

# Évaluation médico-économique des soins psychiatriques sectorisés

CREDES : *Thérèse Lecomte, Dominique Polton, Nadine Raffy-Pihan*

INSERM, OMS : *Françoise Casadebaig, Nicole Quemada*

PSYCHIATRES, CHEFS DE SERVICE : *Guy Baillon, Jean-Philippe Gidon, Serge Guibert,  
Jacques Pellet, Jean-Luc Roelandt*

*Rapport n° 481 (biblio n° 1256)*

Mars 1999

Les noms d'auteurs apparaissent par ordre alphabétique

Toute reproduction de textes, graphiques ou tableaux est autorisée sous réserve de l'indication de la source et de l'auteur.  
En cas de reproduction du texte intégral ou de plus de 10 pages, le Directeur du CREDES devra être informé préalablement.



## Paroles de psychiatres

La psychiatrie contemporaine, tout en cultivant ce qui est de sa nature, c'est à dire la relation de l'homme original et unique, se veut profondément intégrée dans le tissu social. A ce titre, comme à bien d'autres, la référence économique ne saurait lui être étrangère. C'est la seule façon de gérer plutôt que de subir.

*Propos de Yves Pelicier publiés dans  
« Confrontations psychiatriques »  
Économie de la santé et psychiatrie n° 32, 1990*

En psychiatrie, on fait ce qu'on peut pour que les malades aillent le moins mal possible. On cherche la prise en charge la plus légère pour éviter la rechute...

A travers le manque, on progresse. L'émancipation de l'hôpital a créé le manque, ce qui a pu être source de progrès pour certains ; mais, pour la grande majorité, ce n'est pas le bonheur...

... les services de soutien communautaires jouent un rôle palliatif et permettent de compenser des déficits fonctionnels et environnementaux, permettant d'atteindre un niveau de qualité de vie comparable à celui des groupes plus favorisés. Par contre, de tels services ne peuvent pallier à la totalité des limitations consécutives à la maladie. Les niveaux d'insatisfaction prononcés de sa situation financière et sa vie sentimentale, malgré l'acceptabilité et la participation à des services, traduisent bien le fait que, dans certains domaines de la vie, les interventions les plus significatives relèvent d'un ordre différent de celui des services de suivi communautaire. »

*Propos de C. Mercier cités dans  
la revue canadienne de psychiatrie,  
vol. 37, octobre 1992,  
« Services communautaires et qualité de la vie :  
une étude d'impact en région éloignée. »*

La maladie mentale grave c'est un cataclysme dans un tissu de relations ; il faut rendre la maladie acceptable, acceptée, mais la maladie n'est pas réglée pour autant...

- Remerciements -

*Ce rapport, réalisé en partenariat avec le centre collaborateur de l'OMS pour les maladies mentales, a bénéficié d'une coopération très active de plusieurs personnes que nous tenons à remercier, intervenant au titre d'experts dans la construction de la méthodologie.*

➤ *Les parties "Évaluation des résultats" et "Description des modes d'organisation des réseaux de soins psychiatriques" ont été validées par un groupe d'experts :*

⇒ *Guy Baillon, psychiatre, secteur 93G14 de Seine St-Denis, Bondy*

⇒ *Françoise Casadebaig, épidémiologiste, INSERM*

⇒ *Jean-Philippe Gidon, psychiatre, secteur 03G01, Moulins/lyseure*

⇒ *Serge Guibert, psychiatre, secteur 86G03, Poitiers*

⇒ *Joëlle Guillot, médecin conseil, CNAMTS*

⇒ *Jacques Pellet, psychiatre, secteur 42G07, St-Etienne*

⇒ *Nicole Quemada, psychiatre, INSERM, OMS*

⇒ *Jean-Luc Roelandt, psychiatre, secteur 59G21, Lille*

➤ *La partie "Évaluation des coûts" a été validée par les équipes financières de trois hôpitaux ;*

⇒ *Messieurs Bricout et Delfosse et Madame Goueslain du CHS d'Armentières,*

⇒ *Monsieur Palma et Madame Gaget du CHS d'Yseure,*

⇒ *Madame Romano du Centre Hospitalier de St Germain en Laye.*

*Les auteurs remercient vivement les équipes des différents centres hospitaliers qui les ont accueillies chaleureusement sur chacun des sites.*

L'équipe du CREDES

Thérèse Lecomte

Dominique Polton

Nadine Raffy-Pihan

## SOMMAIRE

<b>Introduction</b> .....	1
<b>1. Les enjeux de la psychiatrie en France</b> .....	5
1.1. Quelques chiffres.....	5
1.2. La politique de sectorisation : son évolution depuis 1960 .....	6
1.3. Le bilan de cette politique en 1998.....	7
<b>2. L'évaluation médico-économique en psychiatrie</b> .....	8
2.1. Les études coût - résultat : une brève présentation .....	9
2.1.1. <i>Un thème privilégié chez les chercheurs anglais, américains et canadiens.</i> .....	9
2.1.2. <i>Un thème peu étudié en France</i> .....	22
2.2. Quelles conclusions ?.....	29
2.2.1. <i>Les problèmes liés à l'évaluation des coûts et des résultats en psychiatrie</i> .....	29
2.2.2. <i>Une analyse comparée des principaux résultats</i> .....	
<b>3. Mise au point d'une méthodologie d'évaluation médico-économique</b> .....	40
3.1. Un outil de réflexion sur la pratique.....	45
3.1.1. <i>L'évaluation du réseau institutionnel</i> .....	45
3.1.2. <i>L'évaluation du réseau relationnel : les partenaires du réseau</i> .....	46
3.2. Un outil de comparaison sur le plan de la performance médico-économique.....	48
3.2.1. <i>Des indicateurs généraux internes et externes</i> .....	49
3.2.2. <i>Evaluation des coûts et des résultats pour les patients atteints de schizophrénie</i> .....	53
<b>Bibliographie</b> .....	71
<b>Annexe 1 : Les échelles</b> .....	75
<b>Annexe 2 : Les questionnaires (avant test)</b> .....	103
Questionnaires sur l'évaluation des pratiques.....	105
Questionnaire sur les indicateurs généraux internes et externes .....	117
Questionnaire évaluation des résultats.....	127

## Introduction

---

En 1998, le dispositif de soins psychiatriques, fondé sur la politique de sectorisation, présente en France une grande diversité : diversité de la capacité d'accueil en hospitalisation complète, diversité des structures alternatives mises en place et développement plus ou moins important de structures intersectorielles.

Certaines équipes de soins psychiatriques ont également développé de manière intense des liens avec les partenaires, les collectivités locales, les associations, les médecins de ville..., afin d'améliorer la réinsertion des patients dans la communauté. Le terme de réseau prend ici toute sa place. On peut citer l'expérience menée dans un secteur du Nord-Pas-de-Calais, ayant réduit sa capacité hospitalière à 24 lits (320 lits en 1976) et développé un mode d'organisation en réseau, fondé principalement sur un partenariat très développé avec les municipalités, de nombreuses associations et la médecine de ville.

Ainsi, l'organisation des soins psychiatriques a devancé la notion de réseau telle qu'elle est définie par les ordonnances du 24 avril 1996 : "*les réseaux de soins ont pour objet d'assurer une meilleure orientation du patient, de favoriser la coordination et la continuité des soins qui lui sont dispensés et de promouvoir la délivrance de soins de proximité de qualité. Ils peuvent associer des médecins libéraux et d'autres professionnels de la santé et des organismes à vocation sanitaire ou sociale*"<sup>1</sup>. Le réseau devient ainsi synonyme de transdisciplinarité, de transprofessionnalisme : les médecins, les paramédicaux, les pharmaciens, les travailleurs sociaux, le monde judiciaire, le monde enseignant, les municipalités, le conseil général... y adhèrent. La philosophie du réseau devient la complémentarité des compétences et non plus la concurrence, entraînant une prise en charge meilleure et plus rapide des cas difficiles, une diminution des redondances, des hospitalisations inutiles évitées, des hospitalisations plus courtes, une meilleure satisfaction des usagers, une plus grande gratification pour les professionnels grâce à leur plus grande efficacité et la plus grande sécurité de leurs pratiques<sup>2</sup>.

Dans ce contexte, la Direction Générale de la Santé et la Direction des Hôpitaux ont confié au CREDES et au centre collaborateur de l'OMS pour les maladies psychiatriques une étude destinée à **concevoir une méthodologie d'évaluation médico-économique d'un secteur psychiatrique**, qui pourrait être ensuite testée sur quelques sites.

**Cependant l'objectif de ce travail a évolué au cours de l'étude** et il n'est pas inutile de revenir sur cette inflexion de la demande qui nous a été adressée, en la situant par rapport aux **conceptions de l'évaluation**.

Évaluation est synonyme de **jugement**, et tout jugement se fait par rapport à une **référence**.

---

1 Ordonnance n°96-346 portant sur la réforme de l'hospitalisation publique et privée.

2 Propos de Pierre Larcher issus de "Des réseaux dans tous leurs états à l'Etat dans tous ses réseaux", *Revue Prévenir*, n°32, 1er semestre 1997.

La référence peut être de nature variable :

- Soit c'est une référence que l'on considère a priori, dès le départ, comme normative, cette norme pouvant être :
  - externe : par exemple, dans l'évaluation des pratiques médicales, on va étudier en quoi les pratiques cliniques effectives sont conformes à un standard que l'évidence scientifique, les sociétés savantes, les conférences de consensus, etc., ont permis d'établir ;
  - ou interne : c'est une référence que l'organisation se construit pour elle-même, un objectif qu'elle veut atteindre ; dans une démarche qualité, un service de consultations externes hospitalières se donnera pour objectif de réduire le délai d'attente de 20%, etc. On parlera le plus souvent dans ce cas "d'auto-évaluation" ;
- Soit la référence n'est pas normative, mais seulement comparative. On compare deux situations dont on ne sait quelle est la meilleure ; c'est précisément l'objet de l'évaluation de tenter de le dire et de contribuer ainsi à construire la norme. On est là dans le domaine de l'évaluation économique (ou évaluation médico-économique) avec ses méthodes coût-efficacité, coût-utilité, coût-bénéfice. On peut ainsi comparer plusieurs stratégies thérapeutiques alternatives dans une pathologie donnée, ou plusieurs organisations de prise en charge (hospitalisation versus alternatives en psychiatrie), ou encore, une politique nouvelle (le médecin référent, tel programme de dépistage, etc.) à la situation de référence qui est simplement la situation actuelle sans cette politique. Dans tous les cas, l'ambition de ces méthodes est de fournir le maximum d'éléments objectifs de comparaison pour aider à la décision.

Dans toutes les évaluations, il y a donc la notion de jugement par rapport à une référence, mais la référence est variable, et on voit bien dans les trois modalités évoquées ci-dessus que l'objectif de l'évaluation n'est pas le même.

La demande initiale des commanditaires de l'étude, telle qu'elle a été formulée à la fin de l'année 1997, se situait plutôt dans le registre de l'**évaluation comparative externe**. La question posée - suscitée par l'expérience particulière du secteur 59G21 - pouvait être résumée ainsi : une telle expérience, caractérisée par un réseau de liens avec la communauté, est intellectuellement séduisante, mais peut-on mettre objectivement en évidence sa performance sur le plan du rapport coût/résultats pour les patients ?

C'est cet objectif qui a structuré l'approche retenue par le CREDES et le centre collaborateur de l'OMS pour les maladies psychiatriques pour élaborer une première version de la méthodologie, qui a été présentée à la fin du premier semestre 1998. Dans cette perspective, nous avons porté une attention particulière à la comparabilité inter-secteurs : d'où le choix de travailler sur une pathologie précise, la schizophrénie, la standardisation des méthodes de calcul des coûts, la rigueur dans la définition des indicateurs, etc.

Dans le courant de l'été, la demande a évolué vers une méthodologie **plutôt destinée à fournir un outil d'auto-évaluation aux équipes de secteurs**. Cet objectif d'auto-évaluation a été articulé avec un élément fort de la politique de santé, qui est la **promotion du travail en réseau**, considéré comme porteur d'une meilleure coordination et continuité des soins aux patients. Un courrier de la Direction Générale de la Santé en date du 12 janvier 1999 indique que *"il a été déci-*

dé d'un commun accord entre la DGS et la DH le 26 août 1998 qu'il convenait de modifier l'orientation de la phase de test... qui devait suivre, parce qu'elle s'avérait difficile à mener en tant que telle et qu'un certain nombre de textes sont en préparation pour encourager le fonctionnement en réseau dans tout le système de santé, avec nécessité de proposer aux candidats les outils indispensables de suivi et d'évaluation. La nouvelle convention avec le CREDES prévoit donc que le questionnaire d'évaluation déjà mis au point soit testé **comme auto-questionnaire d'évaluation pour des secteurs envisageant de travailler en réseau**. ... La version définitive d'auto-questionnaire qui en résultera pourra être ensuite proposée à tous les secteurs qui voudront faire la démarche de mise en réseau, pour bénéficier des dispositions prévues dans les nouveaux textes."

La phase de validation du projet de méthode par un groupe de psychiatres chefs de service (septembre-décembre 1998) a été l'occasion de s'adapter à cette inflexion de la demande. La notion de réseau a été mieux explorée (encore faut-il, dans ce domaine particulier de la psychiatrie, bien clarifier la sémantique, pour éviter l'ambiguïté<sup>3</sup>). Des questionnements ont été élaborés pour susciter, de la part des équipes, une interrogation sur leurs pratiques. Ils s'appuient à la fois sur les indicateurs quantifiés et sur une expression des objectifs des secteurs.

Néanmoins, la partie initiale de la méthodologie, qui avait fait l'objet d'un travail important au cours du premier semestre, et qui avait pour objectif une évaluation comparative des performances sur le plan médico-économique, n'a pas été abandonnée - même si elle a été retravaillée de manière très significative avec les psychiatres du groupe de travail (et, si elle laisse place, plus que dans la version précédente, à la formulation d'objectifs internes des équipes soignantes pour les patients).

Ce volet comparatif ne revêt plus aucun caractère normatif. Il a pour objectif, à partir d'une pathologie traceuse, la schizophrénie, de permettre aux équipes de secteurs de situer leurs pratiques - en termes de moyens mis en œuvre, de palette d'alternatives utilisées, de résultats sur la couverture des besoins des patients et la qualité de vie. Bien sûr, ceci ne sera possible que si un référentiel est constitué à partir d'un ensemble suffisamment large de sites.

L'outil d'évaluation proposé à l'issue de cette phase de conception comporte donc plusieurs volets dont les articulations seront présentées plus loin. Pour cette raison (qui dérive elle-même de l'évolution de la demande évoquée ci-dessus), il est sans doute, dans son état actuel, trop lourd pour être utilisé en routine. La phase de test qui est maintenant devant nous permettra de l'élaguer pour en retenir l'essentiel au regard de l'objectif aujourd'hui assigné à cet outil.

La première partie de ce rapport rappellera les enjeux actuels de la psychiatrie en France. Une deuxième présentera une revue de la littérature française et internationale concernant l'évaluation médico-économique en psychiatrie, et mettra en évidence les difficultés spécifiques liées à ce domaine. La troisième partie développera les outils d'évaluation proposés. Les questionnaires détaillés feront l'objet d'une annexe.

---

3 Il y a en effet deux niveaux de réseaux, l'un interne au secteur, l'autre tissé avec les partenaires externes.

## 1. Les enjeux de la psychiatrie en France

### 1.1. Quelques chiffres

*"Les troubles de la santé mentale concernent, en France, à des degrés divers, des millions de personnes, à titre personnel ou dans leur entourage" (Document, Haut Comité de Santé Publique, 1998).*

Les données disponibles actuellement permettent en effet le cadrage suivant :

- 300 000 séjours pour troubles mentaux dans les services de soins somatiques de courte durée des établissements hospitaliers publics et privés (*enquête de morbidité hospitalière du SESI réalisée en 1993*) ;
- 40 millions de recours à un généraliste ou un spécialiste pour un trouble psychique ou mental : plus souvent dépression, anxiété, troubles du sommeil dans les recours aux généralistes, et psychoses, troubles névrotiques dans les recours aux spécialistes (*étude permanente de la prescription médicale IMS en France, 1996*) ;
- 920 000 patients pris en charge par les 825 secteurs de psychiatrie générale qui constituent, en France, le dispositif public de soins spécialisés (*enquête DGS-SESI à partir des rapports de secteurs et de la fiche patient, 1995*). Cette file active annuelle correspond à un taux de 22 patients pour 1 000 habitants de 20 ans et plus. Elle est en progression constante (+ 30 % de 1989 à 1995), liée à l'augmentation importante de l'ambulatoire (+ 39 %) dont la part est prédominante : 8 patients sur 10 ont bénéficié d'une prise en charge ambulatoire en 1995.

Parallèlement à l'augmentation de la file active, le personnel médical reste stable depuis 1991, avec en moyenne 6,4 équivalents temps plein (ETP) par secteur et le personnel non médical tend à diminuer, passant de 86,8 à 83,6 ETP par secteur, dans le même temps.

L'enquête transversale, menée en 1998 dans les secteurs de psychiatrie générale (un jour pour le temps plein, une semaine pour le temps partiel, une quinzaine pour l'ambulatoire), permet d'estimer à 277 700 le nombre de patients suivis dans l'ensemble du dispositif. La répartition par sexe et par âge est proche de la population générale. Les pathologies prises en charge sont diversifiées avec, par ordre de fréquence : les schizophrénies (23 %), les dépressions (17 %), les troubles névrotiques (13 %), les troubles de la personnalité (8 %), les troubles mentaux et du comportement liés à l'alcool (7 %). Cette répartition observée ne peut, bien entendu, être appliquée à la file active annuelle, car il faut tenir compte de l'effet induit par la coupe transversale qui entraîne une sur-représentation des pathologies demandant des soins plus intensifs sur des durées plus longues, comme la schizophrénie par exemple. La diversification des modes de soins (ambulatoire, temps partiel, temps plein) bénéficie à l'ensemble des patients, y compris pour des affections au long cours. Ainsi, (coupe transversale 1993) les schizophrènes sont suivis à 50 % en ambulatoire, 19 % à temps partiel, 31 % à temps complet.

Ces données actualisées s'inscrivent dans une politique de santé mentale, initiée en 1960 et dont les effets ont rarement été évalués et jamais de façon systématique et globale.

## 1.2. La politique de sectorisation : son évolution depuis 1960

L'organisation du dispositif public de soins spécialisés en psychiatrie est fondée sur la politique de sectorisation. Cette politique s'est déterminée, dans l'après-guerre, comme un projet pour créer un dispositif de soins décentré vers la communauté pour des soins de proximité. Il reposait sur de grands principes permettant la désaliénation, dont la nécessité d'une continuité des soins, l'intégration de la dimension sociale des soins et la pluridisciplinarité des équipes. C'est ainsi que s'est mise en place, progressivement, l'organisation en aires de soins sectorisés.

Si les grands principes de la sectorisation psychiatrique sont définis dans la circulaire fondatrice du 30 mars 1960, sa réalisation pratique a débuté dans les années 1970, après notamment les changements de statut des établissements et des psychiatres, la séparation de la psychiatrie et de la neurologie, l'ouverture de l'hôpital général à la psychiatrie. Ce n'est qu'en 1985 que la politique de sectorisation est confirmée par une loi, suivie de lois et décrets unifiant son financement global intra et extra-hospitalier en le confiant à l'Assurance maladie et confiant la gestion de son budget aux administrations hospitalières. Le décret du 16 mars 1986 donne une typologie des structures, encore officielle.

Pour la psychiatrie générale, la Circulaire de mars 1990 redéfinit les grandes orientations de la politique de santé mentale : "... Le secteur psychiatrique doit - se centrer sur les CMP<sup>4</sup> afin d'offrir des soins de santé primaires... - développer des soins plus complexes dans certains domaines... - *développer des liens* avec les autres praticiens de santé, les acteurs sociaux, les établissements médico-sociaux et la population...". Les nouvelles procédures de planification en santé mentale, issues de la réforme hospitalière de 1991, sont précisées dans la circulaire du 14 mars 1993. Les nouvelles orientations de la planification en santé mentale reposent schématiquement sur les principes suivants : le secteur reste l'élément fondamental, mais il y a nécessité d'accélérer la progression de l'extra-hospitalier et de :

- 1/ promouvoir des unités intersectorielles,
- 2/ développer la psychiatrie de liaison à l'hôpital général,
- 3/ développer la présence psychiatrique aux urgences,
- 4/ développer des programmes de réinsertion et de réhabilitation.

Une orientation permanente est le *rééquilibrage des moyens* entre les régions, les départements et les secteurs.

Pour permettre la mise en place et la réalisation de cette politique, des volontés, des idéologies et des moyens ont été mobilisés, à tous les niveaux, national, régional, départemental et local. Les moyens n'ont cessé de croître jusqu'en 1985. A

---

<sup>4</sup> CMP = Centre médico-psychologique, unité de coordination et d'accueil en milieu ouvert organisant des actions de prévention, de diagnostic, de soins ambulatoires et d'intervention à domicile.

partir de cette date marquant la fin de l'expansion, les évolutions doivent s'effectuer essentiellement par *reconversion interne*.

### 1.3. Le bilan de cette politique en 1998

Concrètement, la politique menée a conduit à une évolution structurelle, quantitative et fonctionnelle :

- les lits d'hospitalisation à temps complet ont diminué de moitié et les durées moyennes de séjour sont passées de 290 jours en 1965 à 59 en 1995 ;
- les structures intermédiaires se sont multipliées et le pourcentage de secteurs ayant un dispositif diversifié (hospitalisation plein temps, de jour, de nuit, CATTP, centres de postcure, appartements associatifs et/ou thérapeutiques...) ne cesse d'augmenter (rapport de secteurs) ;
- en 1995, les patients suivis en ambulatoire représentent 84 % de la file active ;
- les pathologies prises en charge sont diversifiées.

Cependant, ce bilan positif ne doit pas dissimuler ce qui reste à faire, notamment dans deux directions liées :

- d'une part, aux questions sans réponse par absence chronique d'évaluation qualitative des programmes entrant dans le cadre de la sectorisation. L'une d'elles pourrait être celle de Nicole Horassius"... bien sûr, la désaliénation a permis aux psychotiques de vivre hors les murs, mais *quelle est la qualité de leur vie ?* Qu'ils soient dans des institutions médico-sociales ou qu'ils vivent au sein de la Cité, solitude, vulnérabilité, pauvreté des ressources assurées par le corps social, accompagnent leur vie terne, sans aléas, sans rencontre, et des réseaux sociaux ségrégatifs semblent s'être ainsi créés au sein de la communauté sociale. Le malade qui va du foyer au club thérapeutique, de l'appartement associatif au CATTP, est-il vraiment intégré dans la Cité ?"
- d'autre part, aux disparités entre les régions, les départements, les secteurs. Ceux-ci n'ont évolué ni à la même vitesse, ni de la même façon. Leur évolution s'est faite selon des références théoriques, une conjoncture locale et historique, et des dynamiques humaines, propres à chacun d'eux.

Dans un contexte de budget bloqué avec, d'une part, une demande vis-à-vis de la psychiatrie augmentant rapidement, y compris pour des problèmes de société, et d'autre part des financeurs du sanitaire et du social différents tandis que l'on préconise que soient constitués ou développés des liens, un partenariat, des réseaux, il semble que les outils d'évaluation permettant de régler les conflits d'intérêt inévitables ne soient pas actuellement suffisamment établis.

Les indicateurs nationaux et régionaux donnés par les rapports de secteur, les caractéristiques des populations traitées, les enquêtes épidémiologiques, ne suffisent pas à mettre en évidence l'organisation optimale, compte tenu des moyens mis en œuvre, de la population traitée, de la qualité des soins et des résultats.

*Une politique nationale d'évaluation* est en train de se mettre en place à plusieurs niveaux :

- l'accréditation par l'ANAES de l'ensemble des établissements, basée sur des critères généraux de fonctionnement, de qualité, de sécurité, d'hygiène, d'accueil, de communication interne..., mais non centrée sur les soins spécifiques de chaque service ou secteur ;
- le PMSI en psychiatrie, outil destiné à une meilleure distribution des ressources allouées, à partir de l'évaluation du coût des processus réels de soins appliqués à des groupes de patients définis par leur consommation quantitative et qualitative de soins ;
- les conférences de consensus, promues par la FFP, qui établissent des "bonnes pratiques de soins" par rapport à des pathologies spécifiques.

*Au niveau du secteur*, la fiche-patient, élaborée dans les années 1980, est un outil - toujours d'actualité - permettant d'évaluer les caractéristiques du patient et les modalités de soins (en termes de structures reconnues en 1986). Son utilisation est nationale (rapports de secteur analysés par la DGS-SESI), locale (DIM) et sectorielle. Mais elle est limitée :

- elle ne permet pas d'apprécier l'activité globale de secteur, en particulier le temps important consacré à la prévention, à la formation, au partenariat et au(x) réseau(x), au maintien de l'équilibre au sein de l'équipe pluridisciplinaire...,
- elle est 'en-dehors' du PMSI, donc des attributions de crédit, ce qui la dévalorise,
- elle n'approche pas la qualité des soins,
- elle n'est pas destinée à apprécier le devenir du patient.

Au moment où les évaluations externes sont imposées aux établissements et aux secteurs, sans tenir compte ni de la qualité des soins, ni des résultats obtenus, il peut être utile d'élaborer une méthodologie permettant une évaluation (interne dans un premier temps) de leur activité, compte tenu :

- des moyens mis en œuvre, dispositif propre et autres moyens émanant du sanitaire et/ou du social (et de leur coût),
- des caractéristiques de la population générale desservie et de l'environnement,
- des caractéristiques des patients, de leur devenir et de leur qualité de vie.

## **2. L'évaluation médico-économique en psychiatrie**

---

La présomption de l'efficacité thérapeutique de la non hospitalisation plaide dans les années 60 en faveur de la sectorisation psychiatrique, officialisée par la circulaire du 15 mars 1960. En effet, selon de nombreux médecins [6], le traitement extra-hospitalier améliore de façon générale l'autonomie des patients chroniques, diminue le risque de nouvelles poussées évolutives, favorise l'observance du traitement médicamenteux et, éventuellement, stabilise l'état clinique des patients psychotiques. De plus, l'apparition des neuroleptiques en 1952, n'a fait que solidifier cette pensée. Pourtant, ce n'est qu'à partir de 1970 que le dispositif extra-hospitalier se renforce et se généralise dans les années 1980.

Dès 1980, dans un contexte de maîtrise de l'accroissement des dépenses de santé, la nécessité de justifier économiquement les sommes consacrées à la santé et à la psychiatrie mentale, s'impose. Le rapport Barrot, établi en 1980 sous le gouvernement de Raymond Barre, constate que *"le développement des pratiques extra-hospitalières ne s'accompagne d'aucun mouvement concomitant de réduction du nombre des malades dans les hôpitaux publics"*. Mesurer les coûts et l'efficacité des alternatives mises en place devient nécessaire. Cette volonté de développer des protocoles d'évaluation est également reprise par les psychiatres eux-mêmes : *"Pour la psychiatrie et la santé mentale aujourd'hui, l'évaluation se présente comme un défi et une nécessité"*<sup>5</sup>.

La démonstration de l'efficacité de la mise en place de nouvelles structures prenant en charge la santé mentale, commencée il y a une trentaine d'années, n'est pas aisément réalisable. Certains auteurs s'interrogent encore aujourd'hui : *"Peut-on évaluer en psychiatrie ?", "Est-il possible, plus de 15 ans après la mise en place de la politique de secteur, d'évaluer auprès de la population globale les résultats de cette nouvelle politique ?"*<sup>6</sup>. Il faut dire que la psychiatrie est l'une des dernières venues, même aux Etats-Unis et au Canada, dans l'évaluation médicale et médico-économique.

## 2.1. Les études coût-résultat : une brève présentation

### 2.1.1. Un thème privilégié chez les chercheurs anglais, américains et canadiens

L'évaluation économique dans le domaine psychiatrique est un thème très florissant et en forte croissance chez les chercheurs américains, anglais, canadiens et australiens.

Ce constat relève d'une recherche bibliographique.

*Sept bases de données ont été consultées :*

- ⇒ la base documentaire du CREDES,
- ⇒ la banque de données "Santé Publique",
- ⇒ la base de données "Pascal" produite par l'Institut National de l'Information Scientifique et Technique,
- ⇒ la base de données "Embase" réalisée par Elsevier Science,
- ⇒ la base de données Medline par la National Library of Medicine,
- ⇒ la base de données "NHS Economic evaluation Database" de l'université de York
- ⇒ ainsi que la base d'évaluation "Heed" de l'Office of Health Economics.

*La visite de plusieurs sites "Internet" a complété cette recherche, les sites<sup>7</sup> :*

- ⇒ "Psydoc" de la Fédération Française de Psychiatrie,
- ⇒ "Dicdoc" de l'INSERM
- ⇒ et celui du CHU de Rouen.

5 Barres M., *"Evaluation d'une politique, politiques d'évaluation des soins en santé mentale"*, 1990, Ed Eres.

6 Question tirée d'un article de Bernard Allemandou *"Peut-on évaluer en psychiatrie"*, *Sociologie Santé* ; 1990, n°3.

7 Inserm : <http://www.inserm.fr> ; Psydoc : [http://psydoc\\_fr.broca.inserm.fr](http://psydoc_fr.broca.inserm.fr) ; Chu de rouen : [http://www.chu\\_rouen.fr](http://www.chu_rouen.fr)

Si la psychiatrie apparaît présente dans le secteur de l'évaluation économique depuis les années 60, la majorité des articles sont récents.

L'évaluation médico-économique, au sens strict du terme, mettant en balance l'analyse des coûts et des résultats est moins sollicitée. Ce constat relève du bilan dressé en 1997 par plusieurs auteurs (Evers S.M.A.A., 1997) à partir d'un survol de la littérature de langue anglaise dans le domaine de l'évaluation psychiatrique. Sur les 91 études recensées, 54 % sont des études limitées à l'évaluation des coûts : on étudie le coût d'un mode de prise en charge ou le coût d'une maladie.

De nombreux articles ou ouvrages ont déjà tenté de décrire et de commenter la littérature existante dans le domaine (*voir encadré ci-dessous*). Toutefois, au regard de l'abondance des sources d'informations, il reste encore aujourd'hui difficile d'en dresser un bilan exhaustif. Nous présentons dans le tableau n°1, p. 12, les principaux résultats de quelques études coût-résultat, extraites principalement du travail réalisé par Joëlle Guers-Guilhot et Jacques Pellet<sup>8</sup> et mises à jour à partir d'une recherche bibliographique. La présentation de ces études, des plus anciennes aux plus connues, permet d'analyser leur évolution sur un plan méthodologique et d'appréhender leurs principaux résultats parfois contradictoires en termes de coût et d'efficacité.

#### **Articles et ouvrages dressant un bilan de la littérature dans le domaine de l'évaluation médico-économique**

- Braun P., Kochansky G, Shapiro R., Greenberg. S, Gudeman J. Johnson S., Shore M., "Overview : Desinstitutionalization of psychiatric patients : a critical review of outcome studies", Am J Psychiatry, 138, 1981.
- Evers S.M.A.A., van Wijk A.S. and Ament A.J.H.A., "Economic evaluation of mental health care interventions : a review", Health Economics, Vol 6, 1997
- Frank R., "Cost benefit analysis in mental health care : A review of the literature", Administration in Mental Health, 1991
- Goldberg D. :  
"Cost-effectiveness studies in the treatment of Schizophrenia : a review", Social Psychiatry and psychiatric epidemiology, 1991  
"Cost-effectiveness studies in the evaluation of mental health services in the community : current knowledge and unsolved problems", International clinical psychopharmacology, vol 9, 1995
- Guers-Guilhot J. , "Alternatives en psychiatrie, de l'histoire à l'évaluation", thèse de doctorat en sciences de gestion, Université Jean Moulin, Lyon III.

---

<sup>8</sup> Etudes présentées dans la thèse de doctorat en sciences de gestion de Joëlle Guers-Guilhot [3] et dans l'étude au long cours de Jacques Pellet sur "les besoins de soins de 150 schizophrènes et les coûts des prises en charge", CHU de St Etienne.

Nous retiendrons deux études, très souvent citées dans la littérature et qui semblent faire l'unanimité parmi les experts concernant leur apport sur le plan méthodologique. Il s'agit de l'étude de Beecham, Knapp et Fenyó datant de 1991 (Royaume Uni) [12] et celle plus ancienne de Weisbrod, Test et Stein [43] (USA, 1980). Certains auteurs (Evers S.M.A.A., van Wijk A.S. and Ament A.J.H.A. [19]) considèrent ce dernier travail comme l'un des meilleurs ayant bénéficié d'une collaboration étroite entre économistes et psychiatres.

En effet, ces deux études ont tenté d'apporter un élément de réponse aux différentes critiques très souvent avancées :

1. l'évaluation des coûts porte à la fois sur l'évaluation des coûts directs et indirects ; le travail de Weisbrod reconstitue un éventail très complet de ces différents coûts ;
2. l'évaluation des résultats, très souvent basée sur l'évaluation clinique du patient, s'étend aussi à l'évaluation de sa qualité de vie ; le travail de Beecham est remarquable de ce point de vue, utilisant sept échelles différentes ;
3. ces deux études sont basées sur des essais randomisés contrôlés.

**Tableau n° 1**  
**Les études Coût-Résultat chez les chercheurs anglais, canadiens et américains**

Année et auteurs	Descriptif de l'étude	Coût	Résultat	Synthèse-Coût-Résultat
<p><b>ROYAUME UNI</b></p> <p>1976</p> <p><i>S. Scharfstein et J. Nafziger</i></p>	<p>ÉTUDE DE DEUX MODES DE PRISE EN CHARGE : COMMUNAUTAIRE ET HOSPITALIER.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les structures étudiées sont :               <ul style="list-style-type: none"> <li>. l'hôpital d'Etat,</li> <li>. l'unité d'hospitalisation d'un centre communautaire,</li> <li>. le programme de jour de ce centre,</li> <li>. la prise en charge à domicile avec une intervention d'un psychiatre, d'une infirmière spécialisée, d'une travailleuse familiale, d'une assistante sociale.</li> </ul> </li> <li>- Travail limité à un seul patient schizophrène.</li> <li>- Analyse sur 3 ans.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le coût hospitalier est équivalent au coût journalier moyen du service,</li> <li>- le coût du centre est calculé à partir de la durée d'intervention, du salaire du personnel et des médicaments distribués.</li> </ul> <p><u>RÉSULTATS</u></p> <p>Le programme à domicile reste moins cher pour la société. L'essentiel des économies repose sur la capacité du malade à assumer son travail domestique.</p>	<p>Meilleure satisfaction du patient et de sa famille.</p> <p><i>Commentaires auteurs</i></p> <p><i>Résultats qui ne peuvent être généralisés. Les auteurs souhaitent faire remarquer que les prises en charge hospitalières n'apportent pas d'amélioration décisive de l'état de santé du patient.</i></p>	
<p><b>ÉTATS-UNIS</b></p> <p>1976</p> <p><i>J.G. Murphy et W.E. Dattel</i></p>	<p>ÉTUDE D'UN CENTRE COMMUNAUTAIRE EN VIRGINIE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Point de vue pour l'ensemble de la société et aussi pour chaque financeur.</li> <li>- 52 malades mentaux étudiés.</li> <li>- Suivi sur 8,5 mois.</li> </ul>	<p>Les coûts étudiés sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- le coût du centre,</li> <li>- les coûts de maintenance à domicile, logement, nourriture,</li> <li>- les coûts liés à la désinstitutionnalisation,</li> <li>- les coûts de perte de productivité des proches,</li> <li>- les coûts non monétarisés (angoisse, crainte).</li> </ul> <p><u>RÉSULTATS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- grandes différences individuelles,</li> <li>- les coûts s'expliquent surtout par le maintien à domicile,</li> <li>- variation des coûts selon les financeurs (l'état de Virginie finance plus que les autres).</li> </ul>	<p>Trois groupes de bénéficiaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- économies réalisées en évitant le maintien en institution,</li> <li>- gains du malade et contribution à la productivité,</li> <li>- évolution de l'état de santé du malade.</li> </ul> <p><u>RÉSULTATS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- meilleure satisfaction des patients qu'à l'hôpital,</li> <li>- moins de rechute qu'à l'hôpital.</li> </ul>	<p><u>RÉSULTAT COUT/BÉNÉFICE</u></p> <p>Les bénéfices prévisibles pour le centre sont supérieurs aux coûts, sauf pour le groupe de patients les plus gravement atteints.</p>

Année et auteurs	Descriptif de l'étude	Coût	Résultat	Synthèse Coût-Résultat
<p><b>ÉTATS-UNIS</b></p> <p>1976</p> <p><i>S. Washburn, M. Vanicelli, R. Longabaugh, B.J. Sheff</i></p>	<p>ÉTUDE DE DEUX MODES DE PRISE EN CHARGE :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- hospitalisation traditionnelle,</li> <li>- hospitalisation de jour.</li> <li>- 106 femmes schizo-phrènes.</li> </ul>	<p>Un coût journalier est calculé pour chaque mode de prise en charge, à partir des éléments donnés par l'administra-tion.</p> <p>Il manque les coûts du secteur public (services sociaux), les coûts informels (temps perdu, perte de loisirs) et les coûts du bénévolat.</p> <p><u>RÉSULTATS</u> Coût moindre en hôpital de jour.</p>	<p>Mesure de l'état mental du patient, de son intégration familiale et de son in-tégration dans la communauté.</p> <p><u>RÉSULTATS</u> Meilleurs résultats en hôpital de jour.</p>	<p>Performance supérieure de l'hôpital de jour :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- sur le plan économique et,</li> <li>- sur le plan médical : symptômes subjectifs, charges de la famille, vie dans la communauté.</li> </ul>
<p><b>ÉTATS-UNIS</b></p> <p>1978</p> <p><i>J. Endicott, M. Herz, M. Gibbon</i></p>	<p>ÉTUDE DE DEUX MODES DE PRISE EN CHARGE :</p> <p>hospitalisation classique et hospitalisation courte complétée par des soins communautaires.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Analyse sur 2 ans.</li> </ul>	<p><u>RÉSULTATS</u> L'hospitalisation courte, complétée par des soins extra-hospitaliers, est moins coûteuse.</p>	<p><u>RÉSULTATS</u> Efficacité thérapeutique peu différente selon le mode de prise en charge (l'ensemble des malades sont pris en charge par leur famille à leur sortie).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Performance supérieure de la stra-tégie alternative sur le plan écono-mique.</li> <li>- Sur un plan médical : efficacité iden-tique.</li> </ul>
<p><b>ROYAUME-UNI</b></p> <p>1980</p> <p><i>R. Jones, D. Goldberg, B. Hughes</i></p>	<p>ÉTUDE DE DEUX MODES DE PRISE EN CHARGE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- une unité psychiatrique d'un hôpital univer-sitaire sans possibilité de long séjour (DGH),</li> <li>- un hôpital psychiatrique (accès à des lits de long séjour), bâtiment rénové associé à des bâtiments neufs.</li> <li>- Analyse sur 4 ans.</li> <li>- 134 patients schizo-phrènes.</li> </ul>	<p>Les coûts pris en compte sont : les pres-tations de psychiatres, les hospi-talisations, les dépenses de transport et les dépenses de vie quotidienne pour vivre en dehors de l'hôpital.</p> <p><u>RÉSULTATS</u> Coût global moins élevé pour le DGH car les durées de séjour sont moindres.</p>	<p>Deux groupes de bénéfices étudiés :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les salaires des patients,</li> <li>- leurs contributions sociales,</li> <li>- le devenir clinique (6 échelles )</li> </ul> <p><u>RÉSULTATS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Résultats monétaires</u> : les bénéfices sont en faveur de la DGH, évalués à 370 livres / an.</li> <li>- <u>Résultats non monétaires</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- devenir clinique : pas de différence significative entre les deux modes de prises en charge,</li> <li>- DGH : mieux perçu par l'entou-rage, moindre intensité de stress pour les familles, meilleure attitude des patients face au travail, plus grande motivation,</li> <li>- autre service : qualité de l'infor-mation donnée.</li> </ul> </li> </ul>	<p>Supériorité de la stratégie DGH (sans long séjour) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- sur le plan économique et,</li> <li>- sur le plan médical.</li> </ul>

Année et auteurs	Descriptif de l'étude	Coût	Résultat	Synthèse Coût-Résultat
<p><b>ÉTATS-UNIS</b></p> <p>1980</p> <p><i>B.A. Weisbrod, M.A. Test, L.I. Stein</i></p>	<p>ÉTUDE DE DEUX PROGRAMMES DE SOINS : un mode de prise en charge conventionnel de type hospitalier et un mode de prise en charge expérimental de type communautaire.</p> <p>- Analyse sur une période d'un an.</p> <p>- 130 patients étudiés.</p>	<p>Les coûts étudiés sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- le coût direct des soins,</li> <li>- les coûts indirects des soins : coût du capital pour l'hôpital, coût de gestion et d'administration, coûts ambulatoires, coût sociaux,</li> <li>- les coûts liés au respect de la loi,</li> <li>- les coûts à la charge de certains financeurs (aide de l'Etat, de la Sécurité sociale),</li> <li>- les coûts liés à la charge des familles,</li> <li>- les coûts non monétaires : stress, maladie des proches, décès du malade (on n'a pas la perte de production).</li> </ul> <p><u>RÉSULTATS</u></p> <p>Le mode de prise en charge expérimental de type communautaire apparaît plus coûteux. 50 % du coût s'explique par les coûts directs médicaux.</p>	<p>4 groupes de bénéficiaires sont étudiés :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les gains du malade (salaires),</li> <li>- l'attitude du patient sur le marché du travail,</li> <li>- l'attitude du patient dans son rôle de consommateur - épargnant,</li> <li>- le devenir clinique et la satisfaction.</li> </ul> <p><u>RÉSULTATS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- gains de salaires plus importants dans le programme de soins communautaires,</li> <li>- meilleure satisfaction du patient au bout de 12 mois,</li> <li>- meilleurs résultats cliniques.</li> </ul>	<p><u>RÉSULTAT COUT/BÉNÉFICE :</u></p> <p>Supériorité du programme de soins communautaires : les bénéfices réalisés sont supérieurs aux coûts.</p>

Année et auteurs	Descriptif de l'étude	Coût	Résultat	Synthèse Coût-Résultat
<p><b>CANADA</b></p> <p>1982 et 1984</p> <p>1982 : F.R. Fenton, L. Tessier, A.P. Contandriopoulos, H. Nguyen, E.L. Struening</p> <p>1984 : F.R. Fenton, L. Tessier, A.P. Contandriopoulos, H. Nguyen, E.L. Struening C. Benoit, F.A. Smith</p>	<p>ÉTUDE DE DEUX MODES DE PRISE EN CHARGE : un mode hospitalier (hôpital général de Montréal) et un mode communautaire.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 2 groupes de malades : 155 patients au total : <ul style="list-style-type: none"> <li>. 76 patients : prise en charge ambulatoire,</li> <li>. 79 patients : prise en charge hospitalière.</li> </ul> </li> <li>- Pathologies : <ul style="list-style-type: none"> <li>. 40 % de schizophrènes,</li> <li>. 29 % de maniaco-dépressifs,</li> <li>. 30 % de névrotiques dépressifs.</li> </ul> </li> <li>- Première partie de l'étude sur un an (1982), prolongée sur deux ans afin de confirmer les résultats obtenus.</li> </ul>	<p>Les coûts étudiés sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- le coût du traitement (honoraires, pharmacie, transport et hôpital) <i>(sont exclus pour l'hôpital les coûts de laboratoire, de radiologie, des produits psychotropes et le coût du capital),</i></li> <li>- le coût pour la famille (argent donné au patient, perte de travail, emplois de travailleurs sociaux) <i>(sont exclus les coûts des programmes sociaux de réhabilitation destinés aux malades + aide à la famille).</i></li> </ul> <p><u>RÉSULTATS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1<sup>ère</sup> année : coût hospitalier supérieur sur l'année / mode ambulatoire,</li> <li>- 2<sup>ème</sup> année : coût identique pour les deux modes de prise en charge. Le coût du mode ambulatoire est supérieur pour les schizophrènes en raison des fortes réhospitalisations.</li> </ul> <p>Sur l'ensemble des deux ans : coût hospitalier supérieur quelle que soit la pathologie étudiée.</p>	<p><u>RÉSULTATS</u></p> <p>Les résultats médicaux ne sont pas défavorables au mode de prise en charge communautaire.</p>	<p>Sur une période de deux ans, on constate la supériorité de la stratégie alternative :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- sur le plan économique,</li> <li>- sur le plan médical.</li> </ul>
<p><b>ROYAUME-UNI</b></p> <p>1983</p> <p>S.P. Mangen, E.S. Paykel, J.H. Griffith, A. Burchell, P. Mancini</p>	<p>ÉTUDE DE DEUX STRATÉGIES COMMUNAUTAIRES DE PRISE EN CHARGE : un suivi par des infirmières à domicile et un suivi par des psychiatres.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 71 patients névrotiques qui sortent de l'hôpital ;</li> <li>- Observation sur 18 mois avec un recueil des données sur le coût et les résultats cliniques tous les 6 mois.</li> </ul>	<p>Deux types de coûts sont calculés :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- coût des dépenses de santé,</li> <li>- coût des dépenses publiques totales.</li> </ul> <p><u>RÉSULTATS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- dépenses publiques totales : pas de différences significatives entre les deux modes de prise en charge ;</li> <li>- dépenses de santé : moins élevées pour la prise en charge infirmière au delà des six premiers mois.</li> </ul>	<p>L'évaluation des résultats porte sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'évaluation clinique (symptômes),</li> <li>- la satisfaction personnelle et celle de l'entourage,</li> <li>- la consommation de médicaments et l'adaptation sociale.</li> </ul> <p><u>RÉSULTATS</u></p> <p>Pas de différence significative entre les deux modes de prise en charge à l'exception d'une meilleure satisfaction avec la prise en charge infirmière.</p>	

Année et auteurs	Descriptif de l'étude	Coût	Résultat	Synthèse Coût-Résultat
<p><b>AUSTRALIE</b></p> <p>1984</p> <p><i>J.Hoult, A. Rosen, I.Reynolds</i></p>	<p>ÉTUDE DE DEUX MODES DE PRISE EN CHARGE : un mode conventionnel hospitalier et un mode expérimental communautaire</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Même méthodologie que l'étude de Weisbrod ;</li> <li>- Analyse sur une période d'un an ;</li> <li>- Patients assignés de façon aléatoire au type de traitement. Au total, l'étude porte sur 120 patients.</li> </ul>	<p><u>RÉSULTATS</u></p> <p>Coût moyen plus faible avec la prise en charge communautaire (durée d'hospitalisation plus faible).</p>	<p><u>RÉSULTATS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Évaluation clinique : pas de différence significative. Les symptômes et les angoisses persistent, difficultés à l'adaptation sociale, taux de suicides non modifiés, prises de médicaments inchangées.</li> <li>- Satisfaction meilleure pour les patients et pour l'entourage avec une prise en charge dans la communauté.</li> </ul>	<p>A efficacité égale, les prises en charge communautaires sont moins coûteuses.</p>
<p>1985</p> <p><i>P. Dick, L. Cameron, D. Cohen, M. Barlow, A. Ince</i></p>	<p>ÉTUDE DE DEUX MODES DE PRISES EN CHARGE : l'hospitalisation complète et l'hospitalisation de jour.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 50 patients souffrant de troubles névrotiques.</li> </ul>	<p>Coût de l'hospitalisation de jour versus hospitalisation complète.</p> <p>Les coûts familiaux, sociaux et personnels ne sont pas abordés.</p> <p><u>RÉSULTATS</u></p> <p>Hospitalisation de jour moins coûteuse.</p>	<p>Trois groupes de résultats :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Évaluation clinique</li> <li>- Adaptation sociale</li> <li>- Satisfaction des consommateurs</li> </ul> <p><u>RÉSULTATS</u></p> <p>Résultats thérapeutiques meilleurs pour l'hospitalisation de jour.</p>	<p>Supériorité de la stratégie alternative :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- sur le plan économique,</li> <li>- sur le pan médical.</li> </ul>
<p><b>ROYAUME-UNI</b></p> <p>1985</p> <p><i>I.R. Falloon, et al.</i></p>	<p>ÉTUDE DE DEUX THÉRAPIES : la thérapie traditionnelle et la thérapie renforcée autour de la famille : prise en charge globale sous forme de sessions familiales (éducation de la famille, aide à surmonter le stress, à l'insertion dans la communauté, véritable communication).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jeunes schizophrènes qui vivent chez eux : 36 familles et patients retenus.</li> <li>- Suivi sur 24 mois.</li> </ul>	<p>Sont pris en compte :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les coûts directs : coûts limités aux programmes familial et individuel,</li> <li>- les coûts indirects : coût hospitalier (coût moyen donné par les institutions),</li> <li>- les coûts dans la communauté (chômage, mesures de police et de justice).</li> </ul> <p><u>RÉSULTATS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- coût direct : pas de différence significative entre les deux groupes de patients,</li> <li>- coût indirect : plus faible pour la thérapie familiale (moins de journées d'hospitalisation),</li> <li>- coût de la communauté : sont identiques pour les 2 thérapies (chômage, mesures de police et de justice).</li> </ul>	<p>Évaluation clinique</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- interviews standardisés sur le comportement social, le fonctionnement familial et les charges familiales ;</li> <li>- calcul d'un indicateur d'efficacité synthétique.</li> </ul> <p><u>RÉSULTATS</u></p> <p>Meilleurs résultats pour la thérapie familiale qui est aussi plus motivante pour les soignants.</p>	<p><u>RÉSULTAT COÛT/BÉNÉFICE</u></p> <p>Le bénéfice global est favorable à la thérapie familiale.</p> <p><u>RÉSULTAT COÛT/EFFICACITÉ</u></p> <p>La thérapie familiale a 4 unités d'efficacité pour un coût moyen de 2,2. La thérapie familiale est donc plus de 2 fois préférable.</p>

Année et auteurs	Descriptif de l'étude	Coût	Résultat	Synthèse Coût-Résultat
<p><b>ROYAUME-UNI</b></p> <p>1987</p> <p><i>C.Hyde, K. Bridges, D. Godberg, et al.</i></p>	<p>ÉTUDE DE DEUX MODES DE PRISE EN CHARGE :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- à l'hôpital général psychiatrique et</li> <li>- à l'hôpital de garde Douglas House qui fonctionne 24 h sur 24 avec un personnel non médical offrant plus d'autonomie dans la vie quotidienne du malade.</li> <li>- 22 patients étudiés, la pathologie la plus fréquente étant la schizophrénie.</li> <li>- Suivi sur 2 ans.</li> </ul>	<p>Les coûts pris en compte sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- le coût du capital,</li> <li>- le coût direct de traitement et surveillance,</li> <li>- le coût indirect de traitement et de gestion,</li> <li>- les coûts sociaux : prison, coût engagé pour les familles, coût d'aide à l'emploi (<i>les prestations de Sécurité sociale sont considérées comme des transferts de charges et sont donc exclues</i>).</li> </ul> <p><u>RÉSULTATS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- coût moyen par patient et par jour inférieur à Douglas House,</li> <li>- la structure des coûts varie selon l'alternative : 60 % du coût à Douglas s'explique par les soins infirmiers ; à l'hôpital, 44 % des coûts s'expliquent par les frais des services généraux.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Évaluation clinique ;</li> <li>- Comportement social : mesuré par un interview standardisé, filmé et commenté et par l'étude de l'emploi du temps des patients ;</li> <li>- Degré de satisfaction évalué tous les 6 mois.</li> </ul> <p><u>RÉSULTATS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- plan clinique : rien d'apparent si ce n'est que l'état des malades de Douglas House ne se dégrade pas,</li> <li>- satisfaction supérieure à Douglas House,</li> <li>- meilleure adaptation sociale à Douglas House.</li> </ul>	<p>Supériorité de la stratégie alternative</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- sur le plan économique,</li> <li>- sur le pan médical.</li> </ul>
<p><b>ÉTATS-UNIS</b></p> <p>1991</p> <p><i>P.H. Thornton, H.H. Goldman, B.L. Stegner, M. Rappaport, J.E. Sorensen, C.C. Attkison</i></p>	<p>ÉTUDE DE DEUX MODES DE PRISES EN CHARGE DESTINÉS À DES MALADES AIGUS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- un mode hospitalier traditionnel et</li> <li>- un mode hospitalier combinant une prise en charge extra-hospitalière</li> <li>- Malades aigus ayant entre 18 et 65 ans.</li> <li>- 195 patients suivis sur 3 mois et demi (prise en charge classique).</li> <li>- 595 patients (stratégie alternative), suivis sur 4 mois.</li> <li>- Analyse sur plus d'un an.</li> </ul>	<p>Les coûts étudiés sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les coûts directs (biens et services utilisés par les patients pour leur traitement au sens large),</li> <li>- les coûts indirects des programmes de prise en charge, (les coûts sociaux et d'opportunité ne sont pas étudiés).</li> </ul> <p><u>RÉSULTATS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- coût moyen journalier inférieur dans la prise en charge alternative même si on constate un coût moyen plus élevé pour l'hôpital dans ce même système,</li> <li>- plus la prise en charge est ambulatoire, plus la durée de prise en charge est longue ce qui tend à rééquilibrer les coûts des 2 systèmes.</li> </ul>	<p>Évaluation des résultats sur le plan clinique au début et à la fin de la prise en charge.</p> <p><u>RÉSULTATS</u></p> <p>Le pourcentage d'amélioration clinique est supérieur dans le système hospitalier traditionnel.</p>	<p>La stratégie alternative apparaît moins coûteuse mais avec une efficacité moindre.</p>

Année et auteurs	Descriptif de l'étude	Coût	Résultat	Synthèse Coût-Résultat
<p><b>ROYAUME-UNI</b></p> <p>1991</p> <p><i>J. Beecham, M. Knapp, and Andrew Fenyo</i></p> <p>1998 - Suite de l'étude</p> <p><i>M. Knapp, J. Beecham, Andrew Fenyo et A. Hallam</i></p>	<p>ÉTUDE SUR LES MALADES RÉINSÉRÉS DANS LA COMMUNAUTÉ suite à la fermeture de deux grands hôpitaux psychiatriques anglais.</p> <p><u>Étude 1991</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 216 patients étudiés selon trois regroupements : <ul style="list-style-type: none"> <li>. les patients ayant quitté l'hôpital avant la fin du mois d'août 1986,</li> <li>. les patients ayant quitté l'hôpital entre septembre 1986 et août 1987,</li> <li>. les patients ayant quitté l'hôpital avant fin août 1988.</li> </ul> </li> <li>- Analyse sur un an.</li> </ul> <p><u>Étude 1998</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 341 patients étudiés.</li> <li>- Explication de la variation des coûts.</li> </ul>	<p>Étude des coûts porte sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'hospitalisation de jour,</li> <li>- les services sociaux locaux,</li> <li>- les clubs, les organisations de bénévoles,</li> <li>- le logement,</li> <li>- les consultations, médicaments,</li> <li>- l'éducation,</li> <li>- la police,</li> <li>- les aides familiales.</li> </ul> <p><u>RÉSULTATS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- le coût d'une prise en charge dans la communauté est inférieur à celui de l'hospitalisation,</li> <li>- le logement représente 80 % du coût d'une prise en charge dans la communauté,</li> <li>- le coût d'une prise en charge dans la communauté varie fortement selon les patients (47 pounds à 708 pounds/semaine).</li> </ul> <p><u>RÉSULTATS (étude 1998)</u></p> <p>Les variations de coût ne sont pas liées au diagnostic lui-même mais aux caractéristiques des patients : comportement et réseau social, longue durée d'hospitalisation antérieure. Le coût reste plus élevé pour les hommes que pour les femmes.</p>	<p>Évaluation à partir de nombreuses échelles : évaluation clinique, bien-être du patient, satisfaction, dimension morale, présentation personnelle, activités, engagements contacts avec les gens, intégration...</p> <p><u>RÉSULTATS</u></p> <p>La prise en charge dans la communauté n'a pas d'effets négatifs sur le patient. Il n'y a pas de modification sensible de l'état clinique des patients après un an de suivi.</p> <p>Cela est dû au fait que les malades hospitalisés ne peuvent voir leur état se modifier aussi vite.</p>	<p>La prise en charge dans la communauté permet d'obtenir des coûts plus faibles qu'à l'hôpital tout en maintenant des résultats équivalents sur le plan thérapeutique.</p> <p>La variation constatée des coûts dans la prise en charge communautaire s'explique par des niveaux de besoins plus importants. Plus les besoins sont importants, plus les coûts sont élevés et corrélativement meilleurs sont les résultats.</p>

Année et auteurs	Descriptif de l'étude	Coût	Résultat	Synthèse Coût-Résultat
<p><b>ROYAUME-UNI</b></p> <p>1994 (Phase 1 de l'étude) <i>M. Knapp, J. Beecham, V. Koutsogeorgopoulou, A. Hallam, A. Fenyó, I.M. Marks, J. Connily, B. Audini et M. Muijen</i></p> <p>1998 (Phase 2, suite de l'étude) <i>M. Knapp, I. Marks, J. Wolstenholme, J. Beecham, J. Astin, B. Audini, J. Connily, et V. Watts</i></p>	<p>ÉTUDE COÛT EFFICACITÉ DE DEUX MODES DE PRISE EN CHARGE :</p> <p>un mode de prise en charge classique (hospitalisation combinée à un mode ambulatoire) et le "Daily Living Programme" (DLP).</p> <p>Ce programme DLP est un programme de soins à domicile fonctionnant avec une équipe multidisciplinaire (infirmières psychiatriques, assistante sociale, un psychiatre junior, un psychiatre consultant à temps partiel et une secrétaire). Ce programme fonctionne 24 heures / 24 et 7 jours sur 7.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Malades âgés entre 17 et 64 ans atteints de psychoses.</li> <li>- Chaque étude citée correspond à deux phases :</li> </ul> <p><u>Phase 1</u> : l'étude porte sur 20 mois DLP = 92 patients Hôpital = 97 patients</p> <p><u>Phase 2</u> : l'étude porte du 30<sup>ème</sup> mois au 45<sup>ème</sup> mois. DLP : 66 patients Hôpital : 70 patients</p>	<p>Étude des coûts porte sur trois principaux types de coût :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les services de soins (dont consultations et médicaments),</li> <li>- l'emploi,</li> <li>- la famille.</li> </ul> <p><u>RÉSULTATS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Phase 1</u> : de 0 à 20 mois. Quelle que soit la période (0 et 4 mois, 5 mois et 11 mois, 12 et 20 mois, le coût du DLP est significativement plus bas que l'hospitalisation traditionnelle. Ces coûts déclinent sur la période totale observée. La diminution est plus importante pour les patients hospitalisés.</li> <li>- <u>Phase 2</u> : du 35<sup>ème</sup> au 45<sup>ème</sup> mois. Sur cette période, il n'y a pas de différence de coût entre le mode de prise en charge DLP et l'hospitalisation classique.</li> </ul> <p>Sur l'ensemble de la période, le mode de prise en charge DLP apparaît moins coûteux que le mode de prise en charge classique.</p>	<p><u>RÉSULTATS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Phase 1</u> Amélioration de l'état de santé, meilleure satisfaction, pour les patients pris en charge par le DLP.</li> <li>- <u>Phase 2</u> Au-delà de 20 mois, la supériorité du mode de prise en charge DLP tend à s'estomper, à l'exception de la satisfaction subjective.</li> </ul>	<p><u>RÉSULTAT COÛT /EFFICACITÉ</u></p> <p>Supériorité apparente de la stratégie alternative (DLP) en termes de coût-efficacité dans le court terme et sur plus long terme (sur 45 mois). Cette supériorité s'estompe sur le long terme : les différences de coûts et de résultats s'estompent entre les deux modes de prise en charge.</p>

Année et auteurs	Descriptif de l'étude	Coût	Résultat	Synthèse Coût-Résultat
<p><b>SUISSE</b></p> <p>1994</p> <p><i>J.P. Dauwalder, L. Ciompi</i></p>	<p>ÉTUDE D'UN MODE DE PRISE EN CHARGE : les services complémentaires pour la réadaptation socioprofessionnelle. L'ensemble de ces services regroupe trois unités socio-psychiatriques mobiles, un hôpital de jour, un service d'intervention en cas de crise, un centre de réadaptation professionnelle, un atelier protégé, un foyer protégé et plusieurs appartements protégés.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 271 patients souffrant de schizophrénie chronique, de dépression grave ou de troubles de la personnalité.</li> <li>- Suivi sur 10 ans (1981 à 1990). Des résultats à plus court terme ont déjà été publiés.</li> </ul>	<p>Étude limitée aux coûts directs, étudiés de 1983 à 1990 :</p> <p><u>RÉSULTATS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- grande variabilité des coûts selon les services en fonction de l'intensité des soins et donc du personnel nécessaire,</li> <li>- 78 % des coûts s'expliquent par le coût du personnel,</li> <li>- la journée d'hospitalisation dans les services complémentaires est en moyenne 50% inférieure à celle des hôpitaux psychiatriques.</li> </ul>	<p>L'Évaluation des bénéfices (1981 à 1984) s'est faite à partir de deux indicateurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- le taux de succès de la réalisation de certains objectifs : méthode du "Goal attainment scaling", consistant à fixer des objectifs au début du traitement selon 4 axes : les finances, la prise en charge, l'habitat, et le travail,</li> <li>- le taux de succès en réadaptation : niveaux 5 et 6 atteints ou maintenus.</li> </ul> <p><u>RÉSULTATS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 80 % des patients ont atteint leur objectif habitat, 71 % l'objectif travail,</li> <li>- le taux de succès en réadaptation est bien corrélé avec les taux de succès de la réalisation de certains objectifs,</li> <li>- stabilité des résultats sur 4 années.</li> </ul>	<p>La comparaison coût/efficacité a été réalisée, en appliquant quatre critères aux données obtenues et selon chaque structure de soins :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- besoins différents des patients selon les structures,</li> <li>- offre spécifique,</li> <li>- performance du service mesurée par la baisse de la durée de séjour,</li> <li>- coût de la structure plus faible que l'hôpital,</li> <li>- taux de succès à court et long terme sur deux axes : travail et habitat.</li> </ul> <p>Si on ne peut pas conclure à la supériorité coût/efficacité pour l'hôpital de jour, on peut la confirmer dans les autres structures de soins (centre de crise, atelier protégé, centre de réadaptation).</p>
<p><b>HOLLANDE</b></p> <p>1995</p> <p><i>D. Wiersma, H. Klüter, F.J. Nienhuis, M. Ruphan, R. Giel</i></p>	<p>ÉTUDE DE DEUX THÉRAPIES : TRAITEMENT HOSPITALIER ET TRAITEMENT EXPÉRIMENTAL DE JOUR (ce traitement intègre à la fois un traitement ambulatoire qui a lieu à l'hôpital et un traitement à domicile).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 103 patients dont 53 patients schizophrènes et 50 patients souffrant de troubles affectifs. Ils sont répartis dans deux groupes : un groupe expérimental (pour le traitement de jour) et un groupe de contrôle.</li> <li>- Suivi sur 2 ans.</li> </ul>	<p>Étude limitée aux coûts directs.</p> <p><u>RÉSULTATS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le traitement de jour obtient des coûts similaires à ceux du traitement hospitalier : le coût à la journée est identique au coût journalier hospitalier. Le temps moyen passé par l'équipe avec les patients est le même, le nombre de personnel est identique.</li> <li>- En traitement de jour, on observe un coût supplémentaire avec les transports (0,3 % du coût).</li> </ul>	<p><u>RÉSULTATS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Famille : plus grande satisfaction pour le traitement de jour, que l'on observe à la fois sur quelques semaines, 1 an ou 2 ans.</li> <li>- Patient : Sur le plan psychopathologique, les bénéfices sont équivalents quel que soit le traitement. Sur le plan symptomatique et des troubles sociaux, on observe une plus forte amélioration chez les schizophrènes quel que soit le traitement. Dans le groupe expérimental, on constate une amélioration importante des patients sur le plan de l'autonomie et de leur participation aux tâches ménagères et familiales.</li> </ul>	<p>Le traitement de jour peut être considéré comme une alternative à l'hospitalisation à la fois :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- sur le plan économique et</li> <li>- sur le plan médical.</li> </ul>

Année et auteurs	Descriptif de l'étude	Coût	Résultat	Synthèse Coût-Résultat
<p><b>ROYAUME UNI</b></p> <p><b>1996 -</b>  <i>D. Goldberg</i>  <i>G. Jackson,</i>  <i>R. Gater,</i>  <i>M. Campbell,</i>  <i>N. Jennett.</i></p>	<p>ÉTUDE COÛT EFFICACITÉ DE DEUX MODES DE PRISE EN CHARGE :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- un mode hospitalier traditionnel et</li> <li>- un mode de prise en charge communautaire comprenant dans l'équipe deux infirmières, une assistante sociale, un spécialiste de thérapie rééducative, un psychologue, une secrétaire et deux consultants psychiatres.</li> <li>- 57 patients suivis à l'hôpital et 108 suivis par un mode de prise en charge communautaire.</li> <li>- Ces patients souffrent soit de troubles dépressifs, soit d'anxiété.</li> <li>- Suivi sur 6 mois.</li> </ul>	<p>Deux types de coûts sont analysés :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- le coût pour l'Assurance maladie,</li> <li>- le coût pour la famille.</li> </ul> <p><u>RÉSULTATS</u></p> <p>Le coût pour l'Assurance maladie reste plus élevé dans le cadre d'une hospitalisation traditionnelle.</p> <p>Le coût pour la famille et le patient est également plus faible dans le cadre d'une prise en charge communautaire, si l'on exclut de l'étude un patient atypique : coûts liés au transport, au téléphone ainsi que les coûts liés aux pertes de salaires.</p>	<p><u>RÉSULTATS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Résultat clinique et social : aucune différence entre les deux groupes n'apparaît.</li> <li>- Qualité des soins : la plupart des indicateurs utilisés ont des résultats supérieurs dans le cadre d'une prise en charge communautaire (temps d'attente plus court, plus grande satisfaction des patients ..).</li> </ul>	<p><u>RÉSULTAT COÛT /EFFICACITÉ</u></p> <p>Supériorité de la prise en charge communautaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- sur le plan économique et</li> <li>- sur le plan médical.</li> </ul>

### 2.1.2. Un thème peu étudié en France

L'évaluation médico-économique dans le domaine psychiatrique reste un thème peu exploité en France. Comme le souligne Jacques Pellet "*il y a là semble-t-il matière à interrogation sur le fonctionnement de nos institutions et dans cette constatation, réside notre premier sentiment de décalage entre une pratique, une recherche et leurs expressions respectives*".

On peut citer aujourd'hui trois études d'évaluation médico-économique réalisées par des équipes françaises : par ordre chronologique, l'étude RCB psychiatrie, l'étude réalisée au CHRU de Dijon et l'étude pilote menée dans la région de St Etienne. Un résumé assez complet de chacune de ces études paraît nécessaire afin de donner une vue plus précise de leur contenu. Nous présenterons également l'étude réalisée en maison familiale dans la ville d'Amiens. Ce travail qui n'est pas au sens strict du terme une évaluation médico-économique, présente quelques résultats dont l'approche est essentiellement qualitative.

#### **L'ÉTUDE RCB PSYCHIATRIE (Rationalisation des Choix Budgétaires )**

**"LE FINANCEMENT DE L'ACTIVITÉ EXTRA-HOSPITALIÈRE EN PSYCHIATRIE DE SECTEUR"**

*Ministère de la Santé, novembre 1975*

*B. Marielle, C. Mermilliod et D. Meuret, de la division des études et du Plan du Ministère de la santé, sous la direction de Marie-Thérèse Chapalain.*

#### **OBJECTIF**

L'objectif de cette étude consiste à comparer le coût et l'efficacité de la psychiatrie de secteur (développement des activités de soins à côté de l'hôpital) avec ceux de la psychiatrie traditionnelle basée sur un système asilaire. Mais, compte tenu de la faiblesse de l'information statistique de l'époque, seuls deux départements, la Vendée et l'Isère, et la ville de Lyon sont étudiés. Les objectifs de chaque étude sont sensiblement différents. Ainsi, en Vendée, on compare le rapport coût-efficacité d'une pratique asilaire à celle du commencement d'une prise en charge sectorisée. En Isère et à Lyon, la comparaison porte sur deux prises en charge sectorisées.

#### **DESCRIPTIF**

Quelle que soit l'étude, la méthode consiste à suivre une cohorte de malades sur une période de trois ou quatre ans. Les coûts sont calculés à partir des prix de journée pour les institutions et à partir du temps passé par intervenant pour les actes réalisés au domicile du malade ou dans certains centres de consultation.

#### ➤ En Vendée

Cette étude compare pour une période de trois ans, deux groupes de patients composés chacun de 100 malades tirés au sort : un groupe de patients pris en charge en hospitalisation traditionnelle, observés sur la période 1963 à 1966 et un groupe de patients pris en charge en secteur psychiatrique. La phase de sectorisa-

tion ne se développant en Vendée qu'à partir des années 70, le calcul des coûts et de l'efficacité de la sectorisation a lieu sur la période 1970-1973. Ces deux populations semblent sensiblement homogènes au regard de deux indicateurs : l'âge et le diagnostic.

➤ En Isère

L'étude qui porte sur trois ans (1970 à 1973) concerne deux files actives : celle d'un secteur psychiatrique qui préconise une importante activité extra-hospitalière (126 patients) et celle d'un autre secteur, plus traditionnel, regroupant 65 malades.

➤ A Lyon

L'étude compare, sur trois ans, 42 malades pris en charge par un secteur disposant d'un service d'hospitalisation à domicile à un groupe de patients de même nombre pris en charge dans un secteur ne disposant pratiquement que d'un hôpital général. Ces deux groupes de patients sont comparables du point de vue de l'âge, du sexe et de la gravité de la pathologie.

## RÉSULTAT

➤ En Vendée

En termes de coût, le coût global de la prise en charge en sectorisation de 100 malades, pendant trois ans, apparaît plus onéreux que la pratique asilaire. Le coût plus élevé de la sectorisation s'explique par la forte augmentation des coûts hospitaliers entre 1970 et 1973, due en partie au recrutement important de personnel et d'un effort particulier dans le domaine de la formation durant la seconde période.

En termes de résultat, l'efficacité est mesurée selon trois axes, à partir du jugement des médecins : l'intégration familiale, sociale et professionnelle. La sectorisation conduit à une plus grande efficacité en ce qui concerne l'intégration professionnelle et une moindre efficacité au niveau familial et social. Ces résultats varient selon le diagnostic du patient : la psychiatrie de secteur apparaît moins efficace et plus coûteuse que la psychiatrie traditionnelle pour les schizophrènes et les alcooliques ; à l'opposé, pour les malades âgés de moins de 35 ans et pour les autres psychotiques, le rapport coût-efficacité est plus favorable à la psychiatrie de secteur quel que soit l'indicateur d'efficacité retenu.

➤ En Isère

En termes de coût, les auteurs arrivent à la conclusion d'un autofinancement de l'extra-hospitalier, l'objectif étant de mesurer les dépenses évitées à celles réellement effectuées. En l'absence de soins extra-hospitaliers, le montant des dépenses aurait été supérieur. L'extra-hospitalier a permis d'éviter des hospitalisations plus longues (dans la moitié des cas), des placements d'enfants, des placements en hospice, et a facilité l'intégration sociale.

L'amélioration du patient, mesurée par l'évolution de son état de santé et de ses rapports avec l'entourage, confirme l'efficacité de l'extra-hospitalier. Ces résultats sont mesurés dans un seul secteur et seulement sur 35 patients.

➤ A Lyon,

En termes de coût, la psychiatrie fonctionnant avec un dispositif extra-hospitalier coûte deux fois moins cher que lorsqu'elle n'en possède pas.

En termes de résultat, aucune différence apparente n'apparaît entre les deux systèmes dont l'efficacité a été mesurée à la fois en termes d'intégration sociale, familiale et professionnelle.

Le rapport coût-efficacité est nettement favorable aux systèmes de soins utilisant davantage l'extra-hospitalier.

En conclusion, il semble que les soins extra-hospitaliers paraissent moins coûteux pour des résultats sur le plan de l'efficacité sensiblement voisins. Le coût apparaît ainsi comme l'élément essentiel dans la comparaison des deux systèmes. Ainsi, "le bénéfice financier de la politique de secteur dépend donc d'abord de sa capacité à éviter des hospitalisations". Il faut donc développer la politique extra-hospitalière, en cherchant à limiter le volume des hospitalisations. Si les limites méthodologiques d'une telle étude sont claires, elles n'enlèvent en rien la démarche novatrice et ambitieuse de cette étude réalisée en 1975.

**UNE COMPARAISON DE DEUX STRUCTURES DE SOINS POUR SCHIZOPHRÈNES CHRONIQUES AU CHRU DE DIJON, 1990**

*Journal d'économie médicale, 1993, T11, n°4*

*I. François, Laboratoire de Santé Publique à faculté de médecine à Dijon,*

*M. Gadreau, Faculté de sciences économiques à Dijon,*

*A. Gisselmann, Laboratoire de Santé Publique à la faculté de médecine à Dijon ,*

*H. Favellier, Directeur des services financiers du CHRU de Dijon.*

**OBJECTIF**

Cette étude mesure et compare les coûts et les résultats de deux formes de prise en charge psychiatrique pour des patients schizophrènes : l'hospitalisation classique et l'hospitalisation de jour.

**DESCRIPTIF**

Les deux établissements étudiés dépendent du CHRU de Dijon : le centre psychothérapique de Velars qui comporte deux unités de 30 lits chacune, fonctionnant comme un service d'hôpital général, et le centre de jour situé au cœur de la ville.

Cette étude qui porte sur un an, concerne un échantillon restreint de patients : 15 patients pour le centre psychothérapique et 16 patients pour le centre de jour. Ces patients sont schizophrènes et doivent bénéficier d'une prise en charge au stade de la chronicité : les problèmes médicaux sont stabilisés, mais des difficultés relationnelles et de réinsertion persistent. Selon ces critères, les malades pris en charge au centre de jour viennent deux fois par semaine pendant 6 mois au moins ; à l'hôpital, les séjours signant la chronicité des patients atteignent ou dépassent 90 jours.

## RÉSULTAT

1. En termes de coût, une différence de prix de revient journalier apparaît entre les deux modes de prise en charge : le prix de revient journalier moyen du centre psychothérapique est 377 francs plus cher que celui du centre de jour. Ces coûts ont été établis en estimant, dans chaque centre, le montant des huit principaux postes de dépenses : les dépenses en personnel, les dépenses d'eau, de chauffage et d'électricité, les dépenses de matières premières, les dépenses médicales et pharmaceutiques, les dépenses d'entretien et de réparation, les dépenses de gestion, d'amortissement et les dépenses de transport. La différence constatée tient largement aux dépenses de fonctionnement institutionnel et hôtelier.
2. En termes de résultat, une efficacité quasi identique, mesurée par l'échelle de Luborsky sur une période d'un an, apparaît entre les deux centres : une majorité de patients stationnaires, des améliorations très proches en moyenne, très peu de patients aggravés. Les auteurs soulignent que l'on peut encore continuer à penser que "la vie institutionnelle, par son rythme, sa régularité, joue un rôle structurant en proposant des repères stables au patient... Les murs de l'asile deviennent, selon les cas, murs de prison ou murs de protection contre le monde extérieur vécu comme angoissant".

En conclusion, à efficacité égale, l'avantage apparent d'un point de vue économique pour le centre de jour reste faussé par l'interdépendance entre les deux centres. L'hôpital permet d'économiser certaines dépenses à l'hôpital de jour (intervention du personnel de l'hôpital à l'hôpital de jour...). Réciproquement, l'existence de l'hôpital de jour permet d'abrèger les séjours hospitaliers à l'hôpital. Le produit de chaque centre apparaît comme la conséquence de l'activité dans l'autre centre, ce qui abaisse fortement la légitimité d'une comparaison entre les deux unités.

**ÉTUDE PILOTE COÛT-UTILITÉ DE DEUX MODES DE PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE,  
CHRU DE ST ETIENNE, 1992**

*43ème colloque international, Lyon, 7-8 juillet 1994, Thèse de doctorat en sciences de gestion "Alternatives en psychiatrie, de l'histoire à l'évaluation"*

*J. Pellet, F. Lang, A. Decroocq, M.H. Bouvy du Groupe de recherche sur l'anorexie mentale et l'évaluation en psychiatrie,*

*J. Guilhot, J.P. Claveranne K. Pellet de GRAFIC, laboratoire de recherche en gestion de l'université Jean Moulin, composante de l'URA 1257 du CNRS.*

## OBJECTIF

L'objectif est d'étudier les coûts et les effets comparés du maintien à l'hôpital (hospitalisation complète) ou de l'utilisation des alternatives à l'hospitalisation.

## DESCRIPTIF

Le champ de l'étude est constitué de six secteurs de psychiatrie adulte rattachés au CHRU de St Étienne. L'ensemble des alternatives est intégré dans l'étude, à l'exception des consultations isolées des centres médico-psychologiques et des placements en maison de convalescence.

Cette étude, qui porte sur deux ans, concerne un échantillon de 44 patients hospitalisés et 40 patients pris en charge par différentes alternatives. 63 % des patients sont schizophrènes, 7% sont paranoïaques, et 4% ont une autre psychose.

Ces patients sont comparables d'un groupe à l'autre. Six variables assurent cette comparabilité : l'âge, le sexe, le niveau scolaire, l'échelle de santé mentale de Luborsky, le fait de vivre seul ou non.

## RÉSULTAT

1. En termes de coût, une différence apparaît en faveur des alternatives à l'hospitalisation.

L'évaluation des coûts concerne plusieurs acteurs : la Sécurité sociale, l'Etat, les mutuelles, les associations et la famille.

- Quand on examine les coûts directs, les montants engagés par l'Assurance maladie sont voisins dans les deux stratégies et les montants engagés par les autres financeurs (mutuelle, Etat, associations) sont supérieurs dans les autres alternatives. Ainsi, un patient hospitalisé coûte en moyenne par jour 314 francs et un patient pris en charge par une alternative à l'hospitalisation 334 francs.
- Quand on examine l'ensemble des coûts, la différence des coûts se creuse à l'avantage des alternatives qui coûtent moins cher. Plus on intègre dans le calcul les charges liées aux structures, plus l'hospitalisation complète a un coût élevé.
- En ce qui concerne la famille, l'hospitalisation entraîne des dépenses supplémentaires à travers la valorisation qui en est faite.
- Quel que soit le mode de prise en charge, l'Assurance maladie reste toujours le plus gros financeur.
- Les dépenses engagées par les associations semblent plus importantes pour les patients pris en charge par une alternative à l'hospitalisation que pour les patients hospitalisés.

2. En termes de résultat, l'utilité comparée des deux modes de prises en charge ne permet pas de dégager un mode de prise en charge plus efficient qu'un autre.

L'évaluation des résultats a été menée selon trois axes :

- l'utilité de la prise en charge, appréciée par l'échelle de santé mentale de Luborsky et l'échelle d'adaptation psychosociale de Darcourt,

- l'opinion des patients mesurée par certains items de l'échelle de santé mentale de Luborsky,
- le point de vue de la famille sur le poids des contraintes.

Le sentiment subjectif d'amélioration du patient et la satisfaction de la famille ne permettent pas de différencier les deux groupes. L'échelle de santé mentale de Luborsky permet de mesurer une amélioration de l'état de santé des patients à la fois hospitalisés ou pris en charge par une alternative, mais il n'y a pas de différence significative entre les deux stratégies. L'échelle de Darcourt fait apparaître à l'intérieur du groupe des hospitalisés une évolution significative des notes.

Il est impossible de juger de l'utilité d'une stratégie par rapport à une autre. Il est cependant intéressant de constater qu'il n'y a pas eu d'aggravation de l'état du patient, quel que soit le mode de prise en charge considéré.

**LE COÛT DE LA DÉSINSTITUTIONNALISATION,  
CENTRE HOSPITALIER PHILIPPE-PINEL D'AMIENS, 1989-1992**  
*L'information psychiatrique, n°4, avril 1995*

*V. Kapsambelis, A. Delignières, praticiens hospitaliers au centre hospitalier Philippe Pinel d'Amiens*

*F. Macron-Noguès, Médecin conseil auprès de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie d'Amiens*

#### **OBJECTIF**

L'objectif principal de cette étude est de calculer le coût médical et le coût social d'une expérience de désinstitutionnalisation menée au centre hospitalier Philippe-Pinel d'Amiens et de le comparer au coût hospitalier. Si cette étude n'est pas à strictement parler une étude "coût-bénéfice" ou "coût-efficacité", les auteurs présentent cependant quelques résultats thérapeutiques.

#### **DESCRIPTIF**

Cette expérience de désinstitutionnalisation a lieu dans l'une des plus anciennes maisons familiales situées à l'intérieur de la ville d'Amiens. Il s'agit d'une maison médicalisée bénéficiant d'une présence infirmière (7 jours sur 7), de l'intervention de praticiens hospitaliers et d'un psychologue.

Cette étude porte sur trois ans : de 1989 à 1992, l'observation a lieu en maison familiale et de 1986 à 1989, à l'hôpital. Elle concerne seulement 10 patients hospitalisés sur la période 1986-1989 et nouvellement installés en 1989 dans une maison familiale. Ce groupe de patients est composé d'une majorité de femmes et cinq d'entre eux souffrent de schizophrénie. Ce sont des patients dits chroniques, vivant depuis très longtemps dans les hôpitaux psychiatriques.

## RÉSULTAT

1. En termes de coût, le coût total de la désinstitutionnalisation apparaît inférieur de 20 % environ à celui de l'hospitalisation plein temps (864 francs en hospitalisation complète et 686 francs en maison familiale).

Deux types de coût ont été calculés : le coût médical (y compris celui de l'hôtellerie, des frais de fonctionnement de structure), le coût social (allocations diverses versées par la CAF).

- Un coût médical de 573 francs en maison familiale

Les dix patients, hospitalisés durant toute la période 1986 à 1989, ont coûté 813 francs par jour. Ces mêmes patients, entre 1989 et 1992, pris en charge par la maison familiale, ont coûté seulement 573 francs par jour. Ce coût intègre à la fois le séjour à l'hôpital durant cette période, équivalente à 2 110 journées d'hospitalisation, et le séjour dans la maison familiale. Le coût du personnel intervenant dans la maison familiale est calculé en terme de coût réel, à partir du temps passé par intervenant.

- Un coût social de 113 francs en maison familiale

La prise en charge en maison familiale a pour conséquence une augmentation du coût social par patient (51 francs en hospitalisation complète et 113 francs en maison familiale). Deux éléments expliquent cette augmentation : le versement de l'allocation logement aux patients pris en charge en maison familiale, et l'augmentation de l'allocation adulte handicapé qui double à la sortie du patient de l'hôpital.

Ainsi, la désinstitutionnalisation entraîne en France un transfert des coûts des caisses d'Assurance maladie aux budgets destinés à la prévoyance sociale.

2. En termes de résultat, selon les auteurs, l'appréciation qualitative du bénéfice thérapeutique et psychosocial des patients pris en charge en maison familiale apparaît aisée. On constate des progrès effectués en termes d'autonomie, de socialisation, d'élargissement du périmètre relationnel et du réseau de connaissances et de contacts.

Les auteurs constatent cependant un taux de réhospitalisation élevé, tournant autour de 90 % : un seul patient sur 10 n'a pas été réhospitalisé entre 1989 et 1992. Selon certaines études, ce taux peut varier après trois ans de désinstitutionnalisation, entre 56 et 60 %. Cette variation peut s'expliquer par un problème de définition de cet indicateur : la réhospitalisation peut survenir en cas de crise mais peut aussi être planifiée et s'intégrer dans le projet de soins hospitaliers.

L'expérience de désinstitutionnalisation n'a pas été aussi bénéfique pour les patients schizophrènes que pour les patients présentant d'autres pathologies. Ces patients ont connu trois fois plus de journées d'hospitalisation au cours de la période 1989 et 1992. Cette étude corrobore les résultats issus d'autres études, mettant en évidence que les activités de socialisation peuvent avoir des effets de déstabilisation sur les patients schizophrènes.

## 2.2. Quelles conclusions ?

A partir de cette littérature, il est intéressant de faire le point sur les principaux résultats présentés par ces études. Peut-on en tirer des conclusions ?

Pour répondre à cette question, il est nécessaire au préalable de mesurer le poids des problèmes méthodologiques rencontrés. En effet, l'évaluation comparée des coûts et des résultats dans le domaine psychiatrique se heurte à de nombreuses difficultés inhérentes aux pathologies psychiatriques. Ce n'est pas un hasard si la psychiatrie a été l'une des dernières spécialités étudiées dans le domaine de l'évaluation.

### 2.2.1. Les problèmes liés à l'évaluation des coûts et des résultats en psychiatrie

Toute évaluation doit comporter : la comparaison d'au moins deux situations et l'évaluation des coûts et des résultats.

*a) Les études coût-résultat déjà effectuées ne permettent pas d'évaluer le dispositif de soins psychiatriques en France.*

Les études déjà effectuées sont pour la plupart anglo-saxonnes et ont été faites dans un contexte de désinstitutionnalisation massive ou de fermeture d'hôpitaux. Ce contexte a permis d'opposer de manière assez tranchée des stratégies de soins centrées sur l'hôpital, dites stratégies classiques et des stratégies de soins centrées sur des programmes communautaires, dites stratégies alternatives.

Comme il a été dit précédemment, ces études concluent généralement à la supériorité des programmes communautaires sur les programmes hospitalo-centrés, tant en ce qui concerne leurs coûts que leur efficacité ou leur utilité, même si cet avantage a tendance à s'estomper dans le temps.

Il est donc difficile d'appliquer stricto sensu ce modèle en France, du fait de la sectorisation qui a permis de mettre en place en de nombreux endroits des dispositifs communautaires d'importance variable.

*b) Y a-t-il une relation linéaire entre le coût et les résultats cliniques ?*

Le problème de l'évaluation dans le domaine psychiatrique réside dans le fait qu'il n'existe pas, comme dans d'autres domaines pathologiques, une relation linéaire entre le coût et le résultat. Dans le cas d'une appendicectomie, il est relativement facile d'attribuer un coût à un résultat bien défini. Dans le cas de certaines maladies mentales, la maladie est chronique et la guérison est, dans l'état actuel de nos connaissances, peu probable (schizophrénie)<sup>9</sup>. Ainsi, les patients étudiés ont, pour la plupart, un certain nombre d'années d'évolution. Ils sont relativement bien stabilisés mais leur évolution est, dans certains cas, émaillée de rechutes plus ou moins fréquentes qui entraînent des réhospitalisations. Cette relative stabilité fait

---

<sup>9</sup> Notons bien que pour d'autres maladies chroniques, autres que mentales, les thérapeutiques employées améliorent les malades sans pour autant apporter la guérison.

que les changements observables sont la plupart du temps d'importance modérée, sur des périodes courtes de l'ordre de un à deux ans. Il n'est donc pas exclu que des différentiels de coûts relativement importants ne correspondent qu'imparfaitement à des différentiels d'états.

Les efforts financiers mis en œuvre n'engendrent pas systématiquement un résultat clinique bien défini. Par exemple, certaines mesures thérapeutiques peuvent permettre à un patient de changer radicalement de cadre de vie (Le LEPONEX va permettre à un schizophrène résistant de quitter l'hôpital où il demeurait depuis plusieurs années) tandis que d'autres mesures, à l'intérieur d'un cadre d'existence donné vont améliorer ce que l'on pourrait d'ores et déjà appeler la qualité de vie. Ainsi, les effets de prise en charge ne s'inscrivent peut être pas dans un continuum évolutif.

Dans toute démarche d'évaluation en maladie mentale, deux obstacles doivent être surmontés à la fois en termes de coût et de résultat :

- En termes de coût, les prises en charges extra-hospitalières reportent une partie non négligeable du poids des soins sur l'entourage du patient et probablement en psychiatrie plus qu'ailleurs. Nous essayerons de surmonter ce problème en évaluant ce coût pour les différents acteurs intervenant : la famille, l'Assurance maladie, les différentes associations, les Caisses d'Allocations Familiales et l'Etat.
- En termes de résultat, compte tenu de la nature même des pathologies, la définition du besoin de santé et la mesure du degré de satisfaction sont particulièrement délicates. Les études d'évaluation en psychiatrie portent sur un ensemble de données apparemment plus "molles" que dans d'autres branches de l'économie.

### c) *La mesure des résultats*

Les instruments les plus utilisés dans les études psychiatriques peuvent être classés en six grandes rubriques :

- **Le diagnostic**

Les procédures diagnostiques en psychiatrie font appel, depuis maintenant plus de vingt ans, à des systèmes de critères opérationnels dont les principaux sont le DSM-IV<sup>10</sup>, classification de l'APA (*American psychiatric Association*), et l'ICD-10<sup>11</sup>, classification établie par l'OMS. Ces deux classifications sont compatibles.

---

10 AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - DSM-IV. *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 4<sup>ème</sup> édition (Version Internationale, Washington DC, 1995). Traduction française J.D. Guelfi et al. Ed. Masson, Paris, 1996, 1056 pages.

11 *Classification Internationale des Maladies. 10<sup>ème</sup> révision. Chapitre V (F). Troubles mentaux et troubles du comportement. Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic. Organisation Mondiale de la Santé.* Traduction de l'anglais par C.B. Pull. 1993, 2<sup>ème</sup> tirage, 336 pages. Ed. Masson.

Des instruments standardisés complets et validés permettent d'établir les diagnostics de manière rigoureuse, le plus achevé étant sans doute le SCAN<sup>12</sup>. L'utilisation de ces instruments nécessite une formation spécifique. Les diagnostics établis ont une bonne concordance inter-juges pour les grands syndromes psychiatriques.

En revanche, la stabilité temporelle des diagnostics en psychiatrie n'est généralement pas très bonne lorsque l'on envisage des formes cliniques à l'intérieur d'un syndrome et non plus les grandes catégories syndromiques. De ce fait, la valeur discriminante de cet item pour les coûts ne peut pas être retenue pour une étude ciblée sur les schizophrènes. Il est donc préférable de retenir pour l'étude envisagée la catégorie F20 (schizophrènes), d'établir l'appartenance du patient à cette catégorie de manière rigoureuse et ne pas chercher davantage à affiner le diagnostic.

- **Intensité et caractéristiques de la symptomatologie**

Elle peut être appréciée par la note globale d'un inventaire ad hoc ou d'une de ses sous échelles. L'inventaire le plus utilisé actuellement est la PANSS<sup>13</sup> (*Positive and Negative Syndrome Scale*). On peut également citer la BPRS<sup>13</sup> (*Brief Psychiatric Rating Scale - Echelle abrégée d'évaluation psychiatrique*). Deux inventaires courts, la SANS<sup>13</sup> (*Scale for the Assessment of Negative Symptoms - Echelle d'appréciation des symptômes négatifs*) et la SAPS<sup>13</sup> (*Scale for the Assessment of Positive Symptoms - Echelle d'appréciation des symptômes positifs*) d'Andréasen, mesurent les symptomatologies négative (déficitaire) et positive (délires). Ces échelles sont utiles, surtout lorsque l'on se préoccupe d'évaluer l'efficacité d'une chimiothérapie dans des essais à relativement court terme.

Dans le protocole envisagé ici, leur emploi poserait sans doute un réel problème de faisabilité. Néanmoins, nous pensons qu'il est intéressant d'examiner s'il existe ou non une symptomatologie négative et/ou positive suivant des modalités que nous exposerons à propos des compétences sociales. En effet, la présence simultanée de symptômes négatifs et positifs dans un groupe de malades semble diminuer de manière significative les compétences sociales des patients de ce groupe comparativement à des groupes où seul l'un des deux types de symptomatologie est présent.

- **Les échelles de gravité globale**

Elles ont pour objet l'évaluation de l'état global d'un patient en terme d'intensité des symptômes et du handicap social et professionnel, appréciés eux aussi globalement. Leur intérêt principal est de résumer l'état d'un patient dans un score unique, avec néanmoins tous les inconvénients qu'un tel mode d'évaluation comporte. Parmi les échelles largement utilisées, citons l'EGF<sup>13</sup> (*échelle globale de fonctionnement, annexe 1, p. 77*) et l'échelle de santé maladie de LUBORSKY. Ces deux échelles sont validées en français et se trouvent dans l'ouvrage collectif

---

<sup>12</sup> *Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry. (Echelles d'Évaluation Clinique en Neuropsychiatrie. Organisation Mondiale de la Santé. Division de la Santé Mentale. Genève. Version 1992).*

<sup>13</sup> *"L'évaluation standardisée en psychiatrie" Guelfi (J.D.). Tome I - Tome II. Ed. Médicales Pierre Fabre. Cet ouvrage contient des articles sur les échelles BPRS, EGF, ESM, PANSS, SANS, SAPS et SAS.*

dirigé par Guelfi<sup>13</sup>. La brièveté de l'échelle globale de fonctionnement, et le fait qu'elle ait été utilisée dans le PMSI, militerait en faveur de son utilisation.

- **Le problème des aptitudes et des réseaux de soins**

L'évaluation des aptitudes à la vie quotidienne, appelées compétences sociales, passe au premier plan. Nous n'examinerons pas dans ce bref argumentaire la question des aptitudes envisagées sous l'angle neuropsychologique car il s'agit encore d'un domaine de recherche.

Tous les instruments existants abordent peu ou prou les mêmes items, à savoir l'hygiène personnelle, l'aptitude aux tâches ménagères, l'utilisation des transports en commun, l'instruction de base, l'aptitude au travail, les compétences en matière de communication de base, le maniement de l'argent. Cette évaluation item par item permet également de cerner l'existence d'un besoin de soins dans l'un ou plusieurs de ces domaines.

Différents instruments sont publiés :

- ⇒ L'échelle d'adaptation psychosociale de Darcourt comporte dix items codés en sept points. Son remplissage apparaît relativement difficile pour les études de grande envergure.
- ⇒ La grille de Vottern, employée dans le réseau européen Horizon, concerne plus des aptitudes de base.
- ⇒ La SAS<sup>13</sup> (*Social Adjustment Scale - Echelle d'adaptation Sociale*) de Weissman, très complète et bien validée, n'a pas été conçue par ses auteurs pour des sujets psychotiques.
- ⇒ Le NFCAS (*Needs For Care Assessment Schedule*) auquel on peut rattacher le Camberwell. Ces deux instruments ont été assez largement utilisés au Royaume Uni, au Canada, en Italie et dans une étude européenne sur les besoins de soins d'une cohorte de schizophrènes et sur les réponses apportées à ces besoins dans différents pays européens. Cet instrument, très intéressant dans son principe est d'un remplissage difficile. Une bonne concordance interjuge est malaisée à obtenir, d'autant que l'analyse de la réponse au besoin est complexe et nécessite la connaissance d'un arbre décisionnel difficile à bien maîtriser.

Toutefois, on pourrait utiliser l'analyse de l'état du patient qu'il propose. Cette analyse est relativement simple et permettrait de mettre en évidence les éléments de la vie du patient nécessitant un soutien.

- **Les réseaux relationnels**

Une place à part, à notre sens, doit leur être réservée, car leur existence ou leur absence et leur degré de diversification renvoient de façon dialectique à la fois à la capacité des patients de les susciter et de les entretenir, et à la richesse du milieu ambiant. Ces réseaux peuvent être familiaux, professionnels, amicaux et soignants.

Parmi les instruments existants, celui publié par Guitton (*annexe 1, pp. 79-84*) correspond assez bien à ce descriptif. De plus, il contient une évaluation condensée mais suffisante des compétences sociales.

• **le problème de la qualité de vie [QV]**

La variable qualité de vie (QV) est, dans le domaine qui nous occupe, particulièrement importante pour deux raisons : son étude concerne la satisfaction des usagers et fait partie de la démarche qualité ; dans certaines études, celle de Weisbrod en particulier, la différence de QV est la variable permettant le mieux de différencier divers modes de prise en charge. Cependant, on peut faire à son sujet les mêmes observations que pour toutes les variables de changement en psychiatrie.

Cette notion multidimensionnelle, apparue dans le champ psychiatrique au début des années 80, donc relativement récemment et bien après les études portant sur des pathologies somatiques qui ont commencé dans les années 40, peut être rattachée, d'après C. Mercier à travers les travaux qui lui ont été consacrés, aux paramètres suivants :

- *"Conditions de vie objectives et perception subjective (satisfaction) dans différents domaines .*
- *Répertoire des capacités, des limites fonctionnelles et des performances (réelles et perçues) de la personne (health quality of life).*
- *Le sentiment de bien-être subjectif relié à des états de bien être ou de détresse et associé davantage à des caractéristiques psychologiques et aux conditions qui influencent ces caractéristiques (stress, support social etc.)".*

Ainsi, une évaluation de la QV se doit de prendre en compte :

- Des éléments objectifs que l'on peut considérer comme un ensemble de conditions factuelles devant être remplies pour que la notion de QV ait un sens. Ainsi, on ne pourrait parler de la QV d'un sujet en état de famine. De manière plus habituelle, les stratégies d'évaluation des besoins de base et des besoins de soins en fonction de l'avis d'une équipe référente ou d'un tiers sont du registre de l'évaluation objective. Parmi les instruments utilisés on peut citer le NFCAS ou l'inventaire de Camberwell, les instruments qui en sont dérivés ou des instruments ad hoc.
- Des éléments subjectifs que l'on appelle fréquemment qualité de vie subjective. Il s'agit en fait du degré de satisfaction exprimé par le sujet dans différents domaines de la vie matérielle, relationnelle ou personnelle et qui sont assimilés à la QV.

De plus, cette évaluation suppose les préalables suivants :

- La visée de la vie psychique consciente et inconsciente est la meilleure gestion possible du binôme plaisir/déplaisir. Ce n'est pas le cas, par exemple, en cas d'état dépressif avéré ou de décompensation délirante aiguë, pour lesquels les échelles de qualité de vie ne peuvent pas être utilisées.
- La vie psychique globale garantit une cohérence des réponses. Mais, que penser par exemple d'un patient déclarant une QV optimale dans tous les

secteurs inventoriés et exprimant le souhait d'un changement majeur pour le futur ?

- Il existe un rapport suffisamment identique chez tous les sujets entre les réponses qu'ils formulent, dans lesquelles peuvent intervenir une connaissance des normes sociales ou une tendance à l'approbation, et la qualité subjective de leur expérience de vie. Pour certains schizophrènes, une bonne adhésion à la norme sociale ne signifie pas pour autant une bonne qualité de vie.
- Il existe un certain équilibre entre les expériences de satisfaction apportées par la vie intérieure (plaisir de lire, de penser) et par celles que procurent les relations avec le monde extérieur (sortir avec des amis). Cet équilibre n'est pas forcément atteint pour les schizophrènes.

Les travaux concernant la QV en psychiatrie concernent parfois des études pharmacologiques. Nous n'en parlerons pas ici. Ils sont surtout et historiquement liés au mouvement de désinstitutionnalisation et de réhabilitation psychosociale. Rappelons que les mesures de réhabilitation, si elles ne visent pas à la guérison de patients, sont la réponse à un certain nombre de besoins fondamentaux, entraînent l'amélioration de la QV et jouent un rôle de prévention des rechutes en diminuant la vulnérabilité au stress.

Les patients les plus concernés par les études de QV sont généralement des schizophrènes et des sujets présentant des troubles affectifs. Il s'agit soit de recherches évaluatives comparant l'hospitalisation à des stratégies alternatives, des stratégies entre elles, ou des études longitudinales, soit des études descriptives et comparatives patient/population normale.

Depuis plusieurs années, il existe un débat, toujours actuel, à propos de la capacité des patients schizophrènes à exprimer un avis adéquat sur leur QV du fait de leur fréquente distorsion dans l'appréciation de la réalité et de leurs idées délirantes. Il faut ici distinguer :

- 1) les patients en état aigu pour lesquels une évaluation n'est guère envisageable,
- 2) les patients stabilisés qui ont réaménagé avec le monde extérieur des systèmes de relation parfois déficitaires, parfois assez riches et vivants. Chez ces derniers, et à la condition d'assimiler comme nous le faisons tout à l'heure, satisfaction exprimée dans un certain nombre de domaines et QV, ce qui soulèverait des questions n'entrant pas dans le cadre de cet exposé, les réponses paraissent pertinentes. C. Mercier et Corten, à l'aide de l'échelle de Baker et Intagliata, ont montré que patients et sujets normaux se plaignaient d'abord du manque d'argent, qu'ils considéraient de manière concordante la nourriture et la vie amicale comme les secteurs les plus satisfaisants, les secteurs les plus discordants concernant la vie amoureuse et la santé. Un travail préliminaire de J. Pellet et col. va dans le même sens.

De plus, dans ce dernier travail, à un an d'intervalle, les réponses des patients étaient corrélées à .6 ce qui tendrait à montrer que les items ne sont pas remplis au hasard et qu'ils manifestent une certaine congruence. L'utilisation d'instruments "mesurant" la QV paraît donc pertinente dans les limites de la méthode.

De nombreux instruments sont utilisés puisque plusieurs ouvrages leur ont été consacrés.

Parmi les instruments disponibles en langue française, nous ne parlerons pas de la S.QUA.L.A.<sup>14</sup> (*Subjective Quality of Life Analysis - Echelle de Qualité de Vie et Application à la Schizophrénie*) mise au point par l'équipe de Nice, dont l'usage est trop restreint pour le moment.

⇒ Le Profil de Qualité de Vie Subjective de Gerin et Dazord (PVQS<sup>14</sup>, *Problèmes soulevés par la méthodologie de l'évaluation de qualité de vie subjective en psychiatrie*) est un instrument extrêmement intéressant qui explore les fonctionnements (moteur, sensoriel etc.), la vie relationnelle (amis, travail, vie amoureuse), la vie intérieure (méditation, vie esthétique, vie spirituelle), la QV globale et l'humeur. Pour chaque domaine sont mesurés le degré de performance ou le degré de gêne, le degré de satisfaction éprouvée, l'importance accordée au domaine exploré, la distance par rapport aux buts de vie (quels changements escomptez-vous dans ce domaine ?), le "faire avec" (coping.), la QV globale et l'humeur. Cet instrument, bien accepté, a été utilisé chez de nombreux patients somatiques, chez des sujets déprimés et également, mais de façon moins importante, chez des schizophrènes pour lesquels elle semble donner des résultats intéressants d'après ses promoteurs.

⇒ L'échelle de Baker et Intagliata (*annexe 1, pp. 85-87*) est probablement la plus utilisée chez les patients schizophrènes. Il en existe deux formes : la forme originale (1982) et une forme modifiée par Corten en 1993. Elle est généralement bien acceptée par les patients qui apprécient la plupart du temps que l'on s'intéresse à leur vie et à leurs besoins. Elle est, de plus, de passation facile.

Cette échelle explore vingt domaines à l'aide de vingt échelles de type Likert à sept points, chaque point étant représenté par un visage allant du plus triste au plus gai. L'instrument a été étalonné par rapport à des sujets témoins (cf. supra) et utilisé dans divers groupes de patients. J. Pellet et col. l'ont utilisé dans une étude longitudinale sur quatre ans, dans un groupe de schizophrènes (PHRC 1995 - 1999), étude dont les résultats sont en cours de dépouillement. Une ACP pratiquée par Corten, confirmée par celle de J. Pellet, met en évidence avant rotation un facteur général très homogène incluant tous les items avec de fortes saturations (> .5). Après rotation orthogonale, le premier facteur est un facteur relationnel et affectif (amour, amitié, personnes avec lesquelles le sujet habite). Les autres facteurs, matériel (argent), environnement (quartier, maison), l'utilisation du temps libre, ont un ordre variable suivant les échantillons.

#### d) *L'utilisation des résultats*

Comment utiliser les résultats obtenus à partir de ces différents instruments ?

- Faut-il les traduire en termes catégoriels, c'est-à-dire classer les patients à To et à Tz en fonction de leur "performance" référée à certains items clés (par exemple, travail en milieu ordinaire, travail en milieu protégé, ne travaille pas)

---

<sup>14</sup> "La méthodologie de l'évaluation de la qualité de vie subjective en psychiatrie". In *Qualité de Vie Subjective et Santé Mentale*. 1994, J.L. Terra Ed. Ellipses. Cet ouvrage contient des articles sur les échelles PQVS et S.QUA.L.A.

et comparer les coûts mis en œuvre dans les catégories ainsi déterminées avec trois possibilités : maintien dans la catégorie de départ, passage dans une catégorie "plus haute" (amélioration) ou "plus basse" (aggravation) ?

- Faut-il les traduire en termes dimensionnels, sur une échelle ou une batterie d'échelles ? Se pose alors, outre le problème de la sensibilité, celui de la pertinence d'une différence observable, fut-elle significative.

### **2.2.2. Une analyse comparée des principaux résultats**

La confrontation des résultats reste un peu périlleuse devant les nombreuses difficultés méthodologiques inhérentes à l'évaluation psychiatrique et devant la diversité des méthodes utilisées. Cependant, nous tenterons de synthétiser à travers la littérature citée (voir tableau n°1, p. 12 et études d'origine française, p. 73) les principales idées retenues sur le plan économique et sur le plan des résultats.

#### **A. Des coûts moindres dans le cadre d'une prise en charge extra-hospitalière ou de type communautaire**

- De façon générale, la stratégie alternative comparée à l'hospitalisation apparaît moins coûteuse ...

Si l'on retient uniquement les études portant sur la comparaison de deux modes de prise en charge, classique et extra-hospitalier, l'ensemble des études présentées dans ce rapport démontre que la stratégie alternative est bien souvent la moins coûteuse. Ces résultats sont valables pour deux types d'études comparatives : celles concernant un mode de prise en charge global, dit extra-hospitalier ou communautaire, regroupant différentes structures de soins comparées à l'hospitalisation traditionnelle, ou bien encore, celles comparant une seule alternative, comme l'hôpital de jour à l'hospitalisation classique. Ces résultats sont également confirmés quels que soient les coûts étudiés : les coûts directs liés au traitement, les coûts indirects, les coûts liés à la charge des autres acteurs (famille, autres financeurs, coût social).

- ... mais la supériorité économique de la stratégie alternative diminue avec le temps...

Ce constat, tiré d'une étude canadienne [21], [22], est validé par quelques chiffres : selon la première estimation de coût, le traitement hospitalier est 81 % plus cher que le traitement ambulatoire dès le premier mois. Au bout de deux ans, la prise en charge hospitalière n'est plus que de 41% plus chère que la stratégie alternative. L'écart de coût enregistré entre le premier mois et le 24<sup>ème</sup> mois s'explique en grande partie par le taux de rechute observé en traitement ambulatoire. Celui-ci est défini par un séjour hospitalier du patient d'au moins cinq jours consécutifs sur la totalité de la période (deux ans). Le coût lié à ce taux de rechute représente plus de 39 % du coût total d'une prise en charge ambulatoire. Selon les mêmes auteurs, il semble aujourd'hui très difficile de prévoir les causes d'une rechute.

Toutefois, si la supériorité de la stratégie alternative diminue avec le temps, elle reste, soit moins coûteuse sur une période observée de deux ans [18], [29], [28], soit pas plus coûteuse, sur une période observée de 4 ans.

En effet, les deux études récentes (1994 et 1998) de Knapp et al [32], [33], comparant une stratégie de prise en charge de jour à l'extérieur de l'hôpital (DLP) à une stratégie classique comportant des hospitalisations et des consultations sur une période de 4 ans, concluent à une diminution progressive de la supériorité économique de la stratégie alternative jusqu'à l'obtention de coûts pratiquement identiques pour les deux modes de prise en charge.

- Une exception à la supériorité économique de la stratégie alternative : l'étude de Weisbrod et al (1980) [43]...

L'étude de Weisbrod et al., considérée comme l'une des meilleures évaluations médico-économiques dans le domaine psychiatrique conclut à la supériorité du coût dans le cadre d'une prise en charge extra-hospitalière comparée à un mode de prise en charge hospitalier. Ces coûts englobent à la fois les coûts directs et indirects des soins, les coûts liés au respect de la loi, les coûts à la charge des financeurs (aide de l'Etat, de la Sécurité sociale), les coûts liés à la charge des familles et enfin les coûts non monétaires (stress...). Les coûts plus élevés dans le programme de soins expérimental de type communautaire s'expliquent par des coûts directs médicaux supérieurs à ceux observés dans le cadre d'une prise en charge classique. A l'hôpital, les coûts directs calculés sur une période de 12 mois, regroupent les dépenses de traitement, les dépenses de fonctionnement et d'investissement ; dans le programme de soins communautaires, les coûts directs regroupent les dépenses en personnel, les dépenses de locations, les dépenses du siège, ainsi que les dépenses administratives. Cependant, l'étude coût-bénéfice conclut à la supériorité du programme communautaire.

- Une importante variation de coûts pour une prise en charge extra-hospitalière ...

Les deux publications en 1991 et 1995 de Beecham, Knapp et Fenyo et Hallam [12], [34], soulignent les fortes variations de coûts observées entre les patients suivis et traités pendant 12 mois dans différentes structures ambulatoires, après un long séjour en hôpital psychiatrique. S'interrogeant sur les causes de telles variations de coût, les auteurs, d'une part utilisent six différentes échelles mesurant l'état de santé mentale, l'état physique, les antécédents, l'autonomie, le réseau social et l'environnement, et d'autre part, enregistrent pendant un an les divers soins reçus. L'analyse des variations des scores des différentes échelles permet de conclure que les écarts de coûts s'expliquent par des niveaux de besoins différents. Plus les besoins sont grands, plus les coûts sont importants et corrélativement, meilleurs sont les résultats. Ces variations ne sont pas liées au diagnostic lui-même mais aux caractéristiques des patients : âge, état matrimonial, comportement et réseau social, long séjour en institution psychiatrique.

## B. Des résultats moins probants

Si sur le plan économique, la grande majorité des études concluent à la supériorité de la stratégie alternative, ce constat n'est pas aussi clair lorsque l'on regarde le volet "résultat".

Ce volet "résultat" est d'autant plus difficile à comparer qu'il repose sur l'utilisation d'indicateurs variés selon les études : évaluation sur le plan clinique, évaluation de la satisfaction du patient et de l'entourage, du taux de rechute du malade, de son intégration familiale, dans la communauté, de sa motivation face au travail, de son comportement social. L'étude de Beecham (1991) [12] constitue l'une des meilleures publications ayant utilisé sur le plan des résultats de nombreuses échelles évaluant le patient sur le plan clinique, sur le plan de son bien être, de sa satisfaction, de sa dimension morale, de sa présentation personnelle, de ses activités, de ses engagements, de ses contacts avec les gens, de son intégration...

### - Des résultats contradictoires ...

A travers la littérature, quatre types de résultats contradictoires sont observés :

- les deux modes de prise en charge sont identiques sur le plan des résultats,
- la stratégie alternative obtient de meilleurs résultats,
- la stratégie alternative n'a pas d'effets négatifs,
- la stratégie alternative obtient de moins bons résultats.

### - ... mais la plupart des études ne remettent pas en cause l'efficacité supérieure ou identique de la stratégie alternative

Une seule étude celle de Thornton et al [40] de 1990 conclut à l'efficacité moindre de la stratégie alternative. Cette étude compare un mode de prise en charge hospitalier à un mode de prise en charge combinant à la fois l'hôpital et une prise en charge extra-hospitalière. Elle concerne 595 patients pris en charge par la stratégie alternative et observés sur 4 mois et 195 patients, suivis sur 3,5 mois et pris en charge seulement par l'hôpital. L'évaluation sur le plan clinique au début et à la fin de la prise en charge décrit un pourcentage d'amélioration clinique supérieur dans le système hospitalier traditionnel.

Si les résultats de cette étude sont uniques, il est toutefois difficile de conclure à la supériorité de la stratégie alternative sur le plan des résultats. En effet, le nombre d'études constatant cette supériorité ou l'efficacité voisine des deux modes de prises en charge est équivalent.

- Les trois études coût-résultat d'origine française [7], [2], [10], comparant soit l'hospitalisation classique à l'hospitalisation de jour, soit l'hospitalisation traditionnelle aux alternatives à l'hospitalisation, aboutissent à des résultats sensiblement voisins, traduisant une efficacité identique des deux modes de prise en charge. Les auteurs de ces études ajoutent qu'il n'y a pas d'aggravation de l'état du patient quel que soit le mode de prise en charge considéré.

- Ce résultat est repris par l'étude de Beecham et al [12] qui analyse, suite à la fermeture de deux grands hôpitaux psychiatriques anglais, l'évolution clinique de 216 patients. Après un an de suivi, la prise en charge dans la

communauté n'a pas d'effets négatifs. Mais, les auteurs expliquent ce résultat par le fait que les malades hospitalisés ne peuvent voir leur état se modifier aussi vite.

- Parmi les autres études anglo-saxonnes, certaines décrivent l'efficacité identique de la stratégie alternative [18], [29], [27], [33], comparée à l'hospitalisation traditionnelle, d'autres, aussi nombreuses, [36], [41], [43], [22], [17], [28], [20], démontrent son efficacité supérieure.
- *Des résultats jugés encore flous sur longue période*

Les résultats observés sur une période de un an, sont-ils durables sur une plus longue période ?

Les réponses à cette question sont parfois contradictoires. Certaines études confirment le maintien des résultats observés sur longue période. C'est le cas de l'étude canadienne de Fenton et al [21], [22], qui confirme la supériorité de la stratégie alternative à la fois sur le plan clinique et en termes d'analyse coût-efficacité sur une période longue de deux ans.

Parallèlement, d'autres travaux sont moins affirmatifs, concluant à la nécessité d'études supplémentaires. L'étude récente de Knapp et al. [12, 33] souligne que la supériorité du traitement alternatif tend à s'estomper au bout de 45 mois à l'exception de la satisfaction du patient et celle de la famille.

### **C. Conclusions**

L'analyse des principales études comparant deux modes de prises en charge, l'un classique et l'autre extra-hospitalier, rend difficile, voire impossible, aujourd'hui de conclure à la supériorité, au sens médico-économique du terme, d'un mode de prise en charge à partir d'une confrontation coût-résultat.

Certaines études ont pourtant justifié aux États-Unis et en Grande-Bretagne la politique suivie consistant à supprimer des lits dans les hôpitaux psychiatriques. En effet, des synthèses d'études coût-résultat, [25], [37], [16], concluent à la supériorité des soins communautaires à la fois sur le plan des résultats et sur celui des coûts. Mais, les auteurs restent souvent très prudents en démontrant que ces résultats ne sont pas généralisables. Cette attitude est d'autant plus justifiée que certaines questions semblent encore aujourd'hui rester sans réponse :

- Pour combien de temps les résultats observés sont-ils favorables à la stratégie alternative ?
- Quel est le mode de prise en charge le plus adapté à l'état de santé du patient ? Quel patient doit être traité à l'hôpital ?
- Comment, et dans quelle proportion, l'environnement (zone urbaine/rurale, densité de population) joue-t-il un rôle dans le type de prise en charge ?

### 3. Mise au point d'une méthodologie d'évaluation médico-économique

---

#### ⇒ La notion de réseau

Le dispositif de soins psychiatriques, fondé sur la politique de sectorisation, présente des variétés de modes d'organisation. Cette variété tient à la présence d'un double réseau : un réseau institutionnel et un réseau relationnel (*voir dessin, p. 42*).

- La notion de réseau institutionnel a été créée à partir du mouvement de dés-institutionnalisation, mis en place dans les années 60, visant à supprimer les grandes institutions asilaires au profit d'organisations alternatives plus légères, intra-communautaires. La mise en place d'un tel foisonnement de structures définit le dispositif de soins psychiatriques comme un véritable réseau de soins dans lequel le patient, situé au centre de ce dispositif, bénéficie de soins coordonnés.
- Le réseau de soins relationnel est apparu plus tardivement, lorsque certaines équipes de secteur ont développé des liens ou échanges avec d'autres partenaires de la communauté (généralistes, travailleurs sociaux, entreprises d'insertion, collectivités locales).

#### ⇒ Les objectifs

L'objectif de la présente étude est de mettre au point une méthodologie d'auto-évaluation afin d'évaluer, tant du point de vue des résultats obtenus que des coûts, différents modes d'organisation. La deuxième étape de ce travail consistera à tester cette méthodologie sur différents sites.

Le terme d'évaluation en psychiatrie comme dans d'autres domaines suscite parfois des réticences. G. Wagenaar dans un article intitulé "*Sens, non sens, contre-sens et bon sens*"<sup>15</sup> et Yves Pélicier dans son article "*Si tu veux enrichir Pyto-cles...*"<sup>16</sup> tentent d'en montrer l'intérêt. En voici quelques extraits :

....En fait, le psychiatre moins que quiconque ne peut minimiser la place de l'économie dans le domaine de la santé. Il ne s'agit pas de la mise sous surveillance de la qualité des soins, de l'effort de prévention ou de la volonté de soulager, mais bien d'intégrer dans une pratique un autre paramètre. Il y était déjà mais on en parle en clair. En démasquant les routines, en démystifiant des rationalisations pseudo-scientifiques, une évaluation correctement conduite par ceux-là mêmes qui sont les maîtres d'œuvre, peut s'avérer salutaire.

Yves Pélicier

---

15 Extraits de l'article "Indicateurs et systèmes d'information en santé mentale", G. Wagenaar, *Journal d'Economie Médicale*, 1993, n°4

16 Extraits de l'Editorial de la revue "Confrontations psychiatriques : Economie de la santé et Psychiatrie", n°32, 1991

### **Sens, non-sens, contresens et bon sens (extraits)**

*Des termes comme le PMSI, GHM, évaluation, fiche par patient et autres "technocratismes" ne suscitent que trop souvent des attitudes professionnelles à des degrés divers de la part des soignants en psychiatrie. Il arrive rarement que la vue de tel terme ne renvoie le lecteur à la pensée sur le discours ésotérique de "spécialistes" ou "d'économistes" ou de "gestionnaires" et biaise le raisonnement en le situant dans le champ du "bien et du mal". A l'inverse, un texte contenant les termes psychiatrie, psychologie, maladie mentale, psychothérapie, entraîne le lecteur gestionnaire à y associer les termes de flou artistique, impénétrabilité, manque de sérieux, fantaisie littéraire ou pire encore : gisement de productivité.*

*Ce double phénomène n'est pas dissociable des conditions d'exercice des parties en présence, c'est à dire du sens donné à des mêmes mots dans des cultures professionnelles différentes. Examinons rapidement quelques sens et contresens dans le but d'essayer de servir le **dialogue indispensable à la réussite de la mise en place d'un quelconque système d'information.***

#### **Diagnostic**

*Pour le praticien, ce terme désigne à la fois la maladie présentée par son patient et pour laquelle celui-ci consulte et l'ensemble de la personnalité ou des caractéristiques du malade. En effet, soigner est, et reste, un art et il n'est pas possible d'exercer correctement cet art en ne situant pas le patient dans son contexte. Le diagnostic doit rester secret et il est l'affaire du colloque singulier entre le médecin et celui qui le consulte.*

*Pour le gestionnaire, l'administrateur ou le planificateur, d'une façon plus générale, dans le domaine de la santé publique, "diagnostic" ne se rapporte qu'à une maladie traitée ou à traiter et non à des personnes mais à des nombres de cas. Les diagnostics sont des grandeurs mesurables pour lesquelles le partage des connaissances est destiné à faire progresser l'état sanitaire d'une collectivité.*

*Pour le praticien, le "diagnostic" est utilisé pour évaluer un pronostic et poser des indications thérapeutiques. Il sert également pour la mémoire médicale inscrite dans le dossier du patient.*

*Pour la santé publique ou la collectivité, le diagnostic peut servir à fonder des décisions politiques et économiques en orientant les choix sanitaires.*

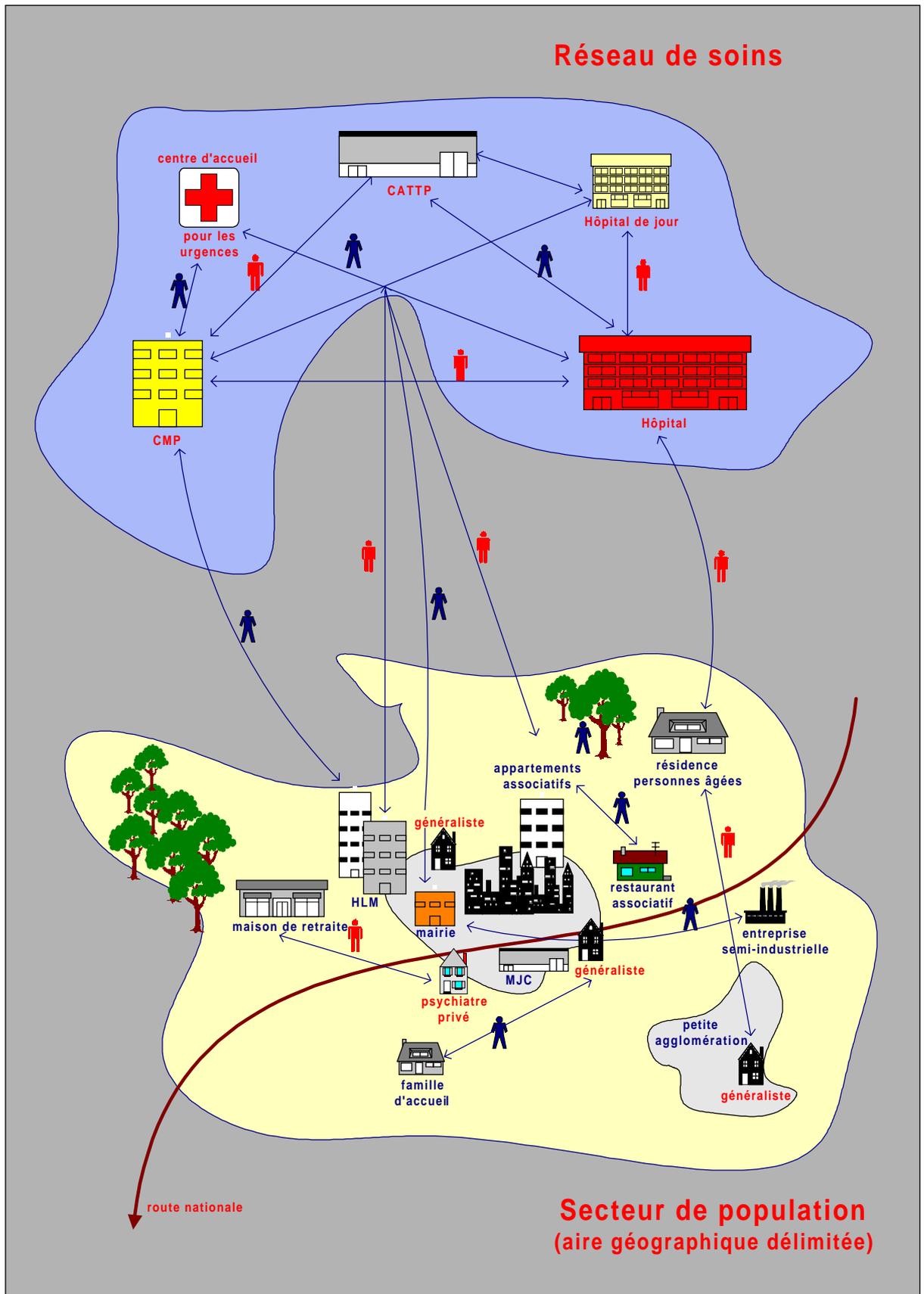
#### **Indicateur**

*Pour les personnels administratifs ou soignants au contact des soins, "l'indicateur" est ce qu'il doit relever pour rendre compte de sa pratique. Par exemple, entretien de psychologue en centre médico-psychologique, ou bien état matrimonial du patient...*

*A l'échelon de la collectivité, cette marée de détails doit être négligée pour obtenir des objets synthétiques également nommés "indicateurs" permettant de fonder la décision.*

*Entre ces deux étages d'utilisation du terme d'indicateur, les personnes soignantes, (à l'amont de la statistique), se sentent dépossédées de leur travail par la restriction de sens apportée quand l'indicateur avance dans l'échelle statistique. La collectivité (en aval de la statistique) reste parfois oublieuse, dans sa volonté de simplification administrative, de la complexité des phénomènes sous tendant les indicateurs.*

**G. Wagenaar**



### ⇒ La démarche d'élaboration de la méthode

Cinq étapes différentes caractérisent cette démarche :

- analyse de la littérature sur l'évaluation en psychiatrie et recensement des difficultés spécifiques,
- rencontre avec des responsables de secteur : Dr Baillon (Secteur 93G14 de Seine St-Denis, Bondy ), Dr Delarue (secteur 78G08, Montesson), Dr Gidon (Secteur 03G01, Moulins/Yseure), Dr Guibert (Secteur 86G03, Poitiers), Dr Pellet (Secteur 42G07, St-Etienne), Dr Roelandt (secteur 59G21 Lille), Dr Van-Amerongen (Secteur 78G06, St Germain en Laye),
- observation des modes d'organisation des secteurs,
- séances de travail sur les indicateurs à retenir,
- réunion de deux groupes d'experts pour valider le projet méthodologique à la fois en termes de coût et en termes de résultat.

Compte tenu de la difficulté des choix d'indicateurs en termes de résultat, un groupe de travail composé d'experts psychiatres a été constitué. Il s'est réuni plusieurs fois afin de valider les choix méthodologiques et les indicateurs précis proposés. Au terme de ce travail, une proposition définitive d'une méthodologie a été élaborée.

### ⇒ Les différents volets de l'outil d'évaluation proposé

L'outil d'évaluation proposé comprend deux volets (*voir schéma page suivante*). Il s'agit à la fois :

- d'un outil de réflexion sur les pratiques initiées au niveau des réseaux institutionnel et relationnel dans chaque site,
- et d'un outil de comparaison sur le plan de la performance médico-économique.

En effet, au delà de la réflexion sur les pratiques, il est important pour les équipes de comparer leurs performances par rapport à d'autres. Nous allons mener une analyse classique coût-résultat avec toutes les difficultés posées par l'analyse médico-économique dans le domaine psychiatrique, explicitées dans la partie précédente. Par ailleurs, cette analyse sera enrichie par une analyse plus globale sur les indicateurs de moyens et d'activité du secteur avec deux objectifs :

- que ces indicateurs permettent au réseau de soins psychiatriques de se situer en instantané et en dynamique,
- que ces indicateurs permettent d'éclairer l'interprétation des résultats de l'analyse comparative.

Cet outil de comparaison sur le plan performance économique sera analysé sur une pathologie, la schizophrénie qui nous paraît être un bon marqueur. En effet, plusieurs critères sont intervenus dans le choix de ce diagnostic :

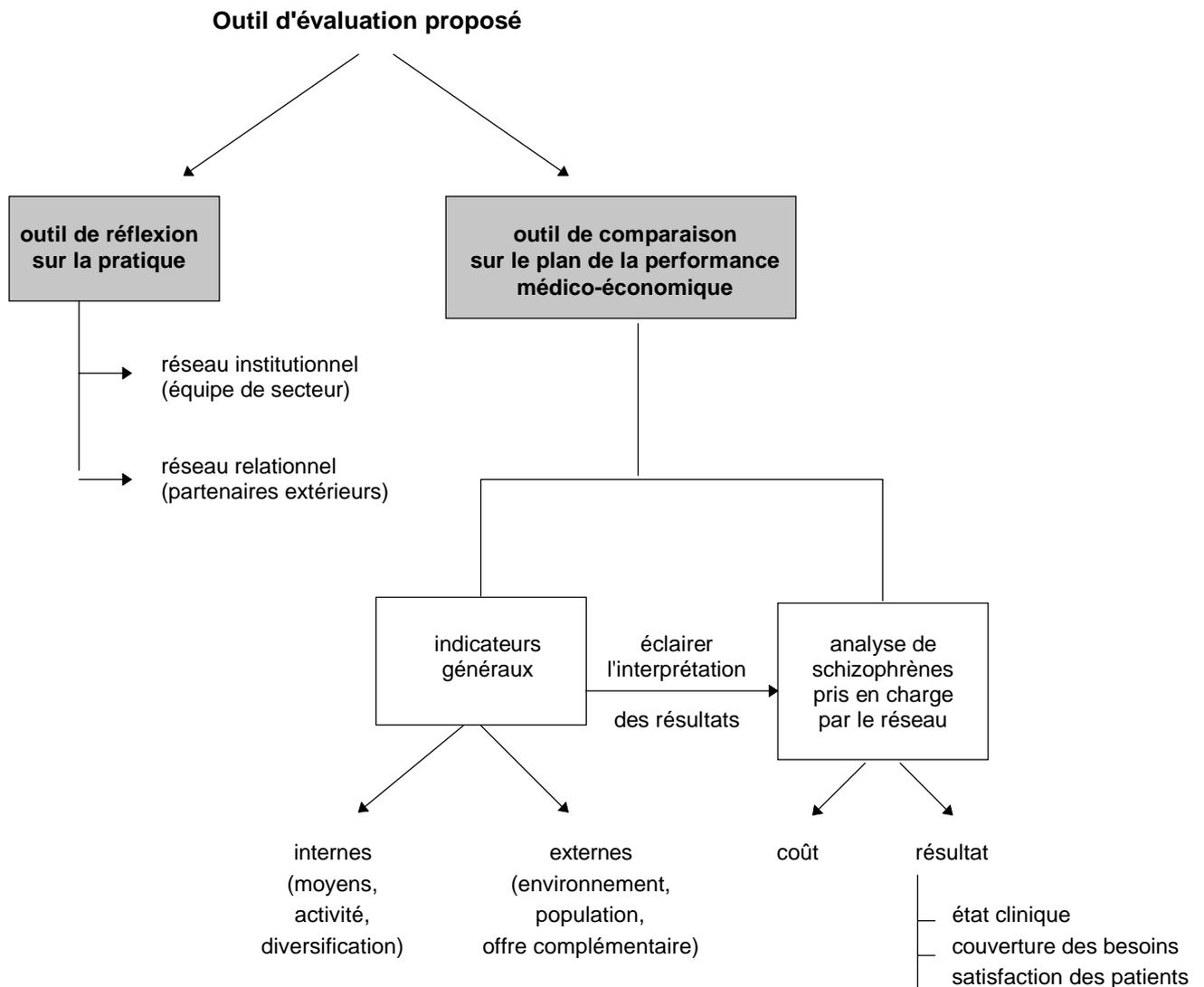
- le diagnostic de schizophrénie présente moins de polémique par rapport aux autres maladies mentales,

- cette maladie concerne 23 % environ des patients suivis en secteur psychiatrique<sup>17</sup>. Parallèlement, les malades atteints de schizophrénie concentrent 33 % des dépenses du secteur (ex du secteur psychiatrique de Lille, G21),
- ce sont sans doute les patients les plus fidèles de la file active,
- les patients schizophrènes utilisent l'ensemble des moyens offerts par le réseau de soins psychiatriques.

Le choix de se restreindre à une pathologie pour pouvoir comparer les résultats obtenus et les coûts des prises en charge ne dispense pas par ailleurs d'une analyse globale de la file active des sites étudiés et de leurs moyens.

Nous proposons ainsi un projet d'auto-évaluation basée sur deux dimensions, détaillé dans les pages suivantes et sur le schéma ci-dessous :

- un outil de réflexion sur la pratique,
- un outil de comparaison sur le plan de la performance médico-économique.



<sup>17</sup> Enquête Nationale sur la population prise en charge par les secteurs de psychiatrie générale.

### 3.1. Un outil de réflexion sur la pratique

Cet outil porte sur les pratiques générales, internes à chaque réseau de soins psychiatriques, permettant ainsi de différencier différents modes d'organisation.

Deux domaines sont concernés :

- l'évaluation du réseau de soins psychiatriques ou réseau institutionnel,
- l'évaluation de la qualité des liens avec les partenaires ou réseau relationnel.

#### 3.1.1. L'évaluation du réseau institutionnel

L'évaluation du réseau institutionnel peut-être appréhendée à partir de quatre groupes d'indicateurs listés ci-dessous :

- des indicateurs de permanence et de continuité des soins
- des indicateurs d'adéquation entre l'offre et la demande
- des indicateurs portant sur l'organisation des urgences
- des indicateurs concernant des objectifs de soins pour les patients.

Les questionnaires, joints en annexe 2, permettent d'apporter des données quantitatives et donnent aux équipes la possibilité de fournir des éléments qualitatifs sur l'amélioration des pratiques. Une question ouverte située en fin de questionnaire, permet de recueillir l'appréciation par l'équipe de sa pratique et en cas de non satisfaction de recueillir ses propositions pour faire mieux.

#### INDICATEURS DE PERMANENCE ET CONTINUITÉ DES SOINS

- Présence d'un accueil permanent 24 h/24 assuré sur le secteur
- Horaires et jours d'ouverture des CMP sur le secteur
- Présence d'une permanence téléphonique 24h/24
- Présence d'un médecin ou d'un infirmier référent désigné pour chaque patient, pour assurer concrètement et symboliquement la continuité des soins : définition du rôle, et nombre de patients rattachés à chacun
- Spécificité des soignants : extra-hospitaliers et intra-hospitaliers
- Existence de réunions soignants/soignés : périodicité
- Existence de réunions inter-structures de soins de la même équipe soignante du secteur : périodicité
- Existence d'une procédure codifiée de changement de la structure de soins (lettre, téléphone, réunion, autres)
- Mise au courant du médecin traitant de l'évolution de l'état de santé du patient : forme d'échanges (lettre téléphone, autres)
- Désignation de la personne qui remplit la fiche patient : qui, sous quelle forme (dossier papier, support informatique seul, les deux moyens), existence d'un contrôle des données
- Type de moyens pour suivre la trajectoire du patient dans le réseau de soins psychiatriques
- Moyens mis en œuvre quand un patient ne vient pas à sa consultation ou à d'autres rendez-vous
- **Question ouverte** : appréciation par l'équipe du niveau de la permanence et continuité des soins. Si non satisfaction, propositions envisagées.

#### INDICATEURS D'ADÉQUATION ENTRE L'OFFRE ET LA DEMANDE

- Délai d'attente moyen pour un rendez-vous (pour une consultation et pour une hospitalisation)
- Prise en charge de malades par un autre secteur : nombre de malades dans cette situation
- Prise en charge de malades par une clinique privée : nombre de malades de la file active
- **Question ouverte** : appréciation par l'équipe de l'adéquation entre l'offre et la demande. Si non satisfaction, propositions envisagées.

#### ORGANISATION DES URGENCES

- Accueil des urgences dans le réseau de soins psychiatriques : urgences à l'hôpital, au service "porte" de l'hôpital psychiatrique, centre de crise ou accueil d'urgence, déplacements des soignants..
- Participation de l'équipe du secteur à un service d'urgence à l'hôpital général ou CHU
- **Question ouverte** : appréciation par l'équipe de l'organisation des urgences. Si non satisfaction, propositions envisagées.

#### OBJECTIFS DE SOINS POUR LES PATIENTS

- Cette partie a été conçue dans le cas de l'analyse de la population de schizophrènes. Elle vise à repérer, par type de besoins, la réponse apportée par l'équipe et les objectifs qu'elle se fixe à un an et à vérifier la réalisation de ces objectifs. On trouvera le détail de ce questionnement dans la partie "résultat".

### 3.1.2. L'évaluation du réseau relationnel : les partenaires du réseau

L'objectif est de définir les liens existants entre le réseau de soins psychiatriques et la communauté. Ces liens peuvent être avec les partenaires du monde médical, social et familial, culturel, ou ils peuvent être tournés vers un public plus large. Trois types d'échanges ont été principalement explorés :

- la relation avec le monde médical : une place importante est donnée à la qualité des échanges avec les médecins généralistes ;
- l'importance du tissu associatif, qu'il s'agisse d'associations créées par le réseau de soins psychiatriques ou d'associations externes qui peuvent remplir les mêmes objectifs ;
- les liens avec les municipalités et les collectivités locales.

Sur ces différents domaines, on a cherché à mettre en évidence quelques indicateurs chiffrés qui tentent de rendre compte de l'intensité des liens créés. Une question d'ordre général permet de préciser pour chaque type d'échanges les objectifs de l'équipe.

### Echanges de type médical

- Nombre de contacts avec les médecins généralistes
- Nombre de courriers échangés avec les médecins généralistes / an
- Intervention du médecin généraliste pour la prescription
- Nombre de courriers échangés avec les psychiatres libéraux / an
- Fréquence des échanges avec des partenaires de santé (infirmiers libéraux, pharmaciens, kinésithérapeutes ...) (1 fois par an, 2 à 5 fois, plus de 5 fois)
- Nombre de séances ou débats entre l'équipe du secteur et les médecins de ville ayant pour objet les problèmes d'organisation de soins (qu'elles soient sponsorisées ou non) / an
- Nombre de rencontres à deux ou trois médecins, à propos d'un patient ou avec le patient, dans l'année
- Objectif(s) de l'équipe sur ce type d'échange

### Echanges de type social et familial

- Nature des relations avec la famille : (échange d'informations entre l'équipe et la famille, intégration de la famille à la prise en charge sous forme de soutien du patient, sous forme d'une thérapie familiale, ou aucune relation)
- Echanges avec les associations de type social créées par l'équipe de secteur (aide au logement, réinsertion professionnelle...) : *le nom de l'association, le type d'activité, date de création et nombre de personnes de la file active adressées à ces associations par l'équipe du secteur*
- Echanges avec des associations extérieures (alcoolisme, toxicomanie, autres) : *le nom de l'association, le type d'activité, date de création et nombre de personnes de la file active adressées à ces associations par l'équipe du secteur*
- Echanges avec des organismes de logement ou une association gérant des logements ou bailleur privé : *nom des organismes, date du début des échanges, nombre de places en appartement conventionné entre l'association de secteur et un organisme, nombre de places en appartement conventionné entre l'association de secteur, un organisme et un patient, nombre de places en appartement non conventionné pour lequel l'association a donné sa caution*
- Echanges avec des organismes de formation ou de réinsertion professionnelle ou CAT : *nom des organismes, date de début des échanges, nombre de personnes de la file active concernées*
- Nombre de rencontres organisées dans l'année avec les patients et leurs tuteurs
- Echanges avec les centres communaux d'action sociale de la région : fréquence des réunions, des contacts ou échanges /an, date du début des échanges, nombre de personnes de la file active concernées
- Echanges avec les circonscriptions de service social : fréquence des réunions, des contacts ou échanges /an, date du début des échanges, nombre de personnes de la file active concernées
- Développement de moyens de restauration pour les malades par l'équipe de secteur : type de moyens, nombre de places offertes, nombre de personnes de la file active concernées, date de la mise en place
- Echanges avec le système judiciaire : type d'établissement, nombre de consultations ou visites/an, date du début de ces relations, nombre de personnes de la file active concernées
- Objectif (s) de l'équipe sur ce type d'échange

### Echanges de type culturel

- Nombre d'associations de type culturel créées par l'équipe de secteur : domaine culturel , date de création, nombre de personnes concernées de la file active, ces associations fonctionnent-elles toujours ?
- Echanges avec des associations extérieures de type culturel : domaine culturel, existence d'une convention, date du début des échanges, forme des échanges (participation à des concerts, accueil des patients dans des ateliers de peinture, nombre de patients concernés de la file active)
- Objectif (s) de l'équipe sur ce type d'échange

### Autres échanges

- Echanges d'informations avec le public sur la santé mentale : type d'échanges (débat, expositions, portes ouvertes), type de public (lycées, population), date du début des échanges, nbre d'échanges /an.
- Nombre de salles utilisées ponctuellement et prêtées par les municipalités (préciser le type de salle)
- Sollicitation d'aides financières directes assurées par la ou les municipalité(s) du secteur, conseil général, régional, fond européen... : type d'aide (convention, subventions ou garanties de prêt) et montant global.
- Sollicitation d'aides financières indirectes assurées par la ou les municipalités du secteur : (moyens en nature, mise à disposition de personnel, mise à disposition des services...) : quantité et qualification de ces moyens
- Ouverture sur la recherche : nombre de projets de recherche réalisés depuis 5 ans.
- Intervention des divers métiers qui interviennent autour du malade avec l'équipe du secteur
- Présence de bénévoles avec l'équipe soignante : nombre
- Objectif(s) de l'équipe sur ce type d'échange

## 3.2. Un outil de comparaison sur le plan de la performance médico-économique

Nous avons fait le choix d'une évaluation de type médico-économique sachant que d'autres approches étaient possibles (sociologique, anthropologique, organisationnelle...). Cet outil de comparaison sur le plan de la performance médico-économique est basé sur une analyse coût-résultat. C'est aussi un outil d'auto-évaluation permettant aux sites étudiés de se comparer.

La comparaison n'a pas pour but de produire une norme, mais de se poser des questions sur la performance d'un réseau de soins psychiatriques et de savoir si cette organisation donne de meilleurs résultats. En résumé, cet outil de comparaison peut avoir deux types d'utilisation :

- la construction d'une référence qui permet à un site de se situer par rapport à d'autres,
- l'apport d'informations sur la qualité des réseaux de soins psychiatriques concernant à la fois le réseau institutionnel et le réseau relationnel.

### 3.2.1. Des indicateurs généraux internes et externes

L'interprétation des résultats de toute analyse coût-résultat nécessite des données de cadrage permettant de souligner les grandes caractéristiques du réseau de soins psychiatriques. Ces données sont à la fois des indicateurs généraux internes (indicateurs de moyens, d'activité et de diversification) et des indicateurs généraux externes qui permettent d'expliquer les écarts de résultats de l'évaluation comparative et qui peuvent avoir, selon les experts, un impact important sur les résultats. Connaissant moins bien ces indicateurs externes, nous avons essayé de les lister tous. Ces indicateurs internes et externes permettront peut-être de construire une typologie de secteur (si le nombre d'observations est suffisant).

#### ⇒ Les indicateurs internes

On distingue trois groupes d'indicateurs internes :

- des indicateurs de moyens,
- des indicateurs d'activité,
- des indicateurs de diversification.

Ces indicateurs permettent d'apprécier l'**état actuel (1997)** du réseau de soins psychiatriques et **sa dynamique**. L'objectif est aussi d'apprécier les changements intervenus dans le fonctionnement du réseau de soins psychiatriques en termes de moyens, d'activité et de diversification. Les données sont recueillies sur trois ans : 1997, 1993 et 1989.

Le recueil de ces données est simple, celles-ci étant disponibles dans le rapport annuel d'activité destiné à la Direction Générale de la Santé, à l'exception des données cliniques concernant le malade. Ces dernières sont cependant recensées dans la fiche patient qui permet de visualiser sur l'année la trajectoire des patients de la file active. Il est préférable de penser que seuls les secteurs ayant informatisé leur fiche patient pourront fournir ces données. Les questionnaires sont présentés en annexe 2, p. 103.

#### INDICATEURS DE MOYENS

- Nombre de places et lits (hospitalisation complète (HC), hospitalisation de jour (HJ), Hospitalisation de nuit (HN), Hospitalisation à domicile (HAD), CMP, appartement associatif ou thérapeutique, centre de postcure, accueil familial thérapeutique, centre de crise, centre d'accueil permanent, atelier thérapeutique, CATTP) */ population du secteur*

---

- Moyens en personnel
  - Médical ETP (équivalent temps plein) */ population secteur*
  - psychiatres ETP */ population secteur*
  - non médical ETP */ population secteur*
  - non médical en hospitalisation complète */ population secteur et / total pers. non médical*
  - non médical hors hospitalisation complète */ population secteur et / total pers. non médical*
  - infirmiers ETP */ population secteur*
  - psychologues ETP */ population secteur*
  - assistantes sociales ETP */ population secteur*
  - autre */ population secteur*

---

- Mesure de l'intersectorialité
  - Nombre de structures intersectorielles et date de leur création
  - nombre de structures intersectorielles gérées par le secteur

**INDICATEURS D'ACTIVITÉ DU RÉSEAU DE SOINS PSYCHIATRIQUES**

**Ensemble de la file active**

- File active totale (*nombre de patients vus au moins 1 fois dans l'année*)

---

- File active hors mono consultants (*file active totale moins nombre de patients vus une seule fois dans l'année*)

---

- File active (hors psychiatrie de liaison) / *population du secteur*

---

- Nombre de patients vus une seule fois au cours de l'année / *total patients file active*

---

- Nombre de nouveaux patients / *total patients file active*

---

- Nombre de patients présents depuis plus d'un an en hospitalisation complète / *population hospitalisée*

---

- Age (*nombre de patients de 15-24 ans, de 25-44 ans, de 45-64 ans, de 65-84 ans, de 85 ans et plus*) / *total patients file active*

---

- Sexe des patients / *total patients file active*

---

- Répartition du diagnostic (*nombre de F0, F1, F2, F3, F4, F5, F6, F7, F8, F9 et nombre de diagnostic non psy*) / *total patients file active*

**Activité du réseau sur l'ensemble de la file active**

- Type d'établissement (CH, CHU, CHS)

---

- Nombre total de journées réalisées en hospitalisation à temps complet (HC, postcure, appartement thérapeutique, accueil familial, Had, autre) / *file active totale*

---

- Nombre total de journées réalisées en hospitalisation à temps partiel (hôpital nuit, jour, atelier thérapeutique, CATTP, autre) / *file active totale*

---

- Nombre d'actes réalisés en ambulatoire (CMP, domicile, hospitalisation somatique, institution substitutive au domicile.) / *file active totale*

---

- Taux d'absentéisme du personnel soignant non médical (% de personnes absentes sur un an : nombre de journées d'absence/nombre de journées théoriquement travaillées \* 100)

---

- Turn over (nombre d'embauches ou de démissions/effectif total moyen\* 100)

---

- Durée moyenne de séjour en hospitalisation complète

**La file active des schizophrènes**

- File active

---

- Sexe / *% file active*

---

- Age (*nombre de patients de 15-24 ans, 25-44 ans, 45-64 ans, 65-84 ans et 85 ans et plus*) / *% file active*

---

- Modes de prise en charge :
  - à temps complet (HC, postcure, app. thé., accueil fam., had, autre) - *nombre de patients*
  - à temps partiel (hosp. nuit, jour, atelier thé., CATTP, autre) - *% de la file active*
  - en ambulatoire (CMP, domicile, hosp. som., instit. subst. dom., autre) - *nombre de journées*
  - *% / total journées*

INDICATEURS DE DIVERSIFICATION	
• Lits et places (hors hospitalisation complète)	/ nbre total de lits et places
• Nombre de journées en CATTP + Atelier thérapeutique + autres	/ file active totale
• Nombre d'actes réalisés en psychiatrie de liaison (nombre de soins et interventions en unité d'hospitalisation somatique)	/ file active totale
• Nombre d'actes d'accompagnement (soins ambulatoires autres)	/ file active totale

### ⇒ Les indicateurs exogènes

Selon les experts, des éléments importants à prendre en compte sont les éléments géographiques, démographiques, sociaux ainsi que la complémentarité possible avec les structures médicales ou médico-sociales. Ces indicateurs, que l'on maîtrise plus difficilement, peuvent expliquer les écarts de résultats de l'évaluation comparative.

La plupart des variables retenues sont recueillies par l'équipe soignante. Les indicateurs grisés dans les questionnaires seront recueillis par le CREDES, ces taux étant des indicateurs de type macro-économique existant au niveau départemental ou régional.

INDICATEURS SUR LES CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES, GÉOGRAPHIQUES ET SOCIALES DU SECTEUR <sup>*</sup>
<b>Homogénéité géographique</b>
• Superficie du secteur
• Nombre de personnes couvertes par le secteur
• Densité de la population en hab/km <sup>2</sup> par département
• Zone urbaine, rurale ou mixte <ul style="list-style-type: none"><li>- nombre de communes de moins de 2 000 habitants du secteur</li><li>- nombre de communes entre 2 000 et 20 000 habitants</li><li>- nombre de communes de plus de 20 000 habitants</li></ul>
• Obstacles sur la superficie du secteur rendant difficiles les relations pour la population (relief montagneux, cours d'eau difficilement franchissables, communes situées sur la superficie du secteur mais n'en faisant pas partie, ....)
• Distance entre l'hôpital et l'unité de soins la plus excentrée (par rapport à l'hôpital)
<b>Homogénéité démographique</b>
• La population du secteur est-elle : plutôt jeune (moins de 20 ans), plutôt âgée (plus de 60 ans), entre les deux (entre 20 et 60 ans), mixte (tous âges)
• Caractéristiques démographiques au niveau départemental

\* Les indicateurs grisés sont recueillis par le CREDES.

---

### Homogénéité sociale

---

- Taux de chômage départemental
  - Importance du taux de chômage sur le secteur (moyenne nationale, plus faible, dans la moyenne)
  - Taux de migration étrangers et français dans le département
  - Homogénéité de la population d'un point de vue social [population plutôt bourgeoise, plutôt ouvrière, plutôt intermédiaire (employés, cadres moyens)], si non homogénéité, nombre de zones à définir
  - Description de la qualité des liens communautaires ou de l'ambiance sociale globale du secteur (zones)
  - Autres critères spécifiques au secteur jugés importants à retenir (*évolution au cours des dix dernières années, tendances récentes*)
- 

---

### INDICATEURS SUR L'OFFRE DISPONIBLE DANS LE SECTEUR OU SA PÉRIPHÉRIE \*

---

- Existence sur le secteur ou sa périphérie de psychiatres libéraux : un peu, beaucoup ou nombre
  - Nombre de psychiatres libéraux par département
  - Taux d'équipement en lits psychiatrie privée non sectorisés / 1000 habitants par département (en lits psychiatrie privée à but lucratif et en lits psychiatrie privée à but non lucratif non PSPH)
  - Existence sur le secteur ou sa périphérie de lits en psychiatrie privée non sectorisée et délai d'accessibilité (1 semaine, 1 mois, plus d'1 mois)
  - Taux d'équipement en structure pour personnes âgées par département
  - Existence sur le secteur ou sa périphérie de structures en personnes âgées et délai d'accessibilité (1 semaine, 1 mois, plus d'1 mois)
  - Taux d'équipement en lits médicalisés par département (lits en section de cure médicale, en maison de retraite et logement et foyers, lits de soins longue durée)
  - Existence sur le secteur ou sa périphérie de lits médicalisés (lits en section de cure médicale, en maison de retraite et logement et foyers, lits de soins longue durée) et délai d'accessibilité (1 semaine, 1 mois, plus d'1 mois)
  - Taux d'équipement en maisons d'accueil spécialisées par département
  - Existence sur le secteur ou sa périphérie de maisons d'accueil spécialisées et délai d'accessibilité (1 semaine, 1 mois, plus d'1 mois)
  - Taux d'équipement en foyers occupationnels et à double tarification par département
  - Existence sur le secteur ou sa périphérie de foyers occupationnels et à double tarification et délai d'accessibilité (1 semaine, 1 mois, plus d'1 mois)
  - Taux d'équipement en centres d'aide par le travail par département
  - Existence sur le secteur ou sa périphérie de centres d'aide par le travail et délai d'accessibilité (1 semaine, 1 mois, plus d'1 mois)
  - Taux d'équipement en ateliers protégés par département
  - Existence sur le secteur ou sa périphérie d'ateliers protégés et délai d'accessibilité (1 semaine, 1 mois, plus d'1 mois)
  - Taux d'équipement en entreprises d'insertion par département
  - Existence sur le secteur ou sa périphérie avoisinante d'entreprises d'insertion : nombre
-

### 3.2.2. Evaluation des coûts et des résultats

#### EVALUATION DES COÛTS

L'objectif est de calculer un coût moyen par schizophrène en 1997.

L'évaluation de ce coût concerne plusieurs acteurs : la famille, l'Assurance maladie, les différentes associations, la CAF, et l'Etat. Nous n'étudierons pas le coût pour les mutuelles. La plupart des patients schizophrènes étant pris en charge à 100 % (ALD), le remboursement du ticket modérateur par les mutuelles reste très faible.

Il est important de noter que dans le cadre d'une auto-évaluation, il sera très difficile de demander aux équipes de recenser l'ensemble des coûts externes. L'évaluation du coût pour l'hôpital reste l'élément essentiel.

#### A. Evaluation du coût pour la famille

On propose d'utiliser le tarif du placement familial d'une région que l'on multiplie par le nombre de jours.

- Le tarif moyen de placement familial sera unique entre les secteurs afin de les comparer entre eux.
- Evaluation du nombre de jours, mesurée par l'équipe du secteur :
  - Si la famille s'en occupe à temps plein : 7 jours /semaine soit 56 heures.
  - Cas le plus difficile : évaluation de la présence familiale en dehors du domicile familial (hôpital ou foyer). On peut ainsi définir trois classes :
    - ① < 4 h /semaine (1/2 journée)
    - ② 4 h /semaine <= temps de présence <= 8 h (1 journée)/semaine
    - ③ > 8 heures (1 journée)

#### B. Evaluation du coût de l'Assurance maladie

L'Assurance maladie intervient comme financeur à plusieurs niveaux : elle finance l'hôpital par le versement du budget global, verse différentes prestations à l'assuré (prestations en nature, en espèce), participe au financement de l'aide ménagère pour ses ressortissants et assume, dans le cas d'une tutelle aux prestations sociales, les frais de gérance des prestations sociales servies aux patients.

##### a) Le coût pour l'hôpital

L'objectif est de calculer pour chaque site, le coût moyen total d'un patient schizophrène.

L'évaluation du coût pour l'hôpital est validée par l'équipe du service financier de l'hôpital "d'Armentières" (Nord), par l'équipe du service financier de l'Hôpital de "Moulins/Yseure" et par celle du service financier du centre hospitalier de Saint Germain en Laye.

➤ **Présentation de la méthode**

La méthode consiste à :

1. repérer pour chaque patient schizophrène les soins qu'il reçoit de chaque unité de soins du secteur, quantifiés en nombre d'actes, de journées, etc.
2. valoriser ces consommations en francs, en leur appliquant des coûts moyens obtenus selon une méthode classique de comptabilité analytique, qui consiste :
  - à effectuer un découpage analytique du secteur en identifiant chacune des unités de soins,
  - à répartir les charges de la comptabilité générale entre ces unités de soins, par imputation directe ou par répartition des charges des sections auxiliaires,
  - à diviser le montant total des charges par le nombre total d'unités d'œuvre (actes, journées, etc.) de façon à calculer un coût de revient unitaire moyen.

Comme tout exercice de comptabilité analytique, cette méthode soulève des questions de choix de découpage, d'unités d'œuvre et de règles d'affectation des charges. Celles-ci ne sont d'ailleurs pas spécifiques au domaine psychiatrique. Les quelques règles proposées ici pour assurer la comparabilité des coûts entre les différents sites utilisent les concepts du guide méthodologique de comptabilité analytique hospitalière publié par le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, en prenant en compte les spécificités de la psychiatrie (qui permettent des simplifications sur certains postes), et en attirant l'attention sur les difficultés particulières qui peuvent se présenter.

Seront abordés successivement :

- le découpage du secteur en unités de soins,
- l'affectation des charges aux unités de soins et le calcul du coût total, direct et indirect, de chaque unité,
- le choix de l'unité d'œuvre (acte, journée,...) permettant de quantifier la "production" de chaque unité de soins et le calcul du coût moyen de l'unité d'œuvre,
- le calcul du coût par patient.

➤ **Découpage du secteur en unités de soins**

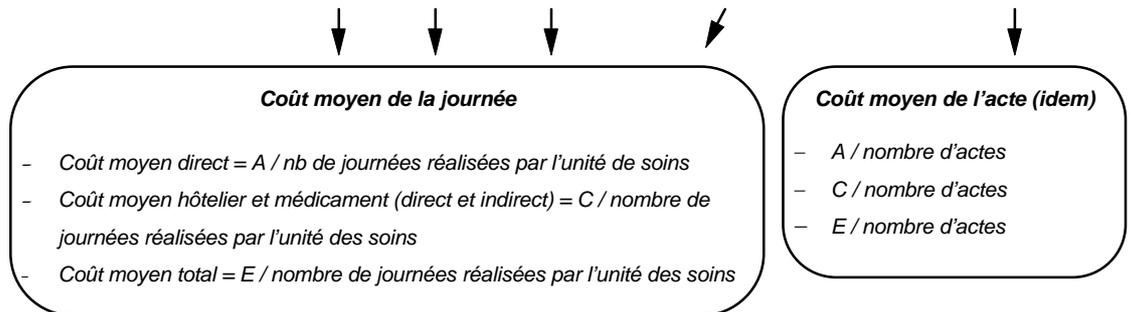
Ce découpage devra distinguer les différentes structures créées par le secteur et qui accueillent des patients : unités d'hospitalisation plein temps, d'hospitalisation de jour, CATTP, appartements thérapeutique, CMP, ...

Les unités intersectorielles, **qu'elles soient ou non gérées par le secteur**, devront aussi être identifiées spécifiquement.

➤ **Calcul du coût total, direct et indirect, par unité de soins**

**Tableau n° 2**  
**Les différentes catégories de dépenses et calcul des coûts**  
**pour chaque unité de soins**

SECTEUR X	Unités de soins					
	Hôpital tps plein	hôpital de jour	Appartement thérapeutique	CATTP	.....	CMP + autres ambulatoires <sup>18</sup>
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
A - Dépenses directes médicales et hôtelières	A 1	A 2	A 3	A 4	A 5	A 6
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
B - Dépenses indirectes médicales et hôtelières	B 1	B 2	B 3	B 4	B 5	B 6
C = A + B Dépenses médicales et hôtelières	C 1	C 2	C 3	C 4	C 5	C 6
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
D - Dépenses indirectes autres	D 1	D 2	D 3	D 4	D 5	D 6
E = C + D Ensemble de la dépense	E 1	E 2	E 3	E 4	E 5	E 6



On distinguera :

- les dépenses, médicales et hôtelières, qui résultent d'une affectation directe des charges de la comptabilité générale à chaque unité de soins (A) ;
- les dépenses médicales et hôtelières qui concernent les patients, mais ne peuvent pas faire l'objet d'une affectation directe des charges et sont affectées de manière indirecte, par des clés de répartition, à partir de sections auxiliaires (B) : il s'agit du plateau technique et de la gestion de la pharmacie (pour les dépenses à caractère médical), des coûts de restauration, de nettoyage et de blanchisserie (pour les dépenses à caractère hôtelier) ;
- les autres charges indirectes, charges de gestion, de logistique, de structure,...(D), dont la répartition entre secteurs et unités de soins se fera aussi au moyen d'une clé de répartition.

<sup>18</sup> Il s'agit de consultations (CO), de soins à domicile (SD), de soins en institution substitutive au domicile (SI), de soins en unité d'hospitalisation somatique (SU) ou autres (AA)

La somme  $C = A + B$  constitue les dépenses totales que l'on peut rattacher aux patients (qu'elles soient de nature médicale ou hôtelière).

$E = C + D$  constitue la dépense totale de chaque section.

Dans la suite, le coût des patients schizophrènes pourra ainsi être estimé soit en coûts partiels (médicaux et hôteliers), soit en coûts complets. Dans la comparaison inter-sites, il sera sans doute préférable de raisonner en coûts partiels. D'une part ceux-ci sont plus proches de la réalité médicale, d'autre part incorporer des coûts de structure multiplie les facteurs d'écart et en complique l'interprétation.

Les règles d'affectation et méthodes de calcul pour chacun de ces groupes de dépenses sont détaillées ci-dessous.

#### A - LES DÉPENSES DIRECTES

Il s'agit des charges directement affectables aux unités de soins. Si l'on reprend les groupes de charges de la comptabilité générale, les règles d'affectation sont les suivantes :

- **les charges de personnel** (groupe 1) : il s'agit du personnel médical (ensemble des médecins + internes + étudiants) rattaché au secteur psychiatrique et du personnel non médical également rattaché à ce secteur (infirmier, surveillant, aide soignant, psychologue, kinésithérapeute, éducateur, orthoptiste, orthophoniste, ASH et secrétaire...).

Le personnel administratif et technique rattaché à l'établissement hospitalier (CHS ou CH) n'est pas comptabilisé ici. Il est affecté dans les charges indirectes.

Le montant de cette dépense à affecter à chaque unité de soins est égal :

- au salaire moyen annuel par catégorie de personnel,
- multiplié par le nombre de personnes ETP (équivalent temps plein) de chaque catégorie affecté à l'unité de soins.

*Calcul du salaire moyen* : ne pas tenir compte des recettes en atténuation correspondant aux remboursements de la Sécurité sociale, de l'absentéisme...

*Estimation des effectifs équivalent temps plein* :

- pour les agents affectés à une seule unité, les services du personnel possèdent en général l'information sur l'affectation ; il convient seulement de vérifier que cette information est à jour et correspond bien à la réalité de l'affectation ;
- pour les agents dont le temps de travail est réparti entre plusieurs unités de soins (c'est le cas des médecins, mais aussi d'autres professionnels), cette répartition n'est en général pas suivie en routine. Un relevé spécifique est donc nécessaire. La solution la plus opérationnelle est un questionnaire, soumis à l'ensemble du personnel, indiquant le temps consacré à chaque unité de soins. Le questionnaire sera rempli sur une période de 15 jours.

Il faut insister sur le fait que les dépenses de personnel représentent la part essentielle des dépenses directes du secteur, et même de l'ensemble des dépenses médicales et hôtelières, directes ou indirectes. En conséquence, il est important de faire porter les efforts sur ce poste pour être au plus près de la réalité des coûts.

- **les charges à caractère médical** (groupe 2) : il s'agit de tout ce qui est consommable et individualisable : médicaments et produits sanguins, produits anesthésiques, radiothérapie, fournitures médicales, entretien du matériel médical et examens faits à l'extérieur, sorties thérapeutiques ....

Toutes les consommations directement affectables aux unités de soins apparaîtront ici en charges directes. La plus grosse part des dépenses est réalisée en hospitalisation.

- **les charges à caractère hôtelier et général** (groupe 3)

seront affectées directement, lorsque c'est possible, les charges relatives :

- aux frais de transports, qu'il s'agisse de véhicules propres au secteur (carburants, entretien, assurance, etc.) ou de frais de taxis, ambulance, smur, ... ;
- aux subventions versées à certaines unités de soins (pour faciliter la gestion de ces unités) ;
- les achats pour les activités psycho-socio thérapeutiques.

S'il y a sous-traitance pour tout ou partie du nettoyage, les charges correspondantes, qui font partie du groupe 3, seront affectées en B (dépenses indirectes médicales et hôtelières), dans une section d'analyse spécifique, et reventilées ensuite.

## B - LES DÉPENSES INDIRECTES MÉDICALES ET HÔTELIÈRES

Il s'agit de dépenses qui ne sont pas affectées directement aux unités de soins, mais à des sections d'analyse auxiliaires dont les charges sont reventilées ensuite, dans une deuxième étape, sur les unités de soins.

Les activités (sections d'analyse) concernées sont les suivantes :

- **Plateau technique**

Les coûts de fonctionnement du plateau technique de l'établissement seront affectés à une ou plusieurs sections, selon le degré de détail souhaité.

Les charges seront ensuite de nouveau réparties sur les unités d'hospitalisation complète, au prorata des consommations mesurées en actes ou en lettres-clés selon les cas. Dans les CHS, on peut aussi utiliser le nombre de journées d'hospitalisation comme clé de répartition (ce n'est pas possible dans un hôpital général, les journées de psychiatrie n'ayant pas le même contenu en plateau technique que les journées de court séjour).

Au total, ce poste est faible au regard des dépenses totales et peut faire l'objet d'approximations.

- **Gestion de la pharmacie**

Aux charges de gestion de la pharmacie proprement dite peuvent s'ajouter les produits non suivis en stock, qui ne sont pas affectés en charges directes en A.

La clé de répartition utilisée est le pourcentage de la dépense totale directe (cette clé très simple a été choisie plutôt que la dépense directe de pharmacie, pour tenir compte des produits non suivis en stock).

- **Blanchisserie**

Les charges de cette section d'analyse sont réparties, entre les unités d'hospitalisation complète uniquement, au prorata du nombre de journées.

- **Restauration**

Les charges de cette section d'analyse sont réparties entre les unités d'hospitalisation complète et d'hospitalisation de jour. La clé de répartition utilisée est le nombre de journées, pondéré de la manière suivante :

- à l'hôpital, une journée = 1
- à l'hôpital de jour, une journée = 0,5

- **Nettoyage**

Dans les unités de soins où le nettoyage est réalisé par les ASH du secteur (c'est le cas en général en hospitalisation complète), les coûts de nettoyage seront incorporés de fait dans les charges directes du groupe 1.

Mais le nettoyage de certaines unités, voire certaines parties du nettoyage, peuvent être sous-traités ou réalisés par des agents non affectés directement au secteur, mais relevant d'un service central. Dans ces deux cas, il ne sera pas possible, en règle générale, d'affecter directement à l'unité les charges de nettoyage. Celles-ci seront affectées à une section d'analyse spécifique dont les charges seront réparties entre secteurs et unités de soins :

- en fonction des m<sup>2</sup> si cette clé de répartition est disponible,
- ou, à défaut, en fonction des francs de charges directes.

C - LES AUTRES DÉPENSES INDIRECTES (CHARGES DE GESTION ET DE STRUCTURE)

On regroupera ici :

- les charges d'amortissement et d'entretien des bâtiments,
- les frais financiers,
- les coûts de l'activité "gestion générale et autre logistique" (920 dans la nomenclature du guide méthodologique de comptabilité analytique).

Cette activité comprend la direction générale, la gestion financière, la direction médicale, la gestion du personnel, la gestion économique, la gestion des malades, ainsi que des coûts de logistique hôtelière, sauf les charges de nettoyage et transport qui ont pu être affectées dans les charges directes A ou indirectes B.

L'ensemble de ces charges sera globalisé dans un ensemble "charges de structure et de gestion générale" et ventilé entre unités de soins au franc de charges médicales et hôtelières (directes + indirectes).

Pour récapituler, on a pour chaque unité de soins :

- A - Les charges directes, médicales et hôtelières, dont la majeure partie est représentée par les frais de personnel, la répartition des effectifs entre les unités de soins s'appuyant sur un relevé spécifique sur 15 jours.
- B - Les charges indirectes médicales (gestion de la pharmacie et utilisation du plateau technique), les charges de logistique hôtelière tournées vers le patient (restauration, blanchisserie) auxquelles on a ajouté le nettoyage pour des raisons de comparabilité entre établissements. En effet, selon les établissements, les organisations peuvent varier (ASH, sous-traitance,...) et ne retenir que les coûts directs pourrait fausser les comparaisons.
- D - Les charges indirectes autres, qui sont des charges de structure et de gestion.

A partir de ces trois sous-ensembles, on pourra calculer le sous-total des charges médicales et hôtelières (A+B), et le total général des charges (A+B+D).

Par souci de simplification, l'opération habituelle consistant à déduire des charges ainsi calculées les produits déductibles sera négligée, les montants concernés étant faibles en tout état de cause.

*Le tableau page suivante récapitule de manière détaillée les règles d'affectations des charges aux unités de soins.*

**Tableau récapitulatif n° 3**

	<b>hôpital</b>	<b>Hôpital de jour</b>	<b>CATTP</b>	<b>.....</b>	
<b>1. Charges de personnel</b>					
- Personnel médical	<b>- Montant</b> : Salaire moyen de la catégorie de personnel + charges professionnelles <b>- Pour la répartition du personnel selon les unités de soins</b> : * Si le personnel se déplace très peu d'une unité à l'autre : l'information est disponible pour chaque unité * Si le personnel se déplace d'une unité à l'autre : questionnaire sur 15 jours pour déterminer la part du temps consacré par le personnel dans chaque unité				
- Personnel non médical (infirmier, surveillante générale, aide soignant, AMP, ASH, psychologue, kinésithérapeute, éducateur, orthoptiste, orthophoniste, ASH, secrétaire..)					
<b>2. Charges à caractère médical</b>					
- médicaments, produits sanguins, radiothérapie	<b>- Montant</b> : disponible pour chaque unité de soins  - Si la répartition entre les différents éléments composant ce poste de dépense est difficile, un montant global est suffisant pour chaque unité de soins				
- fournitures médicales et petit matériel					
- entretien matériel médical (ex : systomographe)					
- examens faits à l'extérieur					
- sorties thérapeutiques					
<b>3. Charges à caractère hôtelier et général</b>					
- Transport	- Montant disponible pour chaque unité de soins				
- Subventions versées (poste 657)					
- Achats pour les activités psycho-socio thérapeutiques					
<b>A - Total des dépenses directes (médicales et hôtelières)</b>	<b>Somme [1+2+3]</b>	<b>Somme [1+2+3]</b>	<b>Somme [1+2+3]</b>	<b>Somme [1+2+3]</b>	<b>S. [1à3]</b>
<b>4. Plateau technique</b>					
<b>5. Gestion de la pharmacie</b>	- Dépense liée à la gestion de la pharmacie + les produits non suivis en stock - Clé de répartition : % de la dépense directe				
<b>6. Blanchisserie</b>	- % du nombre de journées, poste n'apparaissant qu'à l'hôpital				
<b>7. Restauration</b>	- % du nombre de journées pondérées : 1 à l'hôpital et 0,5 en hôpital de jour				
<b>8. Nettoyage</b>	- Dépense liée au nettoyage (hors salaires des ASH dans les unités de soins, compris dans les charges directes) groupe 1)				
<b>B - Total des dépenses réparties (médicales + hôtelières)</b>	<b>Somme [4+5+6+7+8]</b>	<b>Somme [4+5+6+7+8]</b>	<b>Somme [4+5+6+7+8]</b>	<b>Somme [4à 8]</b>	<b>S. [4 à 8]</b>
<b>C - Total des dépenses médicales et hôtelières</b>	<b>A + B</b>	<b>A + B</b>	<b>A + B</b>	<b>A + B</b>	<b>A + B</b>
<b>D. Charges de structure et de gestion / logistique</b> (amortissements, entretien Direction générale, Gestion du personnel, gestion économique, accueil et gestion des malades, entretien maintenance)	% de la dépense directe + indirecte médicale et hôtelière				
<b>Dépense totale</b>	<b>A + B + D</b>	<b>A + B + D</b>	<b>A + B + D</b>	<b>A + B + D</b>	<b>A + B + D</b>

Un problème spécifique : le calcul du coût pour les structures intersectorielles

En 1993, sur 6 661 unités de soins réparties sur les 815 secteurs de psychiatrie générale, on compte 10 % de structures intersectorielles. Ces structures, rattachées financièrement à un secteur, sont utilisées conjointement par d'autres secteurs. "Elles permettent de faire des économies d'échelle et d'améliorer les compétences des équipes médico-sociales dans des domaines aussi difficiles que l'alcoolisme ou le sida" (Rapport Joly, juillet 1997).

Trois cas de figures sont à envisager :

- ces structures sont gérées par le secteur lui-même,
- ces structures sont gérées par un autre secteur,
- ces structures sont gérées par aucun secteur (exemple de l'urgence en psychiatrie en l'hôpital général).

Leur intégration dans le calcul du coût est certaine. Le principal problème est la récupération de l'information quand un secteur ne gère pas la structure intersectorielle. Le bouclage sur la dotation globale n'apparaît pas comme un véritable problème.

DÉCISIONS PRISES

- Quand un secteur utilise une structure intersectorielle gérée par un autre secteur ou aucun autre secteur : il faut récupérer l'information, c'est-à-dire la dépense totale engagée pour cette structure intersectorielle, pour laquelle on calculera un coût moyen. Ce calcul de coût sera basé sur l'ensemble de l'activité réalisée par la structure.
- Quand un secteur gère une structure intersectorielle : l'information est disponible. On calcule le coût total de cette structure en se basant sur l'ensemble de l'activité réalisée. On affecte ce coût moyen à la consommation des schizophrènes.

➤ **Choix des unités d'oeuvre (actes, journées,...) pour chaque unité de soins et calcul des coûts moyens par unité d'oeuvre**

Une fois les coûts globaux de chaque unité de soins établis, l'objectif est d'en déduire le coût moyen d'un soin produit par cette unité, pour pouvoir in fine établir le coût de revient du traitement des patients schizophrènes.

Ceci suppose de quantifier ces soins, au moyen d'une unité d'oeuvre qui représente l'activité de l'unité.

Les unités d'oeuvre retenues sont celles utilisées dans la fiche patient pour quantifier les prises en charge. Un problème spécifique lié à l'hétérogénéité de ces unités d'oeuvre se pose cependant pour les prises en charge en ambulatoire. Plusieurs solutions sont envisagées ici, celle finalement retenue privilégiant plutôt la simplicité au détriment de la précision.

- Pour les prises en charge à temps complet et partiel, l'activité est évaluée en nombre de journées pour chaque unité de soins.

On fait donc implicitement l'hypothèse qu'une journée est équivalente à une autre journée, quelle que soit la pathologie, c'est-à-dire que la charge en soins n'est pas différente pour les schizophrènes de celle des autres patients.

- Pour les prises en charge en ambulatoire : l'activité est évaluée en nombre de consultations (CO), de soins à domicile (SD), de soins en institution substitutive au domicile (SI), de soins en unités d'hospitalisation somatique (SU) ou autres (AA). Devant l'hétérogénéité des unités d'œuvre, trois options peuvent être envisagées :

1. On calcule un coût moyen total ou un coût direct médical moyen de l'acte dans chaque secteur, sans distinguer le type d'acte.

Coût moyen = Dépense totale / nombre d'actes

2. On calcule un coût standard moyen par type d'acte (CO, SI, SU, SD, AA) et on applique ces mêmes coûts à chaque secteur. Le coût moyen standard a été déterminé pour chaque acte dans le secteur 59G21 (J.L. Roelandt) :

Prix CO = 194,79 F (direct) et 234,35 F (indirect) - Prix SI = 534,99 F

Prix SD = 189,85 F - Prix SU = 276,14 F

3. On calcule un coût standard moyen par type d'acte dans chaque secteur. Le PMSI (questionnaire intervenant) ne permet pas d'avoir ce détail (on relève le temps global passé par intervenant en ambulatoire sans distinguer l'acte).

#### DÉCISIONS PRISES

- L'option 3 est complexe à mettre en oeuvre. En effet, le poste de dépense "transport" qui contribue fortement à la différenciation des coûts entre les types d'actes réalisés en ambulatoire, est commun à l'ensemble de l'ambulatoire.
- On retient selon l'avis d'experts financiers plutôt l'option n°1 qui est la plus simple.

Néanmoins, une méthodologie, proposée par un établissement, est détaillée ci-dessous pour distinguer 2 coûts différents : le coût de la consultation en CMP et le coût commun des SI, SU, SD et AA. En effet, la variable "transport" apparaît comme la variable discriminante dans ce calcul. Cependant, cette modalité de calcul est trop complexe pour être proposée en standard, elle pourra être utilisée au choix des établissements.

#### MODALITÉ OPTIONNELLE DE CALCUL DU COÛT MOYEN POUR CO, SI, SD, SU ET AA

**Première étape** : on calcule le montant total des dépenses de l'unité de soins sans les dépenses de transport : = Dépenses sans transport [DST]. Le budget de ce poste "transport" est commun pour l'ensemble de l'ambulatoire. On en déduit un coût moyen de l'acte [X]

$\text{DST} / \text{nombre d'actes} = \text{Coût moyen de l'acte sans les transports} = X$
--

**Deuxième étape** : Calcul du coût du transport

On affecte au coût moyen de l'acte (sans les transports) (CO, SI, SD, SU, AA) une partie des transports.

Deux cas de figure sont à envisager :

- Pour les CMP siégeant dans la résidence administrative, pas de coût de transport.

- Coût du CO = X

- On affecte un coût moyen de transport aux SU, SI, SD, AA :

$$\text{Dépenses Transports} / \text{nombre d'actes en SU, SI, SD, AA} = Y$$

$$\text{Coût des SU, SI, SD, AA} = X + Y$$

- Pour les CMP loin de la résidence administrative :

- On calcule le coût au Km

$$\text{Coût au KM} = \text{Dépenses de transport} / \text{Nbre total de Km}$$

- On évalue le nombre de km parcourus par an par le CMP (CO) en multipliant 3 paramètres : la distance en km, la fréquence des voyages et le nombre de voitures

$$\text{Coût du CO} = X + (\text{coût du km} * \text{nbre de Km}) / \text{nbre de CO}$$

$$\text{Coût des SU, SI, SD, AA} = X + (\text{reliquat transport} / \text{nbre d'actes})$$

➤ **Calcul du coût par patient**

Pour calculer le coût par patient :

- On recueille, pour chaque patient schizophrène, le nombre d'unités d'œuvre consommées (journées, actes) pour chaque unité de soins. Le recueil de ces informations, disponibles dans la fiche patient, est facilement réalisable dans les centres informatisés. Il peut être effectué à partir d'une saisie globale de la fiche patient dans les centres non informatisés.
- Pour quels patients schizophrènes ? ⇔ ensemble de la file active ou présents toute l'année ?

On fera deux types de calculs : sur l'ensemble de la file active et sur une cohorte de patients schizophrènes déterminée par des critères d'inclusion permettant aussi de mesurer des résultats cliniques.

b) Le coût engendré par les prestations versées par l'Assurance maladie

Relevé auprès des CPAM des différentes prestations versées par jour et par patient :

- Prestations en espèce : indemnités journalières, pensions d'invalidité : montant par jour et par patient,
- Prestations en nature : montant versé par malade et par jour,
- Frais de gestion de tutelle aux prestations sociales.

On ne retient pas les deux prestations dont les montants restent négligeables : financement de l'aide ménagère pour certains ressortissants et subventions auprès de l'UNAFAM .

**C) Evaluation du coût pour la CAF**

Les caisses d'allocations familiales financent :

- les prestations en espèce versées au titre de l'allocation adulte handicapé et l'allocation pour le logement,
- les frais de gestion de tutelle,

On doit obtenir ces informations auprès des CAF.

**D) Evaluation du coût pour l'Etat**

L'Etat est pris ici au sens large, regroupant tous organismes centraux (DDASS). Son coût est égal :

- aux sommes versées par les DDASS (RMI, FNS) (*informations à recueillir auprès des DDASS*) ;
- au montant du forfait journalier si le patient ne peut le payer (si le malade est hospitalisé et exonéré du ticket modérateur) (*informations à recueillir auprès des assistantes sociales du secteur hospitalier*) ;
- au financement des tutelles et curatelles de l'État.

**E) Evaluation du coût pour les autres financeurs**

Il faut recenser la liste de l'ensemble des associations et collectivités locales qui participent financièrement à la prise en charge des malades mentaux :

- associations de tutelle,  
leur coût est égal au montant des frais engagés pour un mois de tutelle aux prestations sociales et le montant des frais de tutelles et curatelles d'État, payé entièrement par l'État,
- associations d'aide ménagère,
- associations UNAFAM qui peuvent gérer différentes associations,
- municipalités.

## ÉVALUATION DES RÉSULTATS

La mesure des résultats d'un mode d'organisation est une phase indispensable de toute étude d'évaluation. Ces résultats concernent 3 types d'axes :

- l'évaluation clinique,
- l'évaluation du taux de couverture des besoins,
- l'évaluation du niveau de satisfaction et qualité de vie.

⇒ Une pathologie étudiée : les schizophrènes

Dans cette étude et selon certains critères évoqués en page 43 du document, l'évaluation des résultats sera menée sur une pathologie bien précise : la schizophrénie. Les diverses expressions cliniques de la schizophrénie et ses modalités évolutives posent deux types de problèmes : la période d'observation et la comparaison des patients.

⇒ La période d'observation

Une période d'observation sur un an, voire deux ans, est souvent considérée comme trop brève. Les variables étudiées au bout d'un an, deviennent essentiellement des variables de contrôle. Nous proposons donc de mesurer ces résultats à un instant " t ", résultats traduisant les effets des soins antérieurs.

Toutefois, pour trois types d'indicateurs, nous conservons un relevé des résultats à  $t^0$  et  $t^{12}$ . Cette analyse sur une période de un an permet :

- de mesurer l'impact des soins dont le malade a bénéficié durant cette période,
- de mesurer la réalisation de certains objectifs de soins,
- d'enregistrer des événements survenus durant une année d'observation.

Type d'échelle	En T <sup>0</sup>	
Évaluation clinique : <i>Echelle Globale de fonctionnement (EGF)</i>	X	
Besoins élémentaires : grille CREDES	X	
Besoins relationnels : échelle "Réseaux Sociaux en Psychiatrie "	X	
Qualité de vie du patient : échelle de "Baker et Intagliata"	X	
Satisfaction des patients, soignants et famille : <i>échelle utilisée dans l'étude européenne sur l'évaluation des soins psychiatriques des patients schizophrènes</i>	X	
	En T <sup>0</sup>	En T <sup>12</sup>
Évaluation clinique : <i>Echelle d'impressions cliniques globales</i>	—————→	
Grille Besoins de soins : grille CREDES inspirée du NFCAS	—————→	
Tentatives de suicides : nombre	—————→	
Suicides : nombre	—————→	
Décès : nombre	—————→	

⇒ La comparaison des patients entre eux

Nous proposons de définir des groupes de patients “ homogènes ”. Ces groupes peuvent être déterminés en utilisant les tranches d’âge correspondant approximativement aux différents stades de la maladie :

- groupe n°1 : moins de 30 ans
- groupe n°2 : 30 à 49 ans
- groupe n° 3 : 50 à 60 ans.

Cette modalité de regroupement, facile à utiliser et homogène d’un secteur à l’autre, semble, aux dires d’experts, pertinente.

### **A. L’évaluation clinique des patients**

L’évaluation de l’état clinique du patient repose sur la définition de deux types d’indicateurs :

⇒ *Analyse de l’état clinique du patient*

Cette analyse se fera à partir de 2 échelles :

- l’EGF ou Echelle Globale de Fonctionnement  
Cette échelle permet d’analyser l’état clinique du patient en  $T^0$ . Cette échelle est remplie par l’équipe soignante (*annexe 1, p. 77*) ;
- L’échelle d’Impressions cliniques Globales (ICG).  
Cette échelle permet de mesurer la gravité de la maladie à  $t^0$  et son évolution à  $t^{12}$ . Cette échelle est remplie à la fois par l’équipe soignante, les patients et leurs familles (*annexe 1, pp. 99-101*).

⇒ *Définition de cinq indicateurs d’aggravation*

- Taux de réhospitalisation.  
L’hôpital reste le lieu de traitement en période aiguë de la maladie. Le nombre de réhospitalisations relevées entre  $t^0$  et  $t^{12}$ , couplé avec la durée de séjour, peut être considéré comme un bon indicateur de rechute.
- Nombre de passages en services d’urgences psychiatriques ou centre de crise ou centre hospitalier.  
Ces informations sont relevées entre  $t^0$  et  $t^{12}$ .
- Tentatives de suicides.  
Relevées entre  $t^0$  et  $t^{12}$ .
- Nombre de suicides.  
Relevés entre  $t^0$  et  $t^{12}$ .
- Nombre de décès autres que suicide (si cause connue, précision).  
Relevés entre  $t^0$  et  $t^{12}$ .

## B. Le taux de couverture des besoins

Le taux de couverture de besoins de soins, de besoins élémentaires et de besoins plus élaborés, de type relationnel, semble être un bon indicateur de résultat. Les grilles présentées sont inspirées du NFCAS "Needs for Care Assessment Schedule", instrument destiné à évaluer les besoins en matière de soins psychiatriques.

- Taux de couverture de besoins de soins à  $t^0$  et  $T^{12}$

Ce taux de couverture concerne le recours au généraliste et certains problèmes physiques et psychiques exposés dans le tableau ci-dessous :

Le patient a-t-il vu au moins une fois le médecin généraliste au cours des 12 derniers mois pour une autre raison que ses troubles psychiques ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
---	---

	Codage* à $t^0$ 1/2/3/4	Si 2, 3 ou 4 que proposez-vous ?	Codage à $t^{12}$ 1/2/3/4
1. Symptômes psychotiques positifs			
2. Symptômes psychotiques négatifs			
3. Effets secondaires, dyskinésies tardives			
4. Maladies somatiques (caries dentaires, diabète, obésité...)			
5. Détresse face à des problèmes économiques et/ou sociaux (mésentente conjugale, familiale, problème de logement, d'argent, etc.)			

**\*Codage :**

- « 1 » Pas de problèmes et/ou contrôlés
- « 2 » Problèmes légers insuffisamment contrôlés
- « 3 » Problèmes importants, non contrôlés
- « 4 » A  $t^0$ , on n'a pas l'information

Le recueil des informations se fait à  $t^0$  et  $t^{12}$  par l'équipe soignante du patient. Si le patient connaît certains problèmes légers ou importants (code 2 ou 3), il est également demandé à l'équipe soignante ce qu'elle envisage de faire pour y remédier.

- Taux de couverture des besoins élémentaires à  $T^0$  :

Si l'hôpital couvre des besoins dits élémentaires (on dit souvent qu'un patient est nourri, logé et blanchi), il est intéressant de mesurer ce taux de couverture pour les patients pris en charge par les alternatives à l'hospitalisation. La grille ci-jointe couvre 9 types de besoins ; elle est remplie en  $T^0$  par le personnel soignant et seulement pour les patients pris en charge en dehors de l'hôpital.

L'équipe soignante doit répondre à trois types de questions :

- Ce besoin est-il couvert ? réponse oui/non
- Que ce besoin soit couvert ou non, a-t-il nécessité une aide ?  
Cette aide peut-être une personne physique ou une aide financière.
- En cas de non couverture, que propose l'équipe soignante ?

### Grille de besoins élémentaires

Types de besoins	Descriptif	Taux de couverture (seul ou avec aide) oui /non	Aide nécessaire d'une personne ou financière oui/non	Si non, que propose l'équipe soignante ?
Logement décent	Le patient a-t-il un logement décent ( <i>eau chaude, électricité, chauffage</i> ) ?			
Argent	Le patient dispose-t-il d'argent de poche ?			
	<i>Si oui</i> , a-t-il une gestion efficace du budget pour l'achat de nourriture et d'articles essentiels ?			
Travail	Le patient a-t-il un travail protégé ou non ?			
	<i>Si non</i> , pourrait-il en avoir un ?			
Relations sociales	Insertion minimum dans le tissu social : capable d'avoir une conversation de 5 mn avec une personne que le patient connaît,			
Hygiène	- Hygiène corporelle ( <i>se laver tous les jours</i> )			
	- Avoir une tenue non négligée			
	- Hygiène alimentaire ( <i>deux repas par jour</i> )			
Tâches ménagères	- Logement entretenu			
Déplacement	- Se déplacer seul dans la ville			
	- Utiliser seul les transports en commun			
Médicaments	Le patient a-t-il un traitement médicamenteux ?			
	<i>si oui</i> , nom du médicament prescrit : .....			

- Taux de couverture des besoins relationnels en t<sup>0</sup>

L'échelle "Réseaux Sociaux et Psychiatrie" de Guitton (*annexe 1, pp. 79-84*) définit huit types de besoins : le foyer, les relations avec la parenté, avec les amis, les relations d'aide, avec le voisinage, les relations hors foyer, les relations de travail et l'appréciation globale du patient.

La partie concernant l'appréciation globale du patient (vous sentez vous suffisamment entouré, plutôt seul ?) a été complétée en rajoutant une question 8.2. : "cela vous gêne-t-il ? si oui, que propose l'équipe soignante ?"

Chaque besoin est évalué par une échelle comportant 10 niveaux. Chaque échelle est notée de 0 à 10. Le total des notes est sur 100.

Elle sera remplie par le personnel soignant (par exemple les infirmiers référents). Chaque équipe pourra bénéficier d'une formation pour coter les différentes échelles utilisées dans cette méthode.

### **C. L'évaluation de la satisfaction et de la qualité de vie**

Ce degré de satisfaction concerne à la fois le patient, la famille et les soignants. Deux types d'échelle sont utilisés, un troisième questionnaire, concernant uniquement les patients hospitalisés est proposé en option :

- L'échelle de qualité de vie de Baker et Intagliata (*annexe 1, pp. 85-87*).  
Cette échelle permet de mesurer comment se sent le patient par rapport à certains aspects de sa vie tels son logement, sa santé, les gens avec qui il vit, ses relations avec ses amis, sa famille, sa vie sexuelle, sa situation financière, la confiance en lui... On utilisera cette échelle en interrogeant le patient à t<sup>0</sup>.
- Les questionnaires utilisés dans l'étude européenne sur l'évaluation des soins psychiatriques des patients schizophrènes (*annexe 1, pp. 89-91*). Ces questionnaires, utilisés à t<sup>0</sup>, concernent à la fois le patient, la famille et l'équipe soignante, permettant ainsi le croisement des réponses. Aux questionnaires famille et patient, une question a été ajoutée concernant le taux de pénétration de l'information : "Considérez vous que vous êtes bien informé d'un point de vue administratif sur vos droits, allocations.... ?".
- On propose en option de mesurer la satisfaction des patients hospitalisés à partir du questionnaire, testé dans le secteur 59G21 de Lille qui se trouve en *annexe 1, pp. 93-98*.

## *Bibliographie*

### Études d'origine française

- [1] Cormier H.J., Borus J.F., Reed R.B., Pinard G., Lessard R. "Comblent les besoins de services de santé mentale des personnes atteintes de schizophrénie." revue Canadienne de Psychiatrie. 1987, 32(08), 454-458.
- [2] François I., Gadreau M., Gisselmann A. et Favelier H., "Une comparaison de deux structures de soins pour schizophrènes chroniques au CHRU de Dijon", 1990, Journal d'économie médicale, 1993, T11, n°4
- [3] Guers-Guilhot J., "Alternatives en psychiatrie, de l'histoire à l'évaluation", thèse de doctorat en sciences de gestion, Université Jean Moulin, Lyon III.
- [4] Guilhot J., Laurent O., Pellet J., Vanderhaegue J.F., Giusti L., Chazel D., Apparicio J., Alamo-Boccoz M.C., Olivares J.M., Terra J.L. "Étude qualitative de l'offre de soins en psychiatrie : propositions méthodologiques." 1998, soumis à la Revue "Santé Publique".
- [5] Guilhot J., Pellet J., Claveranne J.P. "Un outil d'évaluation médico-économique en psychiatrie". Journal d'économie médicale. 1993, T11, N°4 - 165-183.
- [6] Kapsambelis V., Delignières A., Macron-Nogues F. "Le coût de la désinstitutionnalisation, centre hospitalier Philippe-Pinel d'Amiens, 1989-1992", L'information psychiatrique, n°4, avril 1995
- [7] Marielle B., Mermilliod C. et Meuret D., sous la direction de Marie-Thérèse Chapalain., "Le financement de l'activité extra-hospitalière en psychiatrie de secteur", Ministère de la Santé, novembre 1975
- [8] Mercier C. "La méthodologie de l'évaluation de la qualité de vie subjective en psychiatrie." In Qualité de Vie Subjective et Santé Mentale. 1994, J.L. Terra Ed. Ellipses.
- [9] Pellet J. "Analyse des besoins de soins d'un groupe de 50 patients schizophrènes. Évaluation des coûts de prise en charge." 1996, Rapport Clinique.
- [10] Pellet J., Lang F., Decroocq A., Bouvy M.H., Guilhot J., Claveranne JP., Pellet K., "Étude pilote coût-utilité de deux modes de prise en charge psychiatrique, CHRU de St Etienne", 1992, 43<sup>ème</sup> colloque international, Lyon, 7-8 juillet 1994

### Études d'origine anglo-saxonne

- [11] Baker F., Intagliata J. "Quality of Life in the evaluation of community support systems." Evaluation Program Planning, 1982, 5, p. 69-79.
- [12] Beecham J., Knapp M., Fenyo A., "Costs, needs and outcomes", Schizophrenia bulletin, vol 17, n°3, 1991.
- [13] Braum P., Kochansky G, Shapiro R., Grennberg. S, Gudeman J. Johnson S., Shore F, "Overview : Desinstitutionalisation of psychiatric patients : a critical review of outcome studies", Am J Psychiatry, 138, 1981.
- [14] Brewin C.R., Wing J.K., Mangen S.P., Brugha T.S., MacCarty B., Lesage A. "Needs for care among the long term mentally ill : a report from the Camberwell High Contact Survey". 1988, Psychological Medicine, 18, 457-468.
- [15] Dauwalder J.P., Ciompi L. et Hess D. , "Coûts des alternatives à l'hospitalisation", confrontations psychiatriques n°32, 1990
- [16] Dauwalder J.P., Ciompi, "Cost-effectiveness over 10 years", original paper, 1994.
- [17] Dick P., Cameron L., Cohen D., Barlow M., Ince A. "Day and full-time", p. 246-50.
- [18] Endicott J., Herz M., Gibbon M. "Brief versus standard hospitalisation : the differential costs", American Journal of Psychiatry, 135, 6, 1978, p. 707-12.
- [19] Evers S.M.A.A., Van Wijk A.S. and Ament A.J.A., "Economic evaluation of mental health care interventions : a review", Health Economics, Vol 6, 1997.
- [20] Falloon I.R. et al. "Family Management of Schizophrenia. A study of clinical, social, family and economic benefit", The John Hopkins University Press. Baltimore and London, 1985, 207 p.
- [21] Fenton F.R., Tessier L., Contandriopoulos A.P., Nguyen H., Struening E.L. "A comparative trial of home and hospital psychiatry treatment : financial costs", Canadian Journal of Psychiatry, 27, 3, 1982, p.
- [22] Fenton R., Tessier L., Struening E.L., Smith A., Benoit C., Contandriopoulos A.P., Nguyen H., "A two years follow-Up of a comparative trial of the Cost Effectiveness of home and hospital Psychiatric treatment", Can J psychiatry, Vol.29, April 1984.
- [23] Frank R., "Cost benefit analysis in mental health care : A review of the literature", Administration in Mental Health

- [24] Goldberg D. "Cost-effectiveness studies in the treatment of Schizophrenia : a review", *Social Psychiatry and psychiatric epidemiology*, 1991.
- [25] Goldberg D. "Cost-effectiveness studies in the evaluation of mental health services in the community : current knowledge and unsolved problems", *International clinical psychopharmacology*, vol 9, 1995.
- [26] Goldberg D., Jackson G., Gater R., Campbell M., Jennett N. ! "The treatment of common mental disorders by a community team based in primary care : A cost effectiveness study", *Psychological Medicine*, 1996, 26.
- [27] Hoult J., Rosen A., Reynolds I. "Community orientated treatment compared to psychiatric hospital orientated treatment". *Social Science and Medicine*, 18, 11, 1984, p. 1005-10.
- [28] Hyde C., Bridges K., Goldberg D. et al. "The evaluation of a hostel ward : a controlled study using modified cost-benefit analysis". *British journal of Psychiatry*, 151, 1987, p. 805-12.
- [29] Jones R., Goldberg D., Hughes B. "A comparison of two services treating schizophrenia : a cost-benefit approach", *Psychological Medicine*, 10, 1980, p. 493-505.
- [30] Knapp M., Beecham J., "Costing mental health services", *Psychological Medicine*, 1990, 20.
- [31] Knapp M., Beecham J., Anderson J., Dayson D., Leff J., Margolies O., O'Driscoll C. and Wills W. "Predicting the community costs of closing psychiatric hospitals", *British Journal of Psychiatry*, 157, 1990.
- [32] Knapp M., Beecham J., Koutsogeorgopoulou V., Hallam A., Fenyo A., Marks I.M., Connolly J., Audini B., Muijen M. : "Service use and costs of home-based versus hospital-based care for people with serious mental illness", *British Journal of Psychiatry*, 165, 1994.
- [33] Knapp M., Marks I.M., Wolstenholme J., Beecham J., Astin J., Audini B, Connolly J., Watts V. : "Home-based versus hospital-based care for serious mental illness", *British Journal of Psychiatry*, 172, 1998.
- [34] Knapp M., Beecham J, Fenyo A., Hallam A. : "Community Mental Health Care for former Hospital In-Patients", *British Journal of Psychiatry*, 166, 1995.
- [35] Mangen S.P., Paykel E.S., Griffith J.H., Burchell A., Mancini P. "Cost-effectiveness of community psychiatric nurse or out-patient psychiatrist care of neurotic patients", *Psychological Medicine*, 13, 1983, p. 407-16.
- [36] Murphy J.G., Dattel W.E. "A cost benefit analysis of community versus institutional living", *Hospital and Community Psychiatry*, 27, 1976, p. 165-70.
- [37] Olsson M.D. "Assertive Community Treatment: An Evaluation of the Experimental Evidence" *Hospital and Community Psychiatry*, vol. 41, n°6, 1990.
- [38] Sharfstein S., Nafzinger J. "Community care : costs and benefit for a chronic patient", *Hospital and Community Psychiatry*, 27, 1976, p. 170-3.
- [39] Stein L.I., Test M.A., "Alternative to mental hospital treatment" , *Arch Gen psychiatry*, vol 37, April 1980
- [40] Thornton P.H., Goldman H.H., Stegner B.L., Rappaport M., Sorensen J.E., Attkisson C.C. "Assessing the costs and outcomes together. Cost effectiveness of to systems of acute psychiatric care". *Evaluation and program planning*, 13, 1990, p. 231-41.
- [41] Wasbrun S., Vanicelli M., Longabaugh R., Sheff B.J. "A controlled comparison of psychiatry day treatment and in-patient hospitalization", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44, 4, 1976, p. 665-75.
- [42] Weisbrod B.A., "A guide to benefice-Cost Analysis , as seen through a controlled experiment in treating the mentally ill", *Journal of Health Politics, Policy and Law*.
- [43] Weisbrod B.A., Test M.A., Stein L.I., "Alternative to mental Hospital treatment", *Arch Gen psychiatry*, vol 37, April 1980.
- [44] Wiersma, D, Kluiters F., Nienhuis F.J., Rupan M., Giel R., "Costs and benefits of hospital and day treatment with Community Care of affective and schizophrenic Disorders", *British Journal of Psychiatry*, n° 166, 1995.

Annexe 1  
*Les échelles*

## Échelle Globale de Fonctionnement (EGF) pour un patient adulte

Le médecin responsable du malade cotera, chaque semaine de relevé, le fonctionnement psychologique, social et professionnel du patient, qu'il soit ou non hospitalisé, uniquement à partir de l'âge de 3 ans pour les patients enfants moyen de l'échelle suivante (EGF) :

L'EGF permet d'évaluer, le fonctionnement psychologique, social et professionnel sur un continuum hypothétique allant de la santé mentale à la maladie. Ne pas tenir compte d'une altération du fonctionnement due à des facteurs limitants d'ordre physique ou environnemental.

Code (NB: utiliser des codes intermédiaires lorsque cela est justifié: p. ex. 45,68,72)

<b>100 - 91</b>	<i>Absence de symptômes.</i>
<b>90 - 81</b>	<i>Symptômes absents ou minimes (ex : anxiété légère avant un examen), fonctionnement satisfaisant dans tous les domaines, intéressé et impliqué dans une grande variété d'activités, socialement efficace, en général satisfait de la vie, pas plus de problèmes ou de préoccupations que les soucis de tous les jours (ex : conflit occasionnel avec des membres de la famille).</i>
<b>80 - 71</b>	<i>Si des symptômes sont présents, ils sont transitoires et il s'agit de réactions prévisibles à des facteurs de stress (ex - des difficultés de concentration après une dispute familiale) : pas plus qu'un handicap léger du fonctionnement social, professionnel ou scolaire (ex : fléchissement temporaire du travail scolaire).</i>
<b>70 - 61</b>	<i>Quelques symptômes légers (ex: humeur dépressive et insomnie légère) OU une certaine difficulté dans le fonctionnement social, professionnel ou scolaire (ex: école buissonnière épisodique ou interprofessionnelles positives).</i>
<b>60 - 51</b>	<i>Symptômes d'intensité moyenne (ex: émoussement affectif, prolixité circonlocutoire, attaques de panique épisodiques) OU difficultés d'intensité moyenne dans le fonctionnement social, professionnel ou scolaire (ex : peu d'amis, conflits avec les collègues de travail).</i>
<b>50 - 41</b>	<i>Symptômes importants (ex : idéation suicidaire, rituels obsessionnels sévères, vois répétés sans les grands magasins) OU handicap important dans le fonctionnement social, professionnel ou scolaire (absence d'amis, incapacité à garder un emploi).</i>
<b>40 - 31</b>	<i>Existence d'une certaine altération du sens de la réalité ou de la communication (ex : discours par moments illogique, obscur, ou inadapté) OU handicap majeur dans plusieurs domaines (ex: le travail, l'école, les relations familiales, le jugement, la pensée et l'humeur (ex - un homme déprimé évite ses amis, néglige sa famille et est incapable de travailler; un enfant bat fréquemment des enfants plus jeunes que lui, se montre provoquant à la maison et échoue à l'école).</i>
<b>30 - 21</b>	<i>Le comportement est notablement influencé par des idées délirantes ou des hallucinations OU trouble grave de la communication ou du jugement (ex: parfois incohérent, actes grossièrement inadaptés, préoccupation suicidaire) OU incapable de fonctionner dans tous les domaines (ex: reste au lit toute la journée, absence de travail, de foyer ou d'amis).</i>
<b>20 - 11</b>	<i>Existence d'un certain danger d'auto ou d'hétéro-agression (ex: tentative de suicide sans attente précise de la mort, violence fréquente, excitation manique) OU incapacité temporaire à maintenir une hygiène corporelle minimum (ex: se barbouille d'excréments) OU altération massive de la communication (ex : incohérence indiscutable ou mutisme).</i>
<b>10 - 1</b>	<i>Danger persistant d'hétéro-agression grave (ex: accès répétés de violence) OU incapacité durable à maintenir une hygiène corporelle minimale OU geste suicidaire avec attente précise de la mort.</i>

## Réseaux sociaux et psychiatrie (Guitton et al. 1989)

### 1. LE FOYER

**1.1. A votre avis, où vous sentez-vous le plus à l'aise dans la société actuelle ?**

(Donner deux réponses au maximum)

Est-ce :	en famille	1	1 <sup>er</sup> choix	<input type="checkbox"/>
	entre amis	2	2 <sup>ème</sup> choix	<input type="checkbox"/>
	avec des collègues de travail	3		
	seul	4		
	ne sait pas	5		

**1.2. Existence d'un environnement social au foyer de vie habituel**

1.2.1. Le patient :

- vit seul à son domicile 1
- vit avec son conjoint à son domicile 2
- vit avec son conjoint et des proches (*enfants, ascendants, frères, soeurs...*) à son domicile 3
- vit avec des proches à son domicile 4
- vit avec des proches au domicile de ces derniers 5
- ne vit pas dans son propre domicile (*ni celui de proches*) 6

1.2.2. Nombre d'enfants du patient demeurant avec lui

**1.3. Les tâches du foyer**

Pouvez-vous me dire qui, dans le foyer, réalise habituellement les tâches suivantes ?

(Donner une ou deux réponses au maximum par tâche)

	sans objet ne se fait pas	patient	conjoint	enfants	autre membre du foyer	femme de ménage	service extérieur payant	secteur psychiatrique	
achats alimentaires	0	1	2	3	4	5	6	7	<input type="checkbox"/>
préparation des repas	0	1	2	3	4	5	6	7	<input type="checkbox"/>
vaisselle	0	1	2	3	4	5	6	7	<input type="checkbox"/>
lavage du linge	0	1	2	3	4	5	6	7	<input type="checkbox"/>
repassage	0	1	2	3	4	5	6	7	<input type="checkbox"/>
nettoyage et entretien de la maison	0	1	2	3	4	5	6	7	<input type="checkbox"/>
courrier à la famille	0	1	2	3	4	5	6	7	<input type="checkbox"/>
formalités administratives	0	1	2	3	4	5	6	7	<input type="checkbox"/>
soins aux enfants	0	1	2	3	4	5	6	7	<input type="checkbox"/>

#### 1.4. Animaux au foyer

1.4.1. Votre foyer possède-t-il des animaux domestiques (*de compagnie*) ?    oui    1      
non    2

1.4.2. Votre foyer possède-t-il des animaux d'élevage (*ferme...*) ?    oui    1      
non    2

### 2. RELATIONS AVEC LA PARENTÉ

Quelques questions maintenant sur vos relations avec vos parents et votre famille

- *parents adoptifs s'il y a lieu*

- *beaux-parents = parents du conjoint légal ou non ou de l'ex-conjoint (divorce)*

#### 2.1. A quelle fréquence voyez-vous :

(convertir en nombre de visites par an :

si le patient habite avec son père ou sa mère, répondre : 365)

- votre père
- votre mère
- vos beaux-parents (*ou celui que vous voyez le plus*)
- parmi vos enfants vivant hors de votre foyer,  
celui que vous voyez le plus
- parmi vos frères et soeurs vivant hors de votre foyer,  
celui que vous voyez le plus
- parmi les autres personnes de votre parenté vivant  
hors de ce foyer (*cousins, neveux...*), celle que voyez le plus

Les deux questions suivantes s'adressent aux soignants

#### 2.2. Apprécier la qualité globale du soutien apporté au patient par sa famille

- soutien nul 1
- soutien minime 2
- soutien important 3
- influence de la famille négative ou paradoxale 4

Éventuellement, précisez : .....

#### 2.3. Apprécier la charge affective globale que représente pour la famille le soutien qu'elle apporte au patient

- aucune charge 1
- charge légère 2
- charge importante 3
- charge considérable (peu de familles le ferait) 4

Éventuellement, précisez : .....

### 3. RELATIONS AVEC LES AMIS

**3.1. Avez-vous des amis proches (hors conjoint ou compagnon) ? Combien ?**  
(noter le nombre, aucun = 0)

|\_|\_|

**3.2. Dans quelles circonstances avez-vous rencontré votre meilleur ami ?**

- voisin 1
- camarade d'étude 2
- collègue de travail (y compris CAT, atelier protégé...) 3
- membre d'une même association 4
- mis en relation par la famille 5
- mis en relation par d'autres amis 6
- dans une institution psychiatrique 7
- autres cas, précisez : ..... 8
- sans objet 9

|\_|

**3.3. A quelle fréquence voyez-vous votre meilleur ami ?**

(ou celui de vos meilleurs amis que vous voyez le plus)  
(convertir en nombre de fois par an : jamais = 0)

|\_|\_|\_|

### 4. RELATIONS D'AIDE

**4.1. Ces derniers mois, à qui avez-vous fait appel de préférence pour résoudre certains de vos problèmes ?**

	Problème inconnu ou résolu sans aide	parents	amis	collègues de travail	voisins	Institutions : mairie, garderie, banque etc.	Secteur psychiatrique	
Faire garder votre enfant	1	2	3	4	5	6	7	_
Un prêt d'argent	1	2	3	4	5	6	7	_
Renseignements ou conseils pour trouver un emploi	1	2	3	4	5	6	7	_
Un soutien moral dans un moment difficile	1	2	3	4	5	6	7	_
Une aide pour régler des problèmes administratifs	1	2	3	4	5	6	7	_



## 6. RELATIONS HORS DU FOYER

### 6.1. Faites-vous partie :

	oui, avec des responsabilités	oui, membre actif	oui, simple membre	non	
d'une association de locataires, de propriétaires ou syndicat de copropriétaires ?	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
d'une association de quartier ?	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
d'un groupe religieux ou paroissial, en dehors des cérémonies et rassemblements de fidèles usuels ? <i>lequel</i> : .....	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
d'une association culturelle ou musicale ?	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
d'une association ou club sportif ?	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
d'un groupement ou club politique ?	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
d'une autre catégorie d'association ? <i>laquelle</i> : .....	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>

### 6.2. Avez-vous les activités suivantes ? Si oui, avec qui ? (noter plusieurs réponses si nécessaire, trois au maximum)

	jamais	seul	avec la famille	avec des amis	avec des collègues	avec le secteur psychiatrique	autres	
aller au cinéma	1	2	3	4	5	6	7	<input type="checkbox"/>
aller au café, au bistrot	1	2	3	4	5	6	7	<input type="checkbox"/>
jouer au tiercé, au loto	1	2	3	4	5	6	7	<input type="checkbox"/>
aller au bal, au dancing, en discothèque	1	2	3	4	5	6	7	<input type="checkbox"/>
assister à des rencontres sportives (TV exclue)	1	2	3	4	5	6	7	<input type="checkbox"/>
aller au théâtre, à des conférences, au concert	1	2	3	4	5	6	7	<input type="checkbox"/>
aller à la chasse	1	2	3	4	5	6	7	<input type="checkbox"/>
aller à la pêche	1	2	3	4	5	6	7	<input type="checkbox"/>
faire une promenade dans la campagne, un pique nique	1	2	3	4	5	6	7	<input type="checkbox"/>

**6.3. Durant les six derniers mois, combien de fois êtes-vous allé :**

- au cinéma ? |||
- au restaurant ? |||
- à des rencontres sportives ? |||
- à la pêche ou à la chasse ? |||

**7. RELATIONS DE TRAVAIL**

(y compris CAT, atelier protégé ou équivalent)

**7.1. Pour ceux qui ont cessé de travailler, maintenez-vous quelques relations avec des collègues de travail que vous connaissiez sur votre dernier lieu de travail, ou bien les avez-vous tous perdus de vue ?**

- |  |   |                      |
|--|---|----------------------|
| maintien des relations                   | 1 |                      |
| tous perdus de vue                       | 2 | <input type="text"/> |
| sans objet ( <i>encore en activité</i> ) | 3 |                      |

**7.2. Votre travail vous fait-il rencontrer habituellement des collègues ?**

- |     |   |                      |
|-----|---|----------------------|
| oui | 1 |                      |
| non | 2 | <input type="text"/> |

**7.3. Parmi ces collègues, en rencontrez-vous certains en dehors du travail ?**

- |                                      |   |                      |
|--------------------------------------|---|----------------------|
| jamais                               | 1 |                      |
| occasionnellement                    | 2 | <input type="text"/> |
| peu souvent                          | 3 |                      |
| souvent (au moins une fois par mois) | 4 |                      |

**8. APPRÉCIATION GLOBALE DU PATIENT**

**8.1. Dernière question plus générale :**

Quelle(s) que soi(en)t votre famille ou vos relations, vous sentez-vous

- |                      |   |                      |
|----------------------|---|----------------------|
| suffisamment entouré | 1 |                      |
| plutôt seul          | 2 | <input type="text"/> |

**8.2. Si "2" à la question précédente, cela vous gêne-t-il ?**

oui	1	<input type="text"/>
non	2	

Si oui, que propose l'équipe soignante ? .....

.....  
.....

## Échelle de qualité de vie de Baker F. & Intagliata J. (1982)

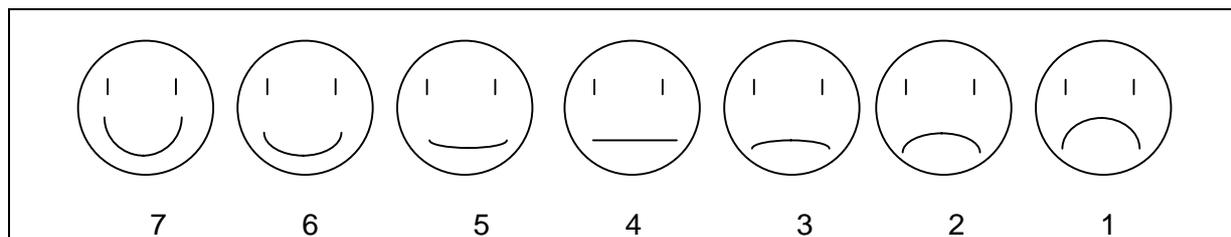
### **Section A. Échelle de qualité de vie\***

D'abord, j'aimerais savoir comment vous vous sentez par rapport à certains aspects de votre vie.

**Donner la vignette au répondant**

Je vais vous montrer 7 visages qui expriment différents sentiments. J'aimerais que vous utilisiez ces visages pour me dire comment vous vous sentez par rapport à une liste de choses que je vais vous nommer. Tout ce que vous avez à faire, c'est de me dire quel visage exprime le mieux comment vous vous sentez. Par exemple, si je vous demande "quel visage exprime le mieux comment vous vous sentez face à l'endroit où vous habitez" et que vous adorez cet endroit, vous choisissez le visage 7. Si par contre, vous détestez cet endroit, vous prenez le visage 1. Si cela vous laisse indifférent, vous indiquez le visage 4. Si vous trouvez cet endroit assez agréable, vous pouvez utiliser les visages 6 ou 5. Si vous en êtes insatisfait(e), les visages 3 ou 2 peuvent représenter vos sentiments.

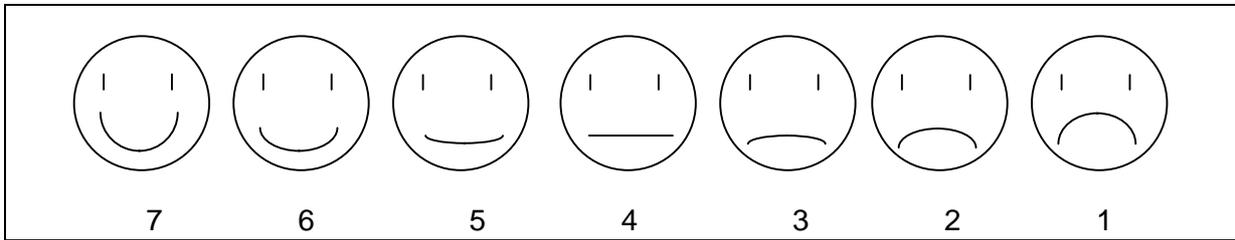
Est-ce que ça va ?



**1. Parmi ces visages, lequel exprime le mieux comment vous vous sentez par rapport :**

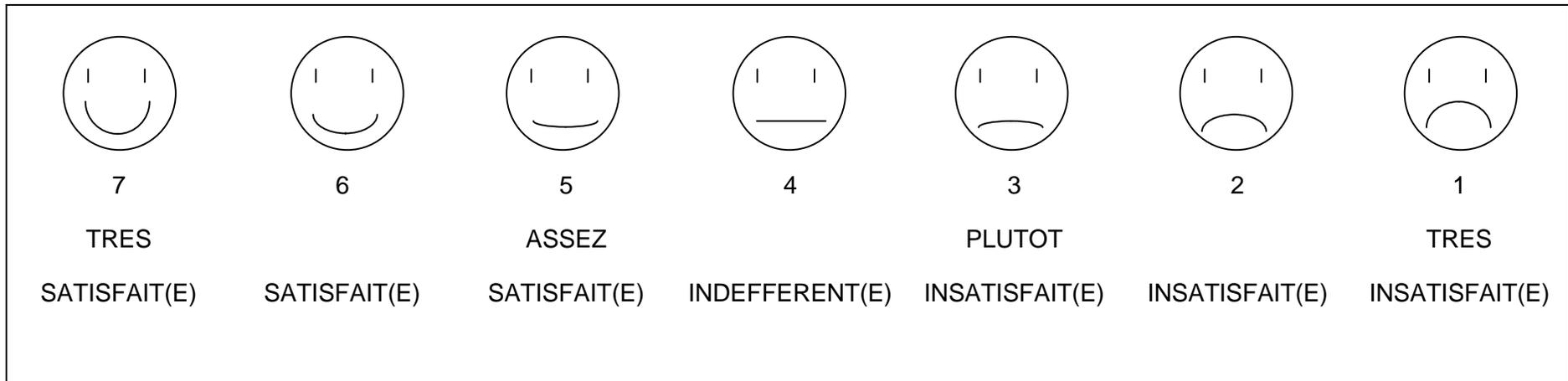
- a) à l'endroit où vous habitez ? (ex. : maison, appartement, chambre) .....
- b) au quartier où vous vivez ? .....
- c) à votre alimentation ? .....
- d) aux vêtements que vous portez ? .....
- e) à votre santé ? .....
- f) aux gens avec qui vous vivez ? .....

\* Traduit et adapté de BAKER F., INTAGLIATA J. (1982). *Quality of life in the evaluation of Community Support Systems. Evaluation and Program Planning* 5 : 59-79



**2. Parmi ces visages, lequel exprime le mieux comment vous vous sentez par rapport :**

- g) à vos amis ?.....
- h) à votre vie sentimentale ? .....
- i) à vos relations avec votre famille ? .....
- j) à la façon dont vous vous entendez avec les autres ? .....
- k) à vos occupations et à vos activités quotidiennes ? .....
- l) à la façon dont vous occupez vos temps libre ? .....
- m) à ce que vous faites à l'extérieur de chez vous pour vous divertir ? .....
- n) aux services et aux commodités de votre quartiers ? .....
- o) à votre situation financière ? .....
- p) à votre vie actuelle en général ? .....
- q) à la confiance que vous avez en vous-même ? .....
- r) à ce que les gens pensent de vous ? .....
- s) aux libertés dont vous disposez actuellement ? .....
- t) aux responsabilités qui vous sont laissées ? .....



**QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION PATIENT**  
*Recherche européenne sur l'évaluation des soins psychiatriques*

1. Appréciez-vous les soins que vous recevez ?
  1. Approbation générale
  2. Préférences spécifiques
  3. Rien
  4. ne sait pas ou pas de réponse
  
2. Êtes-vous mécontent des soins que vous recevez ?
  1. Désapprobation générale
  2. Mécontentement spécifique
  3. Rien
  4. Ne sait pas ou pas de réponse
  
3. Établissez une liste des soins et/ou aides que vous avez reçus lors des 3 derniers mois (*par exemple, séance de peinture à l'hôpital de jour ou au CATTP, consultation chez le psychiatre, appel téléphonique de l'infirmier référent...*).
  
4. Pour chaque soin cité, posez-vous la question suivante : Est-ce que... (ce type de soin)... vous a aidé ou pas ?
  1. Utile
  2. Pas utile
  3. Ne sait pas ou pas de réponse
  
5. Quel soin avez-vous trouvé le plus bénéfique ?
  
6. Y a-t-il une aide souhaitée que vous n'avez pas reçue ?
  
7. Qu'est-ce qui pourrait être fait pour améliorer les soins ?
  
8. Pensez-vous avoir reçu toutes les informations nécessaires concernant votre traitement ?
  
9. Considérez-vous être bien informé d'un point de vue administratif, sur vos droits, allocations, etc. ?

**QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION FAMILLE**  
*Recherche européenne sur l'évaluation des soins psychiatriques*

0. Quel est le représentant de la famille ?
1. Qu'appréciez-vous dans les soins que le patient reçoit ?
  1. Approbation générale
  2. Préférences spécifiques
  3. Rien
  4. Ne sait pas ou pas de réponse
2. Qu'est-ce qui vous déplaît dans les soins que le patient reçoit ?
  1. Désapprobation générale
  2. Mécontentement spécifique
  3. Rien
  4. Ne sait pas ou pas de réponse
3. Établissez une liste des soins et/ou aides reçus par le patient lors des 3 derniers mois (*par exemple, séance de peinture à l'hôpital de jour ou au CATTP, consultation chez le psychiatre, appel téléphonique de l'infirmier référent...*).
4. Pour chaque soin cité, posez-vous la question suivante : Est-ce que... (ce type de soin)... a aidé ou pas le patient ?
  1. Utile
  2. Pas utile
  3. Ne sait pas ou pas de réponse
5. Quel soin avez-vous trouvé le plus bénéfique ?
6. Y a-t-il une aide souhaitée qu'il n'a pas reçue ?
7. Qu'est-ce qui pourrait être fait pour améliorer les soins ?
8. Pensez-vous que le patient ait reçu toutes les informations nécessaires concernant son traitement ?
9. Considérez-vous que le patient soit bien informé d'un point de vue administratif, sur ses droits, allocations, etc. ?

**QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION SOIGNANT**  
*Recherche européenne sur l'évaluation des soins psychiatriques*

1. Appéciez-vous les soins que vous donnez aux patients ?
  1. Approbation générale
  2. Préférences spécifiques
  3. Rien
  4. Ne sait pas ou pas de réponse
  
2. Êtes-vous mécontent des soins que vous donnez aux patients ?
  1. Désapprobation générale
  2. Mécontentement spécifique
  3. Rien
  4. Ne sait pas ou pas de réponse
  
3. Établissez une liste des soins et/ou aides reçus par le patient lors des 3 derniers mois (*par exemple, séance de peinture à l'hôpital de jour ou au CATTP, consultation chez le psychiatre, appel téléphonique de l'infirmier référent...*).
  
4. Pour chaque soin cité, posez-vous la question suivante : Est-ce que... (ce type de soin)... a aidé ou pas le patient ?
  1. Utile
  2. Pas utile
  3. Ne sait pas ou pas de réponse
  
5. Quel soin avez-vous trouvé le plus bénéfique pour le patient ?
  
6. Y a-t-il une aide souhaitée qu'il n'a pas reçue ?
  
7. A-t-il reçu de l'aide de sa famille ou d'amis ?
  
8. A-t-il reçu de l'aide d'autre origine ? (*traitement médicamenteux sans prescription, guérisseur, prêtre ou autre intervention religieuse, homéopathie, médecine parallèle, etc.*)
  
9. Qu'est-ce qui pourrait être fait pour améliorer les soins ?

## Échelle de satisfaction des patients hospitalisés

*Aidez-nous à améliorer notre programme de soins en répondant à quelques questions au sujet des services que vous avez reçus.*

*C'est votre opinion réelle qui nous intéresse, qu'elle soit positive ou négative.*

*Répondez à toutes les questions.*

*Vos commentaires et suggestions sont aussi bienvenus.*

*Merci pour votre aide*

Sexe : M  F

Âge : |\_\_| |\_\_| ans

Durée d'hospitalisation : .....

Nombre d'entretiens que vous avez eus : .....

Travaillez-vous ?  oui  non

Si oui, quelle est votre profession ? .....

S'agit-il de votre première hospitalisation dans le service ?  oui  non

Quel est votre traitement ? .....

-----*(partie à ne pas remplir)*-----

CIM 10 :

E.G.F. :

-----

1. Par rapport au jour de votre entrée, aujourd'hui vous vous sentez :

- beaucoup mieux
- mieux
- pareil
- moins bien
- beaucoup moins bien

2. Les soins qui vous ont été apportés vous paraissent globalement :

- très satisfaisant
- plutôt satisfaisant
- indifférent ou pas très satisfaisant
- pas du tout satisfaisant

3. L'accueil que vous avez reçu lors de votre admission vous est apparu :

- très satisfaisant
- plutôt satisfaisant
- indifférent ou pas très satisfaisant
- pas du tout satisfaisant

4. Les activités thérapeutiques auxquelles vous avez participé durant votre séjour vous semblent :

- très satisfaisant
- plutôt satisfaisant
- indifférent ou pas très satisfaisant
- pas du tout satisfaisant

5. Le confort des chambres vous semble :

- très satisfaisant
- plutôt satisfaisant
- indifférent ou pas très satisfaisant
- pas du tout satisfaisant

6. Les repas vous semblent :

- très satisfaisant
- plutôt satisfaisant
- indifférent ou pas très satisfaisant
- pas du tout satisfaisant

7. Dans l'ensemble, diriez-vous que les médecins sont :

- |               |   |
|---------------|---|
| compétents    | <input type="checkbox"/> très               |
|               | <input type="checkbox"/> moyennement        |
|               | <input type="checkbox"/> peu ou pas du tout |
| consciencieux | <input type="checkbox"/> très               |
|               | <input type="checkbox"/> moyennement        |
|               | <input type="checkbox"/> peu ou pas du tout |
| courtois      | <input type="checkbox"/> très               |
|               | <input type="checkbox"/> moyennement        |
|               | <input type="checkbox"/> peu ou pas du tout |
| chaleureux    | <input type="checkbox"/> très               |
|               | <input type="checkbox"/> moyennement        |
|               | <input type="checkbox"/> peu ou pas du tout |
| sociables     | <input type="checkbox"/> très               |
|               | <input type="checkbox"/> moyennement        |
|               | <input type="checkbox"/> peu ou pas du tout |
| surmenés      | <input type="checkbox"/> très               |
|               | <input type="checkbox"/> moyennement        |
|               | <input type="checkbox"/> peu ou pas du tout |
| autoritaires  | <input type="checkbox"/> très               |
|               | <input type="checkbox"/> moyennement        |
|               | <input type="checkbox"/> peu ou pas du tout |

8. Vos relations avec les médecins ont été :

- très satisfaisantes
- plutôt satisfaisantes
- indifférentes ou pas très satisfaisantes
- pas du tout satisfaisantes

9. Dans l'ensemble, diriez-vous que les membres du personnel soignant sont :

- |               |   |
|---------------|---|
| compétents    | <input type="checkbox"/> très               |
|               | <input type="checkbox"/> moyennement        |
|               | <input type="checkbox"/> peu ou pas du tout |
| consciencieux | <input type="checkbox"/> très               |
|               | <input type="checkbox"/> moyennement        |
|               | <input type="checkbox"/> peu ou pas du tout |
| courtois      | <input type="checkbox"/> très               |
|               | <input type="checkbox"/> moyennement        |
|               | <input type="checkbox"/> peu ou pas du tout |
| chaleureux    | <input type="checkbox"/> très               |
|               | <input type="checkbox"/> moyennement        |
|               | <input type="checkbox"/> peu ou pas du tout |
| sociables     | <input type="checkbox"/> très               |
|               | <input type="checkbox"/> moyennement        |
|               | <input type="checkbox"/> peu ou pas du tout |
| surmenés      | <input type="checkbox"/> très               |
|               | <input type="checkbox"/> moyennement        |
|               | <input type="checkbox"/> peu ou pas du tout |
| autoritaires  | <input type="checkbox"/> très               |
|               | <input type="checkbox"/> moyennement        |
|               | <input type="checkbox"/> peu ou pas du tout |

10. Vos relations avec le personnel soignant ont été :

- très satisfaisantes
- plutôt satisfaisantes
- indifférentes ou pas très satisfaisantes
- pas du tout satisfaisantes

11. Vos relations avec les autres malades ont été :

- très satisfaisantes
- plutôt satisfaisantes
- indifférentes ou pas très satisfaisantes
- pas du tout satisfaisantes

12. Le fait d'être en rapport avec d'autres malades souffrant plus ou moins de problèmes analogues est :

- plutôt rassurant
- plutôt démoralisant
- ni l'un ni l'autre

13. Avez-vous reçu les informations nécessaires concernant votre traitement :

- oui
- non

14. Avez-vous répondu à votre attente :

- oui
- non

## ENTOUREZ VOTRE RÉPONSE

1. Comment évaluez-vous la qualité du service que vous avez reçu ?

4	3	2	1
Excellent	Bon	Passable	Mauvais
  
2. Avez-vous reçu le type de service que vous attendiez ?

4	3	2	1
Oui certainement	Oui je pense	Non je ne pense pas	Non certainement pas
  
3. Dans quelle mesure notre programme de soins a-t-il répondu à vos besoins ?

4	3	2	1
Il a répondu presque à tous mes besoins	Il a répondu à la plupart de mes besoins	Il n'a répondu qu'à peu de mes besoins	Il n'a répondu à aucun de mes besoins
  
4. Si un de vos amis avait besoin du même type d'aide lui recommanderiez-vous notre programme de soins ?

4	3	2	1
Oui certainement	Oui je pense	Non je ne pense pas	Non certainement pas
  
5. Quel est votre degré de satisfaction par rapport à la qualité d'aide que vous avez reçue ?

4	3	2	1
Très satisfaisant	Plutôt satisfaisant	Pas très satisfaisant	Pas du tout satisfaisant
  
6. Les services que vous avez reçus vous ont-ils aidés à mieux affronter vos problèmes ?

4	3	2	1
Oui beaucoup	Oui un peu	Non pas vraiment	Non ils les ont aggravés
  
7. D'une manière générale, le service que vous avez reçu vous laisse :

4	3	2	1
Très satisfait	Plutôt satisfait	Indifférent ou pas très satisfait	Pas du tout satisfait
  
8. Si vous cherchiez à nouveau de l'aide, reviendriez-vous dans notre service ?

4	3	2	1
Oui certainement	Oui je pense	Non je ne pense pas	Non certainement pas

Écrivez vos commentaires ci-dessous :

.....

.....

.....

.....

.....

**IMPRESSIONS CLINIQUES GLOBALES  
(CLINICAL GLOBAL IMPRESSIONS)<sup>o</sup>  
CGI**

Nom : ..... Prénom : .....

Sexe : |\_\_| Âge : |\_\_|\_\_| Date : |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|

**Pour le patient à T0**

Quel est le niveau de gravité de vos troubles mentaux actuels ?

- 0 non évalué .....
- 1 normal, pas du tout malade .....
- 2 à la limite .....
- 3 légèrement malade .....
- 4 modérément malade .....
- 5 manifestation malade .....
- 6 gravement malade .....
- 7 parmi les patients les plus malades .....

**Pour le patient à T12**

Votre état de santé évalué à T0 est-il modifié à T12 ?

- 0 non évalué .....
- 1 très fortement amélioré .....
- 2 fortement amélioré .....
- 3 légèrement amélioré .....
- 4 pas de changement .....
- 5 légèrement aggravé .....
- 6 fortement aggravé .....
- 7 très fortement aggravé .....

**IMPRESSIONS CLINIQUES GLOBALES  
(CLINICAL GLOBAL IMPRESSIONS)<sup>o</sup>  
CGI**

Nom : ..... Prénom : .....

Sexe : |\_\_| Âge : |\_\_|\_\_| Date : |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|

**Pour la famille à T0**

Quel est le niveau de gravité des troubles mentaux actuels du patient ?

- 0 non évalué .....
- 1 normal, pas du tout malade .....
- 2 à la limite .....
- 3 légèrement malade .....
- 4 modérément malade .....
- 5 manifestement malade .....
- 6 gravement malade .....
- 7 parmi les patients les plus malades .....

**Pour la famille à T12**

L'état de santé du patient évalué à T0 est-il modifié à T12 ?

- 0 non évalué .....
- 1 très fortement amélioré .....
- 2 fortement amélioré .....
- 3 légèrement amélioré .....
- 4 pas de changement .....
- 5 légèrement aggravé .....
- 6 fortement aggravé .....
- 7 très fortement aggravé .....

**IMPRESSIONS CLINIQUES GLOBALES  
(CLINICAL GLOBAL IMPRESSIONS)<sup>o</sup>  
CGI**

Nom : ..... Prénom : .....

Sexe : |\_\_| Âge : |\_\_|\_\_| Date : |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|

**Pour le soignant à T0**

Quel est le niveau de gravité des troubles mentaux actuels du patient ?

- 0 non évalué .....
- 1 normal, pas du tout malade .....
- 2 à la limite .....
- 3 légèrement malade .....
- 4 modérément malade .....
- 5 manifestement malade .....
- 6 gravement malade .....
- 7 parmi les patients les plus malades .....

**Pour le soignant à T12**

L'état de santé du patient évalué à T0 est-il modifié à T12 ?

- 0 non évalué .....
- 1 très fortement amélioré .....
- 2 fortement amélioré .....
- 3 légèrement amélioré .....
- 4 pas de changement .....
- 5 légèrement aggravé .....
- 6 fortement aggravé .....
- 7 très fortement aggravé .....

Annexe 2  
*Les questionnaires  
(avant test)*

# Questionnaire sur l'évaluation des pratiques

**INDICATEURS D'ORGANISATION DES SOINS**

- ⇒ Existe-t-il un accueil permanent 24h/24 assuré sur le secteur ?  oui  non
- ⇒ Existe-t-il une permanence téléphonique 24h/24 ?  oui  non
- ⇒ Quels sont les horaires et jours d'ouverture des CMP sur le secteur ? .....
- ⇒ Y a-t-il un médecin, un infirmier ou un autre membre de l'équipe référent désigné pour chaque patient ?  oui  non
- si oui :*
- un médecin  oui  non
- un infirmier  oui  non
- autre  oui  non *préciser :* .....
- si oui, définition du rôle du médecin ou de l'infirmier :* .....
- .....
- .....
- si oui, nombre de patients rattachés à chacun :* .....
- .....
- ⇒ Y a-t-il des membres de l'équipe :
- travaillant exclusivement avec les patients hospitalisés ?  oui  non
  - travaillant exclusivement avec les patients en structure alternative ?  oui  non
  - travaillant aussi bien à l'hôpital qu'en structure alternative ?  oui  non
- ⇒ Des réunions soignants/soignés sont-elles organisées ?  oui  non
- Si oui, quelle en est la périodicité ?* .....
- ⇒ Des réunions inter-structures de soins de la même équipe soignante du secteur sont-elles organisées ?  oui  non
- Si oui, quelle en est la périodicité ?* .....
- ⇒ Existe-t-il une procédure codifiée en cas de changement de structure de soins d'un patient ?  oui  non
- Si oui, laquelle ?*
- lettre
  - téléphone
  - réunions
  - autres, *préciser* .....
- ⇒ Le médecin traitant est-il informé de l'évolution de l'état de santé de son patient ?
- oui, régulièrement
  - oui, parfois (selon les événements)
  - non
- si oui, par quel(s) moyen(s) ?*
- téléphone
  - lettre
  - autres, *préciser* .....

⇒ Qui remplit la fiche par patient ? .....

- Sous quelle forme ?                     dossier papier     support informatique seul     les deux moyens

- Existe-t-il un contrôle des données ?     oui     non

⇒ Quel type de moyens utilisez-vous pour suivre la trajectoire du patient dans le réseau de soins psychiatriques ? .....

.....  
.....

⇒ Quels sont les moyens mis en œuvre lorsqu'un patient ne vient pas à sa consultation ou à d'autres rendez-vous ? .....

.....  
.....

⇒ Appréciation par l'équipe du niveau de permanence et continuité des soins :     satisfaite     non satisfaite

*Si non satisfaction, quelles sont les propositions envisagées :* .....

.....  
.....

---

---

**INDICATEURS D'ADÉQUATION ENTRE L'OFFRE ET LA DEMANDE**

---

---

⇒ Quel est le délai d'attente moyen pour un rendez-vous ?

- pour une consultation (avec un médecin, un infirmier...) : .....

- pour une hospitalisation : .....

⇒ Êtes-vous amené à faire prendre en charge des malades de votre secteur par un autre secteur ?     oui     non

*Si oui :*

- quel est le nombre de malades pris en charge par un autre secteur, au cours de l'année passée ?    |\_|\_|\_|\_|\_|

- quel est le nombre de malades de la file active que vous avez été amené au cours de l'année passée à faire prendre en charge par un établissement privé de santé mentale ?    |\_|\_|\_|\_|\_|

⇒ Êtes-vous amené à prendre en charge des malades d'autres secteurs ?     oui     non

*Si oui :*

- quel est le nombre de malades d'autres secteurs pris en charge, au cours de l'année passée ?    |\_|\_|\_|\_|\_|

- quel est le nombre de malades de la file active venant d'un établissement privé de santé mentale que vous avez été amené à prendre en charge au cours de l'année passée    |\_|\_|\_|\_|\_|

⇒ Appréciation par l'équipe de l'adéquation entre l'offre et la demande :     satisfaite     non satisfaite

*Si non satisfaction, quelles sont les propositions envisagées :* .....

.....  
.....

**ORGANISATION DES URGENCES**

---

---

⇒ Quel est le type d'accueil pour les urgences dans le réseau de soins psychiatriques ? (*plusieurs réponses possibles*)

- urgences à l'hôpital général
- au service "porte" de l'hôpital psychiatrique
- dans un centre de crise ou d'accueil d'urgence
- déplacement des soignants

⇒ **L'équipe du secteur** participe-t-elle à un service d'urgence à l'hôpital général ou au CHU :       oui     non

⇒ Appréciation par l'équipe de l'organisation des urgences :       satisfaite     non satisfaite

*Si non satisfaction, quelles sont les propositions envisagées :* .....

.....

.....

---

---

**LES PARTENAIRES DU RÉSEAU**

**ÉCHANGES DE TYPE MÉDICAL**

**Avec les médecins généralistes**

- L'équipe soignante développe-t-elle des actions pour se faire connaître des médecins généralistes du secteur ?  oui  non
- Quel est le nombre de lettres ou courriers échangés avec les médecins généralistes, au cours de l'année passée ?
- Quel est le nombre de médecins généralistes concernés ?
- La prescription pharmaceutique se fait-elle sur vos conseils par l'intermédiaire d'un médecin généraliste ?  oui  non
- Si oui,*  systématiquement  
 le plus souvent  
 rarement

**Avec les psychiatres libéraux**

- Quel est le nombre de lettres ou courriers échangés avec les psychiatres, au cours de l'année passée ?
- Quel est le nombre de psychiatres concernés ?

**Avec les autres professionnels de la santé**

- Avez-vous des échanges avec les partenaires de santé (infirmiers libéraux, pharmaciens, kinésithérapeutes...)?  oui  non
- Si oui, quelle en est la fréquence ?*  1 fois par an  
 2 à 5 fois par an  
 plus de 5 fois par an
- Y a-t-il des réunions ou des débats organisés entre l'équipe du secteur et les médecins de ville, ayant pour objet les problèmes d'organisation de soins (qu'elles soient sponsorisées ou non) ?  oui  non
- Si oui, combien au cours de l'année passée ?*
- Quel est le nombre de rencontres organisées à deux ou trois médecins à propos d'un patient ou avec le patient, au cours de l'année passée ?

**A partir des réponses que vous venez d'apporter que pensez-vous qu'il faille améliorer ?** .....

.....

.....

**Prévoyez-vous un bilan de ces propositions dans un an ?**  oui  non

ÉCHANGES DE TYPE SOCIAL ET FAMILIAL																
<b>Quelle est la nature des relations avec la famille ?</b>																
<ul style="list-style-type: none"><li>- Un échange d'informations entre l'équipe et la famille</li><li>- Une intégration de la famille à la prise en charge sous forme de soutien du patient</li><li>- Une intégration de la famille sous forme d'une thérapie familiale</li><li>- Aucune relation</li></ul>	<table border="0"><tr><td></td><td style="text-align: center;">pour certains patients</td><td style="text-align: center;">de façon systématique</td></tr><tr><td></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr></table>		pour certains patients	de façon systématique		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
	pour certains patients	de façon systématique														
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
<b>A l'initiative de l'équipe de secteur, une (ou des) association(s) de type social ont-elles été créées (aide au logement, réinsertion professionnelle...)?</b>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non															
<i>Si oui, pouvez-vous préciser :</i>																
➤ le nom et le type d'activité de ces associations	1. .... 2. .... 3. ....															
➤ la date de création (mois, année) :	1.  _ _ _ _ _ _1_ _9_ _ _ _ _  2.  _ _ _ _ _ _1_ _9_ _ _ _ _  3.  _ _ _ _ _ _1_ _9_ _ _ _ _															
➤ le nombre de personnes de la file active adressées à ces associations par l'équipe du secteur ?	1.  _ _ _ _ _     2.  _ _ _ _ _     3.  _ _ _ _ _															
<b>L'équipe du secteur a-t-elle des échanges avec des associations extérieures de type social ?</b>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non															
<i>Si oui, pouvez-vous préciser :</i>																
➤ le nom et le type d'activité (toxicomanie, alcoolisme...) :	1. .... 2. .... 3. ....															
➤ la date du début des échanges (mois, année) :	1.  _ _ _ _ _ _1_ _9_ _ _ _ _  2.  _ _ _ _ _ _1_ _9_ _ _ _ _  3.  _ _ _ _ _ _1_ _9_ _ _ _ _															
➤ le nombre de personnes de la file active adressées à ces associations par l'équipe du secteur ?	1.  _ _ _ _ _     2.  _ _ _ _ _     3.  _ _ _ _ _															
<b>L'équipe du secteur a-t-elle des échanges avec un ou des organismes de logement ou une association gérant des logements ou un bailleur privé ?</b>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non															
<i>Si oui, pouvez-vous préciser :</i>																
➤ le nom de ces organismes :	1. .... 2. .... 3. ....															
➤ la date du début des échanges (mois, année) :	1.  _ _ _ _ _ _1_ _9_ _ _ _ _  2.  _ _ _ _ _ _1_ _9_ _ _ _ _  3.  _ _ _ _ _ _1_ _9_ _ _ _ _															
➤ le nombre de places en appartement conventionné entre l'association de secteur et un organisme :	1.  _ _ _     2.  _ _ _     3.  _ _ _															

<p>➤ le nombre de places en appartement conventionné entre l'association de secteur, un organisme et un patient :</p>	1.  _ _ _  2.  _ _ _  3.  _ _ _
<p>➤ le nombre de places en appartement non conventionné pour lequel l'association a donné sa caution :</p>	1.  _ _ _  2.  _ _ _  3.  _ _ _
<p>➤ le nombre de personnes concernées de la file active :</p>	1.  _ _ _ _  2.  _ _ _ _  3.  _ _ _ _
<p><b>L'équipe du secteur a-t-elle des échanges avec des organismes de formation ou de réinsertion professionnelle ou CAT ?</b></p>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<p><i>Si oui, pouvez-vous préciser :</i></p>	
<p>➤ le nom de ces organismes</p>	1. .... 2. .... 3. ....
<p>➤ la date du début des échanges (mois, année)</p>	1.  _ _ _ _ _1_ _9_ _ _ _  2.  _ _ _ _ _1_ _9_ _ _ _  3.  _ _ _ _ _1_ _9_ _ _ _
<p>➤ le nombre de personnes concernées de la file active :</p>	1.  _ _ _ _  2.  _ _ _ _  3.  _ _ _ _
<p><b>L'équipe du secteur organise-t-elle des rencontres des patients avec leurs tuteurs ou curateurs ?</b></p>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<p><i>Si oui, pouvez-vous préciser :</i></p>	
<p>➤ le nombre de rencontres qui ont été organisées au cours de l'année passée :</p>	_ _ _ _
<p><b>L'équipe du secteur a-t-elle des échanges avec les centres communaux d'action sociale de la région ?</b></p>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<p><i>Si oui, pouvez-vous préciser :</i></p>	
<p>➤ la fréquence des réunions, des contacts ou échanges, au cours de l'année passée :</p>	_ _ _ _
<p>➤ la date du début des échanges (mois, année) :</p>	_ _ _ _ _1_ _9_ _ _ _
<p>➤ le nombre de personnes concernées de la file active :</p>	_ _ _ _
<p><b>L'équipe du secteur a-t-elle des échanges avec les circonscriptions de service social ?</b></p>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<p><i>Si oui, pouvez-vous préciser :</i></p>	
<p>➤ la fréquence des réunions, des contacts ou échanges, au cours de l'année passée :</p>	_ _ _ _
<p>➤ la date du début des échanges (mois, année) :</p>	_ _ _ _ _1_ _9_ _ _ _
<p>➤ le nombre de personnes concernées de la file active :</p>	_ _ _ _
<p><b>L'équipe du secteur a-t-elle développé des moyens de restauration pour les malades du secteur ?</b></p>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<p><i>Si oui, pouvez-vous préciser :</i></p>	
<p>➤ le type de moyens : création d'un restaurant, convention avec tiers ou accord verbal</p>	1. .... 2. ....
<p>➤ le nombre de places offertes :</p>	_ _ _ _
<p>➤ la date de la mise en place :</p>	1.  _ _ _ _ _1_ _9_ _ _ _  2.  _ _ _ _ _1_ _9_ _ _ _
<p>➤ le nombre de personnes concernées de la file active :</p>	1.  _ _ _ _  2.  _ _ _ _



ÉCHANGES DE TYPE CULTUREL			
<b>L'équipe du secteur a-t-elle créé une ou des associations de type culturel ?</b>		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
<i>Si oui, pouvez-vous préciser :</i>			
➤ le nom et le domaine culturel	1. ....		
	2. ....		
	3. ....		
➤ la date de création (mois, année) :	1.  _ _ _ _ _ 1_ 9_ _ _ _		
	2.  _ _ _ _ _ 1_ 9_ _ _ _		
	3.  _ _ _ _ _ 1_ 9_ _ _ _		
➤ le nombre de personnes concernées de la file active :	1.  _ _ _ _	2.  _ _ _ _	3.  _ _ _ _
➤ ces associations fonctionnent-elles toujours actuellement ?	1. oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	2. oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	3. oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
<i>si non, date d'arrêt :</i>	1.  _ _ _ _ 1_ 9_ _ _ _	2.  _ _ _ _ 1_ 9_ _ _ _	3.  _ _ _ _ 1_ 9_ _ _ _
<b>L'équipe du secteur a-t-elle des échanges avec une ou des associations extérieures de type culturel ?</b>		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
<i>Si oui, pouvez-vous préciser :</i>			
➤ le domaine culturel (peinture, bibliothèque, musique...)	1. ....		
	2. ....		
	3. ....		
➤ y a-t-il eu une convention ?	1. oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	2. oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	3. oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
<i>Si oui, précisez la date (mois, année) :</i>			
	1.  _ _ _ _ 1_ 9_ _ _ _	2.  _ _ _ _ 1_ 9_ _ _ _	3.  _ _ _ _ 1_ 9_ _ _ _
➤ la date de début des échanges (mois, année):	1.  _ _ _ _ 1_ 9_ _ _ _		
	2.  _ _ _ _ 1_ 9_ _ _ _		
	3.  _ _ _ _ 1_ 9_ _ _ _		
➤ la forme de ces échanges : participation à des concerts, accueil des patients dans des ateliers de peinture, ...	1. ....		
	2. ....		
	3. ....		
➤ le nombre de personnes concernées de la file active :	1.  _ _ _ _	2.  _ _ _ _	3.  _ _ _ _
<b>A partir des réponses que vous venez d'apporter que pensez-vous qu'il faille améliorer ?</b> .....			
.....			
.....			
<b>Prévoyez-vous un bilan de ces propositions dans un an ?</b>		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

AUTRES ÉCHANGES	
<b>L'équipe du secteur organise-t-elle des échanges d'informations avec le public sur la santé mentale ?</b>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<i>Si oui, pouvez-vous préciser :</i>	
➤ le type d'échanges ( <i>débats, expositions, portes ouvertes...</i> ) : .....	
➤ le type de public ( <i>ensemble population, lycées...</i> ) : .....	
➤ la date de début des échanges ( <i>mois, année</i> ) :       __ __   __1__9__ __ __	
➤ le nombre d'échanges au cours de l'année passée :       __ __ __	
<b>De façon ponctuelle, utilisez-vous des salles prêtées par les municipalités ?</b>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<i>Si oui, pouvez-vous préciser :</i>	
➤ le nombre de salles utilisées au cours de l'année passée : .....	
➤ le type de salles : .....	
➤ pour quelle activité utilisez-vous ces salles ? .....	
<b>Y a-t-il des aides financières directes assurées par la ou les municipalités du secteur, le Conseil général, le Conseil régional, le Fond européen... ?</b>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<i>Si oui, pouvez-vous préciser pour l'année passée :</i>	
➤ le type d'aide ( <i>conventions, subventions ou garanties de prêt</i> ) : .....	
.....	
➤ le montant global des aides : .....	
<b>Y a-t-il des aides financières indirectes assurées par la ou les municipalités du secteur ? (moyens en nature, mise à disposition de personnel, mise à disposition de services...)</b>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<i>Si oui, pouvez-vous, pour l'année passée :</i>	
➤ quantifier ces moyens : .....	
➤ qualifier ces moyens : .....	
<b>Quel est le nombre de projets de recherche réalisés depuis 5 ans ?</b>	__ __ __
<b>Quels sont les divers métiers qui interviennent autour du malade à côté de l'équipe soignante (artistes, esthéticiens, jardiniers, formateurs...)?</b>	.....
<b>Y a-t-il intervention de bénévoles avec l'équipe soignante ?</b>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<i>Si oui, quel est le nombre de bénévoles :</i>  __ __ __	
<b>A partir des réponses que vous venez d'apporter que pensez-vous qu'il faille améliorer ?</b>	.....
.....	.....
.....	.....
<b>Prévoyez-vous un bilan de ces propositions dans un an ?</b>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Questionnaire sur  
les indicateurs généraux internes et externes

**LES INDICATEURS DE MOYENS**

Type d'établissement (CH, CHU, CHS...) : .....

	1997		1993		1989	
	Nombre d'unités	Nombre de places ou lits	Nombre d'unités	Nombre de places ou lits	Nombre d'unités	Nombre de places ou lits
<b>➤ Les unités de soins</b>						
Hospitalisation complète (HC)						
Hospitalisation de jour (HJ)						
Hospitalisation de nuit (HN)						
Hospitalisation à domicile (HAD)						
CMP						
Appartement associatif						
Appartement thérapeutique						
Centre de postcure						
Accueil familial thérapeutique						
Centre de crise						
Centre d'accueil permanent						
Atelier thérapeutique						
CATTP						
Autre						
<b>➤ Les moyens en personnel</b>	Nombre de personnes ETP		Nombre de personnes ETP		Nombre de personnes ETP	
- Personnel médical						
<i>dont :</i>						
. psychiatres ETP ( <i>équivalent temps plein</i> )						
. autres médecins ETP						
. internes						
- Personnel non médical ETP						
<i>dont :</i>						
. infirmiers ETP (y.c. surveillants)						
. aides soignants ETP						
. psychologues ETP						
. assistantes sociales ETP						
. ergothérapeutes ETP						
. agents des services hospitaliers ETP						
. autres ETP						
. total non médical ETP en hospitalisation complète						
. total non médical ETP hors hospitalisation complète						

➤ **Mesure de l'intersectorialité**

Nombre de structures intersectorielles :      | | | |

Date de leur création : .....

Nombre de structures intersectorielles gérées par le secteur :      | | | |

**LES INDICATEURS D'ACTIVITÉ DE L'ÉQUIPE DU RESEAU DE SOINS PSYCHIATRIQUES**

	1997	1993	1989
➤ <b>Ensemble de la file active</b>			
<b>File active totale</b> (y compris psychiatrie de liaison) <i>(nombre de patients vus au moins une fois dans l'année)</i>			
<b>File active hors mono consultants</b> <i>(file active totale moins le nombre de patients vus une seule fois dans l'année)</i>			
<b>File active hors psychiatrie de liaison</b>			
<b>Nombre de patients vus une seule fois dans l'année</b>			
<b>Nombre de nouveaux patients</b>			
<b>Nombre de patients présents depuis plus d'un an en hospitalisation complète</b>			
<b>Âge des patients</b>			
Nombre de patients de 15-24 ans	.....	.....	.....
Nombre de patients de 25-44 ans	.....	.....	.....
Nombre de patients de 45-64 ans	.....	.....	.....
Nombre de patients de 65-84 ans	.....	.....	.....
Nombre de patients de 85 ans et plus	.....	.....	.....
<b>Sexe des patients</b>			
Nombre de femmes	.....	.....	.....
Nombre d'hommes	.....	.....	.....
<b>Répartition des diagnostics :</b>			
Nombre de F0	.....	.....	.....
Nombre de F1	.....	.....	.....
Nombre de F2 (dont F20)	.....	.....	.....
Nombre de F3	.....	.....	.....
Nombre de F4	.....	.....	.....
Nombre de F5	.....	.....	.....
Nombre de F6	.....	.....	.....
Nombre de F7	.....	.....	.....
Nombre de F8	.....	.....	.....
Nombre de F9	.....	.....	.....
Nombre de diagnostics non psychiatriques	.....	.....	.....

➤ **Activité du réseau sur l'ensemble de la file active**

	1997	1993	1989
<b>Durée moyenne de séjour en hospitalisation complète</b>	.....	.....	.....
<b>Nombre total de journées réalisées en hospitalisation à temps complet</b>	.....	.....	.....
<i>dont :</i>			
hospitalisation complète	.....	.....	.....
postcure ou réadaptation	.....	.....	.....
appartement thérapeutique	.....	.....	.....
accueil familial thérapeutique	.....	.....	.....
hospitalisation à domicile	.....	.....	.....
autre	.....	.....	.....
<b>Durée moyenne de séjour en hospitalisation complète</b>			
<b>Nombre total de journées réalisées en hospitalisation à temps partiel</b>	.....	.....	.....
<i>dont :</i>			
hospitalisation de nuit	.....	.....	.....
hospitalisation de jour	.....	.....	.....
atelier thérapeutique	.....	.....	.....
CATTP	.....	.....	.....
autre	.....	.....	.....
<b>Nombre d'actes réalisés en ambulatoire</b>	.....	.....	.....
<i>dont :</i>			
CMP ou unité de consultation	.....	.....	.....
à domicile	.....	.....	.....
en institution substitutive au domicile	.....	.....	.....
en unité d'hospitalisation somatique	.....	.....	.....
autre	.....	.....	.....
<b>Personnel soignant non médical :</b>			
Nombre de journées d'absence	.....		
Nombre de journées théoriques de travail	.....		
<b>Nombre d'embauches</b>	.....		
<b>Nombre de démissions</b>	.....		

➤ La file active des schizophrènes (F20)	1997
<b>File active</b>	.....
<b>Sexe</b> nombre d'hommes nombre de femmes	..... .....
<b>Âge</b> nombre de patients de 15-24 ans nombre de patients de 25-44 ans nombre de patients de 45-64 ans nombre de patients de 65-84 ans nombre de patients de 85 ans et plus	..... ..... ..... ..... .....
<b>Mode de prise en charge à temps complet</b> <i>dont :</i> hospitalisation complète postcure ou réadaptation appartement thérapeutique accueil familial thérapeutique hospitalisation à domicile autre	..... ..... ..... ..... ..... .....
<b>Mode de prise en charge à temps partiel</b> <i>dont :</i> hospitalisation de nuit hospitalisation de jour atelier thérapeutique CATT autre	..... ..... ..... ..... .....
<b>Mode de prise en charge en ambulatoire</b> <i>dont :</i> CMP ou unité de consultation à domicile en institution substitutive au domicile en unité d'hospitalisation somatique autre	..... ..... ..... ..... .....

**LES INDICATEURS SUR LES CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES, GÉOGRAPHIQUES ET SOCIALES DU SECTEUR**

**Homogénéité géographique**

- Quelle est la superficie du secteur ? |\_|\_|\_|\_|\_| Km<sup>2</sup>
  - Combien de personnes résident sur le secteur ? |\_|\_|\_|\_|\_|
  - Quelle est la densité de la population en hab/km<sup>2</sup> dans le département ? |\_|\_|\_|\_|\_| hab/Km<sup>2</sup>
  - Quel est le nombre de communes de moins de 2000 habitants dans votre secteur ? |\_|\_|\_|\_|\_|
  - Quel est le nombre de communes entre 2000 et 20 000 habitants ? |\_|\_|\_|\_|\_|
  - Quel est le nombre de communes de plus de 20 000 habitants ? |\_|\_|\_|\_|\_|
  - Y a-t-il des obstacles sur la superficie du secteur rendant difficiles les relations pour la population (*relief montagneux, cours d'eau difficilement franchissable, communes situées sur la superficie du secteur mais n'en faisant pas partie, ....*) oui  non
- Si oui, préciser lesquels* .....
- .....
- .....
- Quelle est la distance entre l'hôpital et l'unité de soins la plus excentrée ? |\_|\_|\_|\_|\_| m

**Homogénéité démographique**

- La population de votre secteur est-elle?
  - plutôt jeune (moins de 20 ans)
  - plutôt âgée (plus de 60 ans)
  - entre les deux (entre 20 et 60 ans)
  - mixte (tous âges)
- En connaissez-vous la répartition exacte ? oui  non 
  - Si oui, combien (en %) de*  moins de 20 ans
  - 20-59 ans
  - 60 ans et plus

Homogénéité sociale	
<ul style="list-style-type: none"><li>Le taux de chômage sur votre secteur est-il, par rapport à la moyenne nationale</li></ul>	<input type="checkbox"/> plus important <input type="checkbox"/> plus faible <input type="checkbox"/> dans la moyenne
<ul style="list-style-type: none"><li>La population du secteur est-elle homogène d'un point de vue social ? <i>- Si oui, est-ce une population</i>  <i>- Si non, combien de zones définissez-vous et lesquelles ?</i></li></ul>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non  <input type="checkbox"/> plutôt bourgeoise <input type="checkbox"/> plutôt ouvrière <input type="checkbox"/> plutôt intermédiaire <i>(employés, cadres moyens)</i>   _ _  zones ..... ..... .....
<ul style="list-style-type: none"><li>Pouvez vous faire une description de la qualité des liens communautaires ou de l'ambiance sociale globale de votre secteur <i>(vous pouvez distinguer plusieurs zones)</i>.</li></ul> ..... ..... .....	
<ul style="list-style-type: none"><li>Quels sont les autres critères spécifiques à votre secteur et que vous jugez importants à retenir ? <i>(évolution au cours des dix dernières années, tendances récentes)</i></li></ul> ..... ..... .....	

**LES INDICATEURS SUR L'OFFRE DISPONIBLE DANS LE SECTEUR OU SA PÉRIPHÉRIE**

<ul style="list-style-type: none"> <li>Y a-t-il des psychiatres libéraux exerçant sur le secteur ou sa périphérie ? <i>Si oui, estimez-vous qu'il y en a :</i> Pouvez-vous en préciser le nombre ?</li> </ul>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> un peu <input type="checkbox"/> beaucoup  _ _ _ _
<ul style="list-style-type: none"> <li>Y a-t-il sur le secteur ou sa périphérie des lits en hôpital de psychiatrie privé non sectorisés ? <i>Si oui, ces lits sont-ils accessibles dans un délai de</i></li> </ul>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> une semaine <input type="checkbox"/> un mois <input type="checkbox"/> plus d'un mois
<ul style="list-style-type: none"> <li>Y a-t-il sur le secteur ou sa périphérie des structures pour personnes âgées ? <i>(foyer-logement, maison de retraite)</i> <i>Si oui, ces structures sont-elles accessibles dans un délai</i></li> </ul>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> une semaine <input type="checkbox"/> un mois <input type="checkbox"/> plus d'un mois
<ul style="list-style-type: none"> <li>Y a-t-il sur le secteur ou sa périphérie des lits médicalisés pour personnes âgées ? <i>(lits en section de cure médicale, lits de soins longue durée)</i> <i>Si oui, ces lits sont-ils accessibles dans un délai de</i></li> </ul>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> une semaine <input type="checkbox"/> un mois <input type="checkbox"/> plus d'un mois
<ul style="list-style-type: none"> <li>Y a-t-il sur le secteur ou sa périphérie des maisons d'accueil spécialisées ? <i>Si oui, sont-elles accessibles dans un délai de</i></li> </ul>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> une semaine <input type="checkbox"/> un mois <input type="checkbox"/> plus d'un mois
<ul style="list-style-type: none"> <li>Y a-t-il sur le secteur ou sa périphérie des foyers occupationnels et à double tarification ? <i>Si oui, sont-ils accessibles dans un délai de</i></li> </ul>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> une semaine <input type="checkbox"/> un mois <input type="checkbox"/> plus d'un mois
<ul style="list-style-type: none"> <li>Y a-t-il sur le secteur ou sa périphérie des centres d'aide par le travail ? <i>Si oui, sont-ils accessibles dans un délai de</i></li> </ul>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> une semaine <input type="checkbox"/> un mois <input type="checkbox"/> plus d'un mois
<ul style="list-style-type: none"> <li>Y a-t-il sur le secteur ou sa périphérie des ateliers protégés ? <i>Si oui, sont-ils accessibles dans un délai de</i></li> </ul>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> une semaine <input type="checkbox"/> un mois <input type="checkbox"/> plus d'un mois
<ul style="list-style-type: none"> <li>Y a-t-il sur le secteur ou sa périphérie des entreprises d'insertion ? <i>Si oui, combien ?</i></li> </ul>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non  _ _ _

**LES INDICATEURS À RECUEILLIR PAR DÉPARTEMENT**

• Caractéristiques démographiques au niveau départemental	
• Quel est le taux de chômage départemental ?	_ _ _
• Quel est le taux de migration étranger dans le département ?	_ _ _
• Quel est le taux de migration français dans le département ?	_ _ _
• Quel est le nombre de psychiatres libéraux dans le département ?	_ _ _ _
• Quel est le taux d'équipement en lits psychiatrie privée non sectorisé / 1000 habitants dans le département ? dont :	_ _ _
• en lits psychiatrie privée à but lucratif ?	_ _ _
• en lits psychiatrie privée à but non lucratif non PSPH ?	_ _ _
• Quel est le taux d'équipement en structures pour personnes âgées dans le département ?	_ _ _
• Quel est le taux d'équipement en lits médicalisés dans le département ( <i>lits en section de cure médicale, en maison de retraite et logement et foyers, lits de soins longue durée</i> ) ?	_ _ _
• Quel est le taux d'équipement en maisons d'accueil spécialisées dans le département ?	_ _ _
• Quel est le taux d'équipement en foyers occupationnels et à double tarification dans le département ?	_ _ _
• Quel est le taux d'équipement en centres d'aide par le travail dans le département ?	_ _ _
• Quel est le taux d'équipement en ateliers protégés dans le département ?	_ _ _
• Quel est le taux d'équipement en entreprises d'insertion dans le département ?	_ _ _

Questionnaire

Évaluation des résultats

*questionnaire à remplir pour chaque patient schizophrène*

Identification du secteur : ..... Date de remplissage : |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |1999|  
Identification du patient : .....  
Identification du référent : .....  
Identification de la personne ayant rempli le questionnaire : .....

**LES BESOINS ÉLÉMENTAIRES**

**LE LOGEMENT**

Le patient a-t-il un logement décent (*eau chaude, électricité, chauffage*) ?  oui  non  
**Si non**, a-t-il besoins pour cela d'une aide financière ?  oui  non  
**Si non**, que propose l'équipe soignante ? .....  
.....  
.....

**L'ARGENT**

Le patient dispose-t-il d'argent de poche ?  oui  non  
**Si oui**, a-t-il une gestion efficace du budget pour l'achat de nourriture et d'articles essentiels ?  oui  non  
**Si oui**, a-t-il pour cela besoin de l'aide d'une personne ?  oui  non  
**Si non**, que propose l'équipe soignante ? .....  
.....  
.....

**LE TRAVAIL**

Le patient a-t-il un travail, protégé ou non ?  oui  non  
**Si non**, pourrait-il en avoir un ?  oui  non  
**Si non**, que propose l'équipe soignante ? .....  
.....  
.....

**LES TÂCHES MÉNAGÈRES**

Le logement du patient est-il entretenu ?  oui  non  
**Si oui**, a-t-il pour cela besoin de l'aide d'une personne ?  oui  non  
**Si non**, que propose l'équipe soignante ? .....  
.....  
.....

**LES RELATIONS SOCIALES**

Le patient est-il un minimum inséré dans le tissu social : peut-il avoir une conversation de cinq minutes avec une personne qu'il connaît ?  oui  non  
**Si oui**, a-t-il pour cela besoin de l'aide d'une personne ?  oui  non  
**Si non**, que propose l'équipe soignante ? .....  
.....  
.....

L'HYGIÈNE	
Le patient a-t-il une hygiène corporelle correcte ( <i>se laver tous les jours</i> ) ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<b>Si oui</b> , a-t-il pour cela besoin de l'aide d'une personne ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<b>Si non</b> , que propose l'équipe soignante ? .....	.....
.....	.....
.....	.....
Le patient a-t-il une tenue non négligée ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<b>Si oui</b> , a-t-il pour cela besoin de l'aide d'une personne ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<b>Si non</b> , que propose l'équipe soignante ? .....	.....
.....	.....
.....	.....
Le patient a-t-il une hygiène alimentaire correcte ( <i>prend-il deux repas par jour</i> ) ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<b>Si oui</b> , a-t-il pour cela besoin de l'aide d'une personne ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<b>Si non</b> , que propose l'équipe soignante ? .....	.....
.....	.....
.....	.....
LES DÉPLACEMENTS	
Le patient peut-il se déplacer dans la ville ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<b>Si oui</b> , a-t-il pour cela besoin de l'aide d'une personne ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<b>Si non</b> , que propose l'équipe soignante ? .....	.....
.....	.....
.....	.....
Le patient peut-il utiliser les transports en commun ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<b>Si oui</b> , a-t-il pour cela besoin de l'aide d'une personne ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<b>Si non</b> , que propose l'équipe soignante ? .....	.....
.....	.....
.....	.....
LES MÉDICAMENTS	
Le patient a-t-il un traitement médicamenteux ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<b>Si oui</b> , nom des médicaments prescrits ? .....	.....
.....	.....
.....	.....
APPRÉCIATION DE L'OBSERVANCE DU TRAITEMENT	
<input type="checkbox"/> bonne	
<input type="checkbox"/> mauvaise	
<input type="checkbox"/> nulle ( <i>traitement non pris ou rarement</i> )	

**LES BESOINS DE SOINS**

**Codage à t0**

Le patient a-t-il vu au moins une fois le médecin généraliste  
au cours des 12 derniers mois, pour une autre raison que ses troubles psychiques ?  oui  non

	① Pas de problèmes et/ou contrôlés	② Problèmes légers insuffisamment contrôlés	③ Problèmes importants, non contrôlés	④ On n'a pas l'information
1. Symptômes psychotiques positifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Symptômes psychotiques négatifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Effets secondaires, dyskinésies tardives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Maladies somatiques ( <i>caries dentaires, diabète, obésité...</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Détresse face à des problèmes économiques et ou sociaux ( <i>mésentente conjugale, familiale, problème de logement, d'argent, etc.</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Si ② et ③, que propose l'équipe soignante ?**

- 1. Symptômes psychotiques positifs : .....
- .....
- .....
- .....
- 2. Symptômes psychotiques négatifs: .....
- .....
- .....
- .....
- 3. Effets secondaires, dyskinésies tardives: .....
- .....
- .....
- .....
- 4. Maladies somatiques (*caries dentaires, diabète, obésité...*): .....
- .....
- .....
- .....
- 5. Détresse face à des problèmes économiques et ou sociaux (*mésentente conjugale, familiale, problème de logement, d'argent, etc.*): .....
- .....
- .....
- .....

**Codage à t12**

	① Pas de problèmes et/ou contrôlés	② Problèmes légers insuffisamment contrôlés	③ Problèmes importants, non contrôlés	④ On n'a pas l'information
1. Symptômes psychotiques positifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Symptômes psychotiques négatifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Effets secondaires, dyskinésies tardives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Maladies somatiques ( <i>caries dentaires, diabète, obésité...</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Détresse face à des problèmes économiques et ou sociaux ( <i>mésentente conjugale, familiale, problème de logement, d'argent, etc.</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Achévé d'imprimer le 19 mars 1999  
ELECTROGELOZ, 58, rue de Rochechouart  
75009 PARIS  
Dépôt légal : Mars 1999