

4.3 Etat des lieux de l'offre de soins de psychiatrie

Avec la médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) et les soins de suite et de réadaptation (SSR), la psychiatrie, est le troisième poste de dépenses hospitalières. Ce champ d'activité, qui comporte une dimension de santé publique marquée présente des caractéristiques différentes des autres disciplines.

Les patients sont essentiellement pris en charge en ambulatoire par les établissements de santé. L'offre de soins psychiatriques est majoritairement publique (70% des capacités en lits et places en 2012). Les capacités d'hospitalisation à temps plein ont sensiblement diminué depuis une trentaine d'années au profit de l'augmentation des places d'hospitalisation à temps partiel, portée principalement par les établissements privés, ceux-ci ne représentant cependant qu'une faible fraction de l'hospitalisation à temps partiel.

Au cours de ces dernières années, seul le secteur privé lucratif a vu ses capacités s'accroître dans un cadre budgétaire contraint. Si la mise en place de la tarification à l'activité (T2A) sur le champ de la psychiatrie n'est pas envisagée à court terme, la prise en charge psychiatrique est de mieux en mieux documentée depuis l'introduction en 2006 du recueil d'information médicalisée en psychiatrie (Rim-P).

Une offre de soins plurielle, majoritairement publique et essentiellement tournée vers la prise en charge en ambulatoire

Si la France se trouve être relativement bien dotée dans le cadre de la prise en charge de la santé mentale, elle le doit autant à ses capacités d'accueil, qui la placent dans la moyenne des autres pays européens (cf. graphique 1), qu'à l'organisation en réseau de son offre hospitalière publique, fondée sur le « secteur » psychiatrique¹.

Trois modes de prise en charge en psychiatrie peuvent être distingués selon leur fréquentation (cf. tableau 2) : l'ambulatoire (90% de la file active en 2012), la prise en charge à temps complet (25%) et enfin le temps partiel (8%) un patient pouvant être comptabilisé dans plusieurs types de pris en charge. En 2012, 57% de la file active était exclusivement ambulatoire. Cette prise en charge relève essentiellement de consultations en centres médico-psychologiques (CMP) qui sont des unités de soins également chargées de l'accueil et de la coordination et qui, rattachés à un centre hospitalier, dépendent du secteur public

La prise en charge à temps complet se compose à 95% de l'hospitalisation à temps plein réalisée par les centres hospitaliers (CH et CHU 20%), les centres hospitaliers spécialisés (CHS 45%), le secteur privé non lucratif (12%) et les établissements privés à but lucratif (23%). Elle est en principe réservée à la gestion des situations aiguës. Les autres modalités d'accueil (12% des lits et places de la prise en charge à temps complet) regroupent les centres de post-cure, l'hospitalisation à domicile, l'appartement thérapeutique et l'accueil familial thérapeutique (cf. tableau 1).

Enfin, la prise en charge à temps partiel s'effectue au sein des hôpitaux de jour, des hôpitaux de nuit et des centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP).

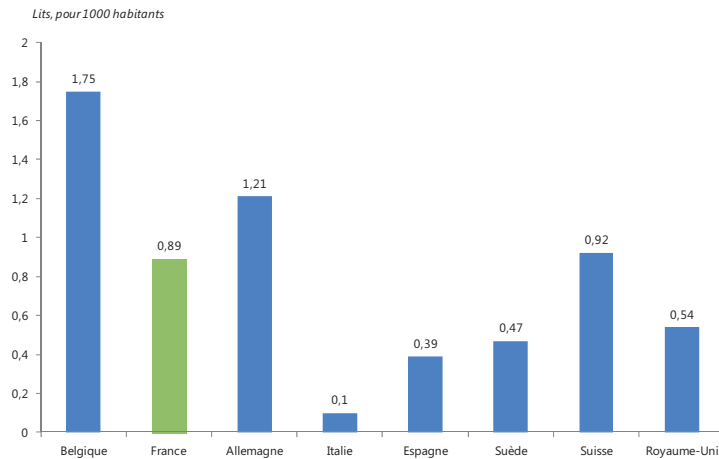
L'activité reste essentiellement réalisée au sein du secteur public

L'activité de psychiatrie en établissement de santé est réalisée essentiellement au sein des établissements publics et privés à but non lucratif, et ce quel que soit le mode de prise en charge. En 2012, la quasi-totalité des actes ambulatoires était réalisée dans le secteur public (cf. tableau 2). Toutefois, la prédominance du secteur public décroît à mesure que la prise en charge est de plus en plus complète. Ainsi, les établissements privés à but lucratif accueillent 7% des journées d'hospitalisation partielle en 2012, 24% des journées d'hospitalisation à temps plein et 30% des séjours de post-cure.

S'agissant des capacités en hospitalisation à temps plein, le dynamisme du secteur privé lucratif sur la période récente (+14%) a induit une évolution positive des capacités globales (+1%).

¹ Unité géographique de base de la délivrance de soins en psychiatrie publique. La loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi HPST), tout en maintenant la politique de sectorisation, a cherché à intégrer celle-ci dans une vision plus globale de la santé.

Graphique 1 • Lits de psychiatrie pour 1000 habitants en France et en Europe



Source : OCDE

Tableau 1 • Capacités d'accueil en psychiatrie (générale et infanto-juvénile) en 2012, par secteur

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Total	
	Effectifs	Évolution 2008 - 2012	Effectifs	Évolution 2008 - 2012	Effectifs	Évolution 2008 - 2012	Effectifs	Évolution 2008 - 2012
Prise en charge hospitalière								
Prises en charge à temps complet								
Hospitalisation à temps plein (lits)	37 689	-2%	7 353	-6%	12 907	+14%	57 949	+1%
Placement familial thérapeutique (places)	3 286	-7%	245	-13%	0		3 531	-8%
Accueil en appartement thérapeutique (places)	854	-5%	186	-28%	12		1 052	-9%
Accueil en centre de post cure (lits)	593	-5%	621	-14%	307	-36%	1 521	-17%
Accueil en centre de crise et structure d'accueil des urgences (places)	356	+62%	30	+150%	6	-73%	392	+54%
Hospitalisation à domicile (places)	809	-15%	77	+450%			886	-8%
Prises en charge à temps partiel								
Hospitalisation de jour (places)	21 333	+2%	4 895	-26%	1 051	+91%	27 279	-3%
Hospitalisation de nuit (places)	1 098	-11%	270	-7%	82	+156%	1 450	-7%
Accueil en CATT et ateliers thérapeutiques (nombre de structures)	1 734	-67%	194	-76%			1 928	-68%
Prise en charge ambulatoire								
Centre Médico-Psychologique (CMP) et autres prise en charge ambulatoire (structures)	3 038	-48%	404	-9%	5		3 447	-45%

Source : DREES SAE 2008 et 2012

Tableau 2 • Répartition de l'activité de psychiatrie par type de structure en 2012, par secteur

	Nombre de journées ou d'actes ambulatoires						Nombre de patients distincts ⁽¹⁾					
	Établissements publics	%	Établissements privés à but non lucratif	%	Établissements privés à but lucratif	%	Établissements publics	%	Établissements privés à but non lucratif	%	Établissements privés à but lucratif	%
Prise en charge hospitalière	18 160 054	68%	3 468 355	13%	4 904 807	18%	356 633	69%	57 524	11%	104 242	20%
Prises en charge à temps complet	13 114 906	65%	2 351 896	12%	4 569 525	23%	260 208	65%	40 552	10%	97 874	25%
Hospitalisation à temps plein	11 792 687	64%	2 135 036	12%	4 447 585	24%	243 242	64%	38 954	10%	96 272	25%
Placement familial thérapeutique	798 279	93%	59 337	7%	0	0%	3 181	92%	268	8%	0	0%
Accueil en appartement thérapeutique	151 890	76%	47 229	24%	0	0%	1 250	79%	333	21%	0	0%
Accueil en centre de post cure	142 756	41%	100 003	29%	101 948	30%	1 299	39%	743	22%	1 290	39%
Accueil en centre de crise	68 238	76%	2 156	2%	19 956	22%	15 101	88%	121	1%	1 858	11%
Hospitalisation à domicile	161 056	95%	8 135	5%	36	0%	1 433	88%	191	12%	2	0%
Prises en charge à temps partiel	5 045 148	78%	1 116 459	17%	335 282	5%	142 831	81%	23 388	13%	10 267	6%
Hospitalisation de jour	3 543 557	75%	884 362	19%	321 061	7%	77 148	75%	15 825	15%	9 969	10%
Hospitalisation de nuit	110 022	57%	69 646	36%	14 221	7%	3 208	70%	656	14%	751	16%
CATT	1 391 569	90%	162 451	10%	0	0%	76 915	90%	8 406	10%	0	0%
Prise en charge ambulatoire	16 066 096	89%	2 009 500	11%	13 958	0%	1 662 655	89%	214 562	11%	136	0%
Centre Médico-Psychologique (CMP)	10 810 984	88%	1 442 151	12%	52	0%	1 119 885	88%	157 940	12%	4	0%
Autres structures d'ambulatoire	5 255 112	90%	567 349	10%	13 906	0%	812 556	90%	91 104	10%	134	0%
Total toutes prises en charge	34 226 150	77%	5 477 855	12%	4 918 765	11%	1 751 808	84%	237 111	11%	104 307	5%

Source : ATIH / Base nationale RIM-P. (1) Un patient pouvant être comptabilisé dans plusieurs modes de prise en charge, la somme des files actives ambulatoire, temps partiel et temps complet est supérieure à la file active totale.

L'augmentation du recours à la psychiatrie s'inscrit dans un cadre budgétaire contraint

L'intensification de l'activité est davantage liée à des causes organisationnelles qu'épidémiologiques

Caractérisée par un taux d'occupation des lits élevé (près de 90% en 2012) en progression ces dernières années, l'activité de psychiatrie en établissement de santé a également été marquée par un raccourcissement de la durée moyenne de séjour passant de 29,6 jours en 2007 à 28,8 jours en 2012. La progression du taux de recours aux soins psychiatriques à temps complet ou partiel, (360 journées pour 1000 habitants en 2008 à 402 en 2012) ainsi que celle du taux de recours à une prise en charge ambulatoire (217 actes pour 1000 habitants en 2008 à 273 en 2012), laissent à penser, au regard de la faible évolution des capacités sur la même période, que l'activité de psychiatrie s'est nettement intensifiée. Ce taux national et son évolution masquent néanmoins de fortes disparités constatées au niveau régional et interrégional (cf. graphiques 2). Un début de rééquilibrage interrégional apparaît toutefois : les régions dont les taux de recours sont relativement élevés ont vu celui-ci croître faiblement voire diminuer (Limousin, Bretagne, Aquitaine) et inversement (Poitou-Charentes, Pays de Loire, Picardie). Ce recours accru aux structures de soins de psychiatrie ne peut être imputé à des causes épidémiologiques. Des causes organisationnelles peuvent également être invoquées. En particulier, le manque de solutions en amont et en aval de la prise en charge pourrait également expliquer l'augmentation du taux de recours à travers l'allongement de la durée des séjours prolongés (ou la répétition de ceux-ci) et le recours accru à l'hospitalisation sous contrainte¹.

Un financement sous forme de dotations qui maintient les disparités existantes

Le financement des activités de soins en psychiatrie est assuré, pour les établissements publics et privés à but non lucratif, par une dotation annuelle de financement (DAF) et par un objectif quantifié national (OQN) qui regroupe des établissements privés à but lucratif et non lucratifs. Ensemble, ces deux dotations représentaient, avec 9,4 Md€ en 2013, un peu plus de 12% des dépenses totales d'assurance maladie versées aux établissements de santé (cf. graphique 3). En sus de ces dotations, les établissements MCO reçoivent des financements au titre des séjours de psychiatrie financés au sein du court séjour par les groupes homogènes de séjours (GHS)². Ces quelques 480 000 séjours représentaient une masse financière totale (secteurs public et privé confondus) d'un peu moins de 850 M€ en 2013 (un peu plus de 2% de la valorisation de l'ensemble des séjours MCO).

Les dépenses d'assurance maladie versées aux établissements de santé au titre du financement de la psychiatrie ont été marquées, sur la période récente, par une croissance faible, dans un contexte de dépenses contraint. (cf. graphique 4). Ainsi, entre 2007 et 2013, les dépenses de soins psychiatriques en établissement de santé ont augmenté de 2,2% en moyenne par an. Ce taux de croissance est légèrement tiré vers le haut par l'OQN PSY qui a augmenté de 4% en moyenne par an sur la période mais qui compte tenu de son faible poids ne contribue que pour 0,2 point à la croissance totale.

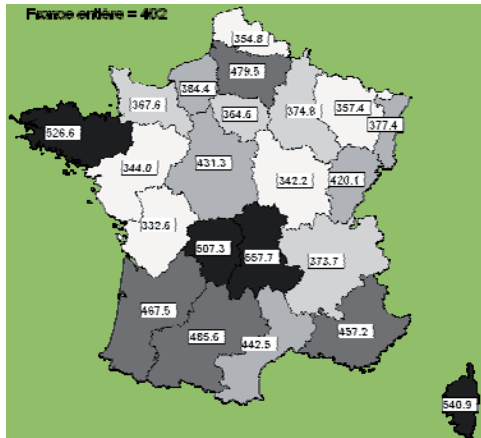
Tout comme le taux d'équipement et le taux de recours aux soins sont très disparates d'une région à l'autre et d'un territoire de santé à l'autre, le montant de la DAF psychiatrie par habitant varie d'une région à l'autre (de 101€ par habitant à 177 €). Les régions disposant d'une offre en lits plus élevée présentent un taux de recours à l'hospitalisation également plus élevé et une dotation par habitant significative. Ces régions sont ciblées en priorité par les mesures de péréquation inter-régionale afin de diminuer l'écart à la moyenne des dotations régionales et faire évoluer l'offre de soins vers les alternatives à l'hospitalisation à temps plein.

¹ L'organisation des soins psychiatriques : les effets du plan « Psychiatrie et santé mentale » (2005 – 2010). Rapport public thématique, Cour des Comptes, décembre 2011.

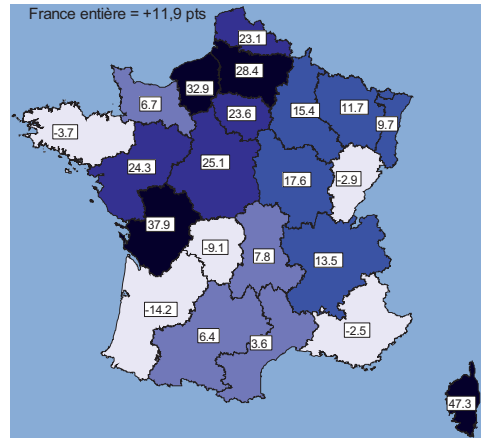
² Il s'agit de séjours pris en charge par des établissements n'ayant pas d'autorisation en psychiatrie.

Graphique 2 • Taux de recours régionaux en 2012 et évolution du taux de recours entre 2008 et 2012

Taux de recours standardisés régionaux pour 1000 habitants

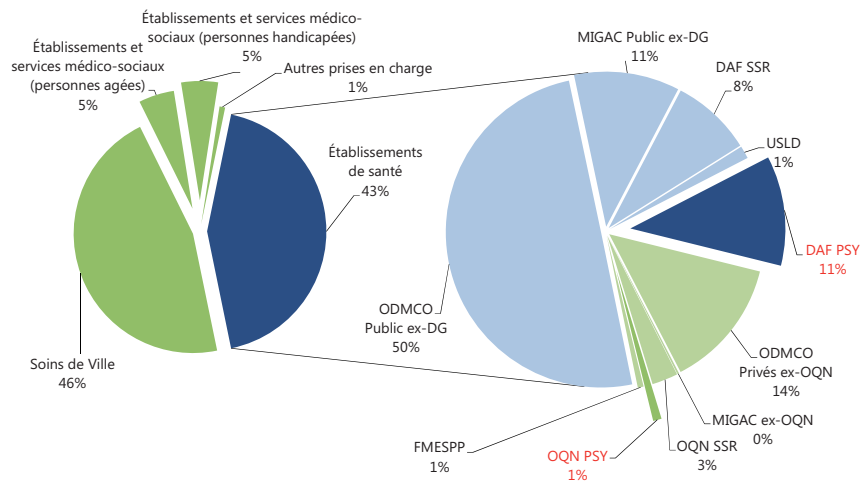


Évolution du taux de recours (2008 – 2012)



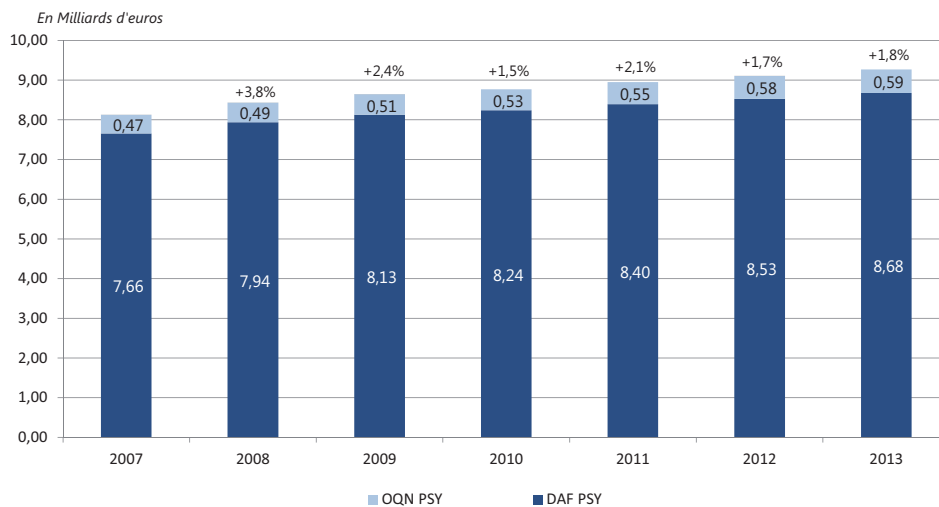
Source : ATIH

Graphique 3 • Répartition de l'ONDAM par sous-objectif et décomposition de l'ONDAM hospitalier en 2013 (réalisations)



Source : ARBUST (ATIH) et CNAMTS / DSS

Graphique 4 • Évolution de la DAF PSY et de l'OQN PSY depuis 2007



Source : ARBUST (ATIH) et CNAMTS / DSS