

PRS 2018-2022

Organisation des activités soumises à autorisation

Activité	Psychiatrie
----------	-------------

Zonage

Le département est le niveau retenu en région Pays de la Loire pour appréhender le maillage territorial de la santé mentale et plus particulièrement de la psychiatrie dans le cadre du projet régional de santé.

Ce zonage correspond également à celui des projets territoriaux de santé mentale mentionnés dans la loi de modernisation de notre système de santé, projets basés sur des diagnostics réalisés par l'ensemble des acteurs concernés dans chaque département.

Ce territoire, tel que mentionné à l'article L.3221-2 du code de la santé publique, correspond à la notion de territoire suffisant pour permettre l'accès à des modalités et techniques de prises en charge diversifiées. Il est ainsi à la fois un territoire de coordination des acteurs au niveau institutionnel et un espace de second niveau où s'organise une offre non disponible en proximité au sein des secteurs. Sauf cas très particulier, l'offre en services de soins en psychiatrie doit être suffisamment diversifiée pour répondre aux différents besoins en soins des personnes à tous les stades de leur parcours.

Etat des lieux / contexte de la santé mentale

La situation épidémiologique est marquée par une dégradation des indicateurs de santé mentale sur les quatre dernières années (détresse psychologique 9 % à 14 %, ALD pour trouble mental + 3,4 %/an, pensées suicidaires 4 % à 7 %, tentatives de suicide 4 % à 7 %, mortalité par suicide 26 % supérieure à la moyenne nationale). De même, la région Pays de la Loire est confrontée à des inégalités sociales et des inégalités territoriales de l'offre de soins et d'accompagnement (faible densité de psychiatres libéraux, hétérogénéité territoriale pour les médecins généralistes et psychiatres). La demande de soins en santé mentale est toujours en progression constante, mais elle évolue vers une demande plus accrue de soins alternatifs à l'hospitalisation à temps plein. Certaines structures hospitalières ont déjà amorcé cette évolution en diminuant le nombre de lits d'hospitalisation à temps plein pour consacrer les ressources vers les dispositifs alternatifs (Placement Familial thérapeutique - PFT, Appartement Thérapeutique (AT), hospitalisation à temps partiel de jour et de nuit, Centre d'accueil à temps partiel thérapeutique (CATTP), Centre Médico-psychologique (CMP)). L'objectif est de pouvoir réduire les inégalités territoriales et proposer un panier de soins et services diversifiés et équitables pour la population des territoires.

La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 vient conforter la politique de santé mentale et l'organisation de la psychiatrie au sein des territoires, et notamment au sein des secteurs de psychiatrie devant offrir des soins de proximité. Ainsi, la politique de santé mentale territoriale s'entend dans plusieurs dimensions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale. Elle est déclinée dans les régions au sein des Projets Territoriaux de Santé Mentale (PTSM) définis sur la base d'un diagnostic territorial partagé établi par les différents acteurs concernés du territoire.

L'organisation d'une logique de parcours efficiente en psychiatrie et santé mentale implique une collaboration et une coordination des acteurs relevant des champs du sanitaire, du social et du médico-social. Cela nécessite de tenir compte des cultures, des approches, des organisations, des réglementations de ces différents partenaires, ceci dans un contexte modifié de l'organisation de la psychiatrie prévu par la loi de modernisation de notre système de santé. L'objectif des projets territoriaux en santé mentale est de favoriser l'amélioration continue de l'accès des personnes concernées à des parcours de santé et de vie de qualité sans rupture.

Ainsi, les modalités et techniques de prises en charge diversifiées visent l'amélioration continue de l'état de santé psychique et physique. Le développement d'actions destinées à prévenir la survenue ou l'aggravation du handicap ou du déficit fonctionnel renforce les capacités des personnes à décider et à agir, au travers notamment l'accès précoce aux soins de réhabilitation et aux accompagnements sociaux et médicaux-sociaux.

Par ailleurs, outre les soins psychiatriques libres à la demande par les patients, la prise en charge des personnes sans leur consentement est une mission de service public pour les établissements de santé au sens de l'article L6112-1 du Code de la santé publique. Le directeur de l'Agence Régionale de Santé désigne les établissements publics de santé autorisés en psychiatrie assurant cette mission sur l'ensemble du territoire (article 3222-1 du Code de Santé Publique (CSP)).

Bilan du PRS1 de l'offre de soins en psychiatrie et perspectives :

Le recours aux soins et les pratiques professionnelles présentent une diversité intéressante mais révèlent également des formes de prises en charge hétérogènes et inéquitables selon les territoires.

Pour la psychiatrie en modalité Adulte :

Entre 2012 et 2016, selon la SAE, la capacité en hospitalisation à temps plein en psychiatrie est passée de 2 428 lits à 2 275 lits, soit une diminution de 153 lits. Cette évolution s'est accompagnée d'une diminution de 7.5 % du nombre de journées. La file active hospitalisée à temps plein a diminué d'environ 10 %. La fermeture de lits se poursuit dans certains territoires.

Cependant, les situations d'inadéquations perdurent au niveau régional. Selon les données PSMI 2015, 330 patients âgés de 20 à 60 ans sont hospitalisés à temps plein depuis plus de 292 jours (avec ou sans orientation CDAPH).

Le développement des structures ambulatoires (CMP, CATTP) est constaté dans l'ensemble des départements de la région, marquant le virage ambulatoire et la couverture territoriale des équipes de secteurs.

Cette activité ambulatoire est stable en nombre d'actes. L'activité en CATTP a augmenté. La file active exclusivement ambulatoire enregistre une augmentation de 22 %.

Les dispositifs alternatifs à l'hospitalisation à temps plein proposant des soins permettant le retour et le maintien en milieu ordinaire (PFT, AT, etc.) se sont légèrement déployés. Le recours à ces formes de prises en charge est bien marqué en Loire-Atlantique, mais des marges sont encore possibles sur d'autres territoires.

Le développement de l'hospitalisation à temps partiel (de jour et de nuit) n'a pas connu la même dynamique sur tous les territoires de la région. L'activité en hospitalisation de jour a légèrement diminué (-3,2 %) depuis 2013.

Des réflexions sont à mener sur l'intérêt de l'hospitalisation de nuit (HDN), dont l'activité est très variable d'un établissement à un autre.

Concernant les soins sans consentement, une augmentation est constatée au niveau des soins psychiatriques pour péril imminent. Les soins sur décision d'un représentant de l'Etat et à la demande d'un tiers sont globalement stables en termes de patients et de journées de prise en charge.

Pour la psychiatrie en modalité Infanto-Juvenile :

Le nombre de CMP et de CATTP et leur activité sont stables (néanmoins, l'activité CATTP a augmenté). La file active ambulatoire a augmenté de 8.5 % depuis 2012, et reste stable les années suivantes. Le taux d'actes en ambulatoire varie de 1 761 en Sarthe à 3 035 en Loire Atlantique, avec une moyenne régionale à 2 563 actes pour 10 000 habitants âgés de moins de 18 ans.

Les places en hospitalisation de jour ont diminué passant de 490 en 2012 à 439 places en 2016. Parallèlement, l'activité a baissé d'environ 7.5 % en termes de venues (équivalent journées). En 2016, le taux moyen de recours est de 484 venues pour 10 000 habitants de moins de 18 ans, allant de 166 en Sarthe jusqu'à 734 en Vendée. L'hospitalisation de nuit est en forte baisse, n'enregistrant que 100 venues en 2016.

Les capacités en placement familial thérapeutique sont passées de 38 à 31 places à partir de 2014. Après une baisse, l'activité est en augmentation depuis 2014.

Les capacités et l'activité en hospitalisation à temps plein sont restées stables. La Vendée présente le taux d'équipement le plus élevé de la région pour une population de moins de 18 ans (représentant 17 % de la population régionale). Des tensions existent en Loire Atlantique pour l'accès à l'hospitalisation des mineurs, en particulier pour la gestion de crises. Alors que la population des moins de 18 ans représente 36 % de la population ligérienne, la capacité (21 lits), représente 22 % des lits de la région (94 au total). En 2016, le taux de recours moyen régional est de 250 journées pour 10 000 habitants âgés de moins de 18 ans, dont 140 en Loire Atlantique.

Les faibles capacités existantes en Loire-Atlantique augmentent les risques d'orientations vers l'hospitalisation en secteur de psychiatrie adulte et vers les services de pédiatrie. Selon les données RIMP 2016, plus de 300 jeunes de moins de 18 ans ont été pris en charge en psychiatrie générale dans les établissements publics du département, sur 415 mineurs hospitalisés au total (en hospitalisation générale et infanto-juvénile). Ces orientations s'avèrent être des réponses inadaptées face aux spécificités des enfants et jeunes souffrants de difficultés psychiques (décompensation, violence, etc.), et peuvent provoquer parallèlement insécurité, désorganisation et saturation de ces services.

La création de lits pour ce département doit permettre de répondre aux besoins de territoires non couverts actuellement.

Parallèlement, des réflexions sur les accueils des situations de crises en urgence sont à mener dans un cadre concerté avec tous les acteurs pouvant intervenir en aval de celles-ci.

Objectifs pour l'activité de Psychiatrie

De façon globale, le contexte de la santé mentale évolue et les soins en psychiatrie doivent s'adapter en tenant compte des données et connaissances ayant fait leurs preuves. La psychiatrie doit pouvoir offrir des dispositifs de prise en charge modernes et de qualité, correspondant le plus possible aux besoins des usagers et des aidants. Le maintien de l'environnement de vie habituel de chacun est à rechercher en proposant des accompagnements novateurs. Les diverses dimensions allant de la prévention à la réinsertion sont à exploiter davantage afin de sortir du contexte exclusivement thérapeutique et anticiper les conséquences des modes de vie actuels et certaines pratiques à risques.

Ce contexte implique un travail de coopération et d'articulation entre les professionnels des différents secteurs, afin de proposer des soins et des services diversifiés sur chaque territoire garantissant un parcours fluide et sans ruptures.

Les objectifs de l'activité de soins en psychiatrie sont donc variés et multidimensionnels, et reflètent les priorités de la stratégie nationale de santé.

1. L'approche prévention est primordiale en ce qu'elle conditionne le parcours de la personne en souffrance psychique et permet d'éviter un mode de prise en charge inadapté.

- Intégrer la dimension prévention en santé mentale, promotion du bien-être mental et l'éducation thérapeutique.
- Reconnaître le rôle des aidants et identifier leurs besoins spécifiques.
- Développer la pair-aidance.
- Améliorer le repérage, à tous les âges de la vie.

2. La notion de qualité est constante dans les soins apportés en psychiatrie et doit permettre de faire évoluer les pratiques dans l'intérêt des usagers et de la santé mentale de façon globale.

- Développer la politique de santé mentale et l'organisation de la psychiatrie en intégrant les autres dimensions d'organisations territoriales (communauté de territoire, conseils territoriaux de santé, Contrats Locaux de Santé Mentale (CLSM), etc.).
Les articulations entre les secteurs hospitalier, libéral, médico-social et social doivent être renforcées (développement des conventions, GCS / GCSMS, équipes mixtes, formation / sensibilisation aux problématiques psychiques, instances de concertation et de coordination, passerelles entre secteurs, etc.).
- Favoriser les regroupements de structures extrahospitalières (HTP, CMP, CATTP) permettant de garantir les présences médicales et paramédicales tout en déployant des dispositifs d'intervention vers les lieux de vie, et en veillant à distinguer les prises en charge, dans une logique de parcours patients, de mutualisation et d'échanges de pratiques professionnelles et avec un objectif de maillage territorial harmonisé.
- Favoriser les pratiques professionnelles fondées sur les preuves.
- Intégrer davantage les partenaires sociaux et médico-sociaux en cas d'hospitalisations et dans la gestion des situations de crise qui sont des étapes du parcours de soin / de vie des personnes en souffrance psychique.
- Intégrer la prise en charge somatique des personnes souffrant de troubles psychiques et organiser l'accès aux soins spécialisés (gradation des soins, liens avec le médecin généraliste, etc.).
- Améliorer la reconnaissance du handicap psychique et de sa prise en charge.
- Développer la réhabilitation psychosociale en lien avec les acteurs des différents secteurs (libéral, social, médico-social, etc.).
Anticiper et préparer les sorties des patients accueillis en hospitalisation à temps plein, dans un objectif de limiter les risques de ré hospitalisation et de fluidifier les parcours vers d'autres dispositifs d'accompagnement extrahospitalier.
Réserver l'hospitalisation à temps plein aux situations les plus critiques, et rechercher l'équilibre entre le nombre de lits pouvant être fermés dans un objectif de redéploiement de moyens vers des dispositifs alternatifs, et le maintien d'un niveau de capacité en lits suffisant. Prévenir la saturation et éviter le recours aux capacités d'un autre établissement en l'absence d'offre disponible sur un territoire ou d'hospitaliser sous contrainte pour péril imminent.
Lorsque les taux d'occupation sont supérieurs à 95 %, la pertinence des séjours et les fermetures de lits envisagées seront à analyser dans un contexte global de prise en charge et selon la durée moyenne des hospitalisations.
- Réduire le nombre de patients hospitalisés à temps plein depuis plus d'un an. Renforcer les liens avec les acteurs des autres secteurs (médico-sociaux, sociaux, etc.) afin de développer des solutions de sorties pour les patients actuellement accueillis (analyse des situations, appui sanitaire aux ESMS, redéploiement, etc.).

3. L'usager reste au cœur des accompagnements, lesquels s'efforcent de répondre au plus près à ses besoins afin d'éviter toute rupture de prise en charge ou de perte de chance.

- Développer une approche parcours en tenant compte des populations spécifiques (enfants, adolescents, mineurs victimes de violences, personnes âgées, personnes en situation de précarité, détenus, migrants, etc.).
Organiser les diverses possibilités de repérages, de diagnostics et de prises en charges spécifiques des tout-petits et mettre en place ou renforcer le lien avec les partenaires (réseau périnatalité, CAMSP/ CMPP, CRA, pédiatres, maternités, PMI, CMP, département, justice, etc.).
Clarifier le rôle des Hospitalisations de jour (HDJ) dans le parcours de l'enfant autiste dans le cadre du PTSM, en lien notamment avec le médico-social, le social et l'Education Nationale.
Mettre en place une organisation de la filière de prise en charge des adolescents ayant des troubles du comportement (réseau, annuaire précisant les équipements et accompagnements sur un territoire, collaboration avec la santé scolaire, Maisons des adolescents (MDA), etc.).
Renforcer la prise en charge des personnes âgées, des personnes détenues, des personnes en situation de handicap (accessibilité, télé médecine, etc.).
Renforcer l'accompagnement des personnes en situation de précarité, des migrants (PASS, PASS psychiatriques, etc.).
- Encourager le développement des alternatives à l'hospitalisation à temps plein, en apportant des réponses aux besoins de soins et d'accompagnement au plus près des lieux de vie et préparant le retour et le maintien à domicile. Réaffirmer le rôle de la psychiatrie de secteur dans l'égalité d'accès aux soins de proximité, et le rôle de la psychiatrie de second niveau (en intersectoriel) complétant l'offre non disponible en proximité.

4. L'innovation valorise les réflexions et les pratiques professionnelles en offrant une souplesse dans les organisations proposées.

- Poursuivre le développement de la prise en charge en ambulatoire (CMP, équipes mobiles, équipes de liaison, etc.), diversifier les lieux des actes (en structures, à domicile, en établissements, consultations avancées, etc.), augmenter les amplitudes horaires et veiller à la complémentarité et l'articulation entre chaque dispositif mis en place (harmonisation des modalités d'accès : prises de contact, plages horaires, consultations sans RDV, priorisation des urgences, délimitation des tranches d'âge, spécialisation, etc.).
- Améliorer la réponse aux situations de crise et des urgences psychiatriques, y compris par des interventions à domicile, et les organiser à partir de filières territoriales organisées, lisibles en lien avec les projets médicaux partagés des GHT.
- Poursuivre la diffusion de la connaissance des différents dispositifs de prise en charge pour garantir une orientation vers un accompagnement adapté à la sortie des urgences (structures post-urgences adaptées) et au plus près de la population, et empêcher ainsi le recours aux hospitalisations évitables.
Développer les organisations inter-établissements pour les soins non programmés.

Indicateurs

- Évolution du taux d'hospitalisation sans consentement par territoire
- Part de l'hospitalisation à temps partiel (HTP) par territoire
- Part des dispositifs de prises en charge à temps complet alternatifs à l'hospitalisation à temps plein par territoire
- Evolution des taux d'occupation de l'hospitalisation à temps plein et durée moyenne de l'hospitalisation par territoire
- Nombre de CMP par territoire
- Taux d'établissements de santé exerçant une activité de psychiatrie ayant établi des conventions avec des ESMS
- Taux d'établissement de santé exerçant une activité de psychiatrie ayant établi des conventions pour l'accès à des plateaux techniques et aux soins somatiques
- Nombre de patients hospitalisés à temps plein depuis plus d'un an (292 jours) ayant ou non une orientation de la CDAPH.

Créations / suppressions / transformations / regroupements / coopérations

Les priorités de la stratégie nationale de santé impliquent d'offrir à la population une couverture territoriale permettant d'envisager un parcours en soins sans rupture. Cette priorité amène à identifier les déclinaisons suivantes au niveau de notre région :

- Maintien des implantations existantes sur l'ensemble du territoire.
- Création de lits en hospitalisation à temps plein en psychiatrie infanto-juvénile en Loire-Atlantique.
- Développement des alternatives à l'hospitalisation à temps plein et des structures ambulatoires
- Développement des coopérations entre les secteurs (hospitaliers, libéraux, médico-sociaux et sociaux) en faveur de l'accès aux soins (spécialisés, somatiques) et du maintien en milieu de vie habituel.
- Développement de partenariats entre les structures d'urgences et les dispositifs alternatifs à l'hospitalisation à temps plein.

Le suivi du Projet Régional de Santé 2 (PRS2) a permis d'identifier de nouvelles évolutions. Ce travail s'inscrit dans le PACT régional SANTE MENTALE élaboré en 2019/2020 et annexé au livret spécifique du présent PRS. Il permet, au regard de l'évolution des besoins d'une part, et des politiques nationale et régionale d'autre part, d'apporter des réponses spécifiques dans le cadre d'une stratégie régionale lisible et partagée.

Parmi les évolutions de l'offre de soins en psychiatrie et en santé mentale, des filières de prises en charge et d'accompagnements spécifiques se sont déployées et continuent à l'être sur le territoire de la région, dans différents domaines : réhabilitation psychosociale, psychotraumatisme, troubles du comportement alimentaire, prise en charge en soins intensifs pour patients agités, etc.

Parallèlement, les soins revêtant une forme plus traditionnelle continuent également à se transformer et à se développer, et constituent pour la plupart, une alternative à l'hospitalisation complète. En ce sens, les travaux nationaux sur la réforme des autorisations et la réforme du financement de la psychiatrie participent à l'évolution de cette offre pour encourager la diversité des soins en proximité.

Pour permettre à tous les acteurs de la région concernés par une activité de psychiatrie de s'inscrire dans cette dynamique et anticiper l'application de ces réformes, le PRS doit leur permettre, dès aujourd'hui, et en amont de l'application de ces réformes, de diversifier leurs activités.

En effet, outre l'objectif d'assurer le rattrapage des moyens entre les régions afin de garantir l'égalité d'accès aux soins, ces réformes servent aussi à reconnaître le dynamisme des établissements, à valoriser la qualité de prise en charge et de liaison entre les établissements et leurs partenaires, à soutenir le dynamisme projet des établissements et à engager la transformation stratégique de l'offre de soins.

Ainsi, de nouvelles implantations sur toutes les formes existantes de prises en charge alternatives à l'hospitalisation et soumises à autorisation sont identifiées. Suite aux réformes, chacune fera l'objet d'un référentiel ou cahier des charges nationales et se verra attribuer un tarif spécifique, et identique pour chaque détenteur de l'autorisation. Cette harmonisation des modalités de financement et d'autorisation devant s'opérer en conformité avec les priorités et les objectifs identifiés dans chaque PTSM, toute nouvelle autorisation sollicitée s'inscrira dans en cohérence avec ceux-ci et dans un cadre concerté et complémentaire au niveau territorial.

Implantations

L'autorisation en Psychiatrie est accordée à une entité juridique selon une forme précise (AT, PFT, HTP, etc.), une modalité particulière (générale, infanto-juvénile) et pour un site géographique donné.

Le dénombrement des activités ci-dessous se fait sur la base des autorisations détenues par les entités juridiques. Le développement d'une nouvelle activité de psychiatrie, ainsi que toute nouvelle implantation géographique, doivent faire l'objet d'une demande d'autorisation préalable à l'ARS.

- **Centres d'accueil de crise (CAC) adultes et enfants** : « les centres de crise sont des centres d'accueil permanent disposant de quelques lits permettant des prises en charge intensives et de courte durée pour répondre aux situations d'urgence et de détresse aiguës ». Un travail devra être conduit au niveau régional pour la prise en compte de cette modalité dans le SRS 2023-2027
- **HDJ adultes et enfants** : proposer des implantations d'HDJ notamment pour les cliniques disposant de l'HC

Soit + 7 implantations HDJ

- **HDN adultes et enfants** : forme peu exploitée mais qui donne lieu à un tarif spécifique et qui pourrait se développer dans une logique d'alternative à l'HC, afin de permettre un maintien d'activité professionnelle ou scolaire. A envisager pour toutes structures disposant déjà d'HC adultes et enfants et n'ayant pas encore d'autorisation

d'HDN : souplesse dans l'appropriation, à la demande ou non de l'établissement mais disponibilité existante

Soit + 10 implantations HDN

- **Appartements thérapeutiques** : il est attendu du niveau national un référentiel quant à la place des appartements thérapeutiques en tant que structure sanitaire parmi le maillage de dispositifs d'habitat inclusif (auquel participe aussi la psychiatrie). Il est convenu d'instaurer un moratoire sur cette forme de prise en charge, en attendant les textes nationaux et les éclairages issus de la réforme des autorisations la place et le rôle des appartements thérapeutiques en psychiatrie, ainsi que leurs articulations avec les autres dispositifs spécifiques d'inclusion et d'accès au logement (sociaux et médico-sociaux)

Territoire de santé	Formes et modalités d'activité soumises à autorisation	Entités juridiques détenteurs de l'autorisation 2017	Cibles 2022
Loire-Atlantique	Prises en charge à temps complet		
	Hospitalisation à temps plein Infanto-juvénile	2	3
	Placement familial thérapeutique Infanto-juvénile	1	1
	Hospitalisation à temps plein Adulte	6	6
	Postcure	2	2
	Placement familial thérapeutique Adulte (PFT)	1	1
	Appartement thérapeutique (AT)	3	3
	Prises en charge à temps partiel		
	Hospitalisation à temps partiel de jour Infanto-juvénile	4	4
	Hospitalisation à temps partiel de nuit Infanto-juvénile	0	3
	Hospitalisation à temps partiel de jour Adulte	7	8
	Hospitalisation à temps partiel de nuit Adulte	4	6

Territoire de santé	Formes et modalités d'activité soumises à autorisation	Entités juridiques détenteurs de l'autorisation 2017	Cibles 2022
MAINE ET LOIRE	Prises en charge à temps complet		
	Hospitalisation à temps plein Infanto-juvénile	1	1
	Placement familial Thérapeutique Infanto-juvénile	1	2
	Hospitalisation à temps plein Adulte	5	6
	Postcure	1	1
	Placement familial Thérapeutique Adulte	2	3
	Appartement thérapeutique	1	1
	Prises en charge à temps partiel		
	Hospitalisation à temps partiel de jour Infanto-juvénile	3	4
	Hospitalisation à temps partiel de nuit Infanto-juvénile	1	1
	Hospitalisation à temps partiel de jour Adulte	3	6
	Hospitalisation à temps partiel de nuit Adulte	3	6

Territoire de santé	Formes et modalités d'activité soumises à autorisation	Entités juridiques détenteurs de l'autorisation 2017	Cibles 2022
MAYENNE	Prises en charge à temps complet		
	Hospitalisation à temps plein Infanto-juvénile	1	1
	Placement familial Thérapeutique Infanto-juvénile	1	1
	Hospitalisation à temps plein Adulte	4	4
	Postcure	0	0
	Placement familial Thérapeutique Adulte	1	1
	Appartement thérapeutique	0	1
	Prises en charge à temps partiel		
	Hospitalisation à temps partiel de jour Infanto-juvénile	1	1
	Hospitalisation à temps partiel de nuit Infanto-juvénile	0	1
	Hospitalisation à temps partiel de jour Adulte	3	4
	Hospitalisation à temps partiel de nuit Adulte	2	4

Territoire de santé	Formes et modalités d'activité soumises à autorisation	Entités juridiques détenteurs de l'autorisation 2017	Cibles 2022
SARTHE	Prises en charge à temps complet		
	Hospitalisation à temps plein Infanto-juvénile	1	1
	Placement Familial Thérapeutique Infanto-juvénile	1	1
	Hospitalisation à temps plein Adulte	2	2
	Postcure	1	1
	Placement Familial Thérapeutique Adulte	1	1
	Appartement thérapeutique	0	1
	Prises en charge à temps partiel		
	Hospitalisation à temps partiel de jour Infanto-juvénile	1	2
	Hospitalisation à temps partiel de nuit Infanto-juvénile	1	1
	Hospitalisation à temps partiel de jour Adulte	3	3
	Hospitalisation à temps partiel de nuit Adulte	1	2

Territoire de santé	Formes et modalités d'activité soumises à autorisation	Entités juridiques détenteurs de l'autorisation 2017	Cibles 2022
VENDEE	Prises en charge à temps complet		
	Hospitalisation à temps plein Infanto-juvénile	1	1
	Placement Familial Thérapeutique Infanto-juvénile	1	1
	Hospitalisation à temps plein Adulte	2	2
	Postcure	0	0
	Placement Familial Thérapeutique Adulte	0	1
	Appartement thérapeutique	1	1
	Prises en charge à temps partiel		
	Hospitalisation à temps partiel de jour Infanto-juvénile	1	1
	Hospitalisation à temps partiel de nuit Infanto-juvénile	0	1
	Hospitalisation à temps partiel de jour Adulte	2	2
	Hospitalisation à temps partiel de nuit Adulte	0	2