

**LES RAPPORTS DE L'ARS BRETAGNE**

**Recours aux  
soins hospitaliers  
en psychiatrie :  
diagnostic régional  
(juin 2013)**



## Sommaire

Sommaire .....	3
Introduction .....	4
Contexte .....	5
1. Présentation de la démarche IPA.....	5
2.Taux de recours aux soins hospitaliers en psychiatrie : La Bretagne est la région la plus consommatrice .....	5
Objectifs de l'étude .....	8
Résultats.....	9
1. Le degré d'exhaustivité du RIM-P .....	9
2. La précarité de la population bretonne.....	10
3. L'état de santé de la population bretonne.....	13
3.1 La Mortalité.....	13
3.2 Les affections de longue durée (ALD).....	15
3.3 Les addictions.....	16
4. Les caractéristiques quantitatives de l'offre de santé .....	18
4.1 La densité des professionnels de santé .....	18
Les Psychiatres .....	18
Les médecins généralistes ayant au moins une activité libérale .....	21
4.2 Le taux d'équipement hospitalier en psychiatrie .....	22
4.3 Part du MCO et du SSR dans la consommation de soins hospitaliers de psychiatrie.....	24
4.4 Le taux d'équipement médico-social .....	24
5. Les caractéristiques qualitatives de l'offre de santé : les pratiques hospitalières des établissements psychiatriques .....	26
5.1 Positionnement de la région Bretagne par rapport aux autres régions françaises pour 3 indicateurs concernant la psychiatrie infanto-juvénile et adulte. ....	26
5.2 Zoom sur la psychiatrie Adultes en hospitalisation temps plein.....	28
5.3 Zoom sur la consommation de soins psychiatriques en ambulatoire .....	32
Discussion autour des principaux résultats .....	35
1. Principaux enseignements de l'étude.....	35
2. Mise en perspective .....	37
2.1 Le rapport de la Cour des comptes : Organisation des soins psychiatriques : les effets du plan « psychiatrie et santé mentale 2005-2008 » .....	37
2.2 La notion de parcours.....	38
Conclusion : Contribution de l'étude à la Politique régionale en santé mentale .....	39

## Introduction

Le constat d'une double caractéristique régionale concernant les soins hospitaliers de psychiatrie est à l'origine de ce document :

- Des taux d'équipement en lits et places parmi les plus élevés de France
- Des taux de consommation de soins hospitaliers de psychiatrie parmi les plus élevés de France.

La forte consommation de soins hospitaliers en psychiatrie explique que l'on puisse observer, malgré un taux d'équipement élevé, une saturation importante de l'offre hospitalière, participant elle-même à un engorgement plus global de l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale en santé mentale (taux d'occupation des lits élevé, patients retenus à l'hôpital par manque de places médico-sociales disponibles, listes d'attentes pour l'entrée en structures médico-sociales...). Cette situation est source d'insatisfactions, pour les usagers d'abord, qui n'ont pas toujours accès en temps utile à l'accompagnement dont ils auraient besoin ; pour les professionnels ensuite, qui subissent la pression de la demande sans parvenir à réguler de façon satisfaisante les flux de sortie.

Face à ces caractéristiques identifiées dans le volet santé mentale du Projet Régional de Santé (PRS), et dans la perspective de la construction des Indicateurs de Pilotage de l'Activité (IPA), l'ARS Bretagne a souhaité mener une analyse des taux de recours aux soins hospitaliers de psychiatrie, afin d'appréhender de façon plus fine la situation régionale et de donner des éléments de réponse argumentés aux diverses hypothèses explicatives envisagées : surestimation du taux de recours lié à une bonne exhaustivité du système d'information régional, facteurs socio-économiques spécifiques, situation épidémiologique particulière, dimensionnement de l'offre, pertinence des soins.

# Contexte

## 1. Présentation de la démarche IPA

Dans le cadre des IPA (Indicateur de Pilotage de l'Activité), il est demandé aux agences régionales de santé (ARS) de réguler l'activité des établissements de santé en conciliant la satisfaction des besoins de soins de la population et le respect de l'ONDAM.

Les IPA constituent des repères pour un accès aux soins sur tous les territoires et une consommation de soins plus équitables, avec comme finalité le pilotage de l'activité hospitalière dans le cadre du SROS-PRS sur la base d'une projection de l'activité à 2016.

Il s'agit de disposer d'un levier d'action sur les volumes d'activité et de planifier l'offre de soins dans le cadre d'un dialogue de gestion Etat/ARS/Etablissements.

Le guide méthodologique Analyse des taux de recours et Pilotage de l'activité des établissements de santé publié par la DGOS en septembre 2011, propose de construire les cibles d'activité par territoire de santé à partir de l'analyse des taux de recours aux soins hospitaliers de la population (approche consommation de soins).

L'étape préalable à la construction des IPA est donc l'analyse des taux de recours aux soins hospitaliers de la population domiciliée afin de poser un diagnostic sur l'état de la couverture de la population de la région (segments d'activité sur lesquels la population est estimée couverte, enjeux d'accès aux soins, enjeux de pertinence des soins, développement des alternatives à l'hospitalisation conventionnelle).

La démarche d'analyse permet la détermination des objectifs en implantation et oriente celle des cibles d'activité.

## 2. Taux de recours aux soins hospitaliers en psychiatrie : La Bretagne est la région la plus consommatrice

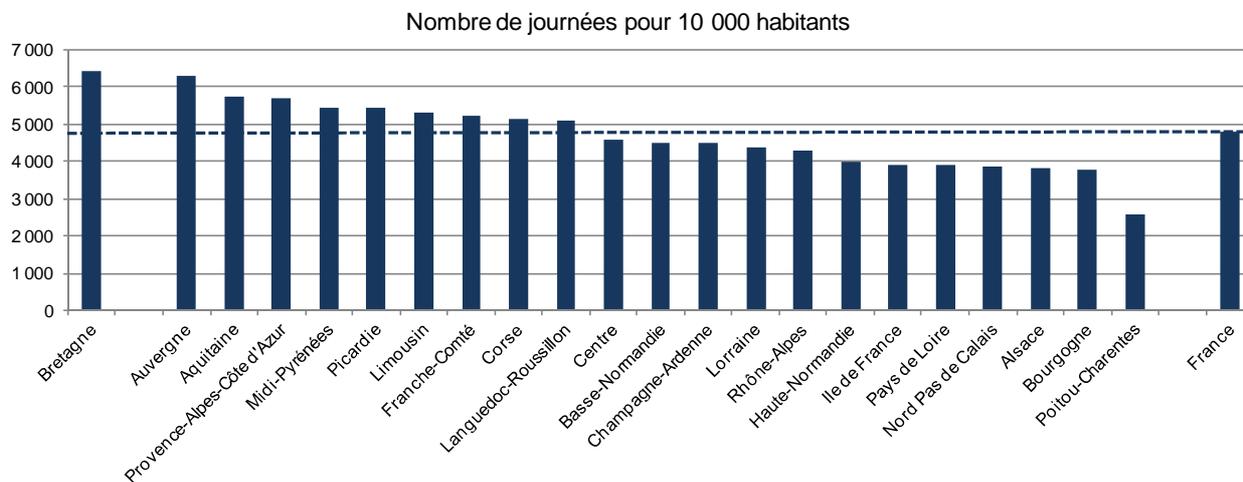
Le taux de recours aux soins hospitaliers est un outil qui permet une analyse de la consommation de soins et vise à identifier les enjeux précis d'accès aux soins et de pertinence des soins.

Le taux de recours standardisé (par l'âge et le sexe) permet la comparaison entre territoires de santé en gommant les effets de la structure de la population. Il est établi en appliquant les taux de recours de chaque tranche d'âge quinquennale et sexe d'un territoire de santé à la structure de population nationale. Il s'interprète comme le taux de recours qu'aurait le territoire de santé s'il avait la structure de la population nationale. Le taux de recours aux soins hospitaliers en psychiatrie est calculé à partir des données du RIM-P.

## Psychiatrie Adultes

La région Bretagne affiche le taux de recours aux soins hospitaliers adultes le plus élevé de France.

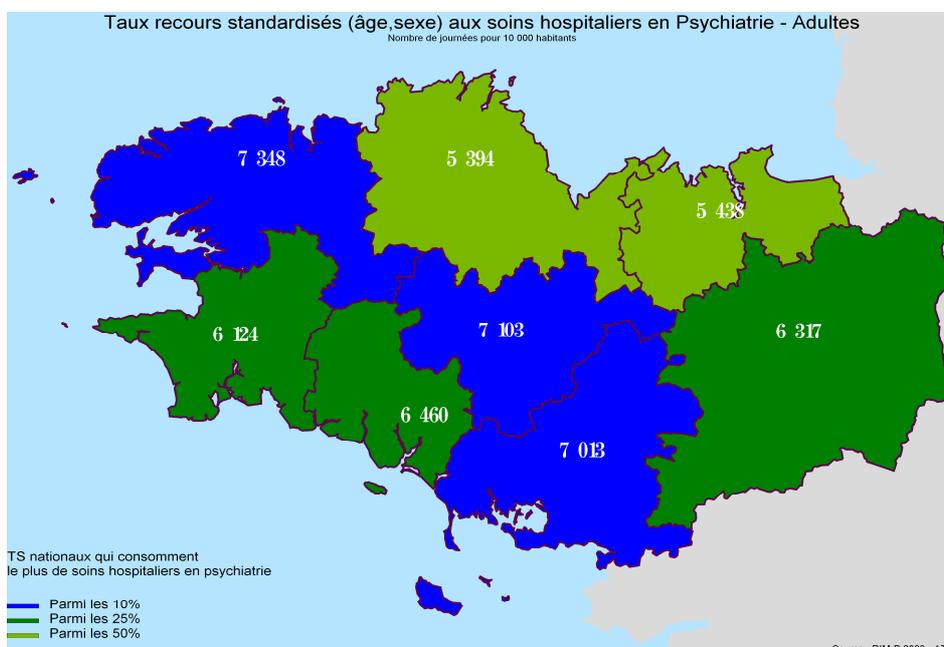
### Taux de recours standardisés (âge, sexe) aux soins hospitaliers en Psychiatrie - Adultes



Source : RIM-P 2009, exploitation ATIH

Des disparités infrarégionales sont observées :

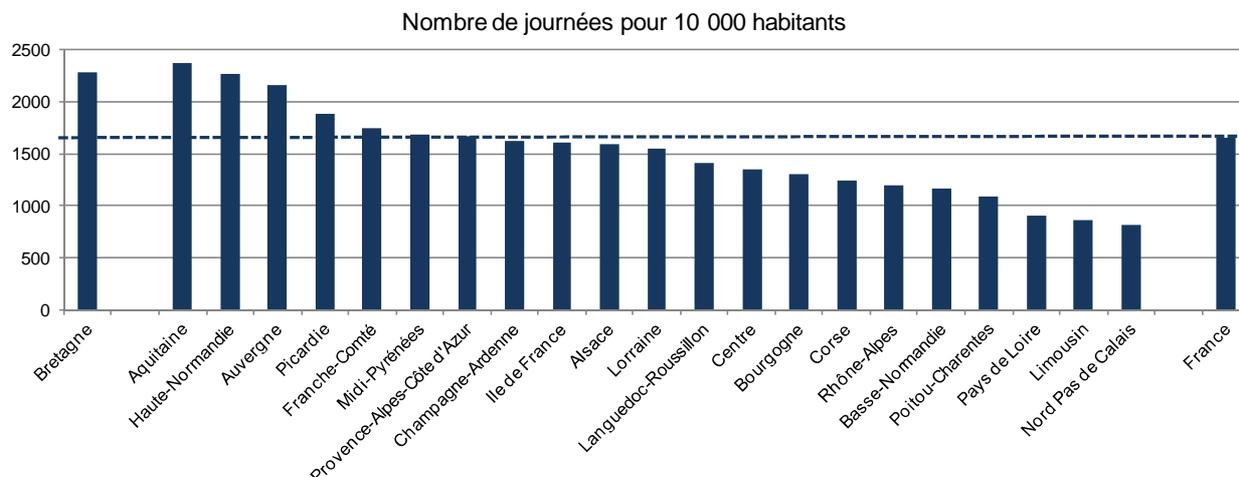
Les territoires de santé bretons, à l'exception des territoires de santé N°6 et 7, se situent parmi les 25% des territoires de santé nationaux qui consomment le plus de soins hospitaliers en psychiatrie. Les territoires de santé N°1, 4 et 8 se situent parmi les 10% des territoires nationaux qui consomment le plus de soins hospitaliers en psychiatrie.



## Psychiatrie infanto-juvénile

La région Bretagne affiche le 2<sup>ème</sup> taux de recours aux soins hospitaliers le plus élevé de France.

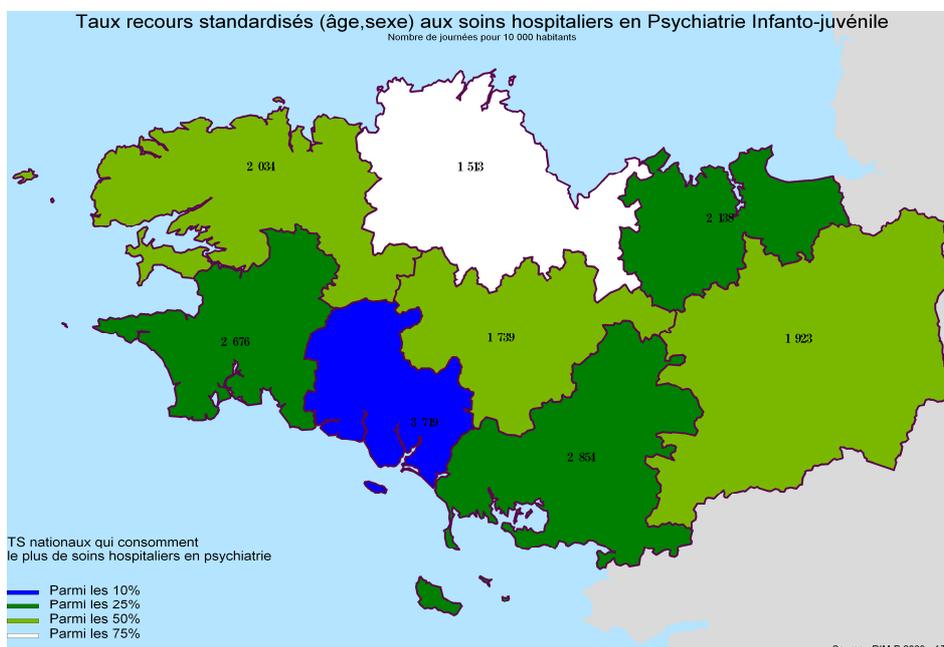
### Taux de recours standardisés (âge, sexe) aux soins hospitaliers en Psychiatrie Infanto-juvénile



Source : RIM-P 2009, exploitation ATIH

De grandes disparités infrarégionales sont observées :

- Le territoire de santé N°3 se situe parmi les 10% des territoires de santé nationaux qui consomment le plus de soins hospitaliers en psychiatrie ;
- Les territoires de santé N°2, 4 et 6 se situent parmi les 25% des territoires de santé nationaux qui consomment le plus de soins hospitaliers en psychiatrie ;
- Les territoires de santé N°1, 5, 7 et 8 se répartissent autour de la moyenne nationale.



## Objectifs de l'étude

Les constats sur les taux de recours aux soins hospitaliers en psychiatrie doivent être interprétés afin d'en comprendre les raisons et d'orienter l'action de l'ARS.

L'objectif de l'étude est de réaliser une analyse approfondie des taux de recours aux soins hospitaliers en psychiatrie et d'en déterminer les facteurs explicatifs.

Les hypothèses envisagées dans l'étude s'appuient sur les facteurs contributifs à un recours élevé aux soins hospitaliers, cités dans le guide méthodologique Analyse des taux de recours et Pilotage de l'activité des établissements de santé publié par la DGOS en septembre 2011 :

- le codage des données RIM-P,
- la précarité de la population qui peut influencer la demande de soins en santé mentale,
- l'état de santé de la population, notamment pour les prises en charge marquées par l'épidémiologie,
- les caractéristiques quantitatives de l'offre de santé (les différences de densité en professionnels de santé, les taux d'équipements hospitaliers et médico-sociaux)
- les caractéristiques qualitatives de l'offre de santé (les différences de pratiques, avec potentiellement des sujets de pertinence des soins).

**Cette étude a été réalisée par l'ARS Bretagne en collaboration avec le groupe de travail « santé mentale » du COSTRIM et le Groupe technique régionale « santé mentale ».**

# Résultats

## 1. Le degré d'exhaustivité du RIM-P

Hypothèse envisagée : surestimation des taux de recours régionaux liée à un fort taux d'exhaustivité du RIM-P.

La consommation de soins hospitaliers en psychiatrie est étudiée à partir du RIM-P.

La jeunesse de la base de données est à prendre en considération lors de son exploitation, notamment pour tenir compte de l'hétérogénéité du codage et des problèmes d'exhaustivité.

Aussi, nous n'avons pas assez de recul sur le recueil pour calculer des évolutions.

Le tableau ci-dessous présente l'exhaustivité du RIM-P, mesurée à partir des données de la SAE 2009.

### Taux d'exhaustivité du RIM-P et taux de recours aux soins hospitaliers en psychiatrie

	Journées RIM-P 2009	Journées SAE 2009	Taux d'exhaustivité	Taux de recours standardisés (journées pour 10 000 hab)	
				Psychiatrie Adultes	Psychiatrie infanto-juvénile
<b>Bretagne</b>	<b>1 805 394</b>	<b>1 933 720</b>	<b>93,4%</b>	<b>6 414</b>	<b>2 276</b>
Auvergne	847 570	997 866	84,9%	6 315	2 162
<b>Aquitaine</b>	<b>1 709 349</b>	<b>1 698 727</b>	<b>100,6%</b>	<b>5 752</b>	<b>2 377</b>
Provence-Alpes-Côte d'Azur	2 495 764	2 770 256	90,1%	5 715	1 676
Midi-Pyrénées	1 409 187	1 584 152	89,0%	5 439	1 679
Picardie	916 210	989 839	92,6%	5 428	1 888
Limousin	378 301	438 618	86,2%	5 298	861
<b>Franche-Comté</b>	<b>524 647</b>	<b>547 536</b>	<b>95,8%</b>	<b>5 228</b>	<b>1 745</b>
<b>Corse</b>	<b>148 520</b>	<b>145 483</b>	<b>102,1%</b>	<b>5 145</b>	<b>1 244</b>
Languedoc-Roussillon	1 268 777	1 384 621	91,6%	5 089	1 415
Centre	1 096 927	1 176 141	93,3%	4 571	1 351
Basse-Normandie	543 284	605 060	89,8%	4 519	1 165
Champagne-Ardenne	524 747	588 436	89,2%	4 502	1 620
Lorraine	951 472	1 050 520	90,6%	4 387	1 555
Rhône-Alpes	2 249 212	2 713 856	82,9%	4 270	1 196
<b>Haute-Normandie</b>	<b>645 210</b>	<b>683 108</b>	<b>94,5%</b>	<b>4 005</b>	<b>2 260</b>
Ile de France	3 922 539	4 852 907	80,8%	3 906	1 616
Pays de Loire	1 183 879	1 383 225	85,6%	3 902	915
Nord Pas de Calais	1 325 908	1 529 542	86,7%	3 852	811
Alsace	638 541	827 892	77,1%	3 804	1 600
Bourgogne	592 359	751 141	78,9%	3 763	1 301
Poitou-Charentes	386 582	787 209	49,1%	2 596	1 090

La région Bretagne arrive au 5<sup>ème</sup> rang des régions où le RIM-P est le plus exhaustif.

La bonne exhaustivité du RIM-P en Bretagne ne fausse pas de façon notable à la hausse les taux de recours aux soins hospitaliers psychiatriques. En effet, si le taux d'exhaustivité de la Bretagne figure parmi les plus élevés (93,4%), la majorité des régions (16 sur 22) ont un taux d'exhaustivité élevé, compris entre 85% et 95%. Lorsque l'on refait les calculs avec un taux d'exhaustivité à 100% pour l'ensemble des régions, les résultats ne sont pas fondamentalement modifiés, la Bretagne passant simplement de la 1<sup>ère</sup> à la 2<sup>ème</sup> position derrière l'Auvergne.

## 2. La précarité de la population bretonne

Hypothèse envisagée : situation défavorable en termes de précarité comme facteur contributif à une morbidité élevée en santé mentale.

L'étude de la précarité de la population bretonne repose sur plusieurs déterminants sociaux démographiques identifiés dans les travaux réalisés par Louis Breuls De Tiecken de l'EPSM Lille Métropole et relatifs à la répartition de la dotation globale par secteur sur la base d'indicateurs géo-populationnels.

Selon ces travaux, 7 déterminants sociaux ou environnementaux sont jugés pertinents pour leur caractère de marqueur de précarité ou d'isolement social pouvant influencer l'état morbide en santé mentale de la population. Il s'agit de l'âge, de la situation personnelle, du chômage, du niveau d'éducation, des conditions de travail, de la source de revenu et de l'environnement familial.

Ces critères sociaux-démographiques se déclinent selon les indicateurs suivants :

- Part des 15-29 ans dans la population des 15 ans et plus,
- Part de la population vivant seule dans la population des 15 ans et plus,
- Part des ouvriers dans la population des 15 ans et plus,
- Part des chômeurs dans la population des 15 ans et plus,
- Part de la population non diplômée dans la population des 15 ans et plus non scolarisée,
- Part de la population des ménages avec famille monoparentale sur l'ensemble de la population vivant en logement ordinaire,
- Part des bénéficiaires du RSA,
- Part des bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés.

Ces indicateurs sont calculés à partir des données du recensement général de la population 2008 (INSEE).

*Le détail des indicateurs est donné en annexe.*

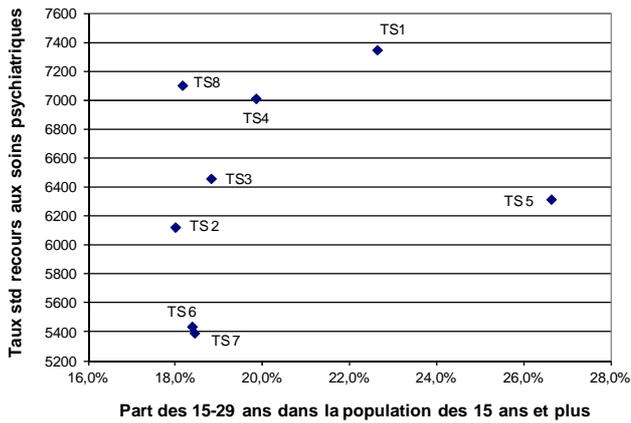
Compte tenu des particularités de la précarité de la population bretonne, la Bretagne présente une situation plus favorable que la moyenne nationale. Toutefois, la part de la population vivant seule et la part des ouvriers dans la population des 15 ans et plus sont légèrement supérieures à la moyenne nationale.

La précarité mesurée sur l'ensemble des territoires de santé est assez homogène, à noter toutefois quelques atypies :

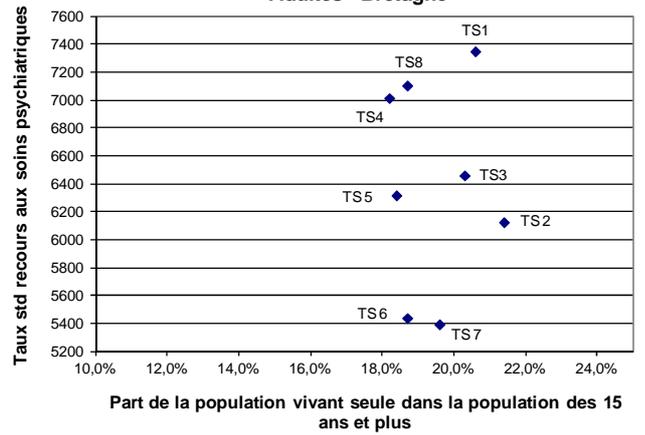
- le territoire de santé N°5 présente la part des 15-29 ans la plus élevée de la région (26,6% vs 21,5%) ;
- le territoire de santé N°2 présente la part de la population vivant seule la plus élevée de Bretagne (21,4% vs 19,4%) ;
- le territoire de santé N°8 présente la part des ouvriers la plus élevée de Bretagne (19,1% vs 14,6%).

L'analyse de la consommation de soins hospitaliers en psychiatrie au regard des indicateurs de précarité retenus montre qu'au niveau des territoires de santé bretons, il n'y a pas de corrélation entre le recours aux soins psychiatriques et la précarité de la population.

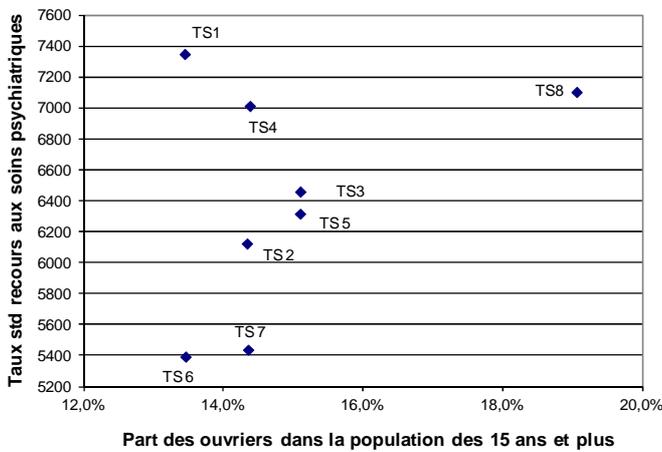
**Part des 15-29 ans (RGP 2008) et consommation de soins hospitaliers en psychiatrie (2009) - Adultes - Bretagne**



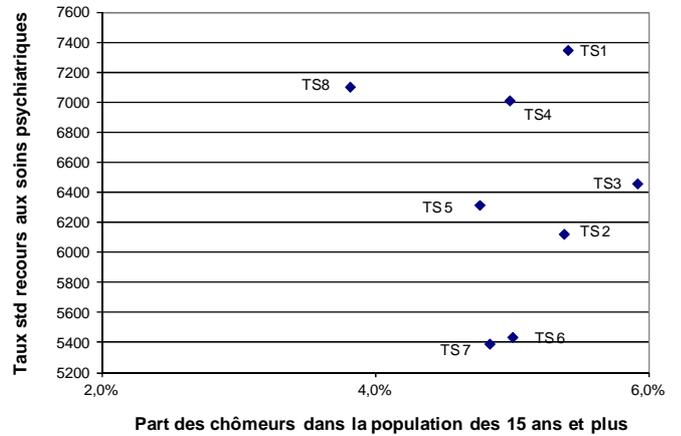
**Part de la population vivant seule (RGP 2008) et consommation de soins hospitaliers en psychiatrie (2009) - Adultes - Bretagne**



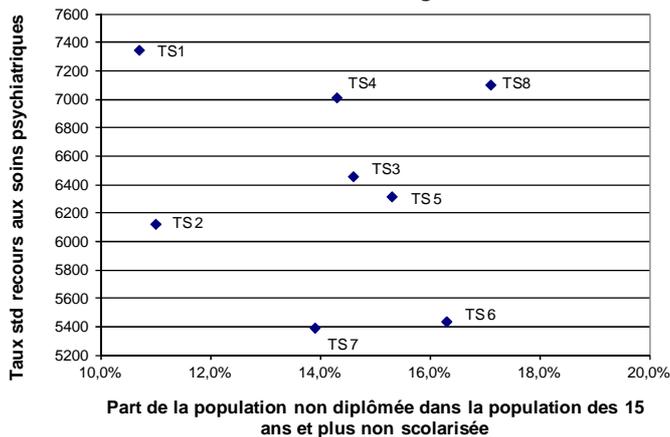
**Part des ouvriers (RGP 2008) et consommation de soins hospitaliers en psychiatrie (2009) - Adultes - Bretagne**



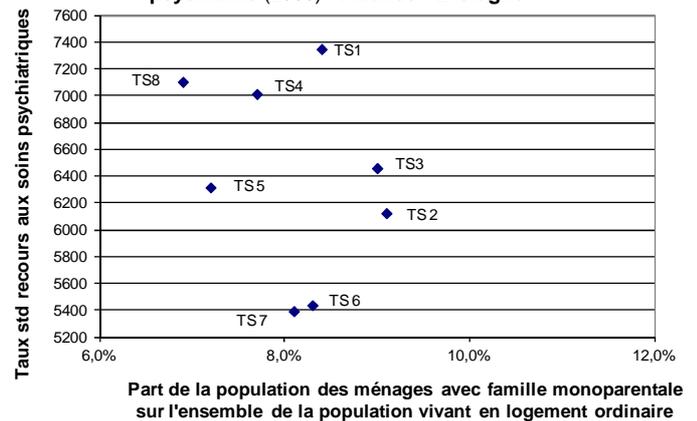
**Part des chômeurs (RGP 2008) et consommation de soins hospitaliers en psychiatrie (2009) - Adultes - Bretagne**



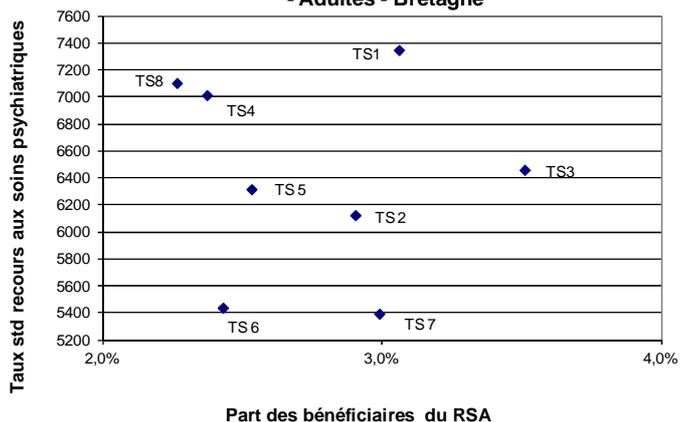
**Part de la population non diplômée (RGP 2008) et consommation de soins hospitaliers en psychiatrie (2009) - Adultes - Bretagne**



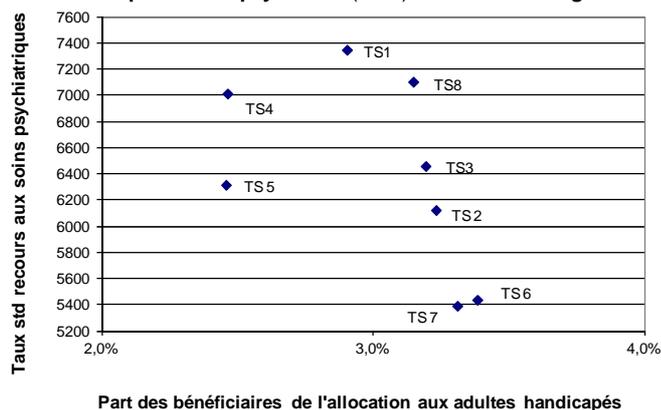
**Part des ménages avec famille monoparentale (RGP 2008) et consommation de soins hospitaliers en psychiatrie (2009) - Adultes - Bretagne**



**Part des bénéficiaires du RSA (CAF 2011) et consommation de soins hospitaliers en psychiatrie (2009) - Adultes - Bretagne**



**Part des bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés (CAF 2011) et consommation de soins hospitaliers en psychiatrie (2009) - Adultes - Bretagne**



Au regard des 8 déterminants considérés, la Bretagne apparaît globalement en situation plutôt favorable par rapport à la moyenne nationale. De plus, il n'y a pas de corrélation observée entre chacun de ces déterminants et le niveau du taux de recours. Une analyse plus fine permettrait bien sûr, comme dans les autres régions, d'identifier des zones caractérisées par de plus forts marqueurs de précarité et d'isolement social. L'hypothèse d'une situation régionale défavorable en termes de précarité et d'isolement social peut donc être écartée.

### 3. L'état de santé de la population bretonne

Hypothèse envisagée : situation épidémiologique régionale particulière des pathologies de santé mentale comme facteur contributif à des taux de recours élevés.

Les données disponibles à l'échelle régionale ne nous permettent pas de décrire la prévalence des principaux troubles psychiques.

L'enquête « Santé mentale en population générale : images et réalités (SMPG) réalisée par le centre collaborateur de l'organisation mondiale de la santé entre 1999 et 2003 n'est pas exploitable pour la région, faute d'absence d'un échantillon représentatif de la Bretagne.

Au regard de l'hétérogénéité du codage des diagnostics dans le RIM-P et notamment de l'absence de données médicales pour l'activité ambulatoire, il n'est pas possible d'appréhender la prévalence des troubles psychiques à partir du RIM-P.

L'état de santé de la population bretonne sera donc décrit à partir des déterminants suivants :

- la mortalité,
- les affections de longue durée (ALD),
- les addictions.

#### 3.1 La Mortalité

Les indicateurs retenus sont les taux standardisés de mortalité calculés sur la période 2007-2009 à partir des données de mortalité issues de la statistique annuelle des causes médicales de décès dont s'occupe le centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (Cépidc) de l'institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm). Les taux standardisés de mortalité permettent de comparer la mortalité de différentes zones géographiques indépendamment de la structure par âge et sexe des populations qui les composent.

*Le détail des indicateurs est donné en annexe.*

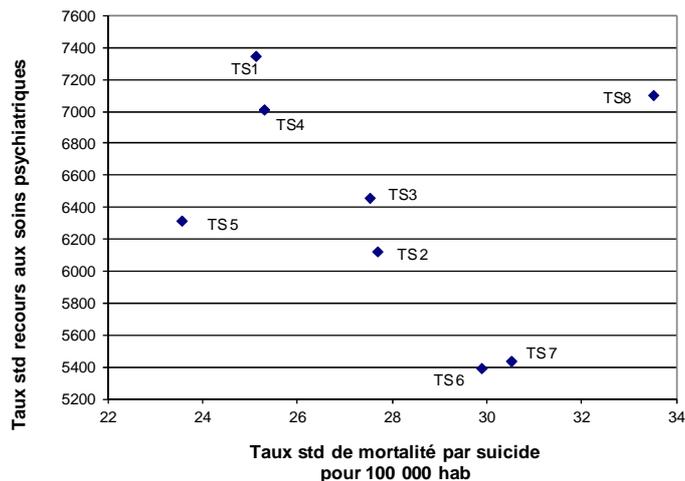
L'état de santé de la population bretonne est globalement défavorable et contrasté selon les territoires de santé.

En Bretagne, on constate une opposition est-ouest : la mortalité est plus élevée dans les territoires de santé situés sur la façade ouest. A l'exception du territoire de santé N<sup>5</sup>, tous les territoires de santé bretons présentent des taux de mortalité supérieurs à la moyenne nationale.

Au delà de ce contexte général, les personnes atteintes de troubles psychiques sont plus spécifiquement concernées par un taux de mortalité prématurée plus élevé notamment du fait de pathologies organiques négligées, et par deux taux de mortalité spécifiquement liés à la pathologie psychiatrique : la mortalité par suicide et par psychose alcoolique.

La Bretagne présente une **surmortalité par suicide** marquée et persistante : la région Bretagne est la région la plus touchée de France. La surmortalité régionale globale masque une hétérogénéité infrarégionale qui ne suit pas le gradient est-ouest précédemment évoqué. En 2009, le taux de mortalité par suicide varie de 23,6 décès pour 100 000 habitants dans le territoire de santé N<sup>5</sup> à 33,5 dans le territoire de santé N<sup>8</sup>.

## Mortalité par suicide et consommation de soins hospitaliers en psychiatrie Adultes - Bretagne - 2009



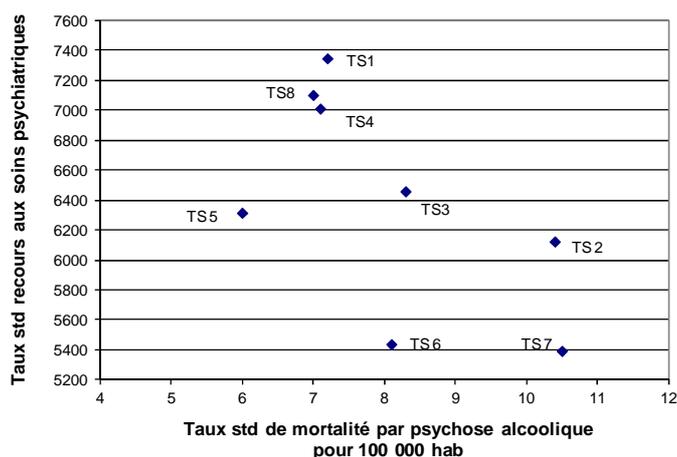
A l'exception des territoires de santé N°5 et 8, on constate une tendance inversée entre la consommation de soins hospitaliers en psychiatrie et la mortalité par suicide : plus la mortalité par suicide est élevée, plus le recours aux soins hospitaliers en psychiatrie est bas.

Deux territoires sont atypiques :

- le territoire de santé N°8 : taux de mortalité par suicide et taux de recours aux soins hospitaliers en psychiatrie élevés ;
- le territoire de santé N°5 : taux de mortalité par suicide le plus bas de la région et 5<sup>ème</sup> rang pour le recours aux soins hospitaliers en psychiatrie.

En 2009, la *mortalité par psychose alcoolique* est près de deux fois plus élevée en Bretagne qu'en moyenne nationale : 7,8 vs 4,6 décès pour 100 000 habitants. Le taux de mortalité varie de 6 décès pour 100 000 habitants dans le territoire de santé N°5 à 10,5 dans le territoire de santé N°7. De 2007 à 2009, la mortalité par psychose alcoolique a représenté 26% de la mortalité prématurée liée à l'alcool chez les hommes et 22% chez les femmes<sup>1</sup>.

## Mortalité par psychose alcoolique et consommation de soins hospitaliers en psychiatrie Adultes - Bretagne - 2009



Les territoires de santé N°1 et 6 où la mortalité par psychose alcoolique est comparable, présentent des taux de recours diamétralement opposés.

**La Bretagne présente des taux de mortalité spécifiquement liés à la pathologie psychiatrique plus élevés que la moyenne nationale.**

<sup>1</sup> Source : Tableau de bord des addictions 2011, réalisé par l'ORS Bretagne et l'AIRDDS-CIRDD Bretagne en novembre 2012

### 3.2 Les affections de longue durée (ALD)

Les nouvelles admissions en affections de longue durée sont issues des trois principaux régimes d'assurance maladie (Cnamts, CCMSA et RSI) et portent sur l'année 2009. Elles concernent les patients domiciliés en Bretagne. La liste des 30 ALD comprend deux codes ALD permettant d'approcher la prise en charge des pathologies mentales, il s'agit de :

- ALD N°15 : Maladie d'Alzheimer et autres démences ,
- ALD N°23 : Affections psychiatriques de longue durée comprenant notamment les psychoses et les troubles graves de la personnalité.

Le taux standardisé d'admission en ALD est un indicateur permettant de comparer le niveau des nouvelles admissions en ALD de différentes zones géographiques indépendamment de la structure par âge et sexe des populations qui les composent.

*Le détail des indicateurs est donné en annexe.*

En termes de prévalence, au 31 décembre 2010, en Bretagne, le taux standardisé de bénéficiaires de l'ALD pour affections psychiatriques protégées par le régime général de l'assurance maladie est nettement supérieur à la moyenne nationale : 2 336 vs 1 762 bénéficiaires de l'ALD pour 100 000 habitants. La Bretagne arrive en 3<sup>ème</sup> position derrière l'Auvergne et la Corse. Les données de prévalence à l'échelle des territoires de santé ne sont pas disponibles.

En termes d'incidence (nouvelles demandes ALD), la Bretagne présente, en 2009, une incidence des affections psychiatriques codées F00 à F48 nettement supérieure à la moyenne nationale, même en excluant les troubles mentaux organiques : 277 nouvelles demandes en ALD pour 100 000 habitants en Bretagne, taux standardisé supérieur à la moyenne française qui s'établit à 227.

Si l'ensemble des territoires de santé affiche une incidence supérieure à la moyenne nationale, celle-ci est plus ou moins marquée. Ainsi, le territoire de santé N°8 est le plus touché suivi des territoires de santé N°2 et 5. Les territoires de santé N°4, 6 et 7 sont les moins touchés.

#### Nombre et taux standardisés de nouvelles demandes en ALD pour troubles mentaux et du comportement (F00 à F48) selon les territoires de santé en Bretagne en 2009

Territoires de santé	Troubles mentaux organiques (F00-F09)		Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives (F10-F19)		Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants (F20-F29)		Troubles de l'humeur (F30-F39)		Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et somatoformes (F40-F48)	
	Effectifs	Taux	Effectifs	Taux	Effectifs	Taux	Effectifs	Taux	Effectifs	Taux
1 Brest - Carhaix - Morlaix	686	114,7	173	32,7	137	26,0	483	89,3	58	10,4
2 Quimper - Douarnenez - Pont l'Abbé	450	113,4	109	36,7	114	41,7	234	73,3	36	11,3
3 Lorient - Hennebont	373	107,8	99	35,5	84	30,6	334	110,4	37	12,2
4 Vannes - Ploërmel - Malestroit	420	101,2	179	52,4	103	29,7	420	112,8	49	12,6
5 Rennes - Redon - Fougères - Vitré	718	97,9	263	31,8	312	37,7	878	113,4	83	10,7
6 Saint-Malo - Dinan	315	92,8	61	27,8	69	30,8	256	97,3	19	6,9
7 Saint-Brieuc - Lannion - Guingamp	526	99,9	95	24,4	131	34,3	327	77,8	28	7,0
8 Loudéac - Pontivy	210	111,4	35	27,8	31	24,1	121	85,9	9	7,1
<b>Bretagne</b>	<b>3 700</b>	<b>104,3</b>	<b>1 015</b>	<b>33,6</b>	<b>980</b>	<b>32,4</b>	<b>3 053</b>	<b>96,9</b>	<b>320</b>	<b>10,0</b>
France	61 302	96,4	9 620	16,0	16 337	27,2	48 855	80,4	4 227	7,0

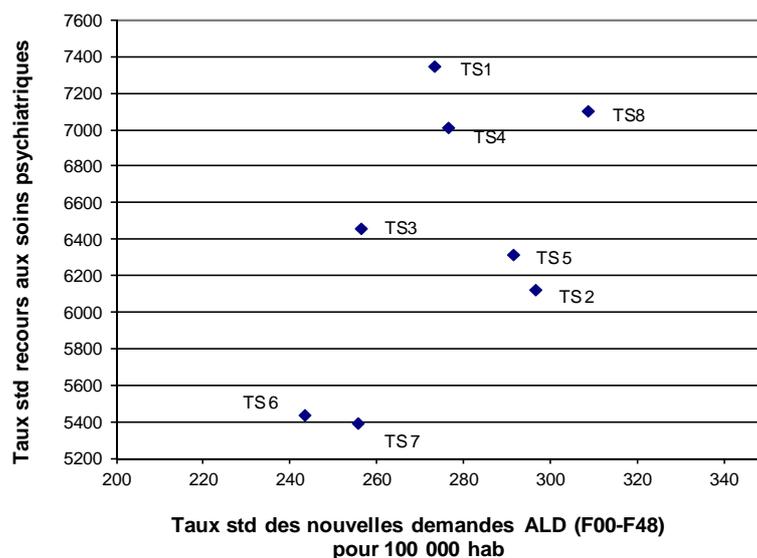
Source : Cnamts, CCMSA, RSI, Insee, Exploitation ORS Bretagne

\*Les taux de recours sont tous significativement supérieurs au taux national et, les territoires de santé qui diffèrent significativement de la moyenne française sont signalés sur fond bleu.

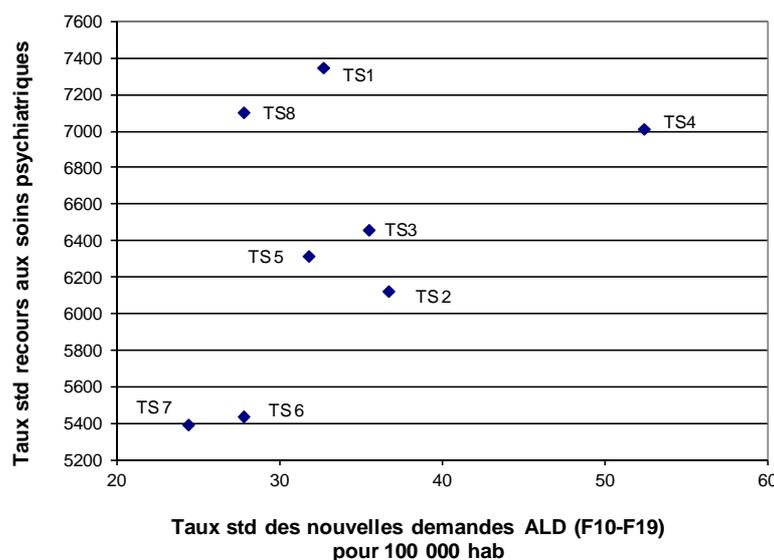
Le territoire de santé N°5 est particulièrement touché par les troubles de l'humeur (taux standardisé le plus élevé de la région).

Le territoire de santé N°2 est plus particulièrement touché par les troubles mentaux organiques et la schizophrénie.

#### Nouvelles demandes ALD (F00-F48) et consommation de soins hospitaliers en psychiatrie Adultes - Bretagne – 2009



**Nouvelles demandes ALD relatives aux troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substance psychoactive et consommation de soins hospitaliers en psychiatrie - Adultes - Bretagne – 2009**



La Bretagne se caractérise par une prévalence et une incidence des bénéficiaires de l'ALD pour affections psychiatriques nettement supérieures à la moyenne nationale. Cette spécificité peut contribuer au fort taux de recours aux soins observé au niveau régional. En revanche, il n'y a pas de corrélation entre l'incidence des ALD et la consommation de soins hospitaliers en psychiatrie au niveau des territoires de santé.

### 3.3 Les addictions

Les informations relatives aux addictions sont issues du [tableau de bord sur les addictions en Bretagne](#), réalisé par l'ORS Bretagne et l'AIRDDS-CIRDD Bretagne en novembre 2012. Nous ne disposons pas de données à l'échelon du territoire de santé, les résultats comparent la Bretagne à la moyenne nationale.

En Bretagne, les conduites addictives sont la principale cause de mortalité prématurée et ont un impact sanitaire, social, individuel et collectif important.

Les deux grandes problématiques de la région sont la consommation d'alcool et de tabac.

Nous avons vu précédemment que les addictions contribuaient à la morbidité et à la mortalité en santé mentale (taux d'ALD, mortalité par psychose alcoolique).

L'*analyse des diagnostics* principaux renseignés dans les résumés par séquence du RIM-P met en évidence l'importance des addictions dans les prises en charge à temps plein (voir chapitre 5.3 zoom sur la psychiatrie adultes en hospitalisation temps plein).

**La Bretagne présente des spécificités épidémiologiques (bénéficiaires d'ALD pour affections psychiatriques, pathologies addictives, suicides) qui contribuent au recours aux soins hospitaliers en psychiatrie élevé.**

**Les données disponibles ne mettent pas en évidence de corrélation à l'échelle des territoires de santé entre ces spécificités et le niveau du taux de recours.**

## 4. Les caractéristiques quantitatives de l'offre de santé

Hypothèse envisagée : les caractéristiques de l'offre de santé comme facteur contributif à des taux de recours élevés.

### 4.1 La densité des professionnels de santé

Les indicateurs relatifs aux professionnels de santé sont issus de l'observatoire de la démographie des professionnels de santé au 1<sup>er</sup> janvier 2012 (DEMOPS) de l'ARS Bretagne. Cette base de données résulte de l'exploitation du répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) et du répertoire ADELI.

Quelques précisions sur les notions propres au professionnel de santé :

Un professionnel de santé est considéré actif s'il satisfait aux conditions suivantes au 1<sup>er</sup> janvier 2012 :

- être inscrit auprès de son Ordre,
- être enregistré comme étant en exercice,
- avoir au moins une activité en cours en France.

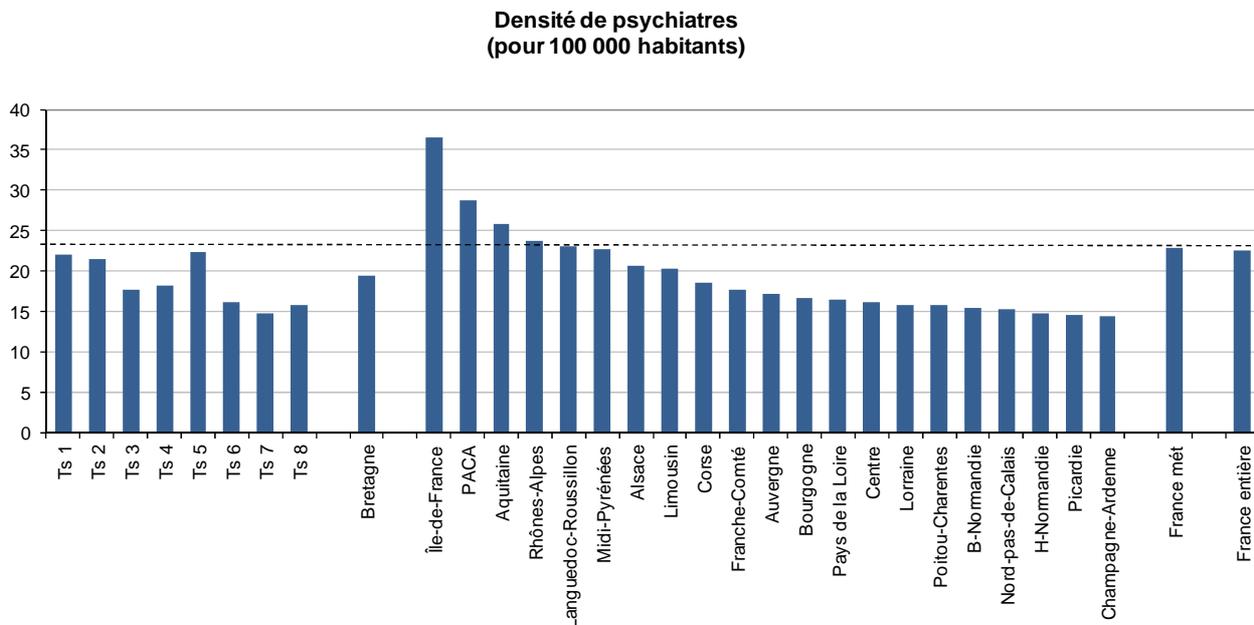
Le mode d'exercice permet de différencier les activités exercées dans le secteur salarié des activités exercées dans le secteur libéral. Les activités bénévoles ne sont pas recensées dans DEMOPS.

Le détail des indicateurs est donné en annexe.

### Les Psychiatres

Sous le libellé « psychiatres », sont regroupés les médecins actifs spécialisés en psychiatrie, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et neuropsychiatrie.

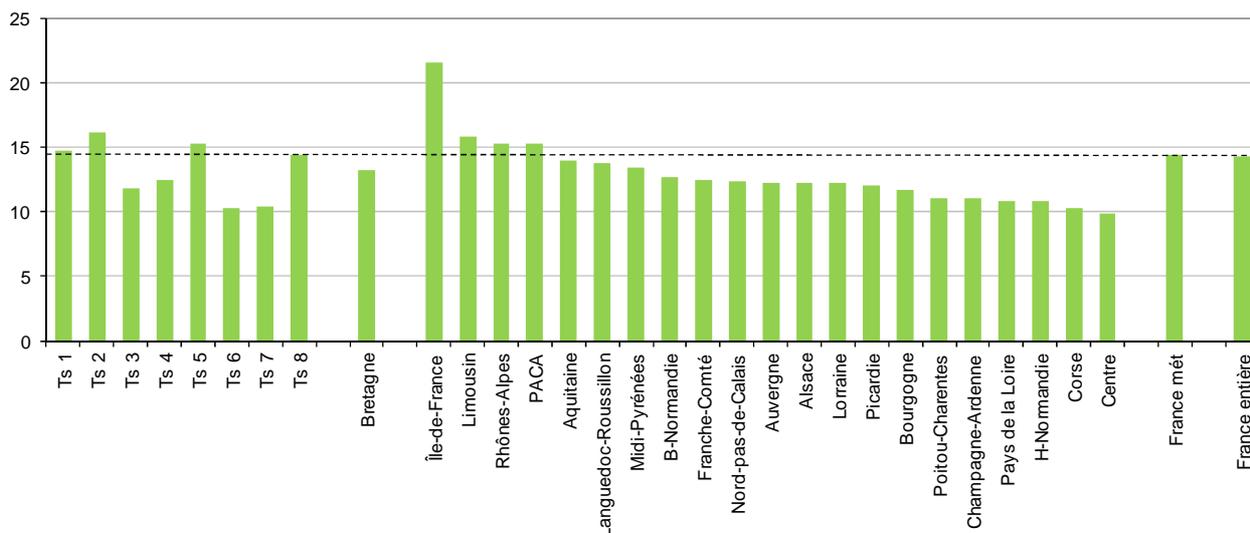
Au 1<sup>er</sup> janvier 2012, en Bretagne, la densité de psychiatres est inférieure à la moyenne nationale : 19,4 vs 22,8 psychiatres pour 100 000 habitants.



Source : RPPS au 1<sup>er</sup> janvier 2012

Dans les territoires de santé N°3, 4, 6 et 7, la densité de psychiatres ayant au moins une activité salariée est nettement inférieure à la moyenne nationale.

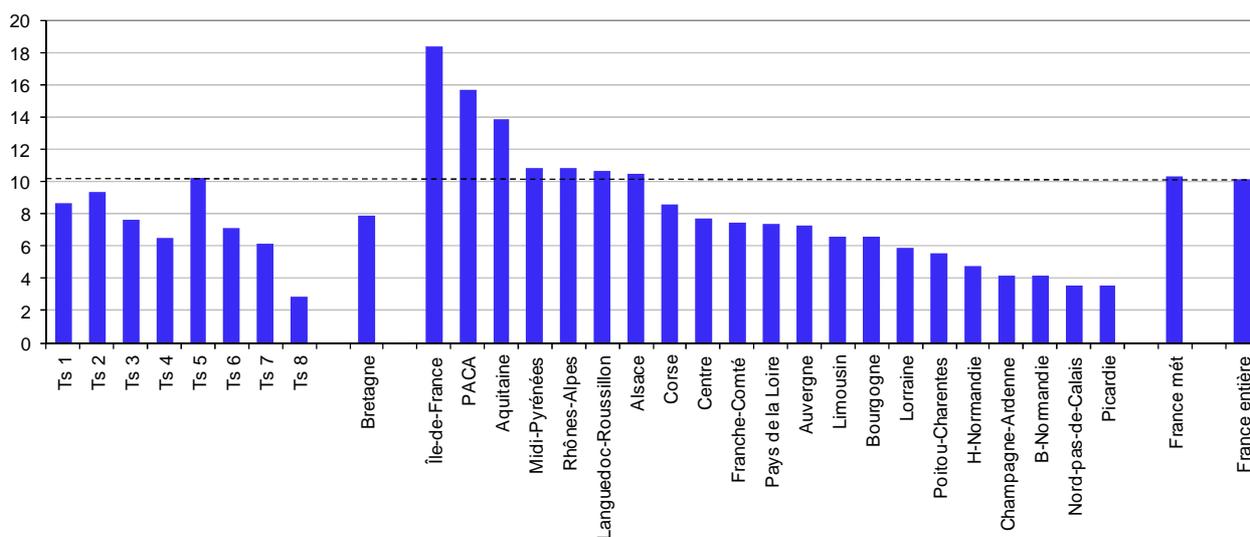
**Densité de psychiatres ayant au moins une activité salariée  
(pour 100 000 habitants)**



Source : RPPS au 1<sup>er</sup> janvier 2012

En Bretagne, la densité de psychiatres ayant au moins une activité libérale est inférieure à la moyenne nationale : 7,9 vs 10,3 psychiatres pour 100 000 habitants.

**Densité de psychiatres ayant au moins une activité libérale  
(pour 100 000 habitants)**



Source : RPPS au 1<sup>er</sup> janvier 2012

A l'exception du territoire de santé N°5 qui se situe dans la moyenne nationale, les territoires de santé bretons présentent une densité inférieure à la moyenne nationale. Le territoire de santé N°8 est atypique avec une densité de psychiatres libéraux très faible.

La situation de la Bretagne concernant la pyramide des âges des psychiatres, est un peu moins fragile que ce qui est observé au plan national. Toutefois, certains territoires de santé sont en situation de fragilité importante :

- dans les territoires de santé N°7 et 8, la part des psychiatres âgés de 60 ans et plus est nettement supérieure à la moyenne nationale ;
- dans les territoires N°6 et 8, la part des psychiatres âgés de moins de 40 ans est nettement inférieure à la moyenne nationale.

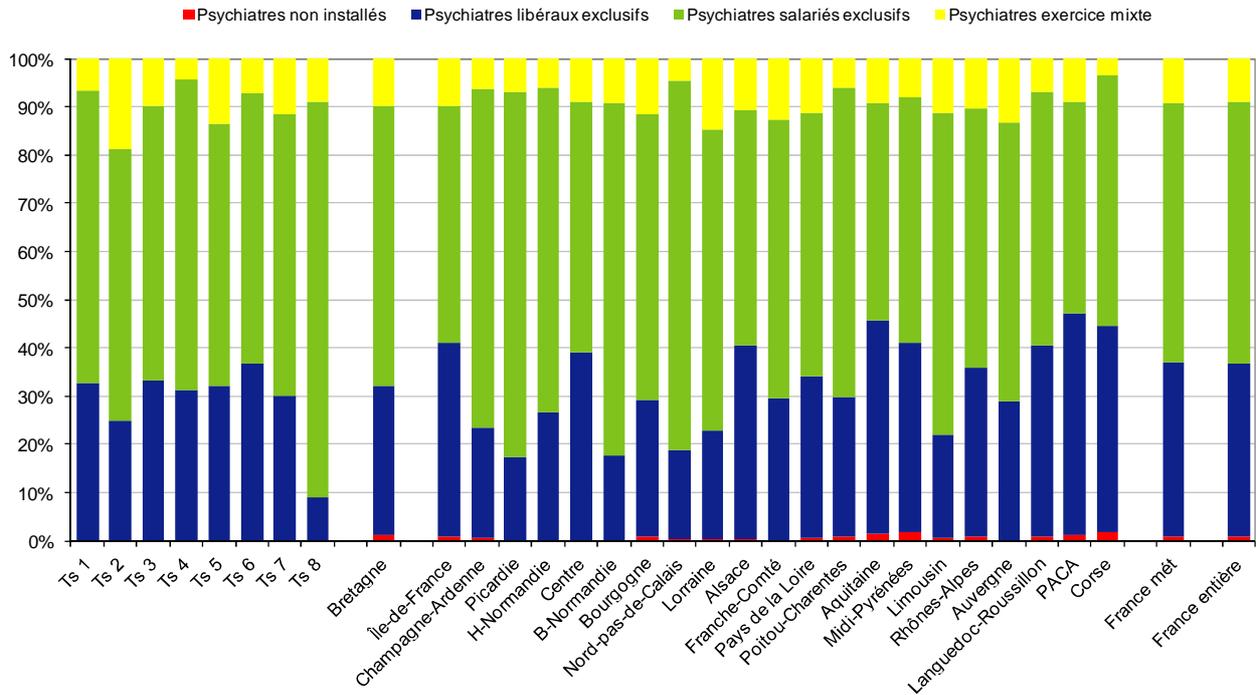
## Répartition des psychiatres selon leur âge

	TS1	TS2	TS3	TS4	TS5	TS6	TS7	TS8	Bretagne	France métropolitaine
% moins de 40 ans	24%	20%	10%	12%	19%	2%	20%	9%	17%	16%
% 60 ans et plus	20%	27%	29%	16%	20%	27%	35%	41%	24%	30%

Source : RPPS au 1<sup>er</sup> janvier 2012

En Bretagne, la part des psychiatres libéraux est de 40,8% (France métropolitaine = 45,3%).

## Répartition des psychiatres selon leur mode d'exercice

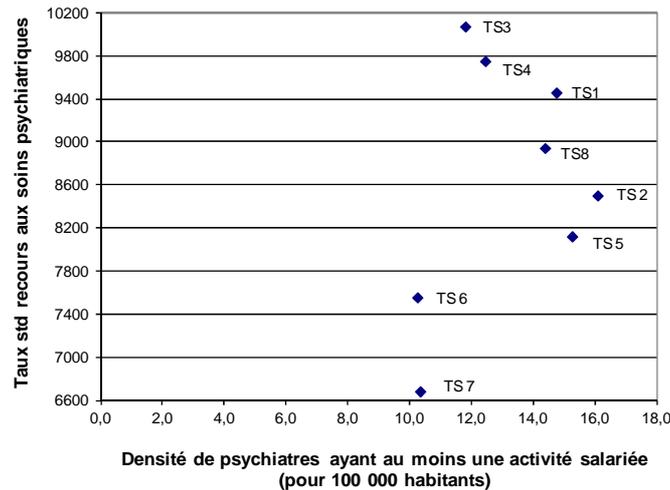


Source : RPPS au 1<sup>er</sup> janvier 2012

Des inégalités interterritoriales sont observées :

- le territoire de santé N°8 présente une densité de psychiatres inférieure à la moyenne nationale avec une part de psychiatres ayant au moins une activité libérale faible.
- les territoires de santé N°1, 2 et 5 présentent les densités de psychiatres les plus élevées de la région mais reste légèrement inférieure à la moyenne nationale. La part des psychiatres ayant au moins une activité libérale varie de 39,5% dans le TS N°1 à 45,5% dans le TS N°5.

## Densité de psychiatres ayant au moins une activité salariée (RPPS au 1<sup>er</sup> janvier 2012) et consommation de soins hospitaliers en psychiatrie (2009) – Adultes et enfants - Bretagne

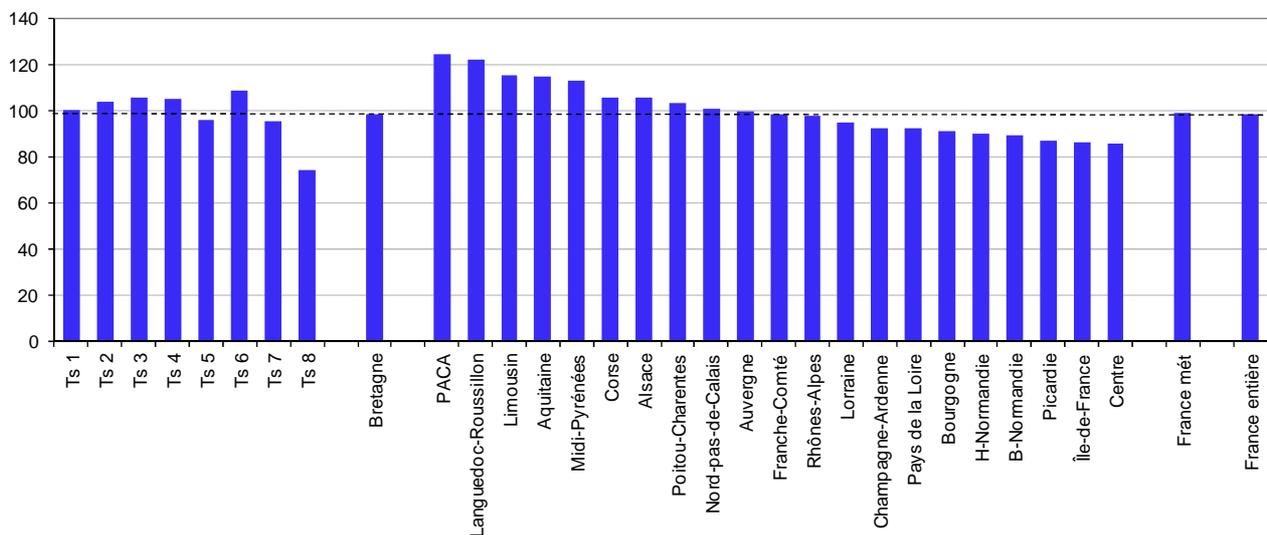


Il n'y a pas de corrélation globale entre la densité de psychiatres et le taux de recours aux soins hospitaliers en psychiatrie. On observe cependant que les 2 territoires avec les taux de recours les moins élevés sont ceux qui ont la plus faible densité de psychiatres ayant au moins une activité salariée.

### Les médecins généralistes ayant au moins une activité libérale

En Bretagne, la densité de médecins généralistes ayant une activité libérale est dans la moyenne nationale.

Densité de médecins généralistes ayant au moins une activité libérale (pour 100 000 habitants)



Source : RPPS au 1<sup>er</sup> janvier 2012

De fortes inégalités interterritoriales sont observées :

- dans le territoire de santé N°8, la densité de médecins généralistes ayant au moins une activité libérale est nettement inférieure à la moyenne nationale : 74,1 vs 98,6 médecins pour 100 000 habitants ;
- dans le territoire de santé N°6, la densité de médecins généralistes ayant au moins une activité libérale est supérieure à la moyenne nationale : 108,4 vs 98,6 médecins pour 100 000 habitants.

## 4.2 Le taux d'équipement hospitalier en psychiatrie

Au niveau régional, les taux d'équipement hospitalier en psychiatrie sont déterminés à partir des données de la SAE 2010.

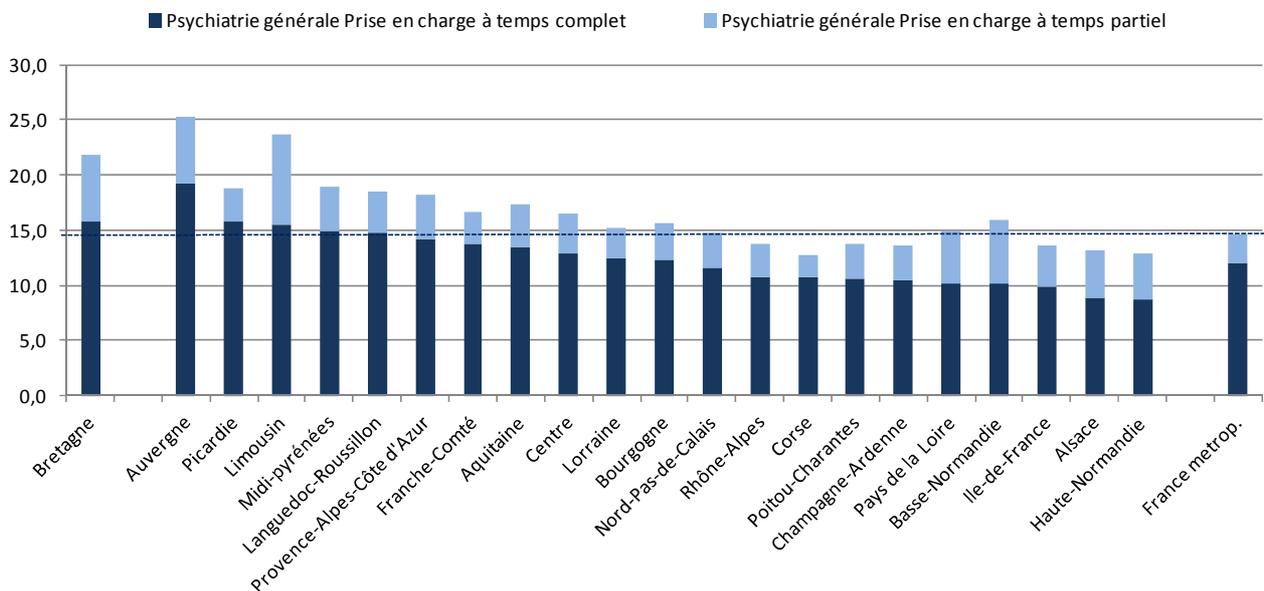
Au niveau des territoires de santé, les taux d'équipement ont été calculés à partir des résultats de l'enquête ARS réalisée en décembre 2009 dans le cadre du SROS-PRS, les données de la SAE ne permettant d'avoir le taux d'équipement par territoire de santé.

Le détail des indicateurs est donné en annexe.

### La psychiatrie adulte

En 2010, la région Bretagne avec un taux d'équipement de 15,8 lits et 6,1 places pour 10 000 habitants en psychiatrie adultes, se situe parmi les régions françaises les plus équipées.

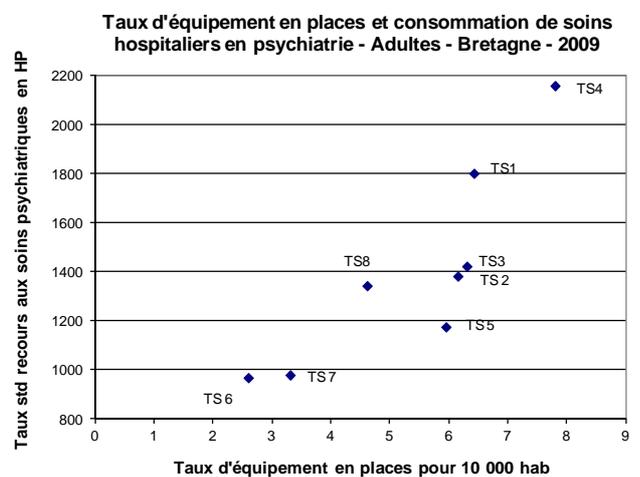
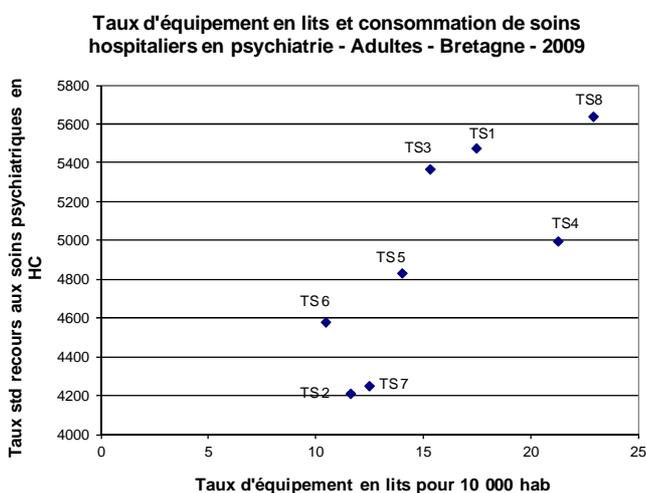
#### Taux d'équipement hospitalier en psychiatrie Adultes (pour 10 000 habitants)



Source : SAE 2010

A l'exception du territoire de santé N°6, l'ensemble des territoires de santé bretons présente des taux d'équipement supérieurs à la moyenne nationale.

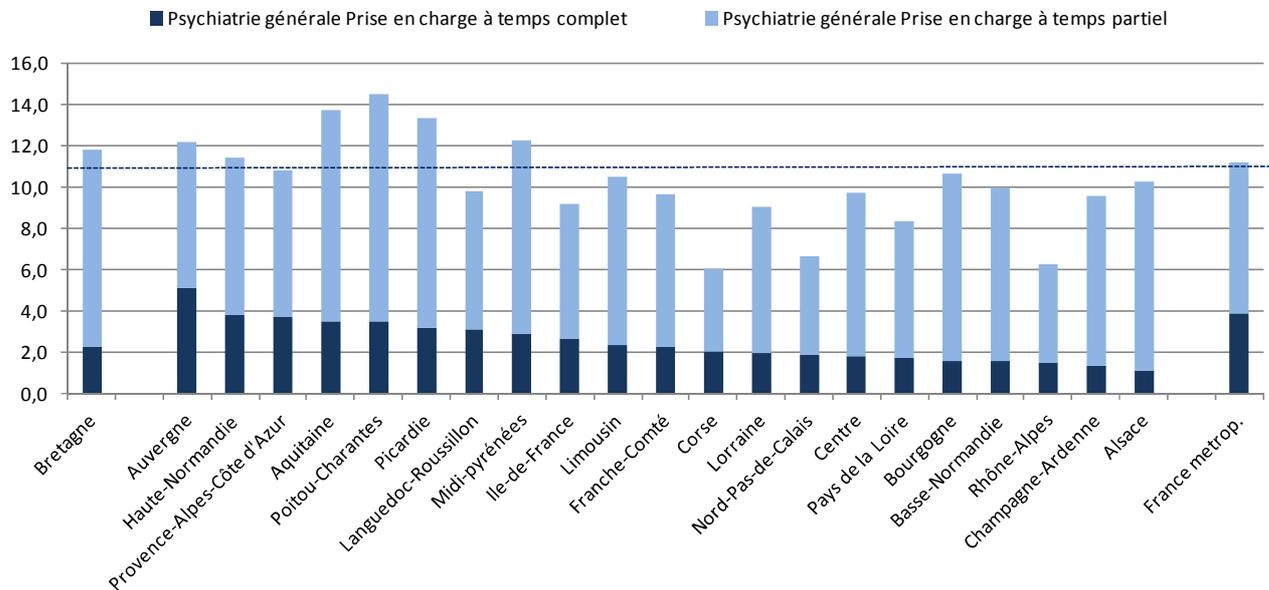
Le taux de recours aux soins hospitaliers en psychiatrie Adultes est corrélé au taux d'équipement.



## La psychiatrie infanto-juvénile

En 2010, la région Bretagne avec un taux d'équipement de 11,8 lits et places pour 10 000 habitants en psychiatrie infanto-juvénile, se situe parmi les régions françaises les plus équipées. La situation est cependant très différente de la psychiatrie adultes : la psychiatrie infanto-juvénile se caractérise en effet par un développement très marqué de l'hospitalisation partielle.

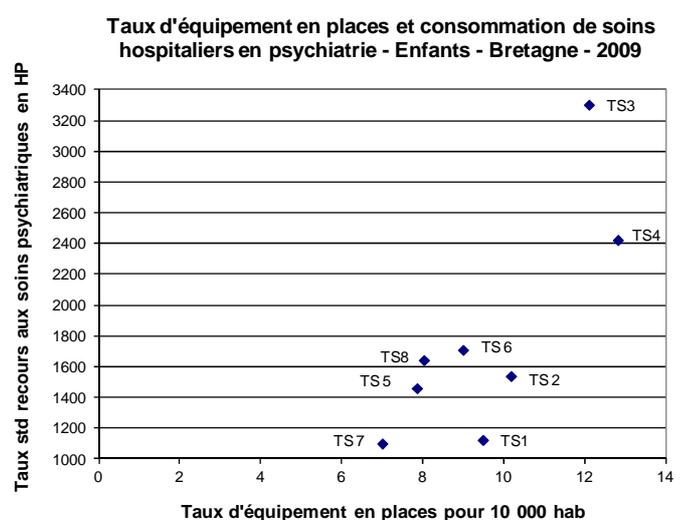
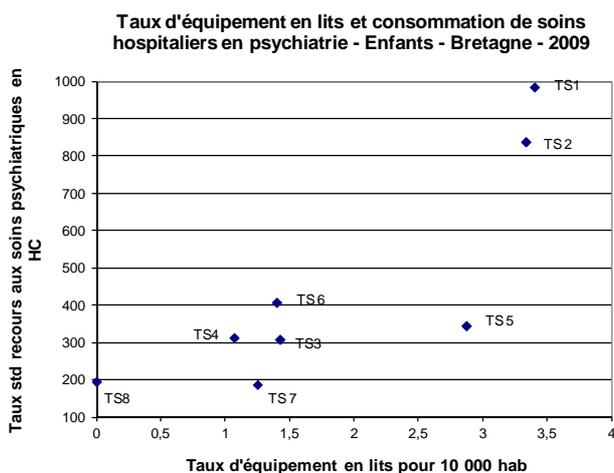
### Taux d'équipement hospitalier en psychiatrie infanto-juvénile (pour 10 000 habitants)



Source : SAE 2010

Le taux d'équipement en lits est inférieur à la moyenne nationale (2,3 vs 3,9 lits pour 10 000 habitants), ce constat est observé pour l'ensemble des territoires de santé bretons. A l'inverse, le taux d'équipement en places est nettement supérieur à la moyenne nationale (9,5 vs 7,3 places pour 10 000 habitants). Seul le territoire de santé N°7 présente un taux d'équipement inférieur (7 places pour 10 000 habitants).

Le taux de recours aux soins hospitaliers en psychiatrie infanto-juvénile est corrélé au taux d'équipement.



**Le taux d'équipement hospitalier spécialisé en psychiatrie est élevé en Bretagne. Il existe un lien significatif entre le taux d'équipement hospitalier et le recours aux soins hospitaliers en psychiatrie.**

### 4.3 Part du MCO et du SSR dans la consommation de soins hospitaliers de psychiatrie

La consommation de soins psychiatriques hospitaliers en psychiatrie, MCO et SSR est analysée à partir des taux de recours aux soins, standardisés selon l'âge et le sexe, calculés par l'ATIH et disponibles sous SNATIH.

La consommation aux soins hospitaliers en psychiatrie concerne l'ensemble de la psychiatrie (adultes et enfants).

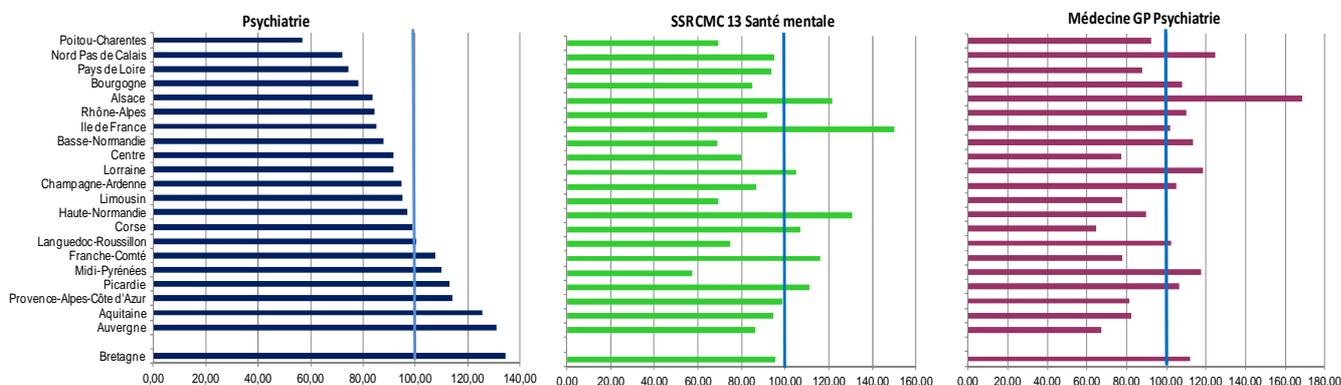
La consommation aux soins psychiatriques en SSR est étudiée à partir de l'activité relative à la CMC 13 Santé mentale.

La consommation aux soins psychiatriques en MCO est étudiée à partir du groupe de planification dédié à la psychiatrie.

Afin de tenir compte des différentes unités de mesure, les taux de recours sont exprimés en base 100 (moyenne nationale) : une consommation supérieure à 100 signifie que la région consomme plus que la moyenne nationale ; à l'inverse, une consommation inférieure à 100 signifie que la région consomme moins que la moyenne nationale.

Hypothèse envisagée : un fort taux de recours en psychiatrie compense un moindre recours aux soins de psychiatrie en MCO ou en SSR.

#### Consommation de soins psychiatriques hospitaliers Base 100 = moyenne nationale



Source : PMSI 2009

L'hypothèse est vérifiée en Auvergne ou en Aquitaine, par contre, ce n'est pas le cas de la Bretagne.

La région Bretagne, avec un recours aux soins en psychiatrie élevé, présente un recours aux soins psychiatriques en SSR légèrement inférieur à la moyenne nationale et un recours en médecine légèrement supérieur.

Des régions comme l'Alsace ou l'Ile de France où le recours aux soins en psychiatrie est inférieur à la moyenne nationale, présentent des taux de recours en SSR ou en médecine nettement supérieurs à la moyenne nationale.

### 4.4 Le taux d'équipement médico-social

Les bases de données disponibles à ce jour dans le secteur médico-social, ne permettent pas de recenser de façon différenciée le nombre de personnes en situation de handicap psychique accueillies en établissement médico-social.

L'offre médico-sociale sera donc étudiée dans sa globalité à partir des capacités installées au 31/12/2011, disponibles dans la base FINSS. De ce fait, l'interprétation des résultats est limitée.

Le détail des indicateurs est donné en annexe.

## Adultes

D'après le STATISS 2011, la région Bretagne présente un taux d'équipement en places pour les ESAT, les FAM et les MAS supérieur à la moyenne nationale.

### Taux d'équipement en établissements pour adultes handicapés au 31/12/2011, pour 1000 habitants de 20-59 ans

	TS1	TS2	TS3	TS4	TS5	TS6	TS7	TS8	Bretagne
ESAT	3,13	5,65	3,49	3,22	3,70	4,92	3,39	6,57	3,88
MAS	0,38	0,45	0,20	0,91	0,73	0,54	1,61	0,44	0,70
FAM	1,19	1,25	0,70	0,92	0,71	1,04	0,87	1,26	0,94
CPO	0,10	0,05	0,16	0,00	0,09	0,00	0,06	0,00	0,07
CRP	0,00	0,00	0,00	0,00	0,53	0,00	0,16	0,00	0,17
UEROS	0,02	0,00	0,03	0,00	0,03	0,00	0,00	0,00	0,02
SAMSAH	0,28	0,33	0,34	0,32	0,43	0,00	0,37	0,00	0,31

Sources : à l'exception des UEROS, FINISS - capacité installée au 31/12/2011 ; pour les UEROS, ARS Bretagne-service médico-social; INSEE - population du recensement 2008

**Taux d'équipement en établissements pour enfants handicapés au 31/12/2011, pour 1000 habitants de moins de 20 ans**

	TS1	TS2	TS3	TS4	TS5	TS6	TS7	TS8	Bretagne
CAMSP	1,16	0,75	0,75	0,85	0,44	0,00	1,16	0,00	0,70
CMPP	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,89	0,00	0,23
IME	4,28	3,16	3,38	3,17	3,90	5,20	3,13	12,07	4,12
ITEP	0,47	1,88	0,19	0,00	0,96	0,41	0,47	0,93	0,67
IEM	0,49	0,00	0,75	0,00	0,36	0,00	0,42	0,00	0,31
SESSAD	3,35	2,41	2,05	3,43	3,09	2,84	4,38	2,72	3,15

Sources : FINESS - capacité installée au 31/12/2011 ; INSEE - population du recensement 2008

**Compte tenu de l'absence de données par type de handicap, il n'est pas possible de situer l'offre médico-sociale par rapport à l'handicap psychique.**

## 5. Les caractéristiques qualitatives de l'offre de santé : les pratiques hospitalières des établissements psychiatriques

### 5.1 Positionnement de la région Bretagne par rapport aux autres régions françaises pour 3 indicateurs concernant la psychiatrie infanto-juvénile et adulte.

Les résultats présentés ci-dessous sont issus des tableaux nationaux RIM-P disponibles à l'adresse suivante : <http://www.atih.sante.fr> rubrique statistiques PSY. Les données disponibles sur le site de l'ATIH ne permettent pas de distinguer la psychiatrie adultes de la psychiatrie infanto-juvénile. Les résultats ci-dessous présentent donc les pratiques hospitalières des établissements psychiatriques dans leur globalité.

3 indicateurs sont retenus pour caractériser les pratiques hospitalières, il s'agit de :

- la part de l'hospitalisation partielle (HP) est le nombre de journées réalisées en hospitalisation partielle (hospitalisation de jour ou de nuit + CATTP) rapporté au nombre total de journées d'hospitalisation ;
- la durée moyenne de séjour (DMS) est calculée à partir des séjours pris en charge à temps plein et terminés au cours de l'année, elle est donnée dans les tableaux nationaux ;
- la part de la file active prise en charge en ambulatoire est le nombre de patients pris en charge en ambulatoire (CMP et psychiatrie de liaison) rapporté au nombre total de patients (hospitalisation + ambulatoire).

*Le détail des indicateurs est donné en annexe.*

L'analyse situe la région Bretagne par rapport à la moyenne nationale et la positionne par rapport aux régions Aquitaine et Haute-Normandie qui ont un bon taux d'exhaustivité du RIM-P. La région Aquitaine présente des taux de recours aux soins hospitaliers en psychiatrie élevés alors que la région Haute-Normandie se situe en dessous de la moyenne nationale.

## Activité de Psychiatrie 2009-2010

	Part de l'HP		DMS		Part FA en Ambulatoire	
	2009	2010	2009	2010	2009	2010
Ile-de-France	31,2%	31,8%	35,8	37,3	88,3%	89,0%
Champagne-Ardenne	24,1%	25,7%	45,5	45,7	93,3%	93,7%
Picardie	16,6%	17,1%	59,7	60,4	94,2%	94,8%
<b>Haute-Normandie</b>	<b>27,5%</b>	<b>26,3%</b>	<b>36,3</b>	<b>35,7</b>	<b>92,4%</b>	<b>94,4%</b>
Centre	18,7%	20,5%	53,6	52,3	85,1%	86,8%
Basse-Normandie	32,8%	34,9%	30,5	29,7	95,4%	96,2%
Bourgogne	20,4%	20,1%	29,1	30,8	87,6%	87,9%
Nord-Pas-de-Calais	24,1%	24,0%	34,4	31	90,5%	89,2%
Lorraine	19,8%	20,7%	57,2	41,2	94,1%	94,8%
Alsace	33,1%	33,3%	30,7	28,8	91,1%	90,5%
<b>Franche-Comté</b>	<b>18,6%</b>	<b>19,5%</b>	<b>37</b>	<b>49,9</b>	<b>90,0%</b>	<b>90,3%</b>
Pays-de-la-Loire	22,7%	23,4%	32,3	38,2	90,2%	91,7%
<b>Bretagne</b>	<b>26,1%</b>	<b>26,3%</b>	<b>34,6</b>	<b>35,4</b>	<b>85,9%</b>	<b>87,5%</b>
Poitou-Charentes	15,3%	20,2%	110,7	33,5	90,9%	93,1%
<b>Aquitaine</b>	<b>24,9%</b>	<b>22,8%</b>	<b>47,4</b>	<b>47,8</b>	<b>86,1%</b>	<b>87,5%</b>
Midi-Pyrénées	20,3%	21,0%	35,5	37,9	83,8%	84,7%
Limousin	30,8%	31,9%	33,5	36,9	87,5%	87,5%
Rhône-Alpes	19,1%	18,9%	57,5	46,6	87,6%	87,4%
Auvergne	21,6%	21,6%	60,3	40,7	88,0%	85,5%
Languedoc-Roussillon	19,9%	19,5%	42,3	43,5	82,7%	82,1%
PACA	20,8%	20,0%	48,1	49,1	84,2%	84,2%
<b>Corse</b>	<b>13,5%</b>	<b>12,8%</b>	<b>45</b>	<b>52,3</b>	<b>78,1%</b>	<b>79,0%</b>
Guadeloupe	9,9%	20,9%	49,5	36,2	84,9%	95,6%
Martinique	8,8%	12,4%	110,9	102,8	94,9%	90,2%
Guyanne	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Réunion	19,8%	17,1%	22,2	20,6	94,0%	93,8%
<b>Total</b>	<b>23,4%</b>	<b>23,6%</b>	<b>43,1</b>	<b>40,6</b>	<b>88,4%</b>	<b>88,9%</b>

### Hospitalisation partielle

En Bretagne, l'hospitalisation partielle représente 26% des journées d'hospitalisation. La région Bretagne fait partie des régions qui ont le plus développé l'hospitalisation partielle. Elle se positionne au même niveau que la région Haute-Normandie (27,5%) et devant la région Aquitaine (24,9%).

### DMS

La région Bretagne avec une DMS de 35,4 jours se positionne parmi les régions présentant les DMS les plus courtes. La DMS de la région Bretagne est proche de la DMS de la région Haute-Normandie (35,7 jours) et est plus efficiente que celle de la région Aquitaine (47,8 jours).

Cet indicateur présente un biais notable, il ne tient pas compte des ré-hospitalisations. A partir des données disponibles dans les tableaux nationaux, il n'est pas possible de calculer le taux de ré-hospitalisation.

### Part FA en ambulatoire

Avec 87,5% de la file active prise en charge en ambulatoire, la région Bretagne se situe en dessous de la moyenne nationale.

Elle se positionne au même niveau que la région Aquitaine (87,5%) et est inférieure à la région Haute-Normandie (94,4%).

De fortes disparités territoriales sont observées.

Les résultats sont calculés à partir de la base régionale RIM-P 2010. L'information disponible dans la base de données est domiciliée au code géographique du patient.

Les indicateurs retenus pour établir la typologie des séjours consommés sont identiques à ceux retenus pour décrire les pratiques hospitalières (Voir paragraphe ci-dessus).

*Le détail des indicateurs est donné en annexe.*

### *Hospitalisation partielle*

La part de l'hospitalisation partielle est relativement homogène sur l'ensemble des territoires à l'exception du territoire de santé N°4 où la part est relativement élevée 35,2%.

### *DMS*

La DMS varie de 23,4 jours dans le territoire de santé N°1 à 46,1 jours dans le territoire de santé N°5. Dans le territoire de santé N°1, la file active en hospitalisation complète rapportée à la population est la plus élevée de la région : 1,3% vs 0,9% pour la moyenne régionale.

### *Part de la file active en ambulatoire*

La part de la file active en ambulatoire varie de 80,1% dans le territoire de santé N°1 à 93,7% dans le territoire de santé N°8.

## **5.2 Zoom sur la psychiatrie Adultes en hospitalisation temps plein**

Les résultats sont calculés à partir de la base nationale RIM-P 2011.

La psychiatrie Adultes est repérée à partir du critère âge  $\geq 15$  ans. Dans la base nationale RIM-P, l'âge détaillé n'est pas disponible, l'analyse ne peut porter que sur les tranches d'âge quinquennales.

L'hospitalisation à temps plein est repérée dans la base de données à partir du critère nature de prise en charge = '01'. Ne sont pas inclus les séjours thérapeutiques, l'hospitalisation à domicile, le placement familial thérapeutique, les appartements thérapeutiques, les centres de postcure psychiatrique et les centres de crise.

Le niveau d'analyse retenu est la région.

Sont analysés les hospitalisations sans consentement hors détenus, les hospitalisations au long cours ainsi que le case-mix des prises en charge en hospitalisation temps plein.

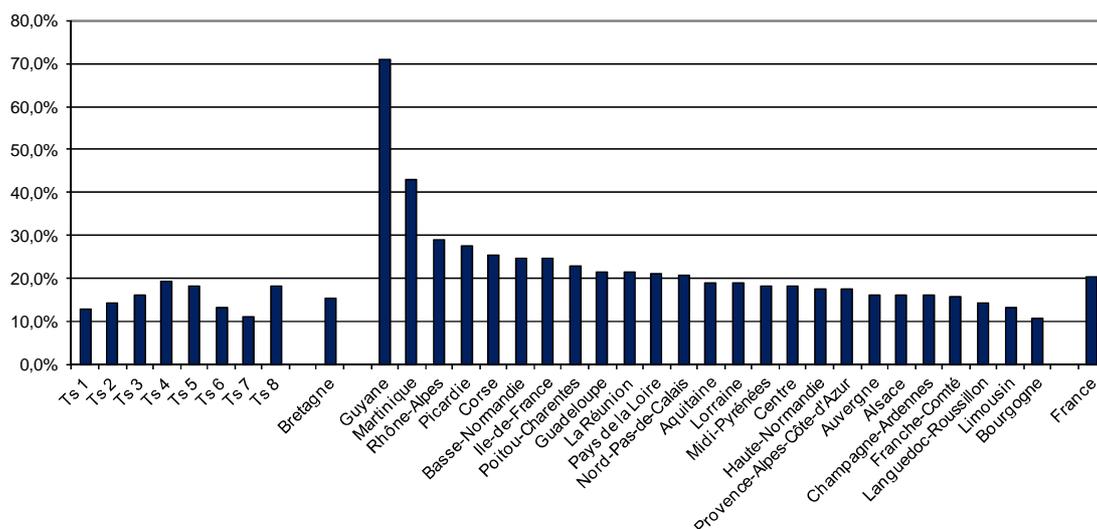
### *Hospitalisation sans consentement*

Les hospitalisations sans consentement sont étudiées en hospitalisation temps plein. Les séjours relatifs aux détenus sont exclus de l'analyse. L'indicateur retenu est la part des journées sans consentement dans l'activité temps plein.

En psychiatrie adultes, la part des journées sans consentement représente 15,6% des journées à temps plein en Bretagne. La Bretagne se situe parmi les régions françaises où la part des journées sans consentement en hospitalisation à temps plein est la plus faible.

## Part des journées sans consentement en hospitalisation à temps plein

Les séjours relatifs aux détenus sont exclus de l'analyse



Source : RIM-P 2011

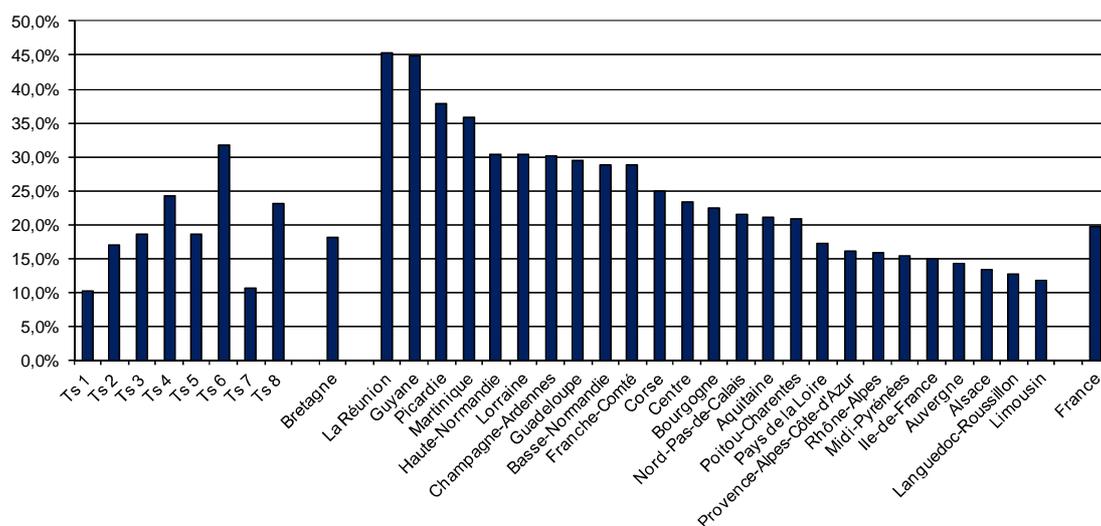
Les territoires de santé N<sup>4</sup>, 5 et 8 présentent les parts des journées sans consentement en hospitalisation temps plein les plus élevées de Bretagne mais restent en dessous de la moyenne nationale.

### Hospitalisation au long cours

Les hospitalisations au long cours sont étudiées en hospitalisation temps plein. Il s'agit des séjours dont la durée de séjour est supérieure ou égale à 292 jours. L'indicateur retenu est la part des journées relatives aux hospitalisations au long cours dans l'activité temps plein.

En ce qui concerne les hospitalisations au long cours, la région Bretagne présente une part des journées en hospitalisation temps plein proche de la moyenne nationale.

## Part des journées d'hospitalisation au long cours en hospitalisation à temps plein



Source : RIM-P 2011

A noter que les territoires de santé N<sup>4</sup>, 6 et 8 présentent des parts supérieures à la moyenne nationale.

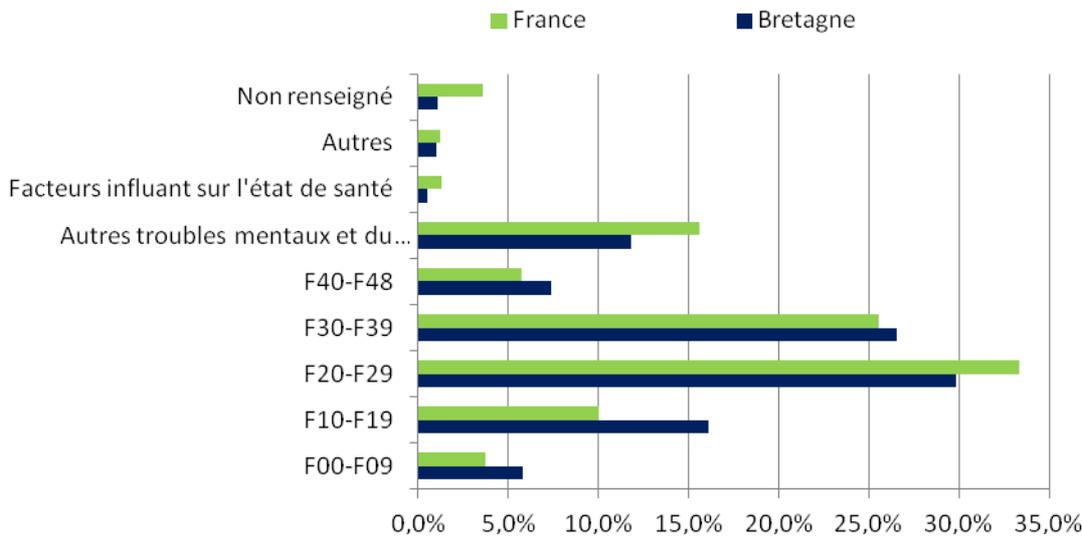
A l'inverse, les territoires de santé N<sup>1</sup> et 7 présentent une part des journées relatives à l'hospitalisation au long cours en hospitalisation temps plein relativement faible (10%).

### Case-mix des prises en charge en hospitalisation temps plein

Le case-mix est la répartition des journées d'hospitalisation temps plein de psychiatrie selon la prise en charge principale renseignée sur le résumé par séquence.

Comparativement au case-mix national, la région Bretagne se distingue par un recours aux troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho actives en hospitalisation temps plein plus élevé.

#### Répartition des journées d'hospitalisation temps plein selon le diagnostic principal pris en charge



Source : RIM-P 2011

F00-F09 : Troubles mentaux organiques

F10-F19 : Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho actives

F20-F29 : Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants

F30-F39 : Troubles de l'humeur

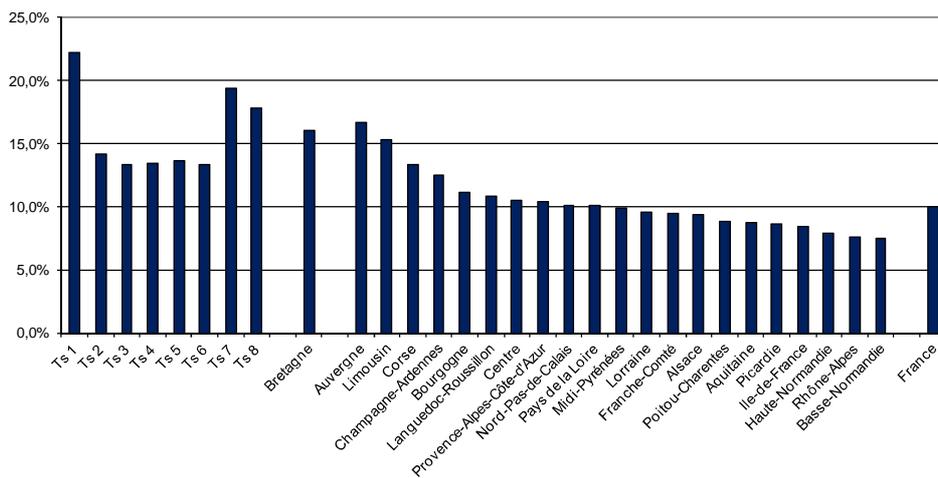
F40-F48 : Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et somatoformes

### Part des journées relatives aux troubles mentaux liés à l'utilisation de substances psycho-actives en hospitalisation à temps plein (F10-F19)

L'analyse porte sur la prise en charge principale renseignée sur le résumé par séquence.

En Bretagne, la part de l'addictologie en hospitalisation temps plein de psychiatrie est nettement supérieure à la moyenne nationale (16% vs 10%). La Bretagne est la deuxième région française (derrière l'Aquitaine) où l'addictologie représente une part importante de l'activité en hospitalisation temps plein.

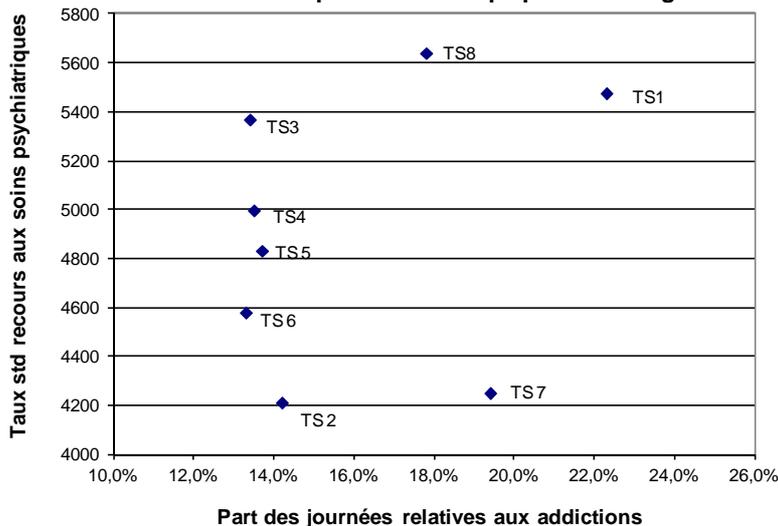
## Part des journées relatives à l'addictologie en hospitalisation temps plein



Source : RIM-P 2011

A noter que dans les territoires de santé N°1, 7 et 8, la part de l'addictologie en hospitalisation temps plein est relativement élevée respectivement 22%, 19% et 18%.

**Part des journées relatives aux addictions (RIMP 2011) et consommation de soins hospitaliers en psychiatrie (2010) - Adultes - Hospitalisation temps plein - Bretagne**



Même si la prise en charge des addictions en psychiatrie contribue à la consommation de soins hospitaliers, cette activité n'explique pas les variations des taux de recours constatées à l'échelle des territoires de santé ou des régions.

**Globalement, la région Bretagne est :**

- plutôt bien située sur : le développement de l'hospitalisation de jour, les DMS et les hospitalisations sans consentement ;
- moins bien positionnée sur : les hospitalisations au long cours et la prise en charge en ambulatoire.

**Au-delà de l'aspect global, les disparités interterritoriales observées sont autant de pistes d'actions.**

### 5.3 Zoom sur la consommation de soins psychiatriques en ambulatoire

Pour étudier la consommation de soins psychiatriques en ambulatoire, plusieurs sources d'information sont mobilisées :

- la base régionale RIM-P 2010 pour mesurer la consommation de soins ambulatoires en CMP ou en psychiatrie de liaison. L'indicateur retenu est le taux standardisé de recours aux soins psychiatriques en ambulatoire exprimé en nombre d'actes pour 10 000 habitants ;
- la base de l'Assurance maladie ERASME 2011 pour repérer l'activité prise en charge en médecine de ville. L'indicateur retenu est le taux de recours standardisé aux actes libéraux réalisés par les psychiatres, exprimé en nombre de consultations CNPSY pour 10 000 habitants.

L'absence de référentiel national pour ces indicateurs ne nous permet pas de positionner la Bretagne par rapport aux autres régions, l'analyse se limite à l'interprétation des disparités interterritoriales.

Le détail des indicateurs est donné en annexe.

#### Adultes

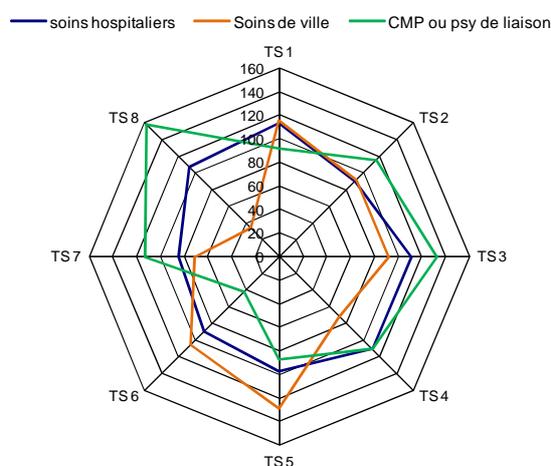
#### Taux de recours aux soins psychiatriques ambulatoires, standardisés selon l'âge et le sexe - Adultes - Bretagne - 2010

Nombre d'actes pour 10 000 habitants

	Ambulatoire en CMP ou en psychiatrie de liaison	CNPSY réalisés par les psychiatres libéraux	Total
TS 1	2535,9	2172,0	4707,9
TS 2	3216,5	1727,0	4943,5
TS 3	3672,3	1728,0	5400,3
TS 4	3054,7	1345,8	4400,5
TS 5	2425,0	2411,7	4836,7
TS 6	1163,6	1977,1	3140,7
TS 7	3122,7	1339,6	4462,3
TS 8	4377,9	634,6	5012,5
<b>Bretagne</b>	<b>2770,0</b>	<b>1873,7</b>	<b>4643,7</b>

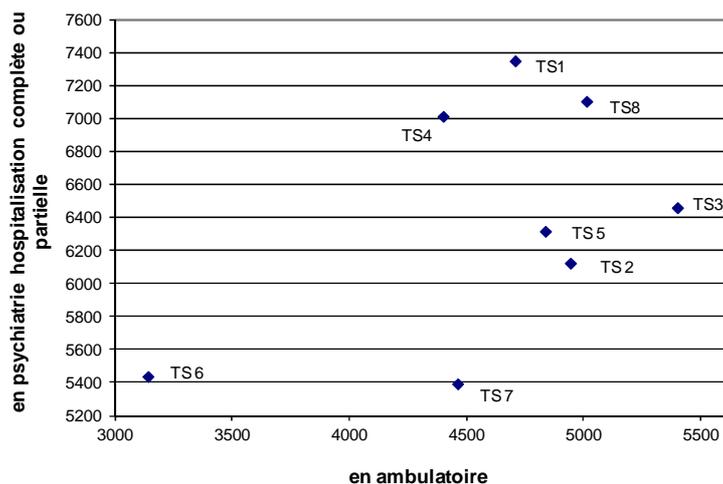
Source : RIM-P 2010, ERASME 2011, INSEE Projections Omphale

#### Consommation de soins en psychiatrie - Adultes - Bretagne - 2010 : comparaison des taux standardisés selon l'âge et le sexe (Région = 100)



Les soins hospitaliers ambulatoires semblent se substituer à la psychiatrie de ville dans les territoires de santé où l'offre est faible.

**Taux de recours aux soins psychiatriques, standardisés  
selon l'âge et le sexe - Adultes - Bretagne - 2010**



Il n'y a pas de corrélation entre le recours aux soins hospitaliers et le recours aux soins ambulatoires.

*Enfants*

**Taux de recours aux soins psychiatriques ambulatoires, standardisés selon l'âge et le sexe  
- Enfants - Bretagne - 2010**

Nombre d'actes pour 10 000 habitants

	Ambulatoire en CMP ou en psychiatrie de liaison	CNPSY réalisés par les psychiatres libéraux	Total
TS 1	2977,9	235,1	3213,0
TS 2	3331,5	829,9	4161,4
TS 3	4668,9	435,8	5104,7
TS 4	3788,2	709,6	4497,8
TS 5	3200,8	584,3	3785,1
TS 6	5068,8	733,5	5802,3
TS 7	4695,5	321,6	5017,1
TS 8	5183,8	164,5	5348,3
<b>Bretagne</b>	<b>3789,1</b>	<b>516,9</b>	<b>4306,0</b>

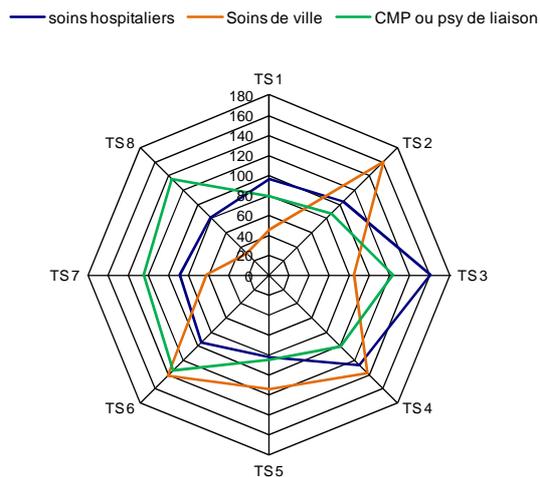
Source : RIM-P 2010, ERASME 2011, INSEE Projections Omphale

Pour la prise en charge des enfants, le recours aux soins psychiatriques réalisés par les psychiatres libéraux est faible.

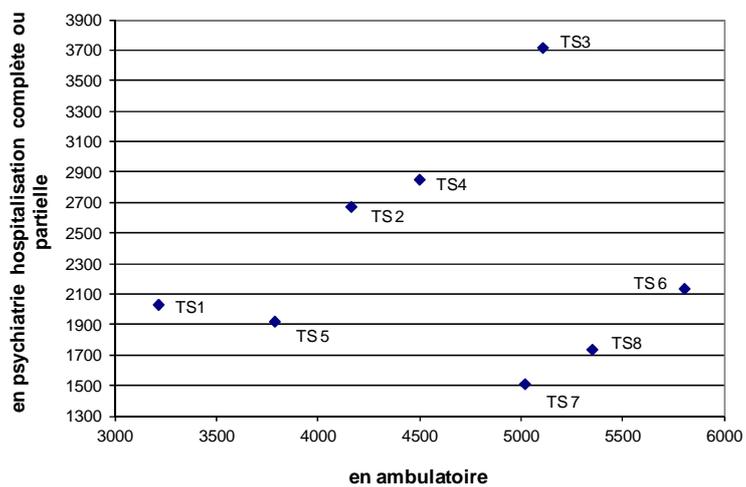
Dans les territoires de santé N°2 et 4, la psychiatrie de ville semble se substituer à l'activité en CMP ou en psychiatrie de liaison.

Le territoire de santé N°6 avec des recours aux soins tant en psychiatrie de ville qu'en CMP élevés semble atypique.

## Consommation de soins en psychiatrie - Enfants - Bretagne - 2010: comparaison des taux standardisés selon l'âge et le sexe (Région = 100)



Taux de recours aux soins psychiatriques, standardisés selon l'âge et le sexe - Enfants - Bretagne - 2010



Il n'y a pas de corrélation entre le recours aux soins hospitaliers et le recours aux soins ambulatoires.

# Discussion autour des principaux résultats

## 1. Principaux enseignements de l'étude

Dans cette étude quatre hypothèses ont été envisagées comme autant de facteurs contributifs potentiels à des taux de recours élevés aux soins psychiatriques en Bretagne :

- | Surestimation des taux de recours Bretons liée à une plus forte exhaustivité du RIM-P de la Bretagne comparativement aux autres régions ;
- | Présence de facteurs socio-économiques régionaux, marqueurs de précarité ou d'isolement social, pouvant influencer la santé mentale de la population ;
- | Situation épidémiologique particulière quant aux troubles psychiques ;
- | Caractéristiques de l'offre de soins dans ses aspects quantitatifs et qualitatifs

Le chapitre précédent met en évidence que les deux facteurs contributifs importants au fort niveau de recours aux soins hospitaliers de psychiatrie sont d'une part la situation épidémiologique, d'autre part les caractéristiques de l'offre.

***L'hypothèse d'une situation épidémiologique régionale particulière est un facteur contributif avéré à la consommation de soins hospitaliers psychiatriques. En revanche, les données disponibles ne montrent pas de corrélation avec les variations territoriales des taux de recours.***

On notera tout d'abord que l'absence de données comparatives entre régions sur la prévalence des principaux troubles psychiques fait défaut. De même, le manque d'harmonisation des modalités de codage des diagnostics empêche à ce jour une comparaison territoriale. L'absence de ces éléments impose une prudence dans l'interprétation des données disponibles.

Il reste néanmoins possible, à partir des données présentées dans ce document, d'identifier une situation épidémiologique régionale particulière qui contribue pour partie au niveau élevé de recours aux soins hospitaliers en psychiatrie observé pour la région:

- L'incidence et la prévalence des bénéficiaires d'ALD pour affections psychiatriques (indicateurs indirects non exhaustifs des maladies psychiatriques chroniques) sont nettement supérieures à la moyenne nationale (277 nouvelles demandes/100 000 hab versus 227 en France ; 2336 bénéficiaires d'ALD/100 000 hab versus 1762 en France)
- Le poids des addictions dans la morbidité et la mortalité régionale est connu. Leur poids dans la consommation de soins psychiatriques est important. Le taux d'ALD pour troubles psychiques liées aux addictions (F10-F19) est très élevé comparativement au taux national (33,6 ALD pour 100 000 habitants en Bretagne pour 16 en France). La Bretagne est également la 2<sup>ème</sup> région française en termes d'hospitalisations à temps plein de psychiatrie pour troubles psychiques liés aux addictions, ces dernières représentant 16% des journées d'hospitalisation temps plein de psychiatrie (10% en France), avec des pourcentages particulièrement élevés sur les territoires de santé N°1, 7 et 8 (respectivement 22%, 19% et 18%).
- Enfin la mortalité par suicide est la plus élevée de France (27 vs 16 décès par suicide pour 100 000 habitants).

Au niveau territorial, les données disponibles ne sont cependant pas corrélées avec les variations des taux de recours:

- La cartographie des ALD pour affections psychiatriques ne se superpose pas à celle des taux de recours. Il en va de même de celle, plus spécifique, des ALD pour troubles psychiques liées aux addictions. On remarque cependant que 2 des 3 territoires ayant les taux de recours les plus élevés (Territoires de santé 1 et 8) sont également ceux dont la

part d'hospitalisation temps plein pour troubles psychiatriques liés aux addictions est la plus élevée. Ce n'est pas le cas du 3ème territoire (TS 4) ;

- Bien qu'élevés en Bretagne comparativement aux autres régions, les taux de mortalité par suicide et par psychose alcoolique concernent de petits effectifs (de 6 à 33 décès pour 100.000 habitants). En conséquence l'interprétation de leur distribution territoriale est beaucoup moins fiable.

On remarque ainsi une tendance inversée entre la consommation de soins et la mortalité par suicide ou par psychose alcoolique. Les Territoires 1, 4 et 8, qui ont les taux de recours les plus élevés ont les taux de mortalité pour psychose alcoolique les plus faibles, ce qui pourrait alimenter l'hypothèse que la consommation de soins participe à diminuer les taux de mortalité. Mais un certain nombre de territoires ne suivent pas cette tendance :

- le TS 8 a le taux de mortalité par suicide le plus élevé avec un taux de recours parmi les plus élevés ;
- le TS 5 a un taux de mortalité par suicide le plus faible avec un taux de recours moyen ;
- les TS 1 et 6 ont un taux de mortalité par psychose alcoolique comparable avec des taux de recours diamétralement opposés.

La faible taille des effectifs et cette dispersion des données ne permettent pas de retenir cette corrélation comme significative à l'échelle des territoires de santé.

Concernant l'hypothèse des caractéristiques de l'offre de soins, trois points méritent d'être soulignés :

***L'offre de soins hospitaliers en psychiatrie générale est toujours marquée par une forte prédominance de l'hospitalisation temps plein.***

En Bretagne et pour l'ensemble de la psychiatrie, le poids de l'hospitalisation complète est de 74% et celui de l'hospitalisation partielle de 26%.

Il convient toutefois de préciser que ce chiffre global couvre deux réalités diamétralement opposées. Si ces chiffres indiquent les tendances effectives de la psychiatrie générale, ils ne reflètent en aucune façon l'activité hospitalière de la psychiatrie infanto-juvénile, qui repose essentiellement sur l'hospitalisation de jour et de façon marginale sur l'hospitalisation complète.

***On observe un lien objectif entre taux d'équipement hospitaliers et consommation de soins hospitaliers.***

Le point de départ de ce travail est le constat au niveau régional de taux d'équipement en lits et places de psychiatrie et de taux de recours aux soins hospitaliers de psychiatrie parmi les plus élevés de France.

L'étude montre que ce constat initial se double d'une corrélation nette, au niveau des territoires de santé, entre taux d'équipement et taux de recours, pour l'hospitalisation complète et pour l'hospitalisation partielle. Il y a donc un lien objectif entre consommation et offre de soins hospitaliers : le niveau de l'offre hospitalière contribue, pour partie, au niveau du recours aux soins hospitaliers.

Sur le plan de la démographie professionnelle, seule la démographie médicale a été prise en compte dans ces travaux. Les données montrent une densité de psychiatres inférieure à la moyenne nationale, sans être parmi les régions les plus défavorisées (9ème rang en partant de la densité la plus haute). Il convient cependant de souligner une pyramide des âges inquiétante sur les territoires de santé N°6, 7 et 8 qui annonce une augmentation de la tension à venir en termes de charge de travail si la situation actuelle se maintient. On note enfin la situation particulière du TS 8 qui présente une fragilité démographique de l'offre libérale, aiguë pour les psychiatres libéraux (2,9 pour 100 000 hab versus 10,3 au niveau national) et notable pour les médecins traitants (74 pour 100 000 hab versus 98,6 au niveau national).

## ***L'analyse des pratiques hospitalières montrent un positionnement des établissements bretons plutôt bien situé sur le plan qualitatif, avec une marge de progression pour deux indicateurs***

La coexistence de fort taux d'équipement et de recours aux soins hospitaliers de psychiatrie génère un questionnement sur le développement plus qualitatif de l'offre: le taux de recours aux soins hospitaliers est-il ou non le témoin d'un développement inapproprié de l'offre en termes d'alternatives à l'hospitalisation temps plein, de durée moyenne de séjour, de part des séjours d'hospitalisation sans consentement et d'hospitalisations au long cours et enfin de la part de l'offre ambulatoire ?

Les données présentées montrent que la Bretagne fait partie des régions qui ont le plus développé l'hospitalisation à temps partiel (5<sup>ème</sup> rang), qui ont les durées moyennes de séjour les plus courtes (7<sup>ème</sup> rang) et les parts de séjours sans consentement les plus faibles (4<sup>ème</sup> rang). A noter que même les DMS les plus courtes en psychiatrie restent nettement supérieures aux DMS observées en MCO (du fait des hospitalisations de longue durée qu'il conviendrait d'analyser de façon séparée).

La région se positionne moins bien pour 2 indicateurs très importants pour la fluidité des parcours car situés aux deux extrémités de la chaîne : au dessous de la moyenne nationale (16<sup>ème</sup> rang) pour la part de la file active suivie en ambulatoire, et proche de la moyenne nationale (10<sup>ème</sup> rang en partant du plus bas) pour la part des journées d'hospitalisation au long cours.

L'analyse des différentes hypothèses envisagées a montré la nécessité d'un double niveau d'analyse, régional et territorial. Le niveau régional permet d'identifier les grandes tendances. Le niveau territorial permet d'affiner l'analyse, de vérifier si l'observation régionale se vérifie au niveau territorial, de montrer que les réalités territoriales peuvent être contrastées, et donne la possibilité à chaque territoire d'identifier ainsi des pistes d'action pertinentes.

## **2. Mise en perspective**

Partant du constat des taux d'équipement et de recours concernant les soins hospitaliers, l'étude a été volontairement ciblée sur les soins hospitaliers de psychiatrie. L'analyse de l'offre de soins hospitaliers ne peut cependant être déconnectée de l'analyse de l'ensemble de l'offre en santé mentale, incluant l'offre ambulatoire, publique et libérale, mais aussi l'offre sociale et médicosociale. C'est pourquoi des données concernant ces aspects ont été prises en compte dans l'analyse proposée.

Afin d'élargir la perspective, nous avons souhaité d'une part confronter ces résultats à l'analyse que la Cour des comptes a effectué courant 2011 à l'occasion de l'évaluation du plan psychiatrie santé mentale 2005-2008, d'autre part prendre en compte les évolutions majeures du système de santé concernant la notion de parcours.

### ***2.1 Le rapport de la Cour des comptes : Organisation des soins psychiatriques : les effets du plan « psychiatrie et santé mentale 2005-2008 »***

La Cour des comptes dans son rapport sur « les effets du plan psychiatrie et santé mentale 2005-2010 » propose un diagnostic, sur la durée de mise en œuvre du plan, de l'évolution de l'offre, de l'organisation territoriale et du pilotage du plan.

**L'élément central de l'analyse concernant l'évolution de l'offre est le constat d'un poids excessif de l'hospitalisation complète en psychiatrie générale.** Quatre facteurs étayent ce constat : (1) un premier accès aux soins encore mal coordonné et souvent tardif, (2) une hospitalisation complète anormalement saturée, (3) l'insuffisance des alternatives (sanitaires, sociales et médicosociales) à l'hospitalisation complète, (4) une absence de réduction significatives des disparités territoriales.

A propos du caractère anormalement saturé de l'hospitalisation complète qui est souvent au cœur des débats sur l'évolution de l'offre, le rapport souligne que cette saturation « *résulte bien davantage d'un dysfonctionnement de l'offre de soins que d'une capacité insuffisante en lits hospitaliers* ».

Elle se réfère pour cela à la DREES qui précise que, « *malgré la densité variable des lits entre régions (allant de 3,7 à 12,7 lits de psychiatrie générale et infanto-juvénile pour 10 000 habitants), aucune corrélation significative ne peut être faite entre la densité des lits et leur taux d'occupation* ». La Cour de comptes prend l'exemple de la Bretagne pour illustrer son propos : « *Ainsi, la Bretagne, région la plus dotée avec 15,4 lits pour 10 000 habitants, présente un taux d'occupation de 89%, proche de celui de l'Alsace (92%), qui ne dispose que de 9,3 lits pour 10 000 habitants.* »

Il résulte de l'analyse proposée dans ce rapport que la solution à la saturation des lits, en général et de façon plus spécifique dans une région fortement dotée, n'est pas dans un mouvement de ré-augmentation du nombre de lits mais plutôt dans l'amélioration des modalités de PEC de proximité, dans le rééquilibrage de l'offre en santé mentale au profit des modalités alternatives à l'hospitalisation temps plein et de l'offre sociale et médicosociale, de l'organisation des complémentarités et de la fluidité entre l'hôpital et les établissements médicosociaux.

**Ce qui est questionné n'est pas la pertinence de l'hospitalisation temps plein, maillon essentiel de l'offre de soins, mais sa juste place dans le dispositif de santé mentale,** sachant les effets potentiellement néfastes d'hospitalisations prolongées ou itératives sur la capacité d'autonomie et la désocialisation des personnes. Il apparaît essentiel, pour la qualité des prises en charge, qu'au sein du dispositif sanitaire, l'hospitalisation temps plein soit réservée aux personnes pour lesquelles elle s'avère indispensable et ne soit pas une solution par défaut.

## 2.2 Les transformations du système de santé

Des changements majeurs sont en cours pour accompagner l'évolution du système de santé d'une logique de segments d'offre juxtaposés à une logique d'intégration de ces éléments dans un ensemble organisé et territorialisé.

L'allongement de la durée de vie et l'augmentation de la part des maladies chroniques dans l'ensemble de la morbidité forcent imposent une adaptation du système à des accompagnements multidimensionnels sur la durée. La notion de parcours, de soins, de santé, de vie prend en compte cette dynamique, en proposant une approche plus globale des besoins de la personne et plus dynamique au sens de la nécessaire organisation de réponses concomitantes et / ou successives à apporter sur la durée.

Autre tendance forte des évolutions en cours : la priorité donnée aux prises en charge qui permettent à la personne de rester dans son environnement pour favoriser le maintien de son intégration dans son environnement éducatif, social ou professionnel. Priorité forte dans le champ médicosocial depuis la loi de 2005, notamment avec le développement important des services d'accompagnement en milieu ordinaire (SESSAD, SAMSAH, SSIAD, SAVS). Priorité aussi dans le champ sanitaire avec le développement d'un certain nombre de PEC techniques en ambulatoire (chirurgie ambulatoire) ou le développement de techniques permettant l'avis spécialisé à distance (télé-médecine) sans déplacer le patient.

Ces évolutions en cours ont été prises en compte dans le plan Psychiatrie et santé mentale 2011-2015 qui aborde la santé mentale dans son périmètre large et centre son action sur la prévention des ruptures pour mieux vivre avec des troubles psychiques.

## **Conclusion : Contribution de l'étude à la Politique régionale en santé mentale**

Cette étude, malgré ses limites, permet d'approfondir la compréhension de la situation régionale et donne des éléments d'analyse territoriale à même de générer des pistes de travail utiles au niveau territorial.

Sa mise en perspective, d'une part avec le rapport de la Cour des comptes, d'autre part avec les transformations du système de santé en cours :

- Conforte le choix effectué par l'ARS Bretagne d'une approche transversale de cette thématique, incluant les dimensions de promotion, prévention, soins ambulatoires et hospitaliers, et accompagnement social et médicosocial
- Conforte les orientations stratégiques retenues dans le plan d'action du Projet Régional de Santé.
- Met en lumière la nécessité de :
  - Poursuivre la transformation de l'offre hospitalière de psychiatrie générale au profit de l'offre ambulatoire et des alternatives à l'hospitalisation temps plein
  - Poursuivre le développement de l'offre sociale et médico-sociale par création dans le cadre du secteur médico-social ou par redéploiement du secteur sanitaire vers le secteur médico-social

**Auteurs :**

Docteur Sylvie Dugas, Direction de l'Offre de Soins et de l'Accompagnement

Docteur Anne Lecoq, Direction de la Stratégie et des Partenariats

Florence Mille et Valérie Molina, Direction Adjointe de la Stratégie et des Projets

	Territoires de santé								Région	France	Aquitaine	Haute-Normandie	Source
	1	2	3	4	5	6	7	8					

## Etat de santé de la population

Mortalité													
Taux standardisé de mortalité générale pour 100 000 hab	932,9	944,8	891,3	879,7	808,3	897,6	908,3	934,6	888,3	825,6			Nombre annuel moyen de décès sur la période 2007-2009 / Population 2008 Exploitation ORS Bretagne
Taux standardisé de mortalité par cirrhose du foie pour 100 000 hab	13,8	19,2	18,5	15,8	10,9	14,9	16,0	16,4	14,9	11,7			Nombre annuel moyen de décès liés à une cirrhose du foie sur la période 2007-2009 / Population 2008 Exploitation ORS Bretagne
Taux standardisé de mortalité par psychose alcoolique et alcoolisme pour 100 000 hab	7,2	10,4	8,3	7,1	6,0	8,1	10,5	7,0	7,8	4,6			Nombre annuel moyen de décès liés à une psychose alcoolique et alcoolisme/ Population 2008 Exploitation ORS Bretagne
Taux standardisé de mortalité prématurée par cirrhose du foie pour 100 000 hab de moins de 65 ans	9,3	13,6	12,9	12,0	7,7	12,5	12,3	12,5	10,8	8,3			Nombre annuel moyen de décès liés à une cirrhose du foie survenus avant l'âge de 65 ans / Population 2008 de moins de 65 ans Exploitation ORS Bretagne
Taux standardisé de mortalité prématurée par psychose alcoolique et alcoolisme pour 100 000 hab de moins de 65 ans	6,7	9,9	7,5	6,0	5,6	7,8	9,7	6,8	7,2	4,2			Nombre annuel moyen de décès liés à une psychose alcoolique survenus avant l'âge de 65 ans / Population 2008 de moins de 65 ans Exploitation ORS Bretagne
Taux standardisé de mortalité par suicide pour 100 000 hab	25,1	27,7	27,5	25,3	23,6	30,5	29,9	33,5	26,6				Nombre annuel moyen de suicides sur la période 2007-2009 / Population 2008 Exploitation ORS Bretagne
ALD													
Prévalence :Taux standardisé des bénéficiaires de l'ALD "Affections psychiatriques de longue durée" pour 100 000 personnes protégées par le RG									2336	1762	2188	1728	au 31/12/2010 - données régime général - Assurance maladie
Incidence :Taux standardisé des nouvelles demandes ALD (F00-F48) pour 100 000 hab	273,2	296,5	256,3	276,4	291,4	243,3	255,6	308,6	277,2	226,9			2009 - Cnamts, CCMSA, RSI, Insee - Exploitation ORS Bretagne
Incidence :Taux standardisé des nouvelles demandes ALD (F00-F09 : Troubles mentaux organiques) pour 100 000 hab	114,7	113,4	107,8	101,2	97,9	92,8	99,9	111,4	104,3	96,4			2009 - Cnamts, CCMSA, RSI, Insee - Exploitation ORS Bretagne
Incidence :Taux standardisé des nouvelles demandes ALD (F10-F19 : Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives) pour 100 000 hab	32,7	36,7	35,5	52,4	31,8	27,8	24,4	27,8	33,6	16,0			2009 - Cnamts, CCMSA, RSI, Insee - Exploitation ORS Bretagne
Incidence :Taux standardisé des nouvelles demandes ALD (F20-F29 : Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants) pour 100 000 hab	26,0	41,7	30,6	29,7	37,7	30,8	34,3	24,1	32,4	27,2			2009 - Cnamts, CCMSA, RSI, Insee - Exploitation ORS Bretagne
Incidence :Taux standardisé des nouvelles demandes ALD (F30-F39 : Troubles de l'humeur) pour 100 000 hab	89,3	73,3	110,4	112,8	113,4	97,3	77,8	85,9	96,9	80,4			2009 - Cnamts, CCMSA, RSI, Insee - Exploitation ORS Bretagne
Incidence :Taux standardisé des nouvelles demandes ALD (F40-F48 : Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et somatoformes) pour 100 000 hab	10,4	11,3	12,2	12,6	10,7	6,9	7,0	7,1	10,0	7,0			2009 - Cnamts, CCMSA, RSI, Insee - Exploitation ORS Bretagne

## Précarité

Part des 15-29 ans dans la population des 15 ans et plus	22,6%	18,0%	18,8%	19,8%	26,6%	18,4%	18,4%	18,2%	21,5%	23,2%			INSEE 2008
Part de la population vivant seule dans la population des 15 ans et plus	20,6%	21,4%	20,3%	18,2%	18,4%	18,7%	19,6%	18,7%	19,4%	16,2%			INSEE 2008. Les personnes vivant hors ménage sont exclues.
Part des ouvriers dans la population des 15 ans et plus	13,4%	14,3%	15,1%	14,4%	15,1%	14,4%	13,5%	19,1%	14,6%	13,7%			INSEE 2008
Part des bénéficiaires du RSA	3,1%	2,9%	3,5%	2,4%	2,5%	2,4%	3,0%	2,3%	2,8%	4,2%			CAF 2011, INSEE 2011 Projections de population, modèle OMPHALE (25- 64 ans)
Part des bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés	2,9%	3,2%	3,2%	2,5%	2,5%	3,4%	3,3%	3,1%	2,9%	2,7%			CAF 2011, INSEE 2011 Projections de population, modèle OMPHALE (20-59 ans)
Part des chômeurs dans la population des 15 ans et plus	5,4%	5,4%	5,9%	5,0%	4,8%	5,0%	4,8%	3,8%	5,1%	6,4%			INSEE 2008
Part de la population non diplômée dans la population des 15 ans et plus non scolarisée	10,7%	11,0%	14,6%	14,3%	15,3%	16,3%	13,9%	17,1%	13,9%	18,7%			INSEE 2008
Part de la population des ménages avec famille monoparentale sur l'ensemble de la population vivant en logement ordinaire	8,4%	9,1%	9,0%	7,7%	7,2%	8,3%	8,1%	6,9%	8,0%	9,9%			INSEE 2008

	Territoires de santé								Région	France	Aquitaine	Haute-Normandie	Source	
	1	2	3	4	5	6	7	8						
<b>Démographie des professionnels de santé</b>														
<b>Densité de professionnels de santé pour 100 000 habitants</b>														
Psychiatres ayant au moins une activité libérale	8,7	9,4	7,6	6,5	10,2	7,1	6,2	2,9	7,9	10,3	13,8	4,8	RPPS au 1er janvier 2012 - Effectif de médecins actifs spécialisés en psychiatrie, en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et en	
Psychiatres ayant au moins une activité salariée	14,7	16,1	11,8	12,4	15,3	10,2	10,3	14,4	13,2	14,4	14,0	10,8	RPPS au 1er janvier 2012 - Effectif de médecins actifs spécialisés en psychiatrie, en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et en	
Psychologues ayant au moins une activité libérale	7,9	8,0	10,4	10,8	17,8	11,8	11,3	8,6	12,0				ADELI - Traitement ARS au 31/12/2011	
Médecins généralistes ayant au moins une activité libérale	100,3	103,9	105,5	105,0	95,7	108,4	95,0	74,1	98,3	98,6	114,4	89,9	RPPS au 1er janvier 2012 - Effectif de médecins actifs - Médecine générale	

<b>Typologie des séjours consommés dans les services de psychiatrie</b>													
Taux d'exhaustivité									93,4%		100,6%	94,5%	jours RIM-P 2009 / jours SAE 2009
Evolution du nombre de journées en HC	-1,8%	-6,8%	2,6%	3,1%	-3,5%	-1,8%	-0,1%	-2,2%	-2,0%	2,0%	-1,2%	3,7%	RIM-P 2009 et 2010
Evolution du nombre de journées en HP	2,7%	-13,3%	5,9%	4,7%	-7,4%	15,8%	-13,7%	-0,5%	-1,1%	3,0%	-12,2%	-2,2%	RIM-P 2009 et 2010
Evolution du nombre d'actes en ambulatoire (CMP ou psychiatrie de liaison)	18,50%	5,63%	-1,11%	-2,42%	-7,17%	54,16%	-3,23%	3,78%	2,3%	6,3%	10,8%	25,6%	RIM-P 2009 et 2010
File active en Psychiatrie HC rapportée à la population	1,3%	0,8%	1,0%	0,9%	0,7%	0,7%	0,9%	1,0%	0,9%	0,6%	0,7%	0,5%	RIM-P 2010
File active en Psychiatrie HP rapportée à la population	0,4%	0,4%	0,6%	0,5%	0,3%	0,2%	0,3%	0,3%	0,4%	0,3%	0,2%	0,2%	RIM-P 2010
Part de l'hospitalisation partielle	26,7%	28,6%	28,5%	35,2%	25,0%	22,8%	21,7%	23,1%	26,3%	23,6%	22,8%	26,3%	RIM-P 2010
DMS	23,4	36,5	37,0	41,3	46,1	44,7	27,0	39,7	35,4	40,6	47,8	35,7	RIM-P 2010
Part de la file active en ambulatoire (CMP ou psychiatrie de liaison)	80,1%	86,5%	89,6%	93,2%	86,8%	86,3%	90,0%	93,7%	87,5%	88,9%	87,5%	94,4%	RIM-P 2010
Part des séjours sans consentement	8,4%	2,9%	12,0%	13,5%	15,0%	14,7%	9,8%	11,5%	10,8%	15,3%	17,2%	13,4%	RIM-P 2010

## PSYCHIATRIE ADULTES

<b>Offre Sanitaire</b>														
<b>Taux d'équipement pour 10 000 habitants</b>														
Lits	17,5	11,6	15,3	21,3	14,0	10,4	12,5	22,9	15,2	12,1	13,4	8,8	Enquête ARS 31/12/2009, INSEE 2010 Projections de population, modèle OMPHALE	
Places	6,4	6,2	6,3	7,8	6,0	2,6	3,3	4,6	5,6	2,5	3,9	4,1	Enquête ARS 31/12/2009, INSEE 2010 Projections de population, modèle OMPHALE	
Part des lits du secteur privé (hors ESPIC)	23,4%	24,0%	19,6%	12,7%	25,9%	0,0%	34,7%	0,0%	20,3%				Enquête ARS 31/12/2009, INSEE 2010 Projections de population, modèle OMPHALE	
Part des places du secteur privé (hors ESPIC)	4,4%	0,0%	0,0%	0,0%	9,2%	0,0%	18,7%	0,0%	4,9%				Enquête ARS 31/12/2009, INSEE 2010 Projections de population, modèle OMPHALE	
Nombre de CMP pour 100 000 habitants	2,6	3,3	4,8	3,8	4,7	3,0	2,5	10,9	4,0				Enquête ARS 31/12/2009, INSEE 2010 Projections de population, modèle OMPHALE	
Nombre de CATT pour 100 000 habitants	4,2	4,6	5,7	5,2	3,8	3,0	4,0	5,4	4,3				Enquête ARS 31/12/2009, INSEE 2010 Projections de population, modèle OMPHALE	

<b>Typologie des séjours consommés dans les services de psychiatrie Adultes</b>													
Part des journées sans consentement en hospitalisation à temps plein	12,8%	14,4%	16,0%	19,3%	18,2%	13,3%	11,0%	18,4%	15,6%	20,4%	19,0%	17,6%	RIM-P 2011
Part des journées de l'hospitalisation au long cours en hospitalisation à temps plein	10,3%	17,1%	18,5%	24,3%	18,7%	31,8%	10,6%	23,2%	17,9%	19,8%	21,0%	30,4%	RIM-P 2011
Part des journées relatives aux troubles mentaux organiques en hospitalisation à temps plein (F00-F09)	5,3%	8,0%	5,5%	7,4%	4,3%	3,5%	7,1%	7,5%	5,8%	3,7%	5,1%	4,4%	RIM-P 2011
Part des journées relatives aux troubles mentaux liés à l'utilisation de substances psycho-actives en hospitalisation à temps plein (F10-F19)	22,3%	14,2%	13,4%	13,5%	13,7%	13,3%	19,4%	17,8%	16,1%	10,0%	8,7%	7,9%	RIM-P 2011
Part des journées relatives à la schizophrénie en hospitalisation à temps plein (F20-F29)	24,7%	33,3%	34,0%	26,3%	33,2%	38,5%	23,8%	27,6%	29,8%	33,3%	30,6%	37,7%	RIM-P 2011
Part des journées relatives aux troubles de l'humeur en hospitalisation à temps plein (F30-F39)	28,2%	25,1%	29,1%	25,9%	27,0%	19,5%	27,1%	25,2%	26,5%	25,5%	24,7%	20,1%	RIM-P 2011
Part des journées relatives aux troubles névrotiques en hospitalisation à temps plein (F40-F48)	8,3%	6,6%	8,0%	9,0%	6,6%	5,4%	8,1%	5,6%	7,4%	5,7%	4,4%	6,6%	RIM-P 2011
Part des journées relatives aux autres troubles mentaux en hospitalisation à temps plein	9,3%	12,2%	8,4%	14,8%	11,8%	18,3%	10,3%	13,0%	11,8%	15,6%	23,8%	19,3%	RIM-P 2011

## Territoires de santé

1

2

3

4

5

6

7

8

Région France Aquitaine

Haute-Normandie

Source

## Consommation de soins hospitaliers

Taux de recours standardisé <sup>(1)</sup> aux soins Psychiatrie 2009 (Nombre de journées pour 10 000 habitants)	7348	6124	6460	7013	6317	5438	5394	7103	6414	4820	5752	4005	ATIH 2009
Taux de recours standardisé <sup>(1)</sup> aux soins Psychiatrie 2010 (Nombre de journées pour 10 000 habitants)	7285	5597	6794	7159	6010	5551	5233	6985	6260				RIM-P 2010, INSEE 2010 Projections de population, modèle OMPHALE, pop ref France au RGP 2008
Evolution 2009- 2010	-1,1%	-8,6%	4,1%	2,8%	-4,9%	1,0%	-3,1%	-2,6%	-2,1%				
Taux de recours standardisé <sup>(1)</sup> aux soins Psychiatrie 2010 en hospitalisation complète (Nombre de journées pour 10 000 habitants)	5476	4213	5369	4998	4833	4581	4252	5640	4851				RIM-P 2010, INSEE 2010 Projections de population, modèle OMPHALE, pop ref France au RGP 2008
Taux de recours standardisé <sup>(1)</sup> aux soins Psychiatrie 2010 en hospitalisation partielle (Nombre de journées pour 10 000 habitants)	1804	1384	1425	2161	1177	970	981	1345	1408				RIM-P 2010, INSEE 2010 Projections de population, modèle OMPHALE, pop ref France au RGP 2008
Taux de recours standardisé <sup>(1)</sup> aux soins Psychiatrie 2010 en ambulatoire (CMP ou psychiatrie de liaison) (Nombre d'actes pour 10 000 habitants)	2536	3216	3672	3055	2425	1164	3123	4378	2770				RIM-P 2010, INSEE 2010 Projections de population, modèle OMPHALE, pop ref France au RGP 2008
Taux de recours standardisé <sup>(1)</sup> aux soins SSR Santé mentale 2010 (Nombre de journées pour 10 000 habitants)	339	413	437	275	444	204	266	239	353				PMSI SSR 2010, INSEE 2010 Projections de population, modèle OMPHALE, pop ref France au RGP 2008
Taux de recours standardisé <sup>(1)</sup> aux soins Médecine Psychiatrie 2010 (Nombre de journées pour 10 000 habitants)	248	269	335	309	284	424	357	259	301				PMSI MCO 2010, INSEE 2010 Projections de population, modèle OMPHALE, pop ref France au RGP 2008
Taux de recours standardisé <sup>(1)</sup> aux soins Médecine Toxicologie Alcool 2010 (Nombre de journées pour 10 000 habitants)	217	169	349	148	225	190	182	195	211				PMSI MCO 2010, INSEE 2010 Projections de population, modèle OMPHALE, pop ref France au RGP 2008

(1) La standardisation est réalisée sur l'âge et le sexe

## Consommation de soins en médecine de ville

<b>Taux de recours standardisé aux actes libéraux<sup>(2)</sup> réalisés par les psychiatres</b> (Nombre de consultations pour 10 000 habitants)	2172	1727	1728	1346	2412	1977	1340	635	1874				ERASME 2011, INSEE 2011 Projections de population, modèle OMPHALE, pop ref France au RGP 2008
<b>Consultation neuropsychiatriques (CNPSY) hors hospitalisation par des libéraux</b>													
Taux de consommant pour 10 000 personnes	298	275	235	192	279	258	211	119	250				ERASME 2011, INSEE 2011 Projections de population
Nombre moyen de séances	7,4	6,4	7,4	7,0	8,8	7,7	6,4	5,4	7,6				ERASME 2011, INSEE 2011 Projections de population
<b>Consommation de psychotropes : taux annuel de consommateurs de psychotropes selon la classe thérapeutique, l'âge et le sexe</b>													
Antidépresseur (Hommes)	8,4%	7,5%	7,1%	7,4%	6,8%	8,1%	7,9%	7,2%	7,5%				ERASME 2011, INSEE 2011 Projections de population
Antidépresseur (Femmes)	15,7%	14,0%	13,6%	13,7%	13,1%	14,9%	14,3%	14,0%	14,1%				ERASME 2011, INSEE 2011 Projections de population
Anxiolitique (Hommes)	15,1%	13,3%	13,6%	12,8%	12,1%	15,0%	15,0%	13,5%	13,6%				ERASME 2011, INSEE 2011 Projections de population
Anxiolitique (Femmes)	24,9%	22,1%	22,7%	21,2%	21,2%	24,6%	24,6%	23,0%	22,9%				ERASME 2011, INSEE 2011 Projections de population
Hypnotique (Hommes)	9,3%	8,2%	8,9%	7,7%	7,1%	8,3%	9,1%	7,6%	8,2%				ERASME 2011, INSEE 2011 Projections de population
Hypnotique (Femmes)	14,2%	12,2%	13,4%	12,0%	11,7%	12,7%	13,6%	12,0%	12,7%				ERASME 2011, INSEE 2011 Projections de population
Neuroleptique (Hommes)	3,7%	3,5%	2,8%	2,7%	2,7%	3,3%	3,6%	2,8%	3,1%				ERASME 2011, INSEE 2011 Projections de population
Neuroleptique (Femmes)	3,1%	3,1%	2,8%	2,6%	2,8%	2,9%	3,2%	3,0%	2,9%				ERASME 2011, INSEE 2011 Projections de population
Sevrage alcool (Hommes)	0,9%	0,6%	0,8%	0,7%	0,6%	0,8%	0,8%	0,7%	0,7%				ERASME 2011, INSEE 2011 Projections de population
Sevrage alcool (Femmes)	0,3%	0,2%	0,3%	0,2%	0,2%	0,3%	0,3%	0,2%	0,3%				ERASME 2011, INSEE 2011 Projections de population
Lithium (Hommes)	0,2%	0,1%	0,1%	0,2%	0,2%	0,1%	0,2%	0,1%	0,2%				ERASME 2011, INSEE 2011 Projections de population
Lithium (Femmes)	0,3%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,1%	0,2%				ERASME 2011, INSEE 2011 Projections de population

(2) Seules les consultations psychiatriques (CNP) réalisées par les psychiatres sont retenues. La standardisation est réalisée sur l'âge et le sexe.

## Territoires de santé

Région France Aquitaine

Haute-Normandie

Source

1 2 3 4 5 6 7 8

## Offre Médico-Sociale - Tous types de handicaps

Attention, l'offre médico-sociale n'est pas limitée aux handicaps psychiques

Taux d'équipement Places pour 1 000 habitants	1	2	3	4	5	6	7	8	Région France	Aquitaine	Haute-Normandie	Source
Etablissements et services d'aide par le travail (ESAT)	3,13	5,65	3,49	3,22	3,70	4,92	3,39	6,57	3,88			FINESS - capacité installée au 31/12/2011, INSEE - population du recensement 2008
Foyers d'accueil médicalisé pour adultes handicapés (FAM)	1,19	1,25	0,70	0,92	0,71	1,04	0,87	1,26	0,94			FINESS - capacité installée au 31/12/2011, INSEE - population du recensement 2008
Maison d'accueil spécialisé (MAS)	0,38	0,45	0,20	0,91	0,73	0,54	1,61	0,44	0,70			FINESS - capacité installée au 31/12/2011, INSEE - population du recensement 2008
Services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH)	0,28	0,33	0,34	0,32	0,43	0,00	0,37	0,00	0,31			FINESS - capacité installée au 31/12/2011, INSEE - population du recensement 2008
CPO	0,10	0,05	0,16	0,00	0,09	0,00	0,06	0,00	0,07			FINESS - capacité installée au 31/12/2011, INSEE - population du recensement 2008
CRP	0,00	0,00	0,00	0,00	0,53	0,00	0,16	0,00	0,17			FINESS - capacité installée au 31/12/2011, INSEE - population du recensement 2008
UEROS	0,02	0,00	0,03	0,00	0,03	0,00	0,00	0,00	0,02			ARS Bretagne-service médico-social; INSEE - population du recensement 2008

## PSYCHIATRIE ENFANTS

## Offre Sanitaire

Taux d'équipement pour 10 000 habitants	1	2	3	4	5	6	7	8	Région France	Aquitaine	Haute-Normandie	Source	
Lits	3,4	3,3	1,4	1,1	2,9	1,4	1,3	0,0	2,2	3,9	3,5	3,8	Enquête ARS 31/12/2009, INSEE 2010 Projections de population, modèle OMPHALE
Places	9,5	10,2	12,1	12,8	7,9	9,0	7,0	8,0	9,3	7,3	10,2	7,6	Enquête ARS 31/12/2009, INSEE 2010 Projections de population, modèle OMPHALE
Nombre de CMP pour 100 000 habitants	4,5	10,5	12,5	10,7	14,6	10,0	8,8	14,6	10,8				Enquête ARS 31/12/2009, INSEE 2010 Projections de population, modèle OMPHALE
Nombre de CATTP pour 100 000 habitants	4,2	4,6	5,7	5,2	3,8	3,0	4,0	5,4	4,3				Enquête ARS 31/12/2009, INSEE 2010 Projections de population, modèle OMPHALE

## Consommation de soins hospitaliers

Taux de recours standardisé <sup>(1)</sup> aux soins Psychiatrie 2009 (Nombre de journées pour 10 000 habitants)	2034	2676	3719	2854	1923	2138	1513	1739	2276	1652	2377	2260	ATIH 2009
Taux de recours standardisé <sup>(1)</sup> aux soins Psychiatrie 2010 (Nombre de journées pour 10 000 habitants)	2110	2379	3613	2738	1806	2118	1289	1840	2127				RIM-P 2010, INSEE 2010 Projections de population, modèle OMPHALE, pop ref France au RGP 2008
Evolution 2009- 2010	3,6%	-11,5%	-4,0%	-3,2%	-5,8%	-1,8%	-15,1%	5,7%	-4,5%				
Taux de recours standardisé <sup>(1)</sup> aux soins Psychiatrie 2010 en hospitalisation complète (Nombre de journées pour 10 000 habitants)	985	838	309	313	345	408	188	196	471				RIM-P 2010, INSEE 2010 Projections de population, modèle OMPHALE, pop ref France au RGP 2008
Taux de recours standardisé <sup>(1)</sup> aux soins Psychiatrie 2010 en hospitalisation partielle (Nombre de journées pour 10 000 habitants)	1125	1540	3304	2425	1461	1710	1102	1644	1656				RIM-P 2010, INSEE 2010 Projections de population, modèle OMPHALE, pop ref France au RGP 2008
Taux de recours standardisé <sup>(1)</sup> aux soins Psychiatrie 2010 en ambulatoire (Nombre d'actes pour 10 000 habitants)	2978	3331	4669	3788	3201	5069	4696	5184	3789				RIM-P 2010, INSEE 2010 Projections de population, modèle OMPHALE, pop ref France au RGP 2008
Taux de recours standardisé <sup>(1)</sup> aux soins SSR Santé mentale 2010 (Nombre de journées pour 10 000 habitants)	127	19	113	32	35	40	628	35	130				PMSI SSR 2010, INSEE 2010 Projections de population, modèle OMPHALE, pop ref France au RGP 2008
Taux de recours standardisé <sup>(1)</sup> aux soins Médecine Psychiatrie 2010 (Nombre de journées pour 10 000 habitants)	45	63	66	244	96	62	164	49	103				PMSI MCO 2010, INSEE 2010 Projections de population, modèle OMPHALE, pop ref France au RGP 2008
Taux de recours standardisé <sup>(1)</sup> aux soins Médecine Toxicologie Alcool 2010 (Nombre de journées pour 10 000 habitants)	4	7	8	7	5	5	7	4	6				PMSI MCO 2010, INSEE 2010 Projections de population, modèle OMPHALE, pop ref France au RGP 2008

(1) La standardisation est réalisée sur l'âge et le sexe

### Consommation de soins en médecine de ville

<b>Taux de recours standardisé aux actes libéraux<sup>(2)</sup> réalisés par les psychiatres</b> (Nombre de consultations pour 10 000 habitants)	235	830	436	710	584	734	322	165	517				ERASME 2011, INSEE 2011 Projections de population, modèle OMPHALE, pop ref France au RGP 2008
<b>Consultation neuropsychiatriques (CNPSY) hors hospitalisation par des libéraux</b>													
Taux de consommant pour 10 000 personnes	45	211	71	132	92	150	76	31	99				ERASME 2011, INSEE 2011 Projections de population
Nombre moyen de séances	5,2	4,0	6,1	5,4	6,3	5,0	4,3	5,4	5,3				ERASME 2011, INSEE 2011 Projections de population

(2) Seules les consultations psychiatriques (CNP) réalisées par les psychiatres sont retenues. La standardisation est réalisée sur l'âge et le sexe.

### Offre Médico-Sociale - Tous types de handicaps Attention, l'offre médico-sociale n'est pas limitée aux handicaps psychiques

Taux d'équipement Places pour 1 000 habitants													
Centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP)	1,16	0,75	0,75	0,85	0,44	0,00	1,16	0,00	0,70				FINESS - capacité installée au 31/12/2011 ; INSEE - population du recensement 2008
Centres médico-psychi-pédagogiques (CMPP)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,89	0,00	0,23				FINESS - capacité installée au 31/12/2011 ; INSEE - population du recensement 2008
Instituts médico-éducatifs (IME)	4,28	3,16	3,38	3,17	3,90	5,20	3,13	12,07	4,12				FINESS - capacité installée au 31/12/2011 ; INSEE - population du recensement 2008
Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP)	0,47	1,88	0,19	0,00	0,96	0,41	0,47	0,93	0,67				FINESS - capacité installée au 31/12/2011 ; INSEE - population du recensement 2008
Etablissements pour déficients moteurs (IEM)	0,49	0,00	0,75	0,00	0,36	0,00	0,42	0,00	0,31				FINESS - capacité installée au 31/12/2011 ; INSEE - population du recensement 2008
Services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD)	3,35	2,41	2,05	3,43	3,09	2,84	4,38	2,72	3,15				FINESS - capacité installée au 31/12/2011 ; INSEE - population du recensement 2008

Directeur de la publication : Olivier de Cadeville  
Directeur de la rédaction : Hervé Goby  
Auteurs : Dr Sylvie Dugas, Direction de l'offre de soin et accompagnement , Dr Anne Lecoq, Direction de la Stratégie et des Partenariats, Florence Mille et Valérie Molina, Direction de la Stratégie et des Projets  
Conception graphique : ARS Bretagne

ISSN : 2426-7082

**AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ BRETAGNE**

6 place des Colombes  
CS 14253

35042 RENNES CEDEX

Téléphone : 02 90 08 80 00

[www.ars.bretagne.sante.fr](http://www.ars.bretagne.sante.fr)

[www.facebook.com/arsbretagne](http://www.facebook.com/arsbretagne)



juin 2015