

— Observatoire des
territoires V4.13

— DOCUMENTATION

Dernière mise à jour : le 20 novembre 2018

Sommaire

I.	Présentation des indicateurs	3
A.	Contexte démographique et social	3
1.	Population	3
2.	Evolution de la population	5
3.	Projection de population	5
4.	Précarité	6
B.	Etat de santé de la population et consommation de soins	8
1.	Mortalité	8
2.	Morbidité	9
C.	Recours de la population aux ESMS pour personnes handicapées	9
D.	Offre de soins	10
1.	Démographie des professionnels de santé	10
2.	Premier recours	11
3.	Autorisations et reconnaissances des établissements de santé	12
4.	Qualité et sécurité des soins des établissements de santé	14
5.	Offre médico-sociale pour personnes âgées	16
6.	Offre médico-sociale pour enfants handicapés	19
7.	Offre médico-sociale pour adultes handicapés	21
II.	Les sources de données	24
A.	Enquête nationale Etablissements Sociaux (ES)	24
B.	Cartos@nté	24
C.	Enquête SAE	24
D.	DémoPS	24
E.	Finess	25
F.	Enquête IPAQSS	25
G.	Arhgos	26
H.	PMSI	26

I. Présentation des indicateurs

A. Contexte démographique et social

1. Population

Les données de **population** correspondent à la population municipale estimée au 1er janvier de l'année considérée 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.

Pourquoi parle-t-on de population estimée ?

Depuis 2004, le recensement Insee ne couvre plus toute la population. Il repose désormais sur une collecte d'information annuelle, concernant successivement tous les territoires communaux au cours d'une période de cinq ans.

Les communes de moins de 10 000 habitants réalisent une enquête de recensement portant sur toute la population, à raison d'une commune sur cinq chaque année.

Les communes de 10 000 habitants ou plus réalisent tous les ans une enquête par sondage auprès d'un échantillon de logements représentant 8 % de leur population.

Ainsi, chaque année, l'enquête annuelle constitue un échantillon de 14 % des personnes vivant en France.

A partir de 2008 l'ensemble des habitants des communes de moins de 10 000 habitants et 40 % de la population des communes de 10 000 habitants ou plus sont pris en compte dans le nouveau recensement ce qui permet d'élaborer les résultats complets.

	Population	Superficie	Densité au km ²
Terr. sélectionné	594 375	6 877,6	86,4

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).

Aide à l'analyse :

- les espaces à faibles densités – 30 habitants au km² ou moins – sont repérés par la couleur orange claire. Il s'agit d'un seuil utilisé par l'ex-DATAR.
- sont identifiées en vert clair les espaces dont la densité est supérieure à la densité nationale – soit 113 habitants au km².

	Population âgée de moins de 20 ans	Population âgée de 65 ans ou plus	Indice de vieillissement	Population d'hommes	Population de femmes
Terr. sélectionné	137 965	131 394	95,2	287 070	307 305

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.

La nomenclature des Professions et Catégories Socioprofessionnelles (PCS) sert à la codification du recensement et des enquêtes que l'Insee réalise auprès des ménages. La nouvelle version de la nomenclature des Professions et Catégories Socioprofessionnelles (PCS-2003) est le fruit du travail de rénovation accompli sur la nomenclature en vigueur depuis 1982.

La nomenclature comporte quatre niveaux d'agrégation emboîtés. Au niveau le plus fin, un poste de la nomenclature PCS correspond à une profession. Au niveau le plus agrégé se trouvent les groupes socioprofessionnels : 8 postes.

	Catégorie socio-professionnelle	Agriculteurs exploitants	Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	Cadres et professions intellectuelles supérieures	Professions intermédiaires	Employés	Ouvriers	Retraités	Autres personnes sans activité professionnelle
Terr. sélectionné		11 289	18 419	25 614	57 722	71 959	70 838	171 493	62 600

CORRESPONDANCE ENTRE LES GROUPES ET LES CATEGORIES SOCIOPROFESSIONNELLES

Niveau agrégé (8 postes dont 6 pour les actifs)	Niveau de publication courante (24 postes dont 19 pour les actifs)	Niveau détaillé (42 postes dont 32 pour les actifs)
1 Agriculteurs exploitants	10 Agriculteurs exploitants	11 Agriculteurs sur petite exploitation 12 Agriculteurs sur moyenne exploitation 13 Agriculteurs sur grande exploitation
2 Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	21 Artisans	21 Artisans
	22 Commerçants et assimilés	22 Commerçants et assimilés
	23 Chefs d'entreprise de 10 salariés ou plus	23 Chefs d'entreprise de 10 salariés ou plus
3 Cadres et professions intellectuelles supérieures	31 Professions libérales et assimilés	31 Professions libérales
	32 Cadres de la fonction publique, professions intellectuelles et Artistiques	33 Cadres de la fonction publique 34 Professeurs, professions scientifiques 35 Professions de l'information, des arts et des spectacles
	36 Cadres d'entreprise	37 Cadres administratifs et commerciaux d'entreprise 38 Ingénieurs et cadres techniques d'entreprise
4 Professions Intermédiaires	41 Professions intermédiaires de l'enseignement, de la santé, de la fonction publique et assimilés	42 Professeurs des écoles, instituteurs et assimilés
		43 Professions intermédiaires de la santé et du travail social
	44 Clergé, religieux	
	45 Professions intermédiaires administratives de la fonction publique	
	46 Professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises	
47 Techniciens	47 Techniciens	
48 Contremaîtres, agents de maîtrise	48 Contremaîtres, agents de maîtrise	
5 Employés	51 Employés de la fonction publique	52 Employés civils et agents de service de la fonction publique 53 Policiers et militaires
	54 Employés administratifs d'entreprise	54 Employés administratifs d'entreprise
	55 Employés de commerce	55 Employés de commerce
	56 Personnels des services directs aux particuliers	56 Personnels des services directs aux Particuliers
6 Ouvriers	61 Ouvriers qualifiés	62 Ouvriers qualifiés de type industriel 63 Ouvriers qualifiés de type artisanal 64 Chauffeurs 65 Ouvriers qualifiés de la manutention, du Magasinage et du transport
		66 Ouvriers non qualifiés
	67 Ouvriers non qualifiés de type industriel 68 Ouvriers non qualifiés de type artisanal	
	69 Ouvriers agricoles	
7 Retraités	71 Anciens agriculteurs exploitants	71 Anciens agriculteurs exploitants
	72 Anciens artisans, commerçants, chefs d'entreprise	72 Anciens artisans, commerçants, chefs d'entreprise
	73 Anciens cadres et professions intermédiaires	74 Anciens cadres 75 Anciennes professions intermédiaires
	76 Anciens employés et ouvriers	77 Anciens employés 78 Anciens ouvriers
8 Autres personnes sans activité professionnelle	81 Chômeurs n'ayant jamais travaillé	81 Chômeurs n'ayant jamais travaillé
		83 Militaires du contingent 84 Elèves, étudiants
		85 Personnes diverses sans activité professionnelle de moins de 60 ans (sauf retraités)
		86 Personnes diverses sans activité professionnelle de 60 ans et plus (sauf retraités)

Insee, Extrait du document de référence qui présente en détail la nomenclature PCS-2003

2. Evolution de la population

Pour assurer la comparabilité des recensements réalisés depuis 1968, l'Insee met à disposition des [données de population harmonisées](#). En effet, certains concepts ou définitions des recensements actuels diffèrent des recensements réalisés avant 2000 :

- 1 - les étudiants majeurs vivant en internat sont dorénavant comptés dans la population de la commune d'études (et non plus de la commune de la résidence familiale),
- 2 - les militaires sont dorénavant comptés dans la population de la commune de l'établissement militaire qui les loge (et non plus de la commune de leur résidence personnelle),
- 3 - les personnes détenues sont désormais comptées dans la population de la commune de l'établissement pénitentiaire,
- 4 - les élèves et étudiants mineurs sont comptés dans la population de la commune de leur résidence familiale (et non plus de la commune d'études),
- 5 - l'âge de la population correspond à l'âge atteint dans l'année (et non plus à l'âge en années révolues).

	Pop. 1968	Pop. 1975	Pop. 1982	Pop. 1990	Pop. 1999	Pop. 2008	Taux de variation annuel moyen entre 1999 et 2008
Terr. sélectionné	506 700	524 045	539 660	539 093	542 525	581 256	0,8%

Le [taux de variation annuel moyen \(TCAM\)](#) permet de connaître la croissance qu'il y a eu en moyenne chaque année durant la période 1999-2008. Le TCAM permet de savoir si la croissance a été – ou n'a pas été - forte durant cette période et de la comparer avec d'autres périodes qui peuvent être plus courtes (ou plus longues).

3. Projection de population

Les [projections de population](#) sont calculées à partir du modèle Omphale 2017 élaboré par l'Insee.

Ce modèle utilise les populations par sexe et âge au 1er janvier 2013, issues du recensement de la population. Il consiste à faire évoluer la pyramide des âges selon des hypothèses d'évolution de la fécondité, de la mortalité et des migrations. Les chiffres présentés ci-dessous reposent sur les hypothèses suivantes (scénario central) :

- L'indicateur conjoncturel de fécondité baisse légèrement, de 0,04, jusqu'en 2016, puis il est maintenu constant jusqu'en 2050.
- La mortalité baisse au même rythme qu'au niveau national où l'espérance de vie atteindrait 86,8 ans pour les hommes et 90,3 ans pour les femmes en 2050.
- Les quotients migratoires entre zones, calculés à partir du recensement de 2013, sont maintenus constants sur toute la période de projection. Ils reflètent les échanges de population entre une zone et chacune des autres, y compris pour les départements d'outre-mer (hors Mayotte). En ce qui concerne les échanges avec l'étranger, l'hypothèse nationale (solde migratoire de + 70 000 personnes par an) est ventilée par zone pour la métropole en faisant l'hypothèse que les entrées et les sorties se répartissent de manière homogène sur le territoire. Des hypothèses spécifiques pour les soldes migratoires avec l'étranger des départements d'outre-mer ont été formulées afin de maintenir les dernières tendances constatées.
- Ces projections locales sont cohérentes avec les projections de population pour la France publiées par l'Insee en novembre 2016.

Point de vigilance :

- une **projection n'est pas une prévision** ; il s'agit d'une simulation qui ne permet ni de prévoir ce qu'il va se passer et ni de mesurer exactement ce qui se passerait si certaines hypothèses étaient vérifiées.
- les données de projections de population sont disponibles uniquement au niveau des départements et des territoires de santé.

4. Précarité

Les données portant sur l'**emploi et le chômage** sont issues du recensement de la population réalisé par l'Insee.

	Population des 15 ans ou plus	Population active des 15 ans ou plus	Population au chômage des 15 ans ou plus	Taux de chômage des 15 ans ou plus
Terr. sélectionné	2 667 590	1 481 857	166 673	11,2%

Au sens du recensement, la **population active ayant un emploi** (ou les actifs occupés) comprend les personnes qui déclarent être dans une des situations suivantes :

- exercer une profession (salarisée ou non), même à temps partiel,
- aider une personne dans son travail (même sans rémunération) ;
- être apprenti, stagiaire rémunéré ;
- être chômeur tout en exerçant une activité réduite ;
- être étudiant ou retraité tout en occupant un emploi.

Au sens du recensement, la **population active 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).

$$\text{taux de chômage} = \frac{\text{population active au chômage}}{\text{population active totale (occupés + chômeurs)}}$$

Au sens du recensement, la population inactive comprend les personnes qui déclarent être dans une des situations suivantes :

- retraitée ou préretraitée
- élèves, étudiant ou stagiaire non rémunéré
- autres inactif

Aide à l'analyse des indicateurs :

Si le taux de chômage du territoire sélectionné est supérieur au niveau national alors la valeur s'affiche sur fond vert (sinon fond orange).

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 du BIT.

Les données portant sur [la solidarité et l'insertion](#) sont mises à disposition par la CNAF.

Il s'agit d'estimer la part des prestations entrant dans les ressources des foyers allocataires. Le champ est plus restreint que celui du « Total des allocataires », et concerne une « population d'allocataires de référence ». En effet, pour certaines catégories d'allocataires, la reconstitution de leur revenu disponible à partir des fichiers CAF est impossible ou entachée d'une incertitude importante.

Définition de la « population d'allocataires de référence » :

Ce calcul concerne seulement les allocataires pour lesquels la Caf peut avoir connaissance des ressources.

Ne sont donc pas pris en compte :

- les allocataires (et conjoints) âgés de 65 ans ou plus. En effet pour ces populations les Caf n'ont pas connaissance de l'ensemble de leurs ressources et notamment du minimum vieillesse car il s'agit d'une prestation non imposable.
- les allocataires étudiant percevant uniquement l'allocation logement car leurs ressources sont généralement nulles et augmenteraient à tort le nombre d'allocataires précaires. Par contre les étudiants percevant d'autres prestations et ayant notamment une charge familiale sont comptabilisés.
- les allocataires des régimes spéciaux (RATP, ...) : toutes les prestations dont ils sont bénéficiaires ne sont pas versées par les Caf, mais par un autre organisme débiteur.
- les handicapés hébergés en maisons d'accueil spécialisées ou hospitalisés, pouvant déclarer des ressources faibles (voir nulles) et de ce fait être considérés comme des allocataires « à bas revenus » alors que leurs frais (hébergement, soin, nourriture) sont directement pris en charge par l'assurance maladie.

Les ressources prises en compte sont donc constituées :

- des revenus déclarés l'année N-1 (collecte directe auprès de la DGFIP - Direction Générale des Finances Publiques) avant impôts pour les allocataires à déclaration annuelle ou des revenus déclarés dans la dernière Déclaration Trimestrielle de ressources (DTR) pour les autres (allocataires RSA et AAH exerçant une activité professionnelle hors ESAT)
- de l'ensemble des prestations perçues au mois de décembre de l'année N augmenté de l'Allocation de Rentrée Scolaire (versé en une fois dans l'année généralement au cours des mois d'août ou septembre).

Cette donnée permet d'appréhender une forme de précarité des allocataires, mais présente tout de même deux limites essentielles :

- il s'agit d'un calcul avant impôt. Pour les allocataires à déclaration de revenus annuelle, les revenus déclarés et prestations perçues ne sont pas contemporains.
- la population concernée est restreinte, elle ne concerne que les personnes connues des CAF et ne permet pas notamment d'appréhender la précarité des personnes âgées ou des étudiants.

Point de vigilance :

La population concernée est restreinte :

- aux personnes connues des CAF,
- aux communes accueillant au moins 100 allocataires CAF
- aux communes dont le décompte est inférieur à 5. Par exemple, pour la commune de Marpiré (département 35), le nombre d'allocataires dont 50% des revenus sont constitués par des prestations CAF est inférieur à 5. La population de Marpiré est donc exclue dans le calcul de l'indicateur, bien qu'elle accueille plus de 100 allocataires CAF.

Le nombre de [bénéficiaires de la CMU complémentaire](#) est mis à disposition par l'Assurance Maladie. Les données de dénombrement des bénéficiaires par commune sont disponibles dès lors que la commune compte plus de 100 bénéficiaires.

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).

Point de vigilance :

La population concernée est restreinte :

- aux bénéficiaires du régime général d'Assurance Maladie,
- aux communes accueillant au moins 100 bénéficiaires du Régime Général

B. Etat de santé de la population et consommation de soins

1. Mortalité

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

Le **taux standardisé de mortalité générale** est le rapport entre le nombre de décès et la population totale.

Décès toutes causes confondues.

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 de femmes survenus avant l'âge de 65 ans, rapporté à la population féminine.

Décès toutes causes confondues.

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 hommes** est le rapport entre le nombre de décès d'hommes survenus avant l'âge de 65 ans, rapporté à la population masculine.

Décès toutes causes confondues.

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 de mortalité néonatale** est le rapport entre le nombre de décès de nourrissons de moins de 28 jours et le nombre de naissances vivantes.

Décès toutes causes confondues.

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 de mortalité infantile** est le rapport entre le nombre de décès d'enfants âgés de moins d'un an et le nombre de naissances vivantes.

Décès toutes causes confondues.

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).

La **part de la mortalité prématurée dans la mortalité générale** est le nombre de décès, toutes causes de décès confondues survenant avant l'âge de 65 ans sur la période du 01/01 de l'année N-1 au 31/12 de l'année N+1, rapporté au nombre de décès tous âges confondus sur la même période.

L'utilisation des effectifs sur 3 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).

La **part de la mortalité prématurée évitable dans la mortalité prématurée** est le nombre de décès, survenus avant 65 ans, considérés comme évitables car liés à des comportements à risque, sur la période du 01/01 de l'année N-1 au 31/12 de l'année N+1 rapporté au nombre de décès es causes de décès confondues survenant avant l'âge de 65 ans

Cause initiale : cancer de la trachée, des bronches et du poumon, cancers des voies aéro-digestives supérieures, causes directement liées à l'alcool (cirroses-psychozes alcooliques), accidents de la circulation, chutes accidentelles, suicides et sida (codes CIM B20-B24, C10-C14, C15, C32, C33-C34, F10, K70, K746, V01-V89, W00-W19, X60-X84, Y87.0).

L'utilisation des effectifs sur 3 années permet de pallier les fluctuations annuelles liées à la prise en compte de petits effectifs (notamment au niveau des territoires de santé).

Pour la déclinaison géographique, c'est le lieu de domicile qui est pris en compte (et non le lieu de décès).

Point de vigilance :

- les taux de mortalité sont disponibles uniquement au niveau d'un département ou d'un territoire de santé.

2. **Morbidité**

Les données présentées sont issues de l'application Cartos@nté (cf. paragraphe II.B).

Les **affections de longue durée** 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.

Le suivi des affections de longue durée permet de quantifier la morbidité d'une population. Il s'agit d'une mesure imparfaite car certaines ALD sont sous-estimées notamment pour cause de non demande d'exonération.

C. Recours de la population aux ESMS pour personnes handicapées

Source des données : enquêtes ES Handicap 2014 (cf. paragraphe II.A)

La **file active d'un CAMSP** correspond au nombre d'enfants vus par ce CAMSP (Centre d'accueil médico-social précoce) au moins une fois au cours de l'année.

La **file active des CMPP** correspond au nombre d'enfants vus par ce CMPP (Centre médico-psychopédagogique) au moins une fois au cours de l'année.

D. Offre de soins

1. Démographie des professionnels de santé

Les données présentées dans cette partie sont issues de la base de données DémoPS (cf. paragraphe II.D).

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 installé** correspond au nombre de professionnels de santé distincts ayant au moins une activité en cours au 1^{er} janvier de l'année N sur le territoire observé, que l'activité exercée soit libérale ou salariée.

Aide à l'analyse des indicateurs du tableau :

- Si on observe la présence d'au moins d'un professionnel de santé en cours sur le territoire observé, alors la valeur s'affiche sur fond vert

Point de vigilance

Indicateur non sommable :

$\text{Effectif installé}_{\text{territoire 1}} + \text{Effectif installé}_{\text{territoire 2}} \neq \text{Effectif installé}_{\text{territoire 1+2}}$

La somme de l'effectif installé sur le Finistère et sur le Morbihan ne correspond pas à l'effectif installé sur le territoire « Finistère-Morbihan » ; les professionnels exerçant sur les deux départements seront comptés en double.

$\text{Effectif installé}_{\text{salarie}} + \text{Effectif installé}_{\text{libéraux}} \neq \text{Effectif installé}_{\text{Total}}$

La somme du nombre de PS en activité ayant une activité libérale et ayant une activité salariée ne correspond pas au nombre réel de professionnels en activité car ils peuvent exercer à la fois en mode libéral et en mode salarié sur le même territoire.

Le **solde** (d'effectif installé) correspond à la différence entre l'effectif installé sur le territoire observé au 1^{er} janvier de l'année N1 et l'effectif installé sur le territoire observé au 1^{er} janvier de l'année N2.

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

$$\text{Age}_{01/01/n} = N - \text{Année}_{\text{naissance}} - 1$$

Aide à l'analyse des indicateurs du tableau :

- Si on observe une majorité de professionnels âgés de 40 ou moins, alors la valeur s'affiche sur fond vert
- Si on observe une majorité de professionnels âgés de plus de 55 ans, alors la valeur s'affiche sur fond orange

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

L'**effectif 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 installé à la population du territoire observé. La densité s'exprime en nombre de PS pour 100 000 habitants.

Point de vigilance

Indicateur non sommable :

Dans le tableau ci-dessous, le nombre de professionnels est rapporté au nombre total d'habitants, quel que soit la profession.

Or, pour certaines professions (pédiatrie, gynécologie, gériatrie), la densité présentée ici peut différer par rapport à d'autres études statistiques.

Par exemple, la densité de pédiatres libéraux pour 100 000 habitants en Bretagne est de 3,2 (contre 17.6 si on avait rapporté le nombre de PS au nombre d'enfants de moins de 15 ans).

Les **professionnels faisant usage de titre** sont des professionnels autorisés à faire usage de titre. Sont concernés les psychothérapeutes, les ostéopathes et les chiropracteurs.

Dans le premier tableau, seuls les professionnels faisant usage de titre et n'exerçant pas une profession de santé sont recensés sur la ligne « 00 – Usager de titre n'exerçant pas une profession de la santé ».

Dans le deuxième tableau, sont recensés les professionnels faisant usage de titre et pouvant exercer par ailleurs une profession de la santé (par exemple, les ostéopathes qui peuvent également exercer en tant que masseurs-kinésithérapeutes ou en tant que médecins sont inclus dans le dénombrement).

2. Premier recours

Remarques générales sur l'ensemble des tableaux et graphiques

Les données portant sur le **nombre de professionnels de santé** sont issues de la base de données DémoPS (cf. paragraphe II.D) et de la base de données Cartos@nté (cf. paragraphe II.B). Se reporter au paragraphe I.D.1 pour les indicateurs en commun sur les deux chapitres.

Le **nombre d'activités** correspond au nombre d'activités en cours au 1^{er} janvier de l'année N sur le territoire observé. Indicateur sommable.

Le **nombre de structures** (pharmacies, laboratoires d'analyses médicales, maisons de santé pluridisciplinaires, centres de santé) est issu d'une extraction finesse.

Zonage médecin 2018

Le **zonage médecin 2018** diffère du précédent – celui du SROS ambulatoire – en ceci que sa méthodologie est harmonisée au niveau national.

Cette nouvelle méthodologie vise plusieurs objectifs :

- établir une définition harmonisée et prospective de la fragilité, partagée par tous les acteurs de la santé ;
- concentrer les aides au maintien et à l'installation des médecins sur les territoires les plus en difficultés en termes de démographie médicale pour réduire les inégalités d'accès aux soins ;
- favoriser un investissement plus important dans davantage de territoires.

Pour plus d'information sur le sujet, vous pouvez consulter :

- la page internet du site du ministère des solidarités et de la santé : <http://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/zonage-medecin>
- la page internet du site de l'Ars Bretagne (communiqué de presse, carte, dépliant mode d'emploi) : <https://www.bretagne.ars.sante.fr/lars-bretagne-arrete-le-nouveau-zonage-medecin>

Deuxième recours

Les données présentées sont issues de la base de données DémoPS (cf. paragraphe II.D).

Se reporter au paragraphe I.D.1 pour les indicateurs en commun sur les deux chapitres.

Les **gynécologues** regroupent les médecins spécialisés en gynécologie médicale uniquement.

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

Offre de soins libérale en chirurgiens-dentistes

Le **zonage des chirurgiens-dentistes libéraux** détermine les zones de mise en œuvre de mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des chirurgiens-dentistes libéraux (arrêté du 10 février 2014 portant adoption de la révision du PRS par le directeur général de l'ARS Bretagne). Il s'agit d'une méthodologie nationale. Le découpage territorial retenu pour cette analyse est le bassin de vie Insee ou le pseudo-canton.

Offre de soins libérale en infirmiers

Le **zonage des infirmiers libéraux** détermine les zones de mise en œuvre de mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des infirmiers libéraux (arrêté du 29 mai 2012 portant adoption de la révision du PRS par le directeur général de l'ARS Bretagne). Il s'agit d'une méthodologie nationale. Le découpage territorial retenu pour cette analyse est le bassin de vie Insee ou le pseudo-canton.

Offre de soins libérale en masseurs-kinésithérapeutes

Le [zonage des masseurs-kinésithérapeutes libéraux](#) détermine les zones de mise en œuvre de mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des masseurs-kinésithérapeutes libéraux (arrêté du 13 juillet 2012 portant adoption de la révision du PRS par le directeur général de l'ARS Bretagne). Il s'agit d'une méthodologie nationale. Le découpage territorial retenu pour cette analyse est le bassin de vie Insee ou le pseudo-canton.

Offre de soins libérale en orthophonistes

Le [zonage des orthophonistes libéraux](#) détermine les "zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins et les zones dans lesquelles le niveau de l'offre de soins est particulièrement élevé". Le nouveau zonage relatif aux orthophonistes libéraux est entré en vigueur le 10 août 2018.

3. Autorisations et reconnaissances des établissements de santé

Les données sont extraites de l'application Arhgos (cf. paragraphe II.G).

Seules les autorisations et les reconnaissances mises en œuvre sont prises en compte dans les tableaux.

Le détail des activités prises en compte sont explicités dans le tableau ci-dessous.

Point de vigilance :

- Un traitement particulier a été réalisé sur les autorisations d'équipement et matériel lourd (EML). Les structures qui gèrent les EML ne sont pas systématiquement les établissements qui hébergent – géographiquement - les équipements. A chaque équipement a donc été associé l'établissement dans lequel est implanté l'appareil (et non la structure qui gère l'équipement). Par exemple, le GIE Groupement d'imagerie armoricaine gère les IRM installés au CHP de Saint-Brieuc. Dans le tableau, les IRM sont rattachés au CHP de Saint-Brieuc et non au GIE Groupement d'imagerie armoricaine.

Indicateur de l'obs. des territoires	Activité Nomenclature Arhgos)	Modalité (Nomenclature Arhgos)
Autorisation mise en œuvre en médecine	01 - Médecine	Toutes modalités confondues
Autorisation mise en œuvre en chirurgie	02 – Chirurgie 10 – Chirurgie cardiaque 12 - Neurochirurgie	Toutes modalités confondues
Autorisation mise en œuvre en gynécologie	03 – Gynécologie, obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale	Toutes modalités confondues
Autorisation mise en œuvre en SSR - Adulte	50 – SSR non spécialisés 51 – SSR spécialisés – Affections de l'appareil locomoteur 52 - SSR spécialisés – Affections du système nerveux 53 - SSR spécialisés – Affections cardio-vasculaires 54 - SSR spécialisés – Affections respiratoires 55 - SSR spécialisés – Affections des systèmes digestifs, métabolique et endocrinien 56 - SSR spécialisés – Affections onco-hématologiques 57 - SSR spécialisés – Affections des brûlés 58 - SSR spécialisés – Affections liées aux conduites addictives 59 - SSR spécialisés – Affections de la personne âgée polyopathologique, dépendante ou à risque de dépendance	09 – Adulte (âge >= 18 ans)
Autorisation mise en œuvre en SSR - Enfant	50 – SSR non spécialisés 51 – SSR spécialisés – Affections de l'appareil locomoteur 52 - SSR spécialisés – Affections du système nerveux 53 - SSR spécialisés – Affections cardio-vasculaires 54 - SSR spécialisés – Affections respiratoires 55 - SSR spécialisés – Affections des systèmes digestifs, métabolique et endocrinien 56 - SSR spécialisés – Affections onco-hématologiques 57 - SSR spécialisés – Affections des brûlés 58 - SSR spécialisés – Affections liées aux conduites addictives 59 - SSR spécialisés – Affections de la personne âgée polyopathologique, dépendante ou à risque de dépendance	77 – Enfant (âge < 6 ans) 78 – Juvénile (âge >= 6 ans et < 18 ans) 79 – Pédiatrie (âge non différencié)
Autorisation mise en œuvre en psychiatrie	04 – Psychiatrie	Toutes modalités confondues
Autorisation mise en œuvre en médecine d'urgence	14 – Médecine d'urgence	Toutes modalités confondues (SAMU, SU, SUP, SMUR, SMURP, SMUR antenne)
Autorisation mise en œuvre en SLD	07 – Soins de longue durée	Toutes modalités confondues

4. Qualité et sécurité des soins des établissements de santé

Les données relatives aux **résultats de certification** sont issues des rapports de certification publiés par la Has. Le pôle qualité de l'ARS Bretagne saisie au fil de l'eau la conclusion de ces rapports.

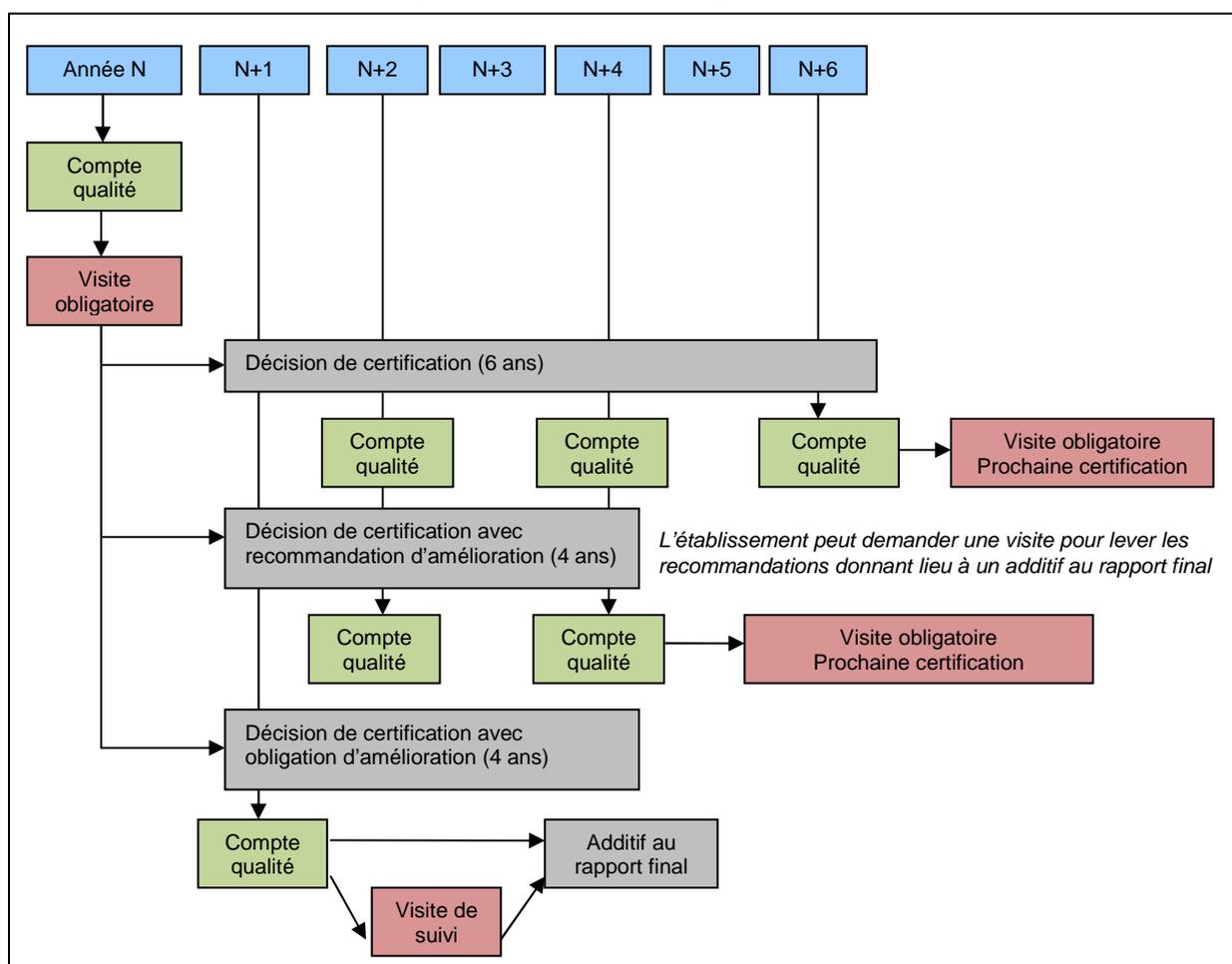
La première procédure d'accréditation, nommée usuellement la V1, date de juin 1999. Elle visait à promouvoir la mise en œuvre de démarches d'amélioration continue de la qualité dans les établissements de santé.

La deuxième itération de la procédure de certification (V2-V2007) a débuté en 2005 et a pris fin au dernier semestre 2010 pour les visites initiales.

La V2010, 3ème version de la procédure d'accréditation a été pensée et développé pour permettre une certification plus continue et efficace. Les premières visites de la 3ème itération ont commencé en janvier 2010.

La V2014, 4^{ème} version de la démarche, a débuté en juin 2015 en Bretagne. La HAS a choisi une approche par thématique plutôt que par critères. La HAS met en place également le Compte Qualité, outil de suivi longitudinal du dispositif de gestion des risques, afin de faciliter la priorisation des actions déployées au sein de l'établissement de santé. Le Compte Qualité est adressé par chaque établissement à la HAS tous les 24 mois pour le suivi des actions et des résultats. Il remplace l'auto-évaluation.

Déroulement d'une procédure de certification pour un établissement (V2014)



Les **résultats de certification les plus récents** sont les derniers résultats de certification obtenus par l'établissement.

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	
Etab. A	V1				V2				V3		Résultats les plus récents
Etab. B			V1				V2				Résultats les plus récents
Etab. C		V1				V2: pas de mise en œuvre				V3	Résultats les plus récents
Etab. D				V1				V2: pas de mise en œuvre			Résultats les plus récents

L'analyse des résultats de certification les plus récents est complexe car les établissements entrent dans la démarche de certification de manière échelonnée.

Ainsi, si on veut établir un bilan des résultats de certification des établissements sanitaires d'Ille-et-Vilaine au 27/10/2017, on s'aperçoit que les certifications V2014 concernent 21 établissements (sur 38 au total). Les 17 résultats restant concernent encore la version antérieure, soit la V2010. Il a donc été nécessaire de procéder à une harmonisation des données pour permettre d'agréger des résultats de la V2010 et des résultats de la V2014.

Le **niveau de certification (harmonisation ARS Bretagne)** permet de regrouper les niveaux de certifications « officiels » des quatre procédures :

Niveau de certification « officiel » obtenu								Niveau de certification (harmonisation ARS Bretagne)
Version 1		Version 2		Version V2010		Version V2014		
Dès la visite initiale	Après un suivi des décisions	Dès la visite initiale	Après un suivi des décisions	Dès la visite initiale	Après un suivi des décisions	Dès la visite initiale	Après un suivi des décisions	
Certification sans reco	Pas de suivi	certification simple (sans reco)	Pas de suivi	certification sans reco	Pas de suivi	A-Certification	Pas de suivi	1-certifiés sans recommandation dès la visite initiale
	certification sans reco		certification simple (sans reco)		certification sans reco		A-Certification	2-certifiés sans recommandation après un suivi
certification simple (avec reco)	Les reco ne donnaient pas lieu à un suivi	certification simple (avec reco)	Les reco ne donnaient pas lieu à un suivi	certification avec reco	certification avec reco	B- Certification avec reco d'amélioration	B- Certification avec reco d'amélioration	3-certifiés avec recommandation
certification avec réserve ou réserve majeure	en attente des résultats	certification avec suivi / certification conditionnelle	en attente des résultats	certification avec réserve / sursis	en attente des résultats	C-Certification avec obligation d'amélioration / D-Sursis	en attente des résultats	4-certifiés avec réserve après un suivi (suivi en cours)
	certification avec réserve ou réserve majeure		certification avec suivi		certification avec réserve		C-Certification avec obligation d'amélioration	5-certifiés avec réserve après un suivi

Le **champ de la certification** représente l'ensemble des établissements sanitaires concernés par la démarche de certification. Il évolue constamment ; certains établissements ayant limité leur activité au champ médico-social ; d'autres fusionnent.

5. Offre médico-sociale pour personnes âgées

Point de vigilance générale :

- Le dénombrement des établissements et services médico-sociaux sur un territoire sélectionné repose sur la commune d'implantation de la structure et non sur celle du gestionnaire : par exemple, un établissement situé à Rennes géré par une association gestionnaire basée à Dinan apparaîtra seulement si le territoire sélectionné comprend Rennes.

Dispositifs de maintien à domicile : SSIAD et SPASAD

Les [services de soins infirmiers à domicile \(SSIAD\)](#) sont un élément indispensable du dispositif mis à la disposition des personnes âgées pour favoriser leur maintien à domicile. Ils peuvent assurer, sur prescription médicale, des soins techniques ou des soins de base et relationnels auprès des personnes de 60 ans et plus malades ou dépendantes et auprès des personnes adultes de moins de 60 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 \(SAAD\)](#).

Points de vigilance :

- Il s'agit des places installées au 1er janvier (source Finess).

- Seules les places de soins infirmiers pour personnes âgées de 60 ans ou plus sont prises en compte. Les places d'ESA (cf. paragraphe « Dispositifs issus du plan Alzheimer et maladies apparentées ») et les places pour personnes âgées de moins de 60 ans sont donc exclues du calcul.

- Le calcul du taux d'équipement est réalisé uniquement au niveau des départements et des territoires de santé. En effet, le calcul ne s'appuie pas sur la couverture communale des services ; il serait biaisé à un niveau territorial plus fin. Des communes n'accueillent pas de SSIAD mais les habitants peuvent bénéficier des services d'un SSIAD implanté dans une autre commune.

Dispositifs de maintien à domicile : l'accueil temporaire en établissement

L'[accueil temporaire \(accueil de jour ou hébergement temporaire\)](#), mode de prise en charge alternatif à l'hébergement permanent, fait partie des solutions visant à diversifier les options offertes aux publics en perte d'autonomie. Pour les personnes handicapées comme pour les personnes âgées, l'accueil temporaire répond à 3 objectifs : prendre en charge ponctuellement les personnes en perte d'autonomie qui souhaitent rester à domicile, permettre une période de répit et de suppléance de l'aidant, répondre à des situations d'urgence en matière d'hébergement.

Il existe plusieurs types d'hébergement :

- [l'accueil de jour en EHPAD](#) propose d'accueillir des personnes âgées vivant à domicile pour une ou plusieurs journées, voire demi-journées par semaine,
- [l'accueil de nuit en EHPAD](#),
- [l'accueil de jour autonome](#),
- [l'hébergement temporaire en EHPAD](#) propose un hébergement dont la durée ne dépasse pas 90 jours, sur une période de 12 mois consécutifs. Attention, les chiffres présentés dans l'obs. des territoires peuvent différer des chiffres présentés dans le Statiss (modalités d'accueil dont les définitions diffèrent légèrement entre les deux restitutions).

Points de vigilance :

- Il s'agit des places installées au 1er janvier (source Finess).

- Les taux d'équipement en accueil de jour portent à la fois sur les places d'accueil de jour en EHPAD et les places d'accueil de jour en structure autonome ; ils excluent les places d'accueil de nuit.

Hébergement complet en établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

Un [établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes \(EHPAD\)](#) est un établissement médico-social soumis au code de l'action sociale et des familles qui relève de la compétence de l'Agence régionale de santé et du conseil départemental. Les EHPAD doivent justifier d'équipements adaptés et de personnel médical (médecin coordinateur) et paramédical (infirmier coordinateur, infirmiers, aides-soignants, auxiliaires de vie).

Points de vigilance :

- Il s'agit des places installées au 1er janvier (source Finess).
- Les places d'UHR en EHPAD (cf. paragraphe « Dispositifs issus du plan Alzheimer et maladies apparentées ») sont prises en compte dans le nombre de places en EHPAD.

Hébergement en résidences autonomes (ex logements-foyers)

Une [résidence autonomie](#), anciennement logement-foyer, est un mode d'hébergement collectif non médicalisé accueillant des personnes âgées autonomes mais qui ont besoin d'un cadre sécurisant et ont besoin occasionnellement d'être aidées. Ces résidences disposent de studios ou de deux pièces offrant aux personnes âgées un logement indépendant avec possibilité de bénéficier de locaux communs et de services collectifs (blanchissage, restauration, salle de réunion, etc.) dont l'usage est optionnel.

Points de vigilance :

- Il s'agit des places installées au 1er janvier (source Finess).
- Pour les structures relevant exclusivement de la compétence des Conseils Départementaux telles que les résidences autonomie, la mise à jour des données du répertoire FINESS est discutable car dépendante de la communication des informations entre Conseils Départementaux et ARS.

Dispositifs issus du plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012

Dans le cadre du renforcement du soutien à domicile, le plan a offert la possibilité pour les services de soins à domicile (SSIAD et SPASAD) de constituer une [Equipe Spécialisée Alzheimer \(ESA\)](#) ayant vocation à assurer la prise en charge à domicile de malades d'Alzheimer. Chaque équipe se traduit par une extension de 10 places de SSIAD, soit une file active annuelle d'environ 30 personnes.

Points de vigilance :

- Il s'agit des places installées au 1er janvier (source Finess).

Les [Pôles d'activités et de Soins Adaptés \(PASA\)](#), pour les résidents ayant des troubles du comportement modérés, et les [Unités d'Hébergement Renforcées \(UHR\)](#), pour les résidents ayant des troubles sévères du comportement, sont des dispositifs mis en place au sein des EHPAD afin d'adapter l'accueil en établissement à la spécificité de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées.

Points de vigilance :

- Source du nombre de structures PASA et UHR installées : Finess au 1er janvier 2016
- Source du nombre de places en UHR : ARS Bretagne, 2015

Les [plateformes de répit](#) sont des dispositifs qui offrent une palette diversifiée de solutions de répit pour les aidants de malades Alzheimer. Ces plateformes sont portées par un accueil de jour d'au moins 10 places, autonome ou adossé à un EHPAD.

Points de vigilance :

- Il s'agit des places installées au 1er janvier (source Finess).

Les **unités cognitivo-comportementales (UCC)** sont identifiées dans des services existants de SSR et comportent entre 10 et 12 lits. Ces unités doivent élaborer un projet spécifique pour la prise en charge de ces malades intégrant les différents volets (projet médical, projet de soins, lieu de vie, considérations éthiques) et être identifiées au sein de l'établissement de santé sous forme d'unité fonctionnelle et d'unité médicale.

Les **consultations-mémoire** proposent à toute personne présentant des troubles de la mémoire et/ou des troubles cognitifs une consultation d'évaluation de ces troubles. Les sites de consultations-mémoires se situent en secteur hospitalier ou libéral.

Points de vigilance :

- Source : ARS Bretagne, 2015
- Les consultations mémoires sont celles labellisées par l'ARS Bretagne

6. Offre médico-sociale pour enfants handicapés

Point de vigilance général :

- Le dénombrement des établissements et services médico-sociaux sur un territoire sélectionné repose sur la commune d'implantation de la structure et non sur celle du gestionnaire : par exemple, un établissement situé à Rennes géré par une association gestionnaire basée à Dinan apparaîtra seulement si le territoire sélectionné comprend Rennes.

Etablissements et services médico-sociaux (MS) pour enfants handicapés

Les définitions des différents établissements et services médico-sociaux pour enfants handicapés sont décrites dans les paragraphes suivants.

Points de vigilance :

- Il s'agit des places installées au 1er janvier 2016 (source Finess).

- 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, instituts pour déficients sensoriels, établissements pour enfants polyhandicapés, établissement expérimentaux, établissement d'accueil temporaire, centre d'accueil familial spécialisé.

Services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD)

Les [services d'éducation spéciale et de soins à domicile \(SESSAD\)](#) favorisent l'intégration scolaire et l'acquisition de l'autonomie 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 déficience / handicap : déficient intellectuel, déficient moteur, déficient visuel, déficient auditif, déficience du psychisme, trouble du caractère et du comportement, autisme et autre public.

Ils peuvent porter des appellations différentes (SESSAD stricto sensu, SAFEP, SAAAIS, SSEFIS, SSAD). Ici, le terme SESSAD recouvre l'ensemble des appellations.

Points de vigilance :

- Il s'agit des places installées au 1er janvier 2016 (source Finess).

- La part des places en SESSAD dans l'offre globale médico-sociale pour enfants handicapés correspond au rapport du nombre total de places en SESSAD (tous publics) sur le nombre de places en SESSAD, IME, IEM, ITEP, instituts pour déficients sensoriels, établissements pour enfants polyhandicapés, établissement expérimentaux, établissement d'accueil temporaire, centre d'accueil familial spécialisé.

- Le type de public autorisé est décrit à partir de la nomenclature FINESS. Ces mentions ne sont pas forcément cohérentes avec des nomenclatures plus actuelles (CIM10, DSM IV...)

Etablissements pour enfants handicapés

Les [instituts médico-éducatifs \(IME\)](#) accueillent des enfants et adolescents présentant différents types de handicap (déficience intellectuelle, 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 d'éducation motrice \(IEM\)](#) offrent aux enfants et adolescents déficients moteurs un soutien pédagogique, un accompagnement éducatif et une prestation médicale adaptée.

Les [instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques \(ITEP\)](#) accueillent des enfants et adolescents présentant des troubles psychologiques importants, sans pathologie psychotique ni déficience intellectuelle, qui requiert des moyens thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques conjugués.

Les [instituts pour déficients auditifs et déficients visuels](#)

Les [établissements pour enfants et adolescents polyhandicapés \(EPEAP\)](#) accueillent des enfants et adolescents qui souffrent d'un polyhandicap entraînant une réduction de leur autonomie.

Points de vigilance :

- Il s'agit des places installées au 1er janvier 2016 (source Finess).

En France, le secteur médico-social établit une distinction, tant en matière d'organisation des réponses aux besoins que de financement, entre, d'une part, les établissements et services s'adressant aux enfants handicapés et d'autre part, ceux qui s'adressent aux adultes, l'âge de 20 ans ayant été retenu comme constituant le critère de passage décisif entre les deux dispositifs. Pour éviter que des jeunes ne se retrouvent sans solution, l'article 22 de la loi n° 8918 du 13 janvier 1989 dit « [amendement Creton](#) » permet le maintien de jeunes adultes dans leur établissement médico-social « au-delà de 20 ans dans l'attente de l'intervention d'une solution adaptée » par une décision de la CDAPH.

Le [nombre de jeunes de plus de 20 ans maintenus en établissements pour enfants handicapés](#), au titre de l'amendement Creton, est recensé par une enquête annuelle réalisée par la direction adjointe de l'hospitalisation et de l'autonomie (DAHA) de l'ARS Bretagne, auprès de l'ensemble des établissements médico-sociaux pour jeunes handicapés. Il s'agit donc d'une donnée déclarée par les établissements à un instant t.

Points de vigilance :

- ARS Bretagne, 2015.

Autres structures médico-sociales pour enfants handicapés

Les [établissements d'accueil temporaire pour enfants 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...).

Les [établissements expérimentaux pour enfants handicapés](#)

Les enfants ou adolescents peuvent être hébergés dans des [centres d'accueil familial spécialisé \(CAFS\)](#). Le CAFS a pour but de mettre à la disposition des enfants ou adolescents un environnement psychologique, éducatif et affectif complémentaire de celui qu'ils peuvent trouver dans leur propre entourage. Il veille à ce que le suivi médical et social de l'enfant ou de l'adolescent soit convenablement assuré ainsi que sa scolarité. Le CAFS est rattaché à un établissement autorisé au titre de l'annexe XXIV ou CMPP ou CAMSP.

Point de vigilance :

- Il s'agit des places installées au 1er janvier 2016 (source Finess).

7. Offre médico-sociale pour adultes handicapés

Point de vigilance général :

- Le dénombrement des établissements et services médico-sociaux sur un territoire sélectionné repose sur la commune d'implantation de la structure et non sur celle du gestionnaire : par exemple, un établissement situé à Rennes géré par une association gestionnaire basée à Dinan apparaîtra seulement si le territoire sélectionné comprend Rennes.

Services médico-sociaux d'accompagnement à domicile des adultes handicapés

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 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 vie des personnes handicapées en favorisant 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.

Points de vigilance :

- Il s'agit des places installées au 1er janvier 2016 (source Finess).
- Pour les structures relevant exclusivement de la compétence des Conseils Départementaux telles que les SAVS, la mise à jour des données du répertoire FINESS est discutable car dépendante de la communication des informations entre Conseils Départementaux et ARS.
- Le calcul du taux d'équipement est réalisé uniquement au niveau des départements et des territoires de santé. En effet, le calcul ne s'appuie pas sur la couverture communale des services ; il serait biaisé à un niveau territorial plus fin. Des communes n'accueillent pas de SSIAD (ou SAMSAH ou SAVS) mais les habitants peuvent bénéficier des services d'une structure implantée dans une autre commune.
- La part des services dans l'offre globale médico-sociale pour adultes handicapés correspond au rapport du nombre total de places en SSIAD pour personnes de moins de 60 ans, en SAMSAH et en SAVS sur le nombre de places en SSIAD pour personnes de moins de 60 ans, SAMSAH, SAVS, MAS, FAM, établissements d'accueil temporaire, établissements expérimentaux, ESAT, CRP, CPO, UEROS, foyers de vie, foyers d'hébergement et foyers polyvalent. .

Maisons d'accueil spécialisé (MAS) et foyers d'accueil médicalisé (FAM)

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.

Autres structures médico-sociales pour adultes handicapés n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie

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.

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

La catégorie d'établissement « **foyers polyvalents** » a été créée pour identifier les foyers d'hébergement qui proposent à la fois de l'hébergement ouvert, de l'accueil de foyer de vie et de l'accueil médicalisé.

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...).

Les **établissements expérimentaux pour adultes handicapés**

Points de vigilance :

- Il s'agit des places installées au 1er janvier 2016 (source Finess).
- Pour les structures relevant exclusivement de la compétence des Conseils Départementaux tels que 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.

L'insertion professionnelle des adultes handicapés

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 **centres de pré-orientation (CPO)** accueillent des travailleurs handicapés dont l'orientation professionnelle pose des difficultés particulières qui n'ont pu être résolues par la CDAPH. L'objectif est d'élaborer un projet professionnel.

Les **centres de rééducation professionnelle (CRP)** accueillent des travailleurs handicapés pour participer à des formations professionnelles. Ils visent le retour à l'emploi en milieu ordinaire grâce à l'acquisition de nouvelles compétences professionnelles.

Les **unités d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale et/ou professionnelle (UEROS)** accueillent des personnes cérébro-lésées pour déterminer les conditions favorables à leur retour ou maintien à l'emploi. Parallèlement à l'élaboration d'un projet professionnel, un travail est réalisé sur les moyens à mettre en œuvre pour optimiser l'autonomie et développer des activités sociales

Points de vigilance :

- Il s'agit des places installées au 1er janvier 2016 (source Finess).

Dispositifs sociaux et citoyens

Le **groupement d'entraide mutualisée (GEM)** est un espace d'accueil où des personnes en souffrance psychique peuvent se retrouver, s'entraider, organiser des activités visant au développement personnel et à la création de liens. La finalité est 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.

Point de vigilance :

- Source : ARS Bretagne, 2015.

II. Les sources de données

A. Enquête nationale Etablissements Sociaux (ES)

L'enquête nationale Etablissements Sociaux (ES) est une enquête mise en œuvre par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES). Depuis 2001, il existe deux enquêtes distinctes : ES « handicap », sur l'activité des établissements et services pour personnes handicapées, et ES « difficulté sociale », sur l'activité des établissements et services pour personnes en difficulté sociale.

L'enquête ES handicap a pour objectifs de dresser un bilan de l'activité des établissements et services en faveur des enfants et adultes handicapés, de décrire les principales caractéristiques de leur personnel ainsi que le profil des personnes qui y sont accueillies. L'enquête ES handicap est devenue quadriennale en 2006. La dernière enquête porte sur l'exercice 2010.

Pour l'enquête ES handicap, les questionnaires sont envoyés par la DREES en début d'année à toutes les structures identifiées dans le répertoire national Finess. Dans chaque région, les ARS assurent le suivi de la remontée des questionnaires, les relances, la correspondance avec les établissements et services pour répondre à leurs questions et les premiers contrôles de données.

En Bretagne, pour l'enquête ES Handicap 2010, 644 structures pour adultes et enfants handicapés ont été interrogées et le taux de réponse est de 97,3 %. Les données sont pondérées de manière à être représentatives de la réalité en respectant le nombre de structures, leur capacité d'accueil, le nombre de personnes accueillies ou sorties dans l'année.

En Bretagne, pour l'enquête ES Handicap 2014, 683 structures (enfants et adultes) ont été interrogées et le taux de participation est de 88,1 %%. Les données sont pondérées de manière à être représentatives de la réalité en respectant le nombre de structures, leur capacité d'accueil, le nombre de personnes accueillies ou sorties dans l'année.

Toutes les données issues de l'enquête sont déclarées par les établissements. Les consignes de remplissage de l'enquête n'indiquent aucune contrainte quant à la qualification professionnelle de la personne qui déclare les données. Il peut donc s'agir de personnes de différents profils. Cela entraîne une limite particulièrement importante quand il s'agit de la déclaration des données d'ordre médical.

B. Cartos@nté

Cartos@nté est une application interactive portant sur le recours à quatre professions de santé : les médecins généralistes libéraux, les infirmiers libéraux, les masseurs-kinésithérapeutes libéraux et les chirurgiens-dentistes libéraux.

C. Enquête SAE

La [Statistique annuelle des établissements de santé \(SAE\)](#) est une enquête administrative exhaustive et obligatoire auprès des établissements de santé installés en France (métropole et DOM) y compris les structures qui ne réalisent qu'un seul type d'hospitalisation ou qui ont une autorisation pour une seule activité de soins. Les données sont collectées par la Drees (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques), direction du ministère de la santé et des solidarités.

D. DémoPS

DémoPS est un outil de l'ARS Bretagne qui recense l'ensemble des professionnels de santé en activité. Sa construction s'appuie sur un travail de la Drees qui réunit une extraction nationale du RPPS et une extraction nationale du répertoire Adeli.

E. Finess

Finess est le Fichier national des établissements sanitaires et sociaux. Il a été mis au point et est géré par la Drees. Ce fichier permet de connaître les établissements et services relevant de l'action sanitaire et sociale.

La mise à jour de Finess repose sur l'enregistrement des décisions administratives (arrêtés, agréments etc.), ou des informations extérieures lorsqu'elles sont disponibles (comme les données d'enquêtes auprès des établissements par exemple). Ces enregistrements sont effectués par les gestionnaires Finess des ARS et des DRJSCS, sur leur champ respectif.

F. Enquête IPAQSS

Les Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (IPAQSS) constituent des indicateurs permettant d'évaluer la prise en charge et le suivi des dossiers des patients au cours de leur hospitalisation.

Organisé par la Haute Autorité de Santé, le recueil annuel de ces IPAQSS est obligatoirement effectué par les établissements de soins situés sur le territoire français, qu'ils soient publics ou privés.

Les IPAQSS concernent trois procédures de qualité mesurées par 11 indicateurs : la tenue du dossier patient, la tenue du dossier anesthésique et le respect des bonnes pratiques de prise en charge hospitalière de l'infarctus du myocarde après la phase aiguë.

En pratique, les établissements constituent un échantillon de dossiers patient (environ 80 dossiers sont analysés) sur lesquels porte le calcul des indicateurs en se basant sur une grille de recueil fournie par la HAS.

GRILLE DE RECUEIL DES INDICATEURS DU DOSSIER PATIENT MCO		
Identification - structure		
DPA 1	Numéro FINESS enquêté	□□□□□□□□
DPA 2	Nom de l'établissement enquêté	
Identification - niveau interne à la structure		
DPA 3	Service (ou pôle)	□□□□
Identification - tirage au sort et date de saisie		
DPA 4	Date de la saisie	□□ / □□ / □□□□
DPA 5	Numéro du tirage au sort	□□□
Identification - caractéristiques du séjour patient		
DPA 6	Séjour	<input type="radio"/> Mono RUM <input type="radio"/> Multi RUM
DPA 7	Groupe homogène de malades (GHM)	□□□□
DPA 8	Activité de soins MCO	<input type="radio"/> Médecine <input type="radio"/> Chirurgie <input type="radio"/> Obstétrique <input type="radio"/> Non attribuée
DPA 9	Age du patient à la date d'entrée du séjour	□□□
DPA 10	Sexe du patient	<input type="radio"/> Masculin <input type="radio"/> Féminin
DPA 9 bis	Si DPA 9 = 0, s'agit-il d'un séjour d'un nouveau-né en néonatalogie ou en réanimation-néonatalogie, dans le cadre d'un accouchement ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
DPA 11	Date de fin du séjour MCO	□□ / □□ / □□□□
DPA 12	Durée du séjour	□□□
Identification - caractéristiques du dossier à analyser		
DPA 13	Dossier	<input type="radio"/> Retrouvé <input type="radio"/> Non retrouvé <input type="radio"/> Séjour Multi RUM incomplet <input type="radio"/> Incohérence PMSI (séjour < 1 jour, GHM) <input type="radio"/> Dossier exclu car le patient ne souhaite pas que les données le concernant soient exploitées
DPA 14	Dossier informatisé	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Partiellement
DPA 15	Si informatisation partielle, préciser le (les) élément(s) informatisé(s) pour chaque séjour analysé	
DPA 15.1	Observations médicales	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
DPA 15.2	Compte rendu opératoire et/ou d'accouchement	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Non applicable
DPA 15.3	Prescriptions médicamenteuses	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Non applicable
DPA 15.4	Prescriptions autres que médicamenteuses	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Non applicable

HAS, Extrait d'une grille de recueil des indicateurs de tenue du dossier patient en MCO

G. Arhgos

Arhgos est un outil de gestion des autorisations de soins des ARS.

Il permet de renseigner pour chaque établissement de santé:

- les **activités de soins et des équipements matériels lourds (EML) mis en œuvre** qui doivent être autorisés selon une procédure prévue par le Code de la santé publique pour être mis en œuvre dans les établissements de santé.
- les **autres activités (hors soins) mises en œuvre** qui doivent être autorisés selon une procédure prévue par le Code de la santé publique pour être mis en œuvre dans les établissements de santé : dépôt de sang, lactarium, ...
- les **activités de soins**, qui ne sont pas soumises à autorisation, et qui ont vocation à faire l'objet d'une reconnaissance dite "contractuelle" par l'ARS : soins palliatifs, soins intensifs, ...

H. PMSI

Inscrit dans la réforme du système de santé français, le PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information) permet aux établissements de soins de disposer d'informations quantifiées et standardisées sur leur activité de manière à mesurer leur production médicale.



Production : ARS Bretagne
Pôle Observation et Statistiques
Christelle Diodat