

LES DOSSIERS DE LA DREES

N° 112 • septembre 2023

L'offre de soins hospitaliers en psychiatrie : évolutions de 2008 à 2019 et disparités territoriales

Charline Sterchele (DREES)

L'offre de soins hospitaliers en psychiatrie : évolutions de 2008 à 2019 et disparités territoriales

Charline Sterchele (DREES)

Remerciements : Manuella Baraton, Noémie Courtejoie, Aurélie Delaporte, Élisabeth Fery-Lemonnier, Laura Gaimard, Gaëlle Gateaud, Benoît Ourliac, Fabien Toutlemonde (DREES), Justine Forey, Louise Marie-Mabit (DGOS), Direction de l'administration pénitentiaire (DAP)

Retrouvez toutes nos publications sur : drees.solidarites-sante.gouv.fr

Retrouvez toutes nos données sur : data.drees.solidarites-sante.gouv.fr

SYNTHÈSE

Premier poste de dépense de l'Assurance maladie, la psychiatrie présente des caractéristiques spécifiques, avec des modalités de prises en charge variées et une pluralité de sa patientèle. Toutefois, peu de travaux quantitatifs retracent l'évolution sur la dernière décennie de l'offre de soins hospitaliers en psychiatrie. Cette étude statistique illustre la transformation sur la période 2008-2019 en France¹, à la fois au niveau national et territorial. Les données de la statistique annuelle des établissements de santé (SAE) ont été mobilisées, permettant de descendre au niveau départemental et régional (pour les détenus).

Entre fin 2008 et fin 2019, dans les établissements de santé autorisés pour la psychiatrie, le nombre de places (pour la prise en charge à temps partiel) a augmenté, alors que le nombre de lits (pour la prise en charge à temps complet) s'est réduit. L'activité (en nombre de journées pour la prise en charge à temps complet et de venues pour la prise en charge à temps partiel) a globalement baissé. La baisse du nombre de journées de prise en charge à temps complet baisse même plus fortement que le nombre de lits. Les taux d'occupation des lits sont ainsi également en léger recul sur la période.

Si les capacités d'accueil (lits et places) restent majoritairement publiques, la part du secteur privé à but lucratif progresse régulièrement. Le secteur privé à but lucratif a ainsi connu une augmentation de ses capacités, aussi bien en lits qu'en places, comme de son activité et recense également les taux d'occupation des lits les plus élevés tout au long de la période. La part de secteur privé à but non lucratif reste quasi inchangée entre fin 2008 et fin 2019, que ce soit pour la prise en charge à temps complet ou à temps partiel.

L'offre de soins en psychiatrie infanto-juvénile s'effectue principalement à temps partiel, avec la volonté de ne pas couper les enfants et les adolescents de leur environnement familial et social. Entre fin 2008 et fin 2019, le volume d'activité des prises en charge à temps partiel en psychiatrie infanto-juvénile enregistre toutefois une baisse notable. Le nombre de journées de prise en charge à temps complet alternatif au temps plein (accueil familial thérapeutique, hospitalisation à domicile et centres de crise) diminue de manière plus lente mais avec un mouvement de ciseau : au sein de ces prises en charge à temps complet, le nombre de journées d'hospitalisation à temps plein progresse.

La situation est assez différente en psychiatrie générale : l'hospitalisation à temps plein est la forme d'activité majoritaire, mais son nombre de journées et de lits se replie nettement au cours de la période. Le volume d'activité à temps partiel est globalement stable sur la dernière décennie, avec toutefois un fléchissement en fin de période.

Les disparités de densités de lits entre départements (prise en charge à temps complet) sont très élevées en psychiatrie infanto-juvénile, quasiment trois fois supérieures à celles constatées pour la psychiatrie générale en début de période. Mais ces inégalités de capacités d'accueil à temps complet se réduisent significativement pour la psychiatrie infanto-juvénile entre fin 2008 et fin 2019, alors qu'elles restent stables pour la psychiatrie générale. Les disparités de densités de places (prise en charge à temps partiel) sont identiques pour les secteurs de psychiatrie générale et infanto-juvénile. Sur la période étudiée, elles sont quasi stables.

Le nombre de lits et de places pour l'offre de soins en psychiatrie pénitentiaire a connu une progression importante durant la dernière décennie. Le nombre de lits à temps plein a triplé, avec l'ouverture progressive des unités d'hospitalisation spécialement aménagées (UHSA), tandis qu'un doublement des places est observé en hospitalisation de jour. Malgré cette augmentation, les capacités d'accueil restent très inégalement réparties sur le territoire.

¹ Ce dossier se focalise sur l'évolution structurelle de l'offre de soins en psychiatrie lors des douze années précédant la crise sanitaire. Les années 2020 et 2021, particulières en raison de la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19 qui a bouleversé le système de soins français, n'ont pas été intégrées.

SOMMAIRE

■ INTRODUCTION	2
■ LA PSYCHIATRIE : DES PRISES EN CHARGE SPÉCIFIQUES	3
La structuration de la psychiatrie hospitalière.....	3
La nécessité d'une étude sur l'évolution de l'offre de soins en psychiatrie	4
■ LES GRANDES TENDANCES DE L'OFFRE DE SOINS HOSPITALIERS EN PSYCHIATRIE DE 2008 À 2019	6
Un secteur public majoritaire, malgré la progression du secteur privé à but lucratif	6
Diminution du nombre de lits et augmentation du nombre de places	8
Une baisse notable de l'activité hospitalière dans le secteur public	9
Léger recul du taux d'occupation des lits de prise en charge à temps complet depuis 2008	11
■ ÉVOLUTION DE LA RÉPARTITION DÉPARTEMENTALE DE L'OFFRE DE SOINS EN PSYCHIATRIE INFANTO-JUVÉNILE	12
Une offre de soins majoritairement à temps partiel.....	12
Réduction des disparités départementales de densités de lits sur douze ans	12
Des densités départementales de capacité plus élevées et plus homogènes pour le temps partiel que pour le temps complet.....	13
Recul de l'activité en hospitalisation de jour et augmentation d'activité pour le temps plein	14
■ ÉVOLUTION DE LA RÉPARTITION DÉPARTEMENTALE DE L'OFFRE DE SOINS EN PSYCHIATRIE GÉNÉRALE (ADULTE)	16
L'hospitalisation à temps plein reste majoritaire, malgré une diminution du nombre de lits	16
Des densités départementales de lits en psychiatrie générale relativement homogène mais en baisse	16
Une densité nationale de places en psychiatrie générale stable avec des disparités départementales en baisse	17
Une baisse globale de l'activité hospitalière en psychiatrie générale, plus marquée pour la prise en charge à temps complet	18
■ L'OFFRE DE SOINS EN PSYCHIATRIE PÉNITENTIAIRE	19
Triplement des capacités d'accueil des détenus en hospitalisation à temps plein, réalisée majoritairement en UHSA.....	19
Une offre de soins en hospitalisation à temps plein inégalement répartie	20
En douze ans, doublement du nombre de places en hospitalisation de jour pour les détenus	21
Les densités régionales de places en psychiatrie pénitentiaire deviennent un peu plus homogènes en douze ans	22
■ CONCLUSION ET PERSPECTIVES	24
■ POUR EN SAVOIR PLUS	25
Annexe 1. Sources et méthode	26
Annexe 2. Bordereau psychiatrie de la SAE (PSY) en 2019.....	31
Annexe 3. Données sur les UHSA et les SMPR en 2018	32

■ INTRODUCTION

La psychiatrie, enjeu majeur de santé publique, fait l'objet, depuis les années 1970, de politiques publiques visant à organiser l'offre de soins et à améliorer la prévention en la matière. Néanmoins, le nombre de personnes atteintes de maladies psychiques est en constante augmentation² et représente, depuis une dizaine d'années, le premier poste de dépense de l'Assurance maladie, estimé à 25 milliards d'euros en 2021³.

La prise en charge hospitalière en psychiatrie est spécifique et se distingue des autres disciplines hospitalières⁴ par des prises en charge récurrentes et diversifiées (avec notamment un segment « ambulatoire hospitalier » important), son articulation avec les autres modes de prises en charge (soins de ville et médico-social), l'existence de nombreuses structures extrahospitalières, une faible place des actes techniques dans les soins, des financements différents selon les secteurs juridiques (dotation globale ou sous-objectif quantifié national) et des spécificités induites par la fragmentation de ses prises en charge entre de multiples structures.

La psychiatrie a connu de profondes transformations organisationnelles, comme la fermeture des asiles, la volonté de créer une psychiatrie de proximité et la prévention renforcée de la récurrence suicidaire. Plus récemment, suite aux Assises de la santé mentale et de la psychiatrie en 2021, plusieurs dispositifs ont été mis en place pour permettre le remboursement des consultations de psychologues (« Mon Psy »⁵, par exemple). Au 1^{er} janvier 2022, le mode de financement des établissements de santé pour les activités de psychiatrie a été révisé⁶. Enfin, la réforme en cours des autorisations de soins⁷ va induire des changements à partir de la fin de l'année 2023, comme la mise en place d'un référentiel d'autorisation de soins pour la prise en charge ambulatoire ou encore la formalisation d'une mention de soins de psychiatrie périnatale. Toutes ces évolutions concourent à réduire les inégalités d'accès aux soins et à améliorer la qualité des prises en charge.

La présente étude vise à caractériser l'évolution de l'offre de soins hospitaliers en psychiatrie, de 2008 à 2019, pour différents publics (enfants et adolescents, adultes et détenus). L'objectif est de se focaliser sur les évolutions structurelles. Parce que les années 2020 et 2021 sont particulières en raison de la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19 qui a bouleversé le système de soins français, elles n'ont donc pas été intégrées. Suite à un investissement statistique important de mise en cohérence temporelle des données disponibles (*annexe 1*), elle propose un état des lieux territorialisé de l'offre de soins en psychiatrie, pour en souligner les disparités départementales (et régionales pour les personnes détenues). Pour ce faire, l'évolution des différents modes de prises en charge est analysée, tant au niveau des capacités d'accueil que de l'activité. La prise en charge ambulatoire n'est pas abordée dans cette étude⁸, qui se focalise uniquement sur la prise en charge à temps complet et partiel.

² [Comité stratégique de la santé mentale et psychiatrie, feuille de route en santé mentale et psychiatrie, 28 juin 2018.](#)

³ [Caisse nationale de l'Assurance maladie \(2023, juillet\). Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : les propositions de l'Assurance Maladie pour 2024. Rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance Maladie au titre de 2024 \(loi du 13 août 2004\).](#)

⁴ Les autres grandes disciplines hospitalières évoquées ici sont les soins en MCO (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie), en SSR (soins de suite et de réadaptation), en HAD (hospitalisation à domicile) et en USLD (unités de soins de longue durée).

⁵ [Décret n° 2022-195 du 17 février 2022 relatif à la prise en charge des séances d'accompagnement réalisées par un psychologue.](#)

⁶ [Article 34 de la loi de financement de la Sécurité sociale 2020 et décret n° 2021-1255 du 29 septembre 2021 relatif à la réforme du financement des activités de psychiatrie.](#)

⁷ [Décret n° 2022-1263 du 28 septembre 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de psychiatrie.](#)

⁸ Elle fera l'objet d'un travail à venir, dans le cadre d'une analyse conjointe avec les soins de ville.

■ LA PSYCHIATRIE : DES PRISES EN CHARGE SPÉCIFIQUES

La structuration de la psychiatrie hospitalière

La psychiatrie présente des caractéristiques spécifiques, à la fois par la variété des prises en charge et par la segmentation de sa patientèle (*encadré 1*). Les prises en charge dépendent de plusieurs critères, notamment de l'âge ou de la sévérité des troubles mentaux. Depuis les années 1970, elles sont guidées par une volonté de « désinstitutionnaliser » les patients, c'est-à-dire de les soigner au plus proche de leur lieu de résidence. Cependant, lorsque les patients sont en crise ou que la décompensation est trop importante, l'hospitalisation à temps complet (avec nuitée) reste nécessaire. Selon les données de 2019 de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH, 2020), 50 000 enfants et adolescents de moins de 18 ans et 370 000 adultes ont été hospitalisés pour des troubles psychiatriques (sévères ou non), représentant respectivement 11,9 % et 88,1 % des patients hospitalisés en psychiatrie⁹.

La prise en charge à temps complet est principalement réalisée en établissements publics (représentant 63,0 % des lits de temps complet fin 2019). L'hospitalisation à temps plein est la principale forme d'activité au sein des prises en charge à temps complet, représentant 88,9 % des lits de temps complet fin 2019. 95,2 % des lits en hospitalisation à temps plein concernent la psychiatrie générale (adulte) : celle-ci dispose de près de 52 100 lits d'hospitalisation à temps plein fin 2019, pour 17,0 millions de journées. D'autres formes d'activité à temps complet complètent l'hospitalisation à temps plein : les appartements thérapeutiques, les centres de postcure, les centres de crise, les placements familiaux thérapeutiques et l'hospitalisation à domicile. Fin 2019, ces « alternatives au temps plein » représentent 11,1 % du nombre de lits et 8,6 % du nombre de journées de prise en charge à temps complet.

La prise en charge à temps partiel comprend l'hospitalisation de jour, largement majoritaire (avec 96,0 % du nombre total de places fin 2019), ainsi que l'hospitalisation de nuit et les ateliers thérapeutiques¹⁰. La psychiatrie générale concentre la majorité des places en hospitalisation de jour : 66,3 % fin 2019, contre 32,3 % pour la psychiatrie infanto-juvénile (enfants et adolescents). Toutefois, la prise en charge à temps partiel représente 75,7 % des capacités totales (lits et places) pour les enfants et adolescents fin 2019, contre 25,5 % pour les adultes. Ce poids plus important des hospitalisations à temps partiel en psychiatrie infanto-juvénile s'explique avant tout par la volonté de ne pas éloigner les enfants et adolescents de leur environnement familial et social.

Les détenus peuvent également bénéficier de soins en psychiatrie. Cependant, les capacités d'accueil en psychiatrie pénitentiaire sont moins variées et moins nombreuses, au regard de la psychiatrie générale et infanto-juvénile. Les détenus peuvent uniquement être hospitalisés à temps plein dans des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) ou bien dans des établissements de santé autorisés en psychiatrie et habilités à recevoir des patients détenus. Fin 2019, 446 lits au total sont dédiés aux personnes détenues sur l'ensemble du territoire pour 126 084 journées. Les prises en charge à temps partiel en psychiatrie pénitentiaire sont réalisées au sein même des prisons par les équipes des services médico-psychologiques régionaux (SMPR), qui disposent de 394 places, pour 86 586 venues fin 2019.

⁹ Dans la suite de ce dossier, le terme « patients hospitalisés en psychiatrie » désignera les patients pris en charge à temps complet ou partiel dans un établissement de santé pour des soins de psychiatrie (troubles sévères ou non). Les patients pris en charge en ambulatoire en sont exclus.

¹⁰ Cette étude s'intéresse principalement à l'hospitalisation de jour et à l'hospitalisation de nuit pour la prise en charge à temps partiel. Malgré les investissements statistiques réalisés, des incohérences de données persistent, depuis la séparation en 2013 des ateliers thérapeutiques et des centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel. Les ateliers thérapeutiques ne sont donc pas pris en compte dans cette analyse.

Encadré 1 • Les modes de prises en charge

En psychiatrie, l'offre de soins s'organise autour de trois formes de prises en charge :

- le temps complet (plus de 24 heures), qui comprend l'hospitalisation à temps plein, l'accueil familial thérapeutique, l'accueil en centre de postcure, l'accueil en appartement thérapeutique, l'hospitalisation à domicile et l'accueil en centre de crise ;
- le temps partiel (de 3 à 24 heures), qui comprend l'hospitalisation de jour, l'hospitalisation de nuit et les ateliers thérapeutiques ;
- l'ambulatoire (moins de 3 heures), qui mobilise principalement les centres médico-psychologiques (CMP), les unités de consultation des services et les centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel (CATT), ainsi que les consultations réalisées dans d'autres lieux, notamment ceux qui relèvent de la psychiatrie de liaison en établissement sanitaire et social.

N.B. : l'hospitalisation de nuit est une forme d'activité à temps partiel qui permet au patient d'avoir une vie professionnelle et sociale durant la journée. Le patient a besoin d'une prise en charge en fin de journée et d'une surveillance médicale de nuit. Cette activité est comptabilisée à temps partiel car le patient reste moins de vingt-quatre heures, même s'il dort en établissement de santé.

Les différentes prises en charge sont également structurées en trois grands « secteurs » :

- la psychiatrie infanto-juvénile, pour la prise en charge des enfants et des adolescents de 0 à 16 ans ;
- la psychiatrie générale, pour la prise en charge des adultes de plus de 16 ans ;
- la psychiatrie pénitentiaire, pour la prise en charge des détenus adultes de 16 ans ou plus.

La réforme des autorisations de soins de 2023 va engendrer de profondes transformations dans le champ de la psychiatrie. Les trois secteurs vont notamment être remplacés par quatre mentions : la psychiatrie de l'adulte, la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, la psychiatrie périnatale, et les soins sans consentement.

La nécessité d'une étude sur l'évolution de l'offre de soins en psychiatrie

Peu d'études statistiques retracent l'évolution sur la dernière décennie de l'offre de soins hospitaliers en psychiatrie en France, à la fois au niveau national et territorial. Plusieurs travaux se concentrent sur une année spécifique, comme l'ouvrage annuel de la DREES sur les établissements de santé (DREES, 1999-2022) ou encore le rapport de l'Irdes sur les disparités territoriales d'offre et d'organisation des soins (Irdes, 2014).

Certains travaux retracent l'évolution de l'offre de soins de psychiatrie, mais pas sur une période récente, et sans développer d'approche territoriale. Il existe ainsi des travaux : sur l'évolution des politiques en matière de psychiatrie (fonctionnement des hôpitaux, approches cliniques et épidémiologiques) de 1965 à 1987 (Cahiers statistiques, 1990) ; sur l'évolution entre les années 1990 et le début des années 2000 de différents aspects de la psychiatrie, tels que le développement des alternatives à l'hospitalisation à temps plein ou la croissance des différents modes de prises en charge (DREES, 2003) ; ou encore sur l'évolution des prises en charge hospitalières entre 2001 et 2009, incluant un volet sur la psychiatrie (DREES, 2012). Enfin, au niveau départemental, l'Irdes a réalisé une typologie des secteurs pour rendre compte des disparités engendrées par le principe de sectorisation en psychiatrie, d'un point de vue humain, matériel et financier, mais sur les années 1960 à 2009 (Irdes, 2009).

Le principal objectif de ce dossier est donc d'analyser l'évolution des disparités territoriales de l'offre et de l'organisation des soins hospitaliers en psychiatrie entre 2008 et 2019. Pour ce faire, les points majeurs des études citées ci-dessus seront repris et recontextualisés, afin d'appréhender au mieux les changements qu'a connus la psychiatrie dans les années 2010. Ce travail a été réalisé à partir des données de la statistique annuelle des établissements de santé (SAE), et plus particulièrement de celles de son bordereau sur la psychiatrie. Pour caractériser l'offre de soins hospitaliers en psychiatrie, les capacités d'accueil et l'activité hospitalière seront quantifiées selon différents publics et modes de prises en charge, et également selon la catégorie juridique des établissements (public, privé à but lucratif et privé à but non lucratif) [annexe 1].

Les années 2020 et 2021 ont été particulières en raison de la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19, qui a bouleversé le système de soins français (encadré 2). Ces années n'ont pas été intégrées à la présente analyse, qui se focalise donc sur l'évolution structurelle de l'offre de soins en psychiatrie lors des douze années précédant la crise sanitaire.

Encadré 2 • L'offre de soins en psychiatrie en 2020 et 2021

L'épidémie de Covid-19 a impacté toutes les disciplines hospitalières, y compris la psychiatrie. La santé mentale des individus a été mise à rude épreuve pendant et après la pandémie, particulièrement chez les jeunes et les professionnels de santé. Néanmoins, une baisse de l'activité hospitalière en psychiatrie a été observée en 2020, pour toutes les formes de prises en charge.

En 2020, le nombre de journées de prise en charge à temps partiel (hospitalisation de jour et de nuit) a connu une forte baisse par rapport à 2019 (-34,9 %). En effet, les établissements de santé concernés ont quasiment tous fermé durant le premier confinement (du 17 mars au 11 mai). Cela, conjugué aux restrictions, aux jauges et au renoncement aux soins de certains patients par peur de contracter le Covid-19, explique cette baisse significative. L'activité de prise en charge ambulatoire a elle aussi connu une diminution importante, avec une baisse de plus de 1 million d'actes par rapport à 2019, notamment en centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel (CATTP), où cette baisse a atteint 34,9 %.

Le volume d'activité pour la prise en charge à temps complet a aussi nettement reculé, bien que plus modérément, pour atteindre 16,6 millions de journées, après 17,6 millions en 2019 (-5,7 %). La prise en charge à temps complet s'est adaptée et a été réorganisée afin de maintenir une offre pour les situations les plus critiques. Bien que minoritaires par rapport à l'hospitalisation à temps plein, d'autres formes de prises en charge à temps complet, comme l'hospitalisation à domicile (HAD) et les centres de postcure, ont vu augmenter leur nombre de journées, avec respectivement +5,2 % et +13,4 %.

En 2021, la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19 a continué de perturber l'activité hospitalière. Les capacités d'accueil et l'activité continuent de baisser pour la prise en charge à temps complet, passant de 60 608 lits et 18,2 millions de journées en 2020 à 59 853 lits et 17,9 millions de journées en 2021. Cette diminution concerne à la fois le temps plein (-491 lits) et les alternatives au temps plein (-261 lits). Néanmoins, le nombre de venues pour la prise en charge à temps partiel est reparti à la hausse en 2021 (+589 666 venues) mais reste en dessous de son niveau de 2019 (4,7 millions de venues en 2019). Le nombre de places a augmenté de 0,8 %, passant de 29 198 en 2020 à 29 432 en 2021, pour revenir au-dessus du niveau de 2019 (29 266 places).

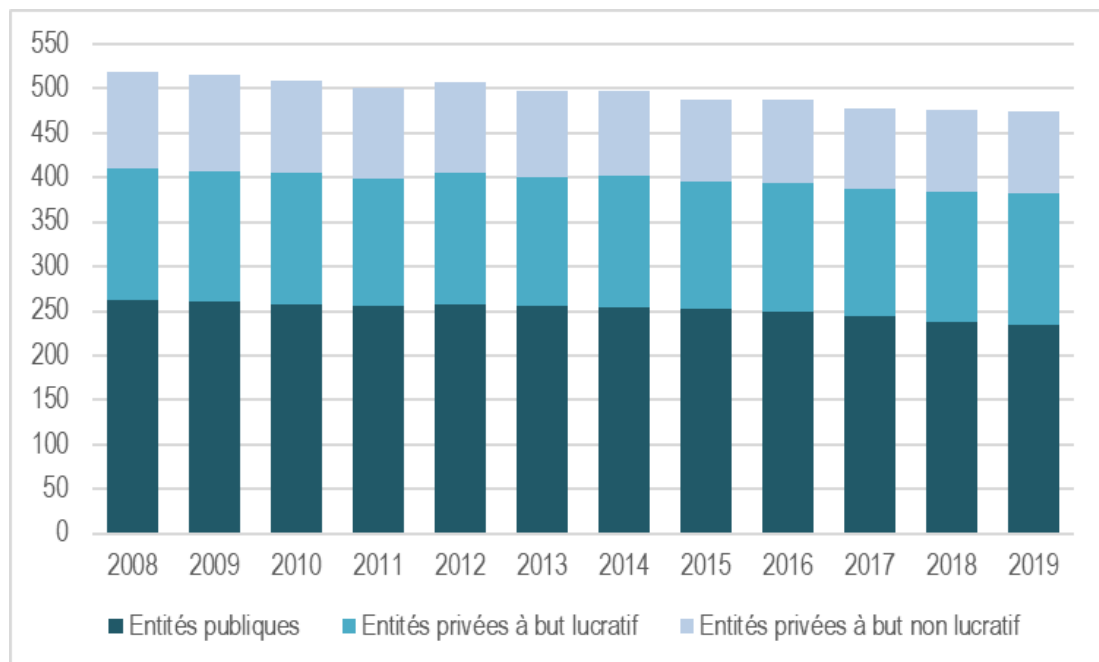
■ LES GRANDES TENDANCES DE L'OFFRE DE SOINS HOSPITALIERS EN PSYCHIATRIE DE 2008 À 2019

La prise en charge hospitalière de la santé mentale est plurielle, du fait d'une offre de soins fractionnée entre de nombreuses structures d'une part, et des publics et des modes de prises en charge différents d'autre part. Elle a connu des évolutions notables sur la période 2008-2019, dont les principales tendances sont d'abord décrites au plan national dans cette section.

Un secteur public majoritaire, malgré la progression du secteur privé à but lucratif

Le nombre d'entités juridiques¹¹ déclarant dans la SAE une prise en charge hospitalière en psychiatrie¹² recule régulièrement, passant de 518 en 2008 à 475 en 2019 (*graphique 1*). La part des entités juridiques publiques est majoritaire, mais recule légèrement, de 50,6 % en 2008 à 49,5 % en 2019. L'autre moitié se répartit entre les cliniques privées à but lucratif (autour de 30 % de 2008 à 2019) et les cliniques privées à but non lucratif (autour de 20 %).

Graphique 1 • Évolution du nombre d'entités juridiques répondant au bordereau PSY de la SAE, de fin 2008 à fin 2019



Lecture > Au 31 décembre 2019, 475 entités juridiques ont déclaré dans la SAE disposer de prises en charge à temps complet ou partiel en psychiatrie. Parmi celles-ci, 235 sont publiques, 148 sont privées à but lucratif et 92 sont privées à but non lucratif.

Champ > Entités juridiques autorisées en psychiatrie et répondant au bordereau PSY de la SAE de 2008 à 2019, France entière, y compris les SSA.

Source > SAE 2008-2019, traitements DREES.

La répartition par secteur juridique des capacités d'accueil hospitalières en psychiatrie s'est transformée au cours de la période étudiée. La part du secteur public a en effet sensiblement diminué au fil des ans, aussi bien pour les prises en charge à temps complet que pour celles à temps partiel. La part des lits des établissements publics passe ainsi de 68,2 % fin 2008 à 63,1 % fin 2019 (-5,1 points), alors que la part du privé à but lucratif passe de 18,0 % à

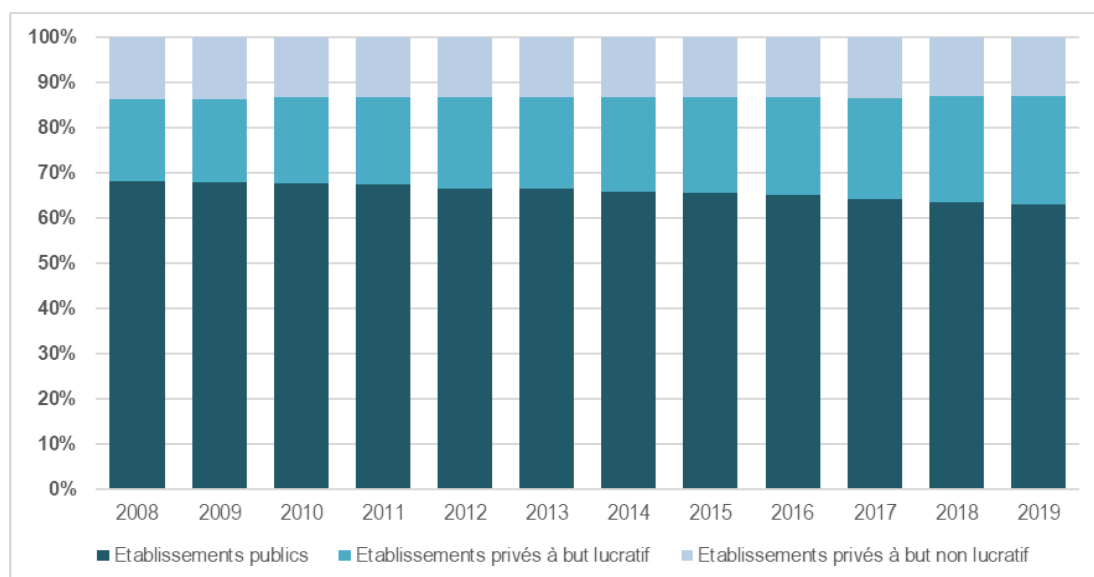
¹¹ Une entité juridique (EJ) renvoie à la notion de personne morale détenant les autorisations de soins. Chaque entité juridique regroupe une ou plusieurs entités géographiques (EG), au sein desquelles sont exercées les activités de soins. Toutes les EG d'une même EJ ont le même statut juridique : public, privé à but lucratif ou non lucratif. Le mode d'interrogation de la SAE a changé en 2013 pour les établissements publics, passant de l'EJ à l'EG. L'évolution du nombre d'établissements est donc commentée au niveau de l'EJ et non au niveau de l'EG, pour garantir une bonne comparaison dans le temps.

¹² Les entités juridiques ayant déclaré uniquement des prises en charge ambulatoires dans la SAE n'ont pas été retenues ici.

24,0 % (+6,0 points) [graphique 2]. Une tendance similaire est observée pour la prise en charge à temps partiel, avec une diminution de 5,5 points de la part des places recensées dans le secteur public et une augmentation de 5,3 points de la part du secteur privé à but lucratif (graphique 3).

La part du privé à but non lucratif reste quasi inchangée au cours de la période, pour les deux formes de prises en charge. Ce secteur comptabilise moins de lits que le secteur privé à but lucratif, mais davantage de places. Cependant, si le privé à but non lucratif comptabilisait près de neuf fois plus de places que le privé à but lucratif fin 2008, il n'en comptabilise plus que deux fois et demie plus fin 2019, du fait de la montée en charge du secteur privé à but lucratif.

Graphique 2 • Répartition du nombre de lits de prise en charge à temps complet en psychiatrie, selon le statut juridique de l'établissement, de fin 2008 à fin 2019

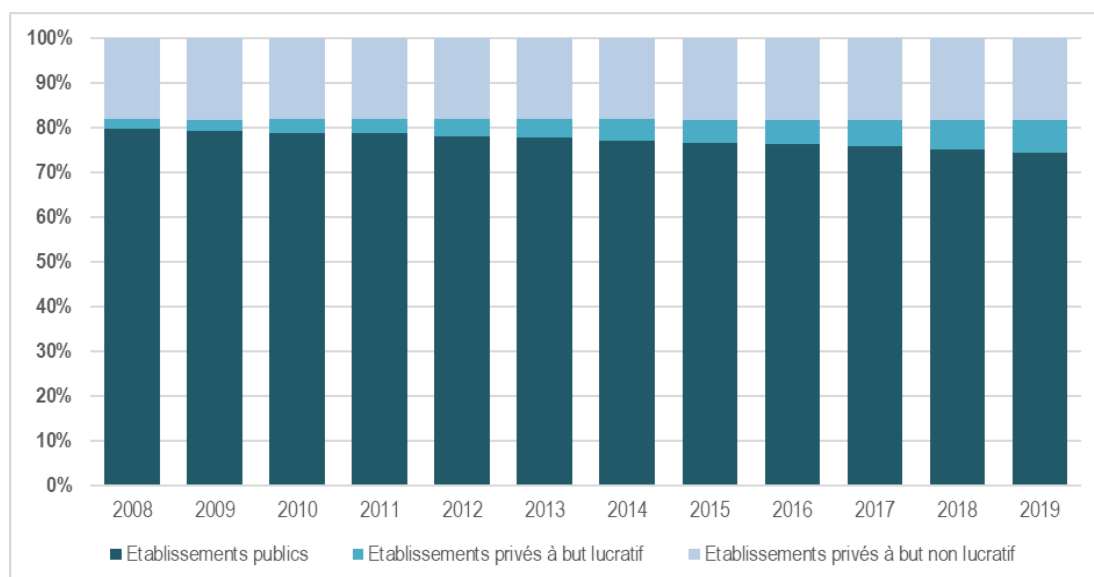


Lecture > Au 31 décembre 2019, 63,1 % des lits de prise en charge à temps complet sont dans le secteur public, 23,9 % dans le secteur privé à but lucratif et 12,9 % dans le secteur privé à but non lucratif.

Champ > Établissements de santé répondant au bordereau PSY de la SAE de 2008 à 2019, France entière, y compris le SSA.

Source > SAE 2008-2019, traitements DREES.

Graphique 3 • Répartition du nombre de places de prise en charge à temps partiel en psychiatrie, selon le statut juridique de l'établissement de santé, de fin 2008 à fin 2019



Lecture > Au 31 décembre 2019, 74,3 % des places de prise en charge à temps partiel sont dans le secteur public, 7,3 % dans le secteur privé à but lucratif et 18,3 % dans le secteur privé à but non lucratif.

Champ > Établissements de santé répondant au bordereau PSY de la SAE de 2008 à 2019, France entière, y compris le SSA.

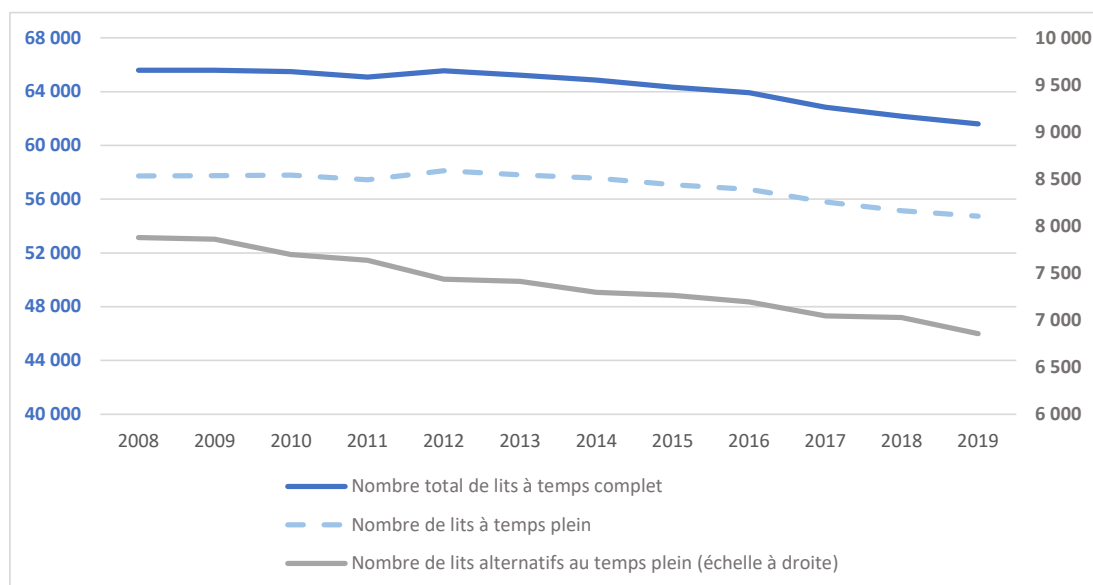
Source > SAE 2008-2019, traitements DREES.

Diminution du nombre de lits et augmentation du nombre de places

Entre fin 2008 et fin 2019, les capacités de prise en charge à temps complet ont diminué de 6,1 %, passant de 65 600 lits fin 2008 à 61 600 lits fin 2019, soit un recul de 4 000 lits en douze ans (*graphique 4*). Cette baisse des capacités s'est opérée au même rythme pour les différentes prises en charge à temps complet. Néanmoins, le nombre de lits en hospitalisation à temps plein a plus fortement baissé (-3 000 lits en douze ans) que pour les autres formes de prises en charge à temps complet (-1 000 lits), du fait de son poids prépondérant parmi la prise en charge à temps complet.

Les capacités d'accueil en hospitalisation à temps plein ont principalement diminué dans le secteur public (-5 000 lits) et dans le secteur privé à but non lucratif (-1 000 lits). En revanche, elles ont nettement progressé dans le secteur privé à but lucratif, dont le nombre de lits à temps plein a augmenté de près de 3 000 en douze ans. Les capacités d'accueil alternatives au temps plein ont diminué dans tous les secteurs juridiques, mais dans une proportion beaucoup moins importante que les lits d'hospitalisation à temps plein (-1 000 lits dans le public, - 10 lits dans le privé à but lucratif et - 42 lits dans le privé à but non lucratif).

Graphique 4 • Évolution du nombre de lits de prise en charge à temps complet en psychiatrie, de fin 2008 à fin 2019



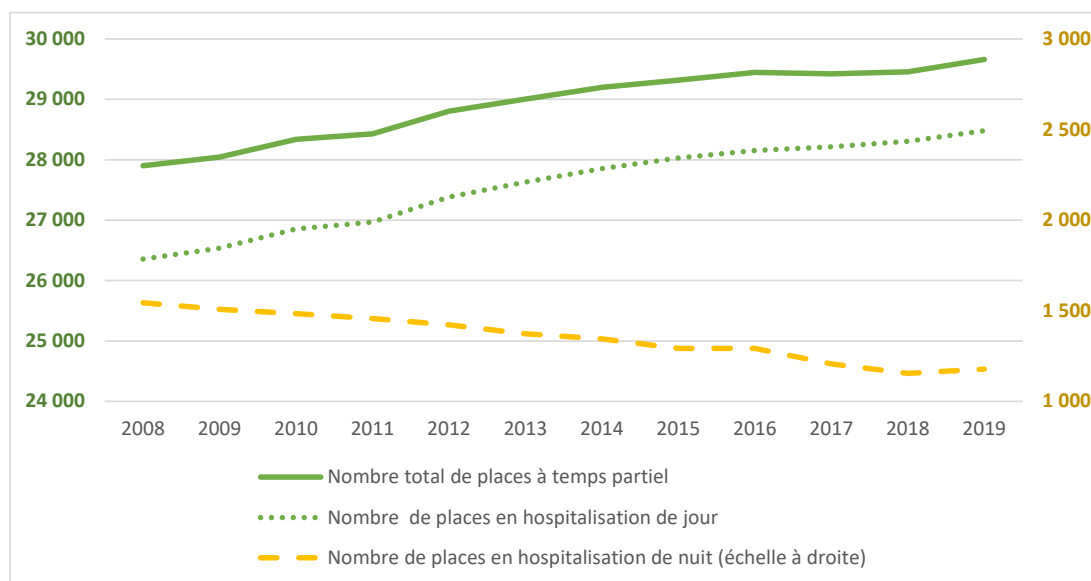
Lecture > Au 31 décembre 2019, la prise en charge à temps complet comptabilise 61 595 lits, dont 54 740 lits pour l'hospitalisation à temps plein et 6 855 lits dédiés à l'accueil familial thérapeutique, en appartement thérapeutique, en centre de postcure, en centre de crise et pour l'hospitalisation à domicile.

Champ > Établissements de santé répondant au bordereau PSY de la SAE de 2008 à 2019, France entière, y compris le SSA.

Source > SAE 2008-2019, traitements DREES.

Le recul du nombre de lits fait écho à la volonté de réduire les prises en charge à temps complet pour développer les autres formes de prises en charge (temps partiel et ambulatoire), permettant d'être au plus proche du lieu de vie des patients. Le nombre de places pour la prise en charge à temps partiel (hospitalisation de jour et de nuit) a donc logiquement augmenté sur la même période (+6,3 % de fin 2008 à fin 2019). Cette augmentation ne concerne cependant que l'hospitalisation de jour, forme d'activité majoritaire pour la prise en charge à temps partiel (95 % du nombre total de places fin 2019) : son nombre de places est passé de 26 400 fin 2008 à 28 500 fin 2019 (*graphique 5*). L'augmentation des capacités en hospitalisation de jour s'observe dans tous les secteurs, mais principalement dans les établissements privés à but lucratif (+1 440 de fin 2008 à fin 2019). Les capacités de prise en charge en hospitalisation de nuit ont, quant à elles, fortement reculé, avec 365 places de moins de fin 2008 à fin 2019 (-24 %), essentiellement dans les établissements publics.

Graphique 5 • Évolution du nombre total de places de prise en charge à temps partiel en psychiatrie, de fin 2008 à fin 2019



Lecture > Au 31 décembre 2019, la prise en charge à temps partiel comptabilise 29 660 places, dont 28 481 places pour l'hospitalisation de jour et 1 179 places pour l'hospitalisation de nuit.

Champ > Établissements de santé répondant au bordereau PSY de la SAE de 2008 à 2019, France entière, y compris le SSA.

Source > SAE 2008-2019, traitements DREES.

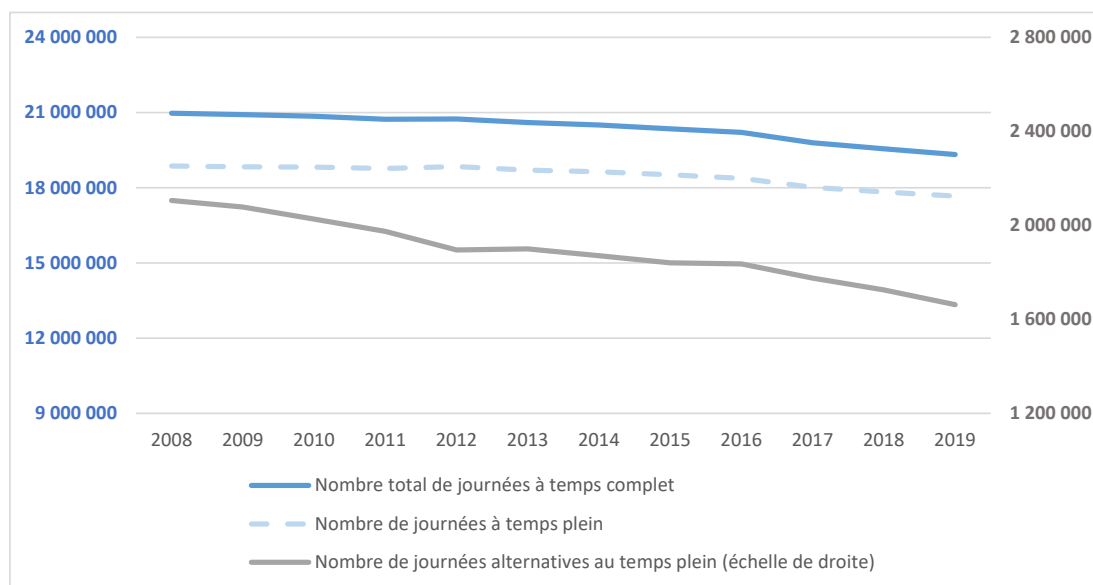
Une baisse notable de l'activité hospitalière dans le secteur public

Entre 2008 et 2019, une baisse globale de l'activité s'est opérée à la fois pour la prise en charge à temps complet et pour la prise en charge à temps partiel. Le nombre de journées de prise en charge à temps complet a ainsi diminué de manière régulière en douze ans, passant de 21,0 millions en 2008 à 19,3 millions en 2019, soit un recul de 7,9 % (graphique 6). Ce recul concerne principalement l'hospitalisation à temps plein, avec une diminution de 1,2 million de journées entre 2008 et 2019¹³, soit une baisse de 6,4 % par rapport à 2008. Néanmoins, l'activité des autres formes de prises en charge à temps complet présente une baisse plus importante, avec une diminution de 21,1 % sur la même période, passant de 2,1 millions de journées en 2008 à 1,7 million de journées en 2019. C'est en psychiatrie générale que la baisse est la plus importante, avec une diminution de 8,4 % (contre -2,2 % pour l'infanto-juvénile).

La baisse de l'activité à temps complet affecte de manière contrastée les différents secteurs juridiques. Le recul le plus net du nombre de journées est observé au sein des établissements publics (-15,8 %) et au sein des établissements privés à but non lucratif (-15,3 %). À l'inverse, l'activité des établissements de santé privé à but lucratif a augmenté de 23,5 % en douze ans.

¹³ L'hospitalisation à temps plein représente en moyenne 90,7 % de l'activité totale de prise en charge à temps complet sur la période 2008-2019.

Graphique 6 • Évolution du nombre de journées de prise en charge à temps complet en psychiatrie, de 2008 à 2019



Lecture > En 2019, la prise en charge à temps complet recense 19 327 113 journées, dont 17 664 413 journées à temps plein et 1 662 700 journées alternatives au temps plein.

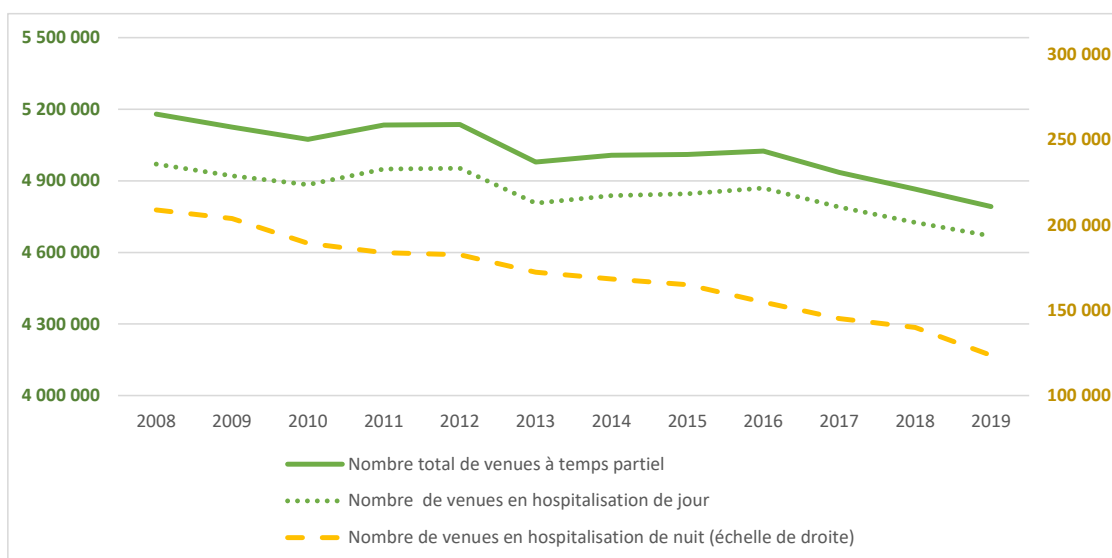
Champ > Établissements de santé répondant au bordereau PSY de la SAE de 2008 à 2019, France entière, y compris le SSA.

Source > SAE 2008-2019, traitements DREES.

Malgré l'augmentation du nombre de places, la prise en charge à temps partiel a également vu son nombre de venues diminuer, de 7,5 % en douze ans (*graphique 7*). Cette diminution s'est effectuée plus rapidement en hospitalisation de nuit, dont l'activité a été quasiment divisée par deux en douze ans, passant de 209 000 venues en 2008 à 124 000 venues en 2019 (-40,8 %). L'hospitalisation de jour (HDJ) est la forme d'activité à temps partiel majoritaire, dont la part dans la prise en charge à temps partiel passe de 96,0 % en 2008 à 97,4 % en 2019. L'HDJ concentre l'essentiel de la diminution du nombre de venues à temps partiel, son volume d'activité passant de près de 5,0 millions en 2008 à 4,7 millions en 2019 (-6,1 %).

Ce sont les établissements publics qui concentrent l'essentiel de la baisse d'activité à temps partiel (-19,5 % entre 2008 et 2019), ainsi que les établissements du secteur privé à but non lucratif (-9,5 % entre 2008 et 2019). En revanche, l'activité des établissements de santé privé à but lucratif est passée de 164 000 venues en 2008 à 655 000 venues à 2019, soit une activité multipliée par quatre en douze ans.

Graphique 7 • Évolution du nombre de venues pour les prises en charge à temps partiel en psychiatrie, de 2008 à 2019



Lecture > En 2019, la prise en charge à temps partiel recensait 4 792 502 venues, dont 4 668 795 venues en hospitalisation de jour et 123 707 venues en hospitalisation de nuit.

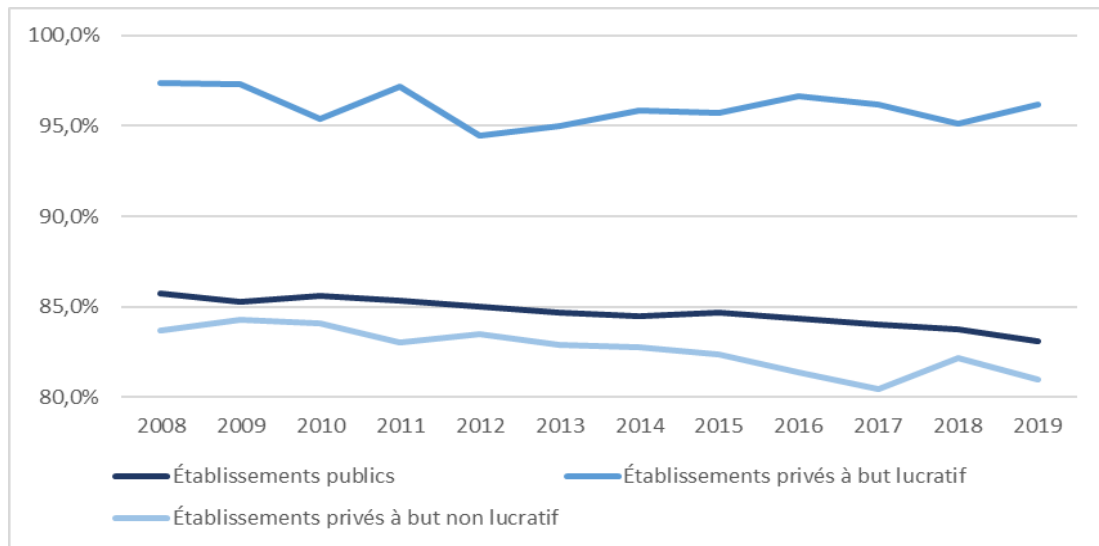
Champ > Établissements de santé répondant au bordereau PSY, de 2008 à 2019, France entière, y compris le SSA.

Source > SAE 2008-2019, traitements DREES.

Léger recul du taux d'occupation des lits de prise en charge à temps complet depuis 2008

Le taux d'occupation des lits de prise en charge à temps complet a baissé de manière régulière en douze ans, passant de 87,6 % en 2008 à 86,0 % en 2019. Cette diminution s'observe pour tous les statuts juridiques, mais principalement dans les établissements privés à but non lucratif (-2,7 points entre 2008 et 2019) [graphique 8]. Les établissements privés à but lucratif ont le taux d'occupation le plus élevé, mais également la baisse la moins importante (-1,2 point en douze ans), avec un taux d'occupation qui passe de 97,4 % en 2008 à 96,2 % en 2019.

Graphique 8 • Taux d'occupation pour la prise en charge à temps complet en psychiatrie entre 2008 et 2019



Lecture > Au 31 décembre 2019, le taux d'occupation pour la prise en charge à temps complet est de 83,1 % dans les établissements publics, de 96,2 % dans les établissements privés à but lucratif et de 81,0 % dans les établissements privés à but non lucratif.

Champ > Établissements de santé répondant au bordereau psychiatrie, de 2008 à 2019, France entière, y compris le SSA.

Source > SAE 2008-2019, traitements DREES.

ÉVOLUTION DE LA RÉPARTITION DÉPARTEMENTALE DE L'OFFRE DE SOINS EN PSYCHIATRIE INFANTO-JUVÉNILE

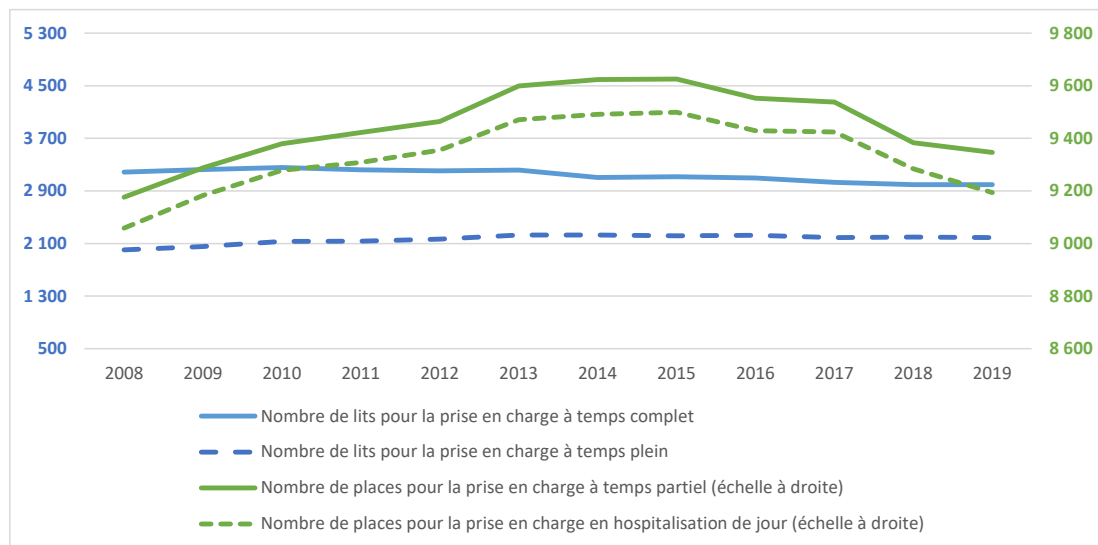
Une offre de soins majoritairement à temps partiel

La psychiatrie infanto-juvénile se distingue de la psychiatrie générale (adulte) par la surreprésentation de l'hospitalisation à temps partiel. Les enfants et les adolescents sont principalement pris en charge en hospitalisation de jour, afin qu'ils ne soient pas coupés de leur environnement familial et social.

Du point de vue de l'offre de soins, les capacités de prises en charge à temps partiel représentent ainsi 75,7 % des capacités hospitalières totales dédiées à la psychiatrie infanto-juvénile fin 2019. L'évolution est cependant contrastée sur la période d'étude : le nombre de places d'hospitalisation à temps partiel en psychiatrie infanto-juvénile a augmenté de fin 2008 à fin 2015, passant de 9 200 places à 9 600 places, avant de diminuer pour s'établir à 9 300 places fin 2019.

La prise en charge à temps complet, quant à elle, a vu ses capacités diminuer de 6,0 % en douze ans, passant de 3 200 lits fin 2008 à 3 000 lits fin 2019. Néanmoins, les capacités d'hospitalisation à temps plein ont légèrement augmenté en début de période, avant de se stabiliser. Ce sont les capacités d'accueil des autres prises en charge à temps complet, alternatives au temps plein, qui ont entraîné une baisse du nombre total de lits en psychiatrie infanto-juvénile (*graphique 9*).

Graphique 9 • Évolution du nombre de lits et de places en psychiatrie infanto-juvénile, de fin 2008 à fin 2019



Lecture > En 2019, les capacités pour la psychiatrie infanto-juvénile sont de 9 346 places pour la prise en charge à temps partiel et de 2 995 lits pour la prise en charge à temps complet.

Champ > Établissements de santé répondant au bordereau psychiatrie, de 2008 à 2019, France entière, y compris le SSA.

Source > SAE 2008-2019, traitements DREES.

Réduction des disparités départementales de densités de lits sur douze ans

Dans cette section, et plus largement dans la suite de cette étude, la dimension territoriale de l'offre de soins est étudiée à l'aide de plusieurs jeux de cartes réalisées à trois dates : au début et à la fin de la période d'étude (2008 et 2019), ainsi qu'à une date intermédiaire (2014).

La densité moyenne de lits en psychiatrie infanto-juvénile¹⁴, qui était de 24 lits pour 100 000 enfants-adolescents fin 2008, diminue légèrement sur la période pour atteindre 22 lits pour 100 000 enfants-adolescents fin 2014, comme fin 2019. Les densités de lits les plus élevées sont observées principalement dans le quart Sud-Ouest de

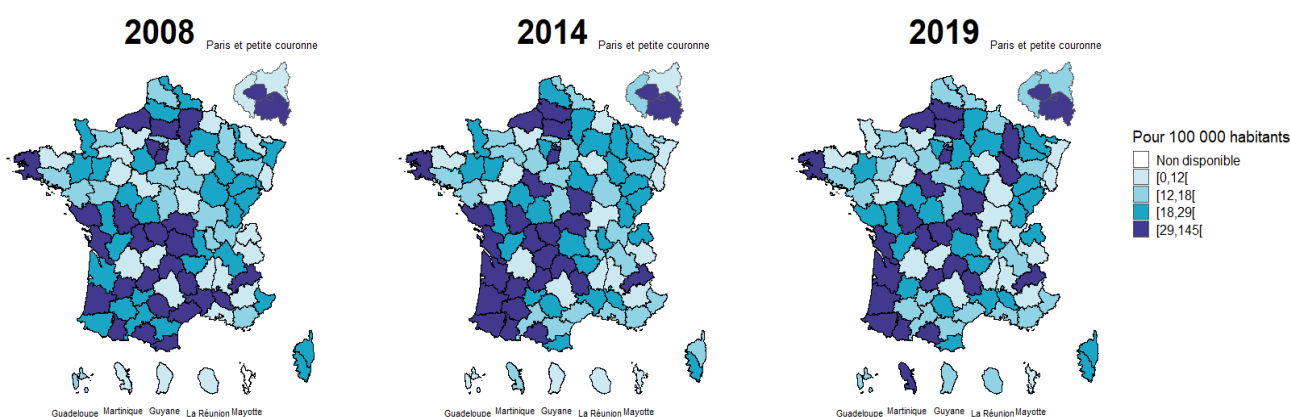
¹⁴ Pour rappel, la psychiatrie infanto-juvénile concerne les enfants et adolescents, avec des troubles psychiatriques, âgés de 0 à 16 ans.

la France (elles s'établissent par exemple autour de 100 lits pour 100 000 enfants dans les Landes sur toute la période, *cartes 1*).

Fin 2008, sept départements n'ont aucune capacité d'accueil à temps complet en psychiatrie infanto-juvénile : l'Ar-dèche, l'Aube, la Corrèze, la Nièvre, les Hauts-de-Seine, la Martinique et la Guyane. Dans ces départements, les prises en charge à temps complet des enfants et des adolescents peuvent être réalisées en mobilisant des lits de psychiatrie adulte¹⁵. Les départements concernés ne sont plus que quatre fin 2014 et cinq fin 2019 (la Manche et le Territoire de Belfort perdent leurs lits, tandis que des lits sont créés dans l'Aube). Cela reflète la réduction globale des disparités de densités de lits en douze ans. Si les dix départements les mieux dotés disposent en proportion de la population de six fois plus de lits que les dix départements les moins bien dotés au 31 décembre 2008, ce rapport interdécile¹⁶ passe à 5,8 fin 2014, puis 4,9 fin 2019.

Toutefois, certaines zones nettement moins bien dotées que les autres (les Côtes-d'Armor, la Drôme, la Dordogne, l'Eure, la Savoie ou bien la Seine-Saint-Denis) le restent sur l'ensemble de la période, avec des densités comprises entre 8 et 12 lits pour 100 000 enfants et adolescents. La situation se dégrade plus fortement pour le Territoire de Belfort et la Manche, où la densité de lits recule régulièrement et devient nulle fin 2019.

Cartes 1 • Densités de lits de prise en charge à temps complet en psychiatrie infanto-juvénile au 31 décembre 2008, 2014 et 2019



Note > Les bornes correspondent à une répartition des densités en quartiles en 2019. Il n'y a pas de densité pour 2008 car Mayotte fut collectée à partir de 2012 dans la SAE.

Champ > Établissements de santé répondant au bordereau PSY, de 2008 à 2019, France entière, y compris le SSA.

Source > SAE 2008-2019, traitements DREES ; Insee, résultats du recensement et estimation de la population au 1^{er} janvier.

Des densités départementales de capacité plus élevées et plus homogènes pour le temps partiel que pour le temps complet

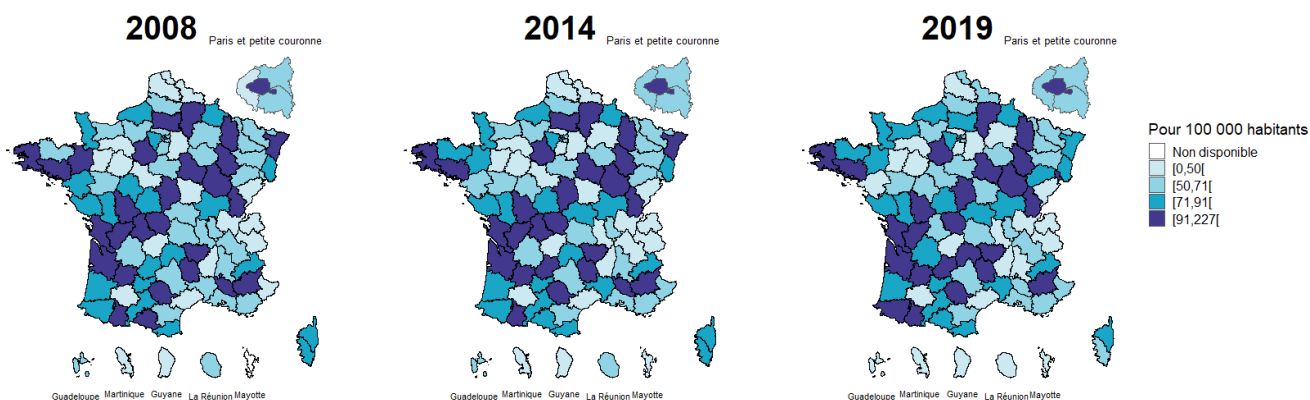
La psychiatrie infanto-juvénile enregistre une densité de capacité d'accueil plus forte pour le temps partiel. La densité moyenne de places reste stable de 2008 à 2019, autour de 68 places pour 100 000 enfants-adolescents. La répartition des places sur le territoire est plus homogène pour le temps partiel que pour le temps complet. Le rapport interdécile est ainsi de 3,7 fin 2008 (6,0 pour le temps complet) et se réduit à 3,4 fin 2014 puis 3,5 fin 2019 (*cartes 2*). En l'espace de douze ans, les contrastes territoriaux évoluent donc peu pour la densité de places en psychiatrie infanto-juvénile.

La Lozère enregistre la densité de places dédiées à la psychiatrie infanto-juvénile la plus élevée fin 2008 et fin 2014 (respectivement 237 et 240 places pour 100 000 enfants-adolescents), puis c'est la Haute-Marne qui devient le département le mieux doté fin 2019 (227 places pour 100 000 habitants). Outre Mayotte, qui ne dispose d'aucune place de prise en charge à temps partiel, l'Ain est le département français qui comptabilise la densité de places la plus faible tout au long de la période d'étude (10 places pour 100 000 enfants-adolescents).

¹⁵ Dans l'aide au remplissage de la SAE, il est demandé aux établissements de renseigner les capacités d'accueil et l'activité en fonction des autorisations détenues par l'établissement. L'activité doit être comptabilisée dans l'unité médicale où elle est réalisée. Si un enfant est pris en charge à temps complet avec un lit de psychiatrie générale, il sera comptabilisé en psychiatrie générale.

¹⁶ Les rapports interdéciles permettent de mesurer les inégalités d'une distribution statistique. Ils sont mobilisés ici pour illustrer les disparités entre départements. Dans le cas des 101 départements français, le rapport interdécile rapporte la densité du 10^e département le mieux classé à celle du 10^e département le moins bien classé.

Cartes 2 • Densités de places pour la prise en charge à temps partiel en psychiatrie infanto-juvénile au 31 décembre 2008, 2014 et 2019



Note > Les bornes correspondent à une répartition des densités en quartiles en 2019. Il n'y a pas de densité pour 2008 car Mayotte fut collectée à partir de 2012 dans la SAE.

Champ > Établissements de santé répondant au bordereau PSY, de 2008 à 2019, France entière, y compris le SSA.

Source > SAE 2008-2019, traitements DREES ; Insee, résultats du recensement et estimation de la population au 1^{er} janvier.

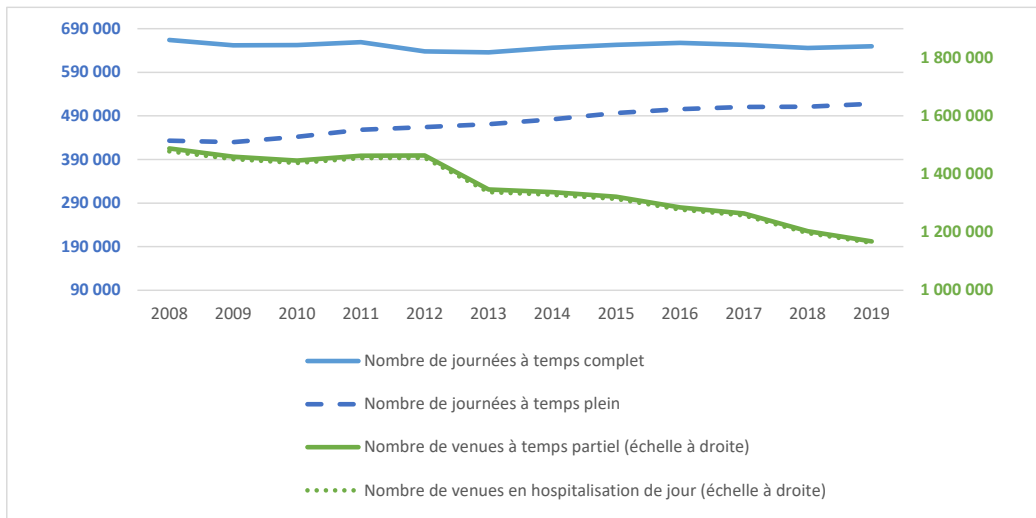
Recul de l'activité en hospitalisation de jour et augmentation d'activité pour le temps plein

Si les capacités de prise en charge à temps complet en psychiatrie infanto-juvénile ont baissé entre 2008 et 2019 (-6,0 %), le volume d'activité correspondant a connu des évolutions plus contrastées au cours du temps, passant de 664 500 journées en 2008 à 646 600 en 2014, puis à 650 100 en 2019, soit une baisse de 2,2 % par rapport à fin 2008 (*graphique 10*). Pour l'hospitalisation à temps plein en revanche, l'activité a augmenté de manière continue entre 2008 et 2019 (+19,5 %).

Le nombre de venues de prise en charge à temps partiel enregistre une baisse de 21,5 % sur cette période, principalement pour l'hospitalisation de jour¹⁷. Mais cette baisse est principalement concentrée sur la période 2013-2019, en écho à la réduction des capacités d'accueil à temps partiel en psychiatrie infanto-juvénile constatée de fin 2014 à fin 2019.

¹⁷ De 2013 à 2019, la population française âgée de 0 à 16 ans a reculé, en lien direct avec le recul régulier du nombre de naissances. Mais l'ampleur de cette baisse (-0,2 %) ne suffit pas à expliquer la forte diminution du nombre de venues en psychiatrie infanto-juvénile.

Graphique 10 • Évolution du nombre de journées de temps complet et de venues de temps partiel en psychiatrie infanto-juvénile, de 2008 à 2019



Note > Du fait de la refonte de la SAE pour le millésime 2013, les évolutions entre les données 2012 et 2013 doivent être interprétées avec précaution.

Lecture > En 2019, l'activité de psychiatrie infanto-juvénile est composée de 1 168 284 venues pour la prise en charge à temps partiel et de 650 095 journées pour la prise en charge à temps complet.

Champ > Établissements de santé répondant au bordereau PSY, de 2008 à 2019, France entière, y compris le SSA.

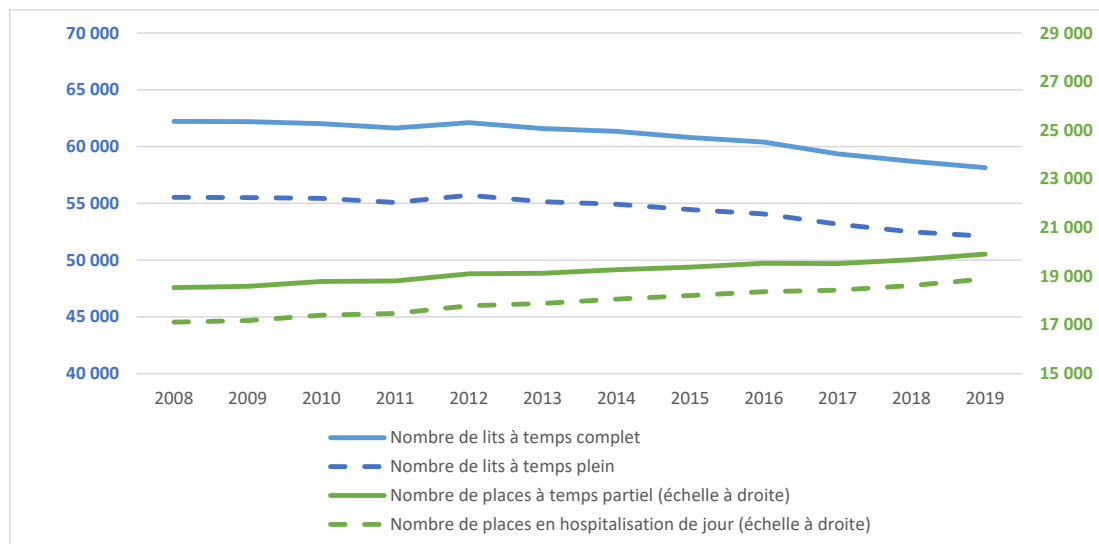
Source > SAE 2008-2019, traitements DREES.

■ ÉVOLUTION DE LA RÉPARTITION DÉPARTEMENTALE DE L'OFFRE DE SOINS EN PSYCHIATRIE GÉNÉRALE (ADULTE)

L'hospitalisation à temps plein reste majoritaire, malgré une diminution du nombre de lits

La prise en charge à temps complet est le mode de prise en charge majoritaire en psychiatrie générale (adulte). Elle connaît cependant une diminution sur la période étudiée, le nombre de lits passant de 62 200 fin 2008 à 58 100 fin 2019 (-6,6 % en douze ans). Ce repli s'observe principalement en hospitalisation à temps plein, avec une baisse de 3 400 lits entre fin 2008 et fin 2019. À l'opposé, la prise en charge à temps partiel connaît une augmentation de ses capacités d'accueil, passant de 18 500 places fin 2008 à 19 900 places fin 2019 (+7,4 % en douze ans). Cette augmentation importante est due à l'hospitalisation de jour, dont les capacités d'accueil ont augmenté de 10,4 % entre fin 2008 et fin 2019 (graphique 11).

Graphique 11 • Évolution du nombre de lits de prise en charge à temps complet et de places de prise en charge à temps partiel en psychiatrie générale, de fin 2008 à fin 2019



Lecture > Au 31 décembre 2019, la prise en charge à temps complet recense 58 154 lits et la prise en charge à temps partiel recense 19 920 places en psychiatrie générale (adulte).

Champ > Établissements de santé répondant au bordereau PSY, de 2008 à 2019, France entière, y compris le SSA.

Source > SAE 2008-2019, traitements DREES.

Des densités départementales de lits en psychiatrie générale relativement homogène mais en baisse

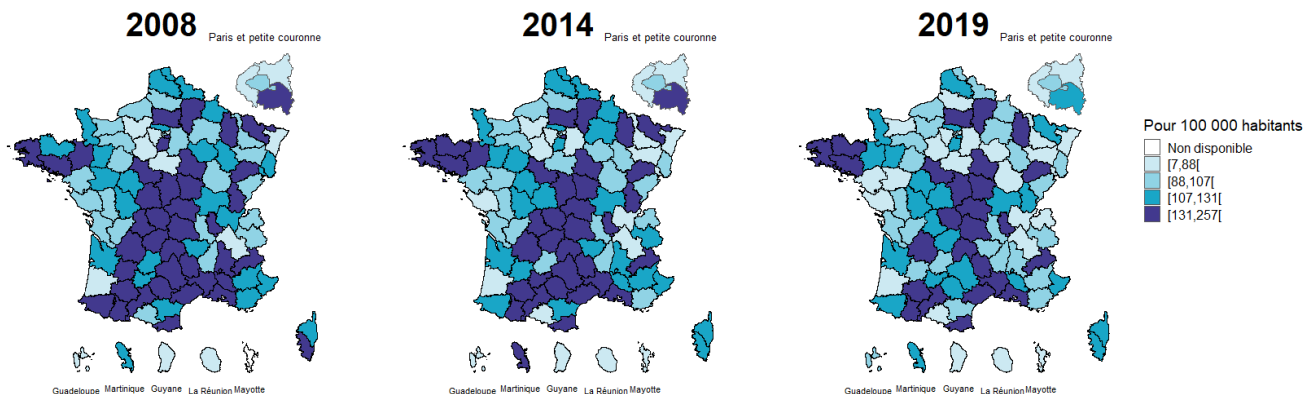
La densité de lits pour la prise en charge à temps complet est passée de 123 lits pour 100 000 adultes fin 2008 à 117 fin 2014 puis à 109 fin 2019, soit une diminution de 11 % sur la période. La répartition départementale des densités de lits de psychiatrie générale est plus homogène que pour la psychiatrie infanto-juvénile (cartes 3). Le rapport interdécile de la densité de lits de prise en charge à temps complet est de 2,2 fin 2008 (6,0 pour la psychiatrie infanto-juvénile) et il reste quasi stable ensuite (2,1 fin 2019).

L'Allier enregistre la densité de lits la plus importante au 31 décembre 2008, 2014 et 2019, avec respectivement 308, 296 et 257 lits pour 100 000 adultes. Les départements de la « diagonale du vide » comptabilisent des densités relativement plus élevées, ce qui s'explique par une population plus faible au regard des capacités d'accueil à temps complet. À l'opposé, Mayotte (moins de 10 lits pour 100 000 habitants) est le département le moins bien doté entre fin 2014 et fin 2019, suivi par la Seine-Saint-Denis (63 lits pour 100 000 habitants fin 2008, 61 fin 2014, 67 fin 2019).

Entre fin 2008 et fin 2019, 81 départements ont connu une baisse de leur densité de lits en psychiatrie générale. Les départements du quartile le plus haut enregistrent les baisses les plus importantes. C'est le cas de la Dordogne (-71 lits pour 100 000 habitants), de la Haute-Saône (-67 lits) ou bien du Morbihan (-63 lits). À l'inverse, les densités

de lits en psychiatrie générale ont nettement augmenté en douze ans dans 20 départements, notamment dans l'Eure (+35 lits pour 100 000 habitants), dans les Hauts-de-Seine (+32 lits) et dans les Côtes-d'Armor (+24 lits). Au niveau des DROM, la Martinique enregistre l'évolution la plus importante, passant en 2008 de 108 lits pour 100 000 habitants fin 2008 à 121 lits pour 100 000 habitants fin 2019. La Guyane constitue une exception : ses capacités d'accueil à temps complet en psychiatrie générale ont reculé en douze ans.

Cartes 3 • Densités de lits de prise en charge à temps complet en psychiatrie générale au 31 décembre 2008, 2014 et 2019



Note > Les bornes correspondent à une répartition des densités en quartiles en 2019. Il n'y a pas de densité pour 2008 car Mayotte fut collectée à partir de 2012 dans la SAE.

Champ > Établissements de santé répondant au bordereau PSY, de 2008 à 2019, France entière, y compris le SSA.

Source > SAE 2008-2019, traitements DREES ; Insee, résultats du recensement et estimation de la population au 1^{er} janvier.

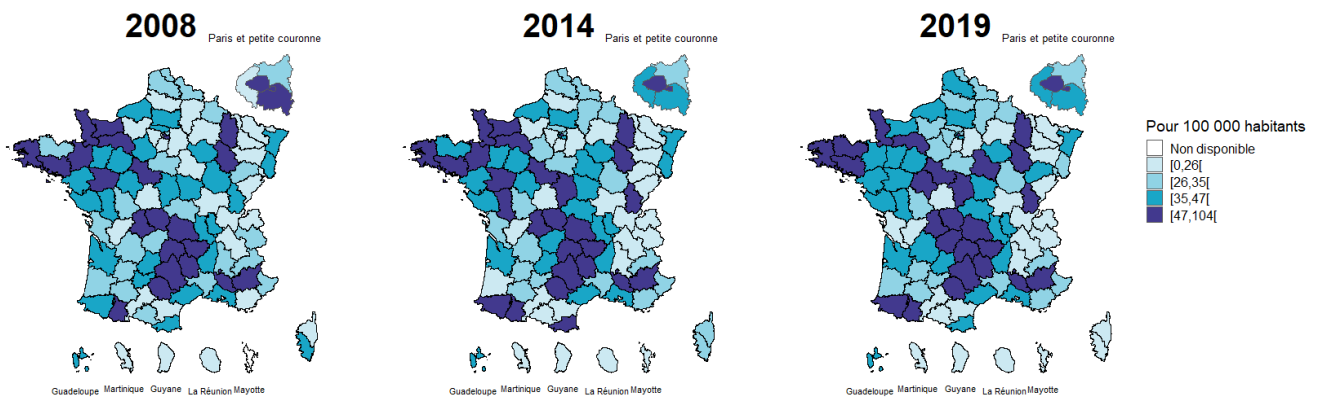
Une densité nationale de places en psychiatrie générale stable avec des disparités départementales en baisse

La densité de places d'hospitalisation à temps partiel est restée stable en douze ans (37 places pour 100 000 adultes). Les niveaux de disparités départementales des densités de places et leurs évolutions sont proches entre psychiatrie générale et infanto-juvénile (*cartes 4*). Le rapport interdécile de la densité de places de prise en charge à temps partiel est ainsi de 3,7 fin 2008 en psychiatrie générale (identique à la psychiatrie infanto-juvénile) et diminue lentement pour atteindre 3,4 fin 2014 puis 3,2 fin 2019 (3,5 pour la psychiatrie infanto-juvénile).

La Haute-Vienne enregistre les plus fortes densités de places de psychiatrie générale sur toute la période, malgré une légère baisse au fil des années, avec 119 lits pour 100 000 adultes fin 2008, 112 fin 2014 et 104 fin 2019. De manière plus marquée que pour les densités de lits, de fortes densités de places sont observées dans les départements qui entourent le Massif central. Les densités de places sont également élevées en Bretagne et en Normandie (à l'exception de l'Eure), dont les départements comptabilisent entre 31 et 74 lits pour 100 000 habitants entre fin 2008 et fin 2019.

De l'autre côté du spectre, la Guyane comptabilise la densité de places de psychiatrie générale la plus faible, inférieure à 12 lits pour 100 000 habitants sur la période 2008-2019. Mayotte ne recense aucune capacité d'accueil pour la prise en charge à temps partiel en psychiatrie générale.

Cartes 4 • Densités de places de prise en charge à temps partiel en psychiatrie générale au 31 décembre 2008, 2014 et 2019



Note > Les bornes correspondent à une répartition des densités en quartiles en 2019. Il n'y a pas de densité pour 2008 car Mayotte fut collectée à partir de 2012 dans la SAE.

Champ > Établissements de santé répondant au bordereau PSY, de 2008 à 2019, France entière, y compris le SSA.

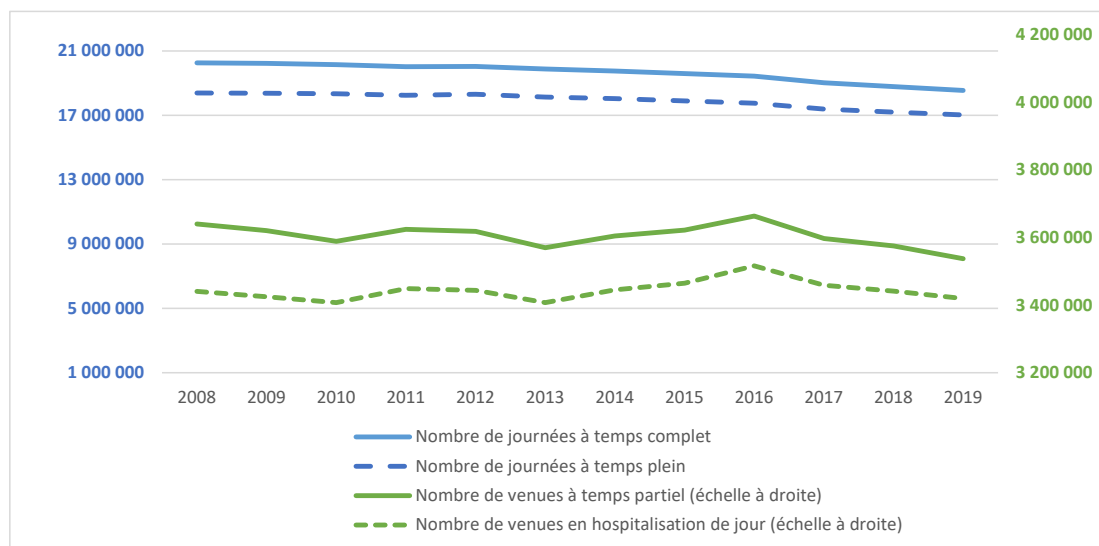
Source > SAE 2008-2019, traitements DREES ; Insee, résultats du recensement et estimation de la population au 1^{er} janvier.

Une baisse globale de l'activité hospitalière en psychiatrie générale, plus marquée pour la prise en charge à temps complet

De la même façon que les capacités d'accueil à temps complet en psychiatrie générale, le volume d'activité correspondant a reculé régulièrement, passant de 20,3 millions de journées en 2008 à 19,7 millions de journées en 2014, puis à 18,6 millions de journées en 2019, soit une baisse de 8,5 % en douze ans (*graphique 12*). De manière similaire, l'activité d'hospitalisation à temps plein recule également régulièrement entre 2008 et 2019 (-7,5 %).

Le nombre de venues de prise en charge à temps partiel baisse aussi en douze ans (-2,8 %), malgré un nombre de places en hausse sur la même période. Le profil d'évolution du nombre de venues est assez heurté : l'activité de prise en charge à temps partiel est ainsi orientée en légère baisse de 2008 à 2013, puis rebondit pour atteindre un pic à 3,7 millions de venues en 2016, avant de se replier de nouveau (-3,4 % entre 2016 et 2019). Ces évolutions reflètent celles de l'hospitalisation de jour.

Graphique 12 • Évolution du nombre de journées de prise en charge à temps complet et de venues de prise en charge à temps partiel en psychiatrie générale, entre 2008 et 2019



Lecture > En 2019, la prise en charge à temps complet recense 18 550 934 journées et la prise en charge à temps partiel recense 3 537 632 venues en psychiatrie générale.

Champ > Établissements de santé répondant au bordereau PSY de la SAE, France entière, y compris le SSA.

Source > SAE 2008-2019, traitements DREES.

■ L'OFFRE DE SOINS EN PSYCHIATRIE PÉNITENTIAIRE

D'après les données de l'administration pénitentiaire, il y avait 62 252 personnes détenues en France au 1^{er} janvier 2009 (incluant les collectivités d'outre-mer et la Nouvelle-Calédonie), contre 70 739 au 1^{er} janvier 2020, soit une augmentation de 8 487 personnes détenues¹⁸ en douze ans¹⁹. Les personnes détenues ont en moyenne 34,6 ans en 2019, sont majoritairement issues de milieux modestes et sont en grande majorité des hommes (Direction de l'administration pénitentiaire, 2020). Elles présentent une plus forte prévalence des troubles mentaux mais également une santé « physique » fragilisée (Haut conseil de la santé publique, 2018).

Depuis la loi du 18 janvier 1994, les personnes détenues doivent bénéficier de la même qualité et de la même continuité des soins que les autres patients, au travers d'une offre de soins adaptée et spécifique²⁰. Les soins somatiques ou psychiatriques sont réalisés par les unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP) ou au sein des établissements de santé pour des prises en charge spécifiques ou urgentes. Le système de soins psychiatriques destiné aux détenus est structuré en trois niveaux :

- **Niveau 1** : soins ambulatoires somatiques ou psychiatriques. Chaque établissement pénitentiaire a une USMP de niveau 1 dans ses locaux.
- **Niveau 2** : soins en hôpitaux de jour (pour la psychiatrie), assurés au sein des établissements pénitentiaires par les services médico-psychologiques régionaux (SMPR), au nombre de 26 sur l'ensemble du territoire (*annexe 3*). Les soins somatiques sont réalisés en chambres sécurisées dans les centres hospitaliers de rattachement.
- **Niveau 3** : soins en hospitalisation à temps plein, réalisés au sein des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) pour les troubles psychiatriques, au sein de neuf établissements de santé répartis sur l'ensemble du territoire (*annexe 3*). Ces unités sont implantées au sein même des établissements de santé et sécurisées par l'administration pénitentiaire. Les UHSA prennent en charge les patients en soins libres mais aussi en soins sans consentement. Toutefois, lorsqu'il n'y a pas de place disponible au sein de ces structures, les patients détenus sont soignés au sein des établissements de santé du secteur public en mesure de les accueillir. Pour les prises en charge somatiques de plus de quarante-huit heures, les détenus sont pris en charge au sein des unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI).

Triplement des capacités d'accueil des détenus en hospitalisation à temps plein, réalisée majoritairement en UHSA

La prise en charge à temps plein en psychiatrie pénitentiaire se déroule dans une UHSA ou bien en établissement de santé, notamment dans l'attente d'un transfert vers une UHSA. Ces dernières ont été instituées par la loi de 2002, mais la première UHSA n'a ouvert qu'en 2010²¹. Avant 2010, les détenus étaient pris en charge en établissements de psychiatrie habilités à accueillir des patients détenus. Certains de ces établissements ont déplacé leur activité pénitentiaire lorsque l'UHSA la plus proche a ouvert.

Le nombre de lits en hospitalisation à temps plein dédiés aux détenus a considérablement augmenté durant les années 2010, passant de 177 lits fin 2008 à 446 fin 2019, soit une multiplication par 2,5 (*graphique 13*). Cette augmentation s'explique avant tout par les ouvertures successives des différentes UHSA, avec un pic en 2013, année au cours de laquelle quatre UHSA ont été ouvertes. Le nombre de lits a alors doublé (+193 lits dédiés aux détenus). Le nombre de lits a encore connu des hausses importantes en 2016 et en 2018 du fait de l'ouverture de deux nouvelles UHSA. Si les UHSA ne représentaient que 25,5 % des lits dédiés aux détenus fin 2010 (60 lits), ils concentrent 93,0 % de ces lits en 2019 (415 lits) [*graphique 14*].

Sur la même période, l'activité de psychiatrie à temps plein pour les détenus a progressé au rythme des créations de capacités d'accueil et a été multipliée par 2,7, passant de 46 700 journées en 2008 à 126 100 journées en 2019. En particulier, une forte progression d'activité est observée en 2014 à la suite du doublement du nombre de lits de psychiatrie pénitentiaire en 2013, étant donné que certaines de ces unités n'ont ouvert qu'en fin d'année.

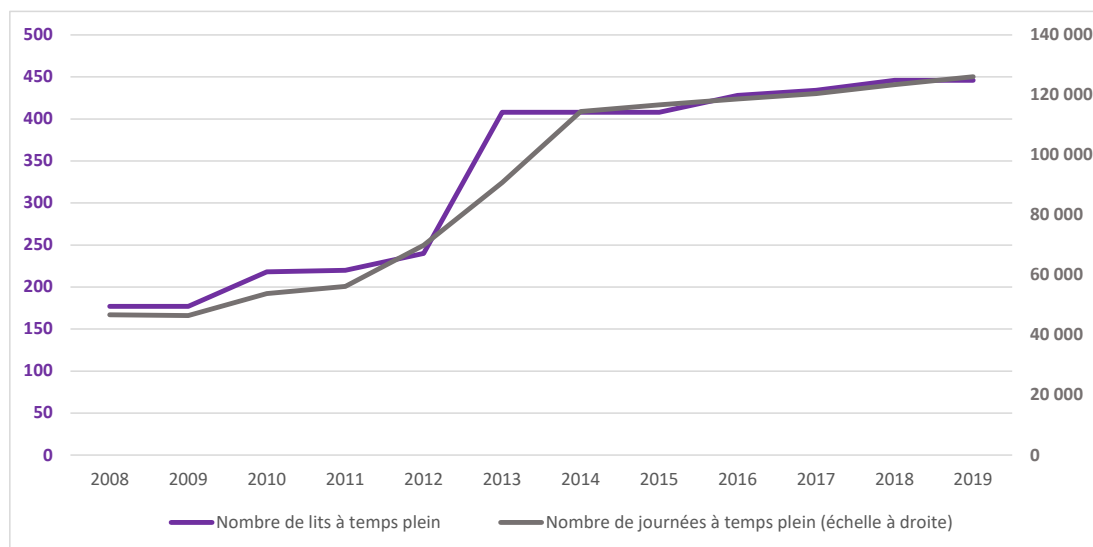
¹⁸ Les personnes considérées comme détenues sont en prison. C'est cette population spécifique dont les soins hospitaliers sont suivis au sein de la SAE. Les personnes écrouées constituent un champ plus large, qui inclut des personnes non détenues, par exemple celles munies d'un bracelet électronique ou bien en semi-liberté (hébergées en prison mais libres la journée). Elles peuvent alors accéder aux soins prodigués au même titre qu'en population générale (ces individus font partie du régime général). Les soins, somatiques ou psychiatriques, prodigués en prison sont exclusivement destinés aux personnes détenues.

¹⁹ Chiffre clés, administration pénitentiaire : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2382579>

²⁰ L'offre de soins de psychiatrie pour les personnes détenues n'est pas aussi diversifiée que pour le reste de la population. Les personnes détenues peuvent être prises en charge en hospitalisation à temps plein pour la prise en charge à temps complet, en hospitalisation de jour pour la prise en charge à temps partiel, et à domicile ou en institution substitutive au domicile pour la prise en charge ambulatoire.

²¹ La SAE recense les UHSA depuis 2015 dans le bordereau PN de suivi des politiques nationales et missions de service public, et depuis 2018 dans le bordereau PSY. Avant 2015, le nombre de lits en UHSA a été identifié à partir des textes législatifs.

Graphique 13 • Nombre de lits et de journées en hospitalisation à temps plein pour la psychiatrie pénitentiaire, de fin 2008 à fin 2019

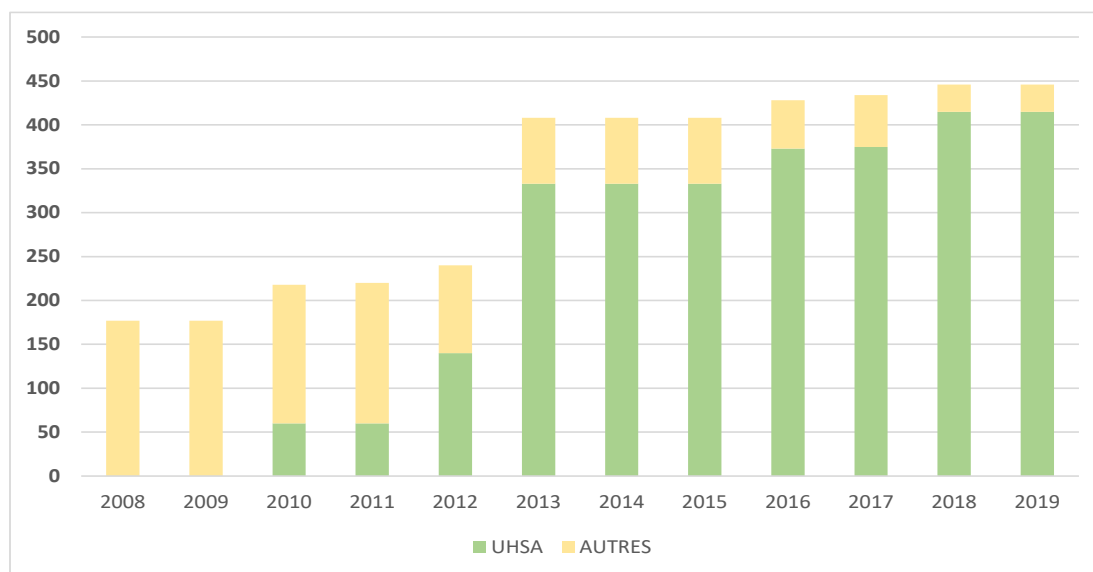


Lecture > Au 31 décembre 2019, la psychiatrie pénitentiaire comptait 446 lits ; en 2019, 126 084 journées en hospitalisation à temps plein ont été comptabilisées en regard.

Champ > Établissements de santé répondant au bordereau PSY, de 2008 à 2019, France entière.

Source > Source : SAE 2008-2019, traitements DREES.

Graphique 14 • Évolution du nombre de lits d'hospitalisation à temps plein pour la psychiatrie pénitentiaire, de fin 2008 à fin 2009



Lecture > Au 31 décembre 2019, les UHSA comptabilisent 415 lits d'hospitalisation à temps plein ; les établissements de santé comptabilisent aussi 31 lits dédiés à la psychiatrie pénitentiaire hors UHSA (autres).

Champ > Établissements de santé répondant au bordereau PSY, de 2008 à 2019, France entière.

Source > SAE 2008-2019, traitements DREES.

Une offre de soins en hospitalisation à temps plein inégalement répartie

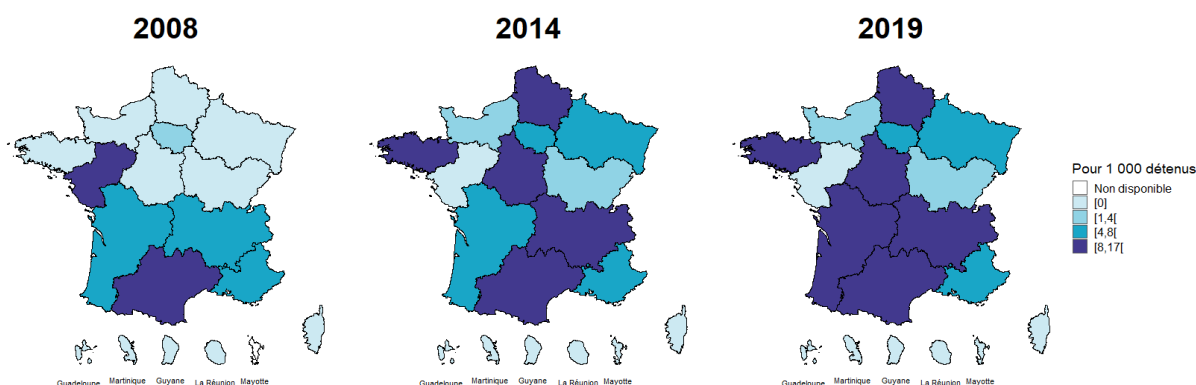
Le nombre de lits d'hospitalisation à temps plein en psychiatrie pénitentiaire a beaucoup progressé ; il est passé de 10 lits par région en moyenne fin 2008 à 25 lits fin 2019. L'ouverture des UHSA et l'augmentation du nombre de lits en psychiatrie pénitentiaire ont en outre permis de réduire les inégalités territoriales d'offre de soins, sans pour

autant les faire disparaître. Or, plus les détenus sont éloignés de structures adaptées, plus ils encourent le risque de ne pas bénéficier d'une prise en charge adéquate.

Fin 2008, la densité de lits en hospitalisation à temps plein est d'environ 3 lits pour 1 000 détenus. Cette densité a été multipliée par deux en douze ans, passant à 6 lits pour 1 000 détenus fin 2019. Au début de la période, l'Occitanie et les Pays de la Loire enregistrent les densités les plus importantes, avec respectivement 12 et 11 lits pour 1 000 détenus, mais leur densité a ensuite diminué, avec 9 lits pour 1 000 détenus en Occitanie et plus aucun lit dans les Pays de la Loire (cartes 5). La Bretagne et le Centre-Val-de-Loire recensent les densités les plus importantes depuis 2014. À l'inverse, les DROM ainsi que la Corse n'enregistrent aucune capacité d'accueil sur la période.

La situation s'est nettement améliorée pour le Grand Est, l'Île-de-France, la Normandie et surtout la Nouvelle-Aquitaine, où la densité a doublé, passant de 4 lits pour 1 000 détenus fin 2008 à 8 lits fin 2019.

Cartes 5 • Densités de lits en hospitalisation à temps plein pour la psychiatrie pénitentiaire au 31 décembre 2008, 2014 et 2019



Note > Les bornes correspondent à une répartition des densités en quartiles en 2019. Il n'y a pas de densité pour 2008 car Mayotte fut collectée à partir de 2012 dans la SAE.

Champ > Établissements de santé répondant au bordereau PSY, de 2008 à 2019, France entière.

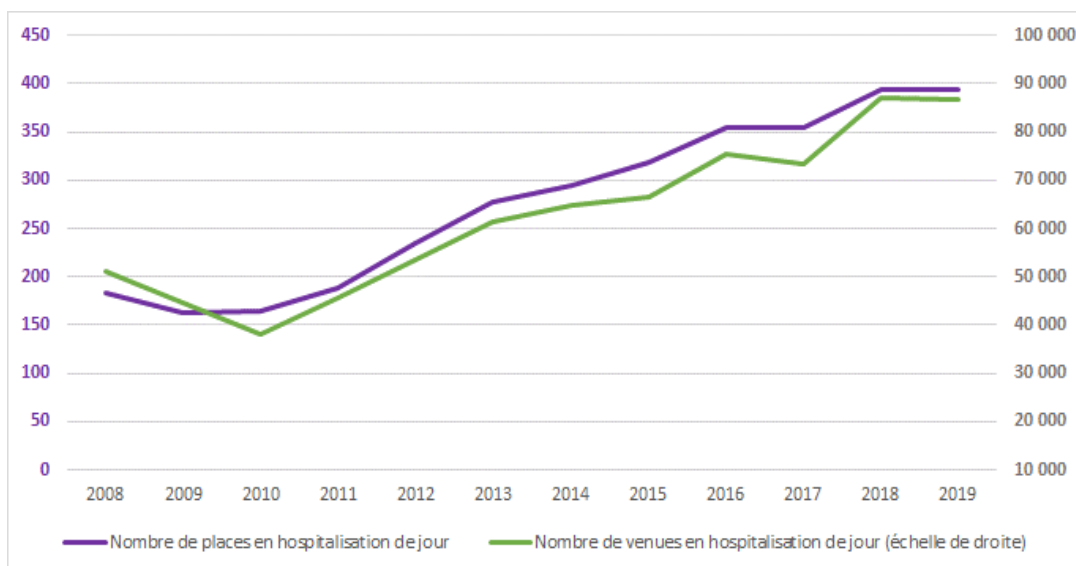
Source > SAE 2008-2019, traitements DREES ; DAP, nombre de détenus par région au 1^{er} janvier 2009, 2015, 2020.

En douze ans, doublement du nombre de places en hospitalisation de jour pour les détenus

En psychiatrie, la prise en charge à temps partiel des patients détenus (niveau 2) s'effectue au sein des centres pénitentiaires. L'offre de soins est réalisée par les services médico-psychologiques régionaux (SMPR). Les détenus qui ne bénéficient pas de SMPR dans leur centre pénitentiaire se déplacent dans le centre pénitentiaire le plus proche qui en dispose.

En douze ans, le nombre de places destinées aux détenus en hospitalisation de jour a plus que doublé, passant de 183 places fin 2008 à 394 fin 2019 (graphique 15). L'activité à temps partiel a suivi une évolution proche, passant de 51 200 venues en 2008 à 86 600 venues en 2019, soit une multiplication par 1,7.

Graphique 15 • Nombre de places et de venues en hospitalisation de jour pour la psychiatrie pénitentiaire, de fin 2008 à fin 2019



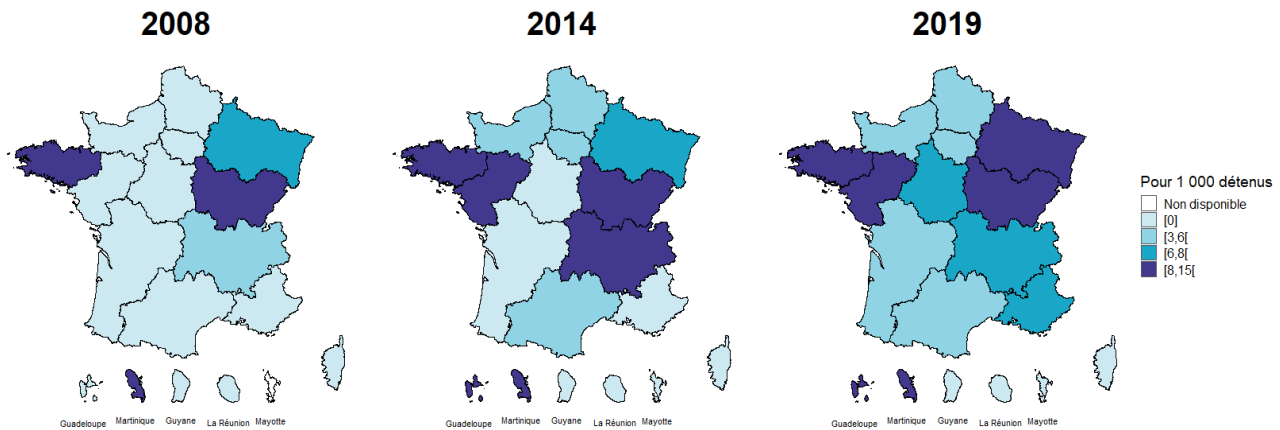
Lecture > En 2019, la psychiatrie pénitentiaire comptabilisait 394 places et 86 586 venues en hospitalisation de jour (temps partiel).
Champ > Établissements de santé répondant au bordereau PSY, de 2008 à 2019, France entière.
Source > SAE 2008-2019, traitements DREES.

Les densités régionales de places en psychiatrie pénitentiaire deviennent un peu plus homogènes en douze ans

Tout comme pour l'hospitalisation à temps plein, la densité du nombre de places en hospitalisation de jour en psychiatrie pénitentiaire a doublé en douze ans, passant de 3 places pour 1 000 détenus fin 2008 à 6 places pour 1 000 détenus fin 2019. La Martinique enregistre les densités les plus fortes tout au long de la période, avec 18 lits pour 1 000 détenus fin 2008, 17 lits fin 2014 et 15 lits fin 2019. À l'opposé, aucune place en hospitalisation de jour en psychiatrie pénitentiaire n'existe en Corse, en Guyane, à Mayotte et à La Réunion (*cartes 6*).

Globalement, les disparités territoriales se réduisent entre 2008 et 2019. La situation s'est ainsi nettement améliorée pour la Guadeloupe et les Pays de la Loire, qui ne recensaient aucune place fin 2008, mais qui enregistrent respectivement 9 et 8 places pour 1 000 détenus fin 2019. Dans le même temps, dans des régions parmi les mieux dotées en 2008, les densités de places ont diminué, comme en Martinique (voir plus haut) ou en Bretagne, avec une densité passant de 15 places pour 1 000 détenus fin 2008 à 9 places fin 2019.

Cartes 6 • Densités de places en hospitalisation de jour pour la psychiatrie pénitentiaire au 31 décembre 2008, 2014 et 2019



Note > Les bornes correspondent à une répartition des densités en quartiles en 2019. Il n'y a pas de densité pour 2008 car Mayotte fut collectée à partir de 2012 dans la SAE.

Champ > Établissements de santé répondant au bordereau PSY, de 2008 à 2019, France entière.

Champ > SAE 2008-2019, traitements DREES ; DAP, nombre de détenus par région au 1^{er} janvier 2009, 2015, 2020.

L'offre de soins hospitaliers en psychiatrie pénitentiaire s'est considérablement transformée au cours des douze années étudiées, avec des capacités d'accueil qui ont plus que doublé sur la période, alors que la population carcérale a augmenté de près de 14 % entre 2008 et 2019. Plusieurs études ont non seulement démontré que les détenus étaient plus sujets aux troubles dépressifs et à l'anxiété, mais aussi que le suicide est sept fois plus important en milieu carcéral qu'en population générale (Duthé, *et al.*, 2009). De plus, l'offre de soins de psychiatrie pour les détenus reste inégalement répartie, certaines zones étant encore totalement dépourvues d'infrastructures dédiées, entraînant des inégalités d'accès aux soins. Par ailleurs, les formes de prise en charge dédiées aux détenus sont moins variées que celles proposées aux patients pris en charge en psychiatrie générale ou en infanto-juvénile. En particulier, il n'y a pas de permanences en soirée, la nuit ou le week-end, ce qui s'explique principalement par un manque de personnel soignant (Assemblée nationale, 2020).

■ CONCLUSION ET PERSPECTIVES

Cette étude a permis de montrer que l'offre de soins hospitaliers en psychiatrie s'est transformée au cours de la période 2008-2019. Le secteur public, malgré une baisse de ses capacités d'accueil, reste majoritaire en France. Néanmoins, le secteur privé à but lucratif a connu une forte augmentation, tant dans ses capacités que dans son volume d'activité.

Si la prise en charge à temps partiel (essentiellement l'hospitalisation de jour) est la principale forme de prise en charge en psychiatrie infanto-juvénile, c'est au contraire la prise en charge à temps complet (essentiellement à temps plein) qui est majoritaire en psychiatrie générale (adulte). En psychiatrie pénitentiaire, le nombre de lits à temps plein a été multiplié par plus de deux, et l'activité par près de trois, entre 2008 et 2019. Toutefois, plusieurs régions n'ont toujours aucune capacité d'accueil en psychiatrie pénitentiaire, et l'augmentation nationale de l'offre de soins est à mettre en regard d'une population carcérale également croissante.

Pour toutes les formes de psychiatrie (infanto-juvénile, générale ou pénitentiaire), des disparités départementales et régionales subsistent, malgré quelques améliorations depuis 2008. Les écarts qui demeurent continuent de se traduire par un accès inéquitable aux soins de psychiatrie.

Depuis 2019, plusieurs éléments sont venus affecter le système de santé, et notamment l'offre de soins hospitaliers en psychiatrie : épidémie de Covid-19 en 2020, réforme du mode de financement des établissements de psychiatrie en 2022 puis réforme des autorisations de soins en 2023. La comparaison territoriale et selon les différents publics devra donc être poursuivie pour évaluer l'impact de ces éléments sur les disparités territoriales.

■ POUR EN SAVOIR PLUS

- Agence technique de l'information sur l'hospitalisation** (2022, octobre). [Chiffres clés hospitalisation 2020](#).
- Cahiers statistiques solidarité santé** (1990). *Psychiatrie et santé mentale*. Paris, France : La Documentation française, p. 285.
- Chan-Chee, C., Verdot, C.** (2018, septembre). [État de santé des personnes sous main de justice](#). Haut Conseil de la santé publique : actualité et dossier en santé publique.
- Coldefy, M., Lepage, J.** (2007, novembre). [Rapports d'activité des secteurs de psychiatrie en 2003](#). Paris, France : DREES, document de travail.
- Coldefy, M., Le Fur, P., Lucas-Gabrielli, V. et Mousquès, J.** (2009, août). [Cinquante ans de sectorisation psychiatrique en France, des inégalités persistantes de moyens et d'organisation](#). Irdes, *Question d'économie de la santé*, 145.
- Coldefy, M., Le Neindre, C.** (2014, décembre). [Les disparités territoriales d'offre et d'organisation des soins en psychiatrie en France : d'une vision segmentée à une approche systémique](#). Irdes, *Les Rapports de l'Irdes*, 558.
- Delaporte, A., Gateaud, G., Pereira, E., Toutlemonde, F.** (2022, juillet). [La base ARES : agrégats régionaux sur les établissements de santé – Méthodologie de constructions de séries régionales de la SAE depuis 2013](#). DREES, *DREES Méthodes*, 2.
- Direction de l'administration pénitentiaire** (2020, mai). [4 500 détenus de plus en 5 ans – 2015-2020 : analyse statistique de l'évolution de la population carcérale](#). *Cahiers d'études pénitentiaires et criminologiques*, 50.
- Duthé, G., Hazard, A., Kensey, A., Pan Ké Shon, J.-L.** (2009, décembre). [Suicide en prison : la France comparée à ses voisins européens](#). Ined, *Population et Sociétés*, 462.
- Insee** (2023, février). [L'administration pénitentiaire – Données annuelles de 2000 à 2022](#). Statistiques et études : chiffres clés.
- Kranklader, E.** (2012, mars). [Évolution de l'offre et des prises en charge hospitalières entre 2001 et 2009 : technicité croissante pour des séjours plus courts](#). DREES, *Dossier Solidarité et Santé*, 25.
- Questel, B.** (2019, octobre). [Avis fait au nom de la commission des lois constitutionnelles, de la législation et de l'administration générale de la République sur le projet de loi \(n° 2272\) de finances pour 2020 : tome IV Justice Administration pénitentiaire et Protection judiciaire de la jeunesse](#). Assemblée nationale.
- Toutlemonde, F. (dir.)** (2022, juillet). [Les établissements de santé – Édition 2022](#). Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Santé.

Annexe 1. Sources et méthode

Les sources de données mobilisées

Pour réaliser cette étude, deux bases de données ont été mobilisées : la statistique annuelle des établissements de santé (SAE), produite par la DREES, et le Recueil d'informations médicalisé en psychiatrie (RIM-P), produit par l'ATIH. Un retraitement des données de la SAE a été nécessaire pour : remettre en cohérence les données entre les différentes années (car la SAE n'est pas construite initialement pour garantir une cohérence dans le temps), mais également pour corriger la rupture de série liée à la refonte de la SAE entre les millésimes 2012 et 2013. Le RIM-P a été utilisé en appui pour la correction du nombre de journées. Les calculs des densités pour 100 000 habitants mobilisent les données localisées de population par âge de l'Insee en 2008, 2014 et 2019 pour la psychiatrie générale et infanto-juvénile. Les calculs des densités pour les détenues s'appuient sur les données la Direction de l'administration pénitentiaire (DAP) concernant le nombre de détenues en France par région au 1^{er} janvier 2009, 2015 et 2020.

La statistique annuelle des établissements de santé (SAE)

La SAE est une enquête administrative et obligatoire, réalisée tous les ans auprès de tous les établissements de santé publics et privés installés en France, y compris les services pénitentiaires et les services de santé des armées. Cette enquête administrative constitue la colonne vertébrale du système d'information sur les établissements de santé. La SAE permet d'obtenir des éléments clés sur les établissements de santé et fournit un panorama complet de l'offre de soins hospitaliers. Elle permet de recueillir, pour chaque établissement de santé, quatre grandes catégories d'information :

- les capacités d'accueil, exprimées en lits, en places, ou en nombre de structures ;
- l'activité, exprimée en séjours, en journées, en séances, en actes, en file active ou en nombre de patients ;
- les équipements (imagerie, bloc opératoire et salles d'intervention, biologie, véhicules de secours) ;
- le personnel concourant à l'activité (approche volume de travail) et ceux rémunérés par l'établissement (approche contrats et rémunérations).

La SAE a été mise en place en 1994 et est régie par le Code de la santé publique de 1993. Elle a été refondue en 2001 et 2014 (correspondant aux données relatives à 2000 et 2013), pour mieux répondre aux besoins des utilisateurs, améliorer la connaissance du système médical, permettre une étude localisée de l'offre de soins et tenir compte de la mise en place du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Depuis 2006, la psychiatrie a son propre bordereau d'interrogation dans la SAE (PSY) [annexe 2], permettant de recueillir des données sur l'activité (journées, venues, actes), sur les capacités d'accueil (lits, places), sur le mode légal de soins, ainsi que sur le personnel concourant à l'activité. Le bordereau PSY de la SAE a connu plusieurs transformations depuis sa création.

Depuis le millésime 2013, l'interrogation se fait à l'entité géographique (EG) pour tous les statuts juridiques, alors qu'avant la refonte les établissements publics étaient interrogés uniquement au niveau de l'entité juridique (EJ), rendant difficile la localisation fine des capacités d'accueil et de l'activité. En psychiatrie, le mode de collecte entre 2008 et 2012 était donc différent : les établissements publics devaient répondre au niveau de l'EJ, tandis que les établissements privés devaient répondre au niveau de l'EG. Dans ce dossier, le département d'implantation retenu pour les EJ avant 2013 est celui de l'adresse documentée pour l'EJ dans le référentiel Finess.

Depuis la refonte, le bordereau PSY doit être rempli par tous les EG qui ont une activité autorisée en psychiatrie. La collecte est « groupée au niveau EJ x département », avant comme après la refonte : les établissements doivent transmettre leurs données à une EG départementale de référence au sein de leur EJ. Cela signifie que l'EG de référence répond pour l'ensemble des structures de son EJ situées dans son département, que ce soit dans le privé comme dans le public.

Dans tous les cas, et tout au long de la période étudiée, la SAE permet de disposer de données départementales, ce qui permet d'étudier la répartition territoriale de l'offre de soins. C'est pour cette raison que la maille territoriale la plus fine étudiée ici est le département.

Au sein de la DREES, la SAE alimente chaque année les statistiques et les analyses publiées dans l'ouvrage « Les établissements de santé » (collection Panoramas de la DREES). Les données collectées dans le bordereau PSY permettent la rédaction d'une fiche annuelle sur « l'offre de soins de psychiatrie dans les établissements de santé ». Une seconde fiche sur la psychiatrie est proposée dans cet ouvrage, à partir de données issues du RIM-P, concernant « les patients : suivis en psychiatrie ». Parallèlement, la direction générale de l'offre de soins (DGOS) du ministère chargé de la santé, ainsi que les agences régionales de santé (ARS), utilisent la SAE pour leurs besoins de suivi de l'offre de soins hospitaliers, dans leur rôle de régulateur. La SAE sert également de source pour remplir les obligations internationales de la France en matière de production d'indicateurs statistiques sur le système de soins : chaque année, la France transmet à Eurostat, à l'OCDE et à l'OMS des données qui en sont issues.

Le Recueil d'informations médicalisé en psychiatrie (RIM-P)

Le RIM-P décrit de manière fine la patientèle des établissements de santé autorisés en psychiatrie, pour la prise en charge à temps complet, à temps partiel (résumé par séquence) et ambulatoire (résumé d'activité). Le RIM-P est une base médico-administrative, créée par l'arrêté du 29 juin 2006. Il concerne tous les établissements de santé exerçant une activité de psychiatrie dans les secteurs public et privé. Les remontées se font de manière trimestrielle depuis 2008. Chaque patient est identifié par un identifiant unique, par lequel remontent toutes les informations médicales, au fur et à mesure de leurs survenues. Plusieurs informations sont collectées : l'identifiant de l'établissement, l'identifiant du patient anonymisé, le sexe, la date de naissance, la commune de résidence, le diagnostic principal et associé (codé *via* la CIM-10), le mode légal de soins, le début et la fin du séjour, la dépendance cotée suivant la grille « actes de la vie quotidienne » (AVQ), les lieux et le type d'acte pour l'ambulatoire.

Avant 2022, le mode de financement de la psychiatrie ne repose pas sur la tarification à l'activité de soin (T2A) et diffère selon le statut juridique de l'établissement. Les établissements publics de santé réalisant des soins de psychiatrie et les établissements de santé privé d'intérêt collectif (Espic) sont financés par une dotation annuelle de financement (DAF) : le ministère chargé de la santé alloue une enveloppe budgétaire à chaque ARS, qui à son tour la redistribue entre les différents établissements publics de sa région. Cette DAF est indépendante du volume d'activité réalisé, à la différence du mode de financement des établissements privés, qui sont sous objectif quantifié national (OQN).

Une des spécificités de la psychiatrie est qu'il est difficile de différencier et de quantifier les actes dans cette discipline. Depuis janvier 2022, le mode de financement de la psychiatrie s'est transformé et devrait permettre de rééquilibrer les enveloppes de financement entre les régions. Les financements seront en partie liés à l'activité, avec une importance accordée à la file active, à la qualité des soins, à la recherche, mais également à la qualité de codage dans le RIM-P²².

Le rapprochement de la SAE et du RIM-P

Il n'est pas encore possible de réaliser de jointure entre les données de la SAE et celles du RIM-P. Néanmoins, toutes deux sont très importantes : la SAE pour caractériser l'offre de soins et le RIM-P pour définir la patientèle en psychiatrie.

Des variables communes sont présentes entre ces deux bases, mais elles ne sont pas toujours comparables. Pour certains établissements, les remontées diffèrent pour le nombre de journées par type de prises en charge, mais également pour le calcul du nombre de patients. Les données sont davantage similaires lorsqu'elles remontent au niveau de l'entité juridique. Certaines entités géographiques ne sont pas présentes dans le RIM-P mais le sont dans la SAE, et inversement.

Dans cette étude, mais également lors des retraitements annuels pratiqués par la DREES, le RIM-P s'avère utile pour compléter les données manquantes lors des ruptures de série dans la SAE. En cas de données manquantes, une recherche a obligatoirement été effectuée dans le RIM-P, prenant en considération l'évolution de l'entité géographique quand cela était possible (niveau le plus fin) ou bien de l'entité juridique. Ce comparatif a été effectué pour le calcul du nombre de jours, pour la prise en charge à temps complet, et du nombre de venues, pour la prise en charge à temps partiel.

Le recensement de population (Insee)

Les indicateurs de densités de lits, en psychiatrie générale et en psychiatrie infanto-juvénile, ont été construits à l'aide des recensements de l'Insee²³. Ces fichiers permettent de recenser le nombre de personnes par commune, par sexe et par âge entre 2008 et 2019.

Mayotte a un mode de recensement différent des autres régions de France. Pour avoir les données les plus fines possible, la pyramide des âges détaillée de l'Insee a été mobilisée pour dénombrer la population de Mayotte en 2014 et en 2019. Les données antérieures n'ont pas été retenues car la collecte des données hospitalières de Mayotte n'a commencé qu'en 2012 dans la SAE.

Recensement d'anomalies et fiabilisation des données de la SAE

Chaque année, l'exploitation des bases administratives (données brutes des établissements), puis des bases statistiques (données retraitées pour corriger les anomalies et les erreurs de saisie des établissements) de la SAE, conduit à identifier quelques ruptures de série. Celles-ci traduisent la persistance d'anomalies, d'erreurs déclaratives mais également des difficultés de remplissage, dues à une évolution continue du questionnaire, avec parfois

²² De 2007 à 2021, le financement ne dépend pas de la qualité du remplissage du RIM-P. Avec le changement de financement, les données du RIM-P vont probablement gagner en exhaustivité.

²³ <https://www.insee.fr/fr/information/2880845>

des changements de concept, de définition ou de périmètre. Pour corriger ces erreurs, il est important d'examiner les évolutions par rapport aux années précédentes.

Lorsque des anomalies sont repérées, souvent sur des agrégats nationaux, les répondants dont les évolutions sont les plus atypiques et contribuent le plus à l'anomalie sont repérés, puis une correction est décidée. Si l'anomalie est repérée dans les bases administratives, la correction est apportée au niveau fin directement dans les bases statistiques. Si l'erreur est constatée dans cette dernière, l'erreur est documentée et référencée pour la corriger ultérieurement, en livrant une version corrigée de la base statistique.

Cette méthode a permis ces dernières années de repérer trois grands types d'évolutions atypiques, par ordre décroissant de fréquence :

- des anomalies ponctuelles liées à des erreurs déclaratives des établissements ;
- des évolutions atypiques qui proviennent d'évolutions du questionnaire ou du contexte juridique et institutionnel des établissements de santé ;
- des erreurs techniques ou calculatoires dans la chaîne de traitement de la SAE, sans rapport avec la déclaration de l'établissement.

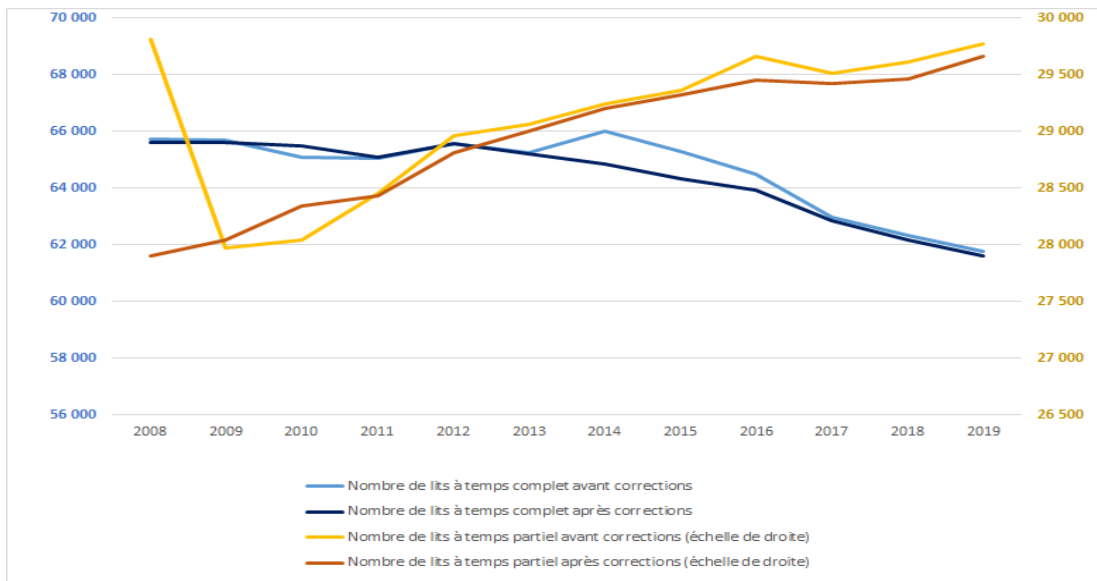
Pour cette étude, toutes les anomalies relevées sur la période 2008-2019 pour le bordereau PSY de la SAE ont été prises en compte, pour la prise en charge à temps complet et la prise en charge à temps partiel (hors ateliers thérapeutiques). En outre, une évaluation plus poussée des données du bordereau PSY a été effectuée pour réaliser une mise en cohérence temporelle des données au niveau départemental (et régional pour les patients détenus), permettant une consolidation et donc une fiabilisation des données, en niveau comme en évolution.

Les corrections apportées reposent donc sur trois étapes de travail :

- **Intégration des corrections déjà recensées durant la production de la SAE** : depuis 2017, toutes les anomalies observées dans les bases statistiques sont recensées et documentées dans la perspective d'une mise à jour de ces bases, pour le bordereau PSY mais également pour tous les autres bordereaux de la SAE. Cette mise à jour a été réalisée en juillet 2022, donnant lieu à la création d'une nouvelle base de données d'agrégats régionaux sur les établissements de santé (ARES). Actuellement, seules les variables de capacités et d'activité pour l'hospitalisation à temps plein et l'hospitalisation de jour ont été corrigées et intégrées dans le cadre de la publication de la base ARES, et ce, uniquement au niveau régional.
- **Examen approfondi du bordereau PSY et recherche d'anomalies résiduelles au niveau des établissements répondants** : toutes les évolutions par rapport à l'année *N-1* d'une amplitude de plus de 10 % en valeur absolue ont été contrôlées au niveau départemental fin. Pour les patients détenus, l'examen a été conduit au niveau régional. La recherche des anomalies s'est effectuée sur environ 600 établissements répondants en moyenne, pour les SAE 2008 à 2019. La comparaison des données en évolution a permis la création d'une typologie des corrections les plus récurrentes (*tableau 1*). Les corrections apportées lors de ce travail long et méticuleux peuvent se traduire par des écarts de résultats entre les chiffres de ce dossier et la base ARES : en effet, des anomalies ont été recensées après la diffusion de juillet 2022.
- **Vérification des résultats obtenus sur les agrégats départementaux** : ces agrégats ont été calculés à partir des données individuelles corrigées, pour vérifier la résorption des évolutions atypiques et pour rendre compte des disparités départementales de l'offre de soins hospitaliers en psychiatrie. Pour les patients détenus, les agrégats ont été produits au niveau régional.

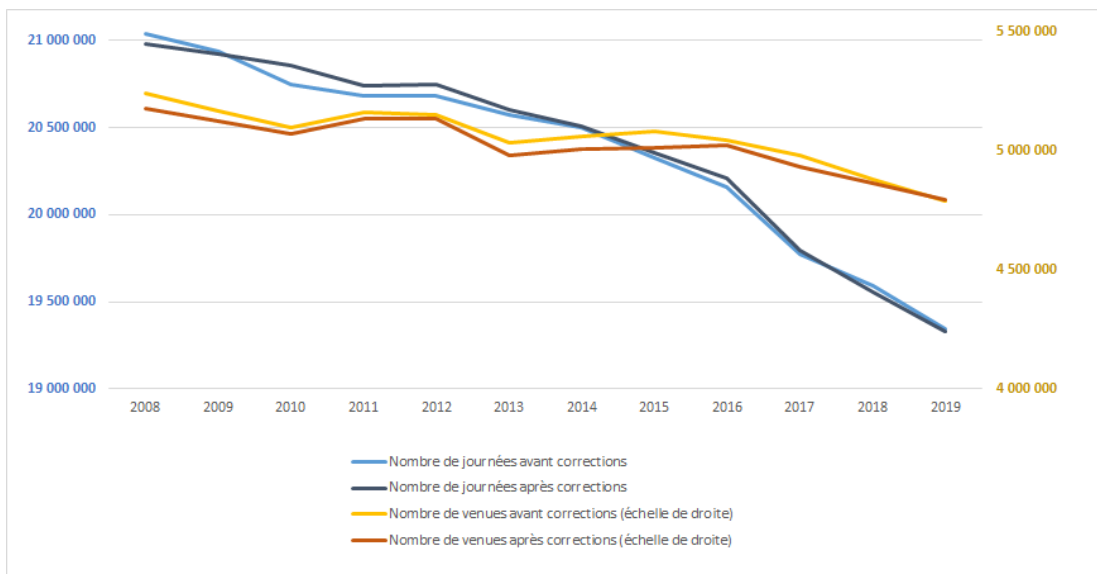
Les corrections ont permis de gommer les pics suspects, d'améliorer la cohérence entre les capacités et l'activité, mais également la cohérence entre les années (*graphiques 16 et 17*). Les corrections sont moins importantes à partir de la SAE 2017, en raison de la mise en place, sur le site de collecte en ligne de la SAE, de contrôles automatiques dans le bordereau PSY permettant de signaler immédiatement aux établissements enquêtés des anomalies en cours de saisie : en cas d'incohérence entre deux cases du bordereau PSY ou d'évolutions atypiques par rapport à la réponse *N-1*, une notification apparaît à l'écran pour signaler ce problème de cohérence. Cela permet de réduire le nombre d'erreurs déclaratives des établissements répondants.

Graphique 16 • Évolution du nombre total de lits et de places entre 2008 et 2019, avant et après corrections



Champ > Établissements de santé répondant au bordereau PSY de la SAE de 2008 à 2019, France entière, y compris le SSA.
Source > SAE 2008-2019, traitements DREES.

Graphique 17 • Évolution du nombre total de journées et de venues entre 2008 et 2019, avant et après corrections



Champ > Établissements de santé répondant au bordereau PSY de la SAE de 2008 à 2019, France entière, y compris le SSA.
Source > SAE 2008-2019, traitements DREES.

Tableau 1 • Typologie des erreurs et règles de correction

Groupe d'erreurs	Erreurs détaillées	Règles de correction	
Capacités	Capacités recensées mais pas les journées /venues	1.1	Vérification des commentaires N-1 et N+1
		1.2	Vérification des inversions entre les disciplines
		1.3	Vérification des doublons dans l'entité juridique
		1.4	Vérification dans le RIM-P pour comparer si l'activité est proche et imputer les capacités en fonction
		1.5	Si l'établissement n'est pas retrouvé dans le RIM-P, alors la correction se fait en évolution par rapport aux années précédentes
Activités	Journées/venues recensées mais pas les capacités	2.1	Vérification des commentaires N-1 et N+1
		2.2	Vérification des inversions entre les disciplines
		2.3	Vérification des doublons dans l'entité juridique
		2.4	Correction en évolution
		2.5	Correction en prenant la dernière année de référence
		2.6	Imputation des données par interpolation
	Venues en hospitalisation de nuit recensées mais pas de capacité	3.1	Vérification des commentaires N-1 et N+1
		3.2	Vérification des inversions entre les disciplines
		3.3	Vérification des doublons dans l'entité juridique
		3.4	Vérification des autorisations de santé
		3.5	Si les données sont faibles, alors suppressions ou imputations en hospitalisation à temps plein (HTP) ou en hospitalisation de jour (HDJ)
	Calcul du nombre de venues pour la prise en charge à temps partiel	4.1	Vérification des changements dans la série
		4.2	Vérification des commentaires et vérification dans le RIM-P
		4.3	Dans la majorité des cas, pour les venues avec des données aberrantes, l'activité a été divisée par deux ou les données du RIM-P ont été incrémentées
	Établissements	Changement de statut juridique (passage du statut privé à but non lucratif à but lucratif)	5.1
5.2			Vérification des commentaires et des autorisations de santé

Champ > Établissements de santé répondant au bordereau PSY de la SAE de 2008 à 2019, France entière, y compris le SSA.

Source > SAE 2008-2019, traitements DREES.

Annexe 2. Bordereau psychiatrie de la SAE (PSY) en 2019

PSYCHIATRIE (1/2)

Participation à la sécurisation psychiatrique :

Si oui : Nombre de secteurs de psychiatrie générale : oui non **A0** oui non **A4**

Si oui : Nombre de secteurs de psychiatrie infanto-juvénile : oui non **A1** oui non **A43**

Nombre de secteurs de psychiatrie infanto-juvénile : **A2** oui non **A41**

Nombre de dispositifs intersectoriels formalisés : **A3** **B41**

Interventions en milieu pénitentiaire (y compris USMP d'un autre établissement) : **A4** oui non

L'établissement hospitalier a-t-il une unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) ? **A43** oui non

Existe-t-il une équipe spécialisée dans la prise en charge des patients agités ou difficiles (IME, USIP) ? **A41** oui non

Si oui, Nombre d'ETP (annuel), tout personnel confondu, dédiés à cette activité : **B41**

L'établissement a-t-il un service médico-psychologique régional (SMPR) ? **A42** oui non

Si oui, Nombre d'ETP (annuel), tout personnel confondu dédiés à cette activité : **B42**

L'établissement a-t-il une unité sanitaire en milieu pénitentiaire (USMP) de niveau 2 ? **A44** oui non

Capacité d'accueil

	Prises en charge à temps complet						Prises en charge à temps partiel			
	Nombre de lits ou places installés au 31/12			Nombre de journées-lits exploitables	Nombre de places au 31/12		Nombre de structures au 31/12			
	Hospitalisation à temps plein	Accueil familial thérapeutique	Accueil en appartement thérapeutique		Accueil en centre de cure post cure	Accueil en centre de crise et structure d'accueil des urgences (*)	Hospitalisation à domicile	Hospitalisation de jour	Hospitalisation de nuit	Ateliers thérapeutiques
Psychiatrie générale	6	A	B	C	D	E	F	G	H	I
Psychiatrie infanto-juvénile	7									
Psychiatrie en milieu pénitentiaire	8									
Total psychiatrie (calculé)	9									

(*) sans urgences générales (question A38)

Activité

	Prises en charge à temps complet						Prises en charge à temps partiel					
	Nombre de séjours	Nombre de journées					Nombre de venues (en équivalent journées)					
		Hospitalisation à temps plein (*)	Hospitalisation à temps plein	Accueil familial thérapeutique	Accueil en appartement thérapeutique	Accueil en centre de post cure	Accueil en centre de crise et structure d'accueil des urgences (*)	Hospitalisation à domicile	Séjours thérapeutiques	Hospitalisation de jour	Hospitalisation de nuit	Ateliers thérapeutiques
Psychiatrie générale	10	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
Psychiatrie infanto-juvénile	11											
Psychiatrie en milieu pénitentiaire	12											
Total psychiatrie (calculé)	13											

(*) doivent être uniquement comptabilisés les séjours à temps plein et non l'ensemble des séjours à temps complet

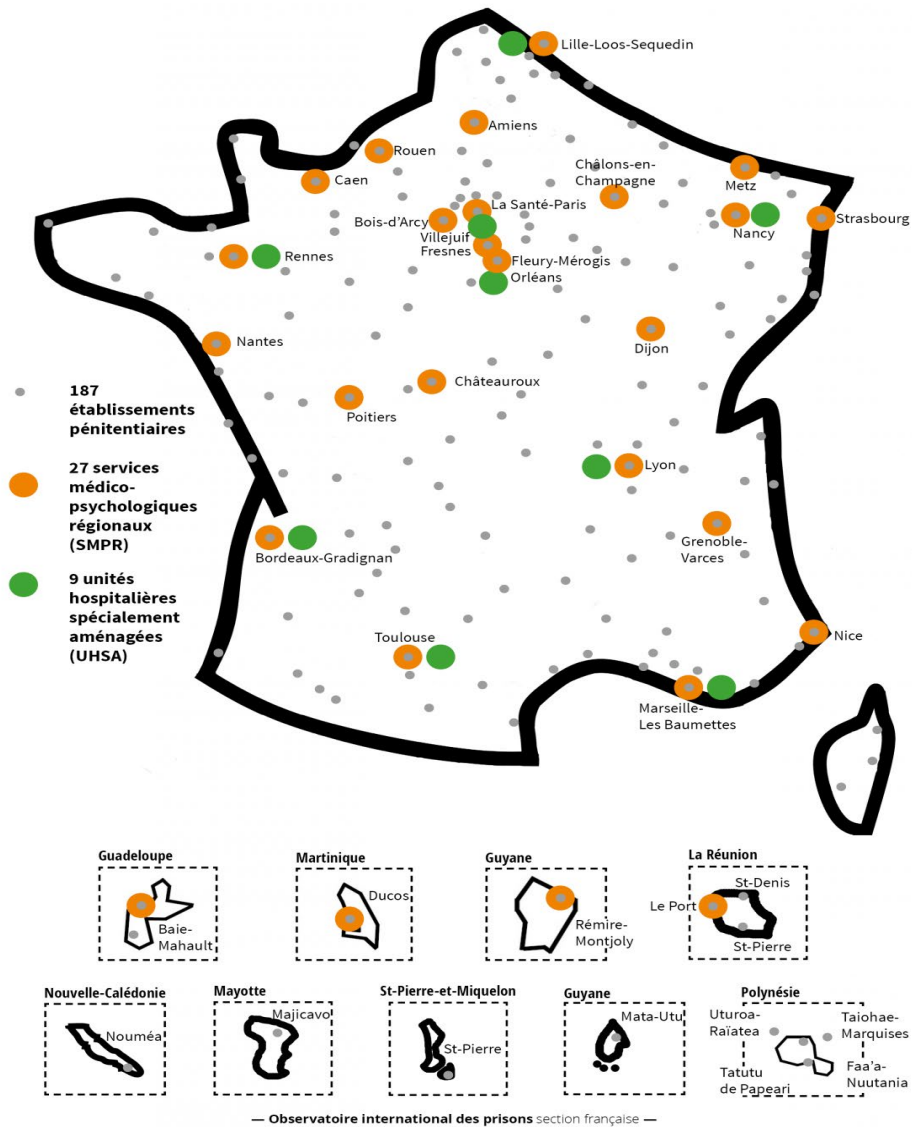
Prise en charge ambulatoire (Hôpitaux publics et ESPIC uniquement)

	CAPACITES					ACTIVITE					
	Nombre de structures au 31/12					Nombre d'actes, soins et interventions :					
	Structures ouvertes moins de 5 jours par semaine	Structures ouvertes 5 jours ou plus par semaine	Unité de consultation des services de psychiatrie	CATTP	CMP	Unité de consultation des services de psychiatrie	CATTP	a domicile ou en institution substitutive au domicile	en établissement social ou médico-social	en unité d'hospitalisation somatique (y compris services d'urgence)	en établissement médico-éducatif/PMI/en milieu scolaire
Psychiatrie générale	14	K	L	M	N	O	E	F	G	H	I
Psychiatrie infanto-juvénile	15										
Psychiatrie en milieu pénitentiaire	16										
Total psychiatrie (calculé)	17				49						

Champ > Partie 1 (capacités, activités) du bordereau PSY, France entière, y compris le SSA.
Source > SAE, DREES 2019.

UHSA & SMPR

dans les établissements pénitentiaires français



Champ > Établissements pénitentiaires, services médico-psychologiques (SMPR) régionaux et unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA).

Source > Observatoire international des prisons, avril 2018

Les Dossiers de la DREES

N° 112 • septembre 2023

L'offre de soins hospitaliers en psychiatrie : évolutions
de 2008 à 2019 et disparités territoriales

Directeur de la publication

Fabrice Lenglard

Responsable d'édition

Valérie Bauer-Eubriet

ISSN

2495-120X

Ministère des Solidarités et de la Santé
Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)

14 avenue Duquesne - 75 350 paris 07 SP
Retrouvez toutes nos publications sur drees.solidarites-sante.gouv.fr et nos données sur www.data.drees.sante.fr
