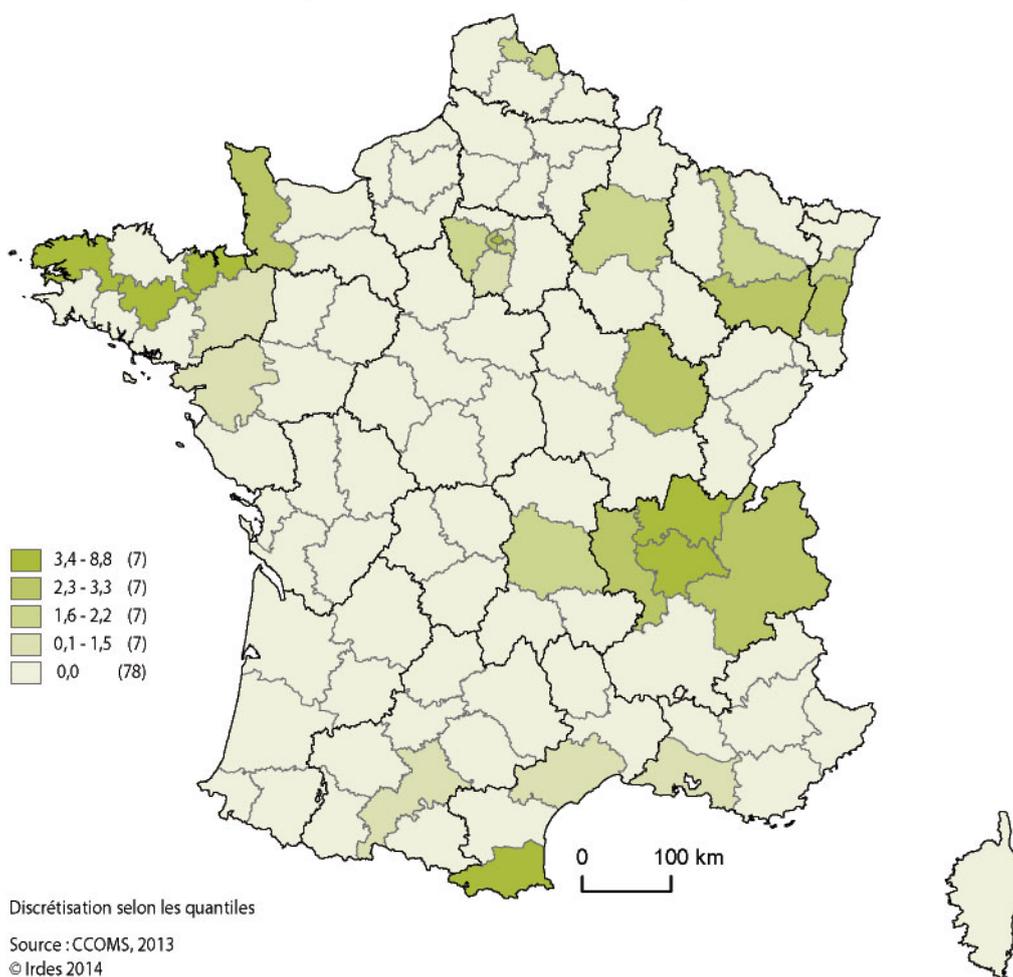
**Carte 16 Initiatives communautaires dans la prise en charge de la maladie mentale :
les conseils locaux de santé mentale (CLSM)**

a) Nombre de conseils locaux de santé mentale opérationnels



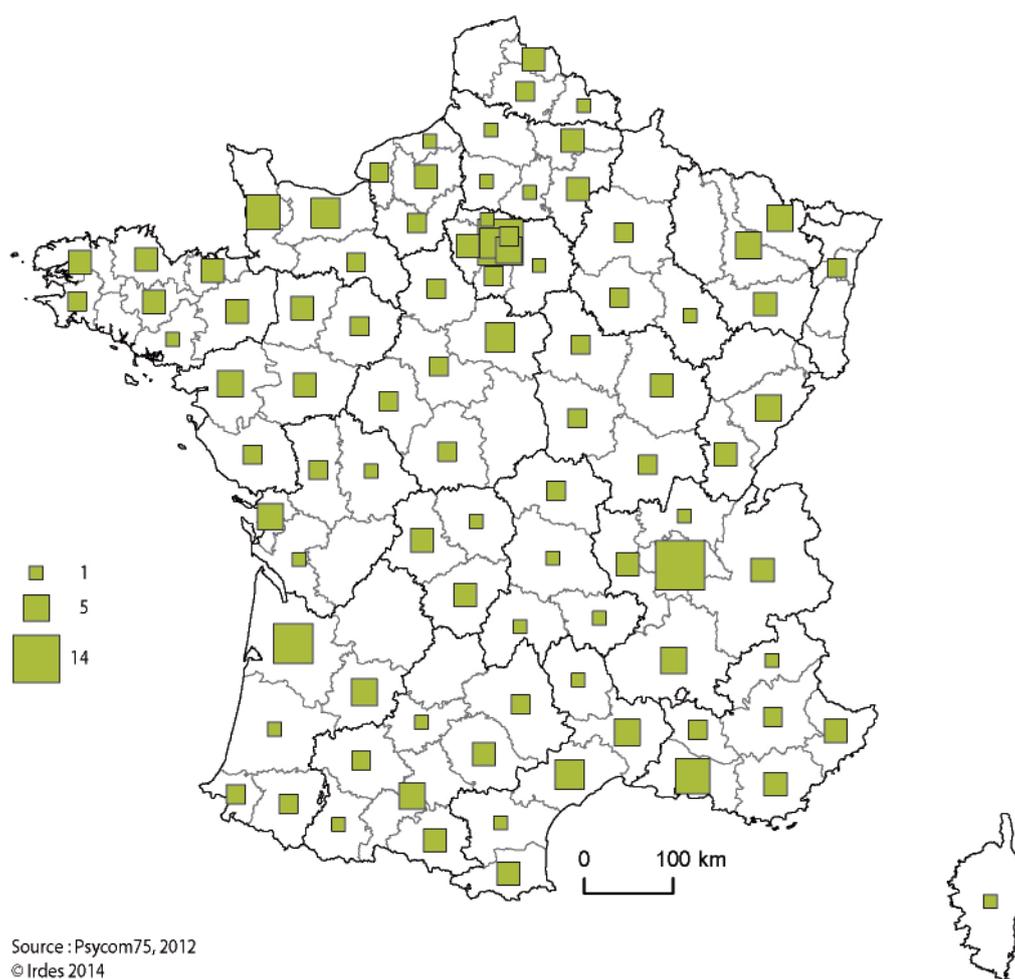
Carte 16 Initiatives communautaires dans la prise en charge de la maladie mentale :
(suite) les conseils locaux de santé mentale (CLSM)

b) Densité de conseils locaux de santé mentale opérationnels
pour 100 000 habitants de 16 ans et plus

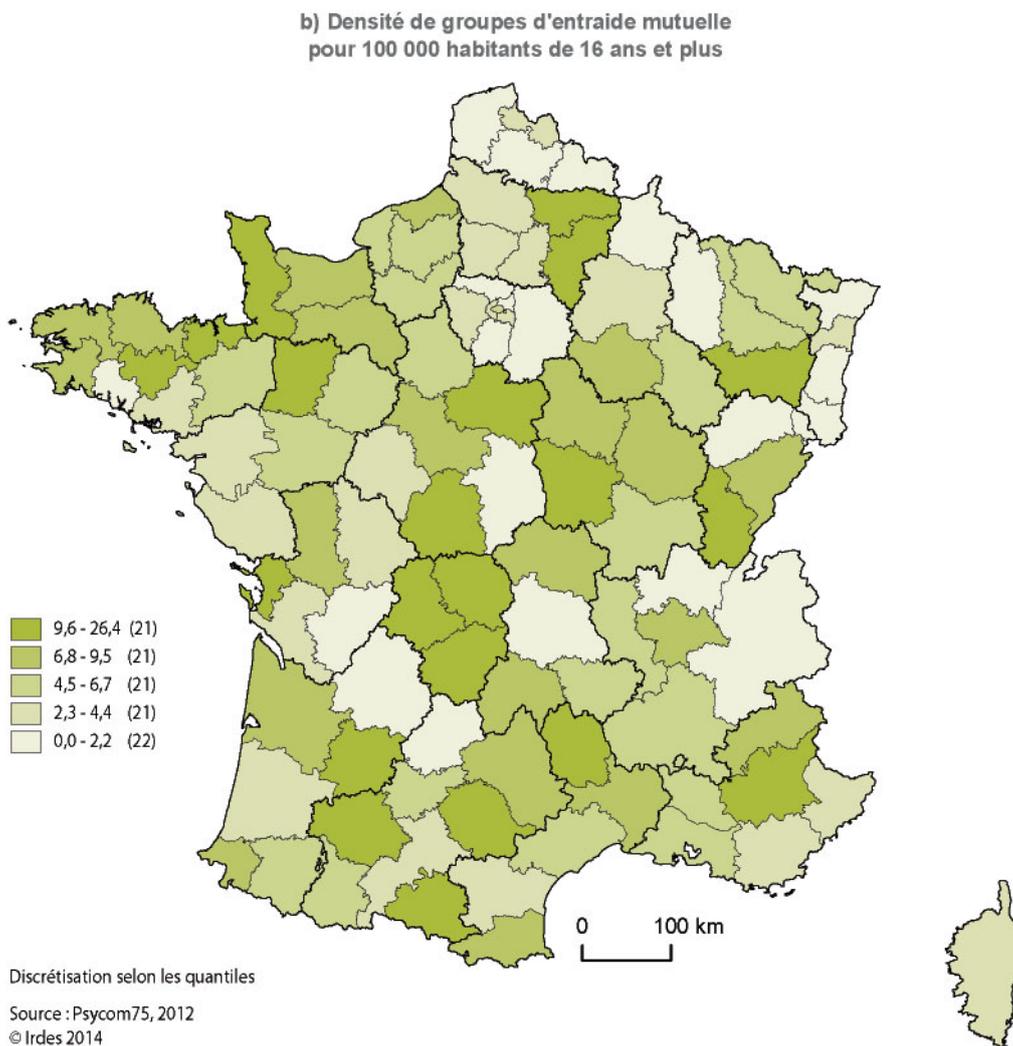


**Carte 17 Initiatives communautaires dans la prise en charge de la maladie mentale :
les Groupes d'entraide mutuelle (Gem)**

a) Nombre de groupes d'entraide mutuelle



Carte 17 Initiatives communautaires dans la prise en charge de la maladie mentale :
(suite) les Groupes d'entraide mutuelle (Gem)



4. Typologie de l'organisation des soins en psychiatrie à l'échelle des territoires de santé

Afin de définir d'un point de vue systémique l'organisation de la prise en charge de la maladie mentale au sein des territoires de santé (ou départements), nous avons procédé à la construction d'une typologie des territoires de santé basée sur une analyse en composantes principales suivie d'une classification ascendante hiérarchique (cf. Partie 3 Méthodologie). La combinaison de ces deux méthodes statistiques permet d'obtenir une partition en cinq profils de territoires en matière d'organisation de prise en charge de la maladie mentale.

4.1. L'analyse en composantes principales

L'analyse a été réalisée sur 47 variables continues actives, contribuant à la construction des axes factoriels. Ces 47 variables caractérisent l'offre proposée par les établissements de santé (en termes d'équipements, de ressources humaines, d'accessibilité, d'activité et de coordination avec les acteurs extérieurs), l'offre de ville (densité et accessibilité financière), l'offre médicosociale (en termes de capacités totales et d'accueil des personnes souffrant de troubles psychiques), ainsi que les initiatives locales non strictement sanitaires à travers l'existence des CLSM et des Gem.

Tableau 2. Variables actives

	Moyenne	Ecart-type	Minimum	Maximum	
Etablissements de santé					
• Capacités					
Densité de lits d'hospitalisation temps plein en psychiatrie	109,506	40,019	9,712	223,850	
Densité de lits ou places à temps complet alternatives	12,588	21,973	0,000	165,017	
Densité de places d'hospitalisation à temps partiel	37,438	19,631	0,000	107,830	
Densité de CATTP	2,378	1,772	0,000	8,720	
Densité de CMP	4,590	2,703	0,000	12,442	
Part des lits d'hospitalisation temps plein en psychiatrie rattachés à...	un établissement public de santé pluridisciplinaire	25,909	30,822	0,000	100,000
	un établissement public de santé monodisciplinaire	41,828	37,132	0,000	100,000
	un établissement privé à but lucratif	17,505	21,401	0,000	100,000
	un établissement privé d'intérêt collectif	14,583	26,848	0,000	100,000
Densité de lits pour la prise en charge de patients difficiles	0,738	3,040	0,000	19,000	
Densité de lits à 72 heures	0,340	0,971	0,000	5,000	
Part des lits d'isolement thérapeutique	2,679	2,054	0,000	11,819	
Part de CMP ouverts 5 jours ou plus par semaine	72,107	25,359	0,000	100,000	
Part des structures ambulatoires ouvertes au moins un jour par semaine après 18 h	26,941	18,531	0,000	81,250	
Part des unités ouvertes toute l'année	91,666	10,010	50,000	100,000	
Part des structures situées en dehors de l'enceinte hospitalière	57,211	18,520	0,000	100,000	

Suite du tableau page suivante

Les disparités territoriales d'offre et d'organisation des soins en psychiatrie en France...

Typologie de l'organisation des soins en psychiatrie à l'échelle des territoires de santé

Irdes décembre 2014

Tableau 2. Variables actives (suite)

	Moyenne	Ecart-type	Minimum	Maximum	
• Personnel					
Densité d'ETP médicaux	10,897	4,700	0,000	30,811	
Densité d'ETP infirmiers et cadres	101,942	40,777	3,634	207,070	
Densité d'ETP aides-soignants	32,943	41,328	0,713	417,122	
Densité d'ETP psychologues	6,302	2,725	0,137	14,899	
Densité d'ETP personnels de rééducation, éducatifs et sociaux	8,271	4,761	0,131	23,540	
Part des médecins non psychiatres dans le personnel médical	19,727	12,600	0,000	56,579	
Part du personnel exerçant en unité d'hospitalisation temps plein dans les établissements publics et Espic	57,667	21,310	0,000	84,781	
• Activité					
Densité d'actes ambulatoires	59 583,900	352 549,000	0,000	3 618 460,000	
Densité d'actes à domicile	3 422,990	2 954,220	0,000	15 731,200	
Taux d'occupation des lits	90,288	5,885	72,670	104,895	
Flux d'admissions	11,450	3,057	4,968	20,453	
Indicateur de diversité de prise en charge	1,207	0,052	1,008	1,329	
Taux de patients bénéficiant d'un dispositif de réponse à l'urgence 24h/24	1 893,160	1 320,020	0,000	5 030,850	
Taux de patients bénéficiant d'une équipe mobile spécialisée	1 732,510	1 406,080	0,000	4 842,970	
Score de prise en charge somatique	28,131	17,833	0,000	91,667	
• Coordination					
Nombre moyen d'actions de prévention, promotion, insertion par établissement	8,173	5,923	0,000	32,000	
Taux de patients bénéficiant	d'équipes dédiées à l'intervention dans le champ social et médicosocial	1 947,430	3 097,820	0,000	18 007,300
	de la participation à un conseil de secteur	4 209,450	16 237,900	0,000	152 006,000
	de la participation à un réseau de santé mentale	1 027,460	1 219,650	0,000	4 140,000
Part des structures prenant toujours ou souvent contact avec le médecin généraliste lorsque le patient est adressé par lui	0,951	0,215	0,000	1,000	
Offre de ville					
Densité de médecins généralistes libéraux	107,206	15,395	82,296	154,485	
Densité de psychiatres libéraux	9,155	8,316	1,920	75,999	
Part de psychiatres libéraux exerçant en secteur 1	82,108	15,008	40,466	100,000	
Secteur médicosocial					
Densité d'adultes souffrant de troubles psychiques accueillis dans le médicosocial	41,158	21,904	8,174	96,692	
Densité d'adultes accueillis en	maisons d'accueil spécialisées (Mas)	51,321	32,988	0,000	221,220
	foyers d'accueil médicalisés (Fam)	40,948	24,985	0,000	131,524
	SAVS ^a et Samsah ^b	91,356	48,958	0,000	337,934
Densité d'ETP de psychiatres et psychologues exerçant dans les structures médicosociales	0,652	0,658	0,039	3,508	
Turn-over des résidents du médicosocial	26,627	12,800	6,115	80,063	
Communauté					
Densité de conseils locaux de santé mentale (CLSM)	0,592	1,438	0,000	8,000	
Densité de groupes d'entraide mutuelle (Gem)	6,007	4,495	0,000	24,022	

^a Service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS)

^b Service d'accompagnement medico-social pour adultes handicapés (Samsah)

Trois territoires de santé aux caractéristiques atypiques ont été placés en « illustratif », ils ne contribuent donc pas à la construction des axes factoriels et de la classification mais peuvent y être projetés. Il s'agit des territoires de santé de l'Oise-Ouest en Picardie, de Pontivy/Loudéac en Bretagne et de la Lozère en Languedoc-Roussillon.

La lecture de l'histogramme des valeurs propres nous amène à retenir les 7 premiers axes ou facteurs pour la construction de la classification. Nous ne décrivons ici que les quatre premiers facteurs. L'interprétation des axes retenus, présentée ci-dessous, se base sur les contributions, les cosinus carrés pour les variables actives et les valeurs-tests pour les variables illustratives. Le graphique 3 représente 50 % des variables actives contribuant au plan factoriel croisant les axes 1 et 2.

Le premier facteur ou axe 1 oppose les territoires à l'offre psychiatrique majoritairement portée par le secteur public spécialisé aux dotations apparentes élevées en équipement, qu'il s'agisse des lits d'hospitalisation temps plein, des places d'hospitalisation de jour et de nuit, des structures de type CMP, CATTP, mais également en personnel médical, infirmier, psychologue, de rééducation, éducatif et social (sur la droite du graphique 3) aux territoires où le secteur privé lucratif ou la psychiatrie à l'hôpital général sont davantage représentés, avec en moyenne des dotations inférieures en équipement et en personnel.

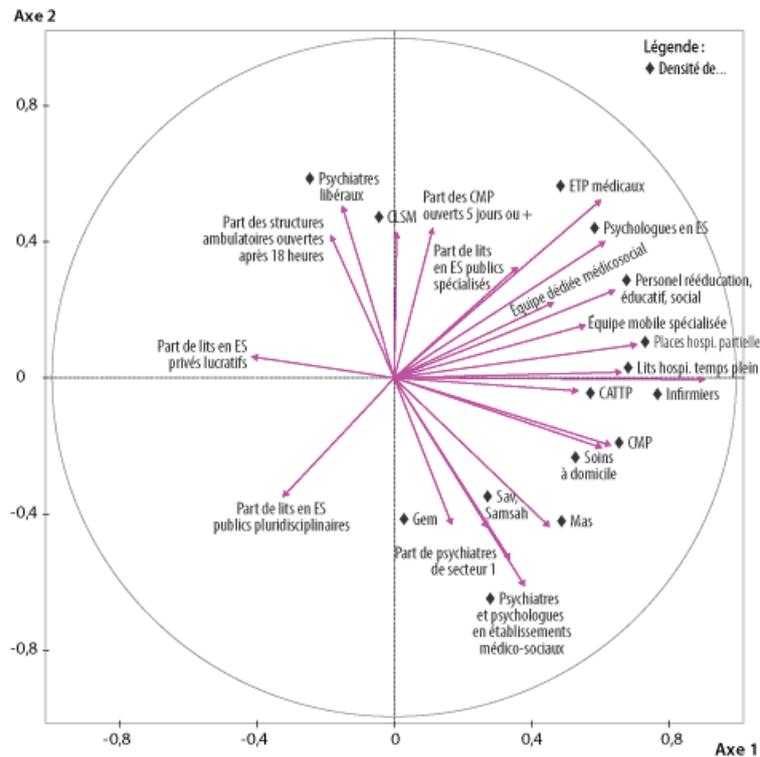
Le second facteur ou axe 2, oppose davantage des territoires urbains (en haut du graphique) à des territoires plus ruraux. Au-delà de la densité de population, le caractère urbain de ces territoires se lit notamment à travers l'offre plus importante de psychiatrie libérale, une organisation de la prise en charge psychiatrique qui propose des amplitudes horaires plus importantes adaptées aux pratiques des populations urbaines, ainsi qu'une présence plus importante des conseils locaux de santé mentale. A l'inverse, les territoires plus ruraux (en bas du graphique) se caractérisent par l'importance du secteur médicosocial, la densité de Gem, ainsi que la part plus élevée de psychiatres libéraux exerçant en secteur 1.

Le graphique 4 représente 50 % des variables actives contribuant au plan factoriel croisant les axes 3 et 4.

L'axe 3 oppose d'un côté des territoires ouverts vers leur environnement extérieur avec un fort développement des structures en dehors de l'enceinte hospitalière, le développement d'actions de promotion, prévention, insertion en direction de la communauté. Ces territoires présentent également des dispositifs de gestion de la crise avec des dispositifs de réponse à l'urgence disponibles 24h/24, des unités d'observation de 72h, mais également des chambres d'isolement plus fréquentes. Par ailleurs, ces territoires semblent proposer une prise en charge somatique relativement importante (bilans, dépistages, etc.). Plus généralement, ces territoires semblent répondre aux missions de service public attachées à la prise en charge de la maladie mentale. Sur la droite du graphique 2, l'axe 3 leur oppose des territoires où l'offre privée, qu'elle soit en établissement ou en ville est plus développée.

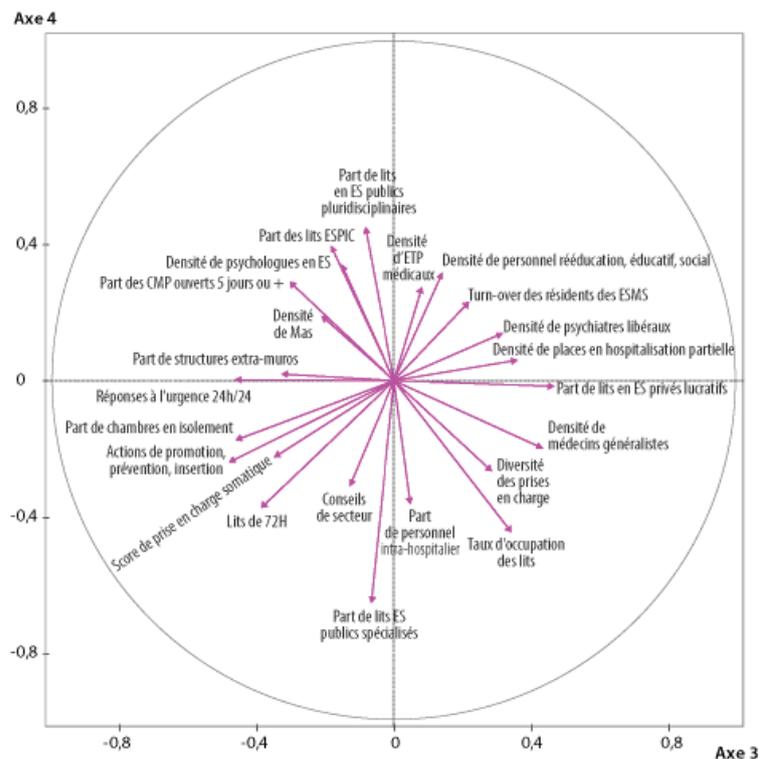
Le quatrième facteur (vertical) oppose les territoires où la prise en charge de la maladie mentale est davantage implantée dans des établissements spécialisés (publics ou Espic), aux dotations en personnel relativement importantes, aux territoires où la psychiatrie est davantage intégrée à l'hôpital général, avec des dotations en personnel inférieures à la moyenne et une part plus importante du personnel exerçant en unité d'hospitalisation temps plein.

Graphique 3. Représentation des axes 1 et 2 de l'ACP



Sources : ATIH-Rim-P, 2011 ; CCOMS, 2013 ; CnamTS-Sniiram, 2010 ; Drees-Enquête ES, 2010 ; Drees-Rapsy, 2008 ; Drees-SAE, 2011 ; Psycom75, 2012

Graphique 4. Représentation des axes 3 et 4 de l'ACP



Sources : ATIH-Rim-P, 2011 ; CCOMS, 2013 ; CnamTS-Sniiram, 2010 ; Drees-Enquête ES, 2010 ; Drees-Rapsy, 2008 ; Drees-SAE, 2011 ; Psycom75, 2012

4.2. La classification ascendante hiérarchique : cinq profils de territoires de santé en matière d'organisation de la prise en charge de la maladie mentale en France

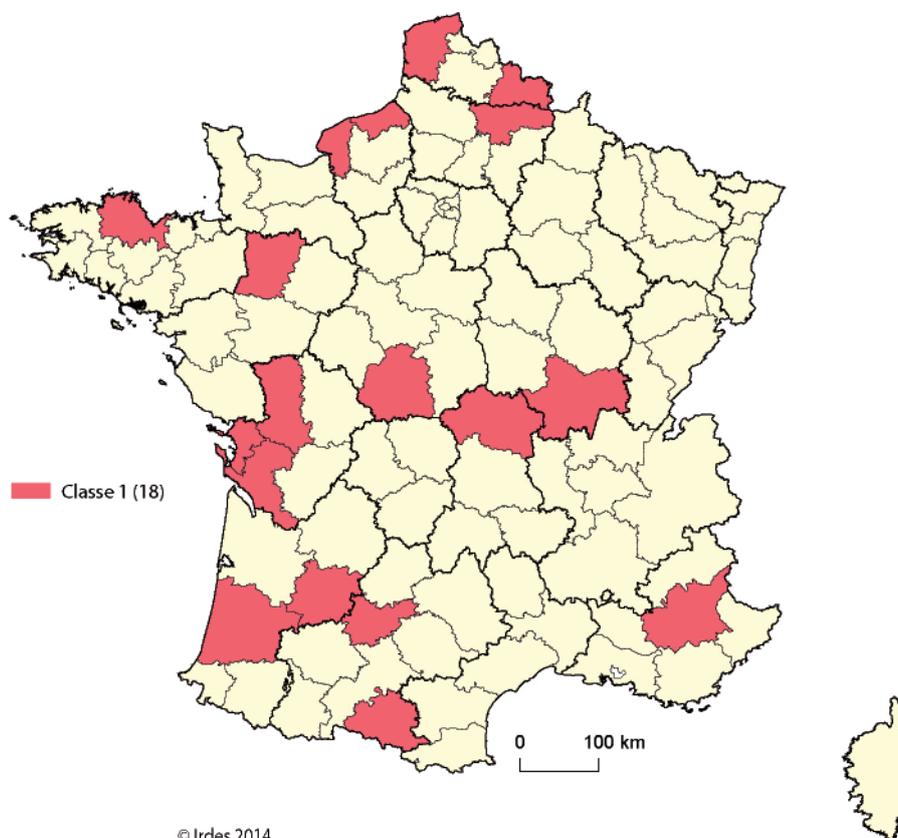
La classification ascendante hiérarchique a été réalisée à partir des coordonnées des 7 premiers axes factoriels, elle représente 46 % de l'inertie de la base et propose une partition en 5 classes de territoires en matière d'offre et d'organisation de la prise en charge des maladies mentales.

4.2.1. Des territoires faiblement dotés en personnels et en équipements psychiatriques, souvent implantés à l'hôpital général (classe 1)

La première classe (carte 18) compte 18 territoires de santé, couvrant 11 % de la population française (6 565 503 habitants).

Dans ces territoires, la densité de personnels exerçant au sein des établissements de santé est très inférieure à la moyenne nationale, que ce soit pour les personnels médicaux (7,5 ETP pour 100 000 habitants en moyenne contre 10,9 pour l'ensemble), les personnels de rééducation, éducatifs et sociaux (5,5 *versus* 8,3 ETP pour 100 000 habitants de 16 ans ou

Carte 18 Typologie des territoires de santé : classe 1



Résultats d'une CAH élaborée à partir des 7 premiers facteurs d'une ACP, elle-même menée sur 47 indicateurs décrivant l'offre et l'organisation des soins en psychiatrie en France »

Sources : ATIH-Rim-P, 2011 ; CCOMS, 2013 ; CnamTS-Sniiram, 2010 ; Drees-Enquête ES, 2010 ; Drees-Rapsy, 2008 ; Drees-SAE, 2011 ; Psycom75, 2012 »

plus), les infirmiers et les cadres (80,8 *versus* 101,9) ou les psychologues (5,1 *versus* 6,3). Les psychiatres libéraux sont également sous-représentés dans ces territoires (5,5 pour 100 000 contre 9,2).

Cette faible dotation en personnels est associée à des capacités hospitalières elles aussi plus réduites. Ces territoires comptent en moyenne 26 places d'hospitalisation à temps partiel et 88 lits d'hospitalisation à temps plein pour 100 000 habitants alors que la moyenne des classes est respectivement de 37 places et 110 lits.

Près des trois quarts des lits proposés en psychiatrie dans ces territoires sont rattachés à des établissements de santé pluridisciplinaires. Cette implantation plus importante à l'hôpital général peut avoir des conséquences sur les prises en charge réalisées et la patientèle accueillie : présence de permanence d'accès aux soins de santé (Pass), cellules de prise en charge médicosociale qui doivent faciliter l'accès des personnes démunies non seulement au système hospitalier mais aussi aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social.

Malgré ces ressources limitées, la psychiatrie développée dans ces territoires est davantage tournée vers l'extrahospitalier et implantée physiquement dans la communauté, avec 54 % du personnel des établissements exerçant hors des unités d'hospitalisation temps plein contre 42 % pour l'ensemble des classes. De même, 68 % des unités de soins de l'établissement sont situées en dehors de l'enceinte hospitalière (contre 57 % en moyenne). Cependant seuls 57 % des CMP sont ouverts cinq jours par semaine et plus, contre 72 % en général et les équipes mobiles spécialisées sont rares.

Les Gem sont bien implantés dans ces territoires. Notons également la densité plus importante de psychiatres et de psychologues exerçant dans les établissements médicosociaux.

Par ailleurs, les établissements de ces territoires déclarent moins fréquemment des relations avec les médecins généralistes, que ce soit lorsque le patient est adressé par un médecin généraliste ou pour l'envoi d'un compte rendu d'hospitalisation.

Cette organisation des soins se trouve plus fréquemment dans des territoires comptant des moyens ou petits pôles urbains et leur couronne périphérique, avec des populations aux revenus médians inférieurs à la moyenne nationale.

Le taux de recours global à la psychiatrie en établissement de santé apparaît relativement plus faible dans ces territoires, avec un taux de recours global de 25 patients pour 1 000 habitants de 16 ans ou plus contre 30 en moyenne. Il est difficile de savoir si ce recours plus faible est « choisi » ou « subi ». Les établissements de ces territoires déclarent plus fréquemment des délais d'attente supérieurs à un mois pour un premier rendez-vous avec un médecin (28 % des structures contre 19 % en général).

4.2.2. Des territoires où s'exercent les missions d'intérêt général de la psychiatrie publique spécialisée, ouverte vers son environnement, mais aux ressources concentrées sur l'intra-hospitalier (classe 2)

La seconde classe (carte 19) compte 19 territoires de santé ou départements, couvrant 16 % de la population française (9 700 878 habitants).

Comme les territoires de la classe précédente, ces territoires disposent d'une densité relativement faible de lits d'hospitalisation en psychiatrie (88 pour 100 000 habitants alors

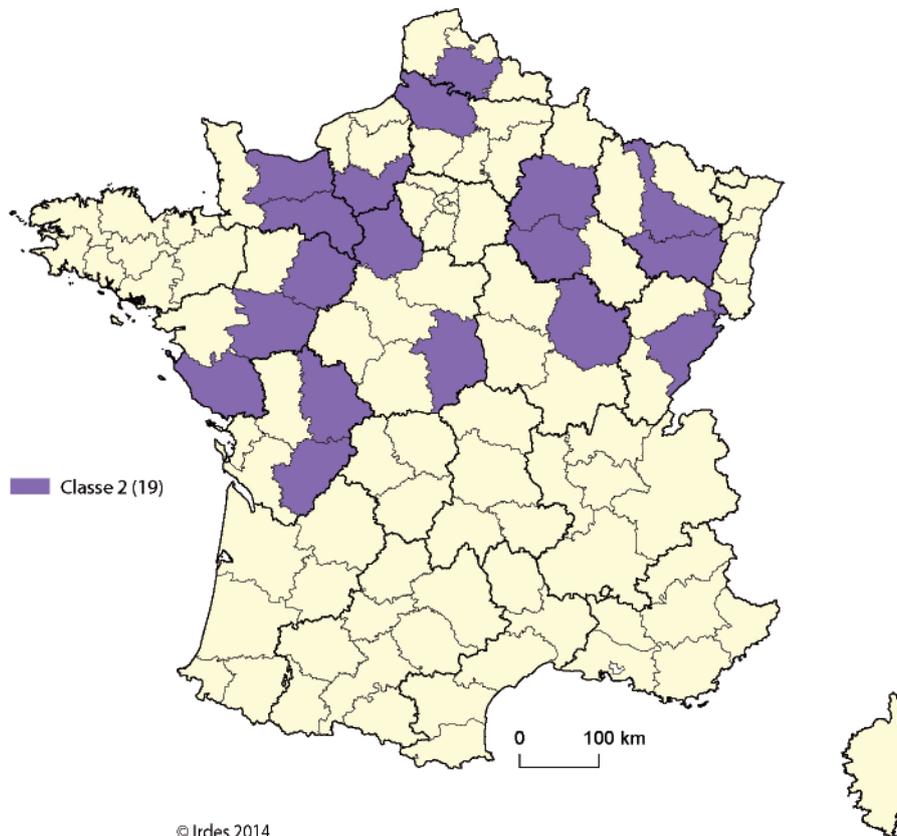
que la moyenne est de 110). Toutefois, les trois quarts sont rattachés à des établissements publics spécialisés dans la prise en charge des maladies mentales. Le secteur privé lucratif y est quasiment absent.

Ces territoires semblent se caractériser par l'importance des « missions d'intérêt général » qui y sont déployées. Ainsi, les établissements de santé déclarent réaliser davantage d'actions de promotion de la santé mentale auprès de publics professionnels ou non professionnels, d'actions de prévention auprès de populations spécifiques ou vulnérables, d'actions d'insertion de caractère « institutionnel » (via notamment le développement de collaborations avec les acteurs du champ social ou médicosocial). Les établissements de ces territoires déclarent davantage participer à un réseau de soin en santé mentale ou avoir mis en place un conseil de secteur.

La prise en charge somatique proposée aux patients, qu'elle concerne des actions de dépistage ou des bilans de santé, apparaît relativement importante dans ces territoires.

Par ailleurs, ces territoires disposent plus souvent d'un dispositif de réponse à l'urgence 24h/24 avec une orientation vers une unité de consultation de l'établissement ou une hospitalisation, ainsi que d'une unité d'hospitalisation de courte durée (unité 72h), destinée

Carte 19 Typologie des territoires de santé : classe 2



Résultats d'une CAH élaborée à partir des 7 premiers facteurs d'une ACP, elle-même menée sur 47 indicateurs décrivant l'offre et l'organisation des soins en psychiatrie en France »

Sources : ATIH-Rim-P, 2011 ; CCOMS, 2013 ; CnamTS-Sniiram, 2010 ; Drees-Enquête ES, 2010 ; Drees-Rapsy, 2008 ; Drees-SAE, 2011 ; Psycom75, 2012 »

à accueillir des patients présentant des troubles psychiques après un passage aux urgences. Ces unités doivent permettre l'observation des patients afin qu'ils puissent bénéficier d'un temps suffisant de diagnostic, d'un traitement et d'une orientation adaptée. Ces établissements ont plus souvent mis en place une structure ambulatoire mutualisée pour l'accueil des nouveaux patients. Ils participent également plus fréquemment aux urgences de l'hôpital général et contractualisent avec d'autres établissements pour assurer la permanence d'accès aux soins.

Contrairement au groupe précédent, dans ces territoires, près de 70 % des ressources humaines sont consacrées à l'hospitalisation à temps plein (contre 58 % en moyenne) et les chambres d'isolement y sont plus fréquentes.

22 % de la population de ces territoires résident dans les communes rurales des couronnes des grands pôles (contre 16 % en général). Ce profil d'offre et d'organisation des soins en psychiatrie et santé mentale se retrouve essentiellement dans la moitié nord du pays, du fait notamment de l'absence du secteur privé à but lucratif.

Dans ces territoires, les établissements de santé publics spécialisés sont souvent en situation de quasi-monopole dans la prise en charge des maladies mentales. Le recours à la psychiatrie de ville est plus faible (19 *versus* 23 pour 1 000 habitants de 16 ans ou plus). Il en est de même dans le secteur médicosocial où les psychiatres et psychologues sont peu représentés dans ces établissements.

4.2.3. Des territoires majoritairement urbains à l'offre privée importante et une organisation adaptée aux pratiques urbaines (classe 3)

La classe 3 (carte 20) est la plus répandue avec 29 territoires de santé et 46 % de la population concernée (28 582 512 habitants).

Les territoires de cette classe se distinguent des précédents par la présence forte du secteur privé lucratif parmi les offreurs de soins psychiatriques (densité moyenne de 39 lits pour 100 000 habitants) et la sous-représentation de l'offre publique spécialisée (24 lits en moyenne contre 47). Dans ces territoires, les offreurs de soins vont être plus nombreux à participer à la prise en charge de la maladie mentale (près de 10 établissements en moyenne contre 5 en général). L'offre psychiatrique libérale de ville est également importante avec 15 psychiatres libéraux pour 100 000 habitants contre 9 en moyenne. Notons cependant une part importante de psychiatres pratiquant des dépassements d'honoraires (26 % *versus* 18 % en général) pouvant limiter l'accès à ces soins pour une partie de la population. L'implantation importante du secteur privé que ce soit en psychiatrie ou en médecine générale se traduit également par des relations plus fréquentes déclarées par les établissements de santé avec les médecins généralistes.

Le personnel infirmier est sous-représenté dans ces territoires avec 67 ETP pour 100 000 habitants en moyenne contre 102, de même que les psychologues salariés.

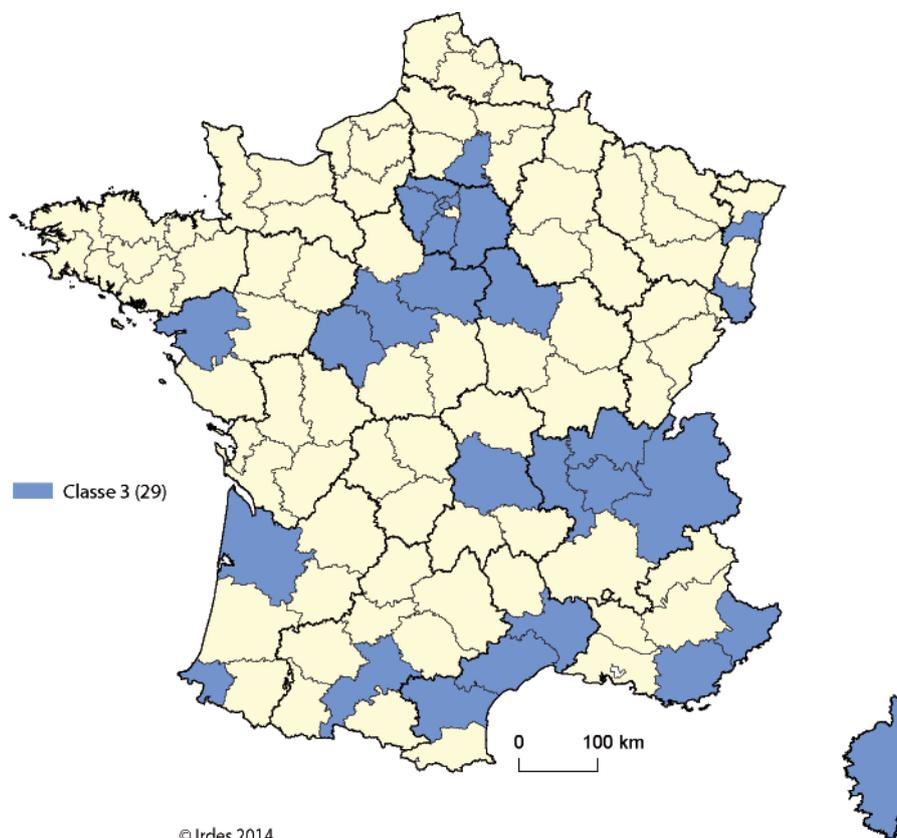
Cette implantation importante du secteur privé est caractéristique des territoires urbains (63 % de la population de ces territoires résident dans un grand pôle urbain et 13 % dans une commune urbaine de sa couronne, contre 46 % et 10 % en général, avec un revenu médian en moyenne plus élevé). Cela se vérifie d'ailleurs avec la plus forte proportion de structures ambulatoires ouvertes au moins un soir par semaine après 18h. De même, dans ces territoires au tissu dense, le nombre de structures ambulatoires ou à temps partiel de type CMP ou CATTP est faible en regard de la population, la densité du tissu urbain ne nécessitant pas de multiplier les structures mais plutôt de les concentrer et d'offrir de larges plages

d'ouverture. Cependant la densité de places d'hospitalisation à temps partiel est également inférieure à la moyenne ainsi que la densité de lits d'hospitalisation temps plein, bien que dans une moindre mesure. Néanmoins, ces territoires présentent des taux d'occupation des lits supérieurs à la moyenne, et les établissements de ces territoires déclarent plus fréquemment des difficultés à hospitaliser un patient le jour même.

Autre caractéristique de ces territoires à dominante urbaine, les soins à domicile y sont moins fréquents (14 pour 1 000 habitants en moyenne contre 34 pour l'ensemble des classes).

L'offre médicosociale y est relativement faible (513 adultes pour 100 000 habitants accueillis dans des structures médicosociales contre 638 en moyenne), avec notamment des densités très inférieures pour les places en maisons d'accueil spécialisées, en foyers d'hébergements pour adultes en situation de handicap, en Esat, ainsi qu'en SAVS et Samsah. Cette offre réduite du secteur médicosocial en matière d'accueil des personnes souffrant d'un trouble psychique s'accompagne d'un turn-over supérieur des résidents, pouvant indiquer une certaine capacité d'accueil de ces établissements malgré le faible nombre de places offertes.

Carte 20 Typologie des territoires de santé : classe 3



Résultats d'une CAH élaborée à partir des 7 premiers facteurs d'une ACP, elle-même menée sur 47 indicateurs décrivant l'offre et l'organisation des soins en psychiatrie en France »

Sources : ATIH-Rim-P, 2011 ; CCOMS, 2013 ; CnamTS-Sniiram, 2010 ; Drees-Enquête ES, 2010 ; Drees-Rapsy, 2008 ; Drees-SAE, 2011 ; Psycom75, 2012 »

Les disparités territoriales d'offre et d'organisation des soins en psychiatrie en France...

Typologie de l'organisation des soins en psychiatrie à l'échelle des territoires de santé

Irdes décembre 2014

Les établissements de ces territoires déclarent en moyenne moins d'actions de prévention, promotion, insertion envers la population. En revanche, les CLSM sont bien développés dans ces territoires urbains.

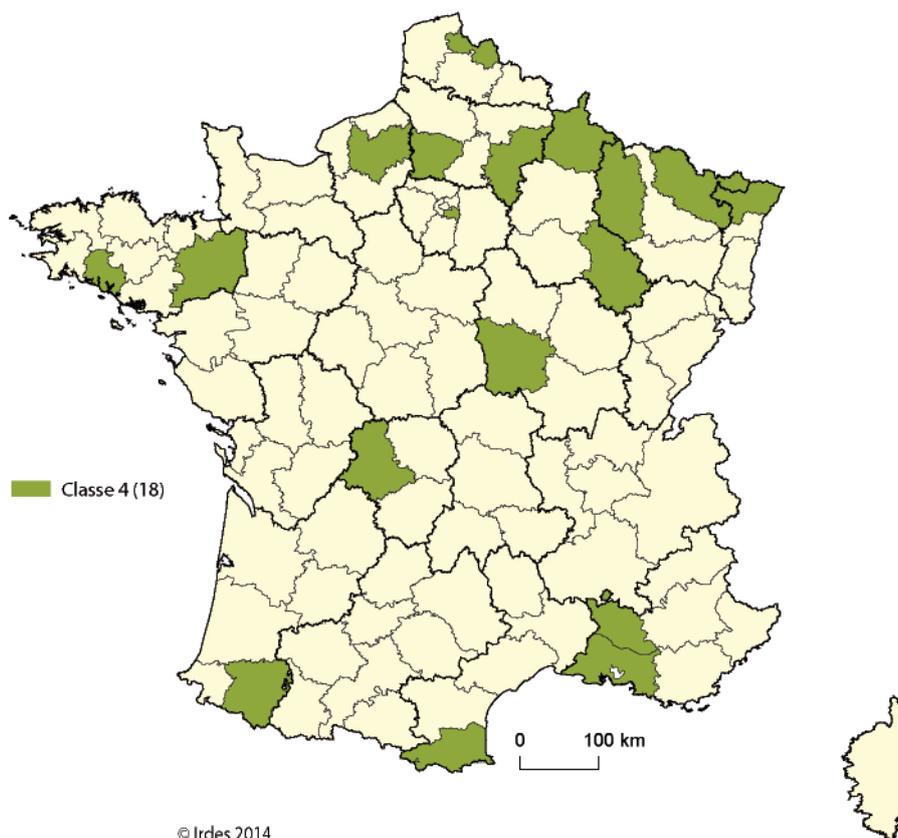
Dans ces territoires majoritairement urbains à l'offre privée hospitalière et de ville importante, le taux de recours à la psychiatrie en établissement de santé apparaît inférieur à la moyenne (23 *versus* 30 pour 1 000 habitants), étant compensé en partie par un recours à la psychiatrie de ville plus important (30 *versus* 23 pour 1 000).

4.2.4. Des territoires bien dotés en équipements et en personnels, où domine une psychiatrie publique spécialisée à l'approche « totale » (classe 4)

La classe 4 (carte 21) compte 18 territoires de santé ou départements et rassemble 18 % de la population (11 200 501 habitants).

Ces territoires se démarquent par une offre hospitalière importante avec 134 lits en moyenne pour 100 000 habitants (contre 110), à laquelle est associée une densité élevée de

Carte 21 Typologie des territoires de santé : classe 4



Résultats d'une CAH élaborée à partir des 7 premiers facteurs d'une ACP, elle-même menée sur 47 indicateurs décrivant l'offre et l'organisation des soins en psychiatrie en France »

Sources : ATIH-Rim-P, 2011 ; CCOMS, 2013 ; CnamTS-Sniiram, 2010 ; Drees-Enquête ES, 2010 ; Drees-Rapsy, 2008 ; Drees-SAE, 2011 ; Psycom75, 2012 »

personnels infirmiers (137 ETP pour 100 000 habitants de 16 ans ou plus contre 102), de psychologues (8 *versus* 6,3) et de personnels de rééducation, éducatifs et sociaux (11 *versus* 8,3) mais également de médecins (14,4 *versus* 10,9). Cette offre à temps plein est complétée par une offre importante en places d'hospitalisation à temps partiel (54 *versus* 37). Les structures type CMP, CATTP et ateliers thérapeutiques sont également nombreuses sur ces territoires généralement étendus. Cependant, leurs horaires d'ouverture sont plus limités que ceux des territoires très urbains. La couverture géographique est privilégiée à la couverture horaire. Les trois quarts des lits sont rattachés à des établissements publics spécialisés dans la prise en charge des maladies mentales.

Ces territoires sont marqués par un plus faible développement des structures en dehors de l'enceinte hospitalière (49 % *versus* 57 % sont implantées extra-muros). En revanche, dans ces territoires, les soins à domicile constituent une composante importante de la prise en charge avec une densité d'actes à domicile de 55 pour 1 000 habitants contre 34 en moyenne) et les équipes mobiles spécialisées sont relativement bien développées.

On trouve également davantage de lits spécialisés dans la prise en charge des patients difficiles (notamment UMD mais aussi siège de SMPR) bien qu'une faible proportion de chambres d'isolement.

Les établissements de ces territoires bien dotés en lits déclarent moins fréquemment des difficultés à faire hospitaliser des patients par manque de places ou de délais importants.

L'offre médicosociale en matière d'accueil de personnes souffrant de troubles psychiques semble relativement faible (27 adultes accueillis pour 100 000 habitants contre 41 en moyenne) et les établissements semblent développer peu d'actions de promotion, prévention, insertion vers la communauté. Les établissements publics spécialisés présents sur ces territoires apparaissent souvent en situation de monopole et semblent proposer une approche « totale » de la prise en charge de la maladie mentale sur ces territoires, faute d'acteurs extérieurs.

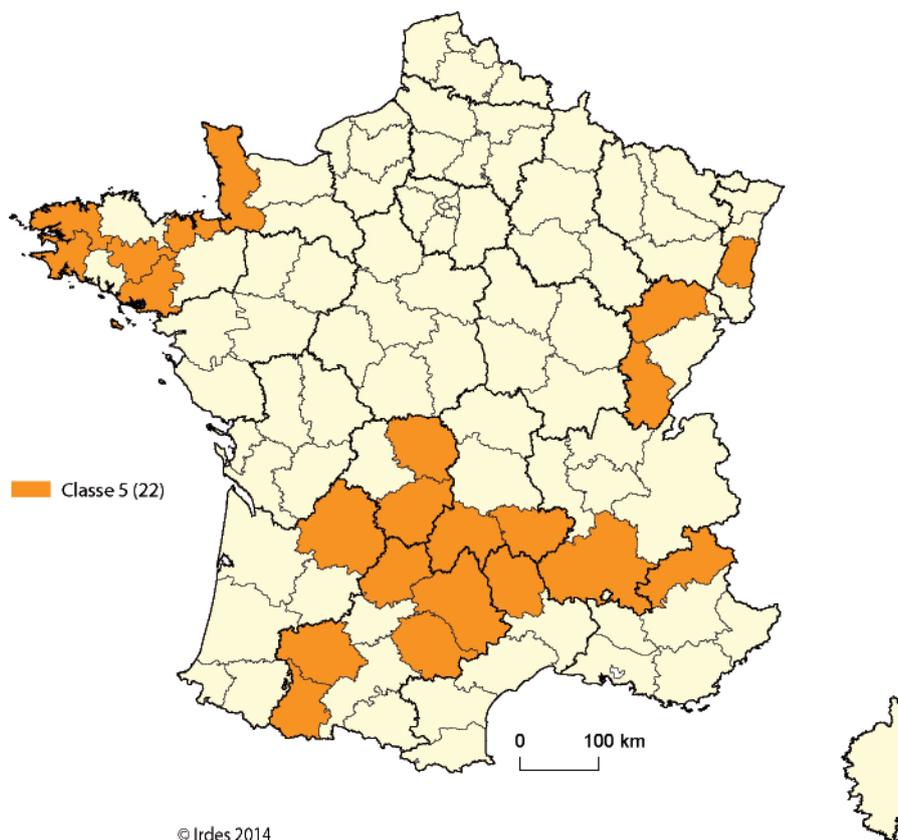
Dans ces territoires relativement bien dotés du côté sanitaire, le taux de recours à la psychiatrie en établissement de santé est supérieur à la moyenne (37 *versus* 31 patients pour 1 000 habitants âgés de 16 ans ou plus). La présence d'unités spécialisées dans la prise en charge de patients difficiles participe d'un recours plus élevé aux hospitalisations sans consentement (200 pour 100 000 *versus* 148 en moyenne). Le taux de personnes hospitalisées au long cours est également supérieur dans ces territoires à l'offre hospitalière importante (55 *versus* 30).

4.2.5. Des territoires à dominante rurale qui combinent une offre sanitaire et médicosociale importante (classe 5)

Cette dernière classe (carte 22) compte 22 territoires de santé ou départements faiblement peuplés qui représentent 10 % de la population française (6 351 723 habitants au total). Il s'agit de territoires majoritairement ruraux. 18 % de la population de ces territoires réside dans une commune isolée hors influence des pôles (contre 8 % en général), 16 % dans des moyens ou petits pôles (*versus* 9 %) et 14 % dans les couronnes des moyens ou petits pôles *versus* 9,5 %.

La prise en charge de la maladie mentale sur ces territoires est souvent gérée par un seul établissement de santé. Comme la classe précédente, ces territoires se distinguent par une offre hospitalière importante, notamment en densité de lits d'hospitalisation temps plein (145 *versus* 110) et places d'hospitalisation à temps partiel (51 *versus* 37) ainsi qu'une

Carte 22 Typologie des territoires de santé : classe 5



Résultats d'une CAH élaborée à partir des 7 premiers facteurs d'une ACP, elle-même menée sur 47 indicateurs décrivant l'offre et l'organisation des soins en psychiatrie en France »

Sources : ATIH-Rim-P, 2011 ; CCOMS, 2013 ; CnamTS-Sniiram, 2010 ; Drees-Enquête ES, 2010 ; Drees-Rapsy, 2008 ; Drees-SAE, 2011 ; Psycom75, 2012 »

couverture importante en CMP, CATTP et ateliers thérapeutiques. En moyenne, ces territoires présentent un taux d'occupation des lits inférieur. Toujours comme précédemment, ces territoires développent une forte activité de soins à domicile (54 *versus* 34) ainsi que des équipes mobiles spécialisées. Ces territoires proposent une variété des prises en charge importante et ont souvent mis en place un dispositif de réponse à l'urgence 24h/24.

Près de la moitié des lits sont rattachés à un établissement privé d'intérêt collectif (densité de 58 *versus* 17), contre 15 % en général. Le secteur privé lucratif est souvent absent de ces territoires.

Ils se caractérisent également par une densité infirmière très supérieure à la moyenne (148 *versus* 102) ainsi qu'une densité importante de personnels de rééducation, éducatif et social et de psychologues. Les personnels médicaux sont également bien représentés (13 *versus* 11 ETP pour 100 000 habitants âgés de 16 ans ou plus) avec une proportion supérieure de médecins non psychiatres parmi le personnel médical.

L'offre de ville est inférieure à la moyenne, mais les psychiatres libéraux pratiquent essentiellement en secteur 1.

Ce qui différencie fortement cette classe de la précédente est l'importance du secteur médicosocial dans ces territoires. Les établissements de santé ont d'ailleurs plus fréquemment mis en place des équipes spécialisées dans les interventions vers le secteur médico-social et déclarent réaliser de nombreuses actions de promotion, prévention de la santé, insertion vers la communauté, et notamment vers les personnes en situation de handicap. Côté médicosocial, ces territoires proposent une offre importante en maisons d'accueil spécialisées (58 adultes accueillis pour 100 000 habitants *versus* 51), en foyers d'accueil médicalisé (53 *versus* 40), en foyers d'hébergement (247 *versus* 200), en SAVS et SAMSAH (120 *versus* 91). Cette offre importante s'accompagne d'une densité supérieure de psychiatres et de psychologues exerçant dans le secteur médico-social. Ces territoires comptent davantage de personnes souffrant de troubles psychiques accueillies dans ces structures (58 *versus* 41 pour 100 000 habitants âgés de 16 ans ou plus).

Comme dans la classe précédente, cette offre hospitalière relativement abondante est associée à un recours à la psychiatrie en établissement de santé très élevé (40 *versus* 31 pour 1 000 habitants), notamment en hospitalisation à temps plein (9,3 *versus* 6,9 en moyenne).

Discussion et conclusion

Cette étude dresse ainsi un panorama de l'offre et de l'organisation des soins en psychiatrie en France. Elle a mobilisé de nombreuses sources d'information pour qualifier cette organisation fragmentée et complexe de la psychiatrie et de la santé mentale. Les sources d'information en France sur ce champ sont riches, notamment pour le secteur sanitaire. En revanche le secteur médicosocial est moins bien appréhendé par les données administratives disponibles en routine au niveau national, du fait notamment de la décentralisation dont il fait l'objet.

Ce travail a cherché à valoriser ces différentes données et à actualiser les connaissances sur l'offre et l'organisation des soins psychiatriques en France en proposant une approche globale, intégrant les différents acteurs du champ : établissements de santé publics et privés, médecine de ville, secteur médicosocial, groupes d'entraide mutuelle et conseils locaux de santé mentale. La typologie des territoires de santé réalisée permet de rendre compte des disparités en termes d'offre et d'organisation des soins proposées par les territoires. Elle contribue à dépasser les clivages entre territoires bien dotés et sous dotés pour essayer de qualifier plus finement les différentes configurations d'offre de soins en psychiatrie. Ces configurations disparates répondent en partie à des besoins différents des populations des territoires (entre territoires urbains et ruraux, notamment). Elles traduisent également une histoire du développement de la psychiatrie sur ces espaces avec la présence d'acteurs différents, inégalement répartis, une attractivité plus ou moins importante pour les professionnels, un développement plus ou moins avancé de la politique de sectorisation.

La suite des travaux vise à mettre en regard ces configurations différentes de l'organisation des soins en psychiatrie avec la variabilité des prises en charge observée sur les territoires. Ces disparités questionnent en effet l'équité des réponses apportées aux personnes souffrant de troubles psychiques. Quel est l'impact de ces disparités d'offre sur l'accès aux soins, les prises en charge, le parcours des individus, le recours à la contrainte, et, plus généralement, sur la qualité de vie des usagers des services de soins ?

Malgré la richesse des informations disponibles, cette étude présente certaines limites. Certains éléments contribuant à la qualification de l'organisation des soins n'ont pu être appréhendés totalement à travers cette approche quantitative. Il s'agit notamment de l'articulation entre les différents acteurs, de dispositifs moins formels ou non recensés au niveau national tels que les maisons-relais, appartements associatifs, initiatives locales, services interstitiels, tout comme le rôle et l'implication des associations d'usagers et de familles dans l'accompagnement des personnes. L'approche proposée ici de l'organisation des soins reste relativement macro et ne permet pas de qualifier les pratiques opérées par les différents services. Elle permet cependant de les contextualiser et de prendre en compte l'environnement dans lequel elles s'exercent.

Bibliographie

- Barlet M., Coldefy M., Collin C., et Lucas-Gabrielli V. (2012). « L'Accessibilité potentielle localisée (APL) : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux médecins généralistes libéraux ». Irdes, *Questions d'économie de la santé*, n° 174, 8 p.
- Barlet M., Coldefy M., Collin C. et Lucas-Gabrielli V., (2012). « L'Accessibilité potentielle localisée (APL) : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux soins appliquée aux médecins généralistes libéraux en France », Document de travail de l'Irdes, n° 51, 51 p.
- Barrimi M., Hlal H., Aalouane R., Rammouz I. (2014). « Affections somatiques chez les patients en psychiatrie : étude transversale sur 24 mois », *Annales médico-psychologiques*.
- CCOMS (2013). « Recommandations pour l'élaboration d'un Conseil local de santé mentale (CLSM) ».
- Cnamts (2013). « Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'Assurance maladie pour 2014 », Rapport au ministère chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance maladie au titre de 2014.
- Coldefy M. (2005). « Les disparités départementales de prises en charge de la santé mentale en France ». Drees, *Etudes et Résultats*, n° 443, novembre.
- Coldefy M., Le Fur P., Lucas-Gabrielli V., Mousquès J. (2009). « Cinquante ans de sectorisation psychiatrique en France : des inégalités persistantes de moyens et d'organisation ». Irdes, *Questions d'économie de la santé*, 145
- Cour des comptes (2011). « L'organisation des soins psychiatriques : les effets du plan "psychiatrie et santé mentale" 2005-2010 ».
- Drees (2013). *Le panorama des établissements de santé*, édition 2013. Collection Etudes et Statistiques.
- Fagot J.P., Samson S., Merlière J., Gabach P., Fagot A. (2013). « L'association fréquente des pathologies somatiques aux troubles psychiatriques en population adulte, à travers les données de l'Assurance maladie », *European psychiatry*.
- Haut Conseil de la santé publique (2011). « Evaluation du Plan Psychiatrie et Santé mentale 2005-2008 ».
- Lucas-Gabrielli V., Coldefy M. (2012), « Le territoire comme élément structurant de l'organisation des soins », *Actualité et Dossier en Santé Publique*, Collectivités territoriales et santé - Dossier coordonné par Didier Febvrel, n° 82, pp. 32-34.

- Makdessi Y., Mordier B. (2013). « Les établissements et services pour adultes handicapés : résultats de l'enquête ES 2010 ». Drees, Document de travail, Série Statistiques.
- Ministère des Affaires sociales et de la santé (2012). « Plan Psychiatrie et santé mentale 2011-2015 ».
- Mordier B. (2013). « L'accueil des adultes handicapés dans les établissements et services médicosociaux en 2010 ». Drees, *Etudes et Résultats*, n° 833, février.
- Norton J., De Roquefeuil G., David M., Boulenger J.P., Ritchie K., Mann A. (2009). « Prévalence des troubles psychiatriques en médecine générale selon le Patient Health Questionnaire : adéquation avec la détection par le médecin et le traitement prescrit ». *L'Encéphale*, 35 (6) : 560-569.
- OMS (2001). « Rapport sur la santé dans le monde - La santé mentale : Nouvelle conception, nouveaux espoirs ».
- Rhenter P. (2011). *Les conseils locaux de santé mentale : histoire et concept. Pluriels*, 87/88
- Robiliard D. (2013). « Santé mentale : quand la démocratie soigne. Rapport d'information ». Assemblée nationale.
- Saravane D., Feve B., Frances Y., Corruble E., Lançon C., Chanson P., Maison P., Terra J.L., Azorin JM. (2009). « Élaboration de recommandations pour le suivi somatique des patients atteints de pathologie mentale sévère », *L'Encéphale*, Volume 35, Issue 4, September, p. 330-339.
- Troisoeufs A. (2013). « Le groupe d'entraide mutuelle : une nouvelle forme associative en psychiatrie ». *Actualité et Dossier en Santé Publique*, 84 30.
- Ustun T., Sartorius N. (1995). *Mental Illness in General Health Care. An International Study*. Chichester : John Wiley & Sons, Pages 323-334.

Annexes

Annexe 1.	Bordereau Q09 – Psychiatrie – de la SAE 2011	86
Annexe 2.	Questionnaire Établissement (focus sur la psychiatrie générale) des Rapsy 2008	88
Annexe 3.	Questionnaire « Structure de prise en charge à temps complet » des Rapsy 2008	110
Annexe 4.	Questionnaire « Structure de prise en charge à temps partiel » des Rapsy 2008	114
Annexe 5.	Questionnaire « Structure de prise en charge ambulatoire » des Rapsy 2008	118
Annexe 6.	Liste des indicateurs construits pour apprécier l'offre et l'organisation des soins en psychiatrie	122
Annexe 7.	Calcul d'indicateurs particuliers	135

Annexe 1. Bordereau Q09 – Psychiatrie – de la SAE 2011

Les disparités territoriales d'offre et d'organisation des soins en psychiatrie en France...
Annexe 1. Bordereau Q09 – Psychiatrie – de la SAE 2011

Irdes décembre 2014

Participation à la sectorisation psychiatrique :

si oui : Nombre de secteurs de psychiatrie générale :

Nombre de secteurs de psychiatrie infanto-juvénile :

Nombre de dispositifs intersectoriels formalisés :

A0	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
A1	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
A2	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
A3	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Interventions en milieu pénitentiaire :

Nombre de conseils de secteur :

A4	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
A5	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

CAPACITES D'ACCUEIL

	Prises en charge à temps complet						Prises en charge à temps partiel				
	Nombre de lits ou places installés						Nombre de places				
	Hospitalisation à temps plein	Placement familial thérapeutique	Accueil en appartement thérapeutique	Accueil en centre de post cure	Accueil en centre de crise et structure d'accueil des urgences (*)	Hospitalisation à domicile	Séjours thérapeutiques	Hospitalisation de jour	Hospitalisation de nuit	Accueil en CATTP et ateliers thérapeutiques	Nb de structures
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	
Psychiatrie générale											
Psychiatrie infanto-juvénile											
Psychiatrie en milieu pénitentiaire											
Total psychiatrie (calculé)	10										

(*) hors présence psychiatrique à l'hôpital général

ACTIVITE

	Prises en charge à temps complet						Prises en charge à temps partiel			
	Nombre de journées						Nombre de venues (en équivalent journées)			
	Hospitalisation à temps plein	Placement familial thérapeutique	Accueil en appartement thérapeutique	Accueil en centre de post cure	Accueil en centre de crise et structure d'accueil des urgences (*)	Hospitalisation à domicile	Séjours thérapeutiques	Hospitalisation de jour	Hospitalisation de nuit	Accueil en CATTP et ateliers thérapeutiques
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
Psychiatrie générale										
Psychiatrie infanto-juvénile										
Psychiatrie en milieu pénitentiaire										
Total psychiatrie (calculé)	15									

(*) hors présence psychiatrique à l'hôpital général

PRISE EN CHARGE AMBULATOIRE

	CAPACITES			ACTIVITE		
	Nombre de structures			Nombre d'actes, soins et interventions :		
	CMP ou unité de consultation des services de psychiatrie	Structures ouvertes moins de 5 jours par semaine	Structures ouvertes 5 jours ou plus par semaine	CMP ou unité de consultation des services de psychiatrie	à domicile ou en institution substitutive au domicile	en établissement social ou médico-social
	A	B	C	E	F	G
Psychiatrie générale						
Psychiatrie infanto-juvénile						
Psychiatrie en milieu pénitentiaire						
Total psychiatrie (calculé)	16					

Psychiatrie générale

Psychiatrie infanto-juvénile

Psychiatrie en milieu pénitentiaire

Total psychiatrie (calculé)

16

17

18

20

**Les disparités territoriales d'offre et d'organisation des soins en psychiatrie en France...
Annexe 1. Bordereau Q09 – Psychiatrie – de la SAE 2011**

Irdes décembre 2014

FILE ACTIVE

Nombre de patients vus au moins une fois dans l'année	Personnes présentes en hospitalisation depuis plus d'un an		
	File active totale	File active exclusivement ambulatoire	File active hospitalisée à temps plein dans l'année
	A	B	C
Psychiatrie générale	21		
Psychiatrie infanto-juvénile	22		
Psychiatrie en milieu pénitentiaire	23		
Total file active (sans double compte)	25		

Mode légal d'hospitalisation

	Nombre de patients	Nombre de mesures	Nombre de journées
Hospitalisation libre	21		
Hospitalisation à la demande d'un tiers	22		
Hospitalisation d'office selon Art. L. 3213-1 et L. 3213-2	23		
Hospitalisation d'office selon Art. 122.1 du CPP et article L.3213-7 du CSP	24		
Hospitalisation d'office judiciaire selon l'article 706-135 du CPP	44		
Hospitalisation selon l'Art. D.398 du CPP (détenus)	26		
Ordonnance Provisoire de Placement	25		

PERSONNEL

	PERSONNELS MEDICAUX				PERSONNELS des SERVICES de SOINS						
	Psychiatres salariés (effectifs) A	Psychiatres salariés (ETP) B	Psychiatres libéraux (effectifs) C	Médecins psychiatres salariés (effectifs) D	Médecins psychiatres salariés (ETP) E	Médecins non psychiatres libéraux (effectifs) F	Infirmiers et cadres (ETP) G	Aides-soignants (ETP) H	Psychologues (ETP) I	Personnels de rééducation (ETP) J	Personnels éducatifs et sociaux (ETP) K
Total personnel établissement	27										
Psychiatrie générale	28										
Psychiatrie infanto-juvénile	29										
Psychiatrie en milieu pénitentiaire	31										
Total psychiatrie	31										
Personnel exerçant en unité d'hospitalisation temps plein	32										
Psychiatrie générale	33										
Psychiatrie infanto-juvénile	34										
Psychiatrie en milieu pénitentiaire	36										
Total psychiatrie	36										

Nombre d'ETP de psychiatres budgétés

A37	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A38	oui	<input type="checkbox"/>	non
A39	oui	<input type="checkbox"/>	non
A40	oui	<input type="checkbox"/>	non
A44	oui	<input type="checkbox"/>	non
A45	oui	<input type="checkbox"/>	non
A46	oui	<input type="checkbox"/>	non
A41	oui	<input type="checkbox"/>	non
A42	oui	<input type="checkbox"/>	non
A43	oui	<input type="checkbox"/>	non

- L'établissement participe-t-il à un réseau de santé mentale correspondant au cahier des charges ?
 - L'établissement participe-t-il aux urgences de l'hôpital général (décret du 22 mai 2006) ?
 - Existe-t-il une équipe mobile spécialisée (circulaire 521 du 23/11/2005) ?
- Si oui : est-ce une équipe mobile précarité ?
est-elle spécialisée dans la psychiatrie du sujet vieillissant ?
est-elle spécialisée dans la prise en charge des adolescents ?
- Existe-t-il une unité spécialisée dans la psychiatrie du sujet vieillissant ?
 - Existe-t-il une unité spécialisée dans la prise en charge des adolescents ?
 - Existe-t-il une unité spécialisée dans la prise en charge des patients agités ou difficiles (UMD, UMAP, UPID) ?

Annexe 2. Questionnaire Établissement (focus sur la psychiatrie générale) des Rapsy 2008

Identification de l'établissement

Si les informations pré-remplies ci-dessous sont erronées ou incomplètes, merci de les barrer et de les corriger

- 1 Entité juridique
 Établissement
- 2 N° FINESS [] []
- 3 N° FINESS de l'entité juridique [] []
- 4 Raison sociale de l'entité interrogée []
- 5 Complément de raison sociale []
- 6 Complément de distribution []

Adresse :

- 7 N° Voie [] 8 Type de voie [] 9 Nom de voie []
- Lieu-dit ou Boîte postale
10 []
- Code postal
11 [] Libellé de commune
12 []

Informations complémentaires

- Commune INSEE 13 [] 14 []
- Département 15 [] 16 []
- Région 17 [] 18 []
- Statut juridique 19 [] 20 []
- Catégorie FINESS 21 [] 22 []

23 Service public hospitalier

- Établissement public
 PSPH par intégration (art. L6161-6 du CSP)
 Concession de service public (art. L6161-9 du CSP)
 Association au service public hospitalier
 N'assure pas le service public

24 Mode de fixation des tarifs

- Établissement public
 Dotation globale
 Établissement de santé sous OQN
 Tarif d'autorité
 Autres

Personnels, équipement et activité

Personnels médicaux

	Effectifs rémunérés en décembre 2008		ETP rémunérés en décembre 2008
	Hommes	Femmes	Ensemble
Médecins salariés			
<i>Médecins salariés psychiatres :</i>			
E1	Psychiatres à temps plein titulaires (y compris PU-PH)		□□□, □□
E2	Psychiatres à temps plein nommés à titre provisoire sur un poste de praticien hospitalier		□□□, □□
E3	Psychiatres temps partiel (hors attachés et PAC)		□□□, □□
E4	Psychiatres assistants et assistants associés		□□□, □□
E5	Psychiatres attachés et attachés associés		□□□, □□
E6	Psychiatres contractuels		□□□, □□
E7	Psychiatres praticiens adjoints contractuels (PAC)		□□□, □□
<i>Médecins salariés non psychiatres :</i>			
E8	Médecins généralistes autorisés à exercer en psychiatrie		□□□, □□
E9	Autres médecins non psychiatres		□□□, □□
E10	Total des médecins salariés		□□□□, □□

	Effectifs rémunérés en décembre 2008		ETP rémunérés en décembre 2008
	Hommes	Femmes	Ensemble
Médecins non salariés			
E11	Psychiatres		□□□, □□
E12	Autres médecins non psychiatres		□□□, □□
E13	Total des médecins non salariés		□□□□, □□

	Effectifs rémunérés en décembre 2008		ETP rémunérés en décembre 2008
	Hommes	Femmes	Ensemble
Internes			
E14	Internes en psychiatrie		□□□, □□
E15	Autres internes		□□□, □□
E16	Total des internes		□□□□, □□

**Les disparités territoriales d'offre et d'organisation des soins en psychiatrie en France...
Annexe 2. Questionnaire Établissement (focus sur la psychiatrie générale) des Rapsy 2008**

Irdes décembre 2014

Personnels non médicaux

Personnels non médicaux soignants		Effectifs rémunérés en décembre 2008		ETP rémunérés en décembre 2008
		Hommes	Femmes	Ensemble
E17	Psychologues			□□□, □□
E18	Infirmiers			□□□, □□
E19	Personnels d'encadrement infirmier			□□□, □□
E20	Masseurs – kinésithérapeutes			□□□, □□
E21	Psychomotriciens, orthophonistes, ergothérapeutes			□□□, □□
E22	Aides-soignants			□□□, □□
E23	Aides médico-psychologiques			□□□, □□
E24	Agents des services hospitaliers			□□□, □□
E25	Autres personnels des services de soins			□□□, □□
Personnels éducatifs et sociaux				
E26	Personnels d'encadrement socio-éducatif			□□□, □□
E27	Assistants de service social			□□□, □□
E28	Éducateurs (spécialisés, techniques spécialisés, de jeunes enfants) ; moniteurs éducateurs			□□□, □□
E29	Animateurs			□□□, □□
E30	Autres personnels éducatifs et sociaux			□□□, □□
Personnels administratifs				
E31	Secrétaires médicales ou faisant fonction			□□□, □□
E32	Autres personnels administratifs			□□□, □□
E33	Autres personnels non médicaux			□□□, □□
E34	Total personnels non médicaux <small>(doit être égal à la somme des lignes E17 à E33)</small>			□□□□, □□

RIM-P et information médicale

E35 N°FINESS utilisé sur e-pmsi : □□□□□□

E36 Personnel non médical affecté au département d'information médicale (en ETP) □□□, □□

E37 Médecins (hors internes) intervenant au département d'information médicale (en ETP) □□□, □□

**Les disparités territoriales d'offre et d'organisation des soins en psychiatrie en France...
Annexe 2. Questionnaire Établissement (focus sur la psychiatrie générale) des Rapsy 2008**

Irdes décembre 2014

Nombre de structures, de lits et places installés au 31/12/2008

		Nombre de lits ou places	
		Psychiatrie générale	Psychiatrie Infanto-juvénile
E38	Hospitalisation à temps plein		
E39	Hospitalisation à domicile		
E40	Placement familial thérapeutique		
E41	Prise en charge en appartement thérapeutique		
E42	Prise en charge en centre de postcure psychiatrique		
E43	Prise en charge en centre de crise (y.c. Centre d'Accueil Permanent et centres d'accueil et de crise)		
E44	Hôpital de jour		
E45	Hôpital de nuit		

Le nombre de lits installés au 31 décembre 2008 est égal à la somme du nombre de lits en état d'accueillir des malades et du nombre de lits fermés temporairement pour cause de travaux ou désinfection. En aucun cas, les fermetures pour congés, jours fériés, vacances et samedi/dimanche ne seront déduites. Il ne comprend pas les brancards ni les lits supplémentaires montés en cas d'urgence.

Le nombre de places installées au 31 décembre 2008 en hospitalisation à temps partiel est égal au nombre de patients pouvant être accueillis en même temps.

Remarques :

- Les chambres d'isolement dédiées uniquement à cet effet ne sont pas à prendre en compte dans le calcul du nombre de lits.
- Le nombre de places installées au 31 décembre 2008 en hospitalisation à domicile correspond à la capacité de prise en charge simultanée de patients du service (compte-tenu du personnel).
- Pour les unités mère-enfant, compter un lit par « binôme ».

	Nombre de :	Psychiatrie générale	Psychiatrie Infanto-juvénile
E46	CATTP		
E47	Atelier thérapeutique		
E48	CMP		

**Les disparités territoriales d'offre et d'organisation des soins en psychiatrie en France...
Annexe 2. Questionnaire Établissement (focus sur la psychiatrie générale) des Rapsy 2008**

Irdes décembre 2014

File active - psychiatrie générale

La file active doit être comprise comme l'ensemble des patients vus au moins une fois dans l'année par un ou plusieurs membres de l'équipe soignante pluridisciplinaire (psychiatres, infirmiers, psychologues, assistant social, etc.). Que le patient soit pris en charge par un seul intervenant ou qu'il soit suivi par plusieurs intervenants, il ne figure qu'une seule fois dans la file active. Le calcul inclut donc les présents à 0 heure le 1er janvier auquel on ajoute chacun des autres patients pris en charge au moins une fois dans l'année. Les familles des patients n'entrent pas dans le décompte de la file active même si elles ont été reçues une ou plusieurs fois dans l'année par l'équipe soignante.

E49 Nombre de patients différents vus au cours de l'année 2008 :

E50 Nombre de patients vus une seule fois au cours de l'année 2008 :

E51 Nombre de patients vus pour la première fois au cours de l'année 2008 :

Répartition par sexe :	Masculin	Féminin	Non renseigné	Total <small>(doit être égal à E49)</small>
E52 Nombre de patients				

Répartition par groupes d'âge :	moins de 3 ans		3 et 4 ans		5 à 9 ans		10 à 14 ans	
	Nombre de patients							
	15 à 19 ans		20 à 24 ans		25 à 44 ans		45 à 64 ans	
Nombre de patients								
	65 à 84 ans		85 ans et plus		Non renseigné			
Nombre de patients								

Total
(doit être égal à E49)

Allocation AAH	Bénéficiaire de l'AAH	Ne bénéficiaire pas de l'AAH	Non renseigné	Total <small>(doit être égal à E49)</small>
E54 Nombre de patients				

Temps complet

E55 Nombre de patients différents vus à temps complet en 2008 :

E56 Nombre de patients différents vus exclusivement à temps complet en 2008 :

E57 Nombre de patients différents vus exclusivement en hospitalisation à temps plein en 2008 :

E58 Nombre de patients présents en hospitalisation à temps plein depuis plus d'un an en 2008 :

**Les disparités territoriales d'offre et d'organisation des soins en psychiatrie en France...
Annexe 2. Questionnaire Établissement (focus sur la psychiatrie générale) des Rapsy 2008**

Irdes décembre 2014

	Modalités de prise en charge	Nombre de patients	Nombre de séjours	Nombre de journées de prise en charge
E59	Hospitalisation à temps plein			
E60	Séjours thérapeutiques			
E61	Hospitalisation à domicile			
E62	Placement familial thérapeutique			
E63	Prise en charge en appartement thérapeutique			
E64	Prise en charge en centre de post-cure psychiatrique			
E65	Prise en charge en centre de crise (y.c CAP et centre d'accueil et de crise)			

Le nombre de journées de prise en charge correspond à la somme des jours de présence durant lesquels les patients ont été pris en charge, cumulés sur l'année. Le jour de sortie est comptabilisé en cas de décès conformément aux règles de comptage du RIM-Psy.

Ne doivent pas être comptées comme des journées d'hospitalisation :

- les journées correspondantes aux sorties d'essai (article L3211-11 du Code de la santé publique) pour les personnes hospitalisées sans leur consentement,
- les journées correspondantes aux permissions pour les personnes en hospitalisation libre,
- les journées correspondantes aux sorties temporaires,
- les journées d'hospitalisation des « malades en subsistance », c'est-à-dire les journées d'hospitalisation des patients hospitalisés sans consentement dans des unités autres que psychiatriques.

Répartition par mode d'hospitalisation

	Mode d'hospitalisation	Nombre de mesures	Nombre de journées de prise en charge	Nombre de patients
E66	Hospitalisation libre			
E67	Hospitalisation à la demande d'un tiers			
E68	Hospitalisation d'office (articles L 3213-1 et L 3213-2)			
E69	Hospitalisation selon l'article 122-1 du CPP			
E70	Hospitalisation selon l'article D398 du CPP			
E71	Hospitalisation d'office judiciaire selon l'article 706-135 du CPP			
E72	Ordonnance provisoire de placement			

Un patient peut être compté plusieurs fois s'il a fait l'objet de plusieurs modes d'hospitalisation dans l'année mais une seule fois par mode d'hospitalisation.

Temps partiel

E73 Nombre de patients différents vus à temps partiel en 2008 :

E74 Nombre de patients différents vus exclusivement à temps partiel en 2008 :

**Les disparités territoriales d'offre et d'organisation des soins en psychiatrie en France...
Annexe 2. Questionnaire Établissement (focus sur la psychiatrie générale) des Rapsy 2008**

Irdes décembre 2014

	Modalités de prise en charge	Nombre de patients	Nombre de venues (en équivalent journée)
E75	Hôpital de jour		
E76	Hôpital de nuit		
E77	CATTP et atelier thérapeutique		

Nombre de venues : on compte des journées (venues de 6 à 8 heures) et des demi-journées (demi-venues de 3 à 4 heures). Ainsi pour un patient venant 2 fois dans la même journée, une seule journée est comptée.

Ambulatoire

E78 Nombre de patients différents vus en ambulatoire en 2008 :

E79 Nombre de patients différents vus exclusivement en ambulatoire en 2008 :

	Lieux de prise en charge	Nombre de patients	Nombre d'actes
E80	L01 : CMP		
E81	L02 : Lieu de consultations externes de psychiatrie de l'établissement		
E82	L03 : Établissement social ou médico-social sans hébergement		
E83	L04 : Établissement scolaire ou centre de formation		
E84	L05 : PMI		
E85	L06 : Établissement pénitentiaire		
E86	L07 : Domicile du patient hors HAD ou substitut du domicile		
E87	L08 : Établissement social ou médico-social avec hébergement		
E88	L09 : Unité d'hospitalisation (MCO, SSR, Long séjour)		
E89	L10 : Unité d'accueil d'urgence		

Nombre d'actes : sont à comptabiliser le nombre d'actes de type entretien, démarche, groupe (un acte de groupe sera compté autant de fois qu'il y a de patients dans le groupe), accompagnement, à l'exception des réunions cliniques pour un patient quels que soient le nombre et la catégorie professionnelle des intervenants.

Prises en charge spécifiques

L'objet de cette partie du questionnaire est l'identification d'unités de soins dédiées à un groupe de patients défini par l'âge, ou en lien avec un projet de soins physiopathologique. Chaque unité ne doit être comptée qu'une seule fois, en fonction de son projet de soins principal.

U1 Disposez-vous d'une ou plusieurs unité(s) mère-enfant ?

Oui Non ➔ U5

➔ Si oui, Combien ?

Pour chacune des unités mère - enfant (jusqu'à 5 unités possibles)		Unité 1	Unité 2	Unité 3	Unité 4	Unité 5
U2	Temps complet	Nombre de lits (compter un lit par « binôme »)				
		Nombre de patients (compter un patient par « binôme »)				
		Nombre de séjours				
		Nombre de journées				
U3	Temps partiel	Nombre de places (compter une place par « binôme »)				
		Nombre de patients (compter un patient par « binôme »)				
		Nombre de venues (en équivalent journée)				
U4	Ambulatoire	Nombre de patients				

U5 Disposez-vous d'une ou plusieurs unité(s) spécialisée(s) dans la prise en charge des adolescents ?

Oui Non ➔ U9

➔ Si oui, Combien ?

Pour chacune de ces unités spécialisées (jusqu'à 5 unités possibles)		Unité 1	Unité 2	Unité 3	Unité 4	Unité 5
U6	Temps complet	Nombre de lits				
		Nombre de patients				
		Nombre de séjours				
		Nombre de journées				
U7	Temps partiel	Nombre de places				
		Nombre de patients				
		Nombre de venues (en équivalent journée)				
U8	Ambulatoire	Nombre de patients				

**Les disparités territoriales d'offre et d'organisation des soins en psychiatrie en France...
Annexe 2. Questionnaire Établissement (focus sur la psychiatrie générale) des Rapsy 2008**

Irdes décembre 2014

U9 Disposez-vous d'une ou plusieurs unité(s) spécialisée(s) dans la prise en charge des patients agités ou difficiles (UMAP, UPID, UMD...)?

Oui Non ➔ U15

➔ Si oui, Combien ?

Pour chacune de ces unités spécialisées (jusqu'à 5 unités possibles)		Unité 1	Unité 2	Unité 3	Unité 4	Unité 5
U10	Nombre de lits					
U11	Nombre de patients					
U12	Nombre de séjours					
U13	Nombre de journées					
U14	Type d'unité (cocher)	<input type="checkbox"/> UMAP <input type="checkbox"/> UMD <input type="checkbox"/> UPID <input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> UMAP <input type="checkbox"/> UMD <input type="checkbox"/> UPID <input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> UMAP <input type="checkbox"/> UMD <input type="checkbox"/> UPID <input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> UMAP <input type="checkbox"/> UMD <input type="checkbox"/> UPID <input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> UMAP <input type="checkbox"/> UMD <input type="checkbox"/> UPID <input type="checkbox"/> Autre

U15 Disposez-vous d'une ou plusieurs unité(s) spécialisée(s) dans la psychiatrie du sujet vieillissant ?

Oui Non ➔ U19

➔ Si oui, Combien ?

Pour chacune de ces unités spécialisées (jusqu'à 5 unités possibles)		Unité 1	Unité 2	Unité 3	Unité 4	Unité 5
U16	Temps complet	Nombre de lits				
		Nombre de patients				
		Nombre de séjours				
		Nombre de journées				
U17	Temps partiel	Nombre de places				
		Nombre de patients				
		Nombre de venues (en équivalent journée)				
U18	Ambulatoire	Nombre de patients				

U19 Disposez-vous d'une ou plusieurs unité(s) spécialisée(s) dans la prise en charge des troubles des conduites alimentaires ?

Oui Non ➔ U23

➔ Si oui, Combien ?

Pour chacune de ces unités spécialisées (jusqu'à 5 unités possibles)		Unité 1	Unité 2	Unité 3	Unité 4	Unité 5
U20	Temps complet	Nombre de lits				
		Nombre de patients				
		Nombre de séjours				
		Nombre de journées				
U21	Temps partiel	Nombre de places				
		Nombre de patients				
		Nombre de venues (en équivalent journée)				
U22	Ambulatoire	Nombre de patients				

**Les disparités territoriales d'offre et d'organisation des soins en psychiatrie en France...
Annexe 2. Questionnaire Établissement (focus sur la psychiatrie générale) des Rapsy 2008**

Irdes décembre 2014

U23 Disposez-vous d'une ou plusieurs unité(s) spécialisée(s) dans la prise en charge de l'autisme et des troubles envahissants du développement ?

Oui Non ➡ U27

➡ Si oui, Combien ?

Pour chacune de ces unités spécialisées (jusqu'à 5 unités possibles)		Unité 1	Unité 2	Unité 3	Unité 4	Unité 5
U24	Temps complet	Nombre de lits				
		Nombre de patients				
		Nombre de séjours				
		Nombre de journées				
U25	Temps partiel	Nombre de places				
		Nombre de patients				
		Nombre de venues (en équivalent journée)				
U26	Ambulatoire	Nombre de patients				

U27 Disposez-vous d'une ou plusieurs unité(s) 72h ?

Oui Non ➡ U32

➡ Si oui, Combien ?

Pour chacune des unités 72h (jusqu'à 5 unités possibles)		Unité 1	Unité 2	Unité 3	Unité 4	Unité 5
U28	Nombre de lits					
U29	Nombre de patients					
U30	Nombre de séjours					
U31	Nombre de journées					

U32 Disposez-vous d'une ou plusieurs unité(s) spécialisée(s) dans une prise en charge spécifique ?

Oui Non ➡ page 16

➡ Si oui, Combien ?

Pour chacune de ces unités spécialisées (jusqu'à 5 unités possibles)		Unité 1	Unité 2	Unité 3	Unité 4	Unité 5
Projet de soins						
U33	Temps complet	Nombre de lits				
		Nombre de patients				
		Nombre de séjours				
		Nombre de journées				
U34	Temps partiel	Nombre de places				
		Nombre de patients				
		Nombre de venues (en équivalent journée)				
U35	Ambulatoire	Nombre de patients				

Organisation et accès aux soins

Accueil de nouveaux patients dans les horaires d'ouverture

O1 Disposez-vous pour l'établissement d'une structure ambulatoire mutualisée pour l'accueil de nouveaux patients ?

- Oui Non
 Sans objet

O2 Disposez-vous d'une unité d'admission ?

- Oui Non
 Sans objet

Permanence des soins

Accueil en hospitalisation de nouveaux patients en dehors des heures d'ouverture classiques.

O3 Pour les situations où vous n'êtes pas en capacité d'accueillir de nouveaux patients, avez-vous contractualisé avec d'autres établissements ?

- Oui Non

Continuité des soins

Pour les patients déjà connus, en cas de besoin d'hospitalisation.

O4 Une personne nécessitant une hospitalisation complète le jour même peut-elle être hospitalisée tout de suite ?

- Toujours Souvent Parfois Jamais

O5 Êtes-vous amené à faire prendre en charge des patients de votre établissement par d'autres établissements en raison d'un manque de lits ou places ou de délais d'attente trop longs ?

- Oui Non

➔ *Si oui,*

O5.a En hospitalisation complète :

- Toujours
 Souvent
 Parfois
 Jamais

O5.b En hospitalisation de jour :

- Toujours
 Souvent
 Parfois
 Jamais

O6 Êtes-vous amené à faire prendre en charge des patients de votre établissement par d'autres établissements en raison de pathologies ou comportements particuliers des patients ?

- Souvent Parfois Jamais

Accueil, orientation et prise en charge des urgences psychiatriques en dehors des services de psychiatrie :

O7 Participez-vous à la prise en charge des patients reçus dans un service d'urgences ?

- Oui Non ➔ **O8**

➔ *Si oui,*

O7.a Est-ce :

- Sur votre site
 Dans un autre établissement :

➔ *Si autre établissement, cette activité fait-elle l'objet d'une :*

- convention
 formalisation
 autre

07.b Quelle est la répartition en ETP moyen sur l'année (consacré à cette activité)

	ETP rémunérés en décembre 2008
Médecins	□□□, □□
Infirmiers et cadres	□□□, □□
Psychologues	□□□, □□
Autres	□□□, □□

08 Existe-t-il un dispositif de réponse à l'urgence « 24h sur 24 » ?

Oui Non ➔ **O15**

Quel type d'intervention ?	Toujours	Souvent	Parfois	Jamais
09 Orientation vers un médecin de ville	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
010 Rendez-vous en urgence dans un lieu de consultation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
011 Visite à domicile ou sur le lieu de détresse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
012 Centre de crise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
013 Orientation aux urgences de l'hôpital général	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
014 Hospitalisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Prise en charge somatique des patients

015 Êtes-vous coordonnés avec des organismes de dépistage du cancer du sein ?

Oui Non Sans objet

Organisez-vous un dépistage systématique :

016 du diabète : Oui Non

017 de l'hypertension : Oui Non

018 du VHB : Oui Non

019 du VHC : Oui Non

020 Organisez vous des vaccinations de manière systématique ?

Oui Non

Est-il prévu dans la prise en charge du patient de faire un bilan :

021 Dentaire : Oui Non

022 Cardiaque : Oui Non

023 Ophtalmologique : Oui Non

024 Gynécologique : Oui Non

025 Diabétique : Oui Non

026 Disposez-vous d'outils spécifiques de repérage de la douleur dans votre établissement ?

Oui Non

Prévention et insertion sociale

Les actions de prévention et d'insertion sociale sont souvent intriquées, notamment dans les collaborations avec les acteurs du champ social et médico-social. Pour la commodité du recueil, on distinguera :

- la participation aux politiques de santé publique.
- les actions de prévention et accès aux soins.
- les actions d'insertion.

Promotion de la santé

Les interventions ou les actions relevant de la promotion de la santé sont inscrites dans un ensemble concerté et coordonné d'actions (programme) menées par des institutions, des professionnels, des associations ou des collectifs avec une stratégie définie sur le moyen ou le long terme. Ces actions peuvent s'adresser à un public professionnel (enseignants, personnels des collectivités territoriales) ou à un public non professionnel (lycéens, salariés d'une entreprise, etc.). Des programmes (ou plans) de promotion de la santé peuvent être définis à différents niveaux géographiques (ville, département, académie, région, national, etc.). L'objectif in fine de ces actions est d'intervenir suffisamment en amont afin d'éviter que se développent ou s'instaurent des situations, ou des contextes susceptibles de favoriser le passage vers la pathologie ou le trouble mental.

S1 Participez-vous à des actions inscrites dans un (ou des) programme(s) de promotion de la santé mentale ?

- Oui Non ➔ aller en S11

➔ Si oui, remplir le tableau ci-après :
une ligne pour chaque programme ou action à laquelle vous participez

Pour remplir la colonne thème inscrire le code correspondant :

- | | |
|---|---|
| 1 : Stress / anxiété | 7 : Suicide |
| 2 : Relation parentale / Aide à la parentalité | 8 : Troubles des conduites / Comportements à risque |
| 3 : Troubles psychosociaux | 9 : Usage de substances psycho-actives |
| 4 : Troubles du développement chez l'enfant et l'adolescent | 10 : Lutte contre l'isolement |
| 5 : Souffrance psychique | 11 : Autre |
| 6 : Violences et agressions / Maltraitements | |

	Thème	Nom de l'action ou du programme	Niveau géographique	Public	Formalisation du partenariat
S2			<input type="checkbox"/> Ville <input type="checkbox"/> Département ou académie <input type="checkbox"/> Régional <input type="checkbox"/> Interrégional ou national <input type="checkbox"/> Si autre, précisez : _____	<input type="checkbox"/> Professionnel <input type="checkbox"/> Non professionnel adultes <input type="checkbox"/> Non professionnel adolescents ou jeunes enfants	<input type="checkbox"/> Absence de formalisation <input type="checkbox"/> Convention <input type="checkbox"/> Charte <input type="checkbox"/> Si autre, précisez : _____
S3			<input type="checkbox"/> Ville <input type="checkbox"/> Département ou académie <input type="checkbox"/> Régional <input type="checkbox"/> Interrégional ou national <input type="checkbox"/> Si autre, précisez : _____	<input type="checkbox"/> Professionnel <input type="checkbox"/> Non professionnel adultes <input type="checkbox"/> Non professionnel adolescents ou jeunes enfants	<input type="checkbox"/> Absence de formalisation <input type="checkbox"/> Convention <input type="checkbox"/> Charte <input type="checkbox"/> Si autre, précisez : _____
S4			<input type="checkbox"/> Ville <input type="checkbox"/> Département ou académie <input type="checkbox"/> Régional <input type="checkbox"/> Interrégional ou national <input type="checkbox"/> Si autre, précisez : _____	<input type="checkbox"/> Professionnel <input type="checkbox"/> Non professionnel adultes <input type="checkbox"/> Non professionnel adolescents ou jeunes enfants	<input type="checkbox"/> Absence de formalisation <input type="checkbox"/> Convention <input type="checkbox"/> Charte <input type="checkbox"/> Si autre, précisez : _____

**Les disparités territoriales d'offre et d'organisation des soins en psychiatrie en France...
Annexe 2. Questionnaire Établissement (focus sur la psychiatrie générale) des Rapsy 2008**

Irdes décembre 2014

Pour remplir la colonne thème inscrire le code correspondant :

- | | |
|--|--|
| 1 : Stress / anxiété | 7 : Suicide |
| 2 : Relation parentale /
Aide à la parentalité | 8 : Troubles des conduites /
Comportements à risque |
| 3 : Troubles psychosociaux | 9 : Usage de substances psycho-actives |
| 4 : Troubles du développement
chez l'enfant et l'adolescent | 10 : Lutte contre l'isolement |
| 5 : Souffrance psychique | 11 : Autre |
| 6 : Violences et agressions /
Maltraitements | |

Numéro du thème	Nom de l'action ou du programme	Niveau géographique	Public	Formalisation du partenariat
S5		<input type="checkbox"/> Ville <input type="checkbox"/> Département ou académie <input type="checkbox"/> Régional <input type="checkbox"/> Interrégional ou national <input type="checkbox"/> Si autre, précisez : _____	<input type="checkbox"/> Professionnel <input type="checkbox"/> Non professionnel adultes <input type="checkbox"/> Non professionnel adolescents ou jeunes enfants	<input type="checkbox"/> Absence de formalisation <input type="checkbox"/> Convention <input type="checkbox"/> Charte <input type="checkbox"/> Si autre, précisez : _____
S6		<input type="checkbox"/> Ville <input type="checkbox"/> Département ou académie <input type="checkbox"/> Régional <input type="checkbox"/> Interrégional ou national <input type="checkbox"/> Si autre, précisez : _____	<input type="checkbox"/> Professionnel <input type="checkbox"/> Non professionnel adultes <input type="checkbox"/> Non professionnel adolescents ou jeunes enfants	<input type="checkbox"/> Absence de formalisation <input type="checkbox"/> Convention <input type="checkbox"/> Charte <input type="checkbox"/> Si autre, précisez : _____
S7		<input type="checkbox"/> Ville <input type="checkbox"/> Département ou académie <input type="checkbox"/> Régional <input type="checkbox"/> Interrégional ou national <input type="checkbox"/> Si autre, précisez : _____	<input type="checkbox"/> Professionnel <input type="checkbox"/> Non professionnel adultes <input type="checkbox"/> Non professionnel adolescents ou jeunes enfants	<input type="checkbox"/> Absence de formalisation <input type="checkbox"/> Convention <input type="checkbox"/> Charte <input type="checkbox"/> Si autre, précisez : _____
S8		<input type="checkbox"/> Ville <input type="checkbox"/> Département ou académie <input type="checkbox"/> Régional <input type="checkbox"/> Interrégional ou national <input type="checkbox"/> Si autre, précisez : _____	<input type="checkbox"/> Professionnel <input type="checkbox"/> Non professionnel adultes <input type="checkbox"/> Non professionnel adolescents ou jeunes enfants	<input type="checkbox"/> Absence de formalisation <input type="checkbox"/> Convention <input type="checkbox"/> Charte <input type="checkbox"/> Si autre, précisez : _____
S9		<input type="checkbox"/> Ville <input type="checkbox"/> Département ou académie <input type="checkbox"/> Régional <input type="checkbox"/> Interrégional ou national <input type="checkbox"/> Si autre, précisez : _____	<input type="checkbox"/> Professionnel <input type="checkbox"/> Non professionnel adultes <input type="checkbox"/> Non professionnel adolescents ou jeunes enfants	<input type="checkbox"/> Absence de formalisation <input type="checkbox"/> Convention <input type="checkbox"/> Charte <input type="checkbox"/> Si autre, précisez : _____
S10		<input type="checkbox"/> Ville <input type="checkbox"/> Département ou académie <input type="checkbox"/> Régional <input type="checkbox"/> Interrégional ou national <input type="checkbox"/> Si autre, précisez : _____	<input type="checkbox"/> Professionnel <input type="checkbox"/> Non professionnel adultes <input type="checkbox"/> Non professionnel adolescents ou jeunes enfants	<input type="checkbox"/> Absence de formalisation <input type="checkbox"/> Convention <input type="checkbox"/> Charte <input type="checkbox"/> Si autre, précisez : _____

Les disparités territoriales d'offre et d'organisation des soins en psychiatrie en France... Annexe 2. Questionnaire Établissement (focus sur la psychiatrie générale) des Rapsy 2008

Irdes décembre 2014

Prévention et dépistage

Les actions de prévention s'adressent à des personnes en situation de souffrance en vue d'éviter qu'elles ne développent des pathologies mentales. Elles peuvent s'adresser directement à des populations spécifiques ou, plus fréquemment, s'adresser à des professionnels qui interviennent auprès des publics visés.

Les actions concernées par ce recueil peuvent prendre différentes formes :

- Organisation ou participation au dépistage de troubles psychiques auprès de certains publics
- Permanence organisée dans des lieux spécifiques pour faciliter un premier contact avec une équipe de psychiatrie
- Guidance et soutien (intervention) de professionnels travaillant auprès des publics en difficulté dans le champ social
- Information et formation auprès des collectivités locales, associations et organismes de la cité
- Participation à des instances, projets et actions de prévention dans la communauté

Ne sont pas à prendre en compte ici les actions de formation ponctuelles (de type formation en IFSI) qui relèvent de l'initiative individuelle d'un agent mais ne rentrent pas dans le cadre d'un projet coordonné.

Ne remplir que les lignes par lesquelles l'établissement est concerné

	Publics visés	Actions directes auprès des publics visés (AD) ou Actions médiatisées (AM) auprès de professionnels en lien avec ce public ?	Ces actions font-elle partie d'une stratégie de l'établissement (1) ou sont-elles laissées à l'initiative des services/secteurs ou pôles d'activité (2) ?	Ces actions ont-elles donné lieu à la signature de conventions entre l'établissement et les partenaires ?	Nombre de conventions signées par l'établissement	Existe-t-il une équipe ou une organisation spécifique dans l'établissement sur ce thème ?
S11	Dispositifs d'accueils de la petite enfance - PML...	AD <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
S12	Milieu scolaire	AD <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
S13	Enfance handicapée	AD <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
S14	Protection de l'enfance - ASE	AD <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
S15	Adolescents et Jeunes adultes	AD <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
S16	Personnes en situation de précarité - RMI...	AD <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
S17	CCAS – municipalités	AD <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
S18	Police / justice	AD <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
S19	Adultes handicapés	AD <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
S20	Personnes âgées	AD <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
S21	Autre : _____	AD <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
S22	Autre : _____	AD <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
S23	Autre : _____	AD <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

S24 Nombre total de conventions :

**Les disparités territoriales d'offre et d'organisation des soins en psychiatrie en France...
Annexe 2. Questionnaire Établissement (focus sur la psychiatrie générale) des Rapsy 2008**

Irdes décembre 2014

Insertion

Il s'agit dans ce recueil de repérer les actions d'insertion de caractère « institutionnel » et non de recueillir les actions individuelles faites pour un patient donné, indissociables du soin. Ces actions individuelles d'insertion pourraient être définies comme visant à éviter la désinsertion au cours de la phase intensive des soins et à rétablir les liens avec le milieu social, dans la continuité des soins.

La mission d'insertion amène les équipes de psychiatrie à développer des collaborations avec les acteurs du champ social ou médico-social qui accompagnent les patients dans leur vie quotidienne et leur participation sociale, avec les associations représentant les usagers et les familles, et avec les collectivités territoriales. C'est cette activité médiatisée qui fait l'objet du présent chapitre.

Ne remplir que les lignes par lesquelles l'établissement est concerné

	Publics visés	Ces actions font-elles partie d'une stratégie de l'établissement (1) ou sont-elles laissées à l'initiative des services/secteur ou pôles d'activités (2) ?	Ces actions ont-elles donné lieu à la signature de conventions entre l'établissement et les partenaires ?	Existe-t-il une équipe ou une organisation spécifique dans l'établissement sur ce thème ?
S25	MDPH	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
S26	Milieu scolaire	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
S27	Acteurs du logement	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
S28	Services sociaux	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
S29	Département	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
S30	Ville	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
S31	Établissements et services pour enfants handicapés	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
S32	Établissements et services pour adultes handicapés	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
S33	Établissements et services pour personnes âgées	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
S34	Dispositifs d'insertion professionnelle	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
S35	Entreprises	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
S36	Associations d'usagers et GEM	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
S37	Associations de familles	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
S38	Autre : _____	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
S39	Autre : _____	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
S40	Autre : _____	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

S41 Nombre total de conventions :

Partenaires et collaborations

Participation à des réseaux formalisés :

S42 Votre établissement participe-t-il à des réseaux formalisés ?

- Oui Non

➔ *Si oui*, Combien ?

Fonctions de ces réseaux :

Interventions auprès des patients du médico-social

S43 Disposez-vous d'une ou plusieurs équipe(s) dédiée(s) à l'intervention dans le champ social et médico-social ?

- Oui Non

➔ *Si oui*, pour chaque équipe :

	Mission	ETP rémunérés en décembre 2008			
		Médecins	Infirmiers et cadres	Psychologues	Autres
S44	Équipe 1	<input type="text"/> , <input type="text"/>			
S45	Équipe 2	<input type="text"/> , <input type="text"/>			
S46	Équipe 3	<input type="text"/> , <input type="text"/>			
S47	Équipe 4	<input type="text"/> , <input type="text"/>			
S48	Équipe 5	<input type="text"/> , <input type="text"/>			

Psychiatrie de liaison

Intervention d'une équipe de psychiatrie dans des services sanitaires autres que ceux de psychiatrie et hors urgences.

Pour un établissement de santé autorisé dans plusieurs disciplines dont la psychiatrie

L1 Le ou les service(s) de psychiatrie de votre établissement assure-t-il l'ensemble de l'activité de psychiatrie de liaison de votre établissement ?

Oui

↳ L1.a Existe-t-il une formalisation de cette activité (protocole interne) ? Oui Non

Non

↳ L1.b - Qui intervient pour cette activité ?

- Cette intervention se fait-elle dans un cadre formalisé ? Oui Non

L2 Le ou les service(s) de psychiatrie de l'établissement assure-t-il une activité de psychiatrie pour d'autres établissements de santé ?

Oui Non

↳ Si oui, combien ?

L3 L'activité de psychiatrie de liaison est-elle effectuée par des professionnels spécifiques « équipe de liaison » ?

Oui Non

↳ L3.a Si oui, composition de cette équipe :

	ETP rémunérés en décembre 2008
Médecins	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>
Infirmiers et cadres	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>
Psychologues	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>
Autres	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>

L4 Existe-t-il différents intervenants ou différentes équipes en fonction de l'unité à l'origine de la demande ou du type de patients (maternité / addictions...) ?

Oui Non

Pour un établissement spécialisé en psychiatrie

L5 Assurez-vous la psychiatrie de liaison pour des établissements de santé autorisés dans des disciplines MCO ?

Oui Non

↳ - nombre d'établissements :

- Dont nombre d'établissements faisant l'objet d'une convention :

L6 L'activité de psychiatrie de liaison est-elle effectuée par des professionnels spécifiques « équipe de liaison » ?

Oui Non

↳ L6.a Si oui, composition de cette équipe :

	ETP rémunérés en décembre 2008
Médecins	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>
Infirmiers et cadres	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>
Psychologues	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>
Autres	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>

L7 Existe-t-il différents intervenants ou différentes équipes en fonction de l'unité à l'origine de la demande ou du type de patients (maternité / addictions...) ?

Oui Non

Addictions

Usage nocif et dépendance à des substances psycho-actives chez des personnes présentant des troubles mentaux.

Dans l'établissement

Patients suivis en psychiatrie dans votre établissement et nécessitant également une prise en charge en addictologie

A1 Disposez-vous en intra d'une ou plusieurs équipe(s) spécialisée(s) en addictologie ?

Oui Non ➔ aller en A2

➔ **A1.a** Si oui, - Combien ?

- Pour chacune de ces équipes :

A1.b	Orientée en ... (Cochez) (Plusieurs réponses possibles)	Équipe 1	Équipe 2	Équipe 3	Équipe 4	Équipe 5
		Addictologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Alcoolologie	<input type="checkbox"/>				
	Tabacologie	<input type="checkbox"/>				
	Toxicomanie	<input type="checkbox"/>				

A1.c	ETP rémunérés en décembre 2008	Équipe 1	Équipe 2	Équipe 3	Équipe 4	Équipe 5
		Médecins	<input type="text"/> , <input type="text"/>			
	Infirmiers et cadres	<input type="text"/> , <input type="text"/>				
	Psychologues	<input type="text"/> , <input type="text"/>				
	Autres	<input type="text"/> , <input type="text"/>				

	Selon le type d'addiction, qui prend en charge ces patients ? (Cochez)	Type d'addiction			
		Tabagisme	Alcoolisme	Toxicomanie	Autre addiction
A2	Le (les) professionnel(s) qui suivent ces patients habituellement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A3	Une équipe spécialisée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A4	Un dispositif spécialisé en addiction	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A5	Un professionnel ou une équipe spécialisé(e) d'un autre établissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En dehors de l'établissement

Patients suivis dans un dispositif sanitaire ou médico-social spécialisé dans la prise en charge des addictions (CSAPA,...)

A6 Les professionnels de la psychiatrie de votre établissement interviennent-ils dans la prise en charge de ces personnes ?

Oui Non

➔ **A6.a** Si oui, Convention ou partenariat

De façon informelle

➔ Souvent

Rarement

Jamais

A6.b Nombre d'intervention des professionnels de la psychiatrie dans le ou les dispositifs spécialisés en addictologie (CSAPA) :

Hospitalisation sans consentement

C1 Êtes-vous amené à faire prendre en charge des patients de votre établissement par d'autres établissements en raison de leur mode légal d'hospitalisation ?

Toujours Souvent Parfois Jamais

C2 Dans quelles conditions sont hospitalisés les patients en soins sans consentement dans votre établissement ?

	Patients hospitalisés à la demande d'un tiers	Patients hospitalisés d'office
Service ouvert :	<input type="checkbox"/> Toujours <input type="checkbox"/> Souvent <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Jamais	<input type="checkbox"/> Toujours <input type="checkbox"/> Souvent <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Jamais
Service fermé :	<input type="checkbox"/> Toujours <input type="checkbox"/> Souvent <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Jamais	<input type="checkbox"/> Toujours <input type="checkbox"/> Souvent <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Jamais

C3 Existe-t-il, dans votre territoire de santé, un accord formalisé organisant les procédures de HO entre la préfecture, les forces de l'ordre (police / gendarmerie) et les établissements de psychiatrie habilités ?

Oui Non

➔ C3.a Si oui, ce protocole porte-t-il sur :

- Les transports

oui non

- Les délais et modalités de transmission des documents (arrêtés, certificats médicaux)

oui non

- Autre

oui non

C4 Disposez-vous d'unités spécifiques pour les patients en soins sans consentement ?

Oui Non

C5 Acceptez-vous de recevoir des patients mineurs en OPP (ordonnance provisoire de placement) ?

Oui Non

Intervention en milieu pénitentiaire (en dehors du SMPR)

P1 Votre établissement intervient-il en milieu pénitentiaire dans le cadre d'un protocole passé avec un établissement pénitentiaire ?

Oui Non ➡ *fin du questionnaire*

➡ *Si oui, P1.a* Précisez le nom du ou des établissements et leur catégorie
(maison d'arrêt, centre de détention, maison centrale, centre pénitentiaire, centre de semi-liberté, centre pour peines aménagées)

Nom	Commune	Département	Catégorie

P1.b Auprès de quel public intervenez-vous ?

Adultes hommes Adultes femmes
 Mineurs Mineures

Personnel participant à cette activité	Effectifs rémunérés en décembre 2008	ETP rémunérés en décembre 2008
P2 Psychiatres		□□□, □□
P3 Autres médecins		□□□, □□
P4 Infirmiers		□□□, □□
P5 Psychologues		□□□, □□
P6 Assistants de service social		□□□, □□
P7 Autres personnels		□□□, □□

P8 Réalisez-vous un entretien d'accueil :

- pour chaque entrant en détention arrivant de liberté
- pour chaque entrant en détention arrivant de transfert
- pour chaque cas signalé par l'UCSA
- vous ne réalisez pas d'entretien d'accueil

P9 Nombre de patients vus en entretien d'accueil : □□□□□□

P10 Nombre de patients vus uniquement dans le cadre d'un entretien d'accueil : □□□□□□

P11 Intervenez-vous pour le suivi des patients dans ces établissements :

Oui Non ➡ *P14*

➡ *Si oui, P12* Nombre de patients vus dans le cadre d'un suivi : □□□□□□

➡ *Si oui, P13* Nombre d'actes réalisés dans le cadre d'un suivi : □□□□□□

P14 Pourcentage de personnes sortantes parmi les détenus ayant bénéficié d'une activité individualisée de préparation à la sortie : □□□ %

P15 Réalisez-vous des consultations post-pénales ?

Oui Non

**Les disparités territoriales d'offre et d'organisation des soins en psychiatrie en France...
Annexe 2. Questionnaire Établissement (focus sur la psychiatrie générale) des Rapsy 2008**

Irdes décembre 2014

P16 Prévention suicide :

P16.a Nombre de professionnels ayant bénéficié d'une formation au repérage de la crise suicidaire dans le cadre de la stratégie nationale d'actions face au suicide ?

P16.b Participez-vous à une commission locale « suicides en milieu pénitentiaire » ?

Oui Non

➡ *Si oui, P16.c* Y-signalez-vous des personnes à risque ?

Oui Non

P17 Prise en charge des addictions :

Existe-t-il un protocole de prise en charge des détenus présentant un problème d'abus ou de dépendance ?
(note ministérielle du 9 Août 2001)

Oui Non

P18 Prise en charge des auteurs d'infraction sexuelle :

P18.a Assurez-vous des prises en charge

Individuelles De groupe

P18.b Combien de médecins coordonnateurs ?

P18.c Combien sont médecins traitants dans le cadre d'une injonction de soins ?

P18.d Avez-vous des patients sur liste d'attente ?

Oui Non

P19 Êtes-vous en relation directe avec l'UCSA :

Toujours Souvent Parfois Jamais

P20 Êtes-vous en relation directe avec le SMPR :

Toujours Souvent Parfois Jamais

P21 Organisez-vous des réunions de coordination avec :

P21.a L'UCSA ?

Oui : nombre de réunions dans l'année
 Non

P21.b Le SMPR ?

Oui : nombre de réunions dans l'année
 Non

P21.c L'administration pénitentiaire ?

Oui : nombre de réunions dans l'année
 Non

P21.d Le SPIP ?

Oui : nombre de réunions dans l'année
 Non

P21.e Le JAP ?

Oui : nombre de réunions dans l'année
 Non

P21.f La PJJ, le cas échéant ?

Oui : nombre de réunions dans l'année
 Non

P21.g Les autres intervenants en milieu pénitentiaire

Oui : nombre de réunions dans l'année
 Non

Annexe 3. Questionnaire « Structure de prise en charge à temps complet » des Rapsy 2008

Rapport d'activité de psychiatrie Structure de prise en charge à temps complet

Si les informations pré-remplies ci-dessous sont erronées ou incomplètes, merci de les barrer et les corriger

Psychiatrie générale

Psychiatrie infanto-juvénile

Identification de la structure

1 N° Questionnaire structure

2 Nom de la structure :

Adresse :

3 N° Voie

4 Type de voie

5 Nom de voie

3

4

5

6 Lieu-dit ou Boîte postale

6

7 Code postal

8 Libellé de commune

7

8

Identification de l'établissement de rattachement

9 Entité juridique

Établissement

10 N° FINESS

11 N° FINESS de l'entité juridique

12 Raison sociale de l'entité interrogée

Participation à la psychiatrie sectorisée

13 Lors de la pré-enquête, l'établissement a déclaré que cette structure était rattachée aux secteurs de psychiatrie suivants :

14 Ainsi qu'aux dispositifs intersectoriels formalisés suivants :

Un dispositif intersectoriel formalisé assure des missions sectorielles, souvent complémentaires aux activités de secteur, pour le compte de plusieurs secteurs de psychiatrie générale ou de psychiatrie infanto-juvénile. Un dispositif intersectoriel formalisé est créé par une délibération des instances de l'établissement (CA – CME). Il correspond ou est rattaché à une fédération, à un département ou à un service, et comporte une ou plusieurs activités, un ou plusieurs types d'équipements, une ou plusieurs unités fonctionnelles.

Seul le responsable administratif de l'établissement de rattachement du dispositif intersectoriel attribue donc un seul et unique numéro d'ordre aux différents dispositifs intersectoriels rattachés à son établissement. Il se compose :

- du numéro FINESS de l'établissement de rattachement du dispositif intersectoriel,
- de la lettre clé « Z » identifiant un intersecteur en comparaison aux lettres clés « G » ou « I » identifiant les secteurs de psychiatrie générale et de psychiatrie infanto-juvénile,
- du numéro d'ordre que seul l'établissement de rattachement peut attribuer au dispositif intersectoriel formalisé.

Les disparités territoriales d'offre et d'organisation des soins en psychiatrie en France...
Annexe 3. Questionnaire « Structure de prise en charge à temps complet » des Rapsy 2008

Irdes décembre 2014

15 La structure et l'établissement de rattachement sont-ils situés au même endroit ?

Oui Non

16 La structure fait-elle partie d'un pôle ?

Oui Non

→ si oui lequel ?

Nom :

Équipement : nombre de lits ou places installés au 31/12/2008

	Nombre de lits ou places
17 Hospitalisation à temps plein	
18 Hospitalisation à domicile	
19 Placement familial thérapeutique	
20 Prise en charge en appartement thérapeutique	
21 Prise en charge en centre de postcure psychiatrique	
22 Prise en charge en centre de crise (y.c. CAP et centres d'accueil et de crise)	

Le nombre de lits installés au 31 décembre 2008 est égal à la somme du nombre de lits en état d'accueillir des malades et du nombre de lits fermés temporairement pour cause de travaux ou désinfection. En aucun cas, les fermetures pour congés, jours fériés, vacances et samedi/dimanche ne seront déduites. Il ne comprend pas les brancards ni les lits supplémentaires montés en cas d'urgence. Pour les unités mère-enfant, compter un lit par « binôme ».

Le nombre de places installées au 31 décembre 2008 en hospitalisation à domicile correspond à la capacité de prise en charge simultanée de patients du service (compte tenu du personnel).

Personnel

	Effectifs rémunérés en décembre 2008	ETP rémunérés en décembre 2008
23 Psychiatres salariés		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>
24 Psychiatres libéraux		<input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/>,<input type="text"/><input type="text"/>
25 Autres personnels médicaux salariés, y.c. internes		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>
26 Autres personnels médicaux libéraux		<input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/>,<input type="text"/><input type="text"/>
27 Infirmiers et cadres		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>
28 Psychologues		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>
29 Personnels socio-éducatifs		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>
30 Autres		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>
31 Total		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>

**Les disparités territoriales d'offre et d'organisation des soins en psychiatrie en France...
Annexe 3. Questionnaire « Structure de prise en charge à temps complet » des Rapsy 2008**

Irdes décembre 2014

Activité

	Modalités de prise en charge	Nombre de séjours	Nombre de journées de prise en charge	Nombre de patients
32	Hospitalisation à temps plein			
33	Séjours thérapeutiques			
34	Hospitalisation à domicile			
35	Placement familial thérapeutique			
36	Prise en charge en appartement thérapeutique			
37	Prise en charge en centre de post-cure psychiatrique			
38	Prise en charge en centre de crise (y.c CAP et centre d'accueil et de crise)			

Le nombre de journées de prise en charge correspond à la somme des jours de présence durant lesquels les patients sont été pris en charge, cumulés sur l'année. Le jour de sortie est comptabilisé en cas de décès conformément aux règles de comptage du RIM-Psy. Ne doivent pas être comptées comme des journées d'hospitalisation :

- les journées correspondantes aux sorties d'essai (article L3211-11 du Code de la santé publique) pour les personnes hospitalisées sans leur consentement,
- les journées correspondantes aux permissions pour les personnes en hospitalisation libre
- Les journées correspondant aux sorties temporaires
- Les journées d'hospitalisation des « malades en subsistance », c'est-à-dire les journées d'hospitalisation des patients hospitalisés sans consentement dans des unités autres que psychiatriques.

Nombre de patients : il doit être compris comme l'ensemble des patients vus au moins une fois dans l'année par un ou plusieurs membres de l'équipe soignante pluridisciplinaire (psychiatres, infirmiers, psychologues, assistant social, etc.). Que le patient soit pris en charge par un seul ou plusieurs intervenants, il n'est dénombré qu'une seule fois. Le calcul inclut donc les présents à 0 heure le 1^{er} janvier auquel on ajoute chacun des autres patients pris en charge au moins une fois dans l'année. Les familles des patients n'entrent pas dans le décompte de la file active même si elles ont été reçues une ou plusieurs fois dans l'année par l'équipe soignante.

Organisation des soins et pratiques professionnelles (psychiatrie générale)

Pour la psychiatrie générale uniquement → sinon aller en 46

39 Disposez-vous d'une ou plusieurs unité(s) d'hospitalisation fermée ?

- Oui Non

→ 39.a si oui, Combien ?

- en permanence selon les besoins

39.b Dans cette ou ces unité(s), toutes les chambres sont-elles munies d'un système d'appel d'urgence ?

- Oui Non

40 Au cours de l'année, avez-vous fait une demande de transfert vers une UMD ?

- Oui Non

→ 40.a si oui, Nombre de patients concernés

40.b Nombre de patients transférés

41 Existe-t-il une ou plusieurs chambre(s) d'isolement ?

- Oui Non → aller en 42

→ 41.a si oui, Combien ?

41.b Nombre de journées cumulées d'occupation

41.c Nombre de patients concernés

41.d Appliquez-vous un protocole écrit de prise en charge des patients en chambre d'isolement ?

Oui Non

41.e Qui décide de l'isolement ?

un médecin exclusivement un médecin ou un infirmier en cas d'urgence

42 Existe-t-il un protocole écrit ou des règles de conduite écrites internes pour répondre à la prise en charge des patients, en cas de comportements violents ?

Oui Non

43 Un ou plusieurs membres de l'équipe ont-ils bénéficié d'une formation adaptée aux situations de violence au cours de l'année 2008 ?

Oui Non

44 Un ou plusieurs membres de l'équipe ont-ils bénéficié d'une formation au repérage des risques suicidaires au cours de l'année 2008 ?

Oui Non

45 Existe-t-il un protocole formalisé de prise en charge des patients à risque suicidaire ?

Oui Non

Organisation des soins et pratiques professionnelles (psychiatrie infanto-juvénile)

Pour la psychiatrie infanto-juvénile uniquement ➡ sinon aller en 51

46 Existe-t-il un protocole écrit ou des règles de conduite écrites internes pour répondre à la prise en charge des jeunes en cas de comportements violents ?

Oui Non

47 Un ou plusieurs membres de l'équipe ont-ils bénéficié d'une formation adaptée aux situations de violence au cours de l'année 2008 ?

Oui Non

48 Existe-t-il un protocole écrit ou des règles de conduite écrites internes en cas de fugue d'un jeune ?

Oui Non

49 Un ou plusieurs membres de l'équipe ont-ils bénéficié d'une formation au repérage des risques suicidaires au cours de l'année 2008 ?

Oui Non

50 Existe-t-il un protocole formalisé de prise en charge des patients à risque suicidaire ?

Oui Non

Lien avec la médecine générale

51 Pour les patients adressés par un médecin généraliste, prenez-vous contact avec ce dernier ?

Toujours Parfois

Souvent Jamais

52 Pour les patients adressés par un médecin généraliste, envoyez-vous systématiquement le compte-rendu de l'hospitalisation ?

Oui Non

Vos commentaires :

.....
.....
.....

Annexe 4. Questionnaire « Structure de prise en charge à temps partiel » des Rapsy 2008

Rapport d'activité de psychiatrie Structure de prise en charge à temps partiel

Si les informations pré-remplies ci-dessous sont erronées
ou incomplètes, merci de les barrer et les corriger

Psychiatrie générale

Psychiatrie infanto-juvénile

Identification de la structure

1 N° Questionnaire structure

2 Nom de la structure :

Adresse :

3 N° Voie

4 Type de voie

5 Nom de voie

6 Lieu-dit ou Boîte postale

7 Code postal

8 Libellé de commune

Identification de l'établissement de rattachement

9 Entité juridique

Établissement

10 N° FINESS

11 N° FINESS de l'entité juridique

12 Raison sociale de l'entité interrogée

Participation à la psychiatrie sectorisée

13 Lors de la pré-enquête, l'établissement a déclaré que cette structure était rattachée
aux secteurs de psychiatrie suivants :

14 Ainsi qu'aux dispositifs intersectoriels formalisés suivants :

Un dispositif intersectoriel formalisé assure des missions sectorielles, souvent complémentaires aux activités de secteur, pour le compte de plusieurs secteurs de psychiatrie générale ou de psychiatrie infanto-juvénile. Un dispositif intersectoriel formalisé est créé par une délibération des instances de l'établissement (CA – CME). Il correspond ou est rattaché à une fédération, à un département ou à un service, et comporte une ou plusieurs activités, un ou plusieurs types d'équipements, une ou plusieurs unités fonctionnelles.

Seul le responsable administratif de l'établissement de rattachement du dispositif intersectoriel attribue donc un seul et unique numéro d'ordre aux différents dispositifs intersectoriels rattachés à son établissement. Il se compose :

- du numéro FINESS de l'établissement de rattachement du dispositif intersectoriel,
- de la lettre clé « Z » identifiant un intersecteur en comparaison aux lettres clés « G » ou « I » identifiant les secteurs de psychiatrie générale et de psychiatrie infanto-juvénile,
- du numéro d'ordre que seul l'établissement de rattachement peut attribuer au dispositif intersectoriel formalisé.

**Les disparités territoriales d'offre et d'organisation des soins en psychiatrie en France...
Annexe 4. Questionnaire « Structure de prise en charge à temps partiel » des Rapsy 2008**

Irdes décembre 2014

Personnel

	Effectifs rémunérés en décembre 2008	ETP rémunérés en décembre 2008
20 Psychiatres salariés		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>
21 Psychiatres libéraux		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>
22 Autres personnels médicaux salariés, y.c. internes		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>
23 Autres personnels médicaux libéraux		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>
24 Infirmiers et cadres		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>
25 Psychologues		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>
26 Personnels socio-éducatifs		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>
27 Autres		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>
28 Total		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>

Activité

	Modalités de prise en charge	Nombres de venues (en équivalent journées)	Nombre de patients
29	Hôpital de jour		
30	Hôpital de nuit		
31	CATTP et atelier thérapeutique		

Nombre de venues : on compte des journées (venues de 6 à 8 heures) et des demi-journées (demi-venues de 3 à 4 heures). Ainsi pour un patient venant 2 fois dans la même journée, une seule journée est comptée.

Nombre de patients : il doit être compris comme l'ensemble des patients vus au moins une fois dans l'année par un ou plusieurs membres de l'équipe soignante pluridisciplinaire (psychiatres, infirmiers, psychologues, assistant social, etc.). Que le patient soit pris en charge par un seul ou plusieurs intervenants, il n'est dénombré qu'une seule fois. Le calcul inclut donc les présents à 0 heure le 1^{er} janvier auquel on ajoute chacun des autres patients pris en charge au moins une fois dans l'année. Les familles des patients n'entrent pas dans le décompte de la file active même si elles ont été reçues une ou plusieurs fois dans l'année par l'équipe soignante.

Organisation des soins et pratiques professionnelles

- 32 Existe-t-il un protocole écrit ou des règles de conduite écrites internes pour répondre à la prise en charge des patients, en cas de comportements violents ?
 Oui Non
- 33 Un ou plusieurs membres de l'équipe ont-ils bénéficié d'une formation adaptée aux situations de violence au cours de l'année 2008 ?
 Oui Non
- 34 Un ou plusieurs membres de l'équipe ont-ils bénéficié d'une formation au repérage des risques suicidaires au cours de l'année 2008 ?
 Oui Non
- 35 Existe-t-il un protocole formalisé de prise en charge des patients à risque suicidaire ?
 Oui Non

Lien avec la médecine générale

- 36 Pour les patients adressés par un médecin généraliste, prenez-vous contact avec ce dernier ?
 Toujours
 Souvent
 Parfois
 Jamais

Vos commentaires :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Annexe 5. Questionnaire « Structure de prise en charge ambulatoire » des Rapsy 2008

Rapport d'activité de psychiatrie Structure de prise en charge ambulatoire

Si les informations pré-remplies ci-dessous sont erronées
ou incomplètes, merci de les barrer et les corriger

Psychiatrie générale

Psychiatrie infanto-juvénile

Identification de la structure

1 N° Questionnaire structure

2 Nom de la structure :

Adresse :

N° Voie

Type de voie

Nom de voie

3

4

5

Lieu-dit ou Boîte postale

6

Code postal

Libellé de commune

7

8

Identification de l'établissement de rattachement

9 Entité juridique

Établissement

10 N° FINESS

11 N° FINESS de l'entité juridique

12 Raison sociale de l'entité interrogée

Participation à la psychiatrie sectorisée

13 Lors de la pré-enquête, l'établissement a déclaré que cette structure était rattachée
aux secteurs de psychiatrie suivants :

14 Ainsi qu'aux dispositifs intersectoriels formalisés suivants :

Un dispositif intersectoriel formalisé assure des missions sectorielles, souvent complémentaires aux activités de secteur, pour le compte de plusieurs secteurs de psychiatrie générale ou de psychiatrie infanto-juvénile. Un dispositif intersectoriel formalisé est créé par une délibération des instances de l'établissement (CA – CME). Il correspond ou est rattaché à une fédération, à un département ou à un service, et comporte une ou plusieurs activités, un ou plusieurs types d'équipements, une ou plusieurs unités fonctionnelles.

Seul le responsable administratif de l'établissement de rattachement du dispositif intersectoriel attribue donc un seul et unique numéro d'ordre aux différents dispositifs intersectoriels rattachés à son établissement. Il se compose :

- du numéro FINESS de l'établissement de rattachement du dispositif intersectoriel,
- de la lettre clé « Z » identifiant un intersecteur en comparaison aux lettres clés « G » ou « I » identifiant les secteurs de psychiatrie générale et de psychiatrie infanto-juvénile,
- du numéro d'ordre que seul l'établissement de rattachement peut attribuer au dispositif intersectoriel formalisé.

Les disparités territoriales d'offre et d'organisation des soins en psychiatrie en France...
Annexe 5. Questionnaire « Structure de prise en charge ambulatoire » des Rapsy 2008

Irdes décembre 2014

15 La structure et l'établissement de rattachement sont-ils situés au même endroit ?

Oui Non

16 La structure fait-elle partie d'un pôle ?

Oui Non

↳ si oui lequel ?

Nom :

Fonctionnement et accessibilité

Si dans cette structure de prise en charge en ambulatoire, vous disposez de plusieurs unités, remplir une ligne pour chaque unité de soins (CMP, lieu de consultations...).

	Nombre de jours d'ouverture par semaine	Nombre de jours d'ouverture par semaine après 18h	Ce lieu de consultation est-il ouvert toute l'année ? (y.c. les mois d'étés)
17	Unité 1		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
18	Unité 2		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
19	Unité 3		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
20	Unité 4		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
21	Unité 5		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Personnel

	Effectifs rémunérés en décembre 2008	ETP rémunérés en décembre 2008
22	Psychiatres salariés	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>
23	Psychiatres libéraux	<input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/>,<input type="text"/><input type="text"/>
24	Autres personnels médicaux salariés, y.c. internes	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>
25	Autres personnels médicaux libéraux	<input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/>,<input type="text"/><input type="text"/>
26	Infirmiers et cadres	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>
27	Psychologues	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>
28	Personnels socio-éducatifs	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>
29	Autres	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>
30	Total	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>

Les disparités territoriales d'offre et d'organisation des soins en psychiatrie en France...
Annexe 5. Questionnaire « Structure de prise en charge ambulatoire » des Rapsy 2008

Irdes décembre 2014

Activité

	Lieux de prise en charge	Nombre de patients	Nombre d'actes
30	Lo1 : CMP		
31	Lo2 : Lieu de consultations externes de psychiatrie de l'établissement		
32	Lo3 : Établissement social ou médico-social sans hébergement		
33	Lo4 : Établissement scolaire ou centre de formation		
34	Lo5 : PMI		
35	Lo6 : Établissement pénitentiaire		
36	Lo7 : Domicile du patient hors HAD ou substitut du domicile		
37	Lo8 : Établissement social ou médico-social avec hébergement		
38	Lo9 : Unité d'hospitalisation (MCO, SSR, Long séjour)		
39	Lo10 : Unité d'accueil d'urgence		

Nombre de patients : il doit être compris comme l'ensemble des patients vus au moins une fois dans l'année par un ou plusieurs membres de l'équipe soignante pluridisciplinaire (psychiatres, infirmiers, psychologues, assistant social, etc.). Que le patient soit pris en charge par un seul ou plusieurs intervenants, il n'est dénombré qu'une seule fois. Le calcul inclut donc les présents à 0 heure le 1^{er} janvier auquel on ajoute chacun des autres patients pris en charge au moins une fois dans l'année. Les familles des patients n'entrent pas dans le décompte de la file active même si elles ont été reçues une ou plusieurs fois dans l'année par l'équipe soignante

Nombre d'actes : Sont à comptabiliser le nombre d'actes de type entretien, démarche, groupe (un acte de groupe sera compté autant de fois qu'il y a de patients dans le groupe), accompagnement, à l'exception des réunions cliniques pour un patient quels que soient le nombre et la catégorie professionnelle des intervenants.

Organisation des soins et pratiques professionnelles

Existe-t-il une permanence téléphonique pour la structure 24h/24h (en dehors du standard téléphonique de l'établissement de rattachement), assurée par :

40 • un répondeur téléphonique
 Oui Non

41 • un transfert d'appel vers un soignant ?
 Oui Non

Dans la majorité des cas, qui reçoit un patient pour la première fois ?

42 • un médecin exclusivement
 Oui Non

43 • un médecin et/ou un autre professionnel
 Oui Non

↳ si oui, Préciser l'autre professionnel :

psychologue assistant de service social
 infirmier autre

44 • un autre professionnel
 Oui Non

↳ si oui, Préciser l'autre professionnel :

psychologue assistant de service social
 infirmier autre

Quel est le délai minimum d'attente pour un 1^{er} rendez-vous hors urgence ?

45 • Pour une consultation avec un médecin

- moins d'une semaine de 1 à 3 mois
 de 1 à 2 semaines 3 mois et plus
 de 2 semaines à 1 mois

46 • Pour un entretien avec un autre professionnel

- moins d'une semaine de 1 à 3 mois
 de 1 à 2 semaines 3 mois et plus
 de 2 semaines à 1 mois

Délai minimum : il s'agit de mesurer le délai qui sépare le moment où il y a demande de consultation avec un médecin ou d'entretien avec un autre professionnel pour un patient vu pour la première fois par l'équipe ou pour un patient déjà vu mais qui ne fait pas l'objet d'une prise en charge au moment du rendez-vous et celui où la consultation ou l'entretien a lieu. Il s'agit d'une moyenne des délais minimum observée dans les différentes unités de votre structure. Les périodes de fermeture des rendez-vous (week-end et jours fériés) sont exclues du calcul des délais.

47 Avez-vous une liste d'attente pour un premier rendez-vous, hors urgence, au cours de l'année ?

- Oui Non

48 Existe-t-il un protocole écrit ou des règles de conduite écrites internes pour répondre à la prise en charge des patients en cas de comportements violents ?

- Oui Non

49 Un ou plusieurs membres de l'équipe ont-ils bénéficié d'une formation adaptée aux situations de violence au cours de l'année 2008 ?

- Oui Non

50 Un ou plusieurs membres de l'équipe ont-ils bénéficié d'une formation au repérage des risques suicidaires au cours de l'année 2008 ?

- Oui Non

51 Existe-t-il un protocole formalisé de prise en charge des patients à risque suicidaire ?

- Oui Non

Lien avec la médecine générale

52 Pour les patients adressés par un médecin généraliste, prenez-vous contact avec ce dernier ?

- Toujours Parfois
 Souvent Jamais

Vos commentaires :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Annexe 6. Liste des indicateurs construits pour apprécier l'offre et l'organisation des soins en psychiatrie

Tableau 3. Indicateurs relatifs aux caractéristiques générales des établissements de santé

Caractéristiques générales des établissements de santé	Source
Statut juridique regroupé de l'établissement de santé	Drees, SAE 2011
Catégorie de l'établissement de santé	
Nombre d'établissements de santé autorisés en psychiatrie	

Tableau 4. Indicateurs relatifs aux capacités d'accueil des établissements de santé

Prise en charge à temps complet	Source
Densité de lits d'hospitalisation à temps plein en psychiatrie en établissement public général pour 100 000 habitants de 16 ans et plus	Drees, SAE 2011
Densité de lits d'hospitalisation à temps plein en psychiatrie en établissement public spécialisé pour 100 000 habitants de 16 ans et plus	
Densité de lits d'hospitalisation à temps plein en psychiatrie en établissement privé à but lucratif pour 100 000 habitants de 16 ans et plus	
Densité de lits d'hospitalisation à temps plein en psychiatrie en établissement de santé privé d'intérêt collectif (Espic) pour 100 000 habitants de 16 ans et plus	
Densité de lits d'hospitalisation à temps plein en psychiatrie tous types d'établissements confondus pour 100 000 habitants de 16 ans et plus	
Taux d'occupation des lits en psychiatrie générale des établissements de santé	
Flux d'admissions en psychiatrie générale	
Part des lits rattachés à un établissement public général	
Part des lits rattachés à un établissement public spécialisé	
Part des lits rattachés à un établissement privé à but lucratif	
Part des lits rattachés à un Espic	
Densité de places d'accueil familial thérapeutique tous types d'établissements confondus pour 100 000 habitants de 16 ans et plus	
Densité de places d'accueil en appartement thérapeutique tous types d'établissements confondus pour 100 000 habitants de 16 ans et plus	
Densité de lits d'accueil en centre de postcure tous types d'établissements confondus pour 100 000 habitants de 16 ans et plus	
Densité de lits d'accueil en centre de crise et structure d'accueil des urgences tous types d'établissements confondus pour 100 000 habitants de 16 ans et plus	
Densité de lits d'hospitalisation à domicile tous types d'établissements confondus pour 100 000 habitants de 16 ans et plus	
Densité de lits ou places de prises en charge à temps complet alternatives au temps plein pour 100 000 habitants de 16 ans et plus	
Part des prises en charge à temps complet alternatives au temps plein dans le total des prises en charge à temps complet	

Suite du tableau page suivante

Tableau 4. Indicateurs relatifs aux capacités d'accueil des établissements de santé (suite)

Prise en charge à temps partiel	Source
Densité de places d'hospitalisation de jour pour 100 000 habitants de 16 ans et plus	Drees, SAE 2011
Densité de places d'hospitalisation de nuit pour 100 000 habitants de 16 ans et plus	
Densité de places d'hospitalisation à temps partiel en psychiatrie en établissement public général pour 100 000 habitants de 16 ans et plus	
Densité de places d'hospitalisation à temps partiel en psychiatrie en établissement public spécialisé pour 100 000 habitants de 16 ans et plus	
Densité de places d'hospitalisation à temps partiel en psychiatrie en établissement privé à but lucratif pour 100 000 habitants de 16 ans et plus	
Densité de places d'hospitalisation à temps partiel en psychiatrie en Espic pour 100 000 habitants de 16 ans et plus	
Densité de places d'hospitalisation à temps partiel en psychiatrie en établissement public ou Espic pour 100 000 habitants de 16 ans et plus	
Densité de places d'hospitalisation à temps partiel tous types d'établissements confondus pour 100 000 habitants de 16 ans et plus	
Densité de structures d'accueil en Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) et ateliers thérapeutiques pour 100 000 habitants de 16 ans et plus	
Prise en charge ambulatoire	Source
Densité de Centres médico-psychologiques (CMP) pour 100 000 habitants de 16 ans et plus	Drees, SAE 2011
Prises en charge spécifiques	Source
Densité de lits des unités spécialisées dans la prise en charge des patients difficiles pour 100 000 habitants de 16 ans et plus	Drees, Rapsy 2008
Densité de lits des unités spécialisées dans la prise en charge des patients difficiles de type « unité pour malades difficiles (UMD) » pour 100 000 habitants de 16 ans et plus	
Densité de lits des unités spécialisées dans la prise en charge des patients difficiles de type « autre qu'UMD » pour 100 000 habitants de 16 ans et plus	
Densité de lits des unités 72 h pour 100 000 habitants de 16 ans et plus	

En gras sont indiqués les indicateurs actifs dans la typologie de l'offre et de l'organisation des soins en psychiatrie générale au niveau des territoires de santé présentée dans la partie 4.

**Les disparités territoriales d'offre et d'organisation des soins en psychiatrie en France...
Annexe 6. Liste des indicateurs construits pour apprécier l'offre et l'organisation des soins...**

Irdes décembre 2014

Tableau 5. Indicateurs relatifs à l'activité des établissements de santé

File active	Source
Taux de recours global à la psychiatrie dans la population de 16 ans et plus	Drees, SAE 2011
Part de la file active exclusivement ambulatoire dans la file active totale	
Taux de recours ambulatoire en psychiatrie dans la population de 16 ans et plus	
Part de la file active hospitalisée à temps plein dans la file active totale	
Taux de recours à l'hospitalisation à temps plein en psychiatrie dans la population de 16 ans et plus	
Part des patients vus une seule fois au cours de l'année dans la file active	Drees, Rapsy 2008
Part des patients vus pour la première fois au cours de l'année dans la file active	
Indicateur de diversité des prises en charge en psychiatrie (hors établissements privés lucratifs ; encadré 1 dans l'annexe 7)	ATIH, Rim-P 2011
Prise en charge à temps complet	Source
Durée moyenne de séjour en psychiatrie générale	Drees, SAE 2011
Densité de journées d'hospitalisation à temps plein en psychiatrie en établissement public général pour 100 000 habitants de 16 ans et plus	
Densité de journées d'hospitalisation à temps plein en psychiatrie en établissement public spécialisé pour 100 000 habitants de 16 ans et plus	
Densité de journées d'hospitalisation à temps plein en psychiatrie en établissement privé à but lucratif pour 100 000 habitants de 16 ans et plus	
Densité de journées d'hospitalisation à temps plein en psychiatrie en établissement public ou Espic pour 100 000 habitants de 16 ans et plus	
Densité de journées d'hospitalisation à temps plein en psychiatrie tous types d'établissements confondus pour 100 000 habitants de 16 ans et plus	
Densité de recours aux alternatives à l'hospitalisation à temps plein pour 100 000 habitants de 16 ans et plus	
Prise en charge ambulatoire	Source
Densité d'actes ambulatoires dans la population de 16 ans et plus	Drees, SAE 2011
Densité d'actes ambulatoires à domicile dans la population de 16 ans et plus	
Densité de recours au secteur ambulatoire pour 100 000 habitants de 16 ans et plus	
Prises en charge spécifiques	Source
Densité de patients des unités spécialisées dans la prise en charge des patients difficiles pour 100 000 habitants de 16 ans et plus	Drees, Rapsy 2008
Densité de patients des unités spécialisées dans la prise en charge des patients difficiles de type « UMD » pour 100 000 habitants de 16 ans et plus	
Densité de patients des unités spécialisées dans la prise en charge des patients difficiles de type « autre qu'UMD » pour 100 000 habitants de 16 ans et plus	

En gras sont indiqués les indicateurs actifs dans la typologie de l'offre et de l'organisation des soins en psychiatrie générale au niveau des territoires de santé présentée dans la partie 4.

Tableau 6. Indicateurs relatifs au personnel des établissements de santé

Personnel médical	Source
Densité de salariés médicaux (en ETP) tous types d'établissements confondus pour 100 000 habitants de 16 ans et plus	Drees, SAE 2011
Part des salariés médicaux non psychiatres dans le total des salariés médicaux (en ETP) tous types d'établissements confondus	
Part des médecins exerçant en unité temps plein dans le total des médecins tous types d'établissements confondus	
Densité de salariés médicaux (en ETP) en établissement public général pour 100 000 habitants de 16 ans et plus	
Densité de salariés médicaux (en ETP) en établissement public spécialisé pour 100 000 habitants de 16 ans et plus	
Densité de salariés médicaux (en ETP) en établissement privé à but lucratif pour 100 000 habitants de 16 ans et plus	
Densité de salariés médicaux (en ETP) en Espic pour 100 000 habitants de 16 ans et plus	
Densité de salariés médicaux (en ETP) en établissement public et Espic pour 100 000 habitants de 16 ans et plus	
Part des salariés médicaux (en ETP) exerçant en unité temps plein en établissement public et en Espic	
Densité de psychiatres libéraux (en effectif) tous types d'établissements confondus pour 100 000 habitants de 16 ans et plus	
Densité de médecins non psychiatres libéraux (en effectif) tous types d'établissements confondus pour 100 000 habitants de 16 ans et plus	
Part des médecins libéraux (en effectif) exerçant en unité temps plein tous types d'établissements confondus	
Densité de psychiatres libéraux (en effectif) en établissement public général pour 100 000 habitants de 16 ans et plus	
Densité de médecins non psychiatres libéraux (en effectif) en établissement public général pour 100 000 habitants de 16 ans et plus	
Part des médecins libéraux (en effectif) exerçant en unité temps plein en établissement public général	
Densité de psychiatres libéraux (en effectif) en établissement public spécialisé pour 100 000 habitants de 16 ans et plus	
Densité de médecins non psychiatres libéraux (en effectif) en établissement public spécialisé pour 100 000 habitants de 16 ans et plus	
Part des médecins libéraux (en effectif) exerçant en unité temps plein en établissement public spécialisé	
Densité de psychiatres libéraux (en effectif) en établissement privé à but lucratif pour 100 000 habitants de 16 ans et plus	
Densité de médecins non psychiatres libéraux (en effectif) en établissement privé à but lucratif pour 100 000 habitants de 16 ans et plus	
Densité de médecins (en effectif) en établissement privé à but lucratif pour 100 000 habitants de 16 ans et plus	
Part des médecins libéraux (en effectif) exerçant en unité temps plein en établissement privé à but lucratif	
Densité de psychiatres libéraux (en effectif) en Espic pour 100 000 habitants de 16 ans et plus	
Densité de médecins non psychiatres libéraux (en effectif) en Espic pour 100 000 habitants de 16 ans et plus	
Part des médecins libéraux (en effectif) exerçant en unité temps plein en Espic	

Suite du tableau page suivante

**Les disparités territoriales d'offre et d'organisation des soins en psychiatrie en France...
Annexe 6. Liste des indicateurs construits pour apprécier l'offre et l'organisation des soins...**

Irdes décembre 2014

**Tableau 6. Indicateurs relatifs au personnel des établissements de santé
(suite)**

Personnel des services de soins	Source
Densité de salariés personnels des services de soins non médicaux (en ETP) tous types d'établissements confondus pour 100 000 habitants de 16 ans et plus	Drees, SAE 2011
Part des personnels soignants non médicaux exerçant en unité temps plein dans le total des personnels soignants non médicaux tous types d'établissements confondus	
Densité d'infirmiers et cadres (en ETP) tous types d'établissements confondus pour 100 000 habitants de 16 ans et plus	
Densité d'aides-soignants (en ETP) tous types d'établissements confondus pour 100 000 habitants de 16 ans et plus	
Densité de psychologues (en ETP) tous types d'établissements confondus pour 100 000 habitants de 16 ans et plus	
Densité de personnels de rééducation (en ETP) tous types d'établissements confondus pour 100 000 habitants de 16 ans et plus	
Densité de personnels éducatifs et sociaux (en ETP) tous types d'établissements confondus pour 100 000 habitants de 16 ans et plus	
Densité de personnels de rééducation et de personnels éducatifs et sociaux (en ETP) tous types d'établissements confondus pour 100 000 habitants de 16 ans et plus	
Part des personnels soignants non médicaux dans le total des personnels tous types d'établissements confondus	
Densité de salariés personnels des services de soins non médicaux (en ETP) en établissement public général pour 100 000 habitants de 16 ans et plus	
Densité de salariés personnels des services de soins non médicaux (en ETP) en établissement public spécialisé pour 100 000 habitants de 16 ans et plus	
Densité de salariés personnels des services de soins non médicaux (en ETP) en établissement privé à but lucratif pour 100 000 habitants de 16 ans et plus	
Densité de salariés personnels des services de soins non médicaux (en ETP) en Espic pour 100 000 habitants de 16 ans et plus	
Part des salariés personnels des services de soins non médicaux (en ETP) exerçant en unité temps plein en établissement public et en Espic	

En gras sont indiqués les indicateurs actifs dans la typologie de l'offre et de l'organisation des soins en psychiatrie générale au niveau des territoires de santé présentée dans la partie 4.

Tableau 7. Indicateurs relatifs à l'organisation des soins et les pratiques professionnelles au sein des établissements de santé

Organisation générale et spécifique des prises en charge	Source
Nombre d'établissements de santé au sein du territoire de santé (ou département) ayant une Permanence d'accès aux soins de santé (Pass) pondéré par la file active	Drees, SAE 2011
Nombre d'établissements de santé au sein du territoire de santé (ou département) ayant un Service médico-psychologique régional (SMPR) pondéré par la file active	
Nombre d'établissements de santé au sein du territoire de santé (ou département) participant aux urgences de l'hôpital général pondéré par la file active	
Nombre d'établissements de santé au sein du territoire de santé (ou département) disposant d'une équipe mobile spécialisée pondéré par la file active	
Taux de patients suivis dans un établissement disposant d'une équipe mobile spécialisée rapporté à la population de 16 ans et plus du territoire de santé (ou département)	
Nombre d'établissements de santé au sein du territoire de santé (ou département) disposant d'une équipe mobile précarité pondéré par la file active	
Nombre d'établissements de santé au sein du territoire de santé (ou département) disposant d'une unité spécialisée dans la prise en charge des patients agités ou difficiles pondéré par la file active	
Nombre d'établissements de santé au sein du territoire de santé (ou département) intervenant en milieu pénitentiaire pondéré par la file active	
Accueil dans les services de psychiatrie	Source
Nombre de structures ambulatoires disposant d'une permanence téléphonique 24h/24 assurée par un répondeur téléphonique	Drees, Rapsy 2008
Nombre de structures ambulatoires disposant d'une permanence téléphonique 24h/24 assurée par un transfert d'appel vers un soignant	
Nombre de structures ambulatoires dont les patients sont, dans la majorité des cas, reçus pour la première fois par un médecin exclusivement	
Nombre de structures ambulatoires dont les patients sont, dans la majorité des cas, reçus pour la première fois non exclusivement par un médecin	
Part des structures ambulatoires dont le délai minimum d'attente pour un 1 ^{er} RDV hors urgence pour une consultation avec un médecin est inférieur ou égal à 2 semaines	
Part des structures ambulatoires dont le délai minimum d'attente pour un 1 ^{er} RDV hors urgence pour une consultation avec un médecin est supérieur ou égal à 1 mois	
Part des structures ambulatoires dont le délai minimum d'attente pour un 1 ^{er} RDV hors urgence pour un entretien avec un autre professionnel qu'un médecin est inférieur ou égal à 2 semaines	
Part des structures ambulatoires dont le délai minimum d'attente pour un 1 ^{er} RDV hors urgence pour un entretien avec un autre professionnel qu'un médecin est supérieur ou égal à 1 mois	
Part des structures ambulatoires ayant une liste d'attente pour un 1 ^{er} RDV hors urgence	
Accueil de nouveaux patients	Source
Part des établissements dotés d'une structure ambulatoire mutualisée pour l'accueil des nouveaux patients	Drees, Rapsy 2008
Part des établissements dotés d'une unité d'admission	
Permanence des soins	Source
Part des établissements ayant contractualisé avec d'autres établissements pour assurer la permanence des soins	Drees, Rapsy 2008
Continuité des soins	Source
Part des établissements ne pouvant que parfois ou jamais hospitaliser à temps complet un patient le jour même	Drees, Rapsy 2008
Part des établissements amenés à faire prendre en charge des patients par d'autres établissements en raison d'un manque de lits ou places ou de délais d'attente trop longs	
Part des établissements toujours ou souvent amenés à faire prendre en charge des patients en hospitalisation complète par d'autres établissements en raison d'un manque de lits ou places ou de délais d'attente trop longs	
Part des établissements toujours ou souvent amenés à faire prendre en charge des patients en hospitalisation de jour par d'autres établissements en raison d'un manque de lits ou places ou de délais d'attente trop longs	
Part des établissements souvent amenés à faire prendre en charge des patients par d'autres établissements en raison de pathologies ou comportements particuliers des patients	

Suite du tableau page suivante

**Les disparités territoriales d'offre et d'organisation des soins en psychiatrie en France...
Annexe 6. Liste des indicateurs construits pour apprécier l'offre et l'organisation des soins...**

Irdes décembre 2014

Tableau 7. Indicateurs relatifs à l'organisation des soins et les pratiques professionnelles (suite 1) au sein des établissements de santé

Ouverture	Source
Part des salariés exerçant en unité temps plein tous types d'établissements confondus	Drees, SAE 2011
Part des salariés exerçant en unité temps plein en établissement public général	
Part des salariés exerçant en unité temps plein en établissement public spécialisé	
Part des salariés exerçant en unité temps plein en établissement public	
Part des salariés exerçant en unité temps plein en établissement privé à but lucratif	
Part des salariés exerçant en unité temps plein en Espic	
Part des salariés exerçant en unité temps plein en établissement public et en Espic	
Accessibilité aux services de soins	Source
Part des structures à temps complet situées ailleurs que l'établissement de rattachement	Drees, Rapsy 2008
Part des structures à temps partiel situées ailleurs que l'établissement de rattachement	
Part des unités des hôpitaux de jour ouvertes toute l'année	
Part des unités des hôpitaux de nuit ouvertes toute l'année	
Part des unités des CATT et ateliers thérapeutiques ouvertes toute l'année	
Part des unités de structures à temps partiel ouvertes toute l'année dans le total des unités des structures à temps partiel	
Part des structures ambulatoires situées ailleurs que l'établissement de rattachement	
Part des structures CMP ouvertes 5 jours et plus par semaine	Drees, SAE 2011
Part des unités de structures ambulatoires ouvertes au moins un jour par semaine après 18h	Drees, Rapsy 2008
Part des unités ouvertes toute l'année dans le total des unités des structures ambulatoires	
Part des unités ouvertes toute l'année dans le total des unités des structures à temps partiel ou ambulatoires	
Part des structures à temps complet, à temps partiel ou ambulatoires situées ailleurs que l'établissement de rattachement	
Promotion de la santé, prévention et dépistage, insertion sociale	Source
Nombre d'actions inscrites dans des programmes de promotion de la santé mentale à destination d'un public professionnel	Drees, Rapsy 2008
Nombre d'actions inscrites dans des programmes de promotion de la santé mentale à destination d'un public non professionnel (adultes et adolescents ou jeunes enfants)	
Nombre d'actions inscrites dans des programmes de promotion de la santé mentale de niveau local	
Nombre moyen d'actions inscrites dans des programmes de promotion de la santé mentale par établissement	
Nombre d'actions directes de prévention visant les enfants	
Nombre d'actions médiatisées de prévention visant les enfants	
Nombre d'actions directes de prévention visant les personnes âgées	
Nombre d'actions médiatisées de prévention visant les personnes âgées	
Nombre d'actions directes de prévention visant les personnes en situation de handicap	
Nombre d'actions médiatisées de prévention visant les personnes en situation de handicap	
Nombre d'actions directes de prévention visant les personnes en situation de précarité	
Nombre d'actions médiatisées de prévention visant les personnes en situation de précarité	
Nombre d'actions directes et médiatisées de prévention visant les institutions (Centre communal d'action sociale - CCAS, municipalités, police, justice)	
Nombre moyen d'actions directes ou médiatisées de prévention par établissement	
Nombre total de conventions signées dans le cadre de la prévention et du dépistage	
Nombre d'actions d'insertion en milieu scolaire	
Nombre d'actions d'insertion pour les établissements et services pour personnes âgées	
Nombre d'actions d'insertion pour les personnes en situation de handicap	
Nombre d'actions d'insertion pour les usagers et leurs proches	
Nombre d'actions d'insertion pour les institutions	
Nombre moyen d'actions d'insertion par établissement	
Nombre total de conventions signées dans le cadre d'actions d'insertion	

Suite du tableau page suivante

Tableau 7. Indicateurs relatifs à l'organisation des soins et les pratiques professionnelles (suite 2) au sein des établissements de santé

Promotion de la santé, prévention et dépistage, insertion sociale (suite)	Source
Nombre d'actions de prévention ou d'insertion en direction des personnes handicapées	Drees, Rapsy 2008
Nombre moyen d'actions de prévention ou d'insertion en direction des personnes handicapées par établissement	
Nombre moyen d'actions de promotion ou de prévention par établissement	
Nombre moyen d'actions de promotion, de prévention ou d'insertion par établissement	
Partenaires et collaborations	Source
Nombre de conseils de secteur au sein du territoire de santé (ou département) pondéré par la file active	Drees, SAE 2011
Taux de patients suivis dans un établissement ayant un conseil de secteur rapporté à la population de 16 ans et plus du territoire de santé (ou département)	
Nombre d'établissements de santé au sein du territoire de santé (ou département) participant à un réseau de santé mentale pondéré par la file active	
Taux de patients suivis dans un établissement participant à un réseau de santé mentale rapporté à la population de 16 ans et plus du territoire de santé (ou département)	
Nombre d'établissements participant à des réseaux formalisés	Drees, Rapsy 2008
Nombre de réseaux formalisés	
Prise en charge somatique	Source
Nombre de coordination avec des organismes de dépistage du cancer du sein, du diabète, de l'hypertension, du VHB ou du VHC	Drees, Rapsy 2008
Nombre d'établissements organisant des vaccinations de manière systématique	
Nombre d'établissements réalisant dans la prise en charge du patient un bilan dentaire	
Nombre d'établissements réalisant dans la prise en charge du patient un bilan cardiaque	
Nombre d'établissements réalisant dans la prise en charge du patient un bilan ophtalmologique	
Nombre d'établissements réalisant dans la prise en charge du patient un bilan gynécologique	
Nombre d'établissements réalisant dans la prise en charge du patient un bilan diabétique	
Nombre d'établissements disposant d'outils spécifiques au repérage de la douleur	
Score de prise en charge somatique (encadré 2 dans l'annexe 7)	
Prise en charge des addictions	Source
Nombre d'établissements disposant d'équipes spécialisées en addictologie en intra	Drees, Rapsy 2008
Nombre d'établissements disposant d'équipes de psychiatrie intervenant en dehors de l'établissement dans la prise en charge de patients suivis dans des dispositifs spécialisés en addictologie	
Nombre d'établissements disposant d'équipes spécialisées en addictologie	
Prise en charge sans consentement et situations difficiles	Source
Nombre d'établissements toujours ou souvent amenés à faire prendre en charge ses patients par d'autres établissements en raison de leur mode légal d'hospitalisation	Drees, Rapsy 2008
Nombre d'établissements dont les patients en Hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT) sont toujours ou souvent hospitalisés en service ouvert	
Nombre d'établissements dont les patients en Hospitalisation d'office (HO) sont toujours ou souvent hospitalisés en service ouvert	
Nombre d'établissements dont les patients en HDT sont toujours ou souvent hospitalisés en service fermé	
Nombre d'établissements dont les patients en HO sont toujours ou souvent hospitalisés en service fermé	
Nombre d'établissements implantés au sein d'un territoire de santé (ou département) où il existe un accord formalisé organisant les procédures de HO entre la préfecture, les forces de l'ordre (police / gendarmerie) et les établissements de psychiatrie habilités	
Nombre d'établissements implantés au sein d'un territoire de santé (ou département) où il existe un accord formalisé organisant les procédures de HO entre la préfecture, les forces de l'ordre (police / gendarmerie) et les établissements de psychiatrie habilités relatif aux transports	
Nombre d'établissements implantés au sein d'un territoire de santé (ou département) où il existe un accord formalisé organisant les procédures de HO entre la préfecture, les forces de l'ordre (police / gendarmerie) et les établissements de psychiatrie habilités relatif aux délais et modalités de transmission des documents (arrêtés, certificats médicaux)	

Suite du tableau page suivante

**Les disparités territoriales d'offre et d'organisation des soins en psychiatrie en France...
Annexe 6. Liste des indicateurs construits pour apprécier l'offre et l'organisation des soins...**

Irdes décembre 2014

**Tableau 7. Indicateurs relatifs à l'organisation des soins et les pratiques professionnelles
(suite 3) au sein des établissements de santé**

Prise en charge sans consentement et situations difficiles (suite)	Source
<p>Nombre d'établissements disposant d'unités spécifiques pour les patients en soins sans consentement</p> <p>Densité d'unités d'hospitalisation fermée dans les structures à temps complet pour 100 000 habitants de 16 ans et plus</p> <p>Nombre de structures à temps complet disposant d'unités d'hospitalisation fermée ouvertes en permanence</p> <p>Nombre de structures à temps complet disposant d'unités d'hospitalisation fermée ouvertes selon les besoins</p> <p>Nombre de chambres d'isolement dans les structures à temps complet</p> <p>Part des chambres d'isolement dans le total des lits d'hospitalisation à temps plein</p> <p>Nombre de structures à temps complet disposant d'un protocole écrit ou des règles de conduites écrites internes pour répondre à la prise en charge des patients en cas de comportements violents</p> <p>Nombre de structures à temps complet dont au moins un membre des équipes a bénéficié d'une formation adaptée aux situations de violence ou d'une formation au repérage des risques suicidaires au cours de l'année 2008</p> <p>Nombre de structures à temps complet disposant d'un protocole formalisé de prise en charge des patients à risque suicidaire</p> <p>Nombre de structures à temps partiel disposant d'un protocole écrit ou des règles de conduites écrites internes pour répondre à la prise en charge des patients en cas de comportements violents</p> <p>Nombre de structures à temps partiel dont au moins un membre des équipes a bénéficié d'une formation adaptée aux situations de violence ou d'une formation au repérage des risques suicidaires au cours de l'année 2008</p> <p>Nombre de structures à temps partiel disposant d'un protocole formalisé de prise en charge des patients à risque suicidaire</p> <p>Nombre de structures ambulatoires disposant d'un protocole écrit ou des règles de conduites écrites internes pour répondre à la prise en charge des patients en cas de comportements violents</p> <p>Nombre de structures ambulatoires dont au moins un membre des équipes a bénéficié d'une formation adaptée aux situations de violence ou d'une formation au repérage des risques suicidaires au cours de l'année 2008</p> <p>Nombre de structures ambulatoires disposant d'un protocole formalisé de prise en charge des patients à risque suicidaire</p> <p>Au moins une structure à temps complet, à temps partiel ou ambulatoire du territoire de santé (ou département) dispose d'un protocole écrit ou des règles de conduites écrites internes pour répondre à la prise en charge des patients en cas de comportements violents</p> <p>Au moins une structure à temps complet, à temps partiel ou ambulatoire du territoire de santé (ou département) dispose d'au moins un membre des équipes a bénéficié d'une formation adaptée aux situations de violence ou d'une formation au repérage des risques suicidaires au cours de l'année 2008</p> <p>Au moins une structure à temps complet, à temps partiel ou ambulatoire du territoire de santé (ou département) dispose d'un protocole formalisé de prise en charge des patients à risque suicidaire</p>	<p>Drees, Rapsy 2008</p>
<p>Accueil, orientation et prise en charge des urgences psychiatriques en dehors des services de psychiatrie</p> <p>Nombre de dispositifs de réponse à l'urgence « 24h sur 24 » pondéré par la file active</p> <p>Taux de patients suivis dans un établissement ayant un dispositif de réponse à l'urgence « 24h sur 24 » rapporté à la population de 16 ans et plus du territoire de santé (ou département)</p> <p>Dans le cas où il existe un dispositif de réponse à l'urgence « 24h sur 24 » : Part des interventions consistant toujours ou souvent en une orientation vers un médecin de ville</p> <p>Dans le cas où il existe un dispositif de réponse à l'urgence « 24h sur 24 » : Part des interventions consistant toujours ou souvent en une orientation vers un médecin de ville pondéré par la file active</p> <p>Dans le cas où il existe un dispositif de réponse à l'urgence « 24h sur 24 » : Part des interventions consistant toujours ou souvent en un rendez-vous en urgence dans un lieu de consultation</p> <p>Dans le cas où il existe un dispositif de réponse à l'urgence « 24h sur 24 » : Part des interventions consistant toujours ou souvent en une visite à domicile ou sur le lieu de détresse</p> <p>Dans le cas où il existe un dispositif de réponse à l'urgence « 24h sur 24 » : Part des interventions consistant toujours ou souvent en une orientation en centre de crise</p> <p>Dans le cas où il existe un dispositif de réponse à l'urgence « 24h sur 24 » : Part des interventions consistant toujours ou souvent en une orientation aux urgences de l'hôpital général</p> <p>Dans le cas où il existe un dispositif de réponse à l'urgence « 24h sur 24 » : Part des interventions consistant toujours ou souvent en une hospitalisation</p>	<p>Drees, Rapsy 2008</p>

Suite du tableau page suivante

Tableau 7. Indicateurs relatifs à l'organisation des soins et les pratiques professionnelles (suite 4)

Psychiatrie de liaison	Source
Nombre d'établissements assurant une activité de psychiatrie de liaison dans d'autres établissements	Drees, Rapsy 2008
Intervention dans les champs du social et du médicosocial	Source
Taux de patients suivis dans un établissement disposant d'une équipe dédiée à l'intervention dans le champ social et médicosocial rapporté à la population de 16 ans et plus du territoire de santé (ou département)	Drees, Rapsy 2008
Lien avec l'environnement	Source
Part des structures à temps complet envoyant systématiquement le compte-rendu de l'hospitalisation pour les patients adressés par un médecin généraliste	Drees, Rapsy 2008
Nombre de structures à temps complet prenant toujours ou souvent contact avec le médecin généraliste lorsque le patient est adressé par lui	
Nombre de structures à temps partiel prenant toujours ou souvent contact avec le médecin généraliste lorsque le patient est adressé par lui	
Nombre de structures ambulatoires prenant toujours ou souvent contact avec le médecin généraliste lorsque le patient est adressé par lui	
Au moins une structure à temps complet, à temps partiel ou ambulatoire du territoire de santé (ou département) prend toujours ou souvent contact avec le médecin généraliste lorsque le patient est adressé par lui	
Part des structures à temps complet, à temps partiel ou ambulatoires prenant toujours ou souvent contact avec le médecin généraliste lorsque le patient est adressé par lui	

En gras sont indiqués les indicateurs actifs dans la typologie de l'offre et de l'organisation des soins en psychiatrie générale au niveau des territoires de santé présentée dans la partie 4.

Tableau 8. Indicateurs relatifs à l'offre de soins libérale

Offre de soins libérale	Source
Densité de médecins généralistes pour 100 000 habitants de 16 ans et plus	CnamTS, Sniiram 2010
Densité de médecins psychiatres libéraux pour 100 000 habitants de 16 ans et plus	
Part de médecins psychiatres libéraux conventionnés secteur 1 parmi les médecins psychiatres libéraux	

En gras sont indiqués les indicateurs actifs dans la typologie de l'offre et de l'organisation des soins en psychiatrie générale au niveau des territoires de santé présentée dans la partie 4.

**Les disparités territoriales d'offre et d'organisation des soins en psychiatrie en France...
Annexe 6. Liste des indicateurs construits pour apprécier l'offre et l'organisation des soins...**

Irdes décembre 2014

Tableau 9. Indicateurs relatifs à l'offre sociale et médicosociale

Initiatives communautaires	Source
Densité de Conseils Locaux de Santé Mentale opérationnels pour 100 000 habitants de 16 ans et plus	CCOMS, 2013
Densité de Conseils Locaux de Santé Mentale en cours ou en réflexion pour 100 000 habitants de 16 ans et plus	
Densité de Groupes d'entraide mutuelle pour 100 000 habitants de 16 ans et plus	Psychom75, 2012
Prise en charge en établissements médicosociaux	Source
Densité d'adultes accueillis au 31/12/2010 présentant des troubles du psychisme dans les structures médicosociales sélectionnées² pour 100 000 habitants de 16 ans et plus	Drees, Enquête ES 2010
Densité d'adultes accueillis au 31/12/2010 dans les structures médicosociales sélectionnées ² pour 100 000 habitants de 16 ans et plus	
Part des adultes présentant des troubles du psychisme ¹ dans le total des adultes accueillis dans les structures sélectionnées ²	
Densité d'adultes accueillis au 31/12/2010 dans les structures médicosociales sélectionnées ² correspondant à des centres de préorientation pour adultes handicapés, des Établissements et services d'aide par le travail (Esat) ou des Centres de rééducation professionnelle (CRP) pour 100 000 habitants de 16 ans et plus	
Part des adultes présentant des troubles du psychisme ¹ dans le total des adultes accueillis dans les structures sélectionnées ² correspondant à des centres de préorientation pour adultes handicapés, des Esat ou des CRP	
Densité d'adultes accueillis au 31/12/2010 dans les structures médicosociales sélectionnées ² correspondant à des foyers d'hébergement pour adultes handicapés, des foyers d'accueil polyvalent pour adultes handicapés, des établissements expérimentaux pour adultes handicapés, des foyers occupationnels et foyers de vie pour adultes handicapés ou des établissements d'accueil temporaire d'adultes handicapés pour 100 000 habitants de 16 ans et plus	
Part des adultes présentant des troubles du psychisme ¹ dans le total des adultes accueillis dans les structures sélectionnées ² correspondant à des foyers d'hébergement pour adultes handicapés, des foyers d'accueil polyvalent pour adultes handicapés, des établissements expérimentaux pour adultes handicapés, des foyers occupationnels et foyers de vie pour adultes handicapés ou des établissements d'accueil temporaire d'adultes handicapés	
Densité d'adultes accueillis au 31/12/2010 dans les structures médicosociales sélectionnées² correspondant à des Maisons d'accueil spécialisées (Mas) pour 100 000 habitants de 16 ans et plus	
Part des adultes présentant des troubles du psychisme ¹ dans le total des adultes accueillis dans les structures sélectionnées ² correspondant à des Mas	
Densité d'adultes accueillis au 31/12/2010 dans les structures médicosociales sélectionnées² correspondant à des Foyers d'accueil médicalisés pour adultes handicapés (Fam) pour 100 000 habitants de 16 ans et plus	
Part des adultes présentant des troubles du psychisme ¹ dans le total des adultes accueillis dans les structures sélectionnées ² correspondant à des Fam	
Densité d'adultes accueillis au 31/12/2010 dans les structures médicosociales sélectionnées² correspondant à des Services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) et Services d'accompagnement médicosocial pour adultes handicapés (Samsah) pour 100 000 habitants de 16 ans et plus	
Part des adultes présentant des troubles du psychisme ¹ dans le total des adultes accueillis dans les structures sélectionnées ² correspondant à des SAVS et Samsah	
Densité d'adultes accueillis au 31/12/2010 dans l'ensemble des structures médicosociales pour 100 000 habitants de 16 ans et plus	
Densité d'adultes accueillis au 31/12/2010 dans l'ensemble des structures médicosociales correspondant à des centres de préorientation pour adultes handicapés, des Esat ou des CRP pour 100 000 habitants de 16 ans et plus	
Densité d'adultes accueillis au 31/12/2010 dans l'ensemble des structures médicosociales correspondant à des foyers d'hébergement pour adultes handicapés, des foyers d'accueil polyvalent pour adultes handicapés, des établissements expérimentaux pour adultes handicapés, des foyers occupationnels et foyers de vie pour adultes handicapés ou des établissements d'accueil temporaire d'adultes handicapés pour 100 000 habitants de 16 ans et plus	
Densité d'adultes accueillis au 31/12/2010 dans l'ensemble des structures médicosociales correspondant à des Mas pour 100 000 habitants de 16 ans et plus	
Densité d'adultes accueillis au 31/12/2010 dans l'ensemble des structures médicosociales correspondant à des Fam pour 100 000 habitants de 16 ans et plus	
Densité d'adultes accueillis au 31/12/2010 dans l'ensemble des structures médicosociales correspondant à des SAVS et Samsah pour 100 000 habitants de 16 ans et plus	

Suite du tableau page suivante

Tableau 9. Indicateurs relatifs à l'offre sociale et médicosociale (suite)

Prise en charge en établissements médicosociaux (suite)	Source
Densité de personnel d'encadrement sanitaire et social (ETP) des structures sélectionnées ² pour 100 000 habitants de 16 ans et plus	Drees, Enquête ES 2010
Densité de personnel éducatif, pédagogique et social (ETP) des structures sélectionnées ² pour 100 000 habitants de 16 ans et plus	
Densité de psychiatres / pédopsychiatres (ETP) des structures sélectionnées ² pour 100 000 habitants de 16 ans et plus	
Densité de personnel médical non psychiatre (ETP) des structures sélectionnées ² pour 100 000 habitants de 16 ans et plus	
Densité de psychologues (ETP) des structures sélectionnées ² pour 100 000 habitants de 16 ans et plus	
Densité d'infirmiers (ETP) des structures sélectionnées ² pour 100 000 habitants de 16 ans et plus	
Densité de personnel paramédical non psychologue et non infirmier (ETP) des structures sélectionnées ² pour 100 000 habitants de 16 ans et plus	
Densité de psychiatres / pédopsychiatres et de psychologues cumulés (ETP) des structures sélectionnées² pour 100 000 habitants de 16 ans et plus	
Densité tous personnels confondus (ETP) des structures sélectionnées ² pour 100 000 habitants de 16 ans et plus	
Densité de places installées au 31/12/2010 (médiane de la tranche) des unités rattachées à des centres de préorientation pour adultes handicapés, des Esat ou des CRP pour 100 000 habitants de 16 ans et plus	
Densité de places installées au 31/12/2010 (médiane de la tranche) des unités rattachées à des foyers d'hébergement pour adultes handicapés, des foyers d'accueil polyvalent pour adultes handicapés, des établissements expérimentaux pour adultes handicapés, des foyers occupationnels et foyers de vie pour adultes handicapés ou des établissements d'accueil temporaire d'adultes handicapés pour 100 000 habitants de 16 ans et plus	
Densité de places installées au 31/12/2010 (médiane de la tranche) des unités rattachées à des Mas pour 100 000 habitants de 16 ans et plus	
Densité de places installées au 31/12/2010 (médiane de la tranche) des unités rattachées à des Fam pour 100 000 habitants de 16 ans et plus	
Densité de places installées au 31/12/2010 (médiane de la tranche) des unités rattachées à des SAVS et Samsah pour 100 000 habitants de 16 ans et plus	
Nombre de premières entrées au cours de l'année 2010 pour 100 présents au 31/12/2010 dans les unités	
Nombre de sorties définitives au cours de l'année 2010 pour 100 présents au 31/12/2010 dans les unités	
Nombre cumulé de premières entrées et de sorties définitives au cours de l'année 2010 pour 100 présents au 31/12/2010 dans les unités	

En gras sont indiqués les indicateurs actifs dans la typologie de l'offre et de l'organisation des soins en psychiatrie générale au niveau des territoires de santé présentée dans la partie 4.

¹ Les adultes présentant des troubles du psychisme sont identifiés parce qu'ils comportent la modalité « troubles du psychisme » et pas la modalité « retard mental » en déficience principale ou associée, ni la modalité « autisme et autres troubles » en pathologie.

² Les structures médicosociales sélectionnées sont celles accueillant au moins un adulte présentant des troubles du psychisme.¹

**Les disparités territoriales d'offre et d'organisation des soins en psychiatrie en France...
Annexe 6. Liste des indicateurs construits pour apprécier l'offre et l'organisation des soins...**

Irdes décembre 2014

Tableau 10. Indicateurs relatifs à la caractérisation socioéconomique des territoires

Contexte démographique	Source
Population de 0 à 15 ans	Insee, Recensement de la population 2009
Population de 16 ans et plus	
Population totale	
Contexte géographique	Source
Part de la population du territoire de santé (ou département) résidant dans une commune des grands pôles urbains	Insee, Zonage en aires urbaines 2010
Part de la population du territoire de santé (ou département) résidant dans une commune urbaine de la couronne des grands pôles ou dans une commune urbaine multipolarisée des grandes aires urbaines	Insee, Zonage en aires urbaines et Unités urbaines 2010
Part de la population du territoire de santé (ou département) résidant dans une commune rurale de la couronne des grands pôles ou dans une commune rurale multipolarisée des grandes aires urbaines	
Part de la population du territoire de santé (ou département) résidant dans une commune des moyens ou petits pôles	Insee, Zonage en aires urbaines 2010
Part de la population du territoire de santé (ou département) résidant dans une commune de la couronne des moyens ou petits pôles ou dans une autre commune multipolarisée	
Part de la population du territoire de santé (ou département) résidant dans une commune isolée hors influence des pôles	
Contexte économique	Source
Moyenne du territoire de santé (ou département) de la médiane des revenus fiscaux des ménages par Unité de Consommation par commune	Insee-Direction générale des Finances publiques (DGFiP), Revenus fiscaux localisés des ménages 2010

Annexe 7. Calcul d'indicateurs particuliers

Encadré 1 : Indicateur de diversité des prises en charge en psychiatrie (hors établissements privés lucratifs)

$$(A + B + C) / D$$

Où :

A : Le nombre de patients IPP pris en charge à temps complet (temps plein et autres alternatives temps complet) dans les établissements publics (généralistes et spécialisés) et Espic (tout cumulé)

B : Le nombre de patients IPP pris en charge à temps partiel (jour et nuit) dans les mêmes établissements

C : Le nombre de patients IPP pris en charge en ambulatoire dans les mêmes établissements

D : Le nombre total de patients IPP (file active) dans ces mêmes établissements

Encadré 2 : Élaboration d'un score de prise en charge somatique

$$A \times B / C \times D \times B$$

Où :

A : La somme des différentes prises en charge somatiques (organisation de dépistages, de vaccinations, de bilans) réalisées par les établissements de santé du territoire de santé (ou département)

B : La somme des files actives totales des établissements de santé du territoire de santé (ou département)

C : Le nombre maximum de prises en charge somatiques différentes pouvant être réalisées par un établissement de santé

D : Le nombre d'établissements de santé du territoire de santé (ou département)

Avec :

au numérateur, les prises en charge somatiques réellement proposées dans les établissements de santé du territoire de santé (ou département) relativement au volume de patients qui y sont suivis et,

au dénominateur, les prises en charge somatiques maximum possibles en fonction du nombre d'établissements de santé du territoire de santé (ou département) relativement au volume de patients qui y sont suivis

Liste des sigles

ACP :	Analyse en composantes principales
APL :	Accessibilité potentielle localisée
ARH :	Agence régionale de l'hospitalisation
ARS :	Agence régionale de santé
ATIH :	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
CAH :	Classification ascendante hiérarchique
CATTP :	Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
CCAS :	Centre communal d'action sociale
CCOMS :	Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé pour la recherche et la formation en santé mentale
CLSM :	Conseils locaux de santé mentale
CMP :	Centres médico-psychologiques
CnamTS :	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CNSA :	Caisse nationale pour la solidarité et l'autonomie
CRP :	Centres de rééducation professionnelle
DGFIP :	Direction générale des finances publiques
Drees :	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
ES :	Enquête Etablissements sociaux
Esat :	Établissements et services d'aide par le travail
Espic :	Établissement de santé privé d'intérêt collectif
ETP :	Équivalent temps plein
Fam :	Foyers d'accueil médicalisés pour adultes handicapés
Finess :	Fichier national des établissements sanitaires et sociaux
Gem :	Groupes d'entraide mutuelle
HDT :	Hospitalisation à la demande d'un tiers
HPST :	Hôpital, patients, santé et territoires
HO :	Hospitalisation d'office
Mas :	Maisons d'accueil spécialisées
MCO :	Médecine, chirurgie, obstétrique
OMS :	Organisation mondiale de la santé
Pass :	Permanence d'accès aux soins de santé

Les disparités territoriales d'offre et d'organisation des soins en psychiatrie en France...

Liste des sigles

Irdes décembre 2014

PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information

Rapsy : Rapports d'activité de psychiatrie

Rim-P : Recueil d'information médicalisée en psychiatrie

SAE : Statistique annuelle des établissements de santé

Samsah : Services d'accompagnement médicosocial pour adultes handicapés

SAVS : Services d'accompagnement à la vie sociale

SMPR : Service médico-psychologique régional

Sniiram : Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie

UMD : Unité pour malades difficiles

Table des illustrations

Graphiques

Graphique 1.	Densité de lits d'hospitalisation en psychiatrie pour 100 000 habitants en 2011 dans les pays de l'OCDE.....	6
Graphique 2.	Densité de psychiatres pour 100 000 habitants en 2011 dans les pays de l'OCDE.....	7
Graphique 3.	Représentation des axes 1 et 2 de l'ACP.....	70
Graphique 4.	Représentation des axes 3 et 4 de l'ACP.....	70

Tableaux

Tableau 1.	Lits et places de prises en charge à temps complet alternatives au temps plein en France métropolitaine en 2011.....	28
Tableau 2.	Variables actives.....	67
Tableau 3.	Indicateurs relatifs aux caractéristiques générales des établissements de santé.....	122
Tableau 4.	Indicateurs relatifs aux capacités d'accueil des établissements de santé.....	122
Tableau 5.	Indicateurs relatifs à l'activité des établissements de santé.....	124
Tableau 6.	Indicateurs relatifs au personnel des établissements de santé.....	125
Tableau 7.	Indicateurs relatifs à l'organisation des soins et les pratiques professionnelles au sein des établissements de santé.....	127
Tableau 8.	Indicateurs relatifs à l'offre de soins libérale.....	131
Tableau 9.	Indicateurs relatifs à l'offre sociale et médicosociale.....	132
Tableau 10.	Indicateurs relatifs à la caractérisation socioéconomique des territoires.....	134

Cartes

Carte 1.	106 territoires de santé ou départements en France métropolitaine.....	12
Carte 2	File active en psychiatrie générale en établissement de santé en 2011.....	22
Carte 3	Capacités de prises en charge en hospitalisation à temps plein en psychiatrie générale en 2011.....	24
	a) Densité de lits d'hospitalisation à temps plein en psychiatrie pour 100 000 habitants de 16 ans et plus.....	24
	b) ... en établissements publics généraux.....	25
	c) ... en établissements publics spécialisés.....	25
	d) ... en établissements privés à but lucratif.....	25
	e) ... en établissements de santé privés d'intérêt collectif (Espic).....	25

Carte 4	Capacités de prises en charge à temps complet – alternatives au temps plein	26
	a) Part des prises en charge à temps complet alternatives au temps plein dans le total des prises en charge à temps complet	26
	b) Densité de lits et places de prise en charge à temps complet alternatives au temps plein pour 100 000 habitants de 16 ans et plus	27
Carte 5	Capacités de prises en charge à temps partiel	30
	a) Densité de places d'hospitalisation à temps partiel en psychiatrie pour 100 000 habitants de 16 ans et plus	30
	b) ... en établissements publics généraux	31
	c) ... en établissements publics spécialisés	31
	d) ... en établissements de santé privés à but lucratif	31
	e) ... en établissements de santé privés d'intérêt collectif (Espic)	31
	f) Densité de structures d'accueil en centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) et ateliers thérapeutiques pour 100 000 habitants de 16 ans et plus	32
Carte 6	Capacités de prises en charge en ambulatoire	34
	a) Densité de centres médico-psychologiques (CMP) pour 100 000 habitants de 16 ans et plus	34
	b) Part des centres médico-psychologiques (CMP) ouverts 5 jours et plus par semaine	35
Carte 7	Personnels salariés médicaux des établissements de santé	38
	a) Densité de salariés médicaux (en ETP) pour 100 000 habitants de 16 ans et plus	38
	b) Part des salariés médicaux non psychiatres parmi les salariés médicaux	39
Carte 8	Personnels salariés non médicaux des établissements de santé	40
	a) Densité de salariés non médicaux (en ETP) pour 100 000 habitants de 16 ans et plus	40
	b) Densité d'infirmiers et de cadres en ETP pour 100 000 habitants de 16 ans et plus	41
	c) Densité d'aides-soignants en ETP pour 100 000 habitants de 16 ans et plus	41
	d) Densité de psychologues en ETP pour 100 000 habitants de 16 ans et plus	41
	e) Densité de personnels de rééducation, éducatifs et sociaux en ETP pour 100 000 habitants de 16 ans et plus	41
Carte 9	Personnels salariés des établissements de santé exerçant en unité d'hospitalisation temps plein	42
	Part des salariés (en ETP) exerçant en unité temps plein en établissement public et en Espic	42
Carte 10	Offre libérale en médecine générale	44
	Densité de médecins généralistes pour 100 000 habitants de 16 ans et plus	44
Carte 11	Accessibilité potentielle localisée (APL) à l'offre libérale en médecine générale	45
	Nombre d'ETP de médecins généralistes libéraux pour 100 000 habitants	45
Carte 12	Offre libérale en psychiatrie	48
	a) Densité de psychiatres libéraux pour 100 000 habitants de 16 ans et plus	48
	b) Densité de psychiatres libéraux conventionnés secteur 1 pour 100 psychiatres libéraux	49
Carte 13	Accessibilité potentielle localisée (APL) à l'offre libérale en psychiatrie	50
	Nombre d'ETP de médecins psychiatres libéraux pour 100 000 habitants	50
Carte 14	Prise en charge de la maladie mentale au sein de structures médicosociales	52
	a) Densité d'adultes présentant des troubles du psychisme dans les structures sélectionnées pour 100 000 habitants de 16 ans et plus	52
	b) Part des adultes présentant des troubles du psychisme parmi les adultes accueillis dans les structures sélectionnées	53

	c) ... dans les centres de pré-orientation pour adultes handicapés, les établissements et services d'aide par le travail (Esat) et centres de rééducation professionnelle (CRP)	54
	d) ... dans les foyers [d'hébergement / d'accueil polyvalent / occupationnels / de vie] et les établissements [expérimentaux / d'accueil temporaire] pour adultes handicapés.....	54
	e) ... dans les maisons d'accueil spécialisées (Mas).....	54
	f) ... dans les foyers d'accueil médicalisé (Fam)	54
	g) ... dans les services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) et les services d'accompagnement médicosocial pour adultes handicapés (Samsah)	55
Carte 15	Personnel des structures médicosociales	57
	a) Densité tous personnels confondus (ETP) des structures sélectionnées pour 100 000 habitants de 16 ans et plus	57
	b) Densité de psychiatres/pédopsychiatres et psychologues cumulés des structures médicosociales sélectionnées pour 100 000 habitants de 16 ans et plus	58
	c) Densité de personnel médical non psychiatre des structures médicosociales sélectionnées pour 100 000 habitants de 16 ans et plus.....	58
	d) Densité d'infirmiers des structures médicosociales sélectionnées pour 100 000 habitants de 16 ans et plus	58
	e) Densité de personnel paramédical non psychologue et non infirmier des structures médicosociales sélectionnées pour 100 000 habitants de 16 ans et plus	58
	f) Densité de personnel d'encadrement sanitaire et social des structures médicosociales sélectionnées pour 100 000 habitants de 16 ans et plus	59
	g) Densité de personnel éducatif, pédagogique et social des structures médicosociales sélectionnées pour 100 000 habitants de 16 ans et plus.....	59
Carte 16	Initiatives communautaires dans la prise en charge de la maladie mentale : les conseils locaux de santé mentale (CLSM).....	62
	a) Nombre de conseils locaux de santé mentale opérationnels	62
	b) Densité de conseils locaux de santé mentale opérationnels pour 100 000 habitants de 16 ans et plus	63
Carte 17	Initiatives communautaires dans la prise en charge de la maladie mentale : les Groupes d'entraide mutuelle (Gem).....	64
	a) Nombre de groupes d'entraide mutuelle.....	64
	b) Densité de groupes d'entraide mutuelle pour 100 000 habitants de 16 ans et plus.....	65
Carte 18	Typologie des territoires de santé : classe 1.....	71
Carte 19	Typologie des territoires de santé : classe 2	73
Carte 20	Typologie des territoires de santé : classe 3	75
Carte 21	Typologie des territoires de santé : classe 4	76
Carte 22	Typologie des territoires de santé : classe 5	78

Achevé d'imprimer le 5 janvier 2015
TCH Réalisation
24-26, rue Gallieni
92100 Boulogne-Billancourt
Dépôt légal : janvier 2015

Les dernières publications de l'Irdes



- **Les migrations internationales de médecins : impacts et implications politiques**
Moullan Y. En collaboration avec Bourgueil Y.
Questions d'économie de la santé n° 203. Novembre 2014.



- **L'hospitalisation au long cours en psychiatrie : analyse et déterminants de la variabilité territoriale**
Coldefy M., Nestrigue C.
Questions d'économie de la santé n° 202. Octobre 2014.
- **Formes du regroupement pluriprofessionnel en soins de premiers recours. Une typologie des maisons, pôles et centres de santé participant aux Expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR)**
Afrite A., Mousquès J. / Document de travail n° 62. Octobre 2014.



- **Les déterminants du don de sang en France. Une analyse sur données de l'enquête ESPS 2012**
Errea M., Rochereau T., Sirven N.
Document de travail n° 61. Juin 2014.
- **Dynamiques et formes du travail pluriprofessionnel dans les maisons et pôles de santé.** Recherche qualitative dans le cadre des Expérimentations des nouveaux modes de rémunération en maisons et pôles de santé (ENMR)
Fournier C., Frattini M.-O., Naiditch M. Avec la contribution de Durand G.
Rapports Irdes n° 557, septembre 2014.
- **Enquête sur la santé et la protection sociale 2012**
Célant N., Guillaume S., Rochereau T.
Rapports Irdes n° 556, juin 2014.

Abonnements-Diffusion : Irdes 10, rue Vauvenargues 75018 - Paris
www.irdes.fr – Tél. : 01 53 93 43 06/17 – Fax : 01 53 93 43 07
Contact : publications@irdes.fr

La Documentation

Responsable : Marie-Odile Safon
Documentalistes : Suzanne Chriqui, Véronique Suhard
Assistant de documentation : Damien Le Torrec

Un fonds documentaire spécialisé en économie de la santé, organisation des systèmes de santé, politiques de santé, professionnels de santé, hôpital, etc. composé de 16 000 ouvrages, 200 périodiques, 1 600 *Working papers* de centres de recherche étrangers (National Bureau of Economic Research, Center for Health Economics de York...), et de dossiers thématiques permettant de revisiter l'actualité de la santé depuis les années 1980.

Des produits documentaires à consulter sur le site internet www.irdes.fr (voir ci-dessous).

Consultation du fonds documentaire sur rendez-vous au 01 53 93 43 56/01.

Contact : documentation@irdes.fr

À découvrir sur le site de l'Irdes <http://www.irdes.fr>

Contact : contact@irdes.fr

- Toutes les **publications** de l'Irdes sont mises en ligne dès leur parution.
- La **Lettre d'information** mensuelle de l'Irdes, qui présente les dernières actualités en économie de la santé (publications, séminaires et colloques, 3 questions à un chercheur, graphique du mois...), est envoyée par courriel sur simple inscription : <http://www.irdes.fr/LettreInfo/Inscription.html>
- Les bases de données **Eco-Santé**, outils d'analyse rétrospective des statistiques de santé, sont conçues pour créer des tableaux, des graphiques ou réaliser des cartes à partir de données officielles récentes.
- Des **produits documentaires** élaborés par la Documentation : des synthèses et veilles thématiques, le glossaire spécialisé français/anglais...

Les disparités territoriales d'offre et d'organisation des soins en psychiatrie en France : d'une vision segmentée à une approche systémique

Priorités de santé publique en France, la psychiatrie et la santé mentale relèvent des grandes orientations de la stratégie nationale de santé à travers, notamment, le plan Psychiatrie et santé mentale 2011-2015. Elles représentent le deuxième poste de dépenses de santé (Cnamts, 2013). En raison de leur faible létalité, la charge des troubles psychiques a été longtemps sous-estimée, or, ils sont responsables d'un peu plus de 1 % des décès et de près de 11 % de la charge globale de morbidité (exprimée en années de vie perdues en bonne santé) en 2012. De plus, même si la situation de la France est favorable en termes de capacités d'hospitalisation et de densité de psychiatres comparativement aux autres pays de l'OCDE, elle est marquée par de fortes disparités territoriales.

Cette étude propose, d'une part, une photographie actualisée des disparités d'offre et d'organisation des soins en psychiatrie à partir de nombreuses sources d'information, surtout dans le secteur sanitaire mais également dans le secteur médicosocial, et, d'autre part, une approche de ces disparités d'abord segmentée, puis systémique. À partir d'une typologie des territoires de santé, il s'agissait d'aller au-delà des clivages entre territoires quantitativement bien et sous dotés afin de qualifier plus finement les disparités d'offre et d'organisation des soins en psychiatrie. Ces disparités traduisent aussi des besoins différents des populations entre territoires urbains et ruraux, notamment, et reflètent également une histoire du développement inégal de la psychiatrie sur ces espaces en termes de sectorisation et d'implantation du secteur privé ou médicosocial. Elles questionnent enfin l'équité d'accès à des soins de qualité et diversifiés des populations concernées.

Mots-clés : Psychiatrie, Santé mentale, Géographie de la santé, Hôpital, Recours aux soins.