

LES RAPPORTS DE L'ARS BRETAGNE

Soins hospitaliers en addictologie : offre et recours

Sommaire

| | |
|--|-----------|
| I. Contexte et Méthodologie..... | 4 |
| I. 1. Contexte..... | 4 |
| I. 2. Sources..... | 5 |
| I. 3. Méthodologie..... | 5 |
| | |
| II. Offre en addictologie | 7 |
| II. 1. Filière de soins et d'accompagnement en addictologie..... | 7 |
| II. 2. Analyse Territoriale..... | 10 |
| II. 3. Synthèse et préconisations..... | 22 |
| | |
| III. Intoxications aiguës | 24 |
| III. 1. Recours aux soins de la population bretonne..... | 26 |
| III. 2. Prise en charge dans les établissements de santé bretons..... | 32 |
| III. 2.1. Activité dans les établissements sanitaires bretons..... | 32 |
| III. 2.2. Activité dans les établissements MCO bretons..... | 33 |
| III. 2.3. Activité dans les établissements psychiatriques bretons..... | 37 |
| III. 2.4. Activité dans les établissements SSR bretons..... | 41 |
| III. 3. Taux de fuites et d'attractivité..... | 41 |
| III. 4. Analyse territoriale..... | 42 |
| III. 5. Synthèse et préconisations..... | 50 |
| | |
| IV. Mésusages..... | 54 |
| IV. 1. Recours aux soins de la population bretonne..... | 54 |
| IV. 2. Prise en charge dans les établissements de santé bretons..... | 61 |
| IV. 2.1. Activité dans les établissements sanitaires bretons..... | 61 |
| IV. 2.2. Activité dans les établissements MCO bretons..... | 62 |
| IV. 2.3. Activité dans les établissements psychiatriques bretons..... | 65 |
| IV. 2.4. Activité dans les établissements SSR bretons..... | 68 |
| IV. 3. Taux de fuites et d'attractivité..... | 69 |
| IV. 4. Analyse territoriale..... | 70 |
| IV. 5. Synthèse et préconisations..... | 79 |
| | |
| V. Annexes..... | 82 |
| V. 1. Sélection des séjours avec intoxication aiguë..... | 82 |
| V. 2. Sélection des séjours relatifs aux mésusages..... | 82 |

Glossaire

| | |
|----------|---|
| ATIH | Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation |
| ARS | Agence Régionale de Santé |
| CAARUD | Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques chez les usagers de drogues |
| CIM-10 | Classification Internationale des Maladies |
| CH / CHU | Centre Hospitalier / Centre Hospitalier Universitaire |
| CSAPA | Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie |
| DREES | Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques |
| DIM | Département d'Information Médicale |
| DMP | Durée Moyenne de Présence |
| DMS | Durée Moyenne de Séjour |
| ELSA | Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie |
| FINESS | Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux |
| IPM | Ivresse Publiques Manifeste |
| MCO | Médecine, Chirurgie, Obstétrique |
| PMSI | Programmes de Médicalisation des Systèmes d'Information |
| PRS | Programme Régional de Santé |
| RIM-P | Recueil de l'Information Médicale en Psychiatrie |
| SSR | Soins de Suite et de Réadaptation |
| TS | Territoire de Santé |
| UHCD | Unité d'Hospitalisation de Courte Durée |
| UM | Unité Médicale |

I. Contexte et Méthodologie

I. 1. Contexte

Les addictions constituent depuis plusieurs années une priorité de santé publique clairement affichée par le gouvernement, avec l'adoption de différents plans pluriannuels depuis juin 1999, jusqu'au «Plan gouvernemental de lutte contre la drogue et les conduites addictives 2013-2017 », paru en septembre 2013.

Les indicateurs nous permettant d'avoir une connaissance des addictions en Bretagne, mettent en évidence certaines caractéristiques de la région dans ce domaine :

- Globalement la quantité totale d'alcool consommée par les bretons a rejoint la quantité moyenne observée en France (en diminution régulière depuis les années 60) ;
- Les bretons ont des comportements addictifs plus marqués : pour 4 des 5 indicateurs retenus concernant les niveaux et les modes d'usages chez les jeunes de 17 ans, la région Bretagne se situe au-dessus de la moyenne nationale : usage régulier d'alcool (17 % versus 12,3 %), alcoolisations ponctuelles importantes (37 % versus 21,8 %), et tabagisme quotidien (37 % versus 32,4 %) ; l'usage régulier du cannabis reste proche de la valeur nationale (11 % versus 9,2 %).

Pour tous ces comportements, on retrouve des pratiques plus marquées chez les garçons, à l'exception du tabagisme pour lequel le niveau de consommation féminin a rejoint le niveau masculin

Chez les adultes bretons, les mêmes tendances sont observées : pratique beaucoup plus fréquente de l'ivresse, consommations à risques plus fréquentes en particulier chez les hommes.

Ces niveaux de consommations trouvent leur traduction dans l'importance des conséquences tant sanitaires que sociales ou légales. On observe notamment une surmortalité prématurée en Bretagne pour l'alcool : En 2013, 1 400 bretons sont décédés de causes directement liées à l'alcool. Ce chiffre ne représentant qu'une partie des décès réellement liés à l'alcool, seuls les 3 causes de décès étant retenues pour cet indicateur : les cirrhoses du foie, les psychoses alcooliques et l'alcoolisme, les cancers des voies aéro-digestives supérieures ; or de très nombreuses autres pathologies sont identifiées comme comportant une fraction imputable à l'alcool, ainsi qu'une part importante de décès par morts violentes (accidents de la route, homicides..)

Compte tenu de l'importance de ces comportements, de leur impact sur la santé des bretons et la mobilisation des dispositifs sanitaires et médico-sociaux, l'Agence Régionale de Santé (ARS) de Bretagne a décidé de retenir les addictions comme une priorité transversale du Programme Régional de Santé (PRS). Le PRS prévoit notamment de poursuivre la construction des filières de soins en addictologie.

Les patients présentant des comportements addictifs sollicitent de façon importante les dispositifs sanitaires. Ces comportements génèrent de nombreuses hospitalisations relatives au traitement des conséquences liées à la consommation des produits et aux conduites addictives elles-mêmes.

L'existence d'une conduite addictive complexifie la prise en charge de toutes les autres pathologies.

C'est pourquoi l'ARS souhaite avoir une meilleure connaissance de l'offre et de l'activité des établissements de santé concernant la prise en charge des patients présentant des conduites addictives.

Les objectifs de cette étude sont de :

- décrire l'offre spécialisée en addictologie (hospitalière et médico-sociale) ;
- mesurer l'importance des soins hospitaliers dans la prise en charge des addictions en ce qui concerne les intoxications aiguës et les mésusages ;
- analyser les disparités infrarégionales en termes de consommation, productions de soins hospitaliers et d'offre de soins.

Mésusage :

On considère cinq catégories d'usage de l'alcool :

- le non usage ;
- l'usage simple ;
- le mésusage, qui comporte 3 catégories : usage à risques, usage nocif, usage avec dépendance.

L'usage nocif et l'usage avec dépendance se traduisent par des conséquences visibles sur le plan social, psychologique ou médical.

I. 2. Sources

Le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) mis à disposition par l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH) :

- en Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO) ;
- Soins de Suite et Réadaptation (SSR) ;
- Recueil de l'Information Médicale en Psychiatrie (RIM-P).

L'étude porte sur les données 2013. Les évolutions sont faites sur les données 2011 - 2013.

Les enquêtes ARS Bretagne :

- Enquête sur les établissements psychiatriques (les secteurs et les sites d'implantation) réalisée en février 2014 ;
- Enquête annuelle PRS réalisée en octobre 2014 relative aux établissements MCO ;
- Enquête produite en octobre 2014 pour le renouvellement des autorisations des établissements SSR.

Le descriptif et l'analyse de l'offre s'appuient sur des enquêtes déclaratives qui peuvent être incomplètes.

Le Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux (FINESS) mis à disposition par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) pour les données médico-sociales.

I. 3. Méthodologie

Le choix de la méthodologie et notamment le choix des codes utilisés pour l'étude a été validé par un groupe de travail associant des représentants de l'ARS, des médecins DIM, des addictologues.

Composition du groupe de travail :

Représentants de l'ARS Bretagne :

- Dr TUAL
- Mme RIEU
- Mme ALLIOU
- M. REMEUR
- Dr DUGAS
- Dr LECOQ

Médecins addictologues :

- Dr BODENEZ (CHU Brest)
- Dr LECLAINCHE (Polyclinique St-Laurent)
- Dr PERRIN (CH Vitré)

- Dr KERJEAN (CHBS Lorient)
- Dr REBILLARD (CH St-Brieuc)

Médecins DIM :

- Dr FRESNEL (CHU Rennes)
- Dr JUCHAULT (CH Dinan)

Dans un premier temps, l'étude analyse l'offre bretonne en addictologie. L'offre décrite s'appuie sur plusieurs enquêtes déclaratives régionales.

Dans un second et troisième temps, l'étude analyse la consommation et la prise en charge des séjours hospitaliers MCO, psychiatriques et SSR concernant les intoxications aiguës et les mésusages.

Pour chaque prise en charge, les analyses sont réalisées sur trois axes :

- **Le recours à l'hospitalisation** caractérise la consommation de soins hospitaliers de la population. Cet axe étudie les patients bretons qui ont réalisé des séjours hospitaliers MCO, SSR et psychiatriques dans un établissement français ;
- **La prise en charge des patients** caractérise les méthodes de prise en charge des établissements bretons. Cet axe étudie l'ensemble des séjours hospitaliers MCO, SSR et psychiatriques réalisés par des établissements bretons que le patient soit breton ou non ;
- **Les flux infra-régionaux** analysent les fuites des patients bretons vers un établissement qui n'est pas localisé sur leur territoire et, a contrario, l'attractivité des établissements bretons pour les patients non localisés sur son territoire.

L'analyse des intoxications aiguës porte sur des séjours extraits des bases PMSI MCO, SSR ou RIM-P. La sélection des séjours est réalisée par la présence d'au moins un code diagnostique relatif à l'intoxication aiguë en diagnostic principal ou en diagnostic associé (liste des codes CIM-10 en annexe V.1).

L'analyse des mésusages porte sur des séjours extraits des bases PMSI MCO, SSR ou RIM-P. La sélection des séjours est réalisée par la présence d'au moins un code diagnostique relatif au mésusage en diagnostic principal (liste des codes CIM-10 en annexe V.2). A cette première sélection s'ajoute les séjours présentant un sevrage en diagnostic principal ou en diagnostic associé.

Ce document ne concerne que les produits fréquemment rencontrés dans les centres hospitaliers, soit l'alcoolisme et les toxicomanies aux produits illicites et aux médicaments. Le tabagisme et l'addiction aux jeux sont exclus de l'étude.

De même sont exclus :

- les prises en charge effectuées par simple passage aux services d'urgence sans hospitalisation ;
- les consultations hospitalières MCO ou SSR ;
- les prises en charge ambulatoires psychiatriques ;
- les centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie ;
- la médecine de ville.

II. Offre en addictologie

II. 1. Filière de soins et d'accompagnement en addictologie

➔ Vers une prise en charge globale et graduée au sein d'une filière de soins en addictologie

D'après le plan gouvernemental 2007-2011 de prise en charge et de prévention des addictions et les circulaires n°DGS/6B/DHOS/O2/2007/203 du 16 mai 2007 et n°DHOS/O2/2008/299 du 26 septembre 2008, la filière hospitalière de soins addictologiques a pour objectif de permettre à chaque personne ayant une conduite addictive d'accéder à une prise en charge globale graduée, de proximité et, si nécessaire, d'avoir recours à un plateau technique spécialisé.

Sur son territoire d'implantation, une filière doit proposer des dispositifs de prise en charge couvrant l'intégralité des parcours possibles, selon la sévérité de l'addiction et les éventuelles comorbidités associées somatiques, psychologiques ou psychiatriques. Une filière doit comporter plusieurs maillons qui sont :

- les consultations ;
- les hôpitaux de jour ;
- l'hospitalisation complète de court séjour (programmée ou non programmée) ;
- l'Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA) ;
- les Services de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR).

De plus, une filière doit permettre l'accompagnement et l'orientation du patient à la sortie de l'hospitalisation, permettant de réduire le risque de réadmission dans ces services.

➔ Une organisation hospitalière en 3 niveaux

Le plan gouvernemental 2007-2011 de prise en charge et de prévention des addictions et les circulaires n°DGS/6B/DHOS/O2/2007/203 du 16 mai 2007 et n°DHOS/O2/2008/299 du 26 septembre 2008 ont défini l'organisation et la structuration territoriale des filières de soins addictologiques hospitalières en 3 niveaux :

- Les structures de niveau 1, de proximité, dont les missions comportent :
 - des consultations spécialisées ;
 - une équipe de liaison et soins en addictologie (ELSA) ;
 - la réalisation de sevrages résidentiels simples.
- Les structures de niveau 2, qui sont des structures de recours d'un territoire :
 - Les structures de court séjour : outre les missions de niveau 1, elles offrent de la possibilité de réaliser des soins résidentiels complexes en hospitalisation complète ou en hospitalisation de jour. Ces moyens sont regroupés au sein d'une unité fonctionnelle ou d'un service, ou d'une structure interne, ou d'un pôle.

Ces activités peuvent être assurées par des établissements de santé ayant une activité de psychiatrie, qui ont développé une structure addictologie spécifique.

- Les SSR sont également des structures de niveau 2 : ils permettent de poursuivre les soins résidentiels au-delà des soins aigus pour les patients qui le nécessitent.

- Les structures de niveau 3, de recours régional :

Implantées dans les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) elles assurent, en plus des missions de structures précédentes, des missions de coordination régionale, d'enseignement, de formation et de recherche.

Focus sur les Equipes de Liaison et Soins en Addictologie (ELSA)

L'ELSA est une équipe pluridisciplinaire adossée à une structure addictologique de niveau 1, 2 ou 3. Elle intervient dans l'ensemble des services de l'établissement de santé, qu'ils aient ou non une activité identifiée d'addictologie, notamment dans les structures de médecine d'urgence pour :

- aider au repérage précoce des problèmes addictifs (alcool, tabac, substances illicites, médicaments, addictions sans produits) ;
- contribuer à l'évaluation de l'addiction, à l'élaboration du projet de soins et à la mise en place d'une prise en charge médico-psychosociale au cours de l'hospitalisation ;
- aider les équipes soignantes lors de la réalisation des sevrages, de la mise en place des traitements de substitution pour les opiacés ou des substituts nicotiniques ;
- préparer la sortie de l'hospitalisation et orienter la personne vers le dispositif spécialisé hospitalier, le médico-social, la médecine de ville, avec l'aide du réseau de santé s'il existe sur le territoire ;
- de sensibiliser les équipes de soins à l'addictologie et les former.

L'équipe de liaison collabore avec les autres structures addictologiques hospitalières : le dispositif ambulatoire spécialisé en addictologie, la médecine de ville et les réseaux de santé en addictologie, pour assurer la continuité du suivi addictologique.

➔ Une complémentarité assurée par le dispositif médico-social, les professionnels de santé de premier recours et les réseaux de santé

Les partenaires de la filière hospitalière sont multiples. Ils doivent être complémentaires et s'articuler de façon à orienter les patients vers la structure la plus adaptée à leurs besoins, quelle qu'en soit la porte d'entrée. C'est bien la fluidité du parcours de soins au sein de l'ensemble du dispositif qu'il faut assurer. Le lieu optimal de traitement pour l'utilisateur sera le cadre le moins contraignant et qui assure en même temps les meilleures conditions de sécurité et d'efficacité, compte tenu de son état.

La circulaire DGS/DHOS du 16 mai 2007 relative à l'organisation du dispositif de prise en charge en addictologie précisait la spécificité du **secteur médico-social** (Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie -CSAPA- et Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques chez les Usagers de Drogues -CAARUD).

- Le CSAPA est une structure médico-sociale disposant d'une équipe pluridisciplinaire qui a pour mission d'assurer les actions de prévention et de soins aux personnes atteintes d'addiction.

Focus sur les CSAPA

Les CSAPA ont pour missions obligatoires :

- l'accueil ;
- l'information ;
- l'évaluation médicale, psychologique, sociale ;
- l'orientation ;
- la prise en charge médicale, psychologique, sociale et éducative ;
- la réduction des risques ;
- la prévention.

Et pour missions facultatives :

- des consultations de proximité ;
- des consultations jeunes consommateurs (CJC) ;
- la formation et la recherche ;
- la prise en compte des addictions sans substances ;
- l'accompagnement des détenus et des sortants de prison.

Les CSAPA peuvent être généralistes ou spécialisés (alcool, drogue, tabac ...).
Certains CSAPA peuvent proposer un hébergement.

- Le CAARUD est un établissement médico-social destiné à accueillir des usagers de drogues. L'objectif de ce dispositif est de prévenir ou de réduire les effets négatifs liés à la consommation de stupéfiants et d'améliorer la situation sanitaire et sociale de consommateurs qui ne sont pas encore engagés dans une démarche de soins.

Le secteur médico-social assure une offre de proximité pour permettre un accès simple et proche du patient, la précocité et la continuité des interventions, la diversité des prises en charge et de l'accompagnement psychosocial, et l'aide à l'insertion.

Les professionnels de premier recours ont un rôle pivot dans le repérage, l'évaluation et l'accompagnement des personnes présentant des conduites addictives.

Les liens entre l'offre spécialisée en addictologie et les professionnels de premier recours, en particulier le médecin traitant, doivent être renforcés. Compte tenu de la diversité des structures d'accueil et de prise en charge, le rôle de coordonnateur du médecin traitant est essentiel.

Les pharmacies d'officine contribuent également au repérage, à l'accompagnement et à l'orientation des personnes en difficulté avec leurs consommations.

La circulaire DGS/DHOS du 16 mai 2007 relative à l'organisation du dispositif de prise en charge en addictologie, précise les missions **des réseaux de santé** en addictologie :

- favoriser l'accès aux soins. Il s'appuie en particulier sur des médecins relais libéraux et d'établissements ;
- coordonner les soins et la prévention dans un contexte d'interdisciplinarité des prises en charge.

Ces réseaux contribuent à la filière d'addictologie et sont inscrits dans une dynamique d'organisation territoriale.

II. 2. Analyse Territoriale

II. 2.1. Région Bretagne

➔ Une offre présente sur tous les territoires de santé mais hétérogène

Carte 1. Structures pour la prise en charge des addictions en Bretagne



Sources : FINESS au 20/06/2016 (CSAPA, CAARUD), ARHGOS (SSR addictologie), Enquêtes ARS octobre 2014 (données MCO 2013), février 2014 (données psychiatriques).
Carte réalisée avec Cartes & Données.

Plusieurs constats peuvent être faits :

- Tous les territoires proposent une offre de niveau 2 et une offre médico-sociale spécialisée ;
- Les SSR s'inscrivent à un niveau plus large que celui du territoire de santé ;
- Actuellement, l'offre de niveau 1 n'a pas fait l'objet de reconnaissance en Bretagne.

→ Une offre en santé mentale prédominante

Tableau 1. Offre en lits et places pour la prise en charge des addictions en Bretagne

| | Nombre de lits en hospitalisation complète | | | Nombre de places en hospitalisation partielle | | | Taux d'équipement en lits d'hospitalisation complète pour 10 000 habitants | | | Taux d'équipement en places d'hospitalisation partielle pour 10 000 habitants | | |
|-----------------|--|------------|------------|---|-----------|-----------|--|-------------|-------------|---|-------------|-------------|
| | Total | MCO | PSY | Total | MCO | Psy | Total | MCO | PSY | Total | MCO | PSY |
| TS1 | 58 | 28 | 30 | 21 | 0 | 21 | 1,04 | 0,50 | 0,54 | 0,38 | 0,00 | 0,38 |
| TS2 | 27 | 15 | 12 | 10 | 0 | 10 | 0,88 | 0,49 | 0,39 | 0,32 | 0,00 | 0,32 |
| TS3 | 16 | 16 | 0 | 8 | 8 | 0 | 0,54 | 0,54 | 0,00 | 0,27 | 0,27 | 0,00 |
| TS4 | 82 | 20 | 62 | 16 | 0 | 16 | 2,07 | 0,50 | 1,56 | 0,40 | 0,00 | 0,40 |
| TS5 | 46 | 33 | 13 | 33 | 6 | 27 | 0,51 | 0,37 | 0,14 | 0,37 | 0,07 | 0,30 |
| TS6 | 26 | 12 | 14 | 0 | 0 | 0 | 0,99 | 0,46 | 0,53 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| TS7 | 36 | 6 | 30 | 10 | 0 | 10 | 0,86 | 0,14 | 0,72 | 0,24 | 0,00 | 0,24 |
| TS8 | 18 | 0 | 18 | 8 | 0 | 8 | 1,26 | 0,00 | 1,26 | 0,56 | 0,00 | 0,56 |
| Bretagne | 309 | 130 | 179 | 106 | 14 | 92 | 0,94 | 0,40 | 0,55 | 0,32 | 0,04 | 0,28 |

Sources : Enquêtes ARS octobre 2014 (données MCO 2013), février 2014 (données psychiatriques).

Note : Les taux notés en rouge sont supérieurs aux taux régionaux.

En Bretagne, 415 lits et places sont dédiés à la prise en charge en addictologie : 35 % en MCO et 65 % en psychiatrie.

L'ensemble des territoires, à l'exception des territoires 3 et 8, présente une offre en addictologie dans le champ MCO et psychiatrique.

→ Un quart de l'offre en hospitalisation à temps partiel

D'après les enquêtes, 309 lits d'hospitalisation complète sont dédiés aux addictions :

- 42 % en MCO ;
- 58 % en psychiatrie.

Pour l'hospitalisation partielle, on recense 106 places. Elles représentent un quart de l'offre globale en addictologie, principalement localisées en psychiatrie (13 % en MCO, 87 % en psychiatrie).

A noter que l'offre d'hospitalisation partielle en psychiatrie est plus développée en addictologie (31 %), alors que l'offre en hospitalisation partielle en psychiatrie générale représente 28 % en Bretagne et 26 % en France métropolitaine (Source : STATISS).

Tous les territoires proposent une offre en hospitalisation complète et en hospitalisation partielle, à l'exception du territoire 6 qui ne dispose pas d'alternative à l'hospitalisation complète.

→ Des taux d'équipement qui varient selon les territoires

En Bretagne, le taux d'équipement pour 10 000 habitants est de 1,26 lits et places.

Une hétérogénéité est observée entre les différents territoires de santé. Au global nous pouvons observer 3 groupes :

- Les territoires de santé 1, 4 et 8 présentent des taux d'équipement (MCO + psychiatrie) supérieurs aux taux régionaux ;
- Les territoires de santé 2 et 7 ont des taux d'équipement (MCO + psychiatrie) proches du niveau régional ;
- Les territoires 3, 5 et 6 ont des taux d'équipement inférieurs aux taux régionaux.

→ En Bretagne, 46 % des lits de MCO correspondent à la prise en charge des sevrages complexes

Tableau 2. En MCO, offre en lits de sevrage simple et sevrage complexe en Bretagne

| | Nombre de lits en sevrage complexe MCO | Nombre de places en sevrage simple MCO | Taux d'équipement en sevrage complexe MCO pour 10 000 habitants | Taux d'équipement sevrage simple MCO pour 10 000 habitants |
|-----------------|--|--|---|--|
| TS1 | 0 | 23* | 0,00 | 0,41 |
| TS2 | 15 | 0 | 0,49 | 0,00 |
| TS3 | 8** | 8** | 0,27 | 0,27 |
| TS4 | 20 | 0 | 0,50 | 0,00 |
| TS5 | 9 | 24*** | 0,10 | 0,27 |
| TS6 | 6 | 6 | 0,23 | 0,23 |
| TS7 | 0 | 6 | 0,00 | 0,14 |
| TS8 | 0 | 0 | 0,00 | 0,00 |
| Bretagne | 58 | 67 | 0,18 | 0,20 |

Sources : Enquête ARS octobre 2014 (données MCO 2013)

Note : Les taux notés en rouge sont supérieurs aux taux régionaux.

* Sur le territoire de santé n°1, les 5 lits d'hospitalisation complète dédiés à l'addictologie localisés au HIA ne sont pas identifiés en sevrage simple ou sevrage complexe. Ils sont comptabilisés par défaut en sevrage simple.

** Dans l'enquête, le CHBS ne différencie pas le nombre de lits en sevrage simple et sevrage complexe (16 lits au total). L'option retenue pour l'étude est de répartir les 16 lits en 8 lits de sevrage simple et 8 lits de sevrage complexe.

*** Sur le territoire de santé n°5, les 3 lits d'hospitalisation complète dédiés à l'addictologie localisés au CH de Redon ne sont pas identifiés en sevrage simple ou sevrage complexe. Ils sont comptabilisés par défaut en sevrage simple.

Remarques : L'enquête sur les établissements psychiatriques ne différencie pas les lits de sevrage complexe et les lits de sevrage simple.

D'après l'enquête PRS relative aux établissements MCO, 58 lits d'addictologie sont dédiés au sevrage complexe.

A l'échelle des territoires de santé, 4 groupes se distinguent :

- Le territoire 8 ne déclare aucune offre en addictologie en MCO ;
- Les territoires 1 et 7 proposent uniquement des sevrages simples ;
- A l'inverse les territoires 2 et 4 proposent uniquement des sevrages complexes ;
- Seuls les territoires 3, 5 et 6 disposent des deux modes de prise en charge en MCO.

Sevrage simple et sevrage complexe :

Le sevrage simple est réalisé dans les établissements de niveau 1, 2 et 3. Il se caractérise par une durée d'hospitalisation de 5 à 10 jours.

Le sevrage complexe est réalisé dans les établissements de niveau 2 et 3 dans une unité d'addictologie identifiée. Ces sevrages ont une durée de séjour de 2 à 4 semaines.

En MCO, la prise en charge des sevrages complexes donne lieu à une facturation plus élevée, nécessitant une reconnaissance contractuelle par l'ARS.

➔ En Bretagne, 7 établissements autorisés pour la prise en charge des affections liées aux conduites addictives en SSR

Tableau 3. Offre SSR en addictologie en Bretagne

| | Nombre de lits SSR en hospitalisation complète | Nombre de places SSR en hospitalisation partielle | Taux d'équipement en lits SSR d'hospitalisation complète pour 10 000 habitants | Taux d'équipement en places SSR d'hospitalisation partielle pour 10 000 habitants |
|-----------------|--|---|--|---|
| TS1 | 45 | 0 | 0,81 | |
| TS2 | 15 | 0 | 0,49 | |
| TS3 | 65 | 0 | 2,21 | |
| TS4 | 0 | 0 | | |
| TS5 | 36 | 34 | 0,40 | 0,38 |
| TS6 | 0 | 0 | | |
| TS7 | 40 | 0 | 0,96 | |
| TS8 | 0 | 0 | | |
| Bretagne | 201 | 34 | 0,61 | 0,10 |

Sources : Enquêtes ARS octobre 2014 (données SSR issues des demandes de renouvellement des autorisations).

Note : Les taux notés en rouge sont supérieurs aux taux régionaux.

En Bretagne, les établissements SSR disposent de 235 lits et places dédiés aux addictions dont 85,5 % en hospitalisation complète.

A noter que sur l'ensemble de l'offre SSR, l'hospitalisation complète représente 90 % et 92 % en France métropolitaine (Sources : STATISS).

Dans la région, l'hospitalisation partielle n'est proposée que dans un seul établissement, situé sur le territoire 5 (centre l'Escale).

Le taux d'équipement en SSR addictologie pour 10 000 habitants est de 0,71 lits et places, alors que le taux d'équipement global SSR est de 17.

➔ Une filière médico-sociale bien structurée et complète sur l'ensemble du territoire

La Bretagne compte 4 CAARUD ayant pour mission d'assurer une couverture de leur département d'implantation (sauf pour le pays de Dinan desservi par le CAARUD de Rennes et non celui de St-Brieuc).

Afin d'assurer leurs missions et actions de proximité, ces CAARUD ont développé des antennes (Quimper) et des permanences (Morlaix, Vitré, St Malo, Dinan, Auray, Pontivy et Vannes).

Actuellement, tous les CAARUD disposent d'une équipe mobile à l'exception de celui du Finistère.

La Bretagne compte 15 CSAPA généralistes (prenant en charge tout type d'addiction) qui ont vocation à couvrir les besoins de la population de leur territoire d'implantation. Tous les territoires de santé comportent au moins un CSAPA.

Les CSAPA peuvent développer des antennes (Paimpol, Lamballe, Guingamp, Dinan, Douarnenez, Pont l'Abbé, Concarneau) et des consultations de proximité (Landivisiau, Carhaix, Crozon, Retiers, la Guerche, Auray et Brocéliande).

En 2013, 2 CSAPA sont autorisés pour l'hébergement : le CSAPA de Rennes avec 3 places d'appartement thérapeutique relais et le CSAPA de Brest avec 6 places de centre thérapeutique résidentiel.

Il existe également 3 places d'appartement de coordination thérapeutique (ACT) spécialisées en addictologie sur le territoire 3.

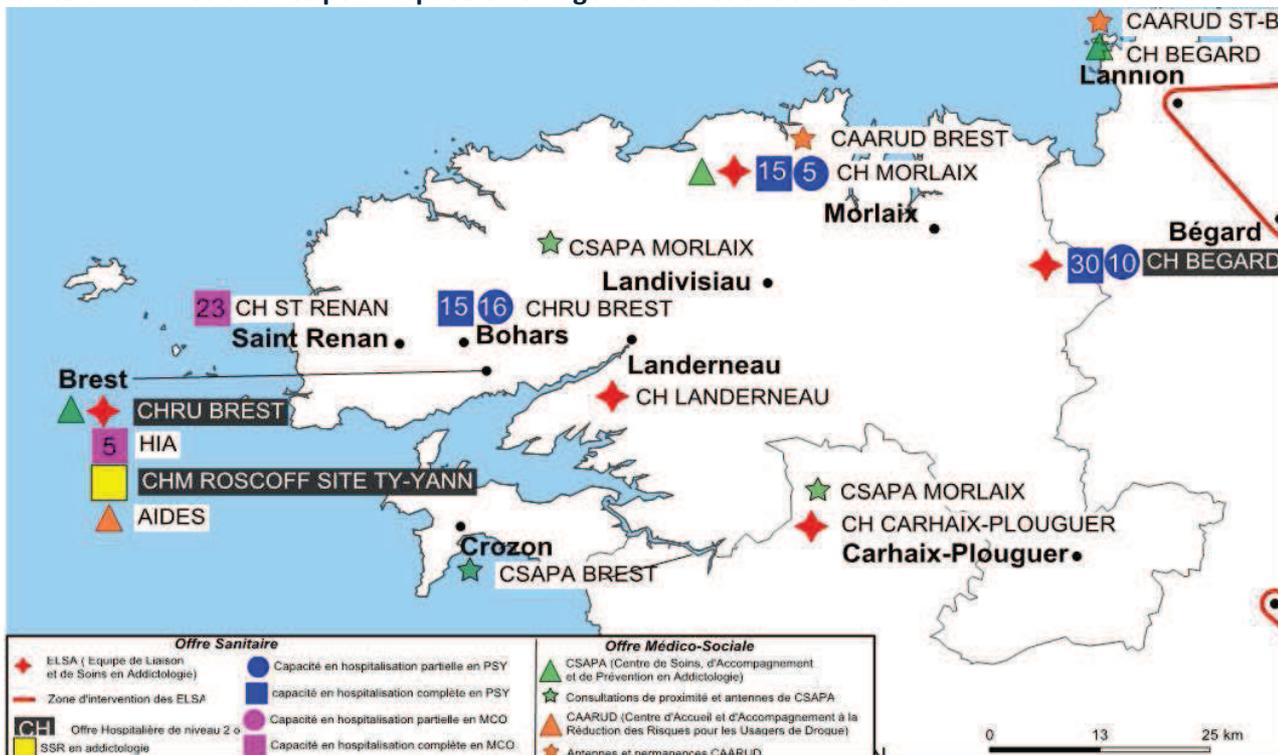
➔ Un seul réseau en Bretagne

En Bretagne, un seul réseau de santé financé par l'ARS est consacré aux addictions : le réseau Addictions 35 situé à Rennes depuis 2005 et ciblé principalement sur l'addiction à l'alcool.

II. 2.2. Analyse par territoire de santé

➔ Territoire de santé 1 « Brest – Morlaix – Carhaix » : des taux d'équipement supérieurs aux taux régionaux et une absence d'offre pour sevrage complexe en MCO

Carte 2. Structures pour la prise en charge des addictions sur le TS1



Sources : FINESS au 20/06/2016 (CSAPA, CAARUD), ARHGOS (SSR addictologie), Enquêtes ARS octobre 2014 (données MCO 2013), février 2014 (données psychiatriques). Carte réalisée avec Cartes & Données.

Tableau 4. Offre en addictologie sur le territoire de santé n°1

| | TS1 | | Taux d'équipement en Bretagne |
|--|-----------------------|-------------------|-------------------------------|
| | Nombre de lits/places | Taux d'équipement | |
| Lits en hospitalisation complète (MCO + PSY) | 58 | 1,04 | 0,94 |
| En MCO | 28 | 0,50 | 0,40 |
| En Psychiatrie | 30 | 0,54 | 0,55 |
| Places en hospitalisation partielle (MCO + PSY) | 21 | 0,38 | 0,32 |
| En MCO | 0 | 0,00 | 0,04 |
| En Psychiatrie | 21 | 0,38 | 0,28 |
| Sevrage complexe en MCO | 0 | 0,00 | 0,18 |
| Sevrage simple en MCO | 23 | 0,41 | 0,20 |

Sources : Enquêtes ARS octobre 2014 (données MCO 2013), février 2014 (données psychiatriques), octobre 2014 (données SSR issues des demandes de renouvellement des autorisations)

Note : Les taux notés en rouge sont supérieurs aux taux régionaux.

Remarque : Sur le territoire de santé n°1, les 5 lits d'hospitalisation complète dédiés à l'addictologie localisés au HIA ne sont pas identifiés en sevrage simple ou sevrage complexe. Ils sont comptabilisés par défaut en sevrage simple.

Sur le territoire de santé n°1, la répartition géographique de l'offre est globalement homogène. Le territoire propose une offre hospitalière en MCO, en psychiatrie en hospitalisation complète et partielle, en SSR et une offre médico-sociale.

Par rapport aux taux d'équipement régionaux, le territoire de santé n°1 affiche des taux supérieurs sauf pour la psychiatrie en hospitalisation complète.

Le territoire ne propose aucune offre de sevrage complexe en MCO.

➔ Territoire de santé 2 « Quimper – Douarnenez – Pont l'Abbé » : absence de lit pour sevrage simple et a contrario un taux d'équipement en sevrage complexe très élevé

Carte 3. Structures pour la prise en charge des addictions sur le TS2



Sources : FINESS au 20/06/2016 (CSAPA, CAARUD), ARHGOS (SSR addictologie), Enquêtes ARS octobre 2014 (données MCO 2013), février 2014 (données psychiatriques). Carte réalisée avec Cartes & Données.

Tableau 5. Offre en addictologie sur le territoire de santé n°2

| | TS2 | | Taux d'équipement en Bretagne |
|--|-----------------------|-------------------|-------------------------------|
| | Nombre de lits/places | Taux d'équipement | |
| Lits en hospitalisation complète (MCO + PSY) | 27 | 0,88 | 0,94 |
| En MCO | 15 | 0,49 | 0,40 |
| En Psychiatrie | 12 | 0,39 | 0,55 |
| Places en hospitalisation partielle (MCO + PSY) | 10 | 0,32 | 0,32 |
| En MCO | 0 | 0,00 | 0,04 |
| En Psychiatrie | 10 | 0,32 | 0,28 |
| Sevrage complexe en MCO | 15 | 0,49 | 0,18 |
| Sevrage simple en MCO | 0 | 0,00 | 0,20 |

Sources : Enquêtes ARS octobre 2014 (données MCO 2013), février 2014 (données psychiatriques), Enquêtes ARS octobre 2014 (données SSR issues des demandes de renouvellement des autorisations).

Note : Les taux notés en rouge sont supérieurs aux taux régionaux.

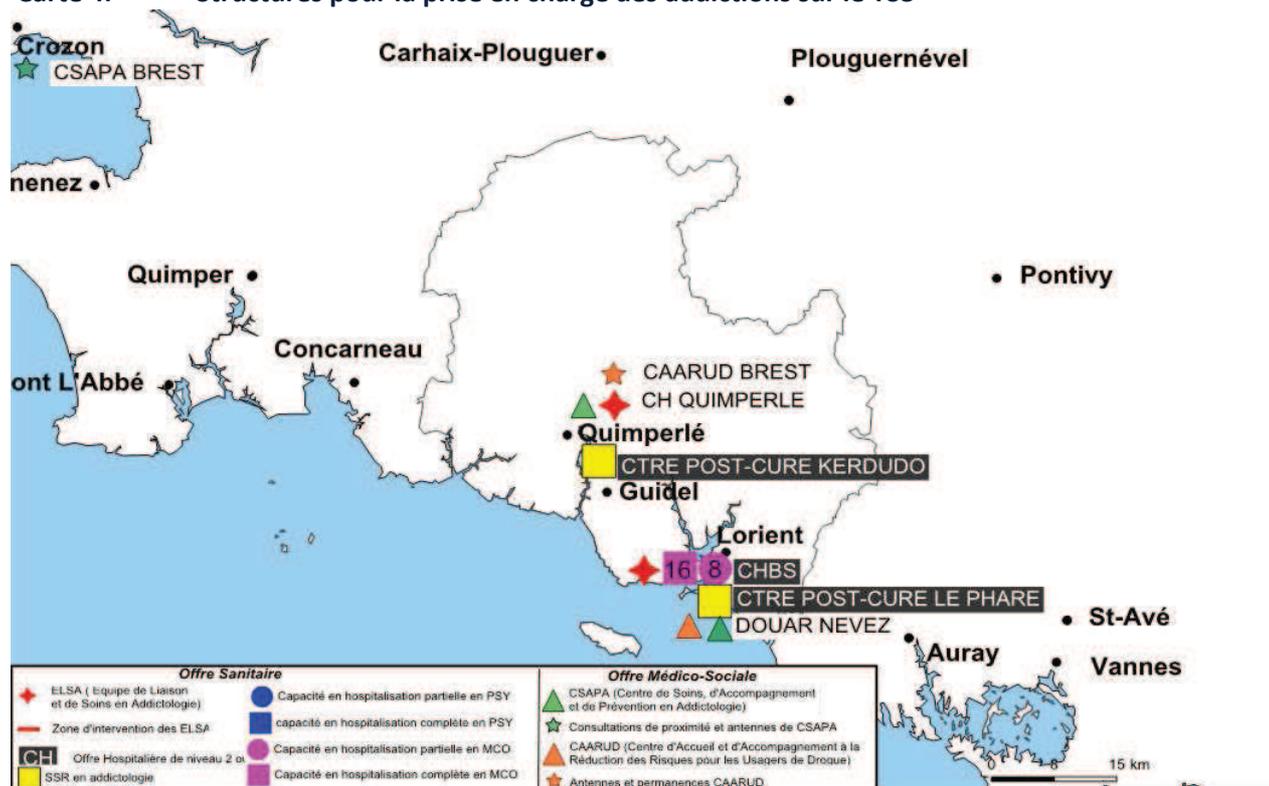
Sur le territoire de santé n°2, la répartition géographique hospitalière en addictologie est concentrée sur Quimper et Concarneau. Le territoire propose l'ensemble des maillons de la filière, à l'exception de l'hospitalisation partielle en MCO.

D'après les enquêtes, le territoire ne présente aucun lit de sevrage simple.

Par rapport aux taux d'équipement régionaux, le territoire de santé n°2 affiche des taux comparables, à l'exception du taux d'équipement pour les sevrages complexes qui est nettement supérieur au taux régional.

➔ Territoire de santé 3 « Lorient – Quimperlé » : un taux d'équipement global inférieur à la moyenne régionale, lié à l'absence d'offre psychiatrique spécialisée en addictologie

Carte 4. Structures pour la prise en charge des addictions sur le TS3



Sources : FINESS au 20/06/2016 (CSAPA, CAARUD), ARHGOS (SSR addictologie), Enquêtes ARS octobre 2014 (données MCO 2013), février 2014 (données psychiatriques), Carte réalisée avec Cartes & Données.

Tableau 6. Offre en addictologie sur le territoire de santé n°3

| | TS3 | | Taux d'équipement en Bretagne |
|--|-----------------------|-------------------|-------------------------------|
| | Nombre de lits/places | Taux d'équipement | |
| Lits en hospitalisation complète (MCO + PSY) | 16 | 0,54 | 0,94 |
| En MCO | 16 | 0,54 | 0,40 |
| En Psychiatrie | 0 | 0,00 | 0,55 |
| Places en hospitalisation partielle (MCO + PSY) | 8 | 0,27 | 0,32 |
| En MCO | 8 | 0,27 | 0,04 |
| En Psychiatrie | 0 | 0,00 | 0,28 |
| Sevrage complexe en MCO | 8 | 0,27 | 0,18 |
| Sevrage simple en MCO | 8 | 0,27 | 0,20 |

Sources : Enquêtes ARS octobre 2014 (données MCO 2013), février 2014 (données psychiatriques), Enquêtes ARS octobre 2014 (données SSR issues des demandes de renouvellement des autorisations).

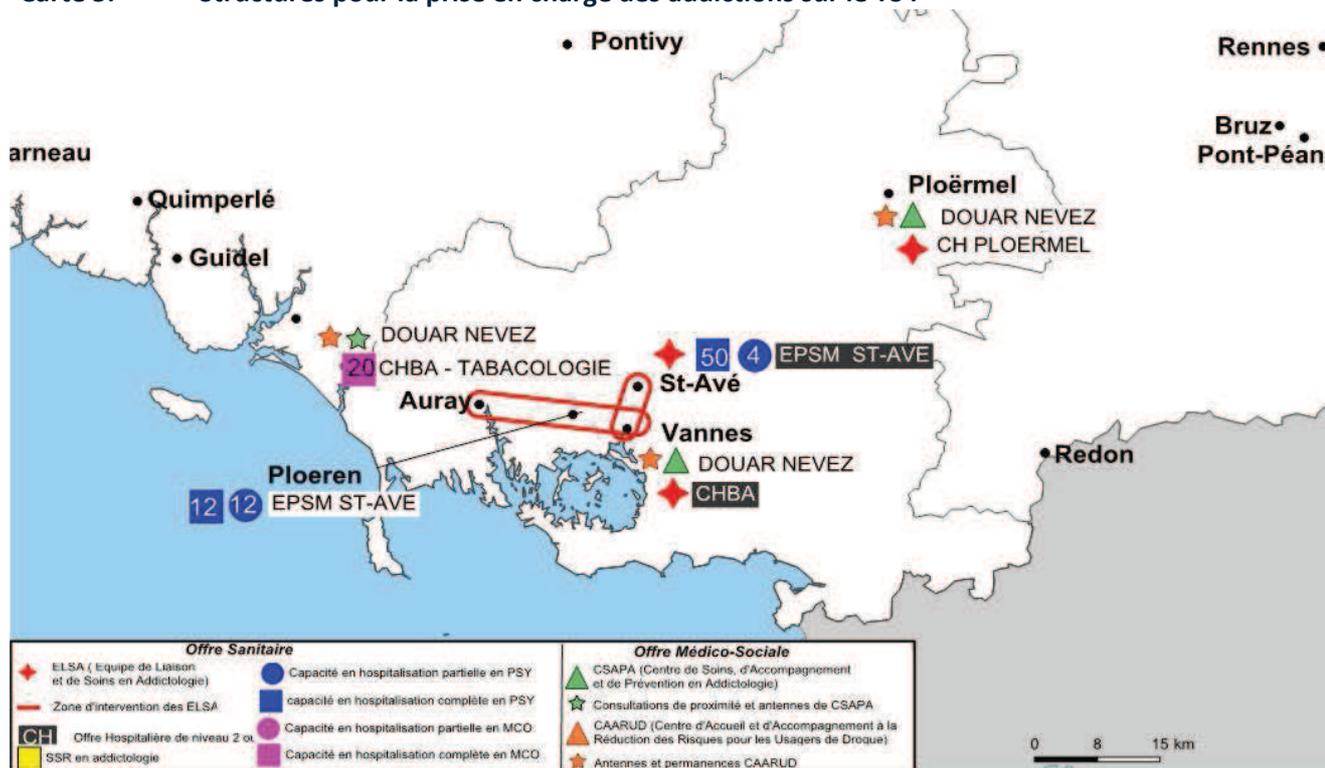
Note : Les taux notés en rouge sont supérieurs aux taux régionaux.

Sur le territoire de santé n°3, la répartition géographique hospitalière en addictologie est concentrée sur le sud du territoire entre Lorient et Quimperlé. Le territoire propose une offre hospitalière en MCO en hospitalisation complète et partielle, deux établissements autorisés en SSR addictologie et une offre médico-sociale. Ce territoire n'affiche aucune offre en psychiatrie.

Par rapport aux taux d'équipement régionaux, le territoire de santé n°3 présente des taux inférieurs, masquant un déséquilibre entre l'offre MCO présente et une absence d'offre psychiatrique.

➔ Territoire de santé 4 « Vannes – Ploërmel – Malestroit » : un taux d'équipement en psychiatrie très élevé

Carte 5. Structures pour la prise en charge des addictions sur le TS4



Sources : FINESS au 20/06/2016 (CSAPA, CAARUD), ARHGOS (SSR addictologie), Enquêtes ARS octobre 2014 (données MCO 2013), février 2014 (données psychiatriques), Carte réalisée avec Cartes & Données.

Tableau 7. Offre en addictologie sur le territoire de santé n°4

| | TS4 | | Taux d'équipement en Bretagne |
|--|-----------------------|-------------------|-------------------------------|
| | Nombre de lits/places | Taux d'équipement | |
| Lits en hospitalisation complète (MCO + PSY) | 82 | 2,07 | 0,94 |
| En MCO | 20 | 0,50 | 0,40 |
| En Psychiatrie | 62 | 1,56 | 0,55 |
| Places en hospitalisation partielle (MCO + PSY) | 16 | 0,40 | 0,32 |
| En MCO | 0 | 0,00 | 0,04 |
| En Psychiatrie | 16 | 0,40 | 0,28 |
| Sevrage complexe en MCO | 20 | 0,50 | 0,18 |
| Sevrage simple en MCO | 0 | 0,00 | 0,20 |

Sources : Enquêtes ARS octobre 2014 (données MCO 2013), février 2014 (données psychiatriques), Enquêtes ARS octobre 2014 (données SSR issues des demandes de renouvellement des autorisations).

Note : Les taux notés en rouge sont supérieurs aux taux régionaux.

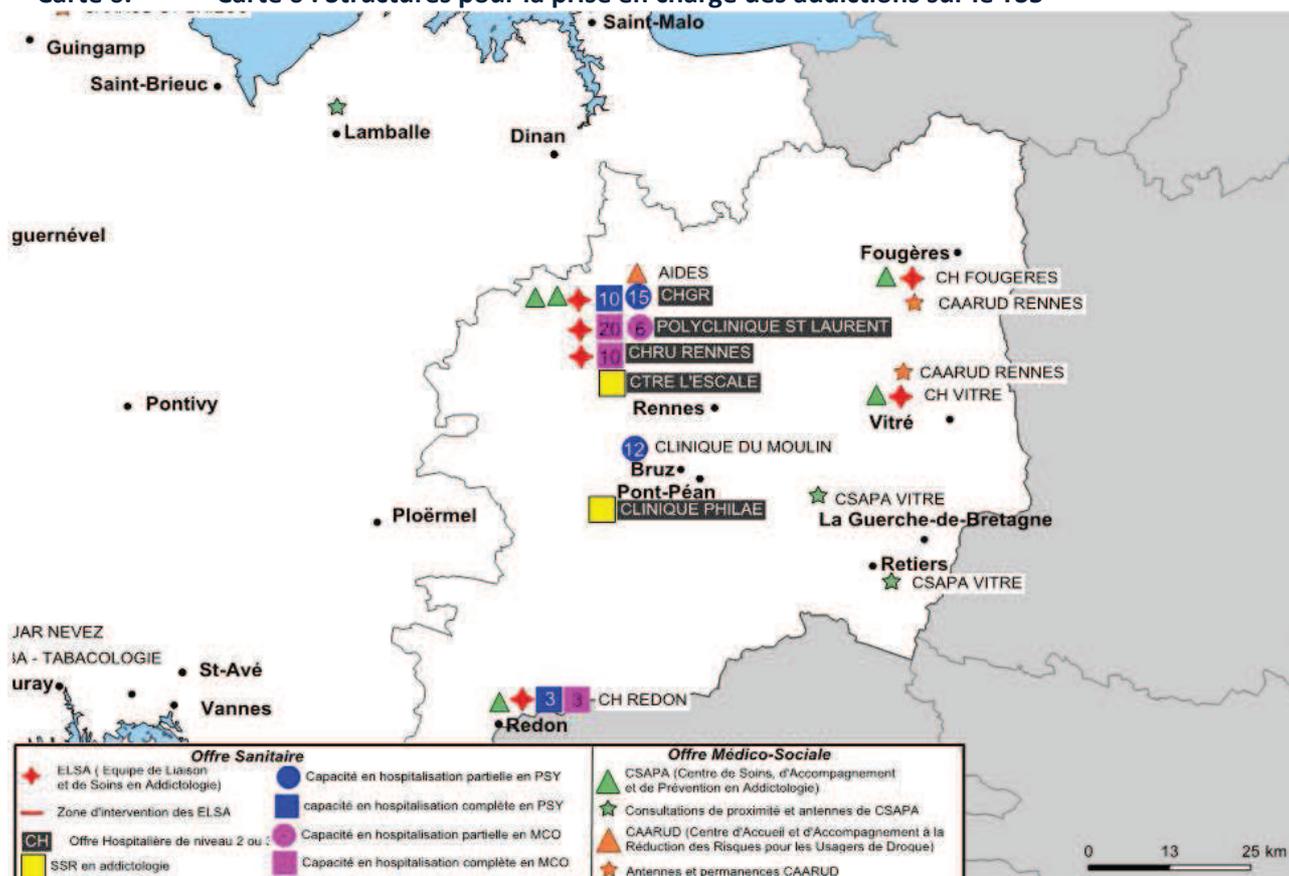
Sur le territoire de santé n°4, la répartition géographique de l'offre hospitalière semble globalement homogène. Le territoire propose une offre hospitalière en MCO uniquement en hospitalisation complète, en psychiatrie en hospitalisation complète et partielle et une offre médico-sociale. Aucun établissement SSR du territoire 4 ne possède une autorisation en addictologie.

A noter l'absence d'offre en sevrage simple sur le territoire.

Par rapport aux taux d'équipement régionaux, le territoire de santé n°4 affiche des taux d'équipement très importants en hospitalisation complète, essentiellement en psychiatrie.

➔ Territoire de santé 5 « Rennes – Fougères – Vitré – Redon » : centre l'Escale, seul établissement à proposer une offre en hospitalisation partielle en SSR

Carte 6. Carte 6 : Structures pour la prise en charge des addictions sur le TS5



Sources : FINESS au 20/06/2016 (CSAPA, CAARUD), ARHGOS (SSR addictologie), Enquêtes ARS octobre 2014 (données MCO 2013), février 2014 (données psychiatriques), Carte réalisée avec Cartes & Données.

Tableau 8. Offre en addictologie sur le territoire de santé n°5

| | TS5 | | Taux d'équipement en Bretagne |
|--|-----------------------|-------------------|-------------------------------|
| | Nombre de lits/places | Taux d'équipement | |
| Lits en hospitalisation complète (MCO + PSY) | 46 | 0,51 | 0,94 |
| En MCO | 33 | 0,37 | 0,40 |
| En Psychiatrie | 13 | 0,14 | 0,55 |
| Places en hospitalisation partielle (MCO + PSY) | 33 | 0,37 | 0,32 |
| En MCO | 6 | 0,07 | 0,04 |
| En Psychiatrie | 27 | 0,30 | 0,28 |
| Sevrage complexe en MCO | 9 | 0,10 | 0,18 |
| Sevrage simple en MCO | 24 | 0,27 | 0,20 |

Sources : Enquêtes ARS octobre 2014 (données MCO 2013), février 2014 (données psychiatriques), Enquêtes ARS octobre 2014 (données SSR issues des demandes de renouvellement des autorisations).

Note : Les taux notés en rouge sont supérieurs aux taux régionaux.

Sur le territoire de santé n°5, la répartition géographique de l'offre hospitalière et médico-sociale est globalement homogène. Le territoire propose une offre complète en MCO et en psychiatrie, une offre SSR et médico-sociale.

Par rapport aux taux d'équipement régionaux, le territoire de santé n°5 affiche des taux inférieurs pour l'hospitalisation complète en psychiatrie.

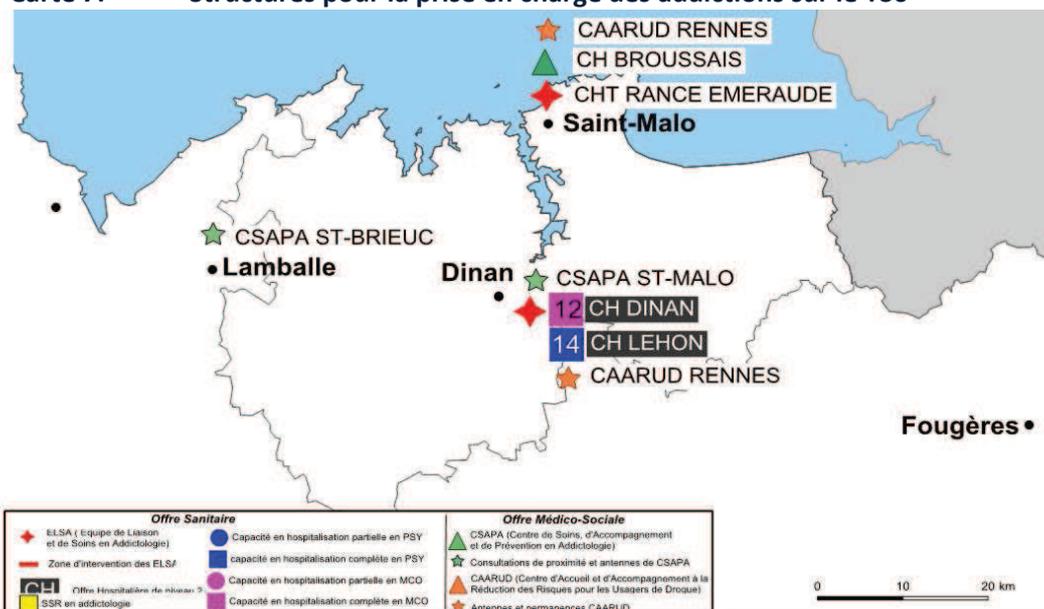
D'après les enquêtes, le territoire 5 est le seul à proposer une alternative à de l'hospitalisation complète en SSR (centre de l'Escale).

Seul le territoire 5 propose une prise en charge spécialisée en addictologie dans des établissements privés (ex-OQN). Ils proposent une offre dans les trois champs sanitaires :

- Polyclinique St-Laurent pour une prise en charge MCO ;
- Clinique du Moulin pour la psychiatrie ;
- Clinique Philaé pour le SSR.

➔ Territoire de santé 6 « Saint-Malo – Dinan » : pas d'offre en hospitalisation partielle

Carte 7. Structures pour la prise en charge des addictions sur le TS6



Sources : FINESS au 20/06/2016 (CSAPA, CAARUD), ARHGOS (SSR addictologie), Enquêtes ARS octobre 2014 (données MCO 2013), février 2014 (données psychiatriques), Carte réalisée avec Cartes & Données.

Tableau 9. Offre en addictologie sur le territoire de santé n°6

| | TS6 | | Taux d'équipement en Bretagne |
|--|-----------------------|-------------------|-------------------------------|
| | Nombre de lits/places | Taux d'équipement | |
| Lits en hospitalisation complète (MCO + PSY) | 26 | 0,99 | 0,94 |
| En MCO | 12 | 0,46 | 0,40 |
| En Psychiatrie | 14 | 0,53 | 0,55 |
| Places en hospitalisation partielle (MCO + PSY) | 0 | 0,00 | 0,32 |
| En MCO | 0 | 0,00 | 0,04 |
| En Psychiatrie | 0 | 0,00 | 0,28 |
| Sevrage complexe en MCO | 6 | 0,23 | 0,18 |
| Sevrage simple en MCO | 6 | 0,23 | 0,20 |

Sources : Enquêtes ARS octobre 2014 (données MCO 2013), février 2014 (données psychiatriques), Enquêtes ARS octobre 2014 (données SSR issues des demandes de renouvellement des autorisations).

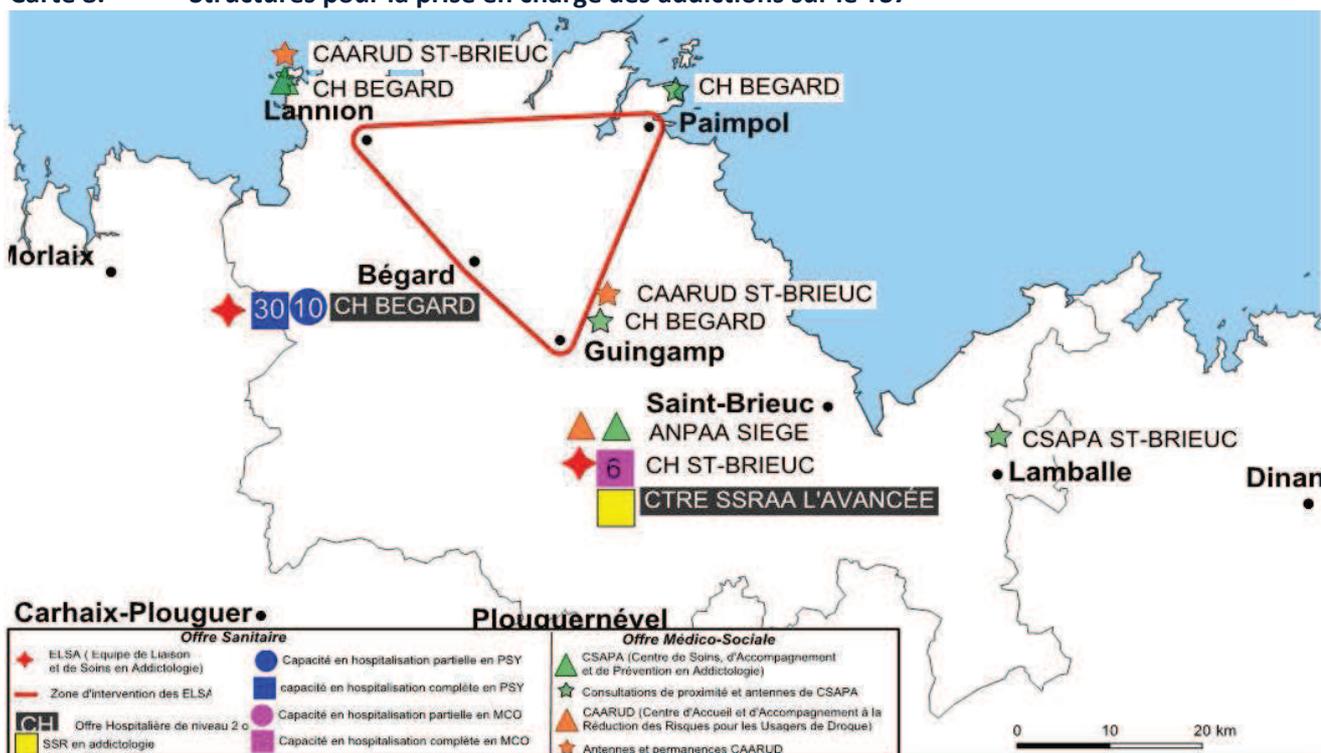
Note : Les taux notés en rouge sont supérieurs aux taux régionaux.

Sur le territoire de santé n°6, la répartition géographique de l'offre hospitalière et médico-sociale est répartie sur deux pôles : Saint-Malo et Dinan. Le territoire propose une offre en MCO et en psychiatrie uniquement en hospitalisation complète et une offre médico-sociale. Aucun établissement SSR du territoire n'est autorisé en addictologie.

Par rapport aux taux d'équipement régionaux, le territoire de santé n°6 affiche des taux en hospitalisation complète équivalents.

➔ Territoire de santé 7 « Saint-Brieuc – Guingamp – Lannion » : forte prédominance de l'hospitalisation complète en psychiatrie.

Carte 8. Structures pour la prise en charge des addictions sur le TS7



Sources : FINESS au 20/06/2016 (CSAPA, CAARUD), ARHGOS (SSR addictologie), Enquêtes ARS octobre 2014 (données MCO 2013), février 2014 (données psychiatriques), Carte réalisée avec Cartes & Données.

Tableau 10. Offre en addictologie sur le territoire de santé n°7

| | TS7 | | Taux d'équipement en Bretagne |
|--|-----------------------|-------------------|-------------------------------|
| | Nombre de lits/places | Taux d'équipement | |
| Lits en hospitalisation complète (MCO + PSY) | 36 | 0,86 | 0,94 |
| En MCO | 6 | 0,14 | 0,40 |
| En Psychiatrie | 30 | 0,72 | 0,55 |
| Places en hospitalisation partielle (MCO + PSY) | 10 | 0,24 | 0,32 |
| En MCO | 0 | 0,00 | 0,04 |
| En Psychiatrie | 10 | 0,24 | 0,28 |
| Sevrage complexe en MCO | 0 | 0,00 | 0,18 |
| Sevrage simple en MCO | 6 | 0,14 | 0,20 |

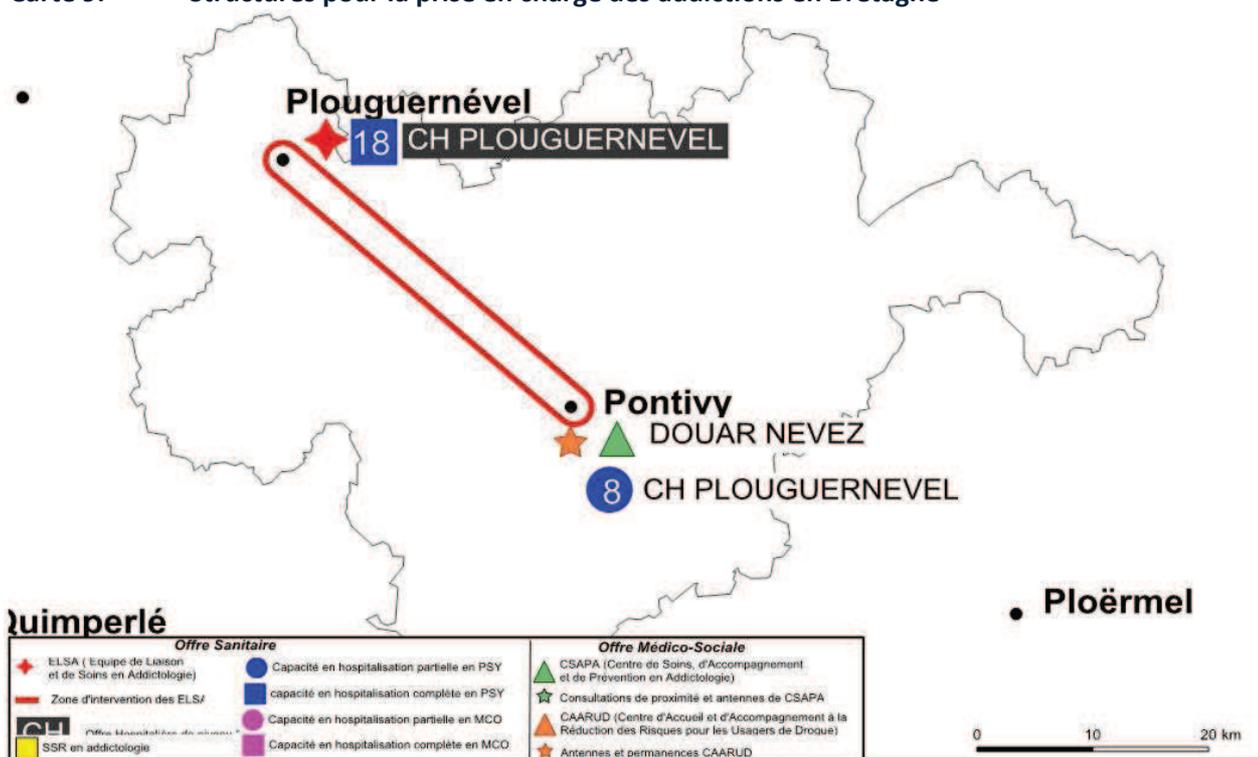
Sources : Enquêtes ARS octobre 2014 (données MCO 2013), février 2014 (données psychiatriques), Enquêtes ARS octobre 2014 (données SSR issues des demandes de renouvellement des autorisations).

Sur le territoire de santé n°7, la répartition géographique de l'offre hospitalière et médico-sociale semble globalement homogène. Le territoire propose une offre en MCO uniquement en hospitalisation complète et en psychiatrie en hospitalisation complète et partielle, une offre SSR et une offre médico-sociale.

Le territoire se caractérise par un taux d'équipement en hospitalisation complète proche du taux régional, mais qui masque un déséquilibre au profit de l'offre psychiatrique (83 % des lits en hospitalisation complète, versus 58 % en région).

➔ Territoire de santé 8 « Pontivy – Loudéac » : un taux d'équipement supérieur au taux régional malgré l'absence d'offre en MCO

Carte 9. Structures pour la prise en charge des addictions en Bretagne



Sources : FINESS au 20/06/2016 (CSAPA, CAARUD), ARHGOS (SSR addictologie), Enquêtes ARS octobre 2014 (données MCO 2013), février 2014 (données psychiatriques), Carte réalisée avec Cartes & Données.

Tableau 11. Offre en addictologie sur le territoire de santé n°8

| | TS8 | | Taux d'équipement en Bretagne |
|--|-----------------------|-------------------|-------------------------------|
| | Nombre de lits/places | Taux d'équipement | |
| Lits en hospitalisation complète (MCO + PSY) | 18 | 1,26 | 0,94 |
| En MCO | 0 | 0,00 | 0,40 |
| En Psychiatrie | 18 | 1,26 | 0,55 |
| Places en hospitalisation partielle (MCO + PSY) | 8 | 0,56 | 0,32 |
| En MCO | 0 | 0,00 | 0,04 |
| En Psychiatrie | 8 | 0,56 | 0,28 |
| Sevrage complexe en MCO | 0 | 0,00 | 0,18 |
| Sevrage simple en MCO | 0 | 0,00 | 0,20 |

Sources : Enquêtes ARS octobre 2014 (données MCO 2013), février 2014 (données psychiatriques), Enquêtes ARS octobre 2014 (données SSR issues des demandes de renouvellement des autorisations).

Sur le territoire de santé n°8, la répartition géographique de l'offre hospitalière en addictologie est concentrée sur Plouguernevel et Pontivy. Le territoire propose une offre hospitalière uniquement en psychiatrie en hospitalisation complète et partielle en sevrage complexe et une offre médico-sociale. D'après les enquêtes déclaratives, le territoire ne présente aucune offre en MCO et en SSR.

Par rapport aux taux d'équipement régionaux, le territoire de santé n°8 affiche des taux supérieurs en hospitalisation partielle et complète.

II. 3. Synthèse et préconisations

| Observations | Préconisations |
|--|---|
| <p>La Bretagne dispose d'une offre en addictologie hospitalière et médico-sociale sur l'ensemble des territoires de santé. On constate une prédominance de l'offre psychiatrique par rapport à l'offre MCO.</p> <p>Les territoires de santé ne disposent pas tous d'une offre en MCO et en psychiatrie : d'après les enquêtes, le territoire 3 ne propose pas d'offre en psychiatrie et le territoire 8 ne propose pas d'offre en MCO</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Articuler une double compétence MCO et psychiatrique au sein des établissements. - Engager une réflexion sur les critères d'orientation partagés des prises en charges en MCO et en psychiatrie. |
| <p>L'hospitalisation partielle représente un quart de l'offre globale et est essentiellement développée en psychiatrie.</p> <p>A noter qu'en MCO, seuls deux territoires présentent une offre en hospitalisation partielle, dont le territoire 3 qui ne présente aucune offre psychiatrique.</p> <p>Par ailleurs le territoire 6 ne présente aucune offre en hospitalisation partielle.</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Engager une réflexion sur le développement des alternatives à l'hospitalisation complète pour la prise en charge des addictions (MCO, santé mentale et SSR). |
| <p>Les taux d'équipement sont hétérogènes d'un territoire de santé à l'autre et peuvent concerner toutes les composantes de la filière (MCO ou psychiatrie, hospitalisation complète ou partielle, sevrage simple ou complexe).</p> <p>En psychiatrie, la répartition des lits en sevrage simple et sevrage complexe n'est pas connue.</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Définir au niveau régional le sevrage simple et le sevrage complexe et les modes de prise en charge (exemple : sevrages simples réalisés en ambulatoire ou en hôpital de jour) - Engager une réflexion sur la diminution des disparités des taux d'équipement en MCO et psychiatrie. |
| <p>Les établissements de niveau 1 n'ont pas fait l'objet d'une reconnaissance par l'ARS.</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Etablir une reconnaissance des niveaux 1 au regard des critères organisationnels. |
| <p>Les établissements SSR ne sont pas présents sur l'ensemble des territoires et ont donc vocation à prendre en charge des patients domiciliés au-delà de leur territoire d'implantation.</p> <p>En 2013, un seul établissement SSR propose une alternative à l'hospitalisation complète (centre l'Escale). A l'horizon 2015 et 2016, le CHIC de Quimper, l'Avancé à St-Brieuc proposeront également une offre en hospitalisation partielle.</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Veiller à l'accessibilité en SSR addictologie pour tous les patients qui relèvent de cette prise en charge. - Définir un référentiel régional d'orientation et d'organisation en SSR addictologie. |

| | |
|--|--|
| <p>En Bretagne, seul le territoire 5 propose une prise en charge spécialisée en addictologie dans des établissements privés.</p> | |
| <p>La filière médico-sociale bretonne est bien structurée et présente sur chacun des territoires de santé.</p> | <p>Continuer à développer la couverture territoriale de proximité :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mettre en place une équipe mobile au CAARUD 29 - Pour les CSAPA, développer une antenne ou une consultation de proximité. |
| <p>Seul le réseau Addictions 35, situé à Rennes, est présent en Bretagne. Sur les autres territoires, les plateformes territoriales d'appui, issues de la fusion des réseaux thématiques et en cours de création en Bretagne, ont vocation à apporter leur compétence dans la coordination de la prise en charge des cas complexes dans lesquels la problématique addictions peut être présente.</p> | |

III. Intoxications aiguës

Une intoxication aiguë correspond à l'ensemble de symptômes liés à l'ingestion d'un produit toxique.

Les intoxications aiguës figurent parmi les premières causes d'admission aux urgences ; elles peuvent être volontaires (90 % des cas chez l'adulte) ou accidentelles.

Les principales intoxications aiguës sont liées à la consommation importante d'alcool (intoxication éthylique aiguë) ou/et de psychotropes.

Selon l'étude réalisée via le réseau Oscour en 2011, les intoxications éthyliques aiguës représentent 1 % des passages aux urgences. D'autres études estiment que 10 à 30 % des patients admis aux urgences présentent une intoxication éthylique aiguë en diagnostic principal ou secondaire. D'après un rapport AIRDDS, une intoxication éthylique aiguë est présente dans 30 à 80 % des accidents, 80 % des agressions, 20 à 30 % des tentatives de suicides et 25 % des intoxications éthyliques aiguës ne sont pas repérées.

Les intoxications éthyliques aiguës témoignent d'un usage nocif d'alcool ou d'une alcoolodépendance, et le passage aux urgences avec intoxication éthylique aiguë constitue « un élément prédictif d'une consommation exposant à une morbidité et mortalité accrues ». Les intoxications éthyliques aiguës itératives sont peu fréquentes (13 % à 17 %), mais présentent un impact important pour les équipes de soins. De nombreux patients sortent sans être hospitalisés (15 à 72 % selon les sites). Leur prise en charge obéit à des recommandations spécifiques (source : ANAES Sept 2001, 2006).

En Bretagne, selon l'enquête ESCAPAD 2014, 72 % des jeunes bretons (17 ans) ont déjà connu au moins une ivresse. L'ivresse régulière, soit au moins 10 fois dans l'année, est pratiquée par 25 % des garçons et 9 % des jeunes filles en Bretagne, à comparer aux 13 % de moyenne française pour les garçons et 5 % chez les filles.

La même tendance est observée chez les adultes bretons de 15-75 ans, qui sont deux fois plus nombreux que leurs homologues des autres régions à déclarer des ivresses répétées (15 % en Bretagne, versus 8 % en moyenne française).

Ce chapitre analyse les patients hospitalisés en MCO, psychiatrie, ou SSR, présentant une intoxication aiguë en diagnostic principal ou associé. Il peut s'agir d'une intoxication éthylique aiguë mais également d'une intoxication aiguë médicamenteuse ou liée à la consommation de produits illicites.

A noter que les patients pris en charge aux urgences sans être hospitalisés par la suite ne sont pas repérés par cette étude.

Repérage des intoxications aiguës à l'hôpital :

L'admission d'une personne aux urgences avec intoxication aiguë est objectivée par un diagnostic (code CIM-10) posé par le médecin qui l'examine. Cependant, un patient peut présenter plusieurs pathologies concomitantes. Par exemple, le dossier d'un patient alcoolisé présentant également une fracture de l'arcade sourcilière pourra comporter deux diagnostics : F10.0 (Intoxication Ethylique Aiguë) et S00 (liaison traumatique), charge au médecin de déterminer lequel de ces deux diagnostics est le « diagnostic principal ». Par la suite, soit le patient quitte l'hôpital et les données sont collectées dans les Résumés de Passage aux Urgences (RPU : obligatoire depuis 2013), soit le patient est hospitalisé et le diagnostic est saisi dans le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI).

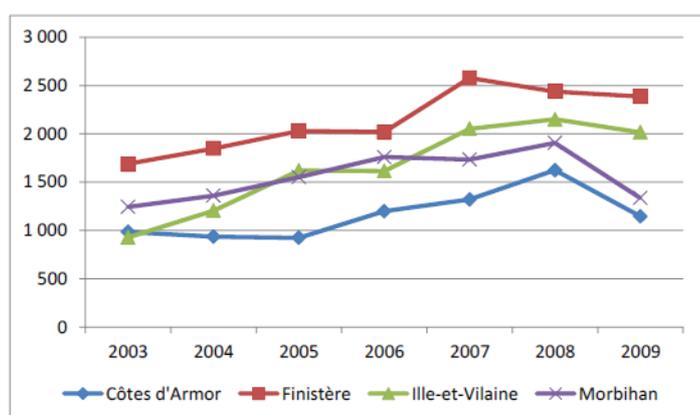
En 2012, à la demande de l'ARS et des chefs de projets MILDT (Mission interministérielle de la lutte contre les drogues et la toxicomanie), le Centre d'Information Régional sur les Drogue et les Dépendance (CIRDD) a réalisé une étude sur « Les alcoolisations aiguës des jeunes admis dans les service d'urgences de Bretagne », les services d'urgences étant des lieux particulièrement concernés par la prise en charge de patients souffrant d'intoxication aiguë.

En 2010, tous les services d'urgences des hôpitaux publics de Bretagne n'étaient pas informatisés.

Les résultats ci-après décrivent la part des admissions aux urgences avec intoxication éthylique aiguë chez les moins de 25 ans suivies d'une hospitalisation pour 5 établissements qui possèdent un service d'urgences informatisé. La part de jeunes hospitalisés après admission aux urgences avec intoxication éthylique aiguë varie de 20 à 100 % :

- au CHU de Rennes, 20 % des admissions de patients de moins de 25 ans avec une intoxication éthylique aiguë donnent lieu à une hospitalisation ;
- au CHBA de Vannes, l'hospitalisation concerne 69 % des admissions ;
- au CH de St-Brieuc, 64 % des admissions donnent lieu à une hospitalisation ;
- au CHBS de Lorient, au CH de Guingamp, et au CH de Ploërmel, 100 % des admissions de patients de moins de 25 ans pour une intoxication éthylique aiguë donnent lieu à une hospitalisation.

Graphique 1. Evolution des Ivresses Publiques Manifestes dans les départements bretons depuis 2003



Source : OFDT ILIAD (2003-2009)

Les admissions aux urgences avec intoxication éthylique aiguë dans le cadre d'une Ivresse Publique Manifeste (IPM) sont à prendre en compte dans les statistiques d'activité des urgences. En effet, en dehors de conventionnements très localisés avec des structures comme SOS médecins ou des médecins généralistes qui peuvent intervenir à la demande des préfectures directement dans les commissariats, les forces de l'ordre se rendent dans les services d'urgence des hôpitaux pour solliciter un certificat de non hospitalisation indispensable au placement des personnes en cellule de dégrisement. Les données présentées précédemment tiennent compte de ces admissions quand elles sont suivies d'une hospitalisation.

III. 1. Recours aux soins de la population bretonne

Le recours aux soins permet de caractériser la consommation de soins hospitaliers de la population bretonne hospitalisée dans un contexte d'intoxication aiguë.

Ce chapitre analyse les patients au regard du territoire de santé du domicile. Ainsi, les patients bretons hospitalisés dans un établissement non breton sont pris en compte, de même, un patient domicilié sur le territoire 2 et hospitalisé sur le territoire 5 sera comptabilisé dans le territoire 2

➔ Pour 97 % des patients hospitalisés, l'intoxication aiguë est liée à la consommation d'alcool

En 2013, 10 488 bretons ont été hospitalisés avec intoxication aiguë, soit 32 patients pour 10 000 habitants (21 patients pour 10 000 habitants en France).

Les hospitalisations dans le cadre des intoxications aiguës concernent très majoritairement l'alcool (97 % des patients). Les intoxications aiguës aux produits illicites sont diagnostiqués pour 3,5 % des patients et aux médicaments pour 1 %.

Tableau 12. Répartition des patients hospitalisés avec une intoxication aiguë en fonction du produit consommé

| Champ | Répartition des patients par produit | | |
|--------------|--------------------------------------|--------------|--------------|
| | Alcool | Drogues | Médicaments |
| MCO | 98,0 % | 2,2 % | 1,0 % |
| Psychiatrie | 86,5 % | 11,6 % | 4,1 % |
| SSR | 92,7 % | 10,0 % | 1,3 % |
| Total | 96,8 % | 3,5 % | 1,4 % |

Sources : PMSI MCO, SSR et PSY 2013

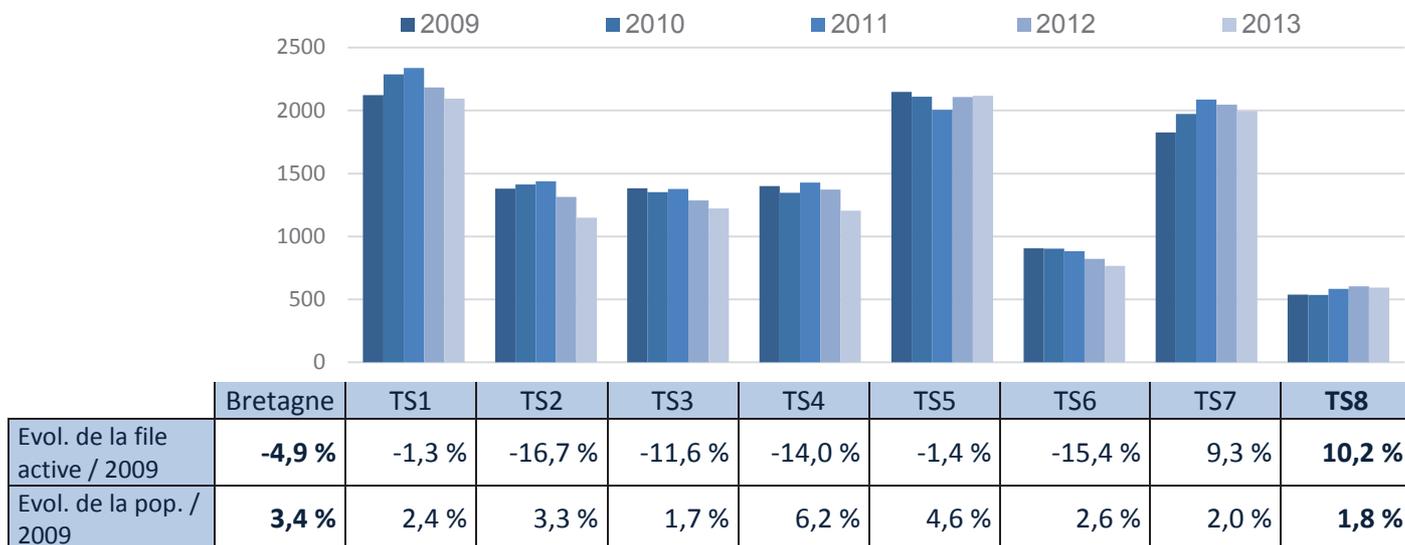
Note : Certains patients peuvent présenter concomitamment une intoxication aiguë à plusieurs produits, d'où un cumul en ligne supérieur à 100 %.

A noter que les intoxications aiguës aux produits illicites et aux médicaments sont plus importantes en psychiatrie.

➔ Sur la période 2009 - 2013, le nombre de patients hospitalisés dans le cadre d'une intoxication aiguë diminue

Par rapport à 2009, le nombre de patients a baissé de près de 5 % en 2013, alors que la population bretonne augmentait de 3,4 % durant la même période.

Graphique 2. Evolution depuis 2009 du nombre de patients hospitalisés avec intoxication aiguë par territoire de santé du domicile du patient

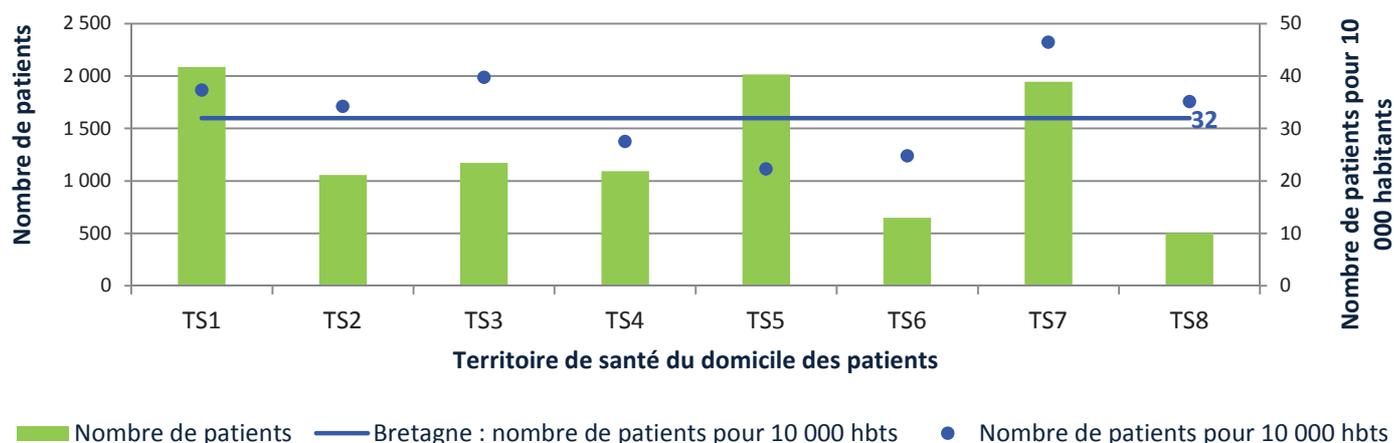


Sources : PMSI MCO, SSR et PSY 2011, 2012 et 2013 et INSEE - RP 2011

Cette diminution est constatée dans tous les territoires, à l'exception des patients domiciliés sur les territoires de santé 7 et 8 dans lesquels le nombre de ces patients a progressé de près de 10 %.

➔ Un taux de patients pour 10 000 habitants qui varie du simple au double selon le territoire de santé

Graphique 3. Nombre de patients hospitalisés dans le contexte d'intoxications aiguës en 2013 selon le territoire de santé du domicile du patient

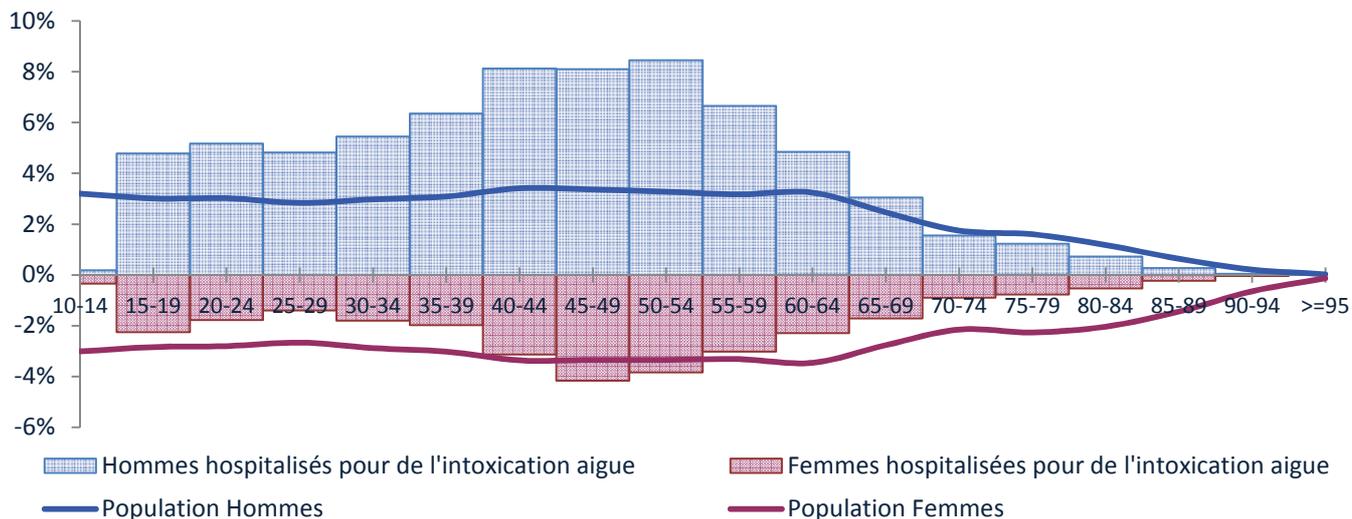


Sources : PMSI MCO, SSR et PSY 2013, INSEE - Projections de population 2013, modèle OMPHALE.

Les patients issus des territoires de santé 1, 5 et 7 sont plus nombreux à être hospitalisés avec intoxication aiguë que dans les autres territoires. Cependant, en rapportant le volume de patients à la population, on constate que le taux de patients pour 10 000 habitants varie du simple au double entre le territoire de santé n°5 (22 patients) et le territoire n°7 (46 patients).

➔ Les personnes âgées de 40 – 55 ans représentent la majorité des personnes hospitalisées avec une intoxication aiguës chez les hommes comme chez les femmes

Graphique 4. Pyramide des âges des patients hospitalisés dans le cadre d'une intoxication aiguë et de la population globale



Sources : PMSI MCO, SSR et PSY 2013, INSEE - Projections de population 2013, modèle OMPHALE.

Note de lecture : exemple sur l'ensemble des patients hospitalisés avec intoxication aiguë, 8 % sont des hommes âgés de 40-44 ans, alors que la population bretonne masculine de 40-44 ans représente 3 % du total de la population bretonne.

70 % des patients hospitalisés dans le cadre d'une intoxication aiguë sont des hommes. Par rapport à la répartition de la population bretonne qui comporte 49 % d'hommes, on constate une surreprésentation importante des hommes hospitalisés avec intoxication aiguë.

En 2013, 36 % des patients hospitalisés sont âgés de 40 à 55 ans. Toutefois, la répartition du nombre de patients en fonction de l'âge présente trois évolutions significatives.

Chez les hommes :

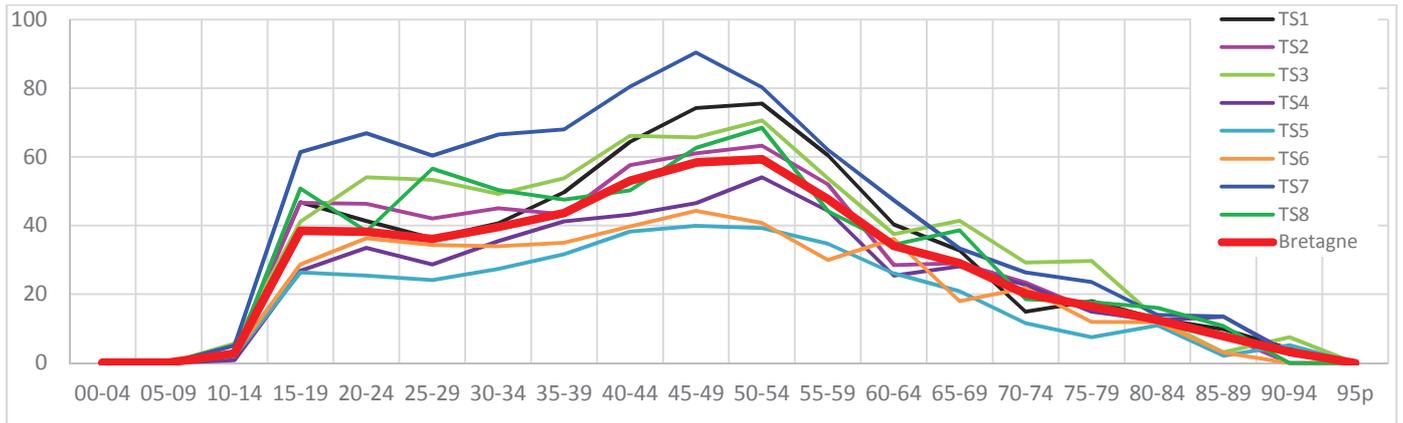
- un premier pic de patients âgés de 15-25 ans (10 % des patients hospitalisés) ;
- puis une augmentation continue de 30 à 50-54 ans (36 % des patients) ;
- au-delà de 55 ans, on constate une diminution régulière du nombre de patients.

Chez les femmes, la répartition des patientes hospitalisées par tranche d'âge suit la même courbe mais les pics sont plus précoces que chez les hommes :

- 15-19 ans ;
- de 30 à 45-49 ans.

Globalement, la part des femmes hospitalisées augmente avec l'âge.

Graphique 5. Nombre de patients hospitalisés dans le cadre d'une intoxication aiguë en 2013 selon le territoire de santé du domicile du patient pour 10 000 habitants

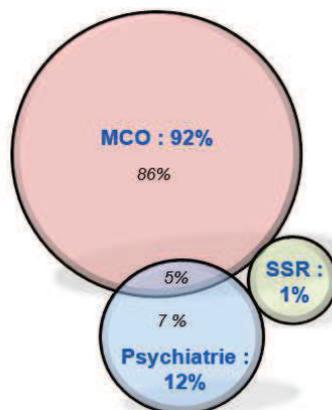


Sources : PMSI MCO, SSR et PSY 2013, INSEE - Projections de population 2013, modèle OMPHALE.

Le profil des courbes est homogène d'un territoire à l'autre. Les différences de taux observés entre les territoires de santé se concentrent entre 20 et 54 ans.

➔ Les patients hospitalisés dans le cadre d'une intoxication aiguë sont principalement pris en charge en MCO

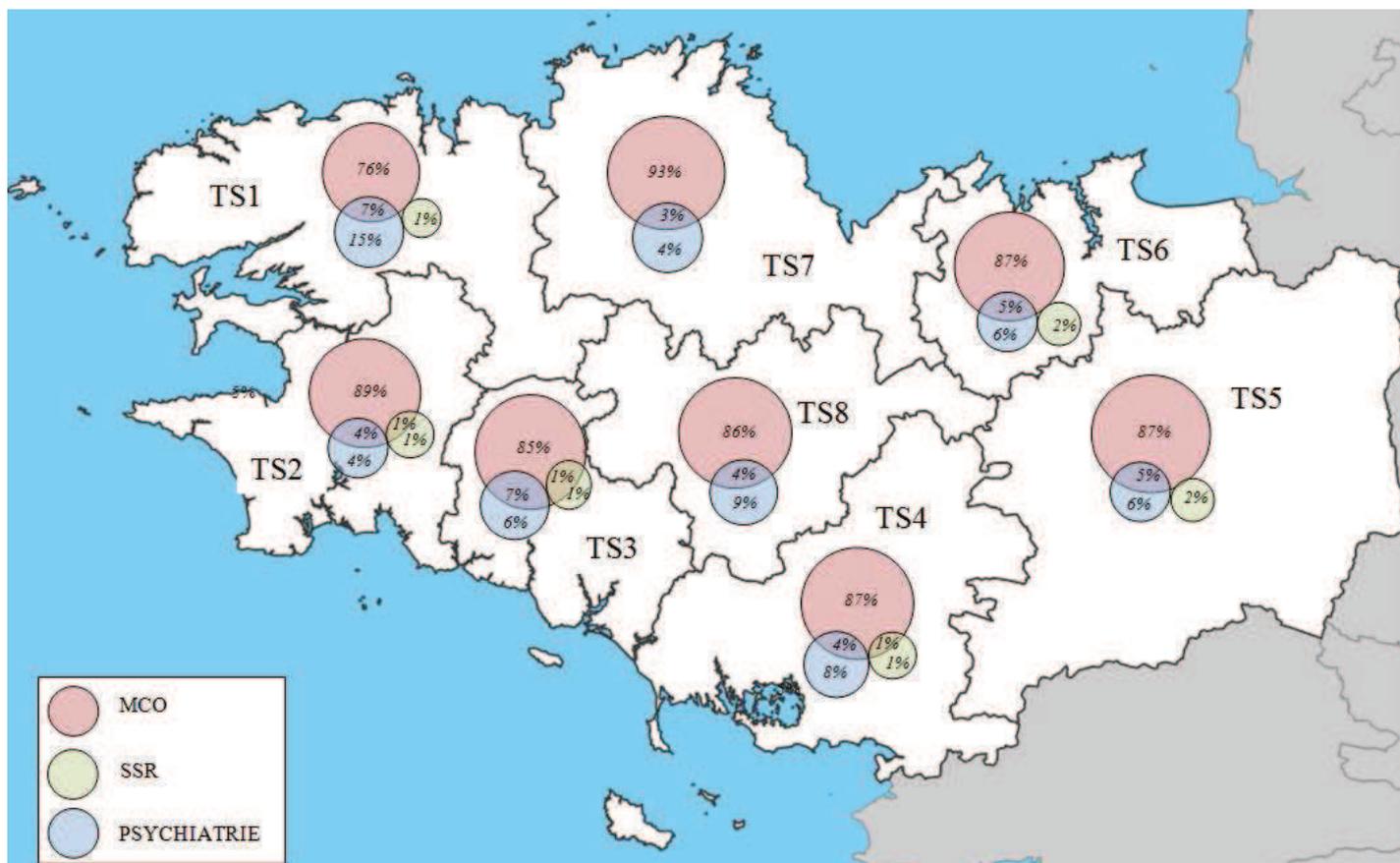
Graphique 6. Répartition des patients hospitalisés dans le cadre d'une intoxication aiguë en fonction des champs d'hospitalisation



Les patients hospitalisés dans le contexte d'une intoxication aiguë au cours de l'année, sont essentiellement pris en charge dans un établissement MCO :

- 92 % des patients, dont 86 % exclusivement, sont pris en charge en MCO ;
- 12 % sont pris en charge en psychiatrie ;
- 5 % sont hospitalisés en MCO et en psychiatrie.

Graphique 7. Répartition des patients hospitalisés dans le cadre d'une intoxication aiguë en fonction des champs d'hospitalisation, par territoire de santé du domicile du patient



Sources : PMSI MCO, SSR et PSY 2013.

Remarque : la taille des bulles n'est pas proportionnelle à l'information représentée.

En Bretagne, la prise en charge des patients hospitalisés dans le contexte d'une intoxication aiguë se fait principalement dans les établissements MCO dans tous les territoires de santé. La part des patients hospitalisés en MCO et/ou psychiatrie est relativement homogène d'un territoire à l'autre. Deux territoires font exception :

- Seuls 7 % des patients domiciliés sur le territoire de santé n°7 sont hospitalisés en psychiatrie (alors que le taux régional est de 12 %) ;
- A l'opposé ce taux atteint 22 % dans le territoire de santé n°1.

Ces différences ne sont pas expliquées par l'offre en addictologie dans ces territoires.

➔ 20 % des patients sont ré-hospitalisés au cours de l'année 2013

Tableau 13. Nombre de séjours par patients et taux de patients ré-hospitalisés

| | Domicile du patient | | | | | | | | |
|---|---------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| | Bretagne | TS1 | TS2 | TS3 | TS4 | TS5 | TS6 | TS7 | TS8 |
| MCO + psychiatrie | | | | | | | | | |
| Nombre moyen de séjours par patient | 1,4 | 1,6 | 1,4 | 1,4 | 1,3 | 1,4 | 1,3 | 1,5 | 1,3 |
| Part des patients du territoire hospitalisés plusieurs fois | 20 % | 23 % | 17 % | 18 % | 20 % | 20 % | 17 % | 20 % | 18 % |
| MCO | | | | | | | | | |
| Nombre moyen de séjours par patient | 1,3 | 1,3 | 1,2 | 1,3 | 1,3 | 1,3 | 1,2 | 1,4 | 1,2 |
| Psychiatrie | | | | | | | | | |
| Nombre moyen de séjours par patient | 1,7 | 2,0 | 2,2 | 1,7 | 1,3 | 1,4 | 1,5 | 1,4 | 1,7 |

Sources : PMSI MCO et PSY 2013.

En 2013, 20 % des patients bretons sont hospitalisés plusieurs fois avec intoxication aiguë. Ce taux varie de 17 % (territoires 2 et 6) à 23 % (territoire 1).

Le nombre moyen de séjours par patient est de 1,4 séjour sur l'année, variant de 1,3 à 1,6 selon les territoires. Le taux de ré-hospitalisation est plus marqué en psychiatrie : les patients concernés réalisent en moyenne 1,7 séjour.

➔ Des taux de recours standardisés nettement supérieurs aux taux nationaux

Tableau 14. Taux de recours standardisés 2013, pour les intoxications aiguës

| | Taux de recours standardisé MCO Nombre de <u>séjours</u> pour 10 000 habitants | Taux de recours standardisé PSY Nombre de <u>journées</u> pour 10 000 habitants | Taux de recours standardisé SSR Nombre de <u>journées</u> pour 10 000 habitants |
|-------------------------|--|--|--|
| Territoire de santé n°1 | 42 | 219 | 17 |
| Territoire de santé n°2 | 41 | 83 | 9 |
| Territoire de santé n°3 | 49 | 101 | 12 |
| Territoire de santé n°4 | 33 | 97 | 16 |
| Territoire de santé n°5 | 27 | 78 | 17 |
| Territoire de santé n°6 | 29 | 96 | 12 |
| Territoire de santé n°7 | 67 | 51 | 6 |
| Territoire de santé n°8 | 38 | 281 | 2 |
| Bretagne | 39 | 113 | 14 |
| France | 26 | 66 | 7 |

Sources : PMSI MCO, SSR et PSY 2013, INSEE – RP 2011.

En MCO, le taux de recours standardisé régional est de 39 séjours pour 10 000 habitants ce qui est supérieur au taux moyen national (26 séjours pour 10 000 habitants). A l'échelle des territoires de santé, 4 territoires se distinguent par un taux de recours supérieur par rapport au taux moyen régional, et notamment le territoire de santé n°7. A l'inverse, les territoires de santé 5, 6 et 8 présentent des taux de recours inférieurs, mais qui restent supérieurs au taux moyen national.

En psychiatrie, le taux de recours régional est de 113 journées pour 10 000 habitants, taux nettement supérieur au taux moyen national (66 journées). A l'échelle des territoires de santé, les territoires de santé n°1 et 8 affichent des taux de recours nettement supérieurs au taux moyen régional. Les territoires n°2, 3, 4, 5, 6 et 7 ont des taux de recours inférieurs à 100 jours pour 10 000 habitants. Seul le territoire 7 présente un taux de recours inférieur au taux national.

Concernant les patients pris en charge dans un établissement SSR (pas uniquement autorisé en addictologie), le taux de recours régional est le double de celui observé au niveau national. Par territoire de santé, les taux varient de 2 journées pour 10 000 habitants (territoire 8) à 17 journées (territoires 1 et 5).

III. 2. Prise en charge dans les établissements de santé bretons

Ce chapitre analyse la prise en charge des patients hospitalisés dans un contexte d'intoxication aiguë en diagnostic principal ou associé dans les établissements bretons.

Ces prises en charge sont décrites selon le lieu d'hospitalisation, indépendamment du domicile du patient. Ainsi, les patients non bretons hospitalisés en Bretagne sont pris en compte dans l'analyse et les patients bretons hospitalisés en dehors de la région sont exclus ; un patient domicilié sur le territoire 2 et hospitalisé sur le territoire 5 sera comptabilisé dans le territoire 5.

III. 2.1. Activité dans les établissements sanitaires bretons

En 2013, 15 291 séjours ont été réalisés dans les établissements sanitaires bretons en état d'intoxication aiguë (en diagnostic principal ou associé).

Tableau 15. Répartition du volume de séjours réalisés pour la prise en charge d'une intoxication aiguë et de la population par territoire de santé.

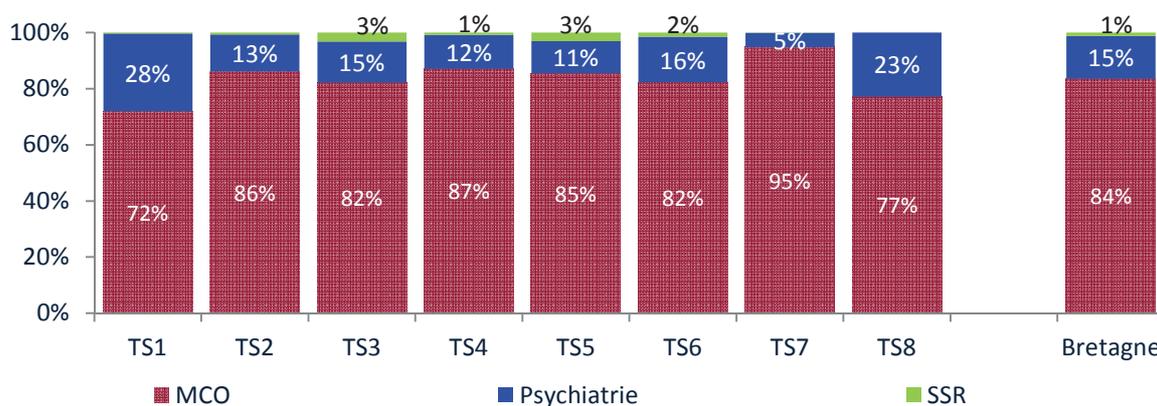
| | TS1 | TS2 | TS3 | TS4 | TS5 | TS6 | TS7 | TS8 | Bretagne |
|-----------------------------------|------|-----|------|------|------|-----|------|-----|----------|
| Répartition du volume de séjours | 22 % | 9 % | 11 % | 10 % | 19 % | 5 % | 19 % | 4 % | 100 % |
| Répartition de la population 2013 | 17 % | 9 % | 9 % | 12 % | 27 % | 8 % | 13 % | 4 % | 100 % |

Sources : PMSI MCO, SSR et PSY 2013 et INSEE - Projections de population 2013

61 % des séjours sont réalisés dans les établissements des territoires n° 1, 5 et 7.

➔ Une prise en charge principalement dans les établissements MCO

Graphique 8. Répartition des séjours réalisés avec intoxication aiguë par territoire de santé



Sources : PMSI MCO, SSR et PSY 2013.

En 2013, 84 % des séjours sont pris en charge par **les établissements MCO**, correspondant à 91 % des patients. La durée moyenne de présence en MCO en hospitalisation complète est de 3 jours par patient.

L'activité MCO est particulièrement importante sur le territoire de santé 7 dans la prise en charge des intoxications aiguës (95 % des séjours réalisés sur le territoire et 97 % des patients), la durée moyenne de présence en hospitalisation complète sur ce territoire étant de 3 jours.

Les établissements de santé mentale prennent en charge 15 % du total des séjours pour 13 % des patients hospitalisés. La durée moyenne de présence en psychiatrie en hospitalisation temps plein est de 22 jours par patient.

A l'échelle des territoires de santé, les territoires 1 et 8 se distinguent par des taux de séjours supérieurs aux taux régionaux.

En SSR, 200 séjours sont réalisés, soit 1 % du nombre total de séjours avec intoxication aiguë. A l'échelle des territoires de santé, les territoires 3 et 5 se distinguent par un nombre de séjours réalisés légèrement supérieurs à la moyenne régionale. Ceci est en lien avec la présence de deux centres SSR spécialisés en addictologie : le Phare et Kerdudo (TS3), l'Escale et la clinique Philae (TS5).

A noter que le CH de Lannion, situé sur le territoire 6, prend en charge 2 % des séjours SSR alors qu'il ne dispose pas d'une organisation spécifique pour les addictions en SSR.

III. 2.2. Activité dans les établissements MCO bretons

➔ Les séjours avec une intoxication aiguë représentent 1,5 % du total des séjours en MCO

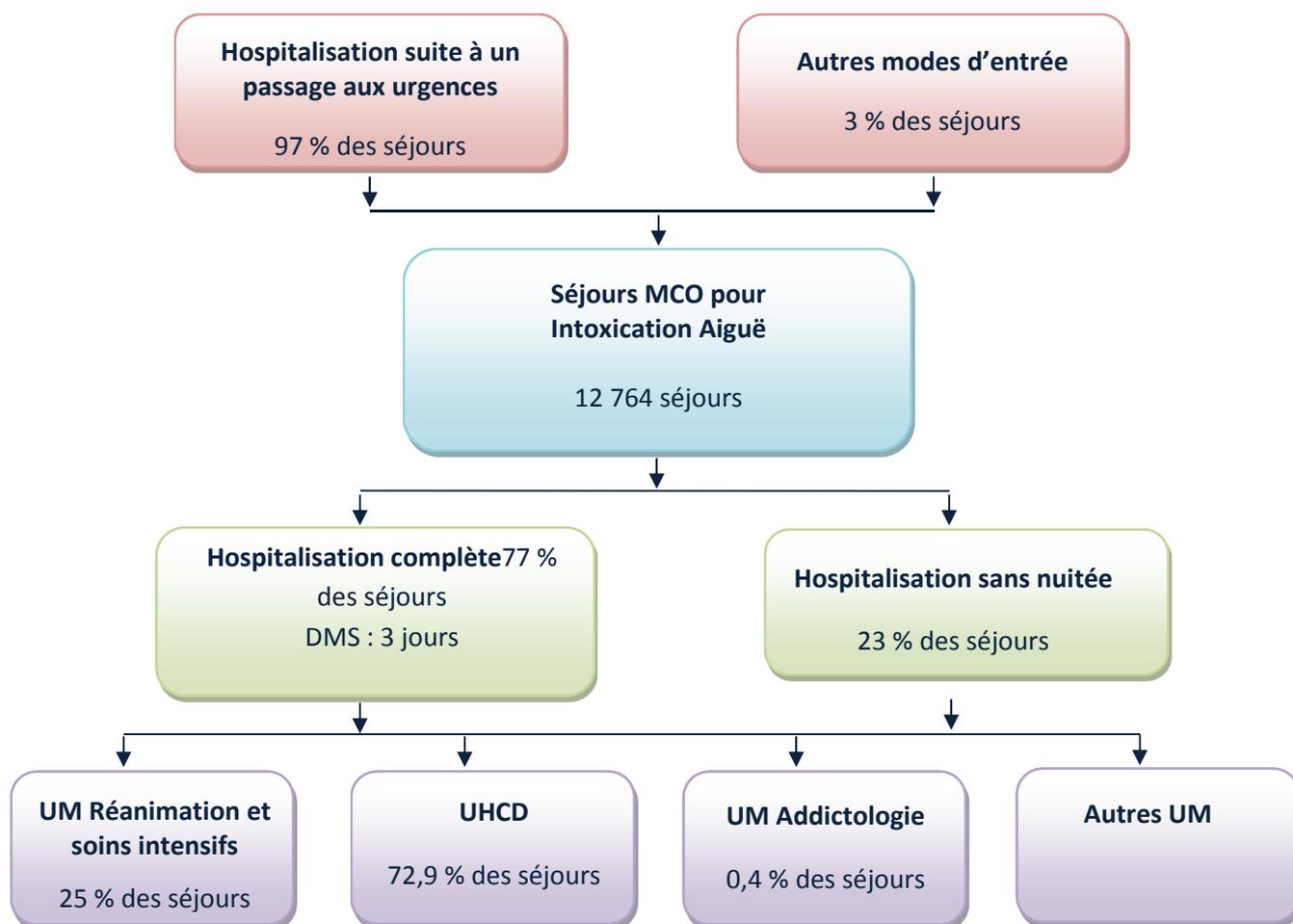
En 2013, 12 764 séjours ont été réalisés dans les établissements MCO bretons, correspondant à 9 684 patients.

Parmi les établissements, 22 ont pris en charge plus de 100 séjours en 2013, en particulier dans 6 des 8 CH de référence : le CHU de Rennes (14 % des séjours réalisés en Bretagne), le CH de St-Brieuc (13 %), le CHU de Brest (11 %), le CHBS de Lorient (9 %), le CHBA de Vannes (8 %) et le CHIC de Quimper (7 %).

Dans l'activité totale de MCO, les séjours relatifs à l'intoxication aiguë représentent 1,5 % du total des séjours en MCO (hors séances et hors séjours en erreur). A l'échelle des territoires de santé, cette part globalement homogène varie de 1,1 % pour les territoires 5 et 6, à 2,3 % pour les territoires 7. Trois établissements présentent une part supérieure à 5 % : le CH le Palais (6 %), le CH de Quimperlé (5 %) et le CH de Paimpol (5 %).

➔ Les séjours principalement réalisés en hospitalisation complète font suite à un passage aux urgences et sont pris en charge dans une unité de courte durée (UHCD)

Graphique 9. Caractéristiques des séjours de MCO pour la prise en charge de patients souffrant d'intoxication aiguë en 2013 (région Bretagne)



Sources : PMSI MCO 2013.

Note de lecture : l'hospitalisation sans nuitée correspond à l'hospitalisation partielle (au sens du PMSI). Ces séjours correspondent à une entrée du patient et sa sortie le même jour. Par exemple si un patient est rentré le 15 juillet à 1h dans une UHCD et sorti le 15 juillet à 17h, le séjour correspond à un séjour en hospitalisation « partielle ».

Les séjours réalisés dans les établissements MCO pour la prise en charge de patients présentant une intoxication aiguë (en diagnostic principal ou associé) se caractérisent par :

- Une admission suite à un passage dans les services d'urgence dans 97 % des cas ;
- Une hospitalisation complète pour 77 % des séjours. Deux CH de référence se distinguent par une part de séjours inférieure à la moyenne régionale : le CHIC de Quimper (69 % des séjours) et le CHBS de Lorient (70,5 %) ;
- Une durée moyenne de séjour en hospitalisation complète de 3 jours alors que la durée moyenne de séjour globale en MCO est de 5,8 jours ;
- Pour 73 % des séjours, les patients sont pris en charge dans une UHCD ;
- En Bretagne, 2,5 % de séjours relatifs à la prise en charge d'une intoxication aiguë s'accompagnent d'un passage dans une unité de réanimation ou de soins intensifs. 9 établissements sont concernés par ces prises en charge,

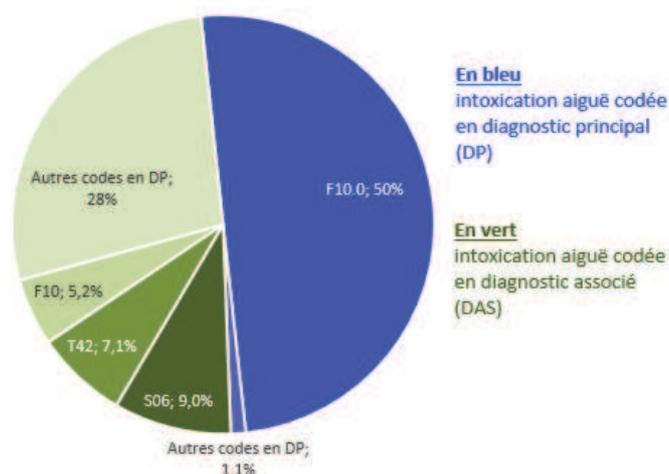
notamment : le CHU de Rennes (6,3 % des séjours relatifs à une intoxication aiguë), le CH de St-Malo (4,2 %), le CHU de Brest (4,1 %) et le CH de Morlaix (4 %). Sur les 321 séjours avec un passage en réanimation ou en soins intensifs, 15 % présentent une intoxication aiguë en diagnostic principal.

Parmi les séjours relatifs à une intoxication aiguë en diagnostic associé, 21 % ont un diagnostic principal codé en S06 « Lésion traumatique intracrânienne » et 18 % sont hospitalisés avec intoxication par anti-épileptiques, sédatifs, hypnotiques et anti-parkinsoniens (code T42 de la CIM-10) ;

- Seul 0,4 % des séjours comptent un passage dans une unité d'addictologie. 4 établissements sont concernés : le CH de Dinan (8,2 % des séjours), le CHBA (1,3 %), le CHU de Rennes (0,3 %) et le CHBS (0,2 %).

➔ L'intoxication alcoolique aiguë est le motif principal de l'hospitalisation pour la moitié des séjours

Graphique 10. Répartition des séjours MCO avec intoxication aiguë en fonction du type de codage



Sources : PMSI MCO 2013

Note de lecture :

- Code F10.0 = intoxication éthylique aiguë ;
- Code S06 := lésions traumatiques intracrâniennes ;
- Code T42 = intoxication par anti-épileptiques, sédatifs, hypnotiques et anti-parkinsoniens ;
- Code F10 (hors F10.0) : diagnostic principal relatifs aux mésusages de l'alcool.

Pour 51 % des séjours, l'intoxication aiguë est le motif principal de l'hospitalisation (6 520 séjours) : 50 % avec une intoxication alcoolique aiguë et 1 % pour une intoxication aux médicaments ou aux produits illicites.

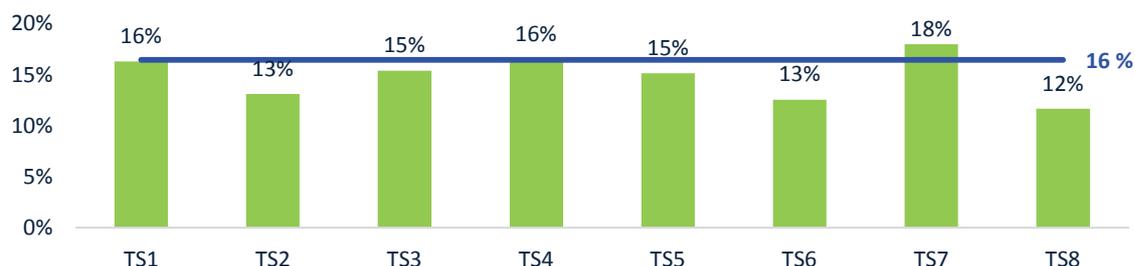
Pour 49 % des séjours, l'intoxication aiguë est codée en diagnostic associé. Les motifs principaux d'hospitalisation de ces séjours sont nombreux. Parmi les principaux, on constate :

- les lésions traumatiques intracrâniennes (code S06 de la CIM-10) pour 18 % des séjours avec une intoxication aiguë en diagnostic associé ;
- l'intoxication par anti-épileptiques, sédatifs, hypnotiques et anti-parkinsoniens (code T42 de la CIM-10) pour 14 % des séjours. Ces séjours correspondent très certainement à des tentatives de suicides par intoxication médicamenteuse ;
- 11 % des séjours ont un diagnostic principal relatif aux mésusages de l'alcool (codes CIM-10 : F101, F102, F103, F104).

A noter l'importance et la diversité des autres diagnostics principaux associés à une intoxication aiguë.

➔ 16 % des patients hospitalisés en 2013 dans un établissement breton avec intoxication aiguë ont réalisé plusieurs séjours en MCO dans l'année pour le même motif

Graphique 11. Pourcentage de patients ré-hospitalisés en Bretagne en 2013 dans un contexte d'intoxication aiguë



Sources : PMSI MCO 2013

Remarque : si un patient est hospitalisé une fois dans le TS1 et une fois dans le TS2, il n'aura réalisé qu'un seul séjour dans le TS1 et TS2, mais deux séjours en Bretagne

En 2013, 16 % des patients hospitalisés dans un établissement breton avec intoxication aiguë (en diagnostic principal ou diagnostic associé) ont réalisés plusieurs séjours.

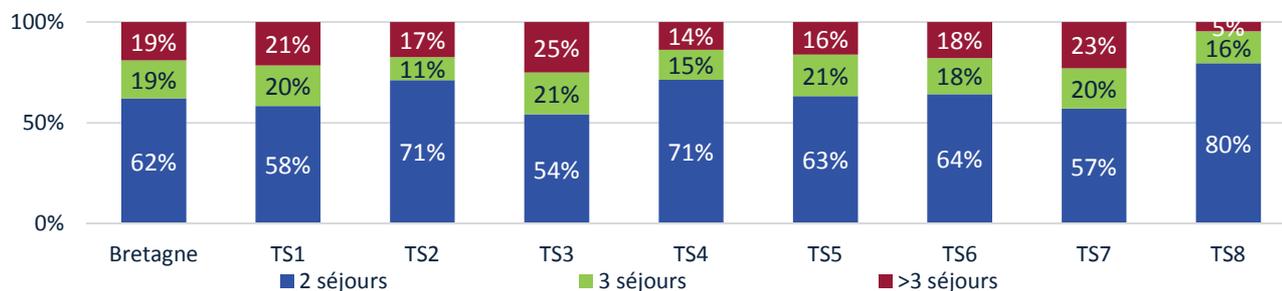
Le territoire de santé n°7 présente un taux de ré-hospitalisation plus important que les autres territoires. Dans ce territoire, 2 établissements affichent un taux élevé de patients ré-hospitalisés avec intoxication aiguë :

- Le CH de St-Brieuc : 19 % des patients ont été hospitalisés plusieurs fois dans l'établissement ;
- Le CH de Guingamp : 18 % des patients.

Le CHBA de Vannes présente également un taux plus élevé que le niveau régional de 17 %.

A l'inverse les établissements des territoires 2, 6 et 8 présentent des taux de ré-hospitalisation plus faibles.

Graphique 12. Répartition des patients en fonction du nombre de ré-hospitalisations avec intoxication aiguë



Sources : PMSI MCO 2013

Remarque : si un patient est hospitalisé une fois dans le TS1 et une fois dans le TS2, il n'aura réalisé qu'un seul séjour dans le TS1 et TS2, mais deux séjours en Bretagne

Sur l'année 2013, 62 % des patients sont ré-hospitalisés une seule fois pendant l'année, 19 % sont hospitalisés trois fois dans l'année et 19 % plus de trois fois.

Les territoires de santé 1, 2, 4 et 7 se distinguent par une part de patients hospitalisés plus de trois fois plus importante que la moyenne régionale.

III. 2.3. Activité dans les établissements psychiatriques bretons

➔ Les journées avec une intoxication aiguë représentent 2,2 % du total des journées de psychiatrie

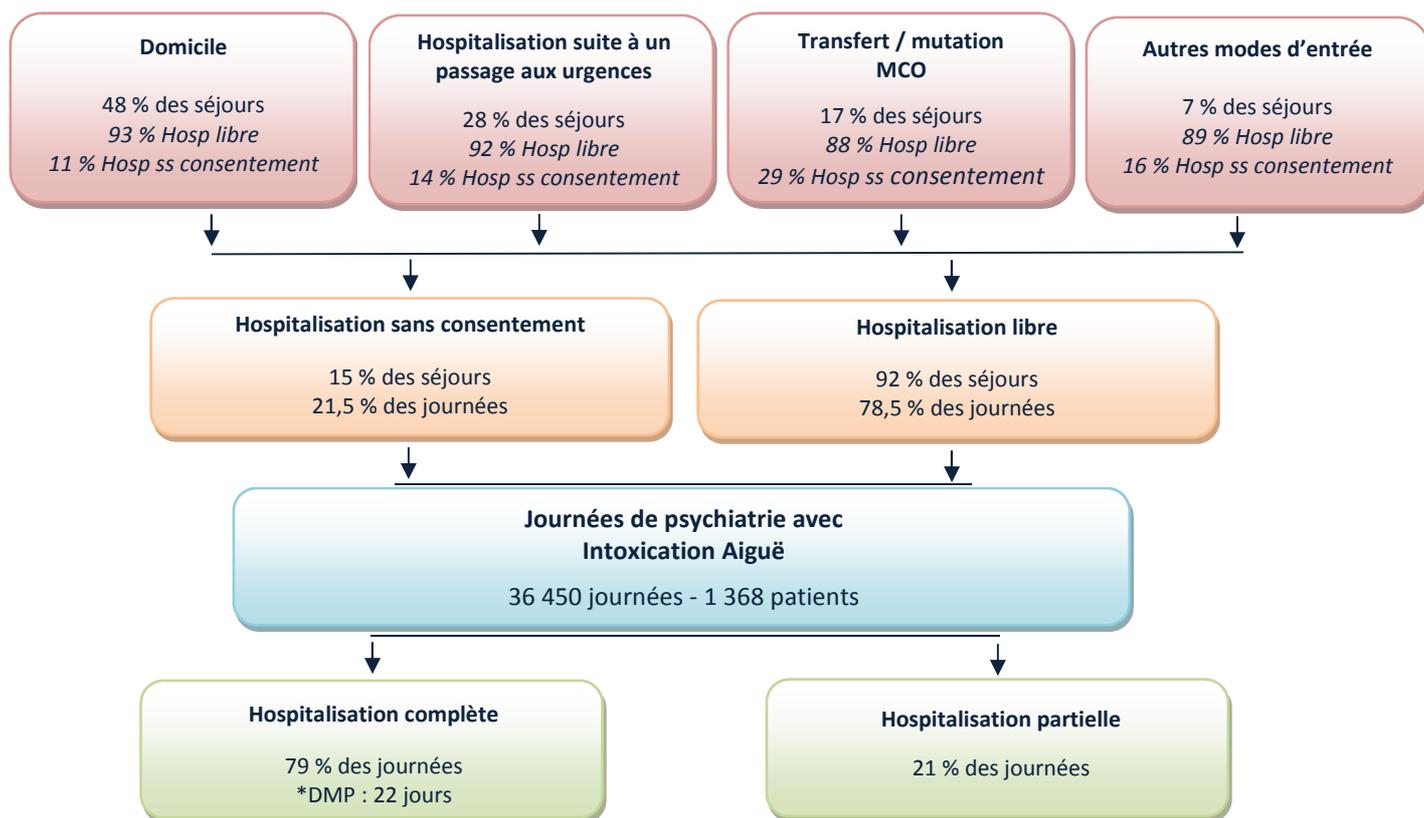
En 2013, 36 450 journées ont été réalisées dans les établissements psychiatriques bretons, correspondant à 1 368 patients. Ce nombre de journées diminue de 20 % par rapport à 2009.

24 établissements psychiatriques ont pris en charge des patients souffrant d'intoxication aiguë, notamment le CH de Morlaix, l'EPSM St-Avé, le CH Guillaume Régnier à Rennes et le CH de Plouguernevel qui ont réalisé plus de la moitié des journées.

Dans l'activité totale de psychiatrie, les journées réalisées pour des patients présentant une intoxication aiguë en diagnostic principal ou associé représentent 2,2 % des journées de psychiatrie. A l'échelle des territoires de santé, cette part varie de 1,1 % pour le territoire 7 à 4,3 % pour le territoire 8. Dans l'activité psychiatrique totale des établissements, quatre établissements se distinguent par une part de journées relatives à une intoxication aiguë supérieure à la moyenne régionale : le CH de Morlaix (8 % des journées), le CH de Plouguernevel (4,9 %), le CH de Redon (3,9 %) et le CH de Landerneau (3,2 %).

➔ Les journées avec une intoxication aiguë sont principalement réalisées en hospitalisation complète, en provenance du domicile et en hospitalisation libre

Graphique 13. Caractéristiques des journées de PSY pour la prise en charge de patients souffrant d'intoxication aiguë en 2013 (région Bretagne)



Sources : RIM-P 2013.

Note de lecture :

- En psychiatrie, l'hospitalisation complète englobe les prises en charge en hospitalisation temps plein, en séjour thérapeutique, en hospitalisation à domicile, en placement familial thérapeutique, en centre de postcure et en centre de crise. L'hospitalisation partielle regroupe les prises en charge en hospitalisation de jour, en hospitalisation de nuit et l'activité réalisée dans les ateliers thérapeutiques ;

- Les mutations correspondent aux mouvements au sein d'un même établissement (même entité juridique). Par exemple, un patient est muté de l'unité MCO du CHU Brest vers l'unité psychiatrique du CHU Brest. Les transferts correspondent aux mouvements entre deux établissements différents (entité juridique différente). Par exemple, un patient est transféré du service MCO du CHU de Rennes vers les services psychiatriques du CH Guillaume Rénier ;
- Pour chaque mode d'entrée, les sommes des pourcentages des hospitalisations libres et des hospitalisations sans consentement peuvent être supérieures à 100 %. En effet, un patient peut changer de mode légal de soins pendant le séjour. Exemple : pendant un même séjour, un patient peut commencer les soins psychiatriques à la demande d'un tiers (hospitalisation sans consentement) et terminer le séjour en hospitalisation libre ;
- *DMP = durée moyenne de présence en hospitalisation temps plein.

Les séjours en établissement de santé mentale avec intoxication aiguë se caractérisent par :

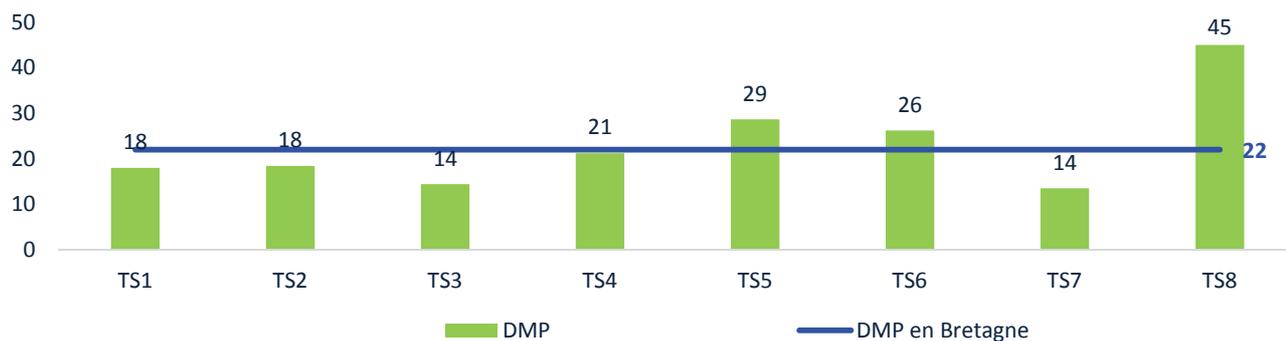
- Un mode d'entrée direct (48 % proviennent du domicile) ;
- Une entrée par les urgences pour 28 % des séjours en moyenne. Plusieurs établissements de santé mentale présentent des taux nettement supérieurs au taux régional : le CH de St-Malo (57 % des entrées), le CH de Morlaix (50 %), le CH de Landerneau (48 %), le CH de Quimperlé (48 %) et le CH de Charcot à Caudan (45 % des entrées). A noter qu'à l'exception du CH de Caudan, les CH correspondent à des établissements autorisés en MCO et santé mentale.
- Un transfert ou une mutation d'un service MCO pour 17 % des séjours. Plusieurs établissements de santé mentale affichent des taux nettement supérieurs au taux régional : le CH Guillaume Rénier à Rennes (47 % des entrées), le CH de Redon (42 %), la Clinique La Cerisaie (33 %) et le CH de Plouguernevel (32 %) ;
- Une part d'hospitalisation de soins sans consentement avec intoxication aiguë proche de la part globale en psychiatrie (14 % des séjours). 6 établissements se distinguent avec une part de séjours en soins sans consentement supérieure à la part régionale : le CH de Redon (48 % des séjours), le CH de St-Malo (38 %), le CH de Plouguernevel (26 %), l'EPSM de St-Avé (24 %), le CHGR de Rennes (24 %) et le CH Le Bon Sauveur (20 %) ;
- Une prise en charge en hospitalisation complète de 79 % des journées, et plus précisément en hospitalisation à temps plein (le taux global de prise en charge en hospitalisation complète en psychiatrie est de 76 %). Trois CH de référence se distinguent par une part de journées inférieure à la moyenne régionale : l'EPSM de St-Avé (70 % des journées), le CH de Morlaix (66 %) et le CH de Landerneau (56,5 %).

➔ Une durée moyenne de présence très hétérogène en psychiatrie selon les territoires de santé

Contrairement à la durée moyenne de séjour (le rapport du nombre de journées sur le nombre de séjours), la durée moyenne de présence (le rapport du nombre de journées sur le nombre de patients) calcule une durée moyenne annuelle de prise en charge en hospitalisation à temps plein des patients, indépendamment de la segmentation médico-administrative des séjours (ex : permissions thérapeutiques pendant un séjour).

En psychiatrie, sur l'année 2013, les patients ont été hospitalisés à temps plein en moyenne 22 jours. La durée moyenne de présence varie de 14 jours à 45 jours selon les territoires.

Graphique 14. Par territoire de santé, durée moyenne de présence en hospitalisation temps plein en psychiatrie pour l'année 2013

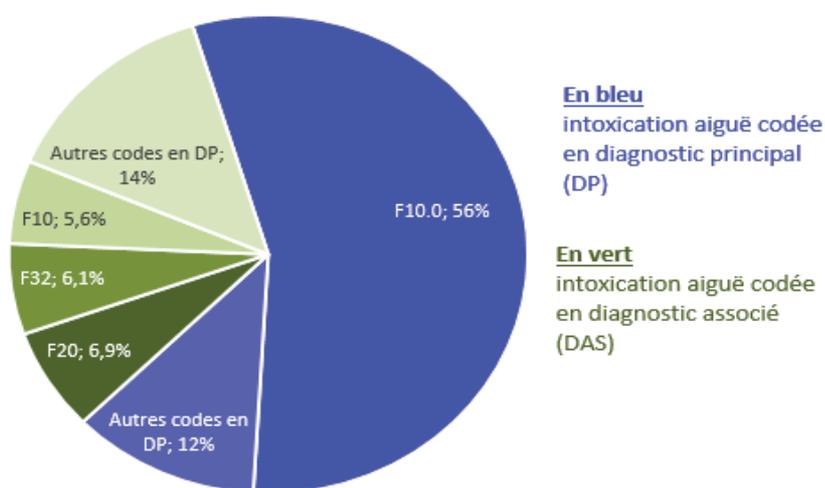


Sources : RIM-P 2013.

Remarque : DMP = durée moyenne de présence en hospitalisation temps plein (nombre de journées en hospitalisation temps plein / nombre de patients en hospitalisation temps plein).

➔ L'intoxication aiguë est le motif principal de l'hospitalisation pour 67 % des journées

Graphique 15. Répartition des journées psychiatriques avec intoxication aiguë en fonction du type de codage



Sources : RIM-P 2013.

Note de lecture :

- Code F10.0 = intoxication éthylique aiguë ;
- Code F20 = schizophrénie ;
- Code F32 = épisodes dépressifs ;
- Code F10 = (hors F10.0) diagnostic principal relatifs aux mésusages de l'alcool.

Pour deux tiers des journées, l'intoxication aiguë est le motif principal de l'hospitalisation (24 563 journées) : 56 % avec une intoxication alcoolique aiguë et 12 % pour une intoxication aux médicaments ou aux produits illicites.

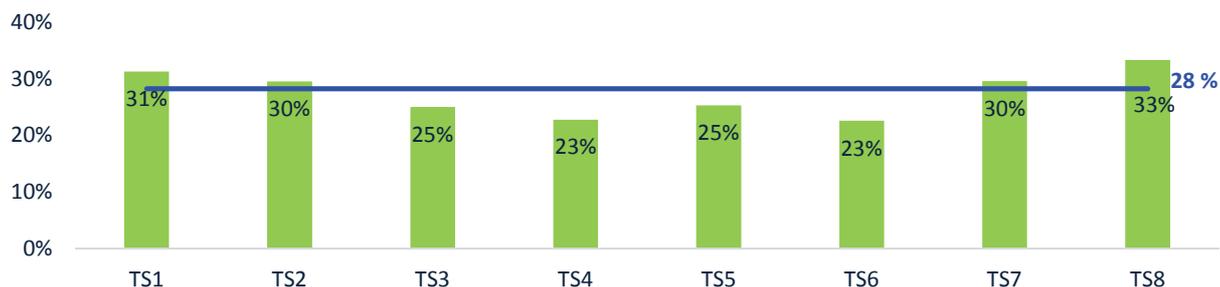
Pour un tiers des journées, l'intoxication aiguë n'est pas le motif principal de l'hospitalisation. Toutefois il est constaté et codé en diagnostic associé. Les motifs principaux d'hospitalisation sont nombreux, parmi lesquels :

- la schizophrénie (code F20 de la CIM-10) pour 19 % des journées ;
- les épisodes dépressifs (code F32 de la CIM-10) pour 19 % des journées ;
- les mésusages de l'alcool (codes CIM-10 : F101, F102, F103, F104) pour 17 % des journées.

Il est à noter que le diagnostic associé est encore peu codé dans le RIM-P.

➔ 28 % des patients hospitalisés dans un établissement de santé mentale breton avec intoxication aiguë ont réalisé plusieurs séjours en psychiatrie

Graphique 16. Pourcentage de patients ré-hospitalisés en Bretagne en 2013 avec intoxication aiguë



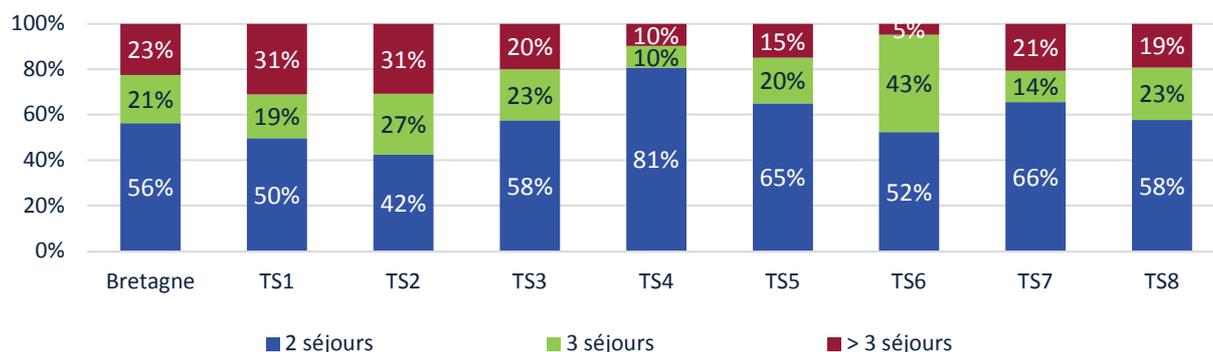
Sources : RIM-P 2013.

Note de lecture : si un patient est hospitalisé une fois dans le TS1 et une fois dans le TS2, il n'aura réalisé qu'un seul séjour dans le TS1 et TS2, mais deux séjours en Bretagne.

En 2013, 28 % des patients hospitalisés dans un établissement de santé mentale breton avec intoxication aiguë (en diagnostic principal ou associé) ont réalisé plusieurs séjours.

Les territoires de santé n°1, 2, 7 et 8 présentent un taux de ré-hospitalisation plus important que les autres territoires.

Graphique 17. Répartition des patients en fonction du nombre de ré-hospitalisation avec intoxication aiguë en 2013



Sources : RIM-P 2013.

Note de lecture : si un patient est hospitalisé une fois dans le TS1 et une fois dans le TS2, il n'aura réalisé qu'un seul séjour dans le TS1 et TS2, mais deux séjours en Bretagne.

Sur l'année 2013, 56 % des patients sont ré-hospitalisés une seule fois pendant l'année, 21 % sont hospitalisés trois fois et 23 % plus de trois fois.

Les territoires de santé 1 et 2 se distinguent par une part de patients hospitalisés plus de trois fois plus importante que la moyenne régionale.

III. 2.4. Activité dans les établissements SSR bretons

➔ Les journées relatives à une intoxication aiguë en SSR sont principalement réalisées dans les centres de post-cure Le Phare à Lorient et l'Escale à Rennes

En 2013, 5 047 journées ont été réalisées dans les établissements SSR bretons avec intoxication aiguë.

Le nombre de journées réalisées en SSR pour la prise en charge des intoxications aiguës est très faible dans l'activité totale SSR (0,3 % des journées) et dans l'activité totale relative aux intoxications aiguës (8 % des journées).

Seuls le centre Le Phare à Lorient et le centre de l'Escale à Rennes se distinguent avec une part de journées relatives à une intoxication aiguë dans leur activité totale de SSR significativement plus importante que la moyenne régionale (respectivement : 4 % et 19 %).

III. 3. Taux de fuites et d'attractivité

Le taux de fuite analyse le nombre de séjours réalisés par les patients d'un territoire donné dans un établissement situé à l'extérieur du territoire. Par exemple, sur l'ensemble des séjours relatifs à l'intoxication aiguë pour des patients du territoire 3, part réalisée dans un établissement localisé à l'extérieur du territoire 3.

Le taux d'attractivité analyse le nombre de séjours réalisés dans un territoire donné pour des patients non domiciliés sur le territoire. Par exemple, sur l'ensemble des séjours relatifs à une intoxication aiguë réalisés sur le territoire 5, part réalisée pour des patients qui ne sont pas domiciliés sur le territoire 5.

Ce chapitre n'analyse pas les taux de fuites et d'attractivités en psychiatrie car l'offre de soins psychiatriques se caractérise par une organisation territoriale découpée en secteurs. Le découpage des secteurs ne respectent pas toujours le découpage des territoires de santé, ce qui rend difficile l'analyse des taux de fuites et attractivité.

Les données relatives aux taux de fuites et d'attractivité doivent être analysées au regard du mode d'admission qui se fait très majoritairement via les urgences.

La mobilité des publics peut être liée aux lieux de festivité, aux études et aux lieux de travail.

➔ En Bretagne, peu d'échanges de patients avec les autres régions mais des mouvements entre les territoires de santé

Tableau 16. Taux de fuites et d'attractivité pour des patients hospitalisés en MCO avec intoxication aiguë

| | TS1 | TS2 | TS3 | TS4 | TS5 | TS6 | TS7 | TS8 | Bretagne |
|---------------------------------|-------|-------|-------|--------|--------|--------|-------|--------|----------|
| Taux de fuite 2013 | 4,1 % | 9,3 % | 7,4 % | 10,8 % | 9,1 % | 20,0 % | 4,4 % | 27,3 % | 2,4 % |
| Taux d'attractivité 2013 | 8,2 % | 8,9 % | 7,5 % | 11,3 % | 11,9 % | 8,5 % | 6,3 % | 9,9 % | 2,7 % |

Sources : PMSI MCO 2013

Dans les prises en charge en MCO, le taux de fuites des patients bretons est faible et presque équivalent au taux d'attractivité des établissements bretons (respectivement 2,4 % et 2,7 %).

A l'échelle des territoires de santé, le mouvement des patients est plus important. En effet, le territoire de santé 5 présente un taux d'attractivité nettement supérieur au taux de fuites (12 % vs 9 %). A l'inverse les territoires 6 et 8

affichent un taux de fuites plus important que le taux d'attractivité. Pour le territoire 6, le taux de fuites élevé est lié aux patients de moins de 25 ans qui sont hospitalisés dans les établissements du territoire 5 et 7. Pour le territoire 8, on constate une fuite globale à tous les âges vers l'ensemble des territoires de santé (hors territoire 6) et plus particulièrement vers le territoire 4.

III. 4. Analyse territoriale

Territoire de santé 1 « Brest - Carhaix - Morlaix »

En 2013, la population du TS1 est de 549 639 habitants et représente 17 % de la population bretonne. Parmi cette population, 30 % a moins de 25 ans.

➔ Population impactée par l'hospitalisation avec intoxication aiguë

La population bretonne domiciliée sur le territoire de santé n°1 (territoire de Brest, Morlaix, Carhaix) est la 3^{ème} en Bretagne la plus impactée par les hospitalisations avec intoxication aiguë, avec 37 patients pour 10 000 habitants (32 patients pour 10 000 habitants en Bretagne).

➔ Une part non négligeable de patients pris en charge en psychiatrie (23 %)

Les hospitalisations de ces patients sont principalement réalisées dans les établissements MCO (84 % des patients), mais ce territoire se distingue du reste de la région par un taux de patients domiciliés sur le TS1 hospitalisés en psychiatrie important par rapport au reste de la région (12 % en 2013).

➔ Forte consommation de soins en MCO et en psychiatrie

Par rapport au niveau régional, les taux de recours standardisés sont importants en MCO (42 séjours pour 10 000 habitants versus 39 séjours pour la Bretagne) et plus encore en psychiatrie (219 journées pour 10 000 habitants versus 113 journées pour la Bretagne).

➔ En MCO, les établissements du TS1 ont des pratiques comparables à la région

Pour les établissements MCO localisés sur le territoire, les séjours relatifs à une intoxication aiguë représentent 1,6 % du total des séjours en MCO réalisés dans les établissements du territoire (1,5 % pour le niveau régional).

Concernant les pratiques de prise en charge des patients présentant une intoxication aiguë dans les établissements du TS1, elles sont globalement similaires au niveau régional :

- taux d'hospitalisation complète (78 %) ;
- taux de séjours avec un passage aux urgences (97 %) ;
- 16 % des patients pris en charge dans le MCO ont été ré-hospitalisés.

Toutefois, le CHRU de Brest et le CH Morlaix se distinguent par des parts de prise en charge en unité de réanimation ou soins intensifs plus importantes que le niveau régional (respectivement 4,1 % des séjours et 4 % versus 2,5 % en Bretagne).

A noter l'absence de prise en charge des intoxications aiguës dans les unités dédiées à l'addictologie, en lien avec l'absence de niveau 2 en MCO sur le territoire.

➔ Sur le TS1, les journées relatives à une intoxication aiguë représentent 4 % du total des journées en psychiatrie du territoire

Pour les établissements de santé mentale localisés sur le TS1, les journées relatives à une intoxication aiguë représentent 4 % du total des journées en psychiatrie du territoire (2,2 % pour le niveau régional). Pour le CH de Morlaix, ces journées totalisent 8 % du total des journées réalisées en 2013.

Concernant les pratiques de prise en charge en psychiatrie, les CH de Morlaix et de Landerneau se distinguent avec des parts de séjours démarrant par un passage aux urgences importantes (respectivement 50 % et 48 % versus 28 % en Bretagne). De plus, ces établissements présentent une part importante de journées en hospitalisation partielle (respectivement 66 % et 56,5 % versus 79 % en Bretagne).

En 2013, 31 % des patients pris en charge dans un établissement psychiatrique du TS1 avec intoxication aiguë sont ré-hospitalisés (moyenne régionale 28 %).

➔ Peu de fuites des patients du TS1

Globalement, en MCO, les patients domiciliés sur le territoire sont hospitalisés dans les établissements du territoire.

Territoire de santé 2 « Quimper - Douarnenez »

En 2013, la population du TS2 est de 302 000 habitants et représente 9 % de la population bretonne. Parmi cette population, 26 % a moins de 25 ans.

➔ Un recours comparable au niveau régional

Le nombre de patients hospitalisés avec intoxication aiguë pour 10 000 habitants est comparable au niveau régional : 34 patients pour 10 000 habitants versus 32 patients pour 10 000 habitants en Bretagne.

➔ 95 % des patients pris en charge en MCO

Les hospitalisations de ces patients sont principalement réalisées dans les établissements MCO (95 % des patients), et peu en psychiatrie : 9 % des patients domiciliés sur le territoire versus 12 % en Bretagne en 2013.

➔ Forte consommation de soins en MCO et faible en psychiatrie par rapport à la région

Par rapport au niveau régional, les taux de recours standardisés (données de consommation) sont importants en MCO (41 séjours pour 10 000 habitants versus 39 séjours pour la Bretagne) et faibles en psychiatrie (83 journées pour 10 000 habitants versus 113 journées pour la Bretagne), bien qu'au-dessus des taux nationaux.

➔ En MCO, le taux de prise en charge en hospitalisation partielle est important au CHIC de Quimper

Pour les établissements MCO, les séjours relatifs à une intoxication aiguë représentent 1,6 % du total des séjours en MCO réalisés dans les établissements du territoire (1,5 % pour le niveau régional).

Les pratiques de prise en charge des patients présentant une intoxication aiguë sont proches des pratiques régionales : taux de séjours avec un passage aux urgences (98 %) et taux de séjours en UHCD (68,5 %). Toutefois, le CHIC de Quimper se distingue par une part de prise en charge en hospitalisation partielle plus importante que le niveau régional (31 % des séjours versus 23 % en Bretagne).

En 2013, 13 % des patients pris en charge dans un établissement MCO avec intoxication aiguë ont été ré-hospitalisés (moyenne régionale 16 %).

➔ En psychiatrie, les établissements ont des pratiques comparables à la région

Pour les établissements psychiatriques, les journées relatives à une intoxication aiguë représentent 1,5 % du total des journées en psychiatrie du territoire (2,2 % pour le niveau régional).

Les pratiques de prise en charge en psychiatrie sont proches des pratiques régionales. On peut toutefois noter l'absence de prise en charge suite à une entrée par les urgences au CH de Gourmelen.

En 2013, 30 % des patients pris en charge dans un établissement psychiatrique avec intoxication aiguë sont ré-hospitalisés (moyenne régionale 28 %).

Territoire de santé 3 « Lorient - Quimperlé »

En 2013, la population du TS3 est de 295 061 habitants et représente 9 % de la population bretonne. Parmi cette population, 28 % a moins de 25 ans.

➔ Population impactée par l'hospitalisation avec intoxication aiguë

La population bretonne domiciliée sur le territoire de santé n°3 est la 2^{ème} la plus impactée par les hospitalisations avec intoxication aiguë, avec 40 patients pour 10 000 habitants (32 patients pour 10 000 habitants en Bretagne).

➔ 92 % des patients pris en charge en MCO

Les hospitalisations de ces patients sont principalement réalisées dans les établissements MCO (92 % des patients), et peu en psychiatrie (13 % des patients en 2013). A noter toutefois que le territoire ne présente aucune offre en psychiatrie dédiée à la prise en charge des addictions.

➔ Forte consommation de soins en MCO et faible en psychiatrie

Par rapport au niveau régional, les taux de recours standardisés sont importants en MCO (41 séjours pour 10 000 habitants versus 39 séjours pour la Bretagne) et faibles en psychiatrie (101 journées pour 10 000 habitants versus 113 journées pour la Bretagne), bien qu'au-dessus des taux nationaux.

➔ En MCO, taux de prise en charge en hospitalisation partielle important au CHBS de Lorient

Pour les établissements MCO localisés sur le territoire, les séjours relatifs à une intoxication aiguë représentent 1,9 % du total des séjours en MCO réalisés dans les établissements du territoire (1,5 % pour le niveau régional). Pour le CH de Quimperlé, cette part est plus importante : 5 % en 2013.

Concernant les pratiques de prise en charge des patients présentant une intoxication aiguë, le CHBS de Lorient se distingue par :

- une part de séjours en hospitalisation partielle plus importante que le niveau régional (29,5 % des séjours vs 23 % en Bretagne), en lien avec l'existence d'une offre en hospitalisation de jour dédiée (8 places) ;
- une part de séjours en UHCD supérieure à la part régionale (77 % des séjours versus 73 %).

En 2013, 15 % des patients pris en charge dans un établissement MCO avec intoxication aiguë ont été ré-hospitalisés (moyenne régionale 16 %).

➔ En psychiatrie, part de séjours après passage aux urgences importante au CH de Quimperlé

Pour les établissements psychiatriques, les journées relatives à une intoxication aiguë représentent 1,7 % du total des journées en psychiatrie du territoire (2,2 % pour le niveau régional).

Les pratiques de prise en charge en psychiatrie sont similaires au niveau régional. On peut néanmoins noter que le CH de Quimperlé présente une part de séjours démarrant par un passage aux urgences important (48 % versus 28 % en Bretagne).

En 2013, 25 % des patients pris en charge dans un établissement psychiatrique avec intoxication aiguë sont ré-hospitalisés (moyenne régionale 28 %).

➔ 4 % des journées SSR réalisées dans le Centre Le Phare relatives à une intoxication aiguë

Le territoire de santé 3 a la particularité de présenter deux établissements SSR spécialisés en addictologie. Dans le centre Le Phare à Lorient, 4 % des journées réalisées en SSR sont associées à une intoxication aiguë. En Bretagne, cette part atteint à peine 0,3 % du total des journées en SSR.

➔ 7 % de fuites des séjours MCO

En 2013, 7,4 % des séjours MCO pour des patients du territoire ayant présenté une intoxication aiguë pendant une hospitalisation ont été pris en charge dans un établissement à l'extérieur du territoire, notamment vers le CHIC de Quimper et le CHU de Brest.

Territoire de santé 4 « Vannes - Ploërmel »

En 2013, la population du TS4 est de 389 831 habitants et représente 12 % de la population bretonne. Parmi cette population, 28 % a moins de 25 ans.

➔ Un recours légèrement inférieur au niveau régional

Le nombre de patients hospitalisés avec intoxication aiguë pour 10 000 habitants est légèrement inférieur au niveau régional (28 patients pour 10 000 habitants versus 32 patients pour 10 000 habitants en Bretagne).

➔ 92 % des patients pris en charge en MCO

Les parts d'hospitalisation en MCO et en psychiatrie des patients du TS4 sont équivalentes aux parts régionales (92 % en MCO et 12 % en psychiatrie).

➔ Consommation de soins en MCO et en psychiatrie moins importante qu'au niveau régional

Par rapport au niveau régional, les taux de recours standardisés sont inférieurs en MCO (33 séjours pour 10 000 habitants versus 39 pour la Bretagne) et en psychiatrie (97 journées pour 10 000 habitants versus 113 pour la Bretagne), bien qu'au-dessus des taux nationaux.

➔ En MCO, moins de prise en charge en hospitalisation partielle au CHBA de Vannes

Pour les établissements MCO, les séjours relatifs à une intoxication aiguë représentent 1,5 % du total des séjours comme au niveau régional.

Dans les pratiques de prise en charge des patients présentant une intoxication aiguë, le CHBA de Vannes se distingue par une part de séjours en hospitalisation partielle plus faible que le niveau régional (13 % des séjours versus 23 % en Bretagne).

De même, la part des patients ré-hospitalisés est identique au niveau régional (16 %).

➔ En psychiatrie, plus de prise en charge en hospitalisation partielle à l'EPSM St-Avé

Pour les établissements psychiatriques, les journées relatives à une intoxication aiguë représentent 1,7 % du total des journées en psychiatrie du territoire (2,2 % pour le niveau régional).

Les pratiques de prise en charge sont proches du niveau régional. On peut néanmoins noter que l'EPSM St-Avé se distingue par une part de journées en hospitalisation partielle plus importante (30 % versus 21 % en Bretagne), mais aussi par une part de séjours en soins sans consentement forte (24 % versus 15 % en Bretagne).

En 2013, 23 % des patients pris en charge dans un établissement psychiatrique avec intoxication aiguë sont ré-hospitalisés (moyenne régionale 28 %).

➔ 11 % de fuites

En 2013, 11 % des patients du territoire ayant présenté une intoxication aiguë pendant une hospitalisation ont été pris en charge dans un établissement à l'extérieur du territoire. Ces patients se dirigent principalement vers les établissements du TS5 (CHU de Rennes et CH Redon).

➔ 11 % d'attractivité et plus particulièrement des patients du TS8

Les établissements du TS4 ont une légère attractivité. En effet, 11 % des séjours proviennent d'un autre territoire, et plus particulièrement du TS8, pour les prises en charge MCO.

Territoire de santé 5 « Rennes - Fougères - Redon - Vitré »

En 2013, la population du TS5 est de 904 395 habitants et représente 28 % de la population bretonne. Parmi cette population, 34 % a moins de 25 ans.

➔ Population la moins impactée par l'hospitalisation avec intoxication aiguë de Bretagne

La population bretonne domiciliée sur le territoire de santé n°5 (territoire de Rennes, Fougères, Redon, Vitré) est moins concernée par les hospitalisations avec des symptômes d'intoxications aiguës que l'ensemble de la population bretonne, avec 22 patients pour 10 000 habitants (32 patients en Bretagne).

Les établissements sanitaires ont pris en charge 19 % des séjours avec intoxication aiguë réalisés en Bretagne alors que le TS5 rassemble 27 % de la population bretonne.

➔ 93 % des patients pris en charge en MCO

Comme sur l'ensemble de la région, les hospitalisations des patients du TS5 sont principalement réalisées dans les établissements MCO (93 % des patients), et plus rarement en psychiatrie (11 % des patients domiciliés sur le territoire contre 12 % des patients bretons).

➔ Consommation de soins en MCO la plus basse de la région et faible taux de recours en psychiatrie

Le taux de recours standardisé en MCO est le moins important de la région (27 séjours pour 10 000 habitants versus 39 séjours pour la Bretagne), mais reste cependant comparable au taux national (26 séjours pour 10 000 habitants). En psychiatrie, le taux de recours est inférieur au taux régional (78 journées pour 10 000 habitants versus 113 journées pour la Bretagne), mais supérieur au taux national.

➔ En MCO, prise en charge en unité de réanimation ou soins intensifs plus fréquente au CHU Rennes

Pour les établissements MCO localisés sur le territoire, les séjours relatifs à une intoxication aiguë représentent 1,1 % du total des séjours en MCO réalisés dans les établissements du territoire (1,5 % pour le niveau régional).

Concernant les pratiques de prise en charge des patients présentant une intoxication aiguë, le CHRU se distingue par une prise en charge en unité de réanimation ou soins intensifs plus importante qu'au niveau régional (6,3 % des séjours versus 2,5 % en Bretagne) et une part de séjours en UHCD inférieure à la part régionale (41 % versus 73 %).

En 2013, 15 % des patients pris en charge dans un établissement MCO avec intoxication aiguë ont été ré-hospitalisés (16 % en moyenne régionale).

➔ En psychiatrie, plus de séjours font suite à un passage par les urgences au CHGR et au CH Redon

Pour les établissements de santé mentale, les journées relatives à une intoxication aiguë représentent 1,6 % du total des journées en psychiatrie du territoire (2,2 % pour le niveau régional).

Les pratiques de prise en charge sont proches des pratiques régionales. Toutefois, le CHGR de Rennes et le CH de Redon se distinguent par une part importante de séjours démarrant par un passage aux urgences (respectivement 47 % et 42 % versus 28 % en Bretagne). De plus, dans ces deux établissements la part des séjours en soins sans consentement est plus forte qu'au niveau régional (respectivement 24 % et 48 % versus 15 % en Bretagne).

En 2013, 25 % des patients pris en charge dans un établissement de santé mentale avec intoxication aiguë sont ré-hospitalisés (moyenne régionale 28 %).

➔ 19 % des journées SSR réalisées dans le Centre l'Escale présentent une intoxication aiguë

Le territoire de santé 5 a la particularité d'accueillir deux établissements SSR spécialisés en addictologie. Dans le centre l'Escale, 19 % des journées en SSR sont relatives à une intoxication aiguë, quand cette part n'est que de 0,3 % en Bretagne.

➔ 9 % de fuites

En 2013, 9 % des séjours avec intoxication aiguë réalisés par les patients du territoire l'ont été dans un établissement à l'extérieur du territoire. Ces patients se dirigent principalement vers les établissements hors région (60 % des fuites), notamment le CHU de Nantes et le CH de Châteaubriant.

A noter que ces fuites concernent toutes les classes d'âge.

➔ 12 % d'attractivité et plus particulièrement des patients non bretons et du TS8

Les établissements ont un taux d'attractivité plus fort que leur taux de fuites : 12 % des patients proviennent d'un autre territoire, plus particulièrement du TS2 et de l'extérieur de la région.

Territoire de santé 6 « St-Malo - Dinan »

En 2013, la population du TS6 est de 259 514 habitants et représente 8 % de la population bretonne. Parmi cette population, 27 % a moins de 25 ans.

➔ Une population moins concernée par l'hospitalisation avec intoxication aiguë qu'au niveau régional

La population domiciliée sur le territoire de santé n°6 (territoire de St-Malo, Dinan) est moins concernée par les hospitalisations avec intoxication aiguë que l'ensemble de la population bretonne, avec 25 patients pour 10 000 habitants (versus 32 patients pour 10 000 habitants en Bretagne).

➔ 92 % des patients pris en charge en MCO

Comme sur l'ensemble de la région, les hospitalisations de ces patients sont principalement réalisées dans les établissements MCO (92 %), et moins en psychiatrie (11 % versus 12 % en Bretagne).

➔ Moindre consommation de soins en MCO et psychiatrie

Par rapport au niveau régional, les taux de recours standardisés sont nettement inférieurs en MCO (29 séjours pour 10 000 habitants versus 39 séjours pour la Bretagne) et en psychiatrie (96 journées pour 10 000 habitants versus 113 journées pour la Bretagne). Ces taux restent toutefois supérieurs aux taux nationaux.

➔ En MCO, des différences de pratiques très importantes entre le CH St-Malo et le CH de Dinan concernant les prises en charge en UHCD

Pour les établissements MCO, les séjours relatifs à une intoxication aiguë représentent 1,1 % du total des séjours en MCO réalisés dans les établissements du territoire (1,5 % pour le niveau régional).

La part de séjours en UHCD est nettement inférieure à la part régionale (32 % versus 73 % en Bretagne), avec des différences de pratiques très importantes entre le CH St-Malo (66 % des séjours sont pris en charge en UHCD) et le CH de Dinan (aucun séjour en UHCD). Au CH de Dinan, la part des patients hospitalisés dans une unité d'addictologie est nettement supérieure à la part régionale (8,2 % des séjours versus 0,4 % pour la Bretagne).

Nous pouvons également observer une part importante de séjours en réanimation et soins intensifs au CH St-Malo (4,2 % des séjours).

En 2013, 13 % des patients pris en charge avec intoxication aiguë dans un établissement MCO du TS6 ont été ré-hospitalisés (moyenne régionale 16 %).

➔ En psychiatrie, taux de séjours avec passage aux urgences important au CH St-Malo

Les journées relatives à une intoxication aiguë représentent 2 % du total des journées en psychiatrie des établissements du territoire (2,2 % en Bretagne).

Les pratiques de prise en charge en psychiatrie sont proches du niveau régional. On peut néanmoins noter qu'au CH de St Malo, la part de séjours démarrant par un passage aux urgences est importante (57 % versus 28 % en Bretagne), ainsi que la part de séjours en soins sans consentement (38 % versus 15 % en Bretagne).

En 2013, 23 % des patients avec intoxication aiguë pris en charge dans un établissement en santé mentale du TS6 sont ré-hospitalisés (moyenne régionale 28 %).

➔ 20 % de fuites, notamment vers le TS5 et le TS7

En 2013, 20 % des séjours avec intoxication aiguë réalisés par les patients du territoire l'ont été dans un établissement à l'extérieur du territoire. Ces patients se dirigent principalement vers les établissements du TS5, notamment le CHU Rennes et le TS7, en particulier le CH de St-Brieuc.

Territoire de santé 7 « St-Brieuc »

En 2013, la population du TS7 est de 416 401 habitants et représente 13 % de la population bretonne. Parmi cette population, 28 % a moins de 25 ans.

➔ Population la plus impactée par l'hospitalisation avec intoxication aiguë

La population bretonne domiciliée sur le territoire de santé n°7 est la plus impactée en Bretagne par les hospitalisations avec intoxication aiguë, avec 46 patients pour 10 000 habitants (versus 32 en Bretagne).

Les établissements ont pris en charge 19 % des séjours avec de l'intoxication aiguë réalisés en Bretagne alors que le TS7 ne rassemble que 13 % de la population bretonne.

➔ 96 % des patients pris en charge en MCO

Les hospitalisations de ces patients sont très majoritairement réalisées en MCO (96 % des patients versus 92 % en région), et très rarement en psychiatrie (7 % versus 12 % en moyenne régionale).

➔ La plus forte consommation de soins en MCO de la région et à l'inverse la plus faible consommation de soins psychiatriques de la région

Par rapport au niveau régional, le taux de recours standardisé en MCO (données de consommation) est très important (67 séjours pour 10 000 habitants versus 39 séjours pour la Bretagne). Ce taux est le plus fort constaté en région. A l'inverse, le taux de recours en psychiatrie est le plus faible constaté dans la région (51 journées pour 10 000 habitants versus 113 journées pour la Bretagne), il est par ailleurs le seul taux breton inférieur au taux de recours standardisé national (66 journées pour 10 000 habitants).

➔ Une prise en charge psychiatrique très peu présente malgré une offre en addictologie importante

Les établissements se distinguent par une prise en charge en MCO plus importante qu'au niveau régional (95 % des séjours et 97 % des patients versus 84 % des séjours et 91 % des patients pour le niveau régional). L'activité psychiatrique est très peu présente malgré une offre psychiatrique en addictologie importante sur ce territoire (30 lits et 10 places en santé mentale versus 6 lits en MCO).

Pour les établissements MCO localisés sur le territoire, les séjours relatifs à une intoxication aiguë représentent 1,6 % du total des séjours en MCO (1,5 % pour le niveau régional).

Les pratiques de prise en charge des patients présentant une intoxication aiguë dans les établissements MCO du TS7 sont très semblables aux pratiques régionales, même si la part de séjours en soins sans consentement est supérieure au CH Le Bon Sauveur à Bégard (20 % versus 15 % en Bretagne).

En 2013, 18 % des patients avec intoxication aiguë pris en charge dans un établissement MCO ont été ré-hospitalisés (moyenne régionale 16 %).

Les pratiques de prise en charge en psychiatrie sont proches du niveau régional. Il est à noter toutefois, l'absence de prise en charge via les urgences.

En 2013, 30 % des patients pris en charge dans un établissement psychiatrique avec intoxication aiguë sont ré-hospitalisés (moyenne régionale 28 %).

Territoire de santé 8 « Pontivy - Loudéac »

En 2013, la population du TS8 est de 141 822 habitants et représente 4 % de la population bretonne. Parmi cette population, 28 % a moins de 25 ans.

➔ Un nombre de patients par habitant légèrement supérieur au niveau régional

Le nombre de patients hospitalisés avec intoxication aiguë pour 10 000 habitants est légèrement supérieur au niveau régional (35 patients pour 10 000 habitants versus 32 patients pour 10 000 habitants en Bretagne).

➔ 90 % des patients pris en charge en MCO...

Les hospitalisations de ces patients sont principalement réalisées dans les établissements MCO (90 % des patients), et peu en psychiatrie (13 % des patients domiciliés sur le territoire contre 12 % des patients en Bretagne).

➔ ...mais la consommation de soins psychiatriques est la plus forte de la région

Par rapport au niveau régional, le taux de recours standardisé en MCO est très proche. En revanche, le taux de recours en psychiatrie est le plus fort constaté dans la région (281 journées pour 10 000 habitants versus 113 journées pour la Bretagne).

➔ Les journées relatives à une intoxication aiguë représentent 4 % du total des journées en psychiatrie du territoire

Pour les établissements MCO, les séjours relatifs à une intoxication aiguë représentent 1,5 % du total des séjours en MCO réalisés dans les établissements du territoire, comme au niveau régional.

Les pratiques de prise en charge des patients présentant une intoxication aiguë dans les établissements MCO du TS8 sont similaires au niveau régional et uniquement réalisées au CHCB de Pontivy.

En 2013, 12 % des patients pris en charge dans un établissement MCO avec intoxication aiguë ont été ré-hospitalisés (moyenne régionale 16 %).

Pour les établissements psychiatriques, les journées relatives à une intoxication aiguë représentent 4 % du total des journées en psychiatrie du territoire (2,2 % pour le niveau régional). Sur ce territoire le CH de Plouguernevel se distingue par :

- une part de séjours en soins sans consentement forte : 26 % (15 % pour la région) ;
- Une absence d'entrée par les services d'urgences.

En 2013, un tiers des patients pris en charge dans un établissement psychiatrique avec intoxication aiguë sont ré-hospitalisés (moyenne régionale 28 %).

➔ Une durée moyenne de présence en psychiatrie très élevée

Par ailleurs, les établissements de santé mentale présentent une durée moyenne de présence des patients hospitalisés nettement supérieure à la durée moyenne de présence régionale (45 journées sur l'année 2013 versus 22 jours en Bretagne). Ce résultat est à mettre au regard de la forte consommation de soins psychiatriques.

➔ 27 % de fuites pour une prise en charge MCO

En 2013, 27 % des séjours avec intoxication aiguë réalisés par les patients du territoire l'ont été dans un établissement à l'extérieur du territoire. On constate une fuite globale des patients à tous les âges qui se dirigent principalement vers les établissements MCO du territoire 4.

III. 5. Synthèse et préconisations

| Observations | Préconisations |
|---|--|
| Observations et préconisations relatives au recours à l'hospitalisation avec intoxication aiguë des bretons | |
| <p>En 2013, 97 % des patients domiciliés en Bretagne hospitalisés avec intoxication aiguë le sont en lien avec leur consommation d'alcool et 3 % en lien avec un médicament ou un produit illicite.</p> <p>Les résultats mettent en avant la forte prédominance de l'alcool dans les conduites addictives en Bretagne.</p> <p>Les données concernant les intoxications médicamenteuses n'incluent pas les codes CIM-10 relatifs aux intoxications par des médicaments et des substances biologiques (T35 à T50). A noter que ces codes sont souvent utilisés pour les tentatives de suicides.</p> | <p>Orienter les actions vers la prise en charge de l'alcool.</p> |

| | |
|---|---|
| <p>10 488 bretons sont hospitalisés avec intoxication aiguë, soit 32 patients pour 10 000 habitants (le taux national étant de 21 patients pour 10 000 habitants).</p> <p>Au regard du niveau d'ivresse déclaré en Bretagne (près du double par rapport à la France), l'écart entre les taux de patients hospitalisés est moins important que celui attendu.</p> <p>Un taux de patients pour 10 000 habitants qui varie du simple au double selon le territoire de santé du domicile.</p> | <p>Analyser ces écarts qui peuvent être dû à une sous-estimation du nombre de patients liée aux intoxications aiguës en diagnostic associé notamment en UHCD et en psychiatrie.</p> <p>Analyser cette disparité des taux au regard :</p> <ul style="list-style-type: none"> • des profils des populations ; • des différences de pratique de codage, à faire évoluer en communiquant auprès des DIM ; • des modalités d'organisation des soins qui pourront être abordées au sein d'un groupe de travail associant les urgentistes ; • à des pratiques hétérogènes en amont de l'hospitalisation (exemple les IPM). |
| <p>En volumes, la population la plus importante est les 40-55 ans.</p> <p>Surreprésentation des hommes âgés de 15- 25 ans et 30-55 ans parmi les patients avec intoxication aiguë.</p> <p>Prédominance masculine retrouvée dans les différentes études et cohérente avec les données de consommation.</p> <p>Chez les femmes, la répartition des patientes hospitalisées par tranche d'âge suit la même courbe que les hommes mais les pics sont plus précoces.</p> | <p>Ne pas occulter les intoxications aiguës chez les adultes du fait de l'importance des intoxications aiguës chez les jeunes.</p> |
| <p>Les patients hospitalisés dans le cadre d'une intoxication aiguë sont principalement pris en charge en MCO.</p> <p>Résultats cohérents avec les recommandations nationales.</p> | |
| <p>20 % des patients sont ré-hospitalisés au cours de l'année 2013. En psychiatrie les ré-hospitalisations sont plus fréquentes.</p> <p>Taux observés dans l'étude cohérents avec ceux observés dans la littérature (13 à 15 % selon revue de la littérature réalisée en 2010 par AIRDDS).</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Analyser les caractéristiques et les parcours de ces patients ré-hospitalisés. - Réfléchir aux actions à mettre en œuvre pour diminuer les ré-hospitalisations non programmées. |

| | |
|--|--|
| <p>Des taux de recours standardisés nettement supérieurs aux taux nationaux</p> <ul style="list-style-type: none"> - En MCO : 39 séjours pour 10 000 habitants (26 séjours au national) ; - En psychiatrie : 113 journées pour 10 000 habitants (66 journées au national). <p>Le taux de recours régional psychiatrique observé dans l'étude est cohérent avec le taux de recours régional élevé en santé mentale.</p> | <p>Intégrer la thématique addiction dans l'objectif de diminution du taux de recours régional en hospitalisation temps plein en psychiatrie.</p> <p>Analyser les écarts de taux de recours en France au regard des différences de niveaux de consommation observées depuis plusieurs années entre les régions.</p> |
| <p>Observations et préconisations relatives à la prise en charge des intoxications aiguës dans les établissements bretons</p> | |
| <p>En 2013, la durée moyenne de séjour pour hospitalisation en MCO est de 3 jours par patient. Pratiques cohérentes avec les recommandations nationales.</p> | |
| <p>En MCO, 97 % des séjours font suite à une admission par les services d'urgences.</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Améliorer la connaissance des patients admis aux urgences non hospitalisés (15 à 80 % selon l'âge, l'établissement, les pratiques d'après la littérature) via le RPU pour identifier la part des patients admis aux urgences pour intoxication aiguë sans hospitalisation et leurs parcours. - Réfléchir sur la prise en charge des patients présentant une IPM (Ivresse Publique Manifeste). |
| <p>Deux tiers des séjours MCO sont pris en charge en UHCD. Seul 0,4 % des séjours sont pris en charge dans une unité d'addictologie en MCO. Cohérent avec les recommandations nationales.</p> | <p>Porter une vigilance sur les adolescents pour lesquels une hospitalisation de 72 heures minimum est recommandée avec une évaluation psychiatrique et sociale.</p> |
| <p>L'intoxication alcoolique aiguë est le motif principal de l'hospitalisation pour la moitié des séjours. Vraisemblable sous-estimation du codage des diagnostics associés.</p> | <p>Estimer l'effet du codage et communiquer auprès des DIM pour harmoniser les pratiques de codage.</p> |
| <p>En psychiatrie, 48 % des séjours relatifs à une intoxication aiguë proviennent du domicile.</p> | <p>Vérifier si la différence avec le MCO peut être liée à une absence du codage de l'entrée par les urgences lorsque le patient est pris en charge directement par une équipe de santé mentale au sein des urgences.</p> |

| | |
|--|---|
| <p>De plus, la durée moyenne de présence est de 27 jours. Elle est très hétérogène selon les territoires de santé. La présence des comorbidités psychiatriques peut sensiblement modifier la durée moyenne de présence.</p> | <p>Analyser les profils de patients hospitalisés en psychiatrie et en MCO (caractéristiques sociales, comorbidités ...).</p> |
| <p>15 % des séjours avec intoxication aiguë sont réalisés en soins sans consentement en psychiatrie.</p> <p>Taux global comparable avec la part globale des soins sans consentement en santé mentale (toutes pathologies confondues). Selon le rapport de la Commission Européenne, 12 à 15 % des hospitalisations sans consentement sont liées aux addictions (3ème cause).</p> | <p>Communiquer sur les recommandations de la HAS pour prise en charge initiale des intoxications aiguës dans un service d'accueil des urgences.</p> |
| <p>L'intoxication aiguë est le motif principal de l'hospitalisation pour 67 % des journées psychiatriques avec intoxication aiguë.</p> | <p>Analyser la possible sous-estimation du nombre de patients liée aux intoxications aiguës en diagnostic associé notamment en psychiatrie.</p> |
| <p>On constate des spécificités par territoire de santé.</p> | <p>Analyser les spécificités avec les acteurs lors des conférences de territoire.</p> |

IV. Mésusages

Ce chapitre analyse uniquement les patients hospitalisés en MCO, psychiatrie ou SSR, présentant un mésusage à un ou plusieurs produits en diagnostic principal ou un sevrage en diagnostic principal ou associé (Cf. Annexe V.2).

A noter que les patients pris en charge aux urgences sans être hospitalisés par la suite ne sont pas repérés dans cette étude.

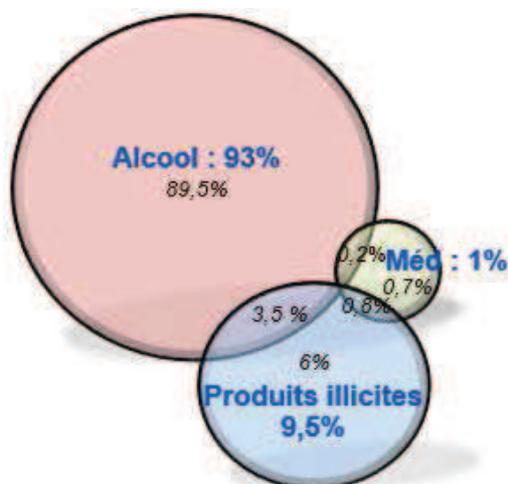
IV. 1. Recours aux soins de la population bretonne

Cf. définition du recours page 26

➔ Les patients hospitalisés le sont très majoritairement pour des problèmes de mésusage à l'alcool

En 2013, 8 799 bretons ont été pris en charge pour des problèmes de mésusage à un ou plusieurs produits, soit 27 patients pour 10 000 habitants.

Graphique 18. Répartition des patients en fonction des produits



Parmi les patients hospitalisés pour un problème de mésusage :

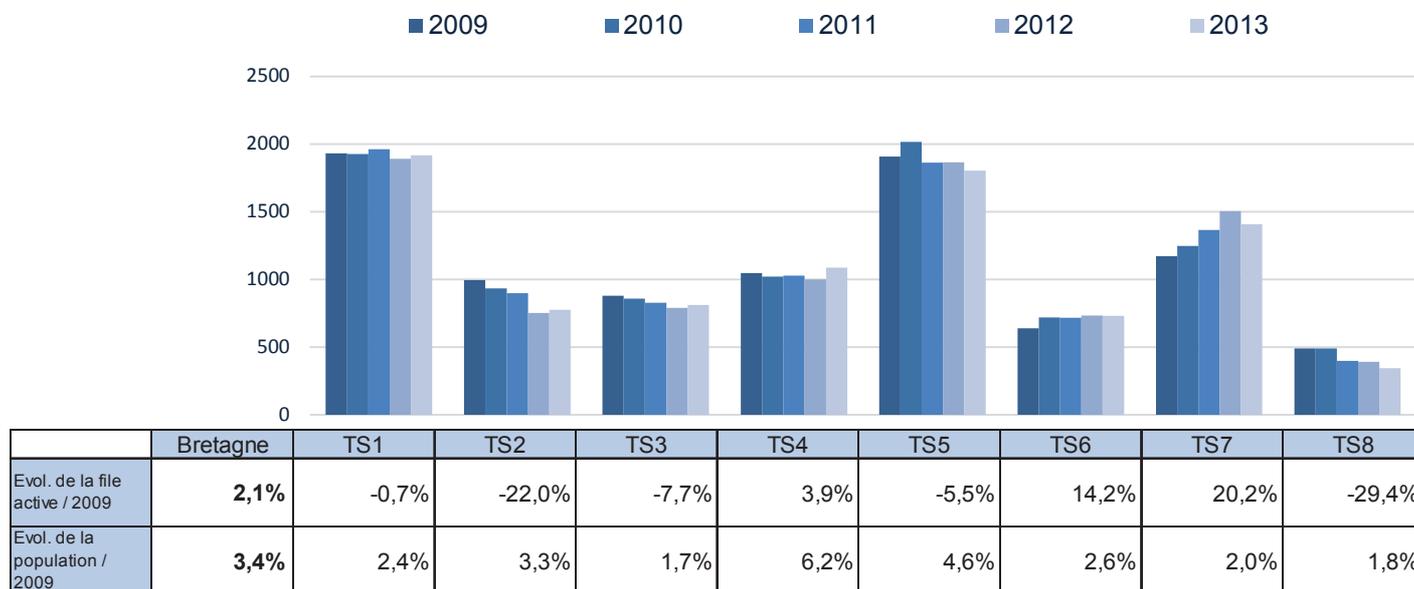
- 93 % sont concernés par un mésusage à l'alcool ;
- 9,5 % sont hospitalisés pour un problème de mésusage aux produits illicites.

En 2013, 4 % des patients présentent un mésusage à plusieurs produits qui, pour la quasi-totalité, sont la dépendance à l'alcool et aux produits illicites.

➔ Sur 5 ans, le nombre de patients hospitalisés pour mésusage augmente moins vite que la population

Le nombre de patients augmente de 2,1 % par rapport à 2009 alors que la population bretonne augmente de 3,4 %.

Graphique 19. Evolution depuis 2009 du nombre de patients hospitalisés pour mésusage à un ou plusieurs produits par territoire de santé du domicile du patient



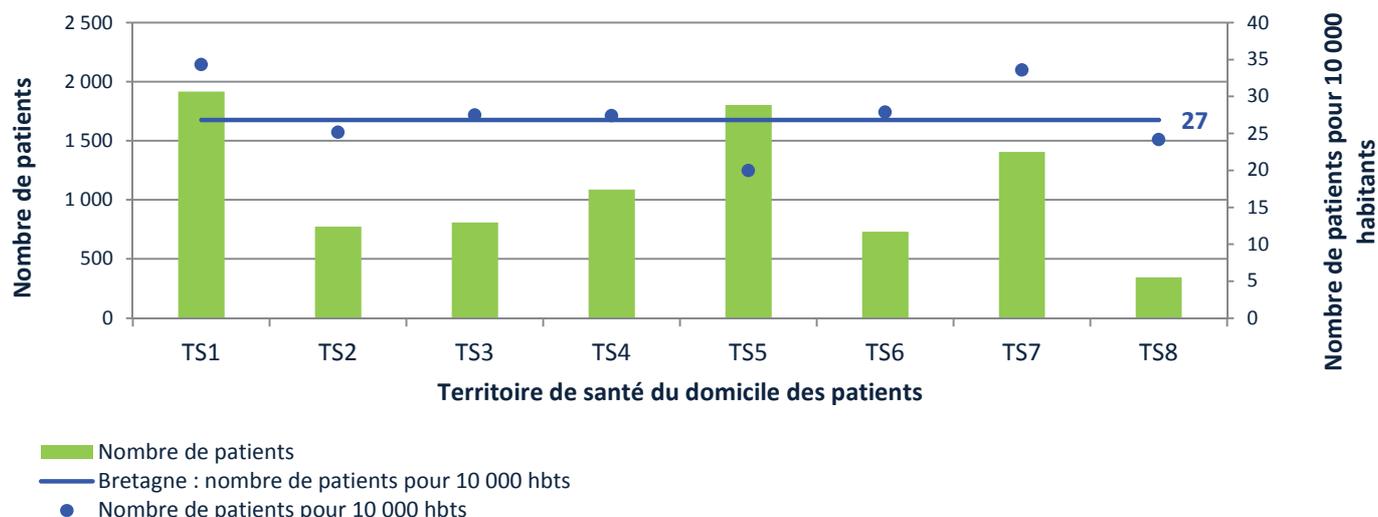
Sources : PMSI MCO, SSR et PSY 2009, 2010, 2011, 2012 et 2013 et INSEE - RP 2009.

Une augmentation est constatée dans trois territoires, variant de 3,9 % pour le territoire 4 à 20,2 % pour le territoire 7.

Les territoires de santé 2 et 8 se distinguent par une forte diminution du nombre de patients (respectivement, -22 % et -29 % par rapport à 2009).

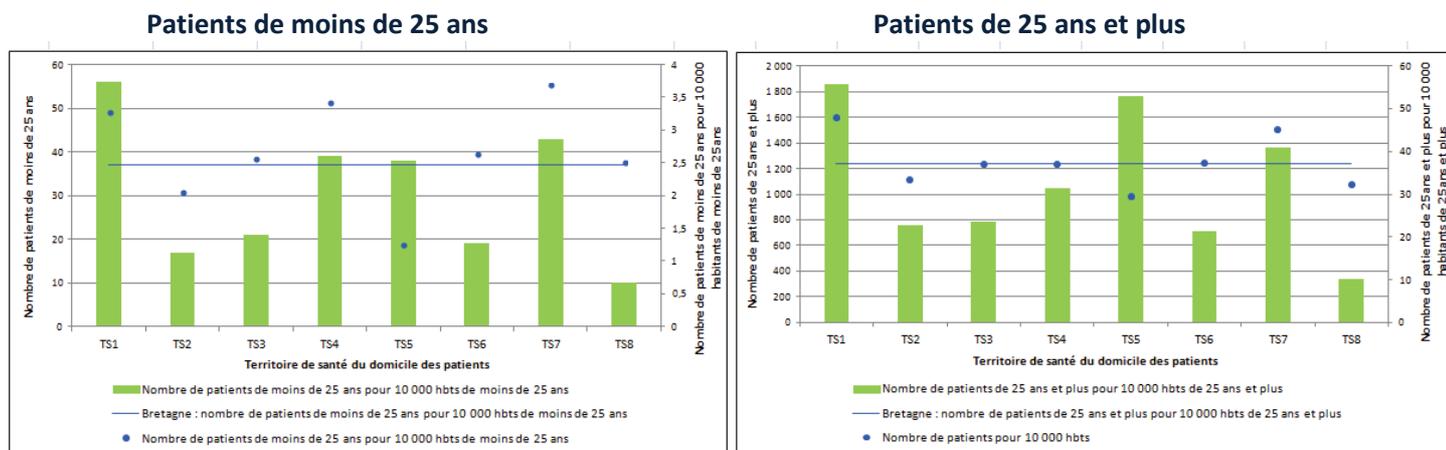
➔ Un nombre de patients par habitant plus important dans les territoires 1 et 7

Graphique 20. Nombre de patients pris en charge pour un problème de mésusage pour au moins un produit en 2013 selon le territoire de santé du domicile du patient



Sources : PMSI MCO, SSR et PSY 2013, INSEE - Projections de population 2013, modèle OMPHALE.

Les patients issus des territoires de santé 1, 5 et 7 sont plus nombreux à être hospitalisés pour un problème de mésusage que dans les autres territoires. Cependant, en rapportant le volume de patients à la population, on constate que les taux varient de 20 personnes pour 10 000 habitants dans le territoire de santé n°5 à 34 personnes pour 10 000 habitants dans les territoires 1 et 7. La moyenne régionale est de 27 personnes pour 10 000 habitants.



Sources : PMSI MCO, SSR et PSY 2013, INSEE - Projections de population 2013, modèle OMPHALE.
Remarque : les échelles sont différentes.

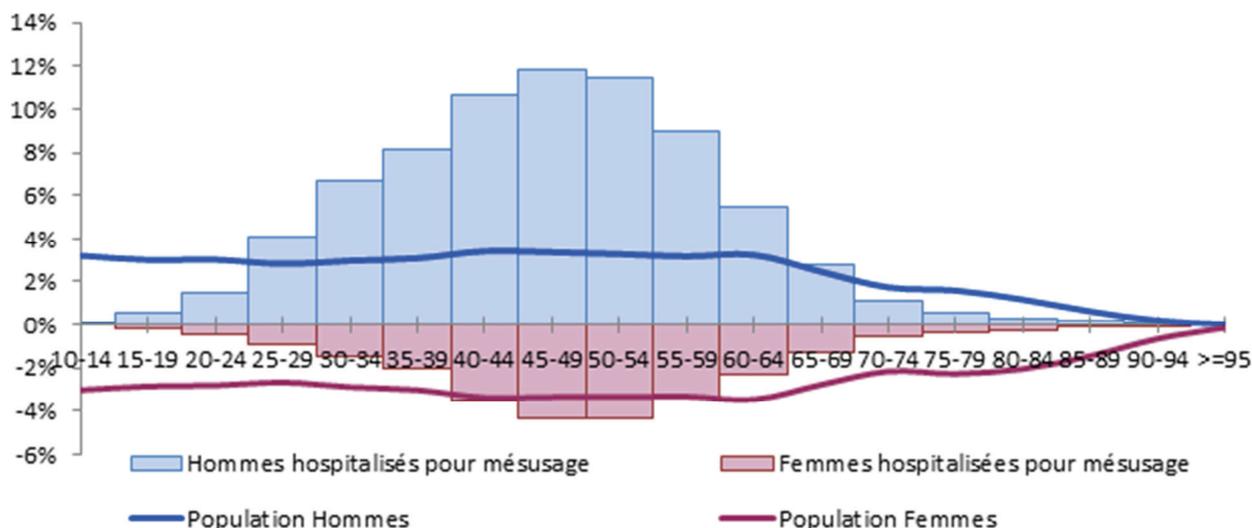
Malgré une échelle différente, les territoires de santé ont globalement un profil identique entre les patients de moins de 25 ans et les patients de 25 ans.

Trois territoires présentent des particularités dans les taux régionaux :

- Les territoires n°1 et 7 affichent des nombres de patients pour 10 000 habitants globalement élevés avant et après 25 ans ;
- Le territoire n°4 présente un nombre de patients pour 10 000 habitants comparable à la moyenne régionale qui cache une disparité entre les patients de moins de 25 ans plus impactés par l'hospitalisation que la moyenne régionale, et les patients de 25 ans et plus dans la moyenne régionale.

➔ Une problématique majoritairement masculine qui culmine entre 45 et 49 ans

Graphique 21. Pyramide des âges des patients hospitalisés pour des problèmes de mésusage et de la population globale



Sources : PMSI MCO, SSR et PSY 2013, INSEE - Projections de population 2013, modèle OMPHALE.

Note de lecture : sur l'ensemble des patients hospitalisés pour un problème de mésusage, 11 % sont des hommes âgés de 40-44 ans, alors que la population bretonne masculine de 40-44 ans représente 3 % du total de la population bretonne.

La différence hommes/femmes est fortement marquée dans la part des hospitalisations pour un problème de mésusage (75 % d'hommes et 25 % de femmes).

En 2013, 46 % des patients hospitalisés pour mésusage sont âgés de 40 à 55 ans.

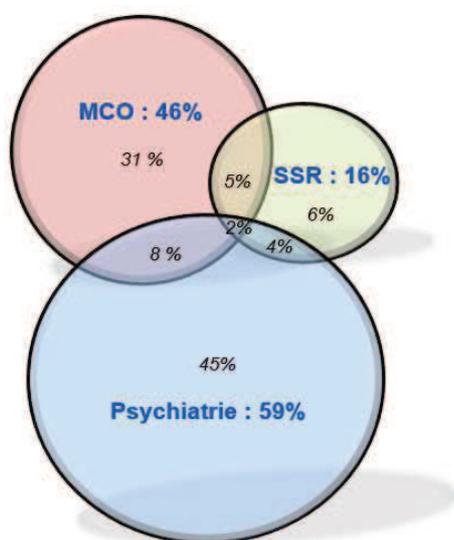
A noter que 3 % des patients ont moins de 25 ans, soit 243 patients.

En Bretagne, chez les hommes comme chez les femmes, la part de la population hospitalisée pour un problème de mésusage augmente avec l'âge et culmine entre 45 ans et 49 ans chez les hommes et 50 -54 ans chez les femmes. Au-delà, elle décroît régulièrement avec l'avancée en âge.

Par rapport à la répartition de la population bretonne, on constate une surreprésentation des hommes hospitalisés à partir de 25 ans jusqu'à 70 ans. Chez les femmes, on constate une surreprésentation entre 40 et 55 ans.

→ Les patients hospitalisés pour un problème de mésusage sont principalement pris en charge en psychiatrie

Graphique 22. Répartition des patients hospitalisés pour un problème de mésusage à un ou plusieurs produits en fonction des champs d'hospitalisation



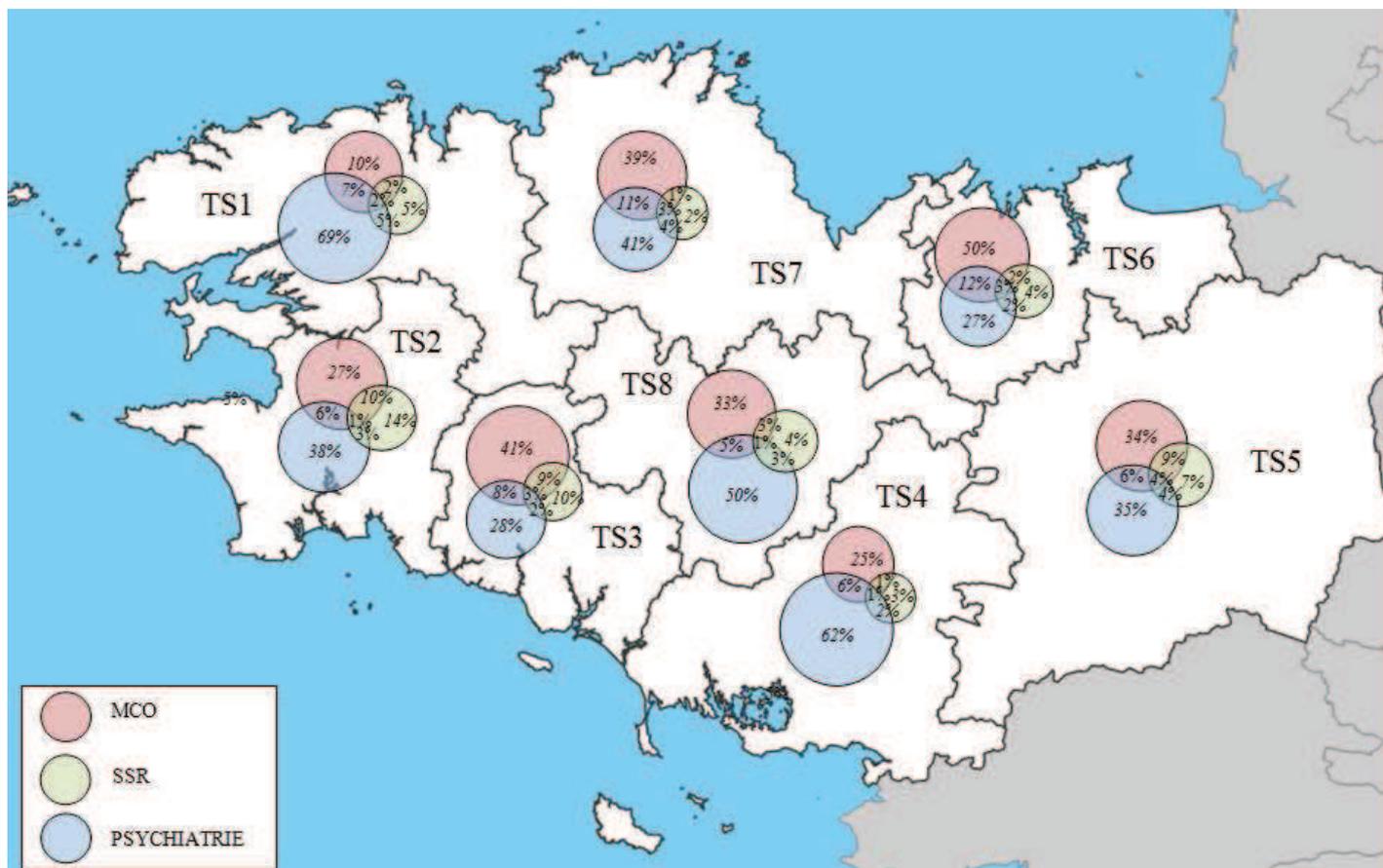
Parmi les 8 799 patients hospitalisés en 2013 pour un problème de mésusage, 59 % ont été pris en charge dans un établissement de santé mentale, 46 % dans un établissement MCO et 16 % dans un établissement SSR.

Au cours de l'année 2013, 16 % ont été pris en charge dans deux types d'établissements dont 8 % des patients qui ont été pris en charge dans un établissement MCO et psychiatrique.

2 % des patients ont été hospitalisé en MCO, psychiatrie et SSR pour un problème d'addiction.

➔ Le lieu de prise en charge des patients hospitalisés pour un problème de mésusage est hétérogène d'un territoire à l'autre

Graphique 23. Par territoire de santé du domicile du patient, répartition des patients hospitalisés pour un problème de mésusage en fonction des champs d'hospitalisation



Sources : PMSI MCO, SSR et PSY 2013.

Remarque : la taille des bulles n'est pas proportionnelle à l'information représentée.

Par rapport au niveau régional, selon les territoires de santé du domicile des patients, le lieu de prise en charge est différent :

- Les patients des territoires n°1, 4 sont plus orientés en psychiatrie ;
- Les patients des territoires 3, 5, 6, 7 sont plus souvent hospitalisés en MCO ;
- Les patients des territoires 2, et 8 ont une répartition de lieu d'hospitalisation comparable.

Tous les territoires de santé présentent des patients pris en charge dans un établissement SSR pour un problème de mésusage. Les territoires 2, 3 et 5 présentent des parts de patients pris en charge en SSR supérieures à la part régionale (respectivement 28 %, 24 % et 25 % versus 16 %).

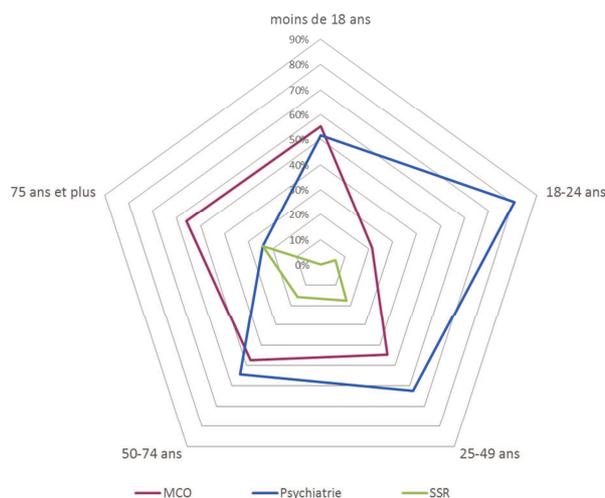
➔ Des lieux d'hospitalisation différents en fonction des classes d'âges

Globalement les patients souffrant de mésusage sont principalement pris en charge en santé mentale. Toutefois on observe des orientations différentes en fonction de l'âge du patient :

- 29 patients de moins de 18 ans ont été hospitalisés à part égale en psychiatrie et MCO ;
- Les patients de 18 à 24 ans sont peu hospitalisés en MCO (21 % versus 46 % tout âge confondu) ;
- Les patients de 45 à 74 ans ont des lieux d'hospitalisation comparable aux moyennes régionales.

On constate également une augmentation nette des prises en charge en SSR au-delà de 75 ans.

Graphique 24. Par classe d'âge, répartition des patients selon leur lieu d'hospitalisation



Sources : PMSI MCO, SSR et PSY 2013.

Remarque : Le cumul des taux par classe d'âge peut être supérieur à 100 %. Dans une même année, un patient peut être pris en charge en MCO, en psychiatrie et en SSR.

➔ Un patient réalise en moyenne deux séjours dans une année

Tableau 17. Nombre de séjours par patients et taux de patients ré-hospitalisés

| | Domicile du patient | | | | | | | | |
|--|---------------------|-----|-----|-----|-----|------------|-----|-----|-----|
| | Bretagne | TS1 | TS2 | TS3 | TS4 | TS5 | TS6 | TS7 | TS8 |
| Global (MCO + psychiatrie) | | | | | | | | | |
| Nombre moyen de séjours par patient | 2,0 | 2,0 | 1,7 | 1,5 | 2,0 | 2,4 | 1,6 | 1,8 | 1,8 |
| Part des patients du territoire hospitalisé plusieurs fois | 38% | 41% | 34% | 31% | 43% | 39% | 32% | 40% | 32% |
| MCO | | | | | | | | | |
| Nombre moyen de séjours par patient | 1,7 | 1,1 | 1,2 | 1,3 | 1,5 | 2,7 | 1,4 | 1,5 | 1,2 |
| Psychiatrie | | | | | | | | | |
| Nombre moyen de séjours par patient | 1,9 | 2,1 | 1,8 | 1,5 | 2,0 | 1,6 | 1,3 | 1,8 | 2,0 |

Sources : PMSI MCO et PSY 2013.

En 2013, 38 % des patients bretons sont hospitalisés plusieurs fois pour mésusage. Ce taux varie de 31 % dans le territoire n°3 à 41 % dans le territoire n°4.

Le nombre moyen de séjours par patient est de 2 sur l'année, variant de 1,5 pour le territoire n°3 à 2,4 pour le territoire n°5. Le taux de ré-hospitalisation est plus marqué en psychiatrie (1,9 versus 1,7 en MCO), à l'exception du territoire n°5.

➔ Des taux de recours aux soins hospitaliers pour mésusages nettement supérieurs aux taux nationaux

Tableau 18. Taux de recours standardisé 2013 pour mésusages

| | Taux de recours standardisé MCO Nombre de séjours pour 10 000 habitants | Taux de recours standardisé PSY Nombre de journées pour 10 000 habitants | Taux de recours standardisé SSR Nombre de journées pour 10 000 habitants |
|-------------------------|--|---|---|
| Territoire de santé n°1 | 10 | 774 | 247 |
| Territoire de santé n°2 | 13 | 402 | 257 |
| Territoire de santé n°3 | 22 | 342 | 298 |
| Territoire de santé n°4 | 13 | 629 | 72 |
| Territoire de santé n°5 | 30 | 364 | 259 |
| Territoire de santé n°6 | 27 | 387 | 172 |
| Territoire de santé n°7 | 27 | 539 | 185 |
| Territoire de santé n°8 | 12 | 546 | 143 |
| Bretagne | 20 | 496 | 217 |
| France | 17 | 219 | 167 |

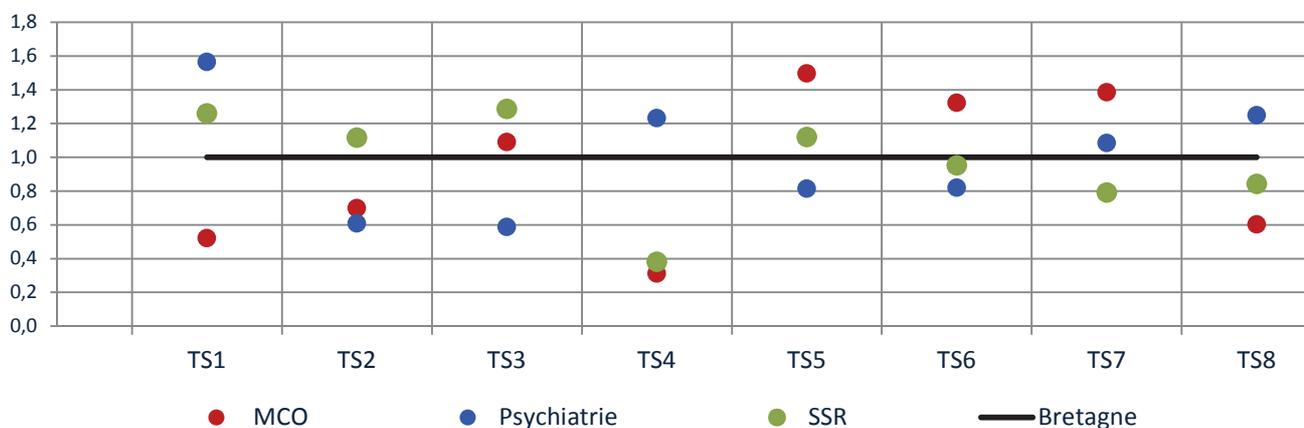
Sources : PMSI MCO, SSR et PSY 2013.

En Bretagne le taux de recours moyen psychiatrique pour mésusage est de 496 jours pour 10 000 habitants. Ce taux est nettement supérieur au taux moyen national (219 journées pour 10 000 habitants). Des disparités infrarégionales sont observées : les territoires de santé n°1, 4, 7 et 8 présentent un taux de recours nettement supérieur au taux moyen régional. A l'inverse les territoires 2, 3, 5 et 6 affichent une sous consommation de journées en psychiatrie par rapport au niveau régional, mais une surconsommation par rapport au niveau national.

La surconsommation pour mésusages en MCO, est moins marquée qu'en psychiatrie : 20 séjours pour 10 000 habitants, versus 17 séjours au national. Ce taux de recours varie de 10 séjours pour 10 000 habitants dans le territoire 1 à 30 dans le territoire 5.

En SSR, le taux de recours est également supérieur au taux national : 217 jours pour 10 000 habitants versus 167 au niveau national. En 2013, quatre territoires présentent un taux de recours en SSR supérieur au taux régional : les territoires 1, 2, 3 et 5. A noter que le territoire 4 affiche un taux de consommation bien inférieur au taux moyen national.

Graphique 25. Comparaison des consommations de soins en MCO, SSR et psychiatrie des territoires de santé du domicile des patients par rapport au taux de recours régional



Sources : PMSI MCO, SSR et PSY 2013.

Note de lecture : Lorsque l'indice est supérieur à 1 (valeur de la région en MCO, SSR et psychiatrie), les habitants du territoire de santé consomment plus de soins hospitaliers que sur l'ensemble de la région.

On peut constater à travers cette analyse que tous les territoires de santé sont concernés par une surconsommation dans au moins un secteur de soins hospitaliers :

- en psychiatrie et en SSR dans le territoire 1 ;
- en SSR dans le territoire 2 ;
- en MCO et SSR dans les territoires 3 et 5 ;
- en psychiatrie dans les territoires 4 et 8 ;
- en MCO dans le territoire 6 ;
- en MCO et psychiatrie dans le territoire 7.

IV. 2. Prise en charge dans les établissements de santé bretons

Cf. définition sur la prise en charge page 6

IV. 2.1. Activité dans les établissements sanitaires bretons

➔ En 2013, 18 084 séjours relatifs à un mésusage

En 2013, 18 084 séjours pour mésusage ont été réalisés dans les établissements sanitaires.

Tableau 19. Répartition du volume de séjours réalisés pour la prise en charge des mésusages et de la population par territoire de santé

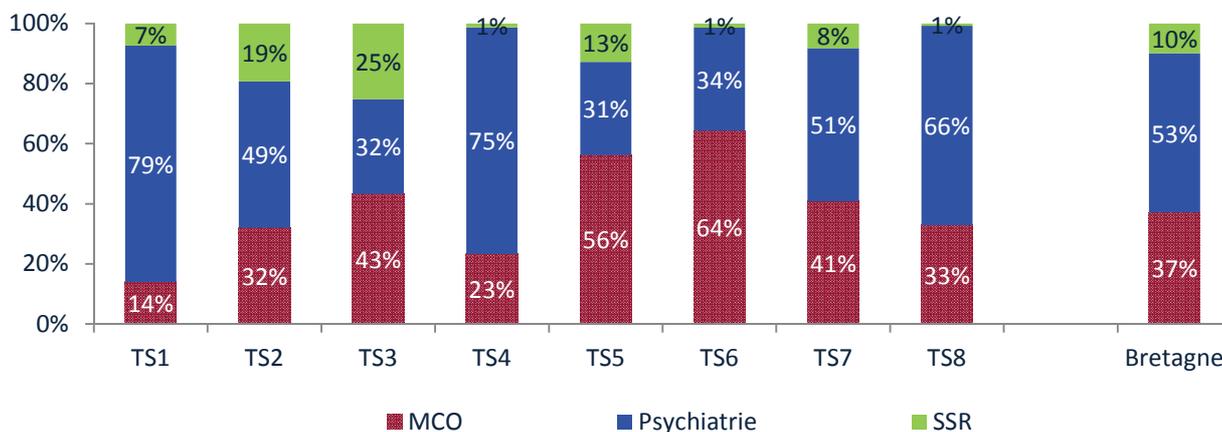
| | TS1 | TS2 | TS3 | TS4 | TS5 | TS6 | TS7 | TS8 | Bretagne |
|-----------------------------------|------|-----|-----|------|------|-----|------|-----|----------|
| Répartition du volume de séjours | 23 % | 7 % | 8 % | 13 % | 26 % | 6 % | 15 % | 3 % | 100 % |
| Répartition de la population 2013 | 17 % | 9 % | 9 % | 12 % | 27 % | 8 % | 13 % | 4 % | 100 % |

Sources : PMSI MCO, SSR et PSY 2013 et INSEE - Projections de population 2013.

Presque 50 % des séjours sont réalisés dans les établissements des territoires n°1 et 5. Ces territoires représentent 44 % de la population bretonne.

➔ Des modalités de prise en charge très hétérogènes selon les territoires

Graphique 26. Répartition des séjours réalisés pour la prise en charge des mésusages à un ou plusieurs produits par territoire de santé



Sources : PMSI MCO, SSR et PSY 2013.

En 2013, 37 % des séjours sont pris en charge par les **établissements MCO**, correspondant à 45 % des patients. A l'échelle des territoires, le taux de séjours MCO varie de 14 % pour le territoire n°1 à 64 % pour le territoire n°6. A noter que le territoire n°8 présente 33 % de séjours en MCO pour la prise en charge des mésusages alors que le territoire ne bénéficie pas d'offre en addictologie dans les services MCO au regard des enquêtes.

Les **établissements de santé mentale** prennent en charge 53 % du total des séjours pour 57 % des patients hospitalisés. La durée moyenne de présence en hospitalisation temps plein est de 28 jours par patient.

A l'échelle des territoires de santé, les taux sont très variables : les territoires n°1 et 4 se distinguent par des taux de séjours supérieurs au taux régional.

A noter que le territoire n°4 est le territoire avec le plus fort taux d'équipement en lits pour 10 000 habitants de la région. Par ailleurs, bien que le territoire n°3 ne bénéficie pas d'offre en addictologie en psychiatrie, ses établissements ont pris en charge 31 % des patients.

En SSR, 1 558 patients ont réalisé 1 793 séjours dans le cadre de la prise en charge des mésusages, soit 10 % du total des séjours. A l'échelle des territoires de santé, les territoires 2, 3 et 5 se distinguent par des nombres de patients et de séjours réalisés supérieurs aux moyennes régionales.

A noter que les territoires n°4, 6 et 8 ne présentent pas d'activité SSR, ce qui s'explique par l'absence d'offre en addictologie dans les établissements SSR du territoire.

IV. 2.2. Activité dans les établissements MCO bretons

➔ Une hausse des séjours pour mésusages de 25 % en 5 ans

En 2013, 6 707 séjours ont été réalisés dans les établissements MCO bretons pour 4 062 patients. Le volume de séjours augmente de 25 % par rapport à 2009 (+ 28 % pour le niveau national), alors que le volume de séjours en MCO, toutes pathologies confondues, n'a augmenté que de 2 % entre 2009 et 2013 (+4 % pour le national).

25 établissements ont pris en charge plus de 100 séjours en 2013, notamment la polyclinique St-Laurent (26 % des séjours réalisés en Bretagne) et le CH St-Brieuc (14 % des séjours).

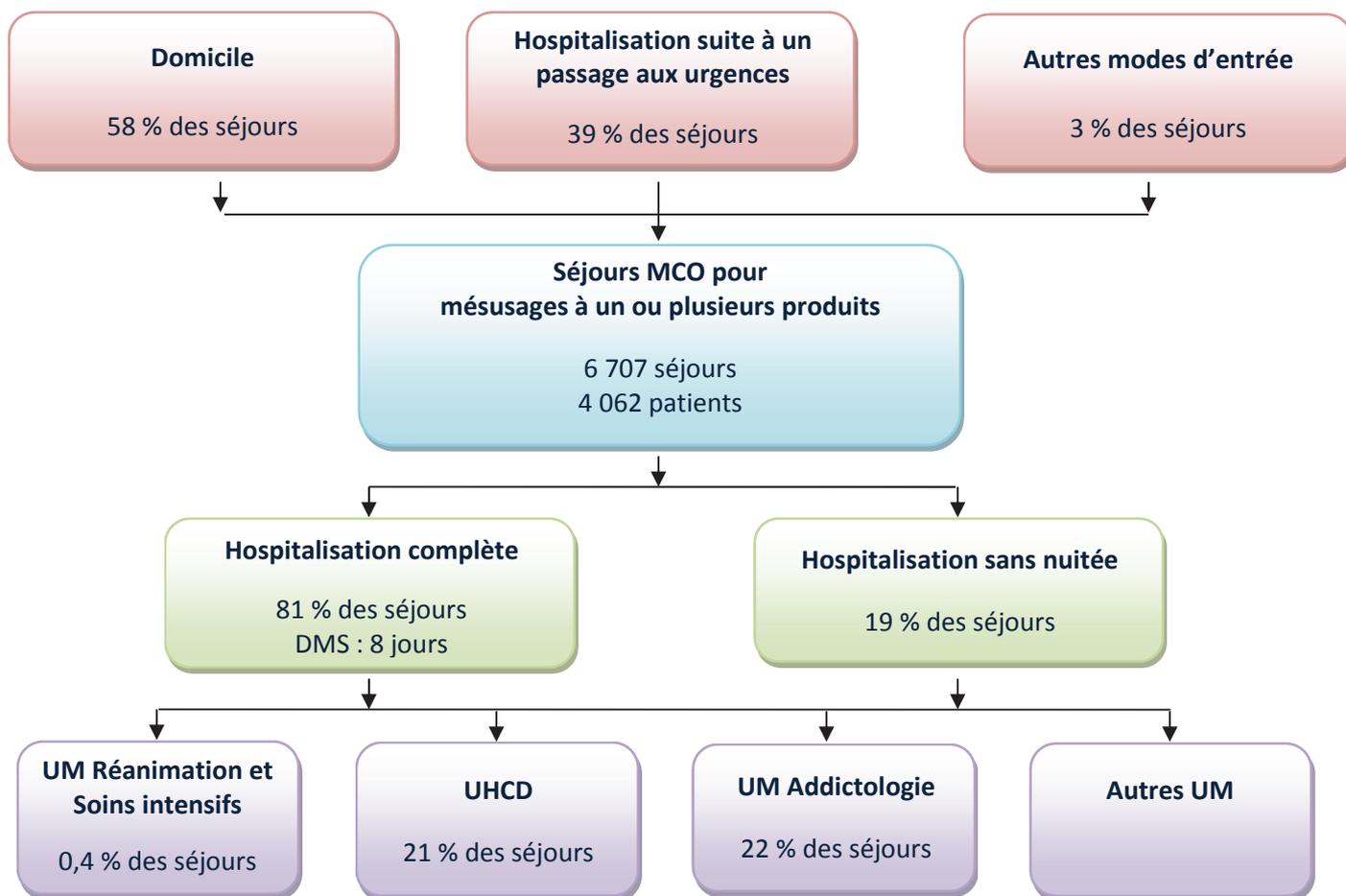
Dans l'activité totale de MCO, les séjours relatifs aux problèmes de mésusages représentent 0,8 % du total des séjours en MCO (hors séances et hors séjours en erreur) contre 0,6 % au niveau national. La région se classe au cinquième rang des régions avant le redécoupage de 2015 après le Nord Pas de Calais (1,7 %), l'Auvergne (1,3 %), la Réunion (1,2 %) et L'Île-de-France (1,1 %).

A l'échelle des territoires de santé, cette part varie de 0,4 % pour le territoire 1 à 1,1 % pour les territoires 5 et 6. Pour deux établissements, la prise en charge des patients souffrant de mésusages représente une part significative de leur activité : le CH St-Renan (79 % des séjours MCO) et la polyclinique St-Laurent (12 % des séjours MCO).

A noter qu'entre 2009 et 2013, le mésusage aux produits explique près de 8 % de la croissance globale de volume de séjours (hors erreurs et séances) de l'activité des établissements MCO bretons. Pour le niveau national, les séjours relatifs aux mésusages contribuent pour 4 % à l'augmentation du nombre de séjours entre 2009 et 2013.

➔ Seulement 22 % des séjours sont pris en charge dans une unité médicale dédiée à l'addictologie

Graphique 27. Caractéristiques des séjours de MCO pour la prise en charge de patients souffrant de mésusage à un ou plusieurs produits en 2013 (région Bretagne)



Sources : PMSI MCO 2013.

Note de lecture : Au sens du PMSI, l'hospitalisation complète correspond au séjour avec une durée de séjour supérieure ou égale à 1 jour. Le nombre de journée correspond à la différence entre la date d'entrée et la date de sortie. Par conséquent, si un patient est rentré le 15 juillet à 23h et sorti le 16 juillet à 8h, le séjour aura une durée de 1 jour malgré une présence inférieure à 24h.

Les séjours réalisés dans les établissements MCO pour la prise en charge de patients souffrant de mésusage à un ou plusieurs produits se caractérisent par :

- Une admission majoritairement directe depuis le domicile dans 58 % des cas ;
 - Une admission via les urgences pour 39 % des séjours ;
 - Des séjours principalement réalisés en hospitalisation complète (81 %), avec des exceptions : 38 % à la polyclinique St-Laurent ;
 - Une durée moyenne de séjour en hospitalisation complète de 8 jours ;
 - Les unités d'addictologie de recours et de référence concentrent 22 % de séjours. En 2013, cinq établissements prennent en charge des séjours pour mésusage dans cette unité et notamment : le CH de Dinan (88 % des séjours pour mésusage dans l'unité d'addictologie), le CHBA de Vannes (80 %), le CHBS (68 %) et le CHU de Rennes (65 %).
- A noter que le territoire 2 ne présente aucune activité pour mésusage malgré l'existence d'une offre de niveau 2 en MCO ;

- En Bretagne, 21 % des séjours relatifs aux mésusages sont pris en charge en UHCD. Pour cinq établissements, c'est plus d'un séjour sur deux : le CH de St-Brieuc (72 %), l'HIA (62 %), le CH des Pays de Morlaix (57 %), le CH de Guingamp (56 %), le CH de Fougères (55 %) et le CHU Brest (54 %).

➔ 10 % des séjours avec un sevrage complexe

En MCO, 52 % des séjours correspondent à un sevrage simple et 10 % à un sevrage complexe. La réalisation de sevrages complexes en MCO est liée à la reconnaissance de niveau 2 d'addictologie de l'établissement. On constate par conséquent une hétérogénéité entre les territoires de santé. Trois territoires ne disposent pas de niveau 2 en MCO : les territoires 1, 7 et 8.

Concernant les établissements MCO reconnus en niveau 2, cinq établissements présentent une part de séjours avec sevrage complexe : la polyclinique St-Laurent (1,3 % des séjours pour mésusage), le CHU Rennes (17 %), le CH de Dinan (34 %), le CHBS de Lorient (42 %), et le CHBA de Vannes (44 %).

➔ 26 % des patients hospitalisés dans un établissement breton pour un problème de mésusage ont réalisé plusieurs séjours MCO dans l'année pour le même motif

Graphique 28. Pourcentage de patients ré-hospitalisés en Bretagne en 2013 pour un problème de mésusage



Sources : PMSI MCO 2013.

Remarque : si un patient est hospitalisé une fois dans le TS1 et une fois dans le TS2, il n'aura réalisé qu'un seul séjour dans le TS1 et TS2, mais deux séjours en Bretagne.

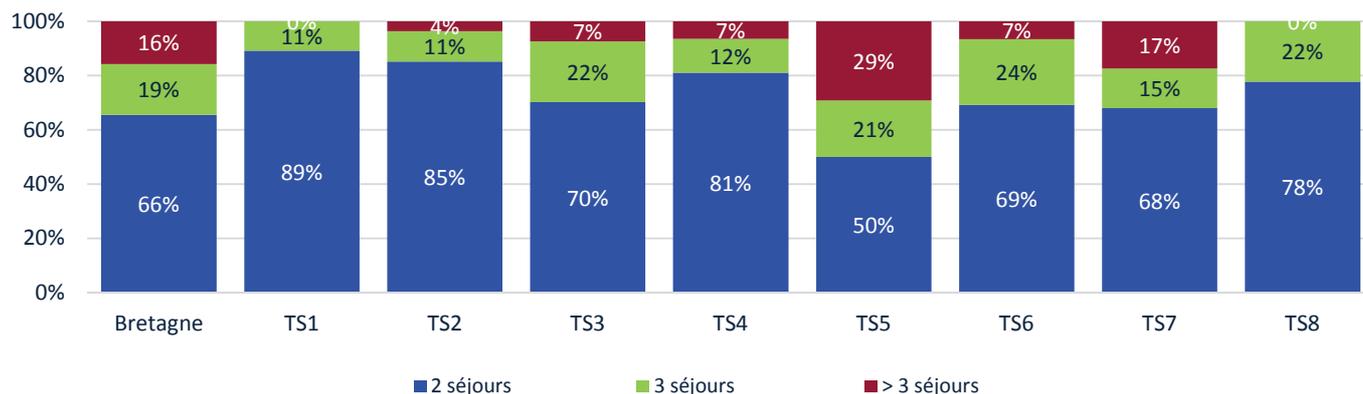
En 2013, 26 % des patients hospitalisés dans un établissement breton pour un problème de mésusage ont réalisé plusieurs séjours.

Les territoires de santé n°4 et 5 présentent un taux plus important que les autres territoires (respectivement 43 % et 34 %). Dans ces territoires, deux établissements affichent un taux élevé de patients ré-hospitalisés :

- Le CHBA de Vannes : 52 % des patients ont été hospitalisés plusieurs fois dans l'établissement ;
- La polyclinique St-Laurent : 40 % des patients.

A l'inverse les territoires n°1 et 8 affichent des taux de ré-hospitalisation sensiblement inférieurs.

Graphique 29. Répartition des patients en fonction du nombre de ré-hospitalisation pour la prise en charge des patients présentant un problème de mésusage en 2013



Sources : PMSI MCO 2013.

Remarque : si un patient est hospitalisé une fois dans le TS1 et une fois dans le TS2, il n'aura réalisé qu'un seul séjour dans le TS1 et TS2, mais deux séjours en Bretagne.

En 2013, deux tiers des patients ré-hospitalisés le sont une seule fois, 19 % deux fois et 16 % trois fois ou plus. Le territoire n°5 se démarque par une part importante de patients ré-hospitalisés au moins trois fois (29 % des patients). Ce résultat est notamment porté par la polyclinique St-Laurent (48 %).

IV. 2.3. Activité dans les établissements psychiatriques bretons

➔ Les journées relatives au mésusage représentent 10 % du total des journées de psychiatrie

En 2013, 159 731 journées ont été réalisées dans les établissements psychiatriques bretons pour 5 170 patients. Le volume de journées augmente de 3 % par rapport à 2009, alors qu'il est stable au niveau national.

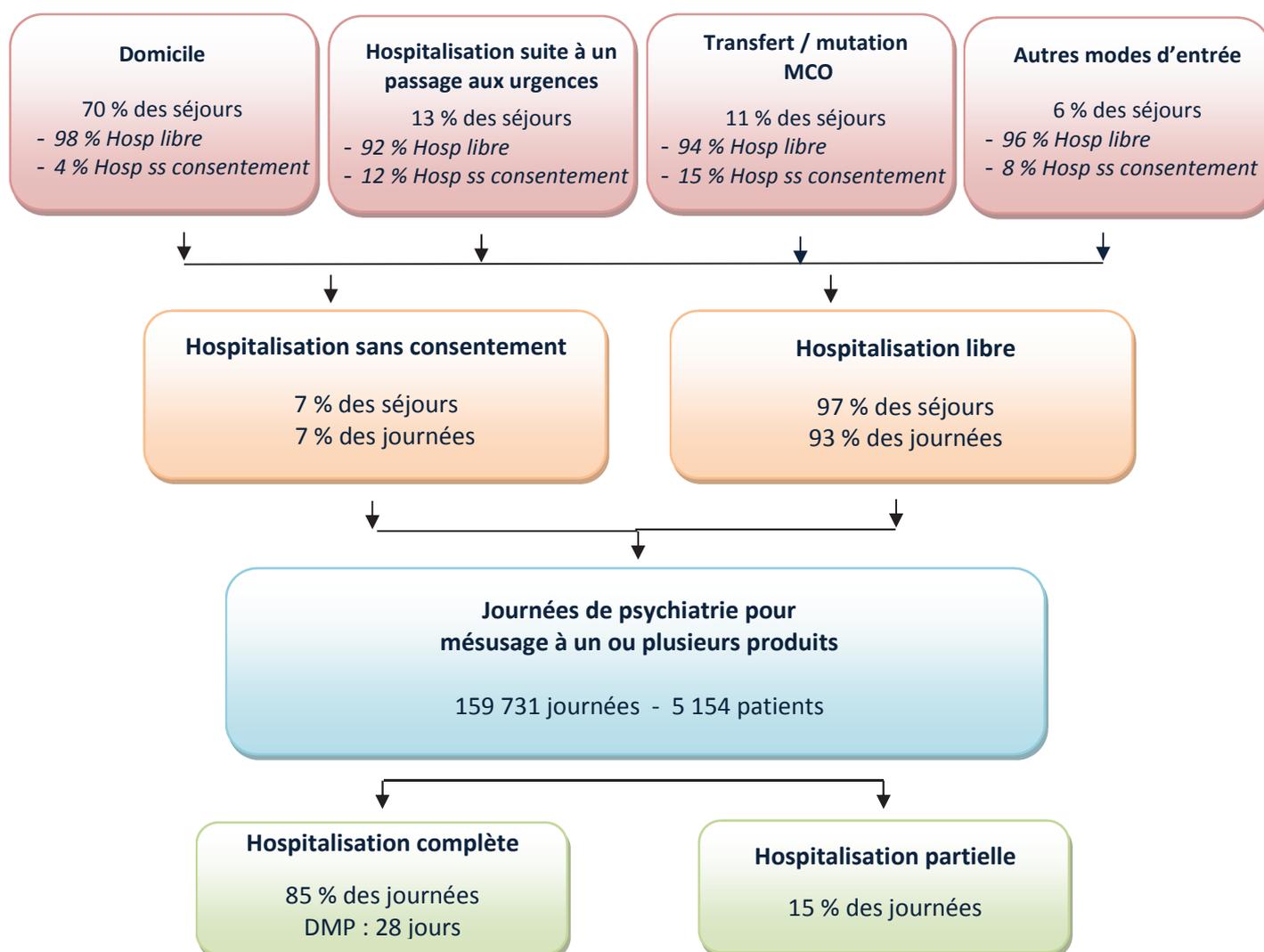
Sur les 30 établissements bretons autorisés en psychiatrie, 27 ont pris en charge des patients souffrant de mésusage, notamment l'EPSM de St-Avé (15 % des journées réalisées en région) et le CH Guillaume Rénier à Rennes (12 %). Le centre de Billiers, La Thébaudais et la Maison Bleue sont des établissements qui ont des activités spécialisées en psychiatrie, ce qui explique l'absence de prise en charge des patients pour mésusage.

Dans l'activité totale de psychiatrie, les journées réalisées pour des patients présentant un problème de mésusage représentent 9,7 % des journées de psychiatrie, contre 5 % au niveau national. La région se classe au troisième rang après le Limousin (12 %) et l'Auvergne (10 %).

A l'échelle des territoires de santé, cette part varie de 5,3 % pour le territoire 6 à 16,2 % pour le territoire 8. Dans l'activité totale de psychiatrie, cinq établissements se distinguent par une part de journées relatives aux mésusages supérieure à 20 % : la clinique de l'Iroise (21 % des journées de psychiatrie), la clinique Pen An Dalar (21 %), la clinique du Moulin (24 %), la clinique Cerisaie (22 %) et le CH Bon Sauveur (20 %).

➔ Les journées relatives à la prise en charge des mésusages sont principalement réalisées en hospitalisation complète

Graphique 30. Caractéristiques des journées de PSY pour la prise en charge de patients souffrant de mésusages en 2013 (région Bretagne)



Sources : RIM-P 2013.

Note de lecture :

- En psychiatrie, l'hospitalisation complète englobe les prises en charge en hospitalisation temps plein, en séjour thérapeutique, en hospitalisation à domicile, en placement familial thérapeutique, en centre de postcure et en centre de crise. L'hospitalisation partielle regroupe les prises en charge en hospitalisation de jour, en hospitalisation de nuit et l'activité réalisée dans les ateliers thérapeutiques ;
- Les mutations correspondent aux mouvements au sein d'un même établissement (même entité juridique). Par exemple, un patient muté de l'unité MCO du CHU de Brest vers l'unité psychiatrique du CHU de Brest. Les transferts correspondent aux mouvements entre deux établissements différents (entités juridiques différentes). Par exemple, un patient transféré du service MCO du CHU de Rennes vers les services psychiatriques du CH Guillaume Régnier ;
- pour chaque mode d'entrée, les sommes des pourcentages des hospitalisations libres et des hospitalisations sans consentement peuvent être supérieures à 100 %. En effet, un patient peut changer de mode légal de soins pendant le séjour. Par exemple : commencer les soins psychiatriques à la demande d'un tiers (hospitalisation sans consentement) et terminer le séjour en hospitalisation libre ;
- *DMP = durée moyenne de présence en hospitalisation temps plein.

Les séjours en établissement de santé mentale pour mésusages se caractérisent par :

- Un mode d'entrée direct très majoritaire : 70 % des séjours proviennent du domicile ;
- Une entrée par les urgences pour 13 % des séjours en moyenne. Sept établissements présentent une part de séjours avec un mode d'entrée par les urgences importante : le CH de Morlaix (38 % des séjours), le CH de Redon

(35 %), le CH Charcot (34 %), le CH St-Malo (31 %), le CH Landerneau (29 %), le CHGR (25 %) et le CHU de Brest (21 %) ;

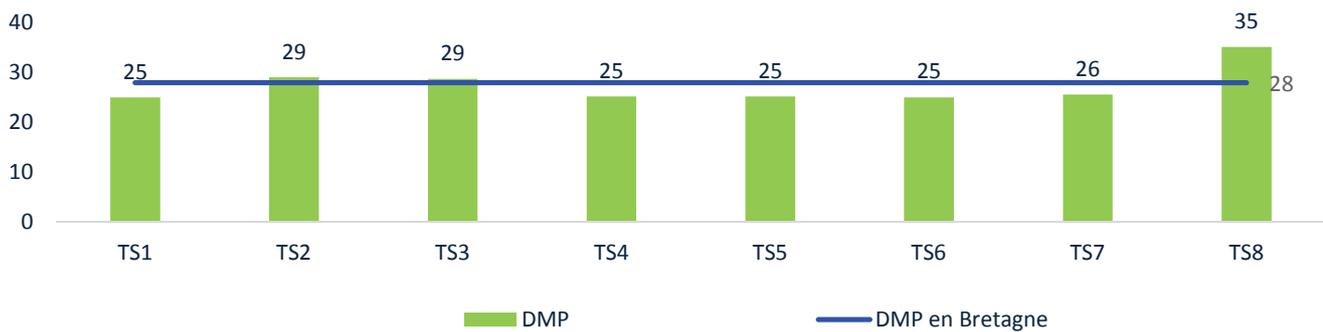
- Les hospitalisations sans consentement sont plus fréquentes lors d'une admission via les urgences, ou d'un transfert d'un établissement MCO ;
- Une part d'hospitalisation de soins sans consentement inférieure à la part globale en psychiatrie (7 % versus 14 % des séjours). Deux établissements se distinguent avec une part de séjours en soins sans consentement nettement supérieure à la part régionale : le CH de Redon (31 % des séjours) et le CH de Morlaix (22 %) ;
- Une prise en charge en hospitalisation complète importante : 85 % des journées, et plus précisément en hospitalisation à temps plein. Le taux global de prise en charge en hospitalisation complète en psychiatrie est de 76 %. Deux établissements se distinguent par la faiblesse de cette part : l'EPSM de St-Avé (72 % des journées), le CH de St-Malo (45 %).

➔ Une durée moyenne de présence globalement homogène selon les territoires de santé

Cf. définition de la durée moyenne de présence page 38

En psychiatrie, sur l'année 2013, les patients ont été hospitalisés à temps plein en moyenne 28 jours. La durée moyenne de présence est très homogène sur tous les territoires à l'exception du territoire 8, où elle est supérieure.

Graphique 31. Par territoire de santé, durée moyenne de présence en hospitalisation temps plein en psychiatrie pour l'année 2013



Sources : RIM-P 2013.

Remarque : DMP = durée moyenne de présence en hospitalisation temps plein (nombre de journées en hospitalisation temps plein / nombre de patients en hospitalisation temps plein).

➔ 38 % des patients hospitalisés dans un établissement psychiatrique breton pour un problème de mésusage ont réalisé plusieurs séjours

Graphique 32. Pourcentage de patients ré-hospitalisés en Bretagne pour un problème de mésusage en 2013



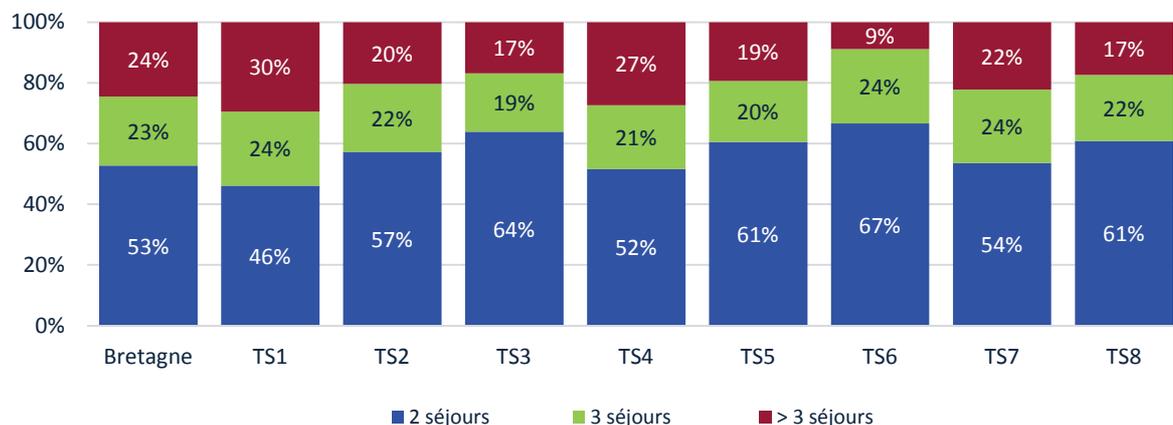
Sources : RIM-P 2013.

Remarque : si un patient est hospitalisé une fois dans le TS1 et une fois dans le TS2, il n'aura réalisé qu'un seul séjour dans le TS1 et TS2, mais deux séjours en Bretagne.

En 2013, 38 % des patients hospitalisés dans un établissement psychiatrique breton pour mésusage ont réalisé plusieurs séjours.

Les territoires de santé n°1, 2 et 7 présentent un taux légèrement plus important que les autres territoires. A l'inverse, les territoires 3 et 6 se démarquent par un taux nettement inférieur au taux régional.

Graphique 33. Répartition des patients en fonction du nombre de ré-hospitalisation pour un problème de mésusage en 2013



Sources : RIM-P 2013

Remarque : si un patient est hospitalisé une fois dans le TS1 et une fois dans le TS2, il n'aura réalisé qu'un seul séjour dans le TS1 et TS2, mais deux séjours en Bretagne.

Un patient sur deux est ré-hospitalisé une seule fois et un patient sur quatre plus de trois fois.

Les territoires 3 et 6 qui présentaient le plus faible taux de ré-hospitalisation comptent également peu de patients ré-hospitalisés 3 fois ou plus parmi les patients ré-hospitalisés.

A noter que le territoire 3 ne dispose pas d'offre spécialisée en addictologie en psychiatrie.

IV. 2.4. Activité dans les établissements SSR bretons

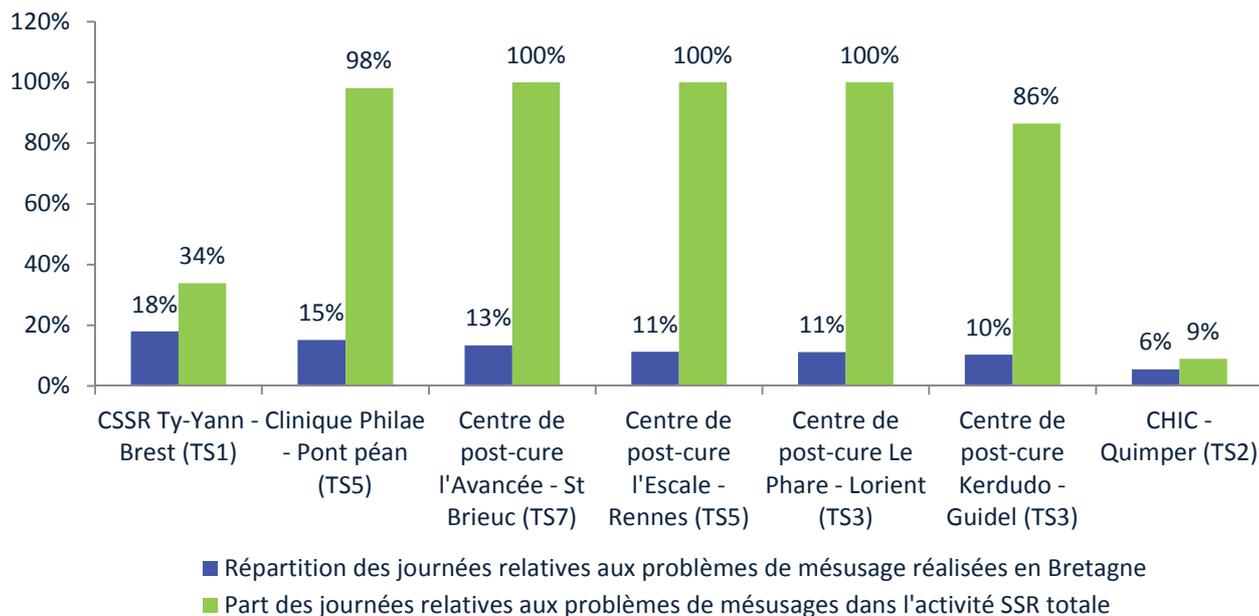
En 2013, 79 429 journées ont été réalisées dans les établissements SSR bretons. Le volume de journées diminue de 4 % par rapport à 2009.

➔ 85 % des journées réalisées dans les établissements SSR autorisés pour la prise en charge des affections liées aux conduites addictives

En Bretagne, sept établissements sont autorisés pour la prise en charge des affections liées aux conduites addictives :

- le centre de soins de suite et de réadaptation (CSSR) Ty-Yann à Brest (TS1) ;
- le CHIC de Quimper (TS2) ;
- le centre de post-cure Kerdudo à Guidel (TS3) ;
- le centre de post-cure Le Phare à Lorient (TS3) ;
- le centre de post-cure l'Escale à Rennes (TS5) ;
- la clinique Philae à Pont Péan (TS5) ;
- le centre de post-cure l'Avancée à St-Brieuc (TS7).

Graphique 34. Pour les établissements autorisés pour la prise en charge des conduites addictives, répartition des journées relatives aux mésusages et part de ces journées dans l'activité SSR totale de l'établissement



Sources : PMSI SSR 2013.

Remarques : Les établissements triés par ordre décroissant du nombre de journées relatives aux mésusages.

Ces établissements rassemblent 85,5 % des journées de SSR relatives aux mésusages réalisées en Bretagne.

Dans l'activité totale de SSR, les journées réalisées pour des patients présentant un problème de mésusage à un ou plusieurs produits représentent 4,4 % des journées de SSR. A l'échelle des établissements autorisés, la prise en charge des mésusages représente l'activité principale pour les cinq établissements disposant uniquement d'une autorisation en SSR dédiée à l'addictologie.

En effet, le CSSR Ty-Yann et le CHIC de Quimper, bénéficient de plusieurs types d'autorisations en SSR, expliquant les faibles parts des journées relatives aux mésusages dans leur activité.

Les journées réalisées dans ces établissements sont toutes en hospitalisation complète, à l'exception du centre de post-cure l'Escale où 100 % des journées sont en hospitalisation partielle, conformément à leur autorisation.

Parmi les établissements qui ne possèdent pas d'autorisation pour la prise en charge des conduites addictives, le CH de Bain de Bretagne se distingue en prenant en charge 5 % des journées relatives aux mésusages en Bretagne, ce qui représente 22 % de son activité SSR.

La durée moyenne de présence en SSR est de 51 jours. Elle varie de 24 jours au CHIC de Quimper à 65 jours au CSSR Ty-Yann à Brest.

IV. 3. Taux de fuites et d'attractivité

Cf. définition des taux de fuites et d'attractivité page 41

Ce chapitre n'analyse pas les taux de fuites et d'attractivités en psychiatrie car l'offre de soins psychiatriques se caractérise par une organisation territoriale en secteurs, et que le découpage des secteurs ne respecte pas toujours le découpage des territoires de santé.

➔ Des taux de fuites et d'attractivité faibles et équilibrés

Tableau 20. Taux de fuites et d'attractivité pour des patients souffrant de mésusage hospitalisés en MCO

| | TS1 | TS2 | TS3 | TS4 | TS5 | TS6 | TS7 | TS8 | Bretagne |
|---------------------------------|-------|--------|--------|--------|-------|--------|-------|--------|----------|
| Taux de fuites 2013 | 6,5 % | 10,6 % | 8,5 % | 16,2 % | 3,7 % | 12,6 % | 4,6 % | 31,3 % | 1,6 % |
| Taux d'attractivité 2013 | 8,8 % | 9,7 % | 10,1 % | 19,2 % | 6,0 % | 7,2 % | 4,9 % | 27,1 % | 2,4 % |

Sources : PMSI MCO 2013.

En MCO, les taux de fuites et d'attractivité se compensent et sont faibles (respectivement 1,6 % et 2,4 %).

A l'échelle des territoires de santé, le mouvement des patients est plus contrasté, toutefois à l'exception des territoires 6 et 8, les écarts entre les taux de fuites et d'attractivité sont inférieurs à 3 points.

Pour le territoire de santé n°6, 13 % des séjours MCO pour des patients souffrant de mésusage sont réalisés dans un établissement situé à l'extérieur du territoire, notamment sur le territoire 5 et le territoire 7.

En 2013, 31 % des séjours relatifs à des patients du territoire 8 sont réalisés dans un autre territoire (soit 55 séjours). Ces patients sont hospitalisés dans l'ensemble du territoire breton mais plus particulièrement au CHBA de Vannes (territoire 4). L'attractivité observée concerne très peu de séjours (45 séjours).

Tableau 21. Tableau 4 : Taux de fuites et d'attractivité pour des patients souffrant de mésusage hospitalisés en SSR

| | TS1 | TS2 | TS3 | TS4 | TS5 | TS6 | TS7 | TS8 | Bretagne |
|---------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|----------|
| Taux de fuites 2013 | 27,2 % | 25,5 % | 42,7 % | 71,3 % | 22,5 % | 90,1 % | 47,1 % | 93,6 % | 14,1 % |
| Taux d'attractivité 2013 | 30,6 % | 23,7 % | 66,6 % | 19,4 % | 26,5 % | 35,7 % | 62,3 % | 25,0 % | 18,0 % |

Sources : SSR 2013.

En SSR, les taux de fuites et d'attractivité des patients bretons se compensent et sont inférieurs aux taux d'attractivité des établissements bretons (respectivement 14,1 % et 18 %).

Parmi les cinq territoires de santé disposant d'une offre SSR spécialisée en addictologie, les territoires 3 et 7 présentent des taux d'attractivité nettement plus importants que les taux de fuites. Ces territoires attirent particulièrement les patients non bretons (un peu moins d'un séjour pour mésusage sur deux).

IV. 4. Analyse territoriale

Territoire de santé 1 « Brest - Carhaix - Morlaix »

En 2013, la population du territoire de santé n°1 est de 549 639 habitants et représente 17 % de la population bretonne. Parmi cette population, 30 % a moins de 25 ans.

➔ Population impactée par l'hospitalisation pour mésusage

La population bretonne domiciliée sur le territoire de santé n°1 (territoire de Brest, Morlaix, Carhaix), est la 2^{ème} en Bretagne la plus impactée par les hospitalisations pour mésusage, avec 34 patients pour 10 000 habitants (27 en Bretagne).

Les établissements sanitaires ont pris en charge 23 % des séjours pour mésusage réalisés en Bretagne alors que le territoire de santé n°1 rassemble 17 % de la population bretonne.

→ Une prise en charge en psychiatrie dominante...

78% des patients sont principalement pris en charge dans les établissements psychiatriques, soit la plus forte part dans la région et seulement 25 % en MCO versus 46 % pour la région.

La part de prise en charge en SSR est comparable au niveau régional (16 % versus 14 %).

→ ... et un taux de recours standardisé très important en psychiatrie

Par rapport au niveau régional, le taux de recours standardisé en psychiatrie est le plus important de la région (774 journées pour 10 000 habitants versus 496 journées pour la Bretagne). A contrario, le taux de recours MCO est deux fois moins important que le taux régional (10 séjours pour 10 000 habitants versus 20 séjours en Bretagne). Ce taux est par ailleurs inférieur au taux national (17 séjours).

Le taux de recours en SSR est de 247 journées pour 10 000 habitants, le taux régional étant de 217 journées.

→ En MCO, un fort taux d'admission via les urgences

Les établissements MCO localisés sur le territoire ont réalisé 569 séjours relatifs au mésusage ce qui représente 1,2 % du total des séjours en MCO (1,4 % pour le niveau régional).

On note aussi :

- un très fort taux d'hospitalisation complète : 97 % (81 % pour la région) ;
- un taux de séjours avec un passage aux urgences moyen de 37 % ;
- une part de sevrage simple (77 %) très supérieure à la part régionale (52 %) ;
- un taux de ré-hospitalisation en MCO (11 %), très inférieur au taux régional (26 %).

Certains établissements se distinguent par une part de séjours en UHCD très importante par rapport au niveau régional, l'HIA (62 % des séjours), le CH Morlaix (56,5 %) et le CHRU de Brest (54 %), le taux régional étant de 22 %.

A noter l'absence de prise en charge des mésusages dans les unités dédiées à l'addictologie, en lien avec l'absence de niveau 2 en MCO sur le territoire.

→ Une journée sur sept en santé mentale pour mésusage

Pour les établissements psychiatriques, les journées relatives au mésusage représentent 14 % du total des journées en psychiatrie du territoire (10 % pour le niveau régional).

- La part de séjours en soins sans consentement est faible (4 % versus 7 % pour la région), variant de 1% au CHU de Brest à 11% au CH de Morlaix ;
- La part de journées en hospitalisation temps plein est dans la moyenne régionale (84%) tout comme la durée moyenne de présence de 25 jours (28 jours pour la Bretagne)

La part de séjours avec une entrée par les urgences est forte (21 % versus 13 % en Bretagne), notamment au CH de Morlaix (38 %) et au CHU de Brest (21 %).

En 2013, 41 % des patients pris en charge dans un établissement psychiatrique pour mésusage sont ré-hospitalisés (moyenne régionale 38 %).

→ Des taux de fuites et d'attractivité faibles en MCO et équilibrés

En 2013, le taux de fuites est de 6,5 % et le taux d'attractivité est de 8,8 %.

Territoire de santé 2 « Quimper - Douarnenez »

En 2013, la population du territoire 2 est de 302 000 habitants et représente 9 % de la population bretonne. Parmi cette population 26 % ont moins de 25 ans.

➔ Nombre de patients par habitant comparable au niveau régional

Le nombre de patients hospitalisés pour mésusage pour 10 000 habitants est proche de la moyenne régionale : 25 patients pour 10 000 habitants versus 27 patients pour 10 000 habitants en Bretagne.

➔ Presqu'autant de prise en charge en MCO qu'en psychiatrie

Les hospitalisations de ces patients sont réalisées à 49 % dans les établissements de santé mentale, et 45 % en MCO. Le taux de prise en charge en SSR est très élevé comparé au taux régional : 28 % versus 16 %.

➔ Consommation de soins relativement forte en SSR

Les taux de recours standardisés sont moindres en MCO et en psychiatrie et plus élevés en SSR.

➔ Aucun séjour pour sevrage complexe en MCO, malgré l'offre disponible

Les établissements MCO localisés sur le territoire ont réalisé 413 séjours relatifs au mésusage ce qui représente 1,1 % du total des séjours en MCO (1,4 % pour le niveau régional).

La principale caractéristique du territoire est l'absence de prise en charge en unité d'addictologie, malgré l'existence de 15 lits en MCO dédiés à la prise en charge des sevrages complexes.

On note aussi :

- Que presque tous les séjours (98 %) se font en hospitalisation complète (81 % pour la région) ;
- 62 % des séjours font suite à un passage par les services d'urgence (39 % pour la région) ;
- Seuls 6 % des séjours passent en UHCD (21 % pour la région) ;
- La part de sevrage simple est très supérieure à la part régionale (87 % versus 52 %) ;
- Le taux de ré-hospitalisation en MCO est faible (15 % versus 26 % au niveau régional).

➔ Aucune entrée par les urgences en santé mentale

Pour les établissements psychiatriques, les journées relatives au mésusage représentent 9 % du total des journées en psychiatrie du territoire (10 % pour le niveau régional). La part de séjours en soins sans consentement est proche du niveau régional (8 % versus 7 % pour la région) de même que la part de journées en hospitalisation temps plein (83,5 % versus 84 %), la durée moyenne de présence (29 jours versus 28) et le taux de ré-hospitalisation (40 % versus 38 %).

Aucun séjour ne fait suite à une entrée par les urgences.

➔ Un taux de fuites légèrement plus élevé que le taux d'attractivité en MCO

En 2013, le taux global de fuite est de 11 % alors que le taux d'attractivité atteint les 7 %.

Territoire de santé 3 « Lorient – Quimperlé »

En 2013, la population du territoire 3 est de 295 061 habitants et représente 9 % de la population bretonne. Parmi cette population, 28 % a moins de 25 ans.

➔ Nombre de patients par habitant comparable au niveau régional

Le nombre de patients hospitalisés pour mésusage pour 10 000 habitants est identique au niveau régional : 27 patients pour 10 000 habitants.

→ Une prise en charge en MCO dominante...

Les hospitalisations de ces patients sont principalement réalisées dans les établissements MCO (60 % des patients), et moins en psychiatrie (40 % des patients domiciliés sur le territoire contre 59 % des patients bretons sont hospitalisés en psychiatrie en 2013). A noter toutefois que le territoire ne présente aucune offre en psychiatrie dédiée à la prise en charge des addictions.

→ ... et un faible taux de recours standardisé en psychiatrie

Par rapport au niveau régional, le taux de recours standardisé MCO est comparable au niveau régional (22 séjours pour 10 000 habitants versus 20 séjours pour la Bretagne). Le taux de recours en psychiatrie est le plus faible constaté en Bretagne (342 journées pour 10 000 habitants versus 496 journées pour la Bretagne), bien qu'au-dessus du taux national.

→ Un patient sur quatre hospitalisé en SSR

24 % des patients du territoire de santé pris en charge pour mésusage sont hospitalisés en SSR, la moyenne régionale étant de 16 %.

Le territoire dispose de deux établissements SSR avec une autorisation dédiée aux addictions.

→ En MCO, une part de séjours en sevrage complexe très élevée

Les établissements MCO localisés sur le territoire ont réalisé 646 séjours relatifs au mésusage ce qui représente 2,5 % du total des séjours en MCO (1,4 % pour le niveau régional).

La principale caractéristique du territoire est l'importance de la part de séjours en sevrage complexe (33 % versus 10 % pour la région). On note également :

- le fort taux d'hospitalisation complète (95 % versus 81 % pour la région) ;
- une part de sevrage simple de 42 %, inférieure à la part régionale de 52 % ;
- un taux de ré-hospitalisation en MCO faible (18 % versus 26 % au niveau régional).

→ En santé mentale, forte part de séjours avec une entrée par les urgences

Pour les établissements psychiatriques, les journées relatives au mésusage représentent 6 % du total des journées en psychiatrie du territoire (10 % pour le niveau régional). Ils se démarquent par un taux d'hospitalisation temps plein important (91 % versus 84 % pour le niveau régional) de même que le taux d'entrée par les urgences : une sur quatre et même une sur trois au CH Charcot (versus 13 % en Bretagne).

En 2013, 26 % des patients pris en charge dans un établissement psychiatrique pour mésusage sont ré-hospitalisés (moyenne régionale 38 %).

→ Forte attractivité en SSR

66 % des séjours réalisés pour des patients hospitalisés en SSR pour un problème de mésusage proviennent d'un autre territoire, dont 48 % correspondent à des patients qui ne sont pas domiciliés en Bretagne.

Territoire de santé 4 « Vannes – Ploërmel »

En 2013, la population du territoire 4 est de 389 831 habitants et représente 12 % de la population bretonne. Parmi cette population, 28 % a moins de 25 ans.

➔ Nombre de patients par habitant comparable au niveau régional

Le nombre de patients hospitalisés pour mésusage pour 10 000 habitants est identique au niveau régional : 27 patients pour 10 000 habitants.

➔ 71 % des patients pris en charge en psychiatrie

Les hospitalisations de ces patients sont principalement réalisées dans les établissements psychiatriques (71 % des patients). Le taux de prise en charge MCO est faible comparé à la région : 33 % versus 46 % pour la région.

➔ Un taux de recours standardisé en psychiatrie très important

Le taux de recours standardisé en psychiatrie est le deuxième le plus important de la région (629 journées pour 10 000 habitants versus 496 journées pour la Bretagne). A contrario, le taux de recours MCO (13 séjours pour 10 000 habitants) est moins important que le taux régional (20 séjours) et même national (17 séjours).

➔ La prise en charge en SSR la plus faible de la région

En 2013, seuls 7 % des patients du territoire hospitalisés pour mésusage sont pris en charge dans un établissement de SSR, le taux régional étant de 16 %.

Il est à noter que le territoire ne présente aucune offre en SSR dédiée à la prise en charge des addictions.

➔ Une consommation très faible de soins en SSR

Le taux de recours standardisé en SSR est très inférieur au taux régional et national : 72 journées pour 10 000 habitants versus 217 en Bretagne et 167 en France.

➔ En MCO, une part de séjours en unité d'addictologie très importante

Les établissements MCO localisés sur le territoire ont réalisé 552 séjours relatifs au mésusage ce qui représente 1,6 % du total des séjours en MCO (1,4 % pour le niveau régional).

La part de séjours en unité d'addictologie est importante (66 % versus 22 %), la part de séjours pour sevrage complexe très élevée (36 % versus 10 % pour la région) ainsi que le taux de ré-hospitalisation en MCO (43 % versus 26 % au niveau régional).

En outre :

- le taux d'hospitalisation complète est important (98 % versus 81 % pour la région) ;
- le taux de séjours avec un passage aux urgences est assez faible (33 % versus 39 % pour la région) ;
- la part de sevrage simple dans les séjours est légèrement inférieure à la part régionale de (48% versus 52 %).

➔ En santé mentale, faible part de séjours avec une entrée par les urgences

Pour les établissements psychiatriques, les journées relatives au mésusage représentent 13 % du total des journées en psychiatrie du territoire (10 % pour le niveau régional).

Les principales caractéristiques du territoire sont :

- une part de séjours en soins sans consentement de 9 % (7 % pour la région) ;
- une part de journées en hospitalisation temps plein de 77 % (84 % pour le niveau régional) ;
- une durée moyenne de présence de 25 jours (28 jours pour la Bretagne) ;
- une part de séjours avec une entrée par les urgences de 7 % (13 % en Bretagne).

En 2013, 38 % des patients pris en charge dans un établissement psychiatrique pour mésusage sont ré-hospitalisés (moyenne régionale 38 %).

Territoire de santé 5 « Rennes - Fougères - Redon - Vitré »

En 2013, la population du territoire 5 est de 904 395 habitants et représente 28 % de la population bretonne. Parmi cette population, 34 % a moins de 25 ans.

→ Population peu impactée par l'hospitalisation avec mésusage

La population bretonne domiciliée sur le territoire de santé n°5 est moins concernée par les hospitalisations pour mésusage que l'ensemble de la population bretonne : 20 patients pour 10 000 habitants (27 patients en Bretagne).

→ Une prise en charge en MCO légèrement majoritaire

54 % des patients sont hospitalisés en MCO, et 50 % en santé mentale, soit une répartition quasi égalitaire en comparaison du niveau régional 59 % et 46 %.

Le taux de prise en charge en SSR est très élevé comparé au taux régional : 25 % versus 16 %. A noter que le territoire 5 dispose de deux établissements SSR avec une autorisation dédiée aux addictions.

→ Forte consommation de soins en MCO et faible en psychiatrie par rapport à la région

Par rapport au niveau régional, les taux de recours standardisés sont proches des taux régionaux :

- 364 journées pour 10 000 habitants en psychiatrie (496 journées pour la Bretagne) ;
- 30 séjours pour 10 000 habitants en MCO (20 séjours pour la Bretagne) ;
- 259 journées pour 10 000 habitants en SSR (217 journées pour la Bretagne).

→ En MCO, des pratiques contrastées entre le CHU de Rennes et la polyclinique St-Laurent

Les établissements MCO localisés sur le territoire ont réalisé 2 623 séjours relatifs au mésusage, ce qui représente 1,4 % du total des séjours en MCO comme au niveau régional.

Les principales caractéristiques du territoire sont :

- la part de séjours avec un passage aux urgences est faible (14 % versus 39 %) ;
- le taux de séjours en UHCD est très faible (5 % versus 21 %) sauf pour le CH de Fougères (55 %) ;
- la part de séjours en hospitalisation partielle est nettement supérieure à la région (42 % versus 19 %), portée par l'hospitalisation partielle réalisée par la clinique St-Laurent (62 %).

On note aussi :

- la part de séjours en unité d'addictologie de 18 % (22 % pour la région) masque une opposition entre le CHU de Rennes (65 % des séjours) et la polyclinique St-Laurent (2 % des séjours) ;
- la part de séjours pour sevrage complexe est faible (5 % versus 10 % au niveau régional). Cette part est le résultat d'une disparité entre le CHU de Rennes (16 % des séjours) et la polyclinique St-Laurent (1,3 %) ;
- la part de séjours pour sevrage simple est légèrement inférieure à la part régionale (47 % versus 52 %) ;
- le taux de ré-hospitalisation en MCO est au-dessus du niveau régional (34 % versus 26 %).

Pour les établissements psychiatriques, les journées relatives au mésusage représentent 7 % du total des journées en psychiatrie du territoire (10 % pour le niveau régional). La part de séjours en soins sans consentement de 9 % (7 % pour la région) est tirée par le CHGR (13 % des séjours). La durée moyenne de présence est de 25 jours (28 jours pour la Bretagne). La part de séjours avec une entrée par les urgences de 16 % (13 % en Bretagne) atteint 35 % au CH de Redon et 25 % au CHGR.

En 2013, la part des patients pris en charge dans un établissement psychiatrique pour mésusage et ré-hospitalisés est faible (31 % versus 38 % au niveau régional).

➔ Taux de fuites et d'attractivité faibles et équilibrés

En 2013, le taux de fuites est de 4 % et le taux d'attractivité est de 6 %.

Territoire de santé 6 « St-Malo – Dinan »

En 2013, la population du territoire 6 est de 259 514 habitants et représente 8 % de la population bretonne. Parmi cette population, 27 % a moins de 25 ans.

➔ Nombre de patients par habitant comparable au niveau régional

Le nombre de patients hospitalisés pour mésusage pour 10 000 habitants est comparable au niveau régional : 28 patients pour 10 000 habitants (versus 27 patients en Bretagne).

➔ Deux tiers des patients pris en charge en MCO

Comme sur le territoire de santé n°3, les hospitalisations sont principalement réalisées dans les établissements MCO (67 % des patients), et moins souvent en psychiatrie (44 % des patients domiciliés sur le territoire contre 59 % des patients bretons).

Le taux de prise en charge en SSR est inférieur au taux régional (11 % versus 16 %).

➔ Moindre recours en psychiatrie

Par rapport au niveau régional, le taux de recours standardisés MCO est supérieur au niveau régional (27 séjours pour 10 000 habitants versus 20 séjours pour la Bretagne). A l'inverse, le taux de recours en psychiatrie est inférieur (387 journées pour 10 000 habitants versus 496 journées pour la Bretagne), bien qu'au-dessus du taux national.

Le taux de recours en SSR est inférieur au taux régional (172 journées versus 217 pour la région), mais comparable au niveau national (167 journées).

➔ En MCO, une part très importante de séjours en unité d'addictologie

Les établissements MCO localisés sur le territoire ont réalisé 646 séjours relatifs au mésusage ce qui représente 2,1 % du total des séjours en MCO (1,4 % pour le niveau régional).

On note :

- une importante part de séjours en unité d'addictologie : 55 % (22 % pour la région), liée à l'activité du CH de Dinan (88 % des séjours) ;
- une part de séjours pour sevrage complexe de 21 %, double de la part régionale de 10 %, expliquée par la part de séjours en sevrage complexe du CH de Dinan (34 %) ;
- une forte part de séjour avec passage aux urgences (56 % versus 39 %), portée par une quasi exclusivité de ce mode d'entrée au CH de St- Malo ;
- une absence d'hospitalisation à temps partiel ;
- un taux de séjours en UHCD inférieur au taux régional (16 % versus 21 %), à l'exception du CH de St-Malo pour lequel ces séjours représentent 44,5 % ;
- une part de sevrage simple de 62 %, supérieure à la part régionale (52 %).

➔ En santé mentale, faible taux de ré-hospitalisation

Pour les établissements psychiatriques, les journées relatives au mésusage représentent seulement 5 % du total des journées en psychiatrie du territoire (10 % pour le niveau régional). La part de séjours en soins sans consentement est assez forte : 13 % (7 % pour la région). La part de journées en hospitalisation temps plein est plus faible qu'au niveau régional (78 % versus 84 %), en particulier au CH de St-Malo (45 %). La durée moyenne de présence est de 25

jours (28 jours pour la Bretagne). La part de séjours avec une entrée par les urgences forte (7 % versus 13 % en Bretagne) atteint 31 % au CH de St-Malo.

En 2013, seulement 16 % des patients pris en charge dans un établissement psychiatrique pour mésusage sont ré-hospitalisés (38 % au niveau régional).

➔ 13 % des séjours MCO des patients du territoire sont réalisés en dehors du TS6

Pour le territoire de santé n°6, 13 % des séjours MCO réalisés pour des patients souffrant de mésusage sont réalisées dans un établissement situé à l'extérieur du territoire, notamment sur le territoire 5 et le territoire 7. Le taux de fuites important en SSR est expliqué par l'absence d'offre sur le territoire.

Territoire de santé 7 « St-Brieuc »

En 2013, la population du territoire 7 est de 416 401 habitants et représente 13 % de la population bretonne. Parmi cette population, 28 % a moins de 25 ans.

➔ Population la plus impactée par l'hospitalisation pour mésusage de la région

La population bretonne domiciliée sur le territoire de santé n°7 est la plus impactée en Bretagne par les hospitalisations pour mésusage, avec 35 patients pour 10 000 habitants (27 patients pour 10 000 habitants en Bretagne).

➔ Une moindre prise en charge en SSR

Les hospitalisations de ces patients sont réalisées à 57 % dans les établissements de santé mentale, et 52 % en MCO. Le taux de prise en charge en SSR est légèrement inférieur au taux régional : 10 % versus 16 %.

➔ Seul territoire présentant une surconsommation à la fois en psychiatrie et en MCO

Par rapport au niveau régional, les taux de recours standardisés en MCO et en psychiatrie sont supérieurs aux taux régionaux :

- 539 journées pour 10 000 habitants en psychiatrie (496 journées pour la Bretagne) ;
- 27 séjours pour 10 000 habitants en MCO (20 séjours pour la Bretagne).

Le taux de recours SSR est inférieur au taux régional (185 journées versus 217 pour la région).

➔ En MCO, aucun séjour pour sevrage complexe malgré une offre existante

Les établissements MCO localisés sur le territoire ont réalisé 1 092 séjours relatifs au mésusage ce qui représente 1 % du total des séjours en MCO (1,4 % pour le niveau régional).

On note :

- l'absence de prise en charge en unité d'addictologie, malgré l'existence de 6 lits en MCO dédiés à la prise en charge des sevrages complexes ;
- une part de séjours avec passage aux urgences forte : 82 % (39 % pour la région) ;
- l'importance de la part de séjours en UHC : 66,5 % versus 21 % en région. Ce taux atteint 71,5 % au CH de St-Brieuc ;
- un taux d'hospitalisation complète fort : 92,5 % (81 % pour la région) ;
- une part de sevrage simple faible : 37,5 %, versus 52 % au niveau régional.

➔ Les journées pour mésusage représentent 16 % du total des journées en santé mentale

Pour les établissements psychiatriques, les journées relatives au mésusage représentent 16 % du total des journées en psychiatrie du territoire (10 % pour le niveau régional), avec :

- une faible part de séjours en soins sans consentement de 4 % (7 % pour la région) ;
- une part plus forte de journées en hospitalisation temps plein de 91 % (84 % pour le niveau régional) ;
- une absence d'entrée par les services d'urgences ;
- un taux de ré-hospitalisés fort : 43 % versus 38 % pour le niveau régional.

➔ Forte attractivité en SSR

En MCO, les taux de fuites et d'attractivité du territoire 7 sont faibles et équilibrés (respectivement 4,6 % et 4,9 %). En SSR, 62 % des séjours réalisés pour des patients hospitalisés en SSR pour un problème de mésusage proviennent d'un autre territoire, dont 43 % correspondent à des patients qui ne sont pas domiciliés en Bretagne.

➔ Un taux de fuites et d'attractivité équilibré

En 2013, les taux de fuites et d'attractivité s'équilibrent à 10 %. La légère attractivité en SSR est la cause des patients qui proviennent de l'ensemble des territoires.

Territoire de santé 8 « Pontivy – Loudéac »

En 2013, la population du territoire 8 est de 141 822 habitants et représente 4 % de la population bretonne. Parmi cette population, 28 % a moins de 25 ans.

➔ Nombre de patients par habitant légèrement inférieur au niveau régional

Le nombre de patients hospitalisés pour mésusage pour 10 000 habitants est légèrement inférieur au niveau régional (24 patients pour 10 000 habitants versus 27 patients en Bretagne).

➔ Taux de prise en charge en psychiatrie, MCO et SSR comparables aux taux régionaux

Les hospitalisations de ces patients sont réalisées à 60 % dans les établissements de santé mentale, 42 % en MCO et 12 % en SSR.

➔ ... qui engendre un taux de recours standardisé important en psychiatrie

Par rapport au niveau régional, le taux de recours standardisé (données de consommation) en psychiatrie est supérieur au régional (546 journées pour 10 000 habitants versus 496 journées pour la Bretagne). A contrario, le taux de recours MCO est moins important que le taux régional (12 séjours pour 10 000 habitants versus 20 séjours en Bretagne). Ce taux est par ailleurs inférieur au taux national (17 séjours).

Le taux de recours SSR est inférieur au taux régional (143 journées versus 217 pour la région) et national (167 journées).

➔ En MCO, aucun séjour pour sevrage complexe

Les établissements MCO localisés sur le territoire ont réalisé 166 séjours relatifs au mésusage ce qui représente 1,5 % du total des séjours en MCO (1,4 % pour le niveau régional).

La principale caractéristique du territoire est l'absence de prise en charge en sevrage complexe, expliquée par l'absence d'une unité d'addictologie en MCO (d'après l'enquête MCO 2014).

On note aussi :

- un taux d'hospitalisation complète fort : 99 % versus 81 % pour la région ;
- une part de séjours avec passage aux urgences dans la moyenne régionale ;
- un taux de séjours en UHCD faible : 18 % versus 21 % pour la région ;
- une part de sevrage simple supérieure à la part régionale (73 %, versus 52 %) ;
- un taux de ré-hospitalisation en MCO deux fois moins important que la moyenne régionale.

➔ En santé mentale, une durée moyenne de présence en psychiatrie très élevée

Pour les établissements psychiatriques, les journées relatives au mésusage représentent 8 % du total des journées en psychiatrie du territoire (10 % pour le niveau régional). Ils se démarquent par :

- une part de séjours en soins sans consentement forte : 12 % versus 7 % pour la région ;
- une absence d'entrée par les services d'urgences ;
- une durée moyenne de présence des patients nettement supérieure à la moyenne régionale : 40 journées sur l'année 2013 versus 28 jours en Bretagne. Ce résultat est à mettre au regard de la forte consommation de soins psychiatriques du territoire.

En 2013, 35 % des patients pris en charge dans un établissement psychiatrique pour mésusage sont ré-hospitalisés (moyenne régionale 38 %).

➔ 31 % des séjours MCO des patients du territoire sont réalisés en dehors du TS8

En 2013, 31 % des séjours relatifs à des patients du territoire 8 sont réalisés dans un autre territoire (soit 55 séjours). Ces patients sont hospitalisés sur l'ensemble du territoire breton mais plus particulièrement au CHBA de Vannes (TS 4).

IV. 5. Synthèse et préconisations

| Observations | Préconisations |
|--|--|
| Observations et préconisations relatives au recours à l'hospitalisation pour mésusage des bretons | |
| <p>Forte prédominance de l'alcool dans les conduites addictives en Bretagne : 10 % des patients domiciliés en Bretagne hospitalisés pour un problème de mésusage le sont en lien avec un autre produit que l'alcool.</p> | <p>Orienter les actions et la prévention vers la prise en charge des problèmes liés à l'alcool.</p> |
| <p>Environ 9 000 bretons sont hospitalisés pour mésusage, soit 27 patients pour 10 000 habitants (taux national : 15 patients).</p> <p>Ce taux de patients pour 10 000 habitants est variable selon les territoires.</p> | <p>Analyser les écarts de taux de recours en France au regard des différences de niveaux de consommation observées depuis plusieurs années entre les régions.</p> <p>Analyser les écarts de taux de recours en Bretagne en fonction :</p> <ul style="list-style-type: none"> • des profils des populations ; • des différences de pratique de codage, à faire évoluer en communiquant auprès des DIM ; • des modalités d'organisation des soins qui |

| | |
|---|---|
| | <p>pourront être abordées au sein d'un groupe de travail associant les urgentistes ;</p> <ul style="list-style-type: none"> des pratiques de prise en charge hétérogènes en amont de l'hospitalisation. |
| <p>Sur la période 2009 - 2013, le nombre de patients hospitalisés pour un problème de mésusage augmente moins vite que la population. Amélioration du recours aux soins qui est plus précoce.</p> <p>Une problématique principalement masculine qui culmine entre 45 et 49 ans.</p> | |
| <p>Les patients hospitalisés pour un problème de mésusage sont principalement pris en charge en psychiatrie (59 % des patients). 8 % des patients sont pris en charge en MCO et en psychiatrie sur l'année 2013. Le lieu de prise en charge des patients est hétérogène selon les territoires et l'âge des patients.</p> | <p>Rechercher des éléments de comparaison avec d'autres régions.</p> |
| <p>38 % des patients sont ré-hospitalisés au cours de l'année 2013. Le nombre moyen de séjours par patient est plus important en psychiatrie.</p> | <ul style="list-style-type: none"> Analyser les caractéristiques et les parcours des patients ré-hospitalisés ; Réfléchir aux actions à mettre en œuvre pour diminuer les ré-hospitalisations non programmées. |
| <p>Des taux de recours standardisés nettement supérieurs aux taux nationaux. En MCO, 20 séjours pour 10 000 habitants versus 17 séjours en moyenne nationale. Les taux de recours observés dans les CSAPA bretons sont supérieurs aux taux moyens nationaux.</p> <p>En psychiatrie, 496 journées pour 10 000 habitants, soit plus du double que le taux moyen national (219 journées). Le taux de recours régional psychiatrique observé dans l'étude est cohérent avec le taux de recours régional élevé en santé mentale.</p> <p>En SSR, 217 journées pour 10 000 habitants versus 167 journées au niveau national.</p> | <ul style="list-style-type: none"> Intégrer la thématique addiction dans l'objectif de diminution du taux de recours régional en hospitalisation temps plein en psychiatrie. Estimer le nombre de patients dépendants en Bretagne |

Observations et préconisations relatives à la prise en charge des mésusages dans les établissements bretons

| | |
|--|--|
| <p>En MCO, le nombre de séjours relatifs à la prise en charge des mésusages augmente de 25 % par rapport à 2009.</p> <p>Cohérent avec la littérature : le CH de Nancy a réalisé une étude intitulée « l'Alcool, une des toutes premières causes d'hospitalisation en France ». L'étude indique qu'entre 2006 et 2012, le nombre de séjours lié à l'alcool-dépendance augmente de 58 %.</p> | <p>Analyser cette augmentation au regard :</p> <ul style="list-style-type: none"> • d'un recours aux soins plus précoce et plus large ; • d'une amélioration du repérage (notamment avec le renforcement du rôle des ELSA) ; • de l'amélioration du codage. |
| <p>En 2013, la durée moyenne de séjour en MCO est de 8 jours par patient, alors qu'en psychiatrie la durée moyenne de présence est de 28 jours et en SSR de 51 jours.</p> | <p>Analyser les différences de pratiques de soins.</p> |
| <p>En MCO, 22 % des séjours sont pris en charge dans une unité d'addictologie.</p> | <p>Renforcer le rôle des ELSA pour la prise en charge des mésusages dans les unités non spécialisées.</p> |
| <p>En MCO, 52 % des séjours correspondent à un sevrage simple et 10 % à un sevrage complexe.</p> | <p>Mettre en place la reconnaissance des niveaux 2.</p> |
| <p>7 % des séjours pour mésusage sont réalisés en soins sans consentement.</p> | <p>Inciter les établissements à un retour d'expérience sur la nécessité des soins sans consentement.</p> |
| <p>85,5 % des journées relatives aux mésusages en SSR sont réalisées par les sept établissements SSR autorisés en addictologie (73 % des séjours). Bonne orientation des patients admis en SSR pour mésusage dans les établissements spécialisés.</p> | |
| <p>En Bretagne, des taux de fuites et d'attractivité faibles et équilibrés. Les établissements SSR sont attractifs : 18 % des séjours sont réalisés pour des patients non bretons alors que le taux de fuites est de 14 %.</p> | |

V. Annexes

V. 1. Sélection des séjours avec intoxication aiguë

L'analyse des intoxications aiguës porte sur des séjours extraits des bases PMSI MCO, SSR ou RIM-P. La sélection des séjours est réalisée sur la présence d'au moins un **code diagnostic relatif à l'intoxication aiguë en diagnostic principal ou en diagnostic associé.**

| Sélection | Code CIM- 10 | Libellés |
|---|--------------|--|
| Diagnostic principal ou diagnostic associé | F100 | Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool : intoxication aiguë |
| | F110 | Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés : intoxication aiguë |
| | F120 | Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis : intoxication aiguë |
| | F130 | Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques : intoxication aiguë |
| | F140 | Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cocaïne : intoxication aiguë |
| | F150 | Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'autres stimulants, y compris la caféine : intoxication aiguë |
| | F1600 | Troubles mentaux et du comportement dus à une intoxication aiguë par les hallucinogènes, sans complication |
| | F180 | Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de solvants volatils : intoxication aiguë |
| | F190 | Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de drogues multiples et troubles liés à l'utilisation d'autres substances psycho-actives : intoxication aiguë |

V. 2. Sélection des séjours relatifs aux mésusages

L'analyse des mésusages porte sur des séjours extraits des bases PMSI MCO, SSR ou RIM-P. La sélection des séjours est réalisée sur la présence d'au moins un code diagnostic relatif au **mésusage en diagnostic principal**. A cette première sélection s'ajoute les séjours présentant **un sevrage en diagnostic principal ou en diagnostic associé.**

| Sélection | Codes CIM- 10 | Libellés |
|-----------------------------|---------------|--|
| Diagnostic principal | F101 | Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool : utilisation nocive pour la santé |
| | F102 | Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool : syndrome de dépendance |
| | F103 | Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool : syndrome de sevrage |
| | F104 | Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool : syndrome de sevrage avec delirium |
| | F111 | Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés : utilisation nocive pour la santé |
| | F112 | Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés : syndrome de dépendance |
| | F113 | Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés : syndrome de sevrage |
| | F114 | Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés : syndrome de sevrage avec delirium |
| | F121 | Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis : utilisation nocive pour la santé |
| | F122 | Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis : syndrome de dépendance |
| | F123 | Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis : syndrome de sevrage |
| | F124 | Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis : syndrome de sevrage avec delirium |
| | F131 | Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques : utilisation nocive pour la santé |
| | F132 | Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques : syndrome de dépendance |

| | | |
|---|---|--|
| F133 | Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques : syndrome de sevrage | |
| F134 | Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques : syndrome de sevrage avec delirium | |
| F141 | Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cocaïne : utilisation nocive pour la santé | |
| F142 | Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cocaïne : syndrome de dépendance | |
| F143 | Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cocaïne : syndrome de sevrage | |
| F144 | Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cocaïne : syndrome de sevrage avec delirium | |
| F151 | Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'autres stimulants, y compris la caféine : utilisation nocive pour la santé | |
| F152 | Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'autres stimulants, y compris la caféine : syndrome de dépendance | |
| F153 | Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'autres stimulants, y compris la caféine : syndrome de sevrage | |
| F154 | Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'autres stimulants, y compris la caféine : syndrome de sevrage avec delirium | |
| F161 | Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'hallucinogènes : utilisation nocive pour la santé | |
| F162 | Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'hallucinogènes : syndrome de dépendance | |
| F163 | Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'hallucinogènes : syndrome de sevrage | |
| F164 | Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'hallucinogènes : syndrome de sevrage avec delirium | |
| F181 | Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de solvants volatils : utilisation nocive pour la santé | |
| F182 | Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de solvants volatils : syndrome de dépendance | |
| F183 | Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de solvants volatils : syndrome de sevrage | |
| F184 | Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de solvants volatils : syndrome de sevrage avec delirium | |
| F191 | Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de drogues multiples et troubles liés à l'utilisation d'autres substances psycho-actives : utilisation nocive pour la santé | |
| F192 | Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de drogues multiples et troubles liés à l'utilisation d'autres substances psycho-actives : syndrome de dépendance | |
| F193 | Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de drogues multiples et troubles liés à l'utilisation d'autres substances psycho-actives : syndrome de sevrage | |
| F194 | Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de drogues multiples et troubles liés à l'utilisation d'autres substances psycho-actives : syndrome de sevrage avec delirium | |
| Diagnostic principal ou diagnostic associé | Z502 | Sevrage d'alcool |
| | Z503 | Rééducation des drogués et après abus de médicaments |

Editeur : ARS Bretagne
Directeur de la publication : Olivier de Cadeville
Directeur de la rédaction : Hervé Goby
Rédacteurs : Dr Florence Tual, Claire Alliou, Direction de la
stratégie régionale en santé.
Conception graphique : ARS Bretagne

Dépot légal : à parution
ISSN : 2426-7082

Retrouvez toutes nos publications sur notre site :
www.bretagne.ars.sante.fr

AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ BRETAGNE

6 place des Colombes
CS 14253
35042 RENNES CEDEX
Téléphone : 02 90 08 80 00

 www.facebook.com/arsbretagne

mars 2017