

Direction de la recherche, des études,
de l'évaluation et des statistiques
DREES

SERIE
STATISTIQUES

**DOCUMENT
DE
TRAVAIL**

**Cartographie régionale de l'offre
de soins en santé mentale**
À partir des rapports d'activité de psychiatrie 2008

Isabelle LEROUX, Patricia SCHULTZ

n° 155 – avril 2011

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ
MINISTÈRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS, DE LA FONCTION PUBLIQUE
ET DE LA RÉFORME DE L'ÉTAT
MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA COHÉSION SOCIALE

SOMMAIRE

1 - Les rapports d'activité de psychiatrie et leur diffusion	5
1.1 Le système d'information sur l'offre de soins en santé mentale	7
Des rapports d'activité de secteurs de psychiatrie aux RAPSY.....	7
Le RIM-P : une approche de l'activité par la patientèle.....	8
LA SAE : un bilan annuel sur les capacités, le personnel et l'activité.....	8
1.2 Les RAPSY : une description détaillée de l'organisation des diverses prises en charge en psychiatrie	8
Un éclairage sur l'organisation des soins et les pratiques professionnelles.....	9
La localisation de l'offre de soins par un recueil d'information auprès des services ou lieux de soins de psychiatrie.....	9
1.3 Les RAPSY : Caractéristiques de la collecte et taux de réponse	12
Un protocole d'enquête particulier.....	12
Taux de réponse à l'enquête.....	14
Précautions d'utilisation des données.....	15
1.4 Les RAPSY : Exploitation et diffusion des résultats	18
Entretiens avec les utilisateurs.....	18
La forme du document de travail.....	20
2 - Quelques éclairages sur l'offre de soins en santé mentale en France	21
2.1 L'offre de soins en santé mentale en établissements de santé	23
Les établissements de santé ayant une activité de psychiatrie.....	23
Une prise en charge réalisée en grande partie en ambulatoire.....	25
Les prises en charge à temps partiel encore en développement.....	25
Les prises en charge à temps complet : quelles alternatives à l'hospitalisation à temps plein ?.....	25
Disparités régionales.....	26
2.2 Densités de psychiatres libéraux	27
2.3 Capacités d'accueil en établissement médico-social	28
3 - Cartographie régionale des lieux de soins de santé mentale et indicateurs départementaux de capacités et d'activité en psychiatrie générale et infanto-juvénile : approche par région	29
4 - Chiffres-clés sur la prise en charge de la santé mentale en établissements de santé :	
Indicateurs par thème	123
4.1 - Indicateurs régionaux de capacités, d'activité et de personnels des établissements de santé	125
4.2 - Indicateurs régionaux d'organisation de l'accès aux soins en établissement	135
4.3 - Indicateurs régionaux d'organisation et de pratiques professionnelles dans le cadre de certaines prises en charge	141
ANNEXE 1 : Sigles et définitions	153
ANNEXE 2 : Personnels des établissements de santé	159
ANNEXE 3 : Nombre de psychiatres libéraux et mixtes par département	161
ANNEXE 4 : Questionnaires RAPSY	163



1 - LES RAPPORTS D'ACTIVITÉ DE PSYCHIATRIE ET LEUR DIFFUSION

La DREES a travaillé, en collaboration avec les autres directions du ministère, à la construction d'un système-cible pour le suivi de l'offre de soins en santé mentale. Ce système s'articule autour de 3 sources : le Recueil d'Information Médicalisée en Psychiatrie (RIM-P), la Statistique Annuelle des Établissements de santé (SAE) et les Rapports d'activité de psychiatrie (RAPSY). Directement responsable de ces deux derniers recueils de données, la DREES a en particulier réalisé en 2009 la dernière édition des RAPSY. Cette collecte nationale, auprès de l'ensemble des établissements de santé ayant une activité de psychiatrie, a porté sur l'activité de l'année 2008 et visait à recueillir des données détaillées sur l'offre et l'organisation des prises en charge en santé mentale complémentaires à celles de la SAE et du RIM-P. L'ensemble de ces données doit permettre la réalisation de plusieurs études tout au long de l'année 2011 et d'établir ainsi un état des lieux complet de l'offre de soins en santé mentale.

1.1 - Le système d'information sur l'offre de soins en santé mentale

Des rapports d'activité de secteurs de psychiatrie aux RAPSY

Les rapports d'activité de secteurs (RAS), mis en place à la fin des années 1970, étaient jusqu'en 2003 la seule source statistique permettant de décrire l'activité spécifique des secteurs de psychiatrie (psychiatrie générale, psychiatrie infanto-juvénile, secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire et dispositifs intersectoriels formalisés). Alors que la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) décrit l'activité et les facteurs de production de tous les établissements de santé, toutes disciplines confondues, les rapports d'activité de secteurs de psychiatrie prenaient davantage en compte l'organisation de la prise en charge psychiatrique. En effet, ils s'intéressaient plus particulièrement aux pratiques et modalités de fonctionnement des différents secteurs (accueil hors urgence ou en urgence, modalités de prise en charge dans le secteur, liens avec les intervenants ou établissements extérieurs au secteur, etc.). Les rapports de secteurs ont été recueillis et exploités tous les deux ans de 1985 à 1999. Les questionnaires ont été rénovés en 2000 et de nouveau collectés sur l'activité de l'année 2003.

Pour le recueil portant sur l'activité de l'année 2008, l'enquête a été étendue à l'ensemble des établissements de santé ayant une activité de psychiatrie, qu'ils soient sectorisés ou non. L'enquête (questionnaires et protocole) a donc été complètement rénovée pour devenir les RAPSY. Par ailleurs, les rapports d'activité des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire ont été recueillis séparément, dans une version peu modifiée, auprès des 26 SMPR (secteur médico-psychologique régional). Cette évolution des rapports d'activité s'inscrit dans le cadre du projet global d'amélioration et d'harmonisation du système d'information national sur la psychiatrie, en complément du RIM-P, qui collecte à un rythme annuel des données détaillées sur les prises en charge et la patientèle, et de la SAE, qui fournit un bilan annuel des capacités, du personnel et de l'activité des établissements de santé.

Le RIM-P : une approche de l'activité par la patientèle

L'arrêté du 29 juin 2006 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité de psychiatrie, a mis en place le RIM-P. Depuis 2007, l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH) remonte donc des informations sur tous les séjours, venues ou actes ambulatoires réalisés dans les services des établissements de santé ayant une activité de psychiatrie. À chacun de ces séjours est associé un patient, avec un numéro unique et anonyme. Ce recueil permet de disposer d'informations sur le patient (sexe et âge) et les principales caractéristiques du séjour (diagnostic principal, mode d'entrée et de sortie...). Le RIM-P constitue un outil d'analyse central dans le cadre de l'exploration de nouveaux modes de financement de l'activité en psychiatrie mais permettra également une analyse plus fine des prises en charge, en lien avec quelques éléments de morbidité : déroulement d'un séjour, alternance des prises en charge, trajectoires de patients, etc.

LA SAE : un bilan annuel sur les capacités, le personnel et l'activité

La SAE est une enquête administrative annuelle, exhaustive et obligatoire auprès des établissements de santé publics et privés installés en France (métropole et DOM). Actualisée tous les ans depuis 1974, elle recueille, pour chaque établissement de santé, des données sur les facteurs de production qu'il met en œuvre pour réaliser son activité : les capacités (lits et places), les équipements (plateaux techniques), le personnel (praticiens salariés et libéraux par spécialité exercée) et permet ainsi le calcul de taux d'occupation. Le questionnaire se compose de bordereaux regroupés par thèmes. Depuis la collecte sur l'activité de l'année 2006, un bordereau propre à la psychiatrie permet de décrire les prises en charge spécifiques à cette activité de soins, en accord avec les concepts utilisés dans le RIM-P.

Les données administratives, telles que déclarées par les établissements, sont accessibles sur un site internet de diffusion : <http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr/>

1.2 - Les RAPSY : une description détaillée de l'organisation des diverses prises en charge en psychiatrie

Dans ce cadre, l'objectif des RAPSY est de disposer d'une description de l'offre de soins en psychiatrie relativement fine par son niveau géographique et par l'utilisation d'indicateurs qualitatifs. Les données collectées doivent permettre à tous les acteurs de disposer tout d'abord d'indicateurs de description des établissements de santé, de localisation des structures de soins rattachées aux établissements, mais également de réaliser des études sur l'offre de soins en santé mentale et d'alimenter ainsi la réflexion sur l'organisation des soins au niveau local ou national, tout en évitant la mise en place d'enquêtes supplémentaires.

Un éclairage sur l'organisation des soins et les pratiques professionnelles

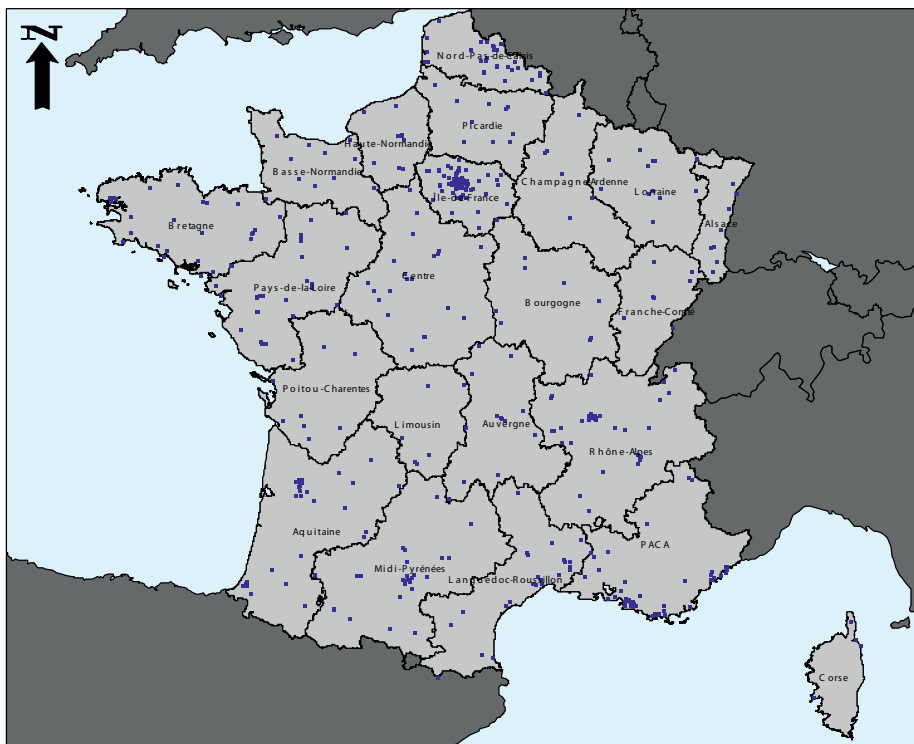
Au-delà d'indicateurs détaillés sur le nombre de patients pris en charge, le nombre de lits ou places et les personnels, les RAPSY fournissent des éléments sur certaines unités de soins spécifiques, dédiées à des populations particulières de patients définies par l'âge ou la prise en charge d'un type de pathologie. L'enquête s'est intéressée également aux organisations des établissements quant à l'accueil des nouveaux patients, la permanence et la continuité des soins, la prise en charge des urgences psychiatriques ou encore la prise en charge somatique des patients en service de psychiatrie. Elle a porté par ailleurs sur les actions de promotion de la santé, de prévention et de dépistage, ou encore d'insertion sociale, entreprises par les établissements de santé. Les interventions d'équipes de psychiatrie dans les établissements médicosociaux d'une part et dans des services sanitaires autres que ceux de psychiatrie et d'urgences (psychiatrie de liaison) d'autre part ont également été enquêtées. L'organisation des soins sans consentement faisait l'objet d'une partie spécifique du questionnaire. Enfin, les RAPSY portaient également sur l'intervention en milieu pénitentiaire, hors SMPR.

La localisation de l'offre de soins par un recueil d'information auprès des services ou lieux de soins de psychiatrie

La psychiatrie se caractérise par l'existence de nombreuses prises en charge alternatives à l'hospitalisation, en particulier dans des structures extrahospitalières. En effet, la mise en place de la sectorisation en psychiatrie (voir encadré 1), initiée dans les années 60, visait à limiter l'hospitalisation en offrant aux personnes souffrant de troubles psychiques des modalités de soins adaptées aux différentes pathologies à chaque phase de la maladie, dans des structures proches de leur milieu de vie et d'activité. Les orientations stratégiques du plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008 et des 3èmes schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS 3) comprenaient la poursuite de cette diversification des activités et des structures de prises en charge alternatives à l'hospitalisation à temps plein et en ambulatoire. La volonté de garantir proximité et continuité des soins a impliqué une organisation particulière des établissements de santé. Pour appréhender cette spécificité, les rapports d'activité de psychiatrie ont interrogé, outre l'établissement de santé, les structures de prises en charge qui dépendent de l'établissement. Ce mode d'interrogation permet de localiser avec plus de précision l'offre de soins disponible sur le territoire ainsi que de mieux la caractériser, certains items ne pouvant être renseignés au niveau trop global de l'établissement de santé.

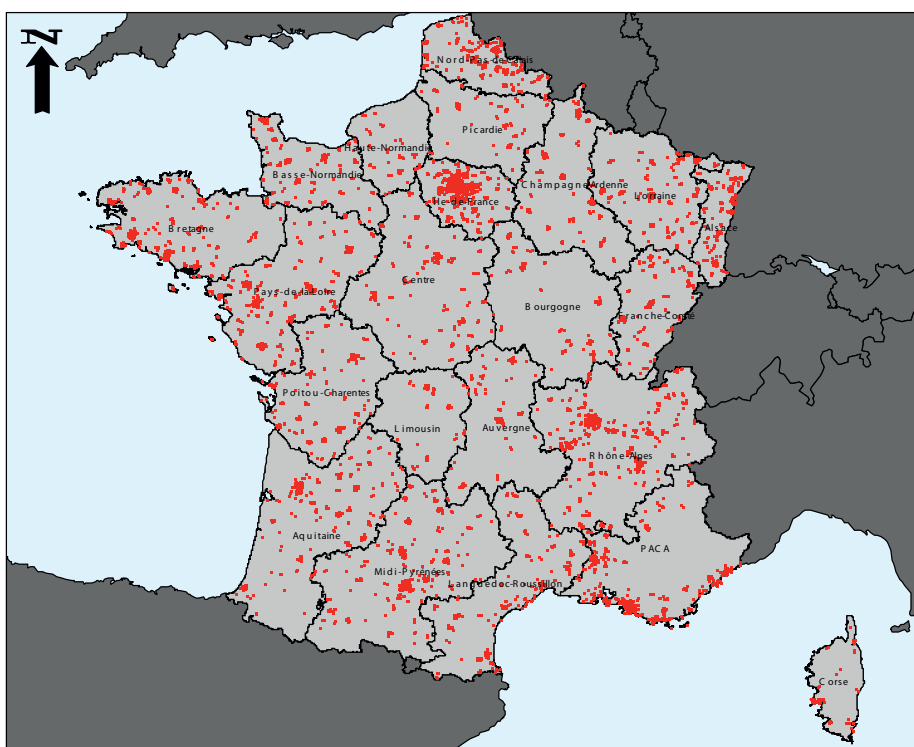
Les cartes 1 et 2 illustrent la différence de répartition géographique entre les adresses des entités interrogées comme établissement de santé et les lieux de prise en charge, et ainsi l'intérêt d'une interrogation à deux niveaux.

Carte 1 : Établissements de santé ayant répondu dans les RAPSY



Source : DREES, RAPSY 2008, données administratives.

Carte 2 : Structures de prise en charge décrites dans les RAPSY



Source : DREES, RAPSY 2008, données administratives.

Encadré 1 : La sectorisation psychiatrique

L'offre hospitalière de soins en psychiatrie s'est organisée à compter des années 1960 autour du concept de la sectorisation psychiatrique. Cette dernière s'est appuyée sur la définition de zones-géo-démographiques sur l'ensemble du territoire, au sein desquelles une même équipe pluridisciplinaire est responsable des interventions et soins, assurant la continuité des prises en charge, allant de la prévention jusqu'à la réinsertion sociale. Pour ce faire, des prises en charge diversifiées ont été développées, à temps complet, à temps partiel et en ambulatoire (voir encadré N°2), au plus près des lieux de vie des patients.

Trois types de secteurs psychiatriques ont été définis :

- Les secteurs de psychiatrie générale devant principalement répondre aux besoins de santé mentale d'environ 70 000 adultes de 17 ans et plus.
- Les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile responsables des prises en charge des enfants et adolescents de moins de 17 ans.
- Les secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire en charge des soins de santé mentale auprès des populations détenues.

Toutefois, afin de proposer une réponse adaptée aux besoins d'une population particulière selon l'âge ou la pathologie, les secteurs de psychiatrie ont souvent été amenés à développer des structures intersectorielles, permettant la mise en commun de moyens et de personnels. Ces structures peuvent être des dispositifs intersectoriels non formalisés (ou non autonomes), dans le cas où elles sont sous la responsabilité d'un secteur tout en se chargeant de prestations pour plusieurs secteurs. Elles sont dites dispositifs intersectoriels formalisés (ou autonomes) lorsqu'elles ont été créées par les instances de l'établissement afin d'assurer des missions pour plusieurs secteurs. Ces dispositifs correspondent alors à une fédération, un département ou un service et peuvent comporter plusieurs activités, plusieurs équipements, plusieurs unités fonctionnelles.

En application des dispositions de l'ordonnance du 4 septembre 2003, la régulation de l'offre en psychiatrie entre maintenant dans le cadre commun à l'ensemble des activités sanitaires. Désormais, le territoire de santé est l'aire géographique de référence pour toutes les activités sanitaires. Le secteur a perdu sa dimension géographique pour ne conserver qu'une approche fonctionnelle, comme le mentionne la circulaire du 25 octobre 2004. L'article L3221-1 du code de la Santé publique précise que les établissements autorisés en psychiatrie exercent leurs missions dans le cadre des territoires de santé.

La Loi du 21 juillet 2009 reprend et étend les principes d'organisation territoriale des soins, de coopération entre acteurs et de continuité des soins à l'origine de l'organisation sectorielle en santé mentale. Elle inscrit dans les missions des établissements de santé, quelle que soit l'activité de soins autorisée, la coordination entre acteurs des soins en relation avec les professionnels de santé exerçant en ville et les établissements et services médico-sociaux, dans le cadre défini par l'agence régionale de santé et en concertation avec les conseils généraux. Par ailleurs, elle prévoit que tous les établissements de santé peuvent délivrer des soins avec hébergement, mais également sous forme ambulatoire ou à domicile.

1.3 - Les RAPSY : Caractéristiques de la collecte et taux de réponse

Un protocole d'enquête particulier

Pour répondre aux différents objectifs présentés ci-avant, l'enquête comprend donc deux niveaux de recueil. Un questionnaire est rempli par l'établissement et un autre questionnaire par chaque structure de prise en charge de cet établissement.

Une structure de prise en charge est définie par une adresse, une nature de prise en charge - à temps complet, à temps partiel ou en ambulatoire - et un mode de prise en charge : psychiatrie générale ou infanto-juvénile (voir encadré 2). Dans ce cadre, les établissements avaient la possibilité de regrouper ou non les différents services au sein d'une même structure, en fonction de leur organisation des prises en charge et de leur système d'information.

Afin de pouvoir apparier les résultats des RAPSY et de la SAE, le mode d'interrogation du niveau établissement a été choisi semblable à celui de la SAE. L'établissement peut désigner ici l'entité juridique ou l'entité géographique qui a été interrogée. Ainsi, pour les établissements publics, c'est l'entité juridique qui est interrogée. Pour les établissements privés, plusieurs cas sont différenciés. Si une entité juridique est composée d'une seule entité géographique alors c'est cette dernière qui est interrogée. Si une entité juridique est composée de plusieurs entités géographiques situées dans le même département alors l'entité juridique doit répondre pour l'ensemble de ses entités géographiques. Enfin, si une entité juridique est constituée de plusieurs entités géographiques implantées dans différents départements, une entité géographique principale est désignée dans chacun de ces départements et est en charge de l'information de l'ensemble des entités géographiques du même département.

La collecte a comporté une phase préalable dite de « pré-enquête téléphonique », pendant laquelle chaque établissement de santé susceptible d'avoir une activité de psychiatrie a été contacté. Après avoir vérifié que l'établissement faisait partie du champ de l'enquête, un référent a été identifié au sein de l'établissement pour la durée de la collecte et a communiqué la liste des structures de son établissement. Des questionnaires personnalisés ont ensuite été adressés par voie postale à l'ensemble des établissements ayant une activité de psychiatrie en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer (DOM). Une société de service était en charge de la collecte des questionnaires papier et d'un premier contrôle de ceux-ci.

Enfin, les données saisies ont permis la production d'une base « administrative », restituant les déclarations des établissements. Au fur et à mesure des exploitations et des études sera constituée en 2011 une base dite « statistique », c'est-à-dire une base dans laquelle certaines données auront été corrigées notamment de la non-réponse totale et partielle.

Encadré 2 - Les prises en charge en psychiatrie en établissements de santé

Trois grandes natures de prise en charge sont distinguées en psychiatrie : les prises en charge à temps complet, à temps partiel et en ambulatoire. Au sein de chacune de ces natures de prise en charge sont définies diverses formes d'activité, correspondant souvent au lieu de leur réalisation.

Les prises en charge en ambulatoire

Elles désignent l'accueil et les soins réalisés en centre médico-psychologique (CMP) ainsi que les consultations réalisées dans d'autres lieux, notamment ce qui relève de la psychiatrie de liaison en établissement sanitaire et social.

Le **CMP** est censé être la structure pivot autour de laquelle s'organisent les actions de prévention, de diagnostics, de soins ambulatoires et d'interventions à domicile. Il peut comporter des antennes auprès de tout établissement ou service qui nécessite des prestations entrant dans le cadre de la prise en charge de la santé mentale.

Les prises en charge à temps partiel

Il s'agit de prises en charge plus importantes que celles en ambulatoire sans impliquer une prise en charge continue de jour et de nuit. Ces prises en charge sont réalisées dans 4 types de structures.

Les **hôpitaux de jour** prodiguent des soins polyvalents, individualisés et intensifs au cours de toute ou une partie de la journée.

Les **hôpitaux de nuit** assurent des prises en charge thérapeutiques de fin de journée et une surveillance médicale de nuit. Ils sont destinés à des patients qui ont acquis une certaine autonomie dans la journée mais qui ont besoin d'être pris en charge la nuit, voire le week end.

Les **centres d'accueil thérapeutique à temps partiel** (CATTP) visent à maintenir ou favoriser une existence autonome par des actions de soutien et de thérapeutique de groupe.

Le CATTP est censé se différencier de l'hôpital de jour par une densité moindre des soins, par une activité davantage orientée vers la reprise de l'autonomie et la réadaptation sociale.

En pratique, les professionnels expriment souvent des difficultés à différencier les utilisations de ces deux types de structures. Les informations portant sur l'activité des hôpitaux de jour et des CATTP reposent donc certainement sur des réalités de pratique un peu hétérogènes.

Enfin, les **ateliers thérapeutiques** ont pour objectif le réentraînement à l'exercice d'une activité professionnelle ou sociale. Ils utilisent des techniques de soins particulières, notamment des groupes ergothérapeutiques : pratique d'activités artisanales, artistiques ou sportives...

Les prises en charge à temps complet

Les prises en charge à temps complet sont réalisées dans des lieux permettant la surveillance et les soins 24 heures sur 24.

La forme d'activité la plus répandue est l'**hospitalisation à temps plein** (ou hospitalisation complète). Elle est en principe réservée aux situations aiguës et aux malades les plus difficiles, et doit permettre des soins intensifs et permanents autour des patients, mis à distance de leur environnement.

Les **centres de postcure** sont définis comme des unités de moyen séjour destinées à assurer, après la phase aiguë de la maladie, le prolongement des soins et traitements nécessaires à la réadaptation à une vie autonome.

Les **centres de crise** sont des unités qui sont des unités destinées à répondre aux situations d'urgence et de détresse aiguës. Elles doivent mettre en place la possibilité d'un accueil 24h sur 24 et de prises en charge intensives et de courte durée.

Les **appartements thérapeutiques** sont des unités de soins, situées en dehors de l'hôpital, mises à disposition de quelques patients pour des durées limitées et nécessitant une présence importante, sinon continue, de personnels soignants. Ils sont à visée de réinsertion sociale.

Le **placement familial thérapeutique** permet le traitement de patients de tous âges, placés dans des familles d'accueil, pour lesquels le maintien ou le retour à leur domicile ou dans leur famille naturelle ne paraît pas souhaitable ou possible. Il peut être envisagé à moyen et long terme et généralement proposé en complément avec un autre dispositif de soins.

Les services **d'hospitalisation à domicile** organisent des soins réguliers, voire quotidiens, à domicile, éventuellement associés à des prestations d'entretien nécessitées par l'état de dépendance du patient.

Taux de réponse à l'enquête

L'enquête a été adressée aux 600 établissements de santé ayant une activité de psychiatrie en France et aux structures qui les composent, avec un taux de réponse global très satisfaisant de 80 % des établissements interrogés. Un établissement est considéré comme répondant s'il a renvoyé au moins un questionnaire. Parmi ceux-ci, 8 n'ont renvoyé que le questionnaire de niveau établissement et aucun questionnaire par structure. A l'inverse, 13 établissements ont transmis les informations concernant leurs structures de prise en charge mais pas celles du niveau établissement.

Les taux de réponse par statut juridique (public, privé à but non lucratif, privé à but lucratif) sont semblables. Les résultats issus de l'enquête ne sont donc pas influencés par une sur ou sous-représentation d'un de ces types d'établissement (voir tableau 1).

Tableau 1 - Taux de réponse par statut juridique

	Nombre d'établissements ayant renvoyé au moins un questionnaire	Nombre d'établissements interrogés	Taux de réponse
Etablissements publics	224	273	82%
Etablissements privés à but non lucratif	130	165	79%
Etablissements privés à but lucratif	129	157	82%
TOTAL	483	595	81%

Source : DREES, RAPSY 2008, données administratives.

Les taux de réponse par région ne sont pas très différents en termes de nombre d'unités interrogées. Toutefois, il existe des variations plus importantes au niveau départemental. D'autre part, la taille des établissements étant très variable, le taux de réponse exprimé en nombre d'établissements n'est pas exactement équivalent à la part de l'activité ou des prises en charge décrite. Ainsi, dans certaines régions, le taux de réponse en termes de capacités d'accueil des établissements peut être bien plus faible que celui par unités interrogées (Haute Normandie, Limousin), ou au contraire plus élevé (Lorraine, Midi Pyrénées, Champagne Ardennes). Au niveau national, les établissements ayant répondu aux RAPSY représentent 83% des lits et places en psychiatrie générale et infanto-juvénile.

Les taux de réponse départementaux sont détaillés dans le tableau 2. La liste des établissements à interroger, et donc leur nombre, a été établie à l'aide de la SAE et de FINESS¹, dans une définition relativement large en premier lieu. Puis, lors de la pré-enquête téléphonique, il a été vérifié auprès des établissements qu'ils entraient bien dans le champ de l'enquête, c'est-à-dire l'ensemble des établissements de santé ayant une activité de psychiatrie en France métropolitaine et dans les DOM. Les colonnes indiquant les capacités d'accueil des établissements de santé par département, pour les établissements ayant répondu aux RAPSY d'une part, et pour l'ensemble des établissements qui étaient interrogés d'autre part, ont été réalisées à l'aide des données de la SAE 2008, qui est considérée comme exhaustive (taux de réponse de l'ordre de 99 %).

¹ Fichier National des Établissements Sanitaires et Sociaux. <http://finess.sante.gouv.fr/>

Précautions d'utilisation des données

Au-delà de la non-réponse totale (un établissement ne répond pas du tout à l'enquête), il peut exister de la non-réponse partielle (un établissement ne répond pas à certaines questions). Les résultats présentés dans ce document doivent donc être interprétés avec précaution, notamment dans le cadre de comparaisons inter ou intra régionales, en tenant compte des taux de réponse départementaux et de la possibilité de non-réponse partielle. Les données du RIM-P et de la SAE sont des compléments utiles à certaines exploitations visant à produire des totaux nationaux (ou infra nationaux) précis, portant sur les capacités d'accueil, le personnel et la mesure de l'activité. Les résultats quantitatifs bruts des RAPSY présentés ici, et en considérant les taux de réponse, permettent de donner des ordres de grandeur et de mettre en relation certaines informations (étude de corrélations). La non-réponse, qu'elle soit partielle ou totale, n'est en revanche pas problématique pour l'étude de variables qualitatives². En effet, la répartition des réponses aux questions de ce type (oui/non ; toujours/souvent/parfois/jamais...) peut être étudiée sur le champ des établissements ayant répondu à la question. Dans l'hypothèse où aucune catégorie d'établissements n'est sur ou sous représentée, on peut en effet considérer que ces chiffres sont représentatifs de la réalité.

Il convient de préciser que les informations de type « File active » (nombre de patients vus au cours de l'année, nombre de patients différents pris en charge à temps complet...) sommées par département, région ou pour la France entière peuvent, dans certains cas, comporter un léger biais. En effet, ces informations sont collectées au niveau établissement, et dans la mesure du possible en éliminant les doublons (par exemple, un patient reçu plusieurs fois dans l'année par l'établissement de santé n'est compté qu'une seule fois dans l'item « nombre de patients différents vus au cours de l'année »). En sommant ces nombres, on peut néanmoins compter un même patient plusieurs fois dès lors qu'il a été vu dans plusieurs établissements différents au sein de la même région.

² Une variable est dite qualitative lorsque la valeur qu'elle peut prendre n'est pas une quantité mais une modalité.

Tableau 2 - Taux de réponse départementaux

	Nombre d'établissements ayant renvoyé au moins un questionnaire	Nombre d'établissements interrogés	Taux de réponse	Capacités en lits et places des établissements ayant répondu	Capacités en lits et places des établissements interrogés	Taux de réponse
ALSACE	8	8	100%	2314	2314	100%
BAS-RHIN	3	3	100%	1360	1360	100%
HAUT-RHIN	5	5	100%	954	954	100%
AQUITAINE	33	39	85%	4631	5493	84%
DORDOGNE	4	4	100%	1008	1008	100%
GIRONDE	16	20	80%	2199	2379	92%
LANDES	3	4	75%	455	493	92%
LOT-ET-GARONNE	3	3	100%	541	541	100%
PYRENEES-ATLANTIQUES	7	8	88%	428	1072	40%
AUVERGNE	12	15	80%	2282	3110	73%
ALLIER	3	4	75%	941	1084	87%
CANTAL	3	3	100%	305	305	100%
HAUTE LOIRE	0	1	0%		424	0%
PUY-DE-DOME	6	7	86%	1036	1298	80%
BASSE-NORMANDIE	12	13	92%	2077	2160	96%
CALVADOS	6	7	86%	792	875	90%
MANCHE	3	3	100%	833	833	100%
ORNE	3	3	100%	452	452	100%
BOURGOGNE	11	14	79%	1492	2328	64%
COTE D'OR	3	4	75%	246	748	33%
NIEVRE	2	3	67%	89	342	26%
SAONE-ET-LOIRE	3	3	100%	647	647	100%
YONNE	3	4	75%	510	591	86%
BRETAGNE	26	31	84%	4765	6261	76%
COTES D'ARMOR	5	5	100%	1084	1084	100%
FINISTERE	9	11	82%	1907	1985	96%
ILLE-ET-VILAINE	6	8	75%	358	1706	21%
MORBIHAN	6	7	86%	1416	1487	95%
CENTRE	22	28	79%	3197	3837	83%
CHER	2	2	100%	838	838	100%
EURE ET LOIR	3	3	100%	500	500	100%
INDRE	3	4	75%	296	346	86%
INDRE-ET-LOIRE	5	8	63%	571	857	67%
LOIR-ET-CHER	5	7	71%	408	712	57%
LOIRET	4	4	100%	584	584	100%
CHAMPAGNE-ARDENNE	6	7	86%	1627	1663	98%
ARDENNES	1	1	100%	395	395	100%
AUBE	1	1	100%	384	384	100%
MARNE	3	4	75%	511	547	93%
HAUTE-MARNE	1	1	100%	337	337	100%
CORSE	5	5	100%	461	461	100%
CORSE DU SUD	1	1	100%	243	243	100%
HAUTE-CORSE	4	4	100%	218	218	100%
FRANCHE-COMTE	7	8	88%	1709	1721	99%
DOUBS	4	5	80%	531	543	98%
JURA	1	1	100%	462	462	100%
HAUTE-SAONE	1	1	100%	543	543	100%
TERRITOIRE DE BELFORT	1	1	100%	173	173	100%
HAUTE-NORMANDIE	9	12	75%	732	2289	32%
EURE	3	3	100%	474	474	100%
SEINE-MARITIME	6	9	67%	258	1815	14%
ILE-DE-FRANCE	92	122	75%	11580	14924	78%
PARIS	26	33	79%	3572	3754	95%
SEINE-ET-MARNE	10	12	83%	1103	1181	93%
YVELINES	11	14	79%	1387	1674	83%
ESSONNE	6	9	67%	1699	2113	80%
HAUTS-DE-SEINE	14	18	78%	601	998	60%
SEINE-ST-DENIS	3	7	43%	56	1226	5%
VAL-DE-MARNE	9	15	60%	1594	2346	68%
VAL-D'OISE	13	14	93%	1568	1632	96%

	Nombre d'établissements ayant renvoyé au moins un questionnaire	Nombre d'établissements interrogés	Taux de réponse	Capacités en lits et places des établissements ayant répondu	Capacités en lits et places des établissements interrogés	Taux de réponse
LANGUEDOC-ROUSSILLON	29	34	85%	3726	4349	86%
AUDE	2	3	67%	362	455	80%
GARD	12	15	80%	817	1235	66%
HERAULT	10	11	91%	1587	1699	93%
LOZERE	1	1	100%	237	237	100%
PYRENEES-ORIENTALES	4	4	100%	723	723	100%
LIMOUSIN	7	10	70%	666	1617	41%
CORREZE	4	5	80%	333	371	90%
CREUSE	2	2	100%	313	313	100%
HAUTE-VIENNE	1	3	33%	20	933	2%
LORRAINE	12	17	71%	2775	3263	85%
MEURTHE-ET-MOSELLE	4	7	57%	794	821	97%
MEUSE	2	2	100%	468	468	100%
MOSELLE	5	7	71%	1094	1555	70%
VOSGES	1	1	100%	419	419	100%
MIDI-PYRENEES	27	33	82%	4738	5047	94%
ARIEGE	2	2	100%	197	197	100%
AVEYRON	1	3	33%	426	511	83%
HAUTE-GARONNE	13	17	76%	1792	2017	89%
GERS	2	2	100%	306	306	100%
LOT	1	1	100%	278	278	100%
HAUTES-PYRENEES	3	3	100%	579	579	100%
TARN	3	3	100%	802	802	100%
TARN-ET-GARONNE	2	2	100%	358	358	100%
NORD-PAS-DE-CALAIS	30	36	83%	4217	5076	83%
NORD	18	22	82%	2490	3188	78%
PAS-DE-CALAIS	12	14	86%	1726	1888	91%
PAYS DE LA LOIRE	25	28	89%	4667	4812	97%
LOIRE ATLANTIQUE	9	11	82%	1579	1674	94%
MAINE-ET-LOIRE	6	6	100%	1213	1213	100%
MAYENNE	5	5	100%	422	422	100%
SARTHE	1	2	50%	595	645	92%
VENDEE	4	4	100%	857	857	100%
PICARDIE	10	11	91%	3317	3393	98%
AISNE	4	4	100%	1007	1007	100%
OISE	2	3	67%	1643	1719	96%
SOMME	4	4	100%	667	667	100%
POITOU-CHARENTES	10	11	91%	2377	2413	99%
CHARENTE	1	2	50%	424	460	92%
CHARENTE MARITIME	6	6	100%	817	817	100%
DEUX-SEVRES	2	2	100%	469	469	100%
VIENNE	1	1	100%	667	667	100%
PROVENCE-ALPES-COTE D'AZUR	48	53	91%	7066	8152	87%
ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE	0	1	0%	251	282	89%
HAUTES-ALPES	3	3	100%		251	0%
ALPES MARITIMES	10	13	77%	678	1452	47%
BOUCHES-DU-RHONE	22	23	96%	3674	3704	99%
VAR	11	11	100%	1250	1250	100%
VAUCLUSE	2	2	100%	1213	1213	100%
RHONE-ALPES	36	48	75%	6397	7909	81%
AIN	0	2	0%		664	0%
ARDECHE	1	1	100%	370	370	100%
DROME	2	4	50%	209	718	29%
ISERE	7	9	78%	994	1125	88%
LOIRE	7	8	88%	867	893	97%
RHONE	14	17	82%	2907	2968	98%
SAVOIE	1	1	100%	454	454	100%
HAUTE-SAVOIE	4	6	67%	596	716	83%
GAUDELouPE	2	5	40%	427	495	86%
GUYANE	1	2	50%	99	99	100%
MARTINIQUE	0	2	0%		395	0%
REUNION	3	3	100%	699	699	100%
FRANCE ENTIERE	483	595	81%	78037	94280	83%

Sources : DREES, RAPSY 2008, données administratives.
DREES, SAE 2008, données statistiques.

1.4 - Les RAPSY : Exploitation et diffusion des résultats

Ce document de synthèse présentant les principaux résultats régionaux, voire infra régionaux des RAPSY, sous forme de tableaux et de représentations cartographiques des lieux de soins, a été élaboré après avoir recueilli les besoins et avis d'un certain nombre d'utilisateurs régionaux et nationaux. Parallèlement, une base Excel simplifiée³ des données, telles que renseignées par les établissements, a été constituée et mise en forme dans un format ergonomique pour la diffuser largement aux utilisateurs. L'ensemble des données plus détaillées (format SAS ou ACCESS) est accessible gratuitement sur simple demande⁴ auprès de la DREES. Des études statistiques à partir des RAPSY, en y associant d'autres sources de données seront réalisées par la suite et accessibles, comme ce document, sur le site internet du ministère.

Entretiens avec les utilisateurs⁵

Les entretiens réalisés avaient pour but de recueillir des avis généraux sur la mise à disposition des données, ainsi que les besoins plus précis des utilisateurs dans le cadre des données existantes dans les RAPSY. Ils ont également été l'occasion d'échanger sur les usages envisagés des données, les particularités régionales de l'organisation de l'offre de soins en santé mentale, et sur les limites posées par certains termes ou questions utilisés dans l'enquête. Nous remercions les participants pour le temps qu'ils ont bien voulu consacrer à ce travail et pour les différentes remarques et informations qu'ils nous ont ainsi communiquées. Les échanges ont été particulièrement riches et ont ainsi permis d'améliorer la forme de ce document de travail et de suggérer d'ores et déjà des pistes d'études.

Une trentaine de personnes ont été interrogées au mois d'octobre 2010 au cours d'une vingtaine d'entretiens réalisés en face à face ou par téléphone. Les interviewés sont de profils très différents : médecin DIM, directeurs et utilisateurs de ce type de données en établissement de santé ; membres des directions du ministère ; statisticiens régionaux et correspondants régionaux sur la santé mentale en ARS et membre des directions des ARS. Ils exercent dans plusieurs régions : Centre, Île-de-France, Languedoc-Roussillon, Nord-Pas-de-Calais, Pays de la Loire, Picardie, Poitou-Charentes, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Rhône-Alpes. Les connaissances préalables sur les RAPSY et le système d'information sur la psychiatrie ou encore sur le domaine de la santé mentale étaient donc différentes. En conséquence, les attentes quant aux résultats de l'enquête sont donc également variées, allant des données exhaustives aux analyses finalisées. Ce document n'est qu'une étape dans la valorisation des résultats de l'enquête.

³ Sélection de variables du questionnaire « établissement ».

⁴ DREES-RAPSY@sante.gouv.fr

⁵ Réalisés par Isabelle QUIGNOT, de la société IPSOS, pour la DREES.

Perception générale du document de travail

La proposition d'un document de synthèse des résultats, sous forme de cartes régionales des lieux de soins (questionnaires par structure de prise en charge) et de tableaux (questionnaire « établissement »), a été bien accueillie et approuvée, car répondant à un réel besoin d'information (voir encadré 3). Cet ensemble de données est apparu comme plutôt complet, structuré et cohérent avec les attentes des différents types d'utilisateurs rencontrés. Des craintes ont été formulées sur les possibles mésinterprétations de données brutes (non corrigées de la non-réponse) et de certains concepts en manque de définition. Par conséquent, des précisions sur le vocabulaire et la méthodologie de l'enquête ont été demandées. D'autre part, il a été généralement souhaité que les données soient mises au maximum en perspective par rapport à une population de référence, à un nombre d'établissements, aux spécificités géographiques....

Cartographie des lieux de soins et indicateurs régionaux

La cartographie du volume de l'activité et de la répartition des prises en charge et des structures sur le territoire était très attendue. Beaucoup de demandes de précisions et d'ajout d'informations complémentaires sur les cartes ont donc été formulées.

Les utilisateurs ont exprimé la volonté de pouvoir comparer les régions entre elles d'une part et avec la France entière d'autre part et même de disposer de précisions au niveau départemental. Les variables proposées issues d'une sélection du questionnaire établissement ont quasiment toutes été retenues par les personnes interrogées. Aucune variable n'a fait l'objet d'une demande majoritaire d'ajout. Les remarques ont essentiellement porté sur la compréhension des formulations, le contenu des différentes catégories proposées, la légitimité des résultats et leur mise en perspective.

Expression des disparités régionales

Ces échanges ont également été l'occasion pour les interviewés de s'exprimer sur l'existence de disparités d'organisation de l'offre de soins en santé mentale. Ainsi, la répartition de l'offre de soins en région a été présentée par les personnes interrogées comme liée à plusieurs critères géographiques, sociaux ou politiques : tropisme du chef lieu de région, présence de zones littorales, facteurs climatiques, richesse et structure sociale de la région et spécificités de la politique de santé de la région (avancement du PRS, enquêtes régionales, partenariats..). Les disparités se traduisent dans l'accès aux soins, la répartition entre les secteurs public et privé, la taille des établissements, l'existence de prises en charge de certaines pathologies, la part de l'activité ambulatoire, la densité des psychiatres libéraux en ville.

Encadré 3 – Citations issues des entretiens

Un besoin d'informations

« On est en souffrance, on cherche des informations sur les modalités de prise en charge. »

« Il faut pouvoir mettre en relation le nombre de consultations dans un type de lieu, donc la structure extra-hospitalière avec l'activité et la charge de travail. C'est important car cela représente une grosse charge de travail, un gros déploiement de personnel sur ces structures et finalement elles ne sont pas encore valorisées. »

« Les RAPSY doivent permettre de mieux décrire l'organisation hospitalière et la collaboration entre les acteurs. »

« 70% de l'activité et des moyens, des équipements c'est l'extra-hospitalier. Et dans les bases de données qu'on a, ça en rend très peu compte »

L'intérêt des RAPSY et du document

« Pour moi, les prises en charge spécifiques c'est du détail très précis »

« L'organisation et l'accès au soin, là on est dans le 'micro'. »

« Dans le tableau récapitulatif par département il y a l'essentiel, il n'en faut pas plus pour avoir une vision à un moment donné. »

Plus de précisions sur les concepts et la méthodologie et davantage de mise en perspective

« Si on ne connaît pas la part des non-répondants on ne peut pas comparer ni interpréter »

« Il faudrait tout rapporter à la population et aussi par établissement pour pouvoir faire des comparaisons »

« Les activités, capacités, personnels sont communs à la SAE mais en quoi les RAPSY sont-ils différents? »

« Si on ne peut pas relier l'information au nombre d'établissements qui ont répondu je me servais plutôt de la SAE. »

« Si on ne montre pas les psychiatres libéraux, on passe à côté d'une part très importante de l'offre. »

La forme du document de travail

A la suite de ces entretiens, il a donc été décidé d'organiser ce document de travail selon deux types d'entrée : une entrée par région et une entrée par thème, tout en accordant une part importante à la documentation des méthodes et des concepts. Les mises en perspective ont été faites autant que possible par la présentation de certaines données sous forme de densités, de l'indication du nombre d'habitants (de plus ou de moins de 17 ans), et en rappelant le nombre d'établissements répondants dans la plupart des tableaux où cela est nécessaire à la bonne compréhension et interprétation des indicateurs. Pour davantage de mise en perspective sociodémographique, il est possible d'utiliser d'autres données diffusées par l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques : www.insee.fr.

L'approche « par région » propose, pour chaque région de France métropolitaine et en distinguant psychiatrie générale et psychiatrie infanto-juvénile, une cartographie des structures de prise en charge (à temps complet, à temps partiel et en ambulatoire). En fond de carte sont représentées les densités départementales de lits et places déclarés par les établissements de santé ayant répondu à l'enquête. Il s'agit des lits d'hospitalisation à temps plein, des places d'hospitalisation à domicile, des places en accueil familial thérapeutique, des places en appartement thérapeutique, des lits en centre de post cure, des lits en centre de crise, et des places en hôpital de jour et de nuit, rapportés au nombre d'habitants dans le département. Toutes les informations demandées ne pouvant être représentées sur la même carte, le nombre de lits et places mais aussi de CMP, CATTP et ateliers thérapeutiques, des données sur l'activité, par forme d'activité, ainsi que le nombre d'habitants sont présentés sous forme de tableau, en regard des cartes régionales.

L'approche par « thème » propose des indicateurs sur la plupart des thèmes abordés par l'enquête concernant l'organisation de l'accès aux soins en établissement de santé et les pratiques professionnelles dans le cadre de certaines prises en charge. Cet exercice est également fait sur les capacités d'accueil, l'activité et le nombre de patients, et les personnels. Figurent à chaque fois les indicateurs pour la France entière et pour chacune des régions, y compris les DOM.