

# Psychiatrie

## PRINCIPES DU BORDEREAU

Le bordereau décrit les capacités d'accueil et l'activité de psychiatrie, selon les différentes modalités de prise en charge offertes par l'établissement.

Ne sont pas concernés par ce recueil les centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), et plus généralement toutes les activités concernant les disciplines sociales et médico-sociales (type maison d'accueil spécialisée, foyer d'accueil médicalisé, etc.).

Les lits de soins aux toxicomanes et ceux d'alcoologie, et l'activité concernée, placés sous la responsabilité d'un psychiatre, seront comptés en psychiatrie. Si c'est un médecin interniste ou un médecin généraliste qui est responsable du service, ils peuvent être en court séjour (médecine) s'il s'agit de soins aigus, ou en soins médicaux et de réadaptation si ce sont des lits de cure.

L'activité ambulatoire réalisée en USMP (niveau 1) par des personnels de l'USMP est déclarée dans le bordereau PN par l'établissement qui s'est vu confié la gestion de l'USMP par l'ARS. En revanche, l'activité à temps partiel réalisée dans le cadre des USMP de niveau 2 est à inclure dans le bordereau PSY ainsi que l'activité ambulatoire en UMSP **réalisée par des personnels hors USMP** (exemple : CMP, équipe mobile). L'activité des services médico-psychologiques régionaux (SMPR) [niveau 1 ou 2] et des UHSA (unités hospitalières spécialement aménagées) [niveau 3] est également collectée dans le bordereau PSY.

Pour permettre d'avoir une vision globale de l'activité psychiatrique pénitentiaire, les bases diffusées par la Drees et SAE-diffusion réunissent au sein de SYGEN les informations afférentes issues des bordereaux PN et PSY.

NB : les questions sur la participation à la sectorisation continuent d'être collectées, notamment sur demande de plusieurs fédérations hospitalières. Pour autant, la Drees n'assure plus le suivi qualité de cette partie du questionnaire.

## QUI REMPLIT LE BORDEREAU

Ce bordereau est à remplir pour tous les établissements géographiques, qui ont une activité autorisée de psychiatrie. Le bordereau peut cumuler l'activité de plusieurs établissements (cités dans le bordereau STB).

Ce bordereau se déclenche en fonction de la question du bordereau FILTRE A4 (psychiatrie).

## REFERENCES REGLEMENTAIRES

[Arrêté du 4 juillet 2025 relatif à la définition des modes de prise en charge en psychiatrie et à la liste de ces modes pouvant être déployés en dehors du site autorisé en application de l'article R. 6123-174 du code de la santé publique](#)

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

[Décret n° 2022-1264 du 28 septembre 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de psychiatrie](#)

Loi n°2013-869 du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la loi de 2011.

Circulaire DHOS/F3/02 n°2005-553 du 15 décembre 2005.

Article R6122-25 relatif aux activités de soins en psychiatrie.

## NOUVEAUTES SAE 2025

Dans le questionnaire de la SAE 2025, le titre du tableau sur la psychiatrie périnatale devient « **Zoom sur la psychiatrie périnatale** », afin de mettre en évidence que cette mention est déjà prise en compte dans les autres tableaux généraux du bordereau. L'aide au remplissage précise les modalités de cette prise en compte dans les autres tableaux généraux du bordereau.

Suite à l'arrêté du 4 juillet 2025, les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) sont renommés en centres d'activité thérapeutique et de temps de groupe (CATTG), les centres de post-cure en centres de soins post aigus (CeSPA) et les unités de consultation deviennent des centres de consultation.

**Pour la SAE 2025, l'accueil familial thérapeutique reste recueilli au sein du bordereau comme une modalité de soin à temps complet** même si l'arrêté du 4 juillet la définit désormais comme des soins ambulatoires à domicile.

## 1 - PARTICIPATION À LA SECTORISATION PSYCHIATRIQUE

**Case A0** : Il s'agit d'identifier ici les établissements participant à la sectorisation psychiatrique. La sectorisation psychiatrique repose sur des établissements hospitaliers publics et privés participant au service public hospitalier (PSPH). Elle recouvre les secteurs de psychiatrie de l'adulte, les secteurs de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et les secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire. Les dispositifs intersectoriels qui assurent des missions dans le champ de la sectorisation pour le compte de plusieurs secteurs sont également inclus dans la psychiatrie sectorisée.

**Cases A1, A2 et A3** : Pour les établissements participant à la sectorisation psychiatrique (A0=OUI), il est demandé le nombre de secteurs et de dispositifs intersectoriels formalisés, définis comme suit :

- Les secteurs de psychiatrie de l'adulte sont ceux qui prennent principalement en charge des patients de plus de 16 ans, et dont les numéros d'identification des secteurs sont composés comme suit : « Numéro de département » G « numéro d'ordre (en deux chiffres) unique dans le département ».

- Les secteurs de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent sont ceux qui prennent en charge les patients de 16 ans inclus ou moins et dont les numéros d'identification des secteurs sont composés ainsi : « Numéro de département » I « numéro d'ordre (en deux chiffres) unique dans le département ».

- Un dispositif intersectoriel formalisé assure des missions sectorielles, souvent complémentaires aux activités de secteur, pour le compte de plusieurs secteurs de psychiatrie de l'adulte ou de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Il peut comporter une ou plusieurs activités, un ou plusieurs types d'équipements, une ou plusieurs unités fonctionnelles. Il est créé par une délibération des instances de l'établissement (CA – CME). Le numéro d'identification des secteurs qui lui est attribué est composé ainsi : « Numéro Finess de l'établissement » Z « un numéro d'ordre (en deux chiffres) ».

Sont exclues ici les unités placées sous la responsabilité d'un praticien de secteur assurant des prestations pour le compte d'autres secteurs, avec les moyens propres du secteur, et le cas échéant des moyens provenant des autres secteurs concernés. De même ne sont pas concernés les regroupements de secteurs, dans le cadre de la gouvernance, si ceux-ci n'ont pas fait l'objet d'une création d'un dispositif intersectoriel formalisé.

## 2 - INFORMATIONS SUR LA PRISE EN CHARGE DE PATIENTS DÉTENUS OU « AGITÉS OU DIFFICILES »

**Case A4** : L'établissement doit préciser s'il intervient en milieu pénitentiaire, dans le cadre du SMPR ou via l'intervention d'équipe de psychiatrie de l'adulte au sein d'USMP (ex-UJCSA).

**Case A43 : Existence ou non d'une unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA)**. Les hospitalisations à temps plein, avec ou sans consentement, des personnes incarcérées atteintes de troubles mentaux sont réalisées dans des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) définies par l'arrêté du 20 juillet 2010. Si l'établissement dispose d'une telle unité, indiquer OUI. Dans ce cas, les capacités et l'activité en hospitalisation à temps plein en milieu pénitentiaire (**cases A8, A12 et B12**) doivent obligatoirement être renseignées avec les informations de l'UHSA.

**Cases A42 et B42** : Indiquer **en A42** si l'établissement a un service médico-psychologique régional (SMPR).

Si oui, préciser **en B42** le nombre d'ETP travaillés (ETP\_T), tout personnel confondu, dédiés à cette activité. L'activité des soins à domicile ou en institution substitutive au domicile en milieu pénitentiaire (**case F16**) doit alors être renseignée. Dans le cadre du SMPR, les détenus peuvent être accueillis en hospitalisation de jour. Dans ce cas, cette activité doit être déclarée en cases I12 et K12.

**Case A44 : Existence ou non d'une unité sanitaire en milieu pénitentiaire (USMP) de niveau 2**. Les hospitalisations de jour ont lieu soit dans les établissements pénitentiaires dans le cadre d'un SMPR (psychiatrie), soit dans les établissements de santé dans le cadre d'une USMP de niveau 2 (MCO faisant de la psychiatrie ou d'autres soins en MCO). Pour avoir un panorama complet des structures réalisant des soins psychiatriques pour les détenus, cette question a été ajoutée pour permettre de différencier les prises en charge par des SMPR (psychiatrie) de celles des USMP de niveau 2 (MCO).

**Cases A41 et B41** :

Préciser **en A41** s'il existe une équipe spécialisée dans la prise en charge des patients agités ou difficiles.

- UMD : Unité pour Malades Difficiles ;

- USIP : Unité de Soins Intensifs en Psychiatrie (ex UMAP, Unité pour Malades Agités et Perturbateurs et ex UPID, Unité Psychiatrique Intersectorielle Départementale)

Si oui, indiquer en **B41** le nombre d'ETP travaillés (ETP\_T), tout personnel confondu, dédiés à cette activité.

### 3 - QUELQUES DEFINITIONS

MODALITÉS DE SOINS : L'autorisation d'activité de soins en psychiatrie est décrite dans la SAE à travers trois modalités de soins. Les modalités de soins sont des modes d'application ou des types de soins, elles correspondent aux disciplines d'équipement détaillées. Sont distinguées ici :

- la psychiatrie de l'adulte, sectorisée ou non, prenant en charge les patients de 18 ans ou plus ;
- la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, sectorisée ou non, prenant en charge les enfants et adolescents ;
- la psychiatrie en milieu pénitentiaire, via les secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire ou l'intervention des équipes de psychiatrie. Cette modalité de soins recense l'activité (pour la prise en charge à temps complet, partiel ou ambulatoire) des personnes qui résident en prison. Ces dernières sont considérées comme des personnes écrouées et détenues. 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 de l'adulte (ces individus font partie du régime général) et seront donc comptabilisées en psychiatrie de l'adulte. Les soins auprès des personnes détenues se structurent en trois niveaux : Niveau 1 (consultations, prestations et activités ambulatoires), niveau 2 (prise en charge à temps partiel) par les SMPR / USMP (ex-UCSA) et niveau 3 (prise en charge à temps complet en hospitalisation à temps plein) en UHSA.

#### NATURES DE PRISE EN CHARGE ET FORMES D'ACTIVITÉ

Tout comme dans le RIM-P, la SAE distingue dans ce bordereau consacré à la psychiatrie 3 natures de prise en charge :

- les prises en charge à temps complet (au-delà de 24 heures)
- les prises en charge à temps partiel (entre 3 heures et 24 heures)
- les prises en charge ambulatoires (moins de 3 heures)

Pour les prises en charge à temps complet, on distingue :

- l'hospitalisation à temps plein [A6 à A13 et B10 à B13]
- l'accueil familial thérapeutique<sup>1</sup> [B6-B7-B9 et C10 à C13]
- les prises en charge en appartement thérapeutique [C6-C9 et D10-D11-D13]
- les prises en charge en centre de postcure, renommés centre de soins post aigus par l'arrêté du 04/07/2025 [D6-D9 et E10-E13]
- les prises en charge en accueil en centre de crise [E6-E7-E9 et F10-F11--F13]

Pour les prises en charge à temps partiel, on distingue :

- l'hospitalisation à temps partiel de jour [G6 à G9 et I10 à I13]
- l'hospitalisation à temps partiel de nuit [H6 à H9 et J10 à J13, exceptés H8 et J12]
- les prises en charge en atelier thérapeutique [I6 à I9 et K10 à K13]

Pour les prises en charge en ambulatoire, cf. le paragraphe 7 ci-après.

**Principe général** : Les capacités d'accueil et l'activité doivent être déclarées en fonction des autorisations détenues par l'établissement. En particulier, l'activité doit être comptabilisée dans l'unité où elle est réalisée. Par exemple, en l'absence d'une autorisation d'hospitalisation partielle de nuit, si les venues de nuit sont prises en charge dans les services de prise en charge à temps complet et si les patients sont accueillis dans des lits de ces unités, alors cette activité doit être comptée dans les services de prise en charge à temps complet. Il conviendra donc de ne pas déclarer de place en hospitalisation de nuit, puisque cela ne serait pas cohérent avec les autorisations détenues. Le tableau sur la psychiatrie périnatale constitué des lignes 45 et 46 est un zoom sur une nouvelle mention spécifique en psychiatrie au sein du régime des nouvelles autorisations de soins. Les capacités d'accueil (des parents et futurs parents), l'activité (concernant les futurs parents, les parents - et les enfants en cas d'accueil conjoint), la prise en charge ambulatoire, la file active et les personnels concourant à l'activité pour la psychiatrie périnatale ne doivent pas être pour autant retranchés des tableaux globaux.

<sup>1</sup> Pour la SAE 2025, l'accueil familial thérapeutique reste recueilli au sein du bordereau comme une modalité de soin à temps complet même si la structure est devenue un CeSPA (et que les CeSPA sont reclassés par l'arrêté parmi les soins ambulatoires).

#### 4 - CAPACITÉS D'ACCUEIL

Il convient d'inclure les capacités d'accueil de la psychiatrie périnatale, le cas échéant. Plus précisément, les berceaux permettant l'accueil conjoint parents-enfants en psychiatrie périnatale ne sont pas à prendre en compte ici (mais sont recueillis dans le Zoom sur la psychiatrie périnatale plus bas), seuls les lits et places des parents ou futurs parents doivent l'être.

##### **Colonnes A à E, lignes 6 à 9 : Nombre de lits**

Le nombre de lits installés au 31 décembre de l'année est égal à la somme du nombre de lits en état d'accueillir des malades. Les lits fermés temporairement (pour manque de personnel notamment) sont à exclure des décomptes, sauf en cas de travaux ou désinfection occasionnant une fermeture de très courte durée (quelques jours).

Le nombre de lits en état d'accueillir des patients ne comprend pas les brancards ni les lits supplémentaires montés en cas d'urgence.

Les accueils en centre de crise (cases E6 et E7) s'entendent « hors urgences de l'adulte ». Ils incluent les centres d'accueil permanent et les centres d'accueil et de crise.

NB : Les chambres d'isolement dédiées spécifiquement à cet effet ne doivent pas être comptabilisées dans le nombre de lits.

##### **Cases J6 à J9 : Nombre de journées-lits exploitables en hospitalisation à temps plein**

Le nombre de « journées-lits exploitables » sur l'année est égal à la somme des lits en état d'accueillir des malades de chaque journée de l'exercice. Un lit exploitable pendant toute une année fournira 365 « journées-lits exploitables » (ou 366 les années bissextiles). En revanche, lorsque le lit est indisponible, il convient de retirer des « journées-lits exploitables » le nombre de jours d'indisponibilité de ce lit.

En pratique, il faut réduire le nombre de journées exploitables dans trois types de cas :

- Le cas des unités d'hospitalisation de semaine : les « journées-lits exploitables » sont calculées sur la base des journées réelles d'ouverture des unités, en déduisant les journées de week-end et jours fériés. Dans les autres unités en revanche, les jours fériés, week-end ou congés ne seront pas retranchés.
- Les indisponibilités pour travaux ou désinfection : un lit qui ne peut recevoir de patient pour cette raison ne peut plus être comptabilisé dans les « journées-lits exploitables » pendant toute la durée d'indisponibilité. Ainsi, un lit dont l'exploitation aura été suspendue pour cause de travaux pendant 5 jours ne fournira que 360 (ou 361) « journées-lits exploitables » dans l'année.
- Le cas particulier de patients qui ont besoin d'isolement (patient contagieux par exemple) : lorsque l'isolement d'un patient induit la transformation d'une chambre double en chambre simple, le lit ainsi inutilisé n'est plus compté dans les « journées-lits exploitables ».

##### **Colonnes G et H, lignes 6 à 9 : Nombre de places**

Le nombre de places installées au 31 décembre de l'année en hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit est égal au nombre de patients pouvant être accueillis en même temps.

##### **Cases I6 à I9 : Nombre de structures**

Pour les ateliers thérapeutiques, c'est un nombre de structures au 31 décembre de l'année qui est demandé, car le nombre de places n'est pas défini.

#### 5 - ACTIVITÉ À TEMPS COMPLET

Il convient d'inclure l'activité à temps complet de la psychiatrie périnatale (à la fois pour les parents ou futurs parents ; mais aussi, dans le cas d'un accueil conjoint, pour les enfants – l'activité correspondant aux enfants est à inclure alors sur la ligne psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent).

**Cases A10 à A13** : Nombre de séjours en hospitalisation à temps plein. Le séjour en hospitalisation à temps plein débute le premier jour de la prise en charge par une équipe soignante dans le champ d'activité de la psychiatrie et se termine le dernier jour de la prise en charge par l'équipe soignante de psychiatrie. Dans le cas de permissions, sorties temporaires ou équivalents, le séjour n'est pas clôturé, mais seulement suspendu.

**Colonnes B à F, lignes 10 à 13** : Le nombre de journées correspond à la somme des jours de présence durant lesquels le patient a été pris en charge, cumulés sur l'année, par forme d'activité.

Le jour de sortie est comptabilisé en cas de décès, comme dans le RIM-P.

De même que dans le RIM-P, les journées correspondant aux permissions, concernant les personnes en hospitalisation libre (article R.1112-56 du Code de la santé publique), ne sont pas comptées dans les journées d'hospitalisation.

Des journées d'hospitalisation sont comptées dans le cas suivant :

- absences de très courte durée en psychiatrie (inférieures à 12 h) pour les personnes hospitalisées sans consentement, accompagnées par un ou plusieurs membres du personnel de l'établissement pendant toute la durée de la sortie (article L.3211-11-1 du Code de la santé publique, inséré par la loi n°2002-303 du 4 mars 2002).

Les journées d'hospitalisation ne sont pas comptées dans les cas suivants :

- permissions, concernant les personnes en hospitalisation libre (article R.1112-56 du Code de la santé publique). Ces journées ne sont pas non plus comptées dans le RIM-P.
- sorties temporaires (patients sortis d'hospitalisation pour une durée supérieure au délai légal de permission avec l'accord du médecin et pour lesquels un retour est prévu). Cette règle est compatible avec les règles de codage du RIM-P où, lorsque la sortie excède 48h, le séjour est fermé (assimilé à des sorties au domicile) et un autre séjour ouvert au retour du patient.
- interruptions de séjour en hospitalisation complète concernant des enfants ou des adolescents rentrant dans leur famille ou substitut de domicile pendant les vacances scolaires : sont à traiter comme les sorties temporaires.
- prises en charge dans un autre groupe de discipline (médecine, chirurgie, etc.).

Les accueils en centre de crise (**cases F10 et F11**) s'entendent « hors urgences générales ». Ils incluent les centres d'accueil permanent et les centres d'accueil et de crise.

## 6 - ACTIVITÉ À TEMPS PARTIEL

Il convient d'inclure l'activité à temps partiel de la psychiatrie périnatale (à la fois pour les parents ou futurs parents ; mais aussi, dans le cas d'un accueil conjoint, pour les enfants – l'activité correspondant aux enfants est à inclure alors sur la ligne psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent).

**Colonnes I à K, lignes 10 à 13** : Au sein des séquences de prises en charge à temps partiel, par forme d'activité, le nombre de venues en équivalent journée correspond :

- à la somme des nombres de jours de présence dans le cas de venues d'une journée entière ;
- à la somme des demi-journées de présence. Pour avoir un « équivalent journée », il faut diviser par 2 le nombre de demi-journées. Par exemple, si 13 demi-journées sont enregistrées, il convient d'indiquer  $13/2=6,5$  soit 7 équivalents journées.

Les définitions des notions de journée et de demi-journée sont celles du RIM-P. Pour le privé à but lucratif, la notion de venues correspond aux séances.

L'activité à temps partiel réalisée dans le cadre des SMPR et des USMP de niveau 2, c'est-à-dire réalisée dans les locaux sanitaires des établissements pénitentiaires, est à déclarer en **cases I12 et K12**.

## 7 - PRISES EN CHARGE EN AMBULATOIRE – CONCERNENT TOUS LES ÉTABLISSEMENTS (PUBLICS ET PRIVÉS)

Il convient d'inclure les prises en charge en ambulatoire de la psychiatrie périnatale (à la fois pour les parents ou futurs parents ; mais aussi, dans le cas d'un accueil conjoint, pour les enfants – l'activité correspondant aux enfants est à inclure alors sur la ligne psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent).

**Colonnes P, M et C, lignes 14 à 17** : Capacités

Le nombre de structures au 31 décembre de l'année correspond au nombre de centres médico-psychologiques (CMP) (lieu L01 dans le RIM-P), d'unités de consultations des secteurs ou services de psychiatrie (lieu L02 dans le RIM-P) et de

centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) (lieu L11 dans le RIM-P) renommés centres d'activité thérapeutique et de temps de groupe (CATTG) par l'arrêté du 04/07/2025 ouvert au 31 décembre pour lesquels un nombre de lits ou places n'est pas défini. Rappelons les éléments de définition suivants :

- Les CMP sont des unités de coordination et d'accueil en milieu ouvert, et sont rattachés à un établissement de santé. Ils organisent des actions de prévention, de diagnostic, de soins ambulatoires et d'interventions à domicile. Une équipe pluridisciplinaire assure la coordination des soins psychiatriques.
- Les unités de consultations correspondent à des lieux de prise en charge au sein d'un ou de plusieurs services de l'établissement de santé (hors CMP). Ce sont ici le ou les services qui accueillent des patients pour des consultations. En comparaison avec le champ MCO, ils s'apparentent aux services où les patients sont accueillis en consultation externe.
- Les CATTP ou CATTG sont des lieux de soin public proposant des actions thérapeutiques de soutien.

Pour adopter un point de vue d'offre de soins et assurer une cohérence entre l'activité et les capacités, les trois types de structures seront comptabilisées de façon distincte, même si elles sont situées à la même adresse.

Par exemple : si 1 CATTP/CATTG, 1 CMP et 1 unité<sup>2</sup> de consultation sont localisés géographiquement à une même adresse, il convient de les comptabiliser séparément et de dénombrer 3 structures distinctes dans le questionnaire, 1 pour chacun des trois types de structures de prise en charge ambulatoire.

Pour les CMP et les CATTP/CATTG qui accueillent des personnes écrouées mais non détenues (ex : bracelet électronique ou semi-liberté), l'activité sera comptabilisée en psychiatrie de l'adulte. Pour les personnes détenues, l'activité est comptabilisée en case F16.

#### **Colonnes N, O, E et G à I, lignes 14 et 15 / Colonne F, lignes 14 à 17 : Activité**

Dans la logique de la grille EDGARX (Entretien, Démarche, Groupe, Accompagnement, Réunion, téléXpertise), ne sont à comptabiliser dans la SAE que le nombre d'actes de type entretien (E) et groupe (G)<sup>3</sup>. Un acte de groupe sera compté autant de fois qu'il y a de patients dans le groupe.

**Sont exclus de la SAE les actes liés** aux démarches (D), à l'accompagnement (A), aux réunions cliniques pour un patient (R) et à la téléexpertise (X). Ces actes sont comptabilisés uniquement dans le RIM-P.

Quels que soient le nombre et la catégorie professionnelle des intervenants (grille MIPARESXY)<sup>4</sup>, les actes sont décrits selon le lieu où se situe le patient au moment de la prise en charge :

**Cases N14 et N15** : En CMP (lieu L01 dans le RIM-P). Pour rappel, les actes en CMP de personnes écrouées mais non détenues sont à mettre ici, en psychiatrie de l'adulte (case N14).

**Cases O14 et O15** : En unité/centre de consultation des secteurs ou services de psychiatrie (lieu L02 dans le RIM-P).

**Cases E14 et E15** : En CATTP/CATTG (lieu L11 dans le RIM-P). Pour rappel, les actes en CATTP/CATTG de personnes écrouées mais non détenues sont à mettre ici, en psychiatrie de l'adulte (case E14).

**Cases F14 et F15** : Soins à domicile ou en institution substitutive au domicile, pour la psychiatrie de l'adulte et de l'enfant et de l'adolescent (lieu d'acte L07 dans le RIM-P), incluant les appartements protégés, les placements familiaux non sanitaires, et les visites à domicile pour les patients en HAD.

**Case F16** : En institution substitutive au domicile, pour la psychiatrie en milieu pénitentiaire (lieu d'acte L06 dans le RIM-P). En particulier, il convient de comptabiliser l'ensemble des actes en ambulatoire prodigués dans les USMP par des personnels d'autres dispositifs (CMP, équipe mobile, ...). En revanche, les actes en ambulatoires prodigués par les personnels d'une USMP de niveau 1 sont déjà comptabilisés dans le bordereau PN et ne doivent pas être comptabilisés ici.

**Cases G14 et G15** : En établissement social ou médico-social avec ou sans hébergement (lieux L03 et L08 dans le RIM-P), incluant les maisons de retraite et les EHPAD. Les prises en charge catégorisées dans le nouveau lieu L13 du RIM-

---

<sup>3</sup> Y compris les actes de groupe GP décrivant la prise en charge conjointe des parents-bébés en psychiatrie périnatale.

<sup>4</sup> MIPARESXY : Médecins, Infirmiers, Psychologues, Aides sociaux, Rééducateurs, Éducateurs, autres Soignants, équipes pluridisciplinaires dont un médecin (X) et équipes pluridisciplinaires sans médecin (Y).

P (« Autres Lieux d'accueil et structures de prises en charge », correspondant à des prises en charge en « centres de santé, Cabinets libéraux, Maison de santé pluridisciplinaire, pharmacies, etc. ») doivent aussi être comptées ici.

**Cases H14 et H15 :** En unité d'hospitalisation somatique et urgences psychiatriques (psychiatrie de liaison aux urgences et unités d'accueil d'urgences psychiatriques) (lieux L09, L10 et L12 dans le RIM-P). Il s'agit ici des actes ambulatoires de prise en charge de pathologies psychiatriques de patients hospitalisés en unités somatiques (L09, cardiologie, dermatologie, pneumologie, etc.), mais aussi des patients de la psychiatrie de liaison aux urgences (L10) et des patients des unités d'accueil d'urgences psychiatriques (L12).

**Cases I14 et I15 :** En établissement médico-éducatif / PMI / milieu scolaire (crèches, centres de formation) (lieux L04 et L05 dans le RIM-P).

## 8 – PSYCHIATRIE PÉRINATALE

La mention « Psychiatrie périnatale », qui organise les soins conjoints parents-bébés en cours de grossesse, et en période périnatale, ainsi que les soins du couple dans le cadre d'un projet de conception, est identifiée grâce à la réforme des autorisations de soins en psychiatrie (décret du 28/09/2022). Les cases A45 à E46 doivent être remplies dans le cas où l'établissement de santé est sous le nouveau régime d'autorisations de soins et titulaire d'une autorisation en « psychiatrie périnatale ». Si ces conditions ne sont pas remplies, ces cases doivent rester vides.

Les informations demandées en ligne 45 et 46 constituent un zoom sur la psychiatrie périnatale :

Le terme « accueil des parents ou futurs parents » fait référence à l'accueil de parents conjointement à leur enfant, ou de futurs parents puisque ces soins intègrent parfois la période antéconceptionnelle et la période prénatale. Le terme « accueil des enfants » correspond à l'accueil des enfants conjointement à leurs parents dans le cadre des soins conjoints de la psychiatrie périnatale. Par exemple, en cas de prise en charge conjointe en psychiatrie périnatale d'un parent et d'un enfant dans une structure ambulatoire (autorisée en psychiatrie périnatale), il faut compter 1 acte en E45 et 1 acte en E46. En cas de prise en charge d'un parent uniquement (période antéconceptionnelle ou période prénatale), il faut compter 1 acte en E45.

### A - CAPACITE D'ACCUEIL ET ACTIVITÉ À TEMPS COMPLET

#### **Colonne A, lignes 45 et 46 : Nombre de lits installés au 31/12**

Le nombre de lits installés au 31 décembre de l'année est égal à la somme du nombre de lits en état d'accueillir des patients parents ou futurs parents et/ou des patients enfants. Les lits fermés temporairement (pour manque de personnel notamment) sont à exclure des décomptes, sauf en cas de travaux ou désinfection occasionnant une fermeture de très courte durée (quelques jours).

Le nombre de lits en état d'accueillir des patients ne comprend pas les brancards ni les lits supplémentaires montés en cas d'urgence.

NB : Les chambres d'isolement dédiées spécifiquement à cet effet ne doivent pas être comptabilisées dans le nombre de lits.

#### **Colonne B, lignes 45 et 46 : Nombre de journées de prise en charge à temps complet**

La définition du nombre de journées est la même qu'en paragraphe 5 ; à décliner par type d'accueil.

### B - CAPACITE D'ACCUEIL ET ACTIVITÉ À TEMPS PARTIEL

#### **Colonne C, lignes 45 et 46 : Nombre de places**

Le nombre de places installées au 31 décembre de l'année en hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit est égal au nombre de patients pouvant être accueillis en même temps.

#### **Colonne D, lignes 45 et 46 : Nombre de venues en équivalent journée**

La définition du nombre de venues en équivalent journée est la même qu'en paragraphe 6, à décliner par type d'accueil.

### C - PRISE EN CHARGE EN AMBULATOIRE

#### **Colonne E, lignes 45 et 46 : Nombre d'actes**

La définition du nombre d'actes est la même qu'en paragraphe 7, à décliner par type d'accueil.

## 9 - MODE LEGAL DE SOINS : SOINS LIBRES ET SOINS SANS CONSENTEMENT

La loi du 5 juillet 2011 a modifié les dispositions du code de la santé publique relatives au régime des hospitalisations sans consentement issues de la loi du 27 juin 1990. La loi n°2013-869 du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la loi de 2011 étend ce régime aux soins ambulatoires.

La nomenclature du mode légal de soins est, tout comme dans le RIM-P, la suivante :

- Soins psychiatriques libres (code 1 dans le RIM-P)
- Soins psychiatriques sur décision du représentant de l'état (article L.3213-1 du code de la santé publique) (code 3 dans le RIM-P)
- Soins psychiatriques aux personnes jugées pénalement irresponsables (articles 706-135 du CPP et article L.3213-7 du CSP) (code 4 dans le RIM-P)
- Soins psychiatriques dans le cadre d'une ordonnance provisoire de placement (OPP) (code 5 dans le RIM-P)
- Soins psychiatriques aux détenus (Article L3214-1 du CSP) (code 6 dans le RIM-P)
- Soins psychiatriques à la demande d'un tiers, y compris en urgence (code 7 dans le RIM-P)
- Soins psychiatriques pour péril imminent (code 8 dans le RIM-P)

La mention « Soins sans consentement » est identifiée grâce à la réforme des autorisations de soins en psychiatrie (décret du 28/09/2022).

**Cases C22 à C28** : Nombre de journées de prise en charge à temps complet

La définition du nombre de journées est la même qu'en paragraphe 5, à décliner par mode légal de soins.

**Cases D22 à D28** : Nombre de venues en équivalent journée

La définition du nombre de venues en équivalent journée est le même qu'en paragraphe 6, à décliner par mode légal de soins.

**Cases E22 à E28** : Nombre d'actes

La définition du nombre d'actes est la même qu'en paragraphe 7, à décliner par mode légal de soins.

**Case A47 : L'établissement dispose-t-il d'espaces d'apaisement au 31/12 ?** Répondre par OUI ou NON. Cette question porte sur l'existence d'espace d'apaisement<sup>5</sup> qui est un lieu dont la porte n'est pas fermée à clé et conçu pour procurer un espace de faible stimulation afin de permettre une diminution de la tension interne d'un patient (définition issue des recommandations HAS sur l'isolement et la contention).

**Case A48 : L'établissement dispose-t-il de chambres d'isolement individuelles au 31/12 ?** Répondre par OUI ou NON. Cette question porte sur l'existence de chambre d'isolement<sup>6</sup> qui est un espace dédié à cet effet afin de procurer un environnement soignant et sécurisé, notamment sur le plan architectural. Chaque chambre d'isolement dispose d'une luminosité naturelle, d'une aération, d'un dispositif d'appel accessible, de sanitaires respectant l'intimité du patient et sa dignité, d'un point d'eau, d'une horloge indiquant la date et l'heure et du mobilier adapté à l'état clinique du patient.

**Case B47 : Nombre d'espaces d'apaisement.** Le nombre d'espaces d'apaisement à renseigner par le titulaire de l'autorisation de la mention « Soins consentement » est celui du 31 décembre, en comptabilisant le nombre d'espaces d'apaisement en état d'accueillir des malades et le nombre d'espaces d'apaisement fermés temporairement pour cause de travaux ou de désinfection.

**Case B48 : Nombre de chambres d'isolement individuelles.** Le nombre de chambres d'isolement individuelles à renseigner par le titulaire de l'autorisation de la mention « Soins consentement » est celui du 31 décembre, en comptabilisant le nombre de chambres d'isolement individuelles en état d'accueillir des malades et le nombre de chambres d'isolement individuelles fermées temporairement pour cause de travaux ou de désinfection.

---

<sup>5</sup> Référence : [Haute Autorité de Santé - Isolement et contention en psychiatrie générale \(has-sante.fr\)](https://www.has-sante.fr/fr/mesures-et-prevention/isolement-et-contention-en-psychiatrie-generale)

<sup>6</sup> Référence : [Recommandations HAS et Décret n° 2022-1264 du 28 septembre 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de psychiatrie](#)

## 10 - FILE ACTIVE

Il convient d'inclure la psychiatrie périnatale (à la fois pour les parents ou futurs parents ; mais aussi, dans le cas d'un accueil conjoint, pour les enfants – l'activité correspondant aux enfants est à inclure alors sur la ligne psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent).

On désigne par file active le nombre de patients différents vus au moins une fois dans l'année. Le calcul inclut donc les présents à 0 heure le 1<sup>er</sup> janvier auquel on ajoute chacun des autres patients pris en charge au moins une fois dans l'année.

Remarque : Les familles des patients n'entrent pas dans le décompte de la file active quand elles sont reçues en présence du patient.

**Cases A18 à A20** : La File active totale correspond à la file active de l'année sans différenciation de nature de prise en charge et sans double compte entre celles-ci.

Ces données doivent donc être consolidées au niveau de l'établissement en éliminant les doublons, c'est-à-dire qu'un patient ayant été vu par les équipes de plusieurs secteurs ou services ou structures de l'établissement ne doit être compté que pour un patient dans la file active totale.

**Case A21** : Dans le « Total file active », il convient d'enlever également les doublons entre psychiatrie générale, psychiatrie infanto-juvénile et psychiatrie en milieu pénitentiaire.

Un patient pris en charge dans la même année en psychiatrie générale et en psychiatrie en milieu pénitentiaire ne doit être compté que pour un patient dans ce total.

**Cases B18 à B21** : File active exclusivement ambulatoire

Le nombre de patients exclusivement pris en charge en ambulatoire est égal au nombre de patients ayant fait l'objet d'au moins une des prises en charge ambulatoires dans l'année, non compris ceux qui ont par ailleurs une prise en charge en temps complet ou en temps partiel dans l'année.

Le total de la file active ambulatoire doit être consolidé en éliminant les doublons (un patient pris par exemple en charge en ambulatoire en psychiatrie générale et infanto-juvénile dans l'année ne doit être compté que comme un patient dans ce total).

## 11 – PERSONNEL

Il convient d'inclure la psychiatrie périnatale, le cas échéant.

**Attention** : Le total des effectifs de libéraux est désormais calculé automatiquement, comme la somme des effectifs déclarés pour la psychiatrie de l'adulte, de l'enfant et de l'adolescent et pénitentiaire. Il convient donc de consolider les effectifs déclarés dans chacune des trois disciplines d'équipement, en éliminant les doublons : chaque personnel libéral sera affecté à une unique ligne (psychiatrie de l'adulte, de l'enfant et de l'adolescent, pénitentiaire). Dans le cas d'un personnel libéral intervenant dans plusieurs disciplines pour un même établissement, il sera déclaré dans la discipline à laquelle il consacre la part la plus importante de son temps travaillé.

**Ligne 29 à 32** : : Personnel ayant concouru à l'activité de psychiatrie

Le personnel à compter est celui qui concourt effectivement à produire les prestations de soins en psychiatrie (de l'adulte, de l'enfant et de l'adolescent ou en milieu pénitentiaire) que ce personnel soit salarié ou non, rémunéré ou non par l'établissement. Il peut s'agir de personnel entièrement dédié à l'activité décrite et de temps de professionnels mutualisés pour assurer les soins dans ces différentes unités.

Les effectifs et les équivalents temps plein travaillés (ETP\_T) du personnel sont ceux qui contribuent à l'activité des unités décrites dans le bordereau, même s'ils partagent leur temps avec d'autres unités ou secteurs. À partir de la SAE 2022, le décompte des ETP travaillés (ETP\_T) concerne uniquement les salariés, le calcul d'ETP\_T s'étant avéré compliqué pour les libéraux. Pour ces derniers, seul un décompte des effectifs physiques présents au 31 décembre est demandé.

Les ETP\_T salariés correspondent au temps travaillé et non au temps rémunéré (un salarié de l'établissement à temps partiel à 80 % sera compté 0,80 même s'il est rémunéré à 86 %), sur une mesure en moyenne annuelle.

(Lire aussi les [principes généraux de remplissage du « Personnel dans les bordereaux d'activités de soins »](#)).

Pour les médecins libéraux, les effectifs physiques présents au 31 décembre sont approchés en comptant les libéraux qui sont intervenus dans l'établissement géographique au mois de décembre, pour éviter d'avoir un biais lié aux congés de fin d'année.

**Colonnes R-T-V :** ETP travaillés (ETP\_T) des personnels **salariés**, en fonction du temps qu'ils consacrent à l'activité de psychiatrie (de l'adulte, de l'enfant et de l'adolescent et en milieu pénitentiaire), y compris les temps partiels et les vacataires. Sera compté ici le temps travaillé et non le temps rémunéré, sur une mesure en moyenne annuelle.

**Colonnes S-U-W :** Effectifs physiques des libéraux présents au 31 décembre, quel que soit le temps passé à travailler dans l'établissement. Dans le cas d'effectifs, la case « Total » est à saisir.

**Colonnes G et H :** Indiquer la forme que prend la permanence des soins des médecins seniors (= médecins qualifiés hors internes) en distinguant l'existence d'une garde (définition : un médecin est sur place 24h sur 24) et/ou d'une astreinte (en dehors des heures ouvrables, un médecin est joignable à domicile).

NB : Dans certains établissements spécialisés à forte activité, il peut y avoir à la fois une garde et, en seconde ligne, une astreinte d'un second médecin de la même spécialité.

**Colonne P :** Sont comptabilisés dans les personnels de rééducation (cadres ou non) : les kinésithérapeutes, les psychomotriciens, les orthophonistes, les orthoptistes, les ergothérapeutes, les diététiciens et autres emplois de type sociothérapeute, musicothérapeute, etc.

**Colonne Q :** Sont comptabilisés dans les personnels éducatifs et sociaux (cadres ou non) : les éducateurs spécialisés, les assistants de service social, les éducateurs-chefs, les moniteurs et animateurs.

## 11 - AUTRES INFORMATIONS

**Cases A38 et B38 :** Il est fait référence dans ces questions au décret n°2006-577 du 22 mai 2006 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux structures de médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique.

**Cases A49 et B49 :** Il est fait référence dans ces questions à l'instruction n°DGOS/R4/2022/244 du 17 novembre 2022 relative aux équipes mobiles de psychiatrie de la personne âgée (EMPPA) intervenant à domicile ou en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).