



Observatoire des territoires

PORTRAITS STATISTIQUES EN SANTE MENTALE

Guide de lecture

Version 1 - Septembre 2017

L'article 69 de la loi de Modernisation de notre système de santé prévoit la mise en œuvre d'une politique de santé mentale territorialisée, associant l'ensemble des acteurs concernés, et visant l'amélioration de l'autonomie et de l'inclusion des personnes dans la cité, la continuité des soins et des accompagnements, la diminution des ruptures de parcours de santé et de vie.

L'élaboration d'un projet territorial de santé mentale (PTSM) sur la base d'un diagnostic partagé concrétise cette politique. Suite à la concertation régionale des acteurs en 2016, il a été décidé en Bretagne que les PTSM seraient élaborés au niveau départemental.

Le guide méthodologique de l'ANAP réalisé lors de l'élaboration des projets expérimentaux sur les « Parcours en psychiatrie et santé mentale » est le guide de référence recommandé par la DGOS pour l'élaboration des PTSM. Ce guide prévoit notamment un ensemble restreint d'indicateurs utiles au diagnostic partagé (carte d'identité du territoire, indicateurs pour chaque porte d'entrée du diagnostic).

Les portraits statistiques en santé mentale sont des tableaux de bord, construits sur la base des indicateurs prévus dans le guide de l'ANAP. Ils fournissent à l'échelle du département, un ensemble de données (cartographie, indicateurs) en support à la démarche de diagnostic départemental qui permet de présenter :

- les spécificités du territoire qui ont un impact sur la santé mentale de la population.
- les spécificités de l'offre de soins et d'accompagnements et les acteurs du territoire.
- les caractéristiques du parcours des patients au sein du territoire. Analyse par porte d'entrée (méthodologie ANAP) sur les ruptures du parcours afin d'identifier les priorités et enjeux spécifiques au territoire sur la santé mentale.

Ce document contient un ensemble d'indicateurs utiles au diagnostic départemental partagé tel que prévu par le guide ANAP. Toutefois, seuls les indicateurs calculés à partir de données disponibles au sein de l'ARS Bretagne ont été alimentés. Les indicateurs nécessitant des enquêtes ou des demandes spécifiques sont notés « ND ». Ils pourront faire l'objet d'enquêtes spécifiques par les acteurs au cours de la démarche.

Table des matières

I.	Contexte démographique et social.....	4
I.1.	Géographie	4
I.2.	Démographie.....	4
I.3.	Précarité.....	5
I.4.	Morbidité	6
I.5.	Mortalité	6
I.6.	Professionnels de santé libéraux.....	7
I.7.	Professionnels de santé salariés.....	7
I.8.	Autres caractéristiques du territoire.....	8
II.	Offre de soins en santé mentale pour adultes	8
II.1.	Equipement	8
II.1.1.	Sanitaire en psychiatrie.....	8
II.2.1.	Médico-social	9
II.2.	Personnels exerçant en établissement sanitaire autorisé en psychiatrie	10
II.3.	Activité.....	10
II.3.1	Recours aux soins psychiatriques.....	10
II.3.2	Profil des personnes accompagnées dans les structures médico-sociales.....	11
II.4.	Parcours.....	11
II.4.1	Accès aux soins et aux diagnostics psychiatriques.....	11
II.4.2	Situations inadéquates.....	12
II.4.3	Accès aux accompagnements sociaux et médico-sociaux	12
II.4.4	Accès aux soins somatiques.....	13
II.4.5	Prévention et gestion des situations de crises	13
III.	La santé mentale pour les enfants et les adolescents.....	13
III.1.	Equipement	13
III.1.1	Sanitaire en psychiatrie.....	13
III.1.2	Médico-social	13
III.2.	Personnels exerçant en établissement sanitaire autorisé en psychiatrie	14
III.3.	Activité.....	14
III.3.1	Recours aux soins psychiatriques.....	14
III.3.2	Profil des personnes accompagnées dans les structures médico-sociales.....	15
III.4.	Parcours.....	15
III.4.1	Accès aux soins et aux diagnostics psychiatriques.....	15
III.4.2	Situations inadéquates.....	15
III.4.3	Accès aux accompagnements sociaux et médico-sociaux	15

I. Contexte démographique et social

I.1. Géographie

Les indicateurs relatifs à la géographie permettent de donner les grandes caractéristiques du département (accessibilité, contraintes géographiques...). Les indicateurs **géographiques** ont été calculés à partir de la liste de **communes au 1^{er} janvier 2016**.

La **grille communale de densité** permet de mesurer la densité d'un territoire selon une approche identifiant quatre types d'espaces : les communes densément peuplées, celles de densité intermédiaire, de faible densité et de très faible densité. En effet, la définition de l'espace rural a évolué avec le développement des villes et les besoins de la population en matière d'accès aux services, commerces, emplois. Situés en périphérie des villes, les territoires « ruraux » n'évoquent plus systématiquement des espaces agricoles mais font davantage référence aujourd'hui à un cadre de vie : paysage, discontinuité du bâti, faible densité de population. Pour tenir compte de ces évolutions, l'Insee propose une nouvelle approche complétant la typologie européenne « Degré d'urbanisation » qui est fondée sur le degré de densité de population des territoires.

I.2. Démographie

Les données de **population** correspondent à la population municipale estimée au **1er janvier 2013** et comprend :

- les personnes ayant leur résidence habituelle sur le territoire de la commune, dans un logement ou une communauté,
- les personnes détenues dans les établissements pénitentiaires de la commune,
- les personnes sans-abri recensées sur le territoire de la commune,
- les personnes résidant habituellement dans une habitation mobile recensée sur le territoire de la commune.

La **densité de population** sert à mesurer l'importance de l'occupation d'un territoire par les hommes. Elle est représentée par un nombre d'habitants par kilomètre carré. Le nombre suppose que la population est répartie uniformément sur le territoire, ce qui est rarement le cas (c'est donc une moyenne).

L'**indice de vieillissement** de la population permet de mesurer le degré de vieillissement de la population. Il rapporte le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus pour 100 personnes âgées de moins de 20 ans. Un indice autour de 100 indique que les 65 ans et plus et les moins de 20 ans sont présents dans à peu près les mêmes proportions sur le territoire.

Aide à l'analyse :

- plus l'indice est faible (inférieur à 100), plus le rapport est favorable aux jeunes. La valeur s'affiche sur fond vert.
- plus l'indice est élevé (supérieur à 100), plus le rapport est favorable aux personnes âgées. La valeur s'affiche sur fond orange.

Les données relatives à la **population résidente** permettent de caractériser la population résidant dans le département.

Ces indicateurs sont issus de l'application ScanSanté de l'ATIH (lien : <http://www.scansante.fr/applications/rme-psy-population?secteur=PSY>).

- le « **% population active** » correspond au nombre d'actifs âgés de 15 à 64 ans sur le nombre d'habitants de 15 à 64 ans. Cet indicateur permet de caractériser le niveau d'emploi de la population du département.
- le « **% population vivant seul** » correspond au nombre de ménages composés d'une personne seule sur le nombre de ménages.
- le « **% familles monoparentales** » correspond au nombre de familles monoparentales sur le nombre de ménages.
- le « **% ouvriers dans la population** » correspond au nombre d'ouvriers actifs âgés de 15 à 64 ans sur le nombre d'actifs âgés de 15 à 64 ans. Cet indicateur permet de caractériser la population active du département.
- le « **% pop. de plus de 15 ans non scolarisée et sans diplôme ou avec BEPC, brevet des collèges, DNB** » correspond au nombre d'habitants de plus de 15 ans non scolarisés et sans diplôme ou avec BEPC (brevet des collèges) sur le nombre d'habitants de plus de 15 ans. Cet indicateur permet de caractériser le statut par rapport aux études de la population département.

I.3. Précarité

Les données portant sur le **chômage**, les **revenus** et le **taux de pauvreté** sont issues du recensement 2013 de la population réalisé par l'Insee.

Au sens du recensement, la **population active des 15 ans et plus au chômage** comprend les personnes qui se sont déclarées "chômeur" (indépendamment d'une éventuelle inscription auprès du Pôle emploi), sauf si elles ont déclaré explicitement par ailleurs ne pas rechercher de travail.

Le **taux de chômage** est le pourcentage de chômeurs dans la population active (actifs occupés et chômeurs).

$$\text{taux de chômage} = \frac{\text{population active des 15 ans et plus au chômage}}{\text{population active totale des 15 ans et plus (occupés + chômeurs)}}$$

Point de vigilance :

La définition du chômage au sens du recensement diffère de celles du Bureau international du travail (BIT) et de Pôle emploi. Le chômage au sens du recensement est plus élevé que le chômage au sens du BIT car les personnes inactives ont parfois tendance à se déclarer au chômage alors qu'elles ne répondent pas à tous les critères, notamment la recherche active d'emploi

Les données portant sur les **revenus médians par UC (unité de consommation)** permettent d'appréhender la pauvreté dite « monétaire » et fournissent une évaluation des « ressources » disponibles sur un territoire.

Les revenus fiscaux des ménages (au sens fiscal) sont constitués des ressources mentionnées sur la déclaration de revenus. Ils comprennent :

- les revenus salariaux,
- les revenus des professions non salariées,
- les retraites, pensions d'invalidité, pensions alimentaires et rentes viagères,
- les autres revenus (essentiellement des revenus du patrimoine).

Les pensions alimentaires versées sont exclues ainsi que les revenus exceptionnels et les revenus du patrimoine exonérés d'impôts (épargne logement, etc.).

L'Unité de Consommation (UC) est un système de pondération attribuant un coefficient à chaque membre du ménage et permettant de comparer les niveaux de vie de ménages de taille ou de composition différente.

Le revenu fiscal par unité de consommation est le rapport du revenu fiscal du ménage au nombre d'unités de consommation de ce ménage, les unités de consommation étant attribuées de la manière suivante :

- le premier adulte du ménage compte pour une unité de consommation,
- les autres personnes de 14 ans ou plus comptent chacune pour 0,5,
- les enfants de moins de 14 ans comptent chacun pour 0,3.

Par exemple, un couple avec deux enfants (l'un de moins de 14 ans et l'autre de 17 ans), dont les deux membres travaillent et perçoivent chacun un revenu fiscal mensuel de 1000 euros, présente un revenu fiscal mensuel par unité de consommation de $(1000+1000)/(1+0,5+0,5+0,3)=870$ euros

Le **taux de pauvreté** est la proportion d'individus appartenant à des ménages dont le niveau de vie (après transfert, impôts et prestations sociales) est inférieur au seuil de 60 % de la médiane du revenu disponible de l'ensemble de la population.

Le niveau de vie détermine l'accès des individus aux biens et services. En deçà d'un certain seuil, on peut considérer que l'accès au minimum nécessaire pour disposer de conditions de vie décentes et maintenir le lien social n'est plus garanti. Le taux de pauvreté, qui mesure la proportion de la population d'un territoire dans cette situation, témoigne donc du degré d'incapacité de la société à garantir le bien-être de tous en limitant les disparités, condition de la cohésion sociale.

Le nombre de **bénéficiaires de la CMU complémentaire (CMU-C)** est mis à disposition par Le Fonds de financement de la CMU qui récupère les données auprès de la CNAMTS, la CCMSA, le RSI.

La part des bénéficiaires de la CMU-C rapporte le nombre de bénéficiaires au nombre d'habitants (INSEE- RP 2013).

La CMU-C est une complémentaire santé (mutuelle) gratuite. Elle est destinée aux personnes qui ont de faibles ressources et qui résident en France de manière stable et régulière. Elle donne droit aux avantages suivants sous réserve de respecter le parcours de soins : prise en charge du ticket modérateur, des participations forfaitaires, du forfait journalier en cas d'hospitalisation, des dépassements de tarifs dans la limite de plafonds, pour les lunettes, les prothèses dentaires et auditives et certains dispositifs médicaux (cane, déambulateur, etc.), tiers-payant (pas d'avance des frais).

Le nombre de **bénéficiaires l'Allocation aux Adultes Handicapés (AAH)** est mis à disposition par la CNAF.

Le **taux de foyers allocataires CAF bénéficiaires de l'AAH** est le nombre de bénéficiaires de l'AAH sur le nombre total de foyers allocataires (CAF 2016).

L'AAH est une allocation de solidarité destinée à assurer aux personnes handicapées un minimum de ressources. Financée par l'État, versée par les caisses d'allocations familiales (CAF) ou les caisses de Mutualité Sociale Agricole, elle est accordée sur décision de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH).

Le **foyer allocataire** est composé du responsable du dossier (personne qui perçoit au moins une prestation au regard de sa situation familiale et/ou monétaire), et l'ensemble des autres ayants droit au sens de la réglementation en vigueur (conjoint, enfant(s) et autre(s) personne(s) à charge).

Plusieurs foyers allocataires peuvent cohabiter dans un même lieu, ils constituent alors un seul ménage au sens de la définition statistique Insee. C'est le cas, par exemple, lorsque un couple perçoit des allocations logement et héberge son enfant titulaire d'un minimum social des Caf (RSO, RSA, AAH).

En pratique, le terme "allocataire" est souvent utilisé à la place de "foyer allocataire".

Les personnes présentant des troubles psychiques peuvent bénéficier de l'AAH. Ces données sont disponibles au sein des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH).

I.4. Morbidité

Les indicateurs relatifs à l'**espérance de vie** sont calculés par l'INSEE.

L'espérance de vie à la naissance (ou à l'âge 0) représente la durée de vie moyenne - autrement dit l'âge moyen au décès - d'une génération fictive soumise aux conditions de mortalité de l'année. Elle caractérise la mortalité indépendamment de la structure par âge.

Les **affections de longue durée (ALD)** sont des affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, inscrites sur une liste établie par décret, pouvant être prises en charge à 100% par la caisse d'assurance maladie.

L'ALD 23 correspond aux affections psychiatriques de longues durées. La **prévalence de personnes en ALD 23** correspond au dénombrement des patients en ALD 23 enregistrés en 2015 pour le régime général (y compris les sections locales mutualistes).

Point de vigilance :

La population concernée est restreinte aux bénéficiaires du régime général d'Assurance Maladie,

La **cartographie des pathologies** est une méthode développée par la CNAMTS qui permet de repérer les patients ayant une pathologie chronique, un traitement chronique ou un événement de santé, à partir des diagnostics mentionnés dans le PMSI à la suite d'une hospitalisation, ou du diagnostic ayant donné lieu à une prise en charge pour ALD, ou d'actes ou médicaments spécifiques de pathologies, donc à partir d'un recours à des soins spécifiques et remboursés.

I.5. Mortalité

L'ensemble des indicateurs sont calculés par l'ORS Bretagne.

Le **taux standardisé de mortalité prématurée chez les hommes** est le rapport entre le nombre de décès (toutes causes confondues) d'hommes survenus avant l'âge de 65 ans, rapporté à la population masculine.

La standardisation permet de calculer le taux que l'on observerait dans une population si celle-ci avait la même structure par âge et sexe que la population de référence (population française 2006).

Il s'agit d'un taux annuel moyen sur une période de trois années. L'utilisation d'un taux moyen sur trois années permet de pallier aux fluctuations annuelles liées à la prise en compte de petits effectifs (notamment au niveau des territoires de santé).

C'est le lieu de domicile qui est pris en compte (et non le lieu de décès).

Le **taux standardisé de mortalité prématurée chez les femmes** est le rapport entre le nombre de décès (toutes causes confondues) de femmes survenus avant l'âge de 65 ans, rapporté à la population féminine.

La standardisation permet de calculer le taux que l'on observerait dans une population si celle-ci avait la même structure par âge et sexe que la population de référence (population française 2006).

Il s'agit d'un taux annuel moyen sur une période de trois années. L'utilisation d'un taux moyen sur trois années permet de pallier aux fluctuations annuelles liées à la prise en compte de petits effectifs (notamment au niveau des territoires de santé).

C'est le lieu de domicile qui est pris en compte (et non le lieu de décès).

Le **taux standardisé de mortalité par suicide** est le rapport entre le nombre de décès dont la cause initiale est le suicide et la population totale.

La standardisation permet de calculer le taux que l'on observerait dans une population si celle-ci avait la même structure par âge et sexe que la population de référence (population française 2006).

Il s'agit d'un taux annuel moyen sur une période de trois années. L'utilisation d'un taux moyen sur trois années permet de pallier aux fluctuations annuelles liées à la prise en compte de petits effectifs (notamment au niveau des territoires de santé).

C'est le lieu de domicile qui est pris en compte (et non le lieu de décès).

I.6. Professionnels de santé libéraux

Les données présentées dans cette partie sont issues de la base de données DémoPS.

Les remplaçants et les activités d'intérim sont exclus de l'analyse (le seul rattachement géographique possible est le département d'inscription à l'ordre et non la commune).

L'**effectif de libéraux** correspond au nombre de professionnels distincts qui exercent une activité libérale sur le territoire observé.

Point de vigilance

Les professionnels de santé exerçant une activité libérale ne concernent pas uniquement les exercices en cabinet de ville. Par exemple, les médecins généralistes (urgentistes) exerçant au Centre hospitalier privé de Saint-Grégoire exercent en tant que libéraux.

La **densité de PS** est le ratio qui rapporte l'effectif libéral installé à la population du territoire observé. La densité s'exprime en nombre de professionnel de santé pour 100 000 habitants.

Point de vigilance

La densité de pédiatres rapporte le nombre de professionnels libéraux pour 100 000 habitants de moins de 15 ans.

L'**âge des professionnels** est l'âge au 1^{er} janvier de l'année considérée, soit :

$$Age_{01/01/n} = N - Année_{naissance} - 1$$

Les **psychiatres libéraux** regroupent les médecins spécialisés en neuropsychiatrie, en psychiatrie et en psychiatrie pour enfant et adolescent.

Le **nombre de psychiatres libéraux exerçant dans un établissement sanitaire (psychiatrique ou non)** est calculé à partir de la base de données SAE 2015, puis rapporté au nombre de psychiatres libéraux.

Point de vigilance

Le nombre de psychiatres libéraux exerçant dans un établissement sanitaire peut contenir des doublons. En effet, un médecin exerçant dans deux établissements différents sera compté deux fois.

I.7. Professionnels de santé salariés

Les données présentées dans cette partie sont issues de la base de données DémoPS.

Les remplaçants et les activités d'intérim sont exclus de l'analyse (leur seul rattachement géographique possible est le département d'inscription à l'ordre et non la commune).

L'**effectif salarié** correspond au nombre de professionnels distincts qui exercent une activité salariée sur le territoire observé. Les **psychiatres libéraux** regroupent les médecins spécialisés en neuropsychiatrie, en psychiatrie et en psychiatrie pour enfant et adolescent.

La **densité de PS** est le ratio qui rapporte l'effectif salarié à la population du territoire observé. La densité s'exprime en nombre de professionnel de santé pour 100 000 habitants.

L'**âge des professionnels** est calculé sur l'âge au 1^{er} janvier de l'année considérée, soit :

$$Age_{01/01/n} = N - Année_{naissance} - 1$$

I.8. Autres caractéristiques du territoire

Les **groupements d'entraide mutuelle (GEM)** sont des associations de personnes présentant un trouble psychique, souvent en situation de handicap psychique. Ils ont pour objectifs le soutien mutuel, la rupture de l'isolement, la restauration des liens sociaux et le retour de la confiance en soi notamment en responsabilisant ces personnes en leur demandant de prendre part à la définition et à l'organisation d'un projet les concernant : le projet d'entraide du GEM dont ils peuvent librement fixer les modalités.

Les **Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM)** sont des espaces ou instances de concertation et de coordination entre élus locaux d'un territoire, acteurs de la psychiatrie, usagers et aidants et tous les acteurs locaux concernés par la santé mentale (acteurs sociaux et médico-sociaux, acteurs du logement, de l'éducation, de la justice ...). Ils ont pour objectif de définir et mettre en œuvre des politiques locales et des actions concrètes en faveur de la prévention, de la coordination des réponses aux problématiques des personnes vivant avec un trouble psychique, de leur autonomie, de leur inclusion et de leur insertion dans la cité.

II. Offre de soins en santé mentale pour adultes

Point de vigilance

L'article R.3221-1 du code de la santé publique définit les secteurs de psychiatrie générale lorsqu'ils qu'ils répondent principalement aux besoins de santé mentale d'une population âgée de plus de 16 ans. Dans les faits certains établissements définissent la psychiatrie générale à partir de 18 ans.

Concernant le médico-social, l'offre pour les adultes concerne des personnes d'au moins 20 ans.

II.1. Equipement

II.1.1. Sanitaire en psychiatrie

Les **équipes mobiles de psychiatrie et précarité** ont pour mission d'aller au-devant des personnes en situation de précarité et d'exclusion, quels que soient les lieux où leurs besoins s'expriment ou sont repérés, afin de faciliter la prévention, le repérage précoce et l'accès aux soins des troubles psychiques.

La **psychiatrie de liaison PSY-MCO** a pour mission d'intervenir dans les services d'un l'hôpital général. Le nombre d'équipe de liaison doit être fourni par les établissements psychiatriques (nécessite une enquête).

Chaque secteur de psychiatrie dispose, en dehors de l'hospitalisation temps plein, de plusieurs lieux de soins répartis sur son territoire : Centre Médico-Psychologique (CMP), Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP), centres ou hôpitaux de jour, appartements thérapeutiques, lieux de permanences...

La cartographie des **sites d'offres de soins en psychiatrie générale** est réalisée à partir des données issues de la base de données ARHGOS pour les sites proposant des activités qui relèvent d'une autorisation (hospitalisation complète et partielle) et de la base de données FINISS pour les sites qui proposent des activités ambulatoires (ne relèvent pas d'une autorisation).

Parmi les structures ambulatoires :

- Le **Centre Médico-Psychologique (CMP)** coordonne l'ensemble des actions des équipes soignantes : prévention, diagnostic, orientation, soins, suivi et aide à la réinsertion des patients. Il assure dans la journée l'accueil et les soins ne nécessitant pas d'hospitalisation : consultations, soins ambulatoires ou à domicile, par exemple.
- Le **Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP)** a pour vocation de favoriser la réinsertion des patients dans la vie sociale par des actions de soutien ou de thérapie de groupe.

Point de vigilance

Les établissements psychiatriques sont tenus de tenir informés l'ARS des changements des sites d'implantations des CMP et CATTP. Nous ne sommes cependant pas en mesure de nous assurer de l'exhaustivité de la base de données FINISS.

Parmi les structures en hospitalisation partielle :

- **L'hôpital de jour**, est une structure extrahospitalière proposant des soins polyvalents et intensifs, pendant un à quelques jours par semaine, sur la journée ou à la demi-journée. L'objectif est de favoriser l'insertion de la personne dans son milieu familial, scolaire, professionnel et social, d'accompagner le patient dans certaines démarches sociales et administratives et de favoriser l'expression des personnes.
- **L'hospitalisation en hôpital de nuit** permet une prise en charge thérapeutique en fin de journée et une surveillance médicale de nuit, voire en fin de semaine. Elle s'adresse à des patients qui ont acquis une certaine autonomie dans la journée mais ayant besoin, sur une période donnée, d'être pris en charge la nuit et le week-end.

Parmi les structures en hospitalisation complète :

- **Les hospitalisations à temps plein** sont en principe réservées aux situations aiguës et les plus difficiles. Les patients sont placés sous surveillance 24h/24. L'hospitalisation complète permet de prodiguer les soins intensifs nécessaires.
- **L'accueil familial thérapeutique** repose sur des familles d'accueil, recrutées par le CESAME. Les patients y sont accueillis à temps plein ou à temps partiel, ce qui favorise leur réinsertion progressive dans la vie sociale.
- **Les appartements thérapeutiques** constituent des unités de soins à visée de réinsertion sociale. Par principe, ils sont situés en dehors de l'enceinte de l'hôpital et intégrés dans la cité. Ils sont mis à la disposition de quelques patients pour une durée limitée et sont censés leur permettre de mener une vie la plus normale possible. Ils nécessitent néanmoins un accompagnement de personnels soignants.
- **Les Centres de Post-Cure (CPC)** sont des unités de moyen séjour, destinées à assurer après la phase aiguë de la maladie, le prolongement des soins actifs ainsi que les traitements nécessaires à la réadaptation en vue d'un retour à une existence autonome.
- **Les services d'Hospitalisation A Domicile (HAD)** en psychiatrie organisent des prises en charge thérapeutiques intensives au domicile du patient. Il s'agit de soins réguliers, voire quotidiens, dans le cadre habituel du patient favorisant la continuité des soins.

Les capacités en lits et places dans les établissements autorisés en psychiatrie sont issues de la base de données SAE 2015

Les **taux d'équipement** rapportent les capacités à 10 000 habitants de plus de 16 ans..

Point de vigilance

Pour les taux d'équipement en hospitalisation temps plein au niveau départemental et régional, les lits en *Unité Hospitalière Spécialement Aménagée* (UHSA) et en Unités pour Malades Difficiles (UMD) sont déduits des lits d'hospitalisation temps plein des départements concernés (Ille-Vilaine pour les 40 lits d'UHSA et les Côtes d'Armor pour les 40 lits d'UMD).

Les lits dédiés aux unités spécifiques (tel que UHSA et UMD) ne sont en revanche pas exclus des capacités pour le France métropolitaine.

II.2.1. Médico-social

Les capacités des établissements médico-sociaux sont issues de la base de données FINESS au 1^{er} janvier 2017.

Les **taux d'équipement** rapportent les capacités à 10 000 habitants d'au moins 20 ans.

Points de vigilance :

Pour les structures relevant exclusivement de la compétence des Conseils Départementaux telles que les SAVS, les foyers de vie, foyers occupationnels, foyers d'hébergement et foyers polyvalents la mise à jour des données du répertoire FINESS est discutable car dépendante de la communication des informations entre Conseils Départementaux et ARS.

Structures médico-sociales de services

Les **établissements et services d'aide par le travail (ESAT)** permettent à une personne handicapée d'exercer une activité en milieu protégé si elle n'a pas acquis assez d'autonomie pour travailler en milieu ordinaire. L'orientation en ESAT, décidée par la CDAPH, vaut reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé.

Les **services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH)** ont pour vocation, dans le cadre d'un accompagnement médico-social adapté comportant des prestations de soin, de contribuer à la réalisation du projet de santé de vie des personnes handicapées en favorisant la continuité des soins, le maintien ou la restauration des liens familiaux, sociaux, universitaires ou professionnels et l'accès à l'ensemble des services offerts par la collectivité.

Les **services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS)** ont pour mission de contribuer à la réalisation du projet de vie de personnes adultes handicapées par un accompagnement favorisant le maintien ou la restauration de leurs liens familiaux, sociaux, scolaires, universitaires ou professionnels et facilitant leur accès à l'ensemble des services offerts par la collectivité.

Les **établissements d'accueil temporaire pour adultes handicapés** offrent des possibilités d'accueil organisé pour une durée limitée avec ou sans hébergement. L'accueil temporaire vise à développer ou à maintenir l'autonomie de la personne accueillie, à faciliter son intégration sociale ou à répondre à une interruption de prise en charge, pour des raisons diverses (par exemple, période de fermeture de la structure d'accueil habituelle, indisponibilité de l'aidant familial...).

Structures médico-sociales d'hébergement

Les **maisons d'accueil spécialisé (MAS)** reçoivent des adultes handicapés ne pouvant pas effectuer seuls les actes essentiels de la vie courante et dont l'état de santé nécessite une surveillance médicale et des soins constants.

Les **foyers d'accueil médicalisé (FAM)** reçoivent des adultes handicapés inaptes à toute activité professionnelle et ayant besoin de l'assistance d'une tierce personne pour la plupart des actes essentiels de la vie, d'une surveillance médicale et de soins constants.

Les **foyers de vie** ou **foyers occupationnels** accueillent certains adultes handicapés pour leur proposer des animations, des activités en fonction de leur handicap. Certaines structures peuvent également proposer un hébergement.

Les **services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)** visent à faciliter le maintien à domicile. Ils peuvent assurer, sur prescription médicale, des soins techniques ou des soins de base et relationnels auprès des personnes de soixante ans et plus malades ou dépendantes et auprès des personnes adultes de moins de soixante ans atteintes de pathologies chroniques ou présentant un handicap. Les **services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD)** assurent à la fois les missions d'un SSIAD et celles d'un **service d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD)**.

Le **foyer d'hébergement** pour travailleurs handicapés est destiné à l'hébergement des adultes handicapés qui exercent une activité pendant la journée, en milieu ordinaire, en entreprise adaptée ou en milieu protégé (ESAT).

Les places autorisées spécialisées

Les capacités autorisées observées dans les 9 types d'établissement décrits ci-dessus dédiées :

- à l'autisme
- aux Troubles des Conduites et des Comportements (TCC)
- aux troubles psychiques
- aux troubles psychopathologiques

Les taux d'équipement rapportent les capacités à 10 000 habitants d'au moins 20 ans.

Les structures médico-sociales entièrement spécialisées.

Nombre de structures (parmi les 9 types des structures décrites précédemment) entièrement spécialisées pour :

- l'autisme
- les Troubles des Conduites et des Comportements (TCC)
- les troubles psychiques

II.2. Personnels exerçant en établissement sanitaire autorisé en psychiatrie

Les **Equivalents Temps Plein (ETP) de psychiatres, infirmiers ou psychologues** sont ceux qui contribuent à l'activité au sein d'un établissement sanitaire autorisé en psychiatrie (hors interne). Ce personnel peut être salarié (quel que soit celui qui le rémunère) ou libéral. Les ETP correspondent au temps de travail effectif pour l'activité, sur une mesure en moyenne annuelle.

Les données relatives aux ETP sont issues de la base de données SAE 2015.

II.3. Activité

II.3.1 Recours aux soins psychiatriques

Les données sont issues de la base de données PMSI psychiatriques (RIM-PSY) 2016.

Ces indicateurs permettent d'analyser la consommation de soins psychiatriques dans les établissements sanitaires autorisés en psychiatrie.

Par conséquent le département correspond au département du lieu de résidence du patient (indépendant du département d'implantation de l'établissement psychiatrique)

Le nombre de patients de plus de 16 ans comptabilise le nombre de patients domiciliés dans la zone géographique avec au moins une journée d'hospitalisation ou un acte ambulatoire pendant l'année 2016.

Les différents modes de prise en charge en psychiatrie sont décrits page 8.

Les indicateurs relatifs aux parts des patients en hospitalisation temps partiel, en ambulatoire comptabilisent le nombre de patients résidant dans le département qui ont eu recours au moins à la prise en charge correspondant à l'indicateur sur l'ensemble des patients de plus de 16 ans.

La part des patients exclusivement en ambulatoire correspond au nombre total de patients dont la prise en charge en psychiatrie ne repose que sur des structures ambulatoires en 2016. Aucune prise en charge à temps complet ni temps partiel.

Nombre moyen d'actes par patient pris en charge en CMP ou CATT : rapporte le nombre d'actes réalisés en 2016 au nombre de patients pris en charge

Points de vigilance :

- Un patient peut réaliser plusieurs séjours avec des formes d'activité différentes. Par conséquent, la somme des parts peut être supérieure à 100 %.

- Le nombre de patients pris en charge en hospitalisation et ambulatoire dans le RIM-psy est calculé à partir de la variable « identifiant Permanent Patient » (IPP). Ce numéro est propre à un patient dans un seul établissement. Par conséquent un patient pris en charge dans deux établissements psychiatriques différents aura deux numéros IPP différents. Ceci peut occasionner quelques doublons.

La prise en charge ambulatoire peut être réalisée au sein de l'établissement ou dans un lieu extérieur à cet établissement.

La répartition des actes ambulatoires en fonction du lieu de prise en charge, présente le nombre d'actes ambulatoires réalisés :

- En CMP : Cf page 8
- En CATT : Cf page 8
- Au domicile (hors HAD psychiatrique) : incluant les visites à domicile pour des patients en HAD MCO ou HAD SSR. Comprend aussi le logement des parents, et des proches s'il s'agit du lieu de résidence habituelle du patient.
- En ESMS : établissement social ou médicosocial avec ou sans hébergement
- En unité d'hospitalisation : incluant les lieux de soins psychiatriques de l'établissement (hors CMP, CATT et urgences psychiatriques) et les unités d'hospitalisation (MCO, SSR et USLD)
- Aux services d'urgences : comprend les lieux des unités d'accueil des urgences psychiatriques et la psychiatrie de liaison aux urgences MCO.
- Autres : incluant les établissements scolaires ou centres de formation, les protections maternelles et infantiles et les établissements pénitentiaires

Les durées moyennes d'hospitalisation (DMH) en hospitalisation temps plein (Cf page 9) permettent de mesurer le nombre moyen de journées d'hospitalisation à temps plein en 2016 par patient.

II.3.2 Profil des personnes accompagnées dans les structures médico-sociales

Les données sont issues du tableau de bord développé par l'ANAP relatif à la performance dans le secteur médico-social sur l'année 2015.

L'analyse porte sur les structures suivantes : ESAT, SAMSAH, SAVS, MAS, FAM, foyers de vie, SSIAD, SPASAD (Cf page 9).

La part de personnes accompagnées par des ESMS correspond au nombre de personnes avec déficience observée (à titre principal /associé) le 31/12/2015 sur le nombre total de personnes accompagnées au 31/12/2015 (toutes personnes, y compris en accueil temporaire).

Trois types de handicap sont analysés :

- l'autisme
- les Troubles des Conduites et des Comportements (TCC)
- les troubles psychiques

II.4. Parcours

II.4.1 Accès aux soins et aux diagnostics psychiatriques

Le délai du premier rendez-vous en CMP pourra être fourni par les établissements psychiatriques (nécessite une enquête).

II.4.2 Situations inadéquates

Source des données : le RIM-PSY 2016

La part des patients de 16 ans ou moins en psychiatrie générale correspond au nombre de patients de 16 ans ou moins domiciliés sur le département pris en charge dans un secteur de psychiatrie générale (3^{ème} lettre du secteur de psychiatrie en « G ») par rapport à l'ensemble des patients du département hospitalisés (en hospitalisation complète et partielle) en psychiatrie générale.

Les indicateurs relatifs aux hospitalisations au long cours correspondent aux patients de plus de 16 ans domiciliés dans le département hospitalisés en hospitalisation temps plein au moins 292 jours pendant l'année 2016 (en séjour continu ou discontinu).

- Le **pourcentage de patients** correspond aux patients en hospitalisation au long cours sur le nombre de patients de 16 ans et plus résidant dans le département, hospitalisés en hospitalisation à temps plein.
- Le **pourcentage de journées** correspond aux nombres de journées réalisées par des patients en hospitalisation au long cours sur le nombre total de journées en hospitalisation à temps plein relatives à des patients de 16 ans et plus résidant dans le département.

Les indicateurs relatifs aux réhospitalisations analysent les séjours en hospitalisation temps plein qui font suite à un premier séjour en hospitalisation temps plein terminé par retour du patient vers son domicile (ou structure médico-sociale). Les deux séjours sont espacés d'au moins 48h.

- La **part des patients réhospitalisés en hospit. tps. Plein** correspond aux patients réhospitalisés au moins une fois sur l'ensemble des patients pris en charge en hospitalisation temps plein.
- **Taux de réhospitalisation entre 2 et 30 jours après la sortie d'hospitalisation** : sur l'ensemble des séjours en hospitalisation temps plein, le nombre de séjours correspondant à des réhospitalisations rapides (entre 2 et 30 jours).
- **Taux de personnes ayant au moins une réhosp. avec un passage aux urgences** : sur l'ensemble des patients pris en charge en hospitalisation temps plein, le nombre de patients réhospitalisés avec un passage dans les services d'urgences.
- **Nombre de réhospitalisations en hospitalisation temps plein par patient réhospitalisé** : répartition des patients réhospitalisés en fonction du nombre de réhospitalisations réalisées en 2016.

II.4.3 Accès aux accompagnements sociaux et médico-sociaux

Les données relatives :

- aux **délais moyens de traitement des dossiers des personnes adultes par la MDPH** (Maison Départementale des Personnes Handicapées),
- Parmi les personnes hospitalisées en hospitalisation temps plein, la **part avec une orientation MDPH en attente d'un accompagnement social ou médico-social ou qui sont en attente d'un logement**

nécessitent une enquête auprès des quatre MDPH de la région et des établissements autorisés en psychiatrie.

Les données suivantes sont issues du tableau de bord développé par l'ANAP relatif à la performance dans le secteur médico-social sur l'année 2015.

L'analyse porte sur les structures suivantes : ESAT, SAMSAH, SAVS, MAS, FAM, foyers de vie, SSIAD, SPASAD (Cf page 9).

Les **durées moyennes d'accompagnement par type d'ESMS** (Etablissements Sociaux et Médico-Sociaux) sont la somme des durées d'accompagnement (en journées) pour les personnes sorties définitivement dans l'année (la durée d'accompagnement est l'écart en nombre de jours entre admission et sortie) / Nombre de personnes sorties dans l'année (toute personnes, y compris en accueil temporaire).

Les données sont issues du tableau de bord développé par l'ANAP relatif à la performance dans le secteur médico-social sur l'année 2015.

Le **taux de rotation par type d'ESMS** (Etablissements Sociaux et Médico-Sociaux) est la somme des admissions (hors accompagnement temporaire) sur la somme du nombre de lits et de places financés (hors accompagnement temporaire). Cet indicateur permet de mesurer l'importance des mouvements au sein de la structure. Il vient également expliciter une charge de travail induite par la préparation des accueils et admissions (évaluation de la situation de la personne, recueil des besoins et attentes, accompagnement d'une situation de rupture pour la personne et son entourage, etc.)

II.4.4 Accès aux soins somatiques

Les consommations de soins des personnes présentant une ALD 23 sont issues des bases de données de l'Assurance maladie et nécessitent une demande spécifique.

Les indicateurs suivants nécessitent une enquête auprès des établissements psychiatriques.

Le recours à des consultations de soins somatiques à l'hôpital psychiatrique est le nombre de patients hospitalisés en psychiatrie ayant bénéficié de soins somatiques en consultations spécialisées sur le nombre de patient

Le pourcentage de patients de la file active en hospitalisation temps plein sans médecin traitant est le nombre de patients en hospitalisation temps plein non suivi par un médecin traitant (connu par l'établissement) sur le nombre de patients en hospitalisation temps plein.

II.4.5 Prévention et gestion des situations de crises

Le pourcentage d'hospitalisation temps plein suite à un passage aux urgences est le nombre séjours en hospitalisation temps plein réalisés par des patients de plus de 16 ans domiciliés dans le département qui proviennent d'un service d'urgences sur le nombre de séjours en hospitalisation temps plein réalisés pour des patients de plus de 16 ans résidant dans le département. Les données sont issues du RIM-Psy 2016.

Le pourcentage de personnes hospitalisées sans consentement dans la file active : c'est parmi les patients de plus de 16 ans domiciliés dans le département, hospitalisés en 2016 (en hospitalisation complète ou partielle), la part qui ont été pris en charge au moins une fois sans leur consentement. Les données sont issues du RIM-Psy 2016.

Part des appels au SAMU pour motif psychiatrique parmi les appels pour motif médical : c'est le nombre d'appels au SAMU pour un motif psychiatrique sur le nombre total d'appels au SAMU (quel que soit le motif médical). Données disponibles dans la base de données RPU.

Part des pathologies psychiatriques dans l'ensemble des prises en charge en services d'urgences : c'est le nombre de prises en charge par les services d'urgences pour une pathologie psychiatrique sur le nombre total de prises en charge par les services d'urgences. Données disponibles dans la base de données RPU.

III. La santé mentale pour les enfants et les adolescents

Point de vigilance

L'article R.3221-1 du code de la santé publique définit les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile lorsqu'ils répondent principalement aux besoins de santé mentale d'une population âgée de 16 ans ou moins.

Dans les faits certains établissements définissent la psychiatrie infanto-juvénile jusqu'à 17 ans.

Concernant le médico-social, l'offre pour les enfants et les adolescents concerne des personnes de moins de 20 ans.

III.1. Equipement

III.1.1 Sanitaire en psychiatrie

Cf voir définition des indicateurs page 8.

Les taux d'équipement rapportent les capacités à 10 000 habitants de 16 ans ou moins.

III.1.2 Médico-social

Les capacités des établissements médico-sociaux sont issues de la base de données FINESS au 1^{er} janvier 2017.

Les taux d'équipement rapportent les capacités à 10 000 habitants de moins de 20 ans.

Point de vigilance :

Les structures médico-sociales prises en compte sont uniquement celles relevant de la compétence de l'ARS Bretagne. Il s'agit des SESSAD, IME, IEM, ITEP.

Centres de consultations

Les **Centres d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP)** sont des centres de prévention, de dépistage et de prise en charge des enfants de moins de 6 ans présentant ou susceptibles de présenter une situation de handicap.

Les **Centres Médico-Psycho-Pédagogiques (CMPP)** sont des services médico-sociaux assurant des consultations, des diagnostics et des soins ambulatoires pour des enfants et adolescents de 0 à 20 ans, présentant des difficultés d'apprentissage, des troubles psychomoteurs, du langage, du sommeil, des troubles psychologiques ou du comportement.

Structures médico-sociales d'hébergement

Les **instituts médico-éducatifs (IME)** accueillent des enfants et adolescents présentant différents types de handicap (trouble intellectuel, handicap psychique, polyhandicap). Ils dispensent une éducation et un enseignement spécialisés prenant en compte les aspects psychologiques et psychopathologiques ainsi que le recours à des techniques de rééducation.

Les **instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques (ITEP)** accueillent des enfants et des adolescents qui présentent des difficultés psychologiques dont l'expression, notamment l'intensité des troubles du comportement, perturbe gravement la socialisation et l'accès aux apprentissages. Ces jeunes se trouvent, malgré des potentialités intellectuelles et cognitives préservées, engagés dans un processus handicapant qui nécessite le recours à des actions conjuguées.

Les **instituts d'éducation motrice (IEM)** offrent aux enfants et adolescents avec des troubles moteurs un soutien pédagogique, un accompagnement éducatif et une prestation médicale adaptée.

Structures médico-sociales de services

Les **services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD)** favorisent l'intégration scolaire et l'acquisition de l'autonomie de jeunes en situation de handicap jusqu'à l'âge de 20 ans en apportant une aide par un soutien éducatif, pédagogique et thérapeutique individualisé.

Les places de SESSAD peuvent être spécialisées par type de trouble / handicap : trouble intellectuel, trouble moteur, trouble visuel, trouble auditif, trouble du psychisme, trouble du caractère et du comportement, autisme et autre public. Ils peuvent porter des appellations différentes (SESSAD stricto sensu, SAFEP, SAAAI, SSEFIS, SSAD). Ici, le terme SESSAD recouvre l'ensemble des appellations.

Les places autorisées spécialisées

Les capacités autorisées observées dans les 6 types d'établissement décrits ci-dessus dédiées :

- à l'autisme
- aux Troubles des Conduites et des Comportements (TCC)
- aux troubles psychiques
- aux troubles psychopathologiques

Les taux d'équipement rapportent les capacités à 10 000 habitants de moins de 20 ans.

Les structures médico-sociales entièrement spécialisées.

Nombre de structures (parmi les 6 types des structures décrites précédemment) entièrement spécialisées pour :

- l'autisme
- les Troubles des Conduites et des Comportements (TCC)
- les troubles psychiques

III.2. Personnels exerçant en établissement sanitaire autorisé en psychiatrie

Cf voir définition des indicateurs page 10.

Les **taux d'équipement** rapportent les capacités à 10 000 habitants de 16 ans ou moins

III.3. Activité

III.3.1 Recours aux soins psychiatriques

Cf voir définition des indicateurs page 10.

Les **taux d'équipement** rapportent les capacités à 10 000 habitants de 16 ans ou moins

III.3.2 Profil des personnes accompagnées dans les structures médico-sociales

Les données sont issues du tableau de bord développé par l'ANAP relatif à la performance dans le secteur médico-social sur l'année 2015.

L'analyse porte sur les structures suivantes : CAMSP, CMPP, IME, ITEP, IEM et SESSAD.

La **part de personnes accompagnées par des ESMS** correspond au nombre de personnes avec déficience observée (à titre principal /associé) le 31/12/2015 sur le nombre total de personnes accompagnées au 31/12/2015 (toutes personnes, y compris en accueil temporaire).

Trois types de handicap sont analysés :

- l'autisme
- les Troubles des Conduites et des Comportements (TCC)
- les troubles psychiques

III.4. Parcours

III.4.1 Accès aux soins et aux diagnostics psychiatriques

Le **délai du premier rendez-vous en CMP** doit être fourni par les établissements psychiatriques (nécessite une enquête).

III.4.2 Situations inadéquates

Source des données : le RIM-PSY 2016

La **part des patients de plus de 16 ans en psychiatrie infanto-juvénile** correspond au nombre de patients de plus de 16 ans domiciliés sur le département pris en charge dans un secteur de psychiatrie infanto-juvénile (3^{ème} lettre du secteur de psychiatrie en « I ») par rapport à l'ensemble des patients du département hospitalisés (en hospitalisation complète ou partielle) en psychiatrie infanto-juvénile.

Point de vigilance

L'article R.3221-1 du code de la santé publique définit les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile lorsqu'ils répondent principalement aux besoins de santé mentale d'une population âgée de 16 ans ou moins.

Dans les faits, certains établissements définissent la psychiatrie infanto-juvénile jusqu'à 17 ans.

III.4.3 Accès aux accompagnements sociaux et médico-sociaux

Les données relatives :

- **aux délais moyens de traitement des dossiers des personnes adultes par la MDPH** (Maison Départementale des Personnes Handicapées),
- Parmi les personnes hospitalisées en hospitalisation temps plein, la **part avec une orientation MDPH en attente d'un accompagnement social ou médico-social**.

nécessitent une enquête auprès des quatre MDPH de la région.

Les données suivantes sont issues du tableau de bord développé par l'ANAP relatif à la performance dans le secteur médico-social sur l'année 2015.

L'analyse porte sur les structures suivantes : IME, ITEP, IEM et SESSAD.

Le **taux de rotation par type ESMS** (Etablissements Sociaux et Médico-Sociaux) est la somme des admissions (hors accompagnement temporaire) sur la somme du nombre de lits et de places financés (hors accompagnement temporaire). Cet indicateur permet de mesurer l'importance des mouvements au sein de la structure. Il vient également expliciter une charge de travail induite par la préparation des accueils et admissions (évaluation de la situation de la personne, recueil des besoins et attentes, accompagnement d'une situation de rupture pour la personne et son entourage, etc.)

Production : ARS Bretagne

Claire ALLIOU : Chargée de mission, Pôle Observation et Statistiques

Sylvie DUGAS : Coordinatrice de la thématique santé mentale, Direction adjointe des Parcours