

Evaluation médico-économique des soins psychiatriques sectorisés

Test et ajustements de la méthode initiale

Catherine Banchereau

Julien Mousquès

Nadine Raffy-Pihan

Les noms d'auteurs apparaissent par ordre alphabétique

Rapport n° 493 (biblio n° 1302) Avril 2000

Toute reproduction de textes 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.

I.S.B.N. : 2-87812-258-5

Remerciements

Conscients de la charge de travail assumée par les équipes des secteurs psychiatriques, nous tenons à remercier les « secteurs » suivants pour leur participation au test de la méthodologie :

- ◆ *le secteur 78G08 à SARTROUVILLE, Docteur DELARUE,*
- ◆ *le secteur 86G03 à POITIERS, Docteur GUIBERT,*
- ◆ *le secteur 64G01 à PAU, Docteur LARRIVIERE,*
- ◆ *le secteur 42G07 à ST ETIENNE, Professeur PELLET,*
- ◆ *le secteur 59G21 à LILLE, Docteur ROELANDT.*

Nous remercions également :

- ◆ *pour leur relecture attentive et leurs remarques : Thérèse LECOMTE, qui a collaboré à l'élaboration de la méthodologie initiale, Anne DOUSSIN et Agnès COUFFINHAL,*
 - ◆ *pour les nombreuses recherches bibliographiques, Frédérique BITON, Agnès GRANDIN et Marie-Odile SAFON,*
 - ◆ *pour la composition et la mise en page de ce document, Céline ARNOUX, Khadidja BEN LARBI et Franck-Séverin CLÉREMBAULT.*
-

Sommaire

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
1. LE CADRE DE L'ÉTUDE, LES OBJECTIFS ET LA DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE	5
1.1. Le cadre de l'étude	7
1.1.1. <i>La place importante de la psychiatrie.....</i>	<i>7</i>
1.1.2. <i>La sectorisation : une offre organisée en réseau, globalement hétérogène</i>	<i>8</i>
1.1.3. <i>Une absence de consensus sur la supériorité d'un mode de prise en charge et un problème de transposition des méthodes étrangères.....</i>	<i>9</i>
1.2. Les objectifs	11
1.2.1. <i>L'évaluation en psychiatrie : des spécificités et des contraintes non rédhitoires</i>	<i>11</i>
1.2.2. <i>Les objectifs.....</i>	<i>13</i>
1.3. La démarche méthodologique	14
1.3.1. <i>Le principe général.....</i>	<i>14</i>
1.3.2. <i>Les modifications</i>	<i>15</i>
2. LES OUTILS MÉTHODOLOGIQUES.....	17
2.1. Le test	19
2.2. L'évaluation organisationnelle	21
2.2.1. <i>Les pratiques</i>	<i>21</i>
2.2.2. <i>Les indicateurs généraux</i>	<i>21</i>
2.3. L'évaluation des résultats	22
2.3.1. <i>La description du patient</i>	<i>22</i>
2.3.2. <i>L'évaluation des besoins</i>	<i>22</i>
2.3.3. <i>L'évaluation clinique et de l'autonomie sociale du patient.....</i>	<i>24</i>
2.3.4. <i>L'évaluation de la qualité de vie et de la satisfaction</i>	<i>25</i>
2.4. L'évaluation des coûts	27
2.4.1. <i>Le coût pour la famille</i>	<i>27</i>
2.4.2. <i>Le coût pour l'hôpital</i>	<i>27</i>
2.4.3. <i>Le coût pour la CAF, l'Etat et les autres financeurs</i>	<i>28</i>

3. LA MISE EN ŒUVRE ET L'ANALYSE STATISTIQUE.....	29
3.1. La mise en œuvre	31
3.2. L'analyse statistique des résultats.....	32
3.2.1. L'agrégation des données organisationnelles	32
3.2.2. L'analyse du ratio coût-résultat.....	32
CONCLUSION.....	35
BIBLIOGRAPHIE	39
ANNEXE 1	
Les pratiques.....	47
ANNEXE 2	
Les indicateurs généraux	63
ANNEXE 3	
Les résultats.....	75
ANNEXE 4	
Les coûts.....	111
Liste des tableaux et graphiques	123

Les références bibliographiques sont indiquées entre crochets [] et renvoient au chapitre bibliographie situé page 41.

Introduction

Introduction

L'organisation de la prise en charge des soins psychiatriques est la résultante, dans un contexte donné, d'un équilibre entre les conceptions médicales et les demandes sociales relatives aux troubles psychiques. Depuis les années soixante, la philosophie dominante préconise une restitution de l'autonomie et de la dignité du malade dans le soin qui passe par la promotion de la sortie des murs de l'hôpital appuyée par des soins dits « communautaires ». En France, cette philosophie s'est traduite par la politique de sectorisation, pilier depuis 1960 du dispositif public en psychiatrie. La prise en charge est organisée sur une aire géo-démographique, le secteur psychiatrique, pour laquelle une même équipe pluridisciplinaire, disposant de moyens diversifiés, assure l'intra et l'extra-hospitalier¹. La prise en charge associe prévention, soins, post-cure et réinsertion.

Après 40 ans de mise en place, la sectorisation, qui est une étape novatrice et décisive dans l'organisation de l'offre, semble inachevée. L'offre présente en 1999 une grande diversité aussi bien dans les capacités d'accueil en hospitalisation complète que dans l'engagement en faveur du développement des structures alternatives. Cette hétérogénéité pose la question de l'optimisation de l'allocation des ressources, cette dernière reposant de façon croissante sur l'évaluation des performances des structures de soins.

C'est dans ce contexte que le CREDES et le centre collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé pour les maladies mentales se sont vu confier par la Direction Générale de la Santé et la Direction des Hôpitaux, la conception d'une méthodologie d'évaluation médico-économique des soins psychiatriques sectorisés. Cette demande correspondait au besoin d'un outil informationnel permettant de répondre aux questions relatives à l'efficacité du dispositif public de l'offre de soins psychiatriques français. Une première méthodologie a été élaborée et publiée en mars 1999². Trois étapes ont caractérisé l'élaboration de cette méthode :

- ⇒ une analyse de la littérature sur l'évaluation en psychiatrie,
- ⇒ une observation des différents modes d'organisation des secteurs,
- ⇒ des séances de travail sur les questionnaires et les échelles à retenir dans le cadre d'une évaluation ; deux groupes d'experts ont validé ce projet méthodologique à la fois en termes de coûts et de résultats.

Conformément à la convention signée avec la Direction Générale de la Santé, la méthodologie a fait l'objet d'un test de faisabilité réalisé par le CREDES. Ce test a eu lieu courant 1999, dans quelques secteurs volontaires. L'objet de ce rapport est de présenter les ajustements de la méthodologie initiale consécutifs aux résultats du test ; il constitue donc un complément à la publication de mars 1999.

Après un rappel du cadre de l'étude, des objectifs et de la démarche de notre méthodologie (partie 1), nous exposerons le test et les outils méthodologiques (partie 2) ainsi que les problèmes soulevés par la mise en œuvre et l'analyse statistique (partie 3).

¹ On parle indifféremment d'intra-hospitalier ou d'hospitalisation complète ; d'extra-hospitalier, d'hospitalisation partielle ou d'alternative.

² Lecomte T., Polton D., Raffy-Pihan N. et al. : « Evaluation médico-économique des soins psychiatriques sectorisés », CREDES, mars 1999, Biblio n° 1256, 132 pages.

1. Le cadre de l'étude, les objectifs et la démarche méthodologique

1. Le cadre de l'étude, les objectifs et la démarche méthodologique

1.1. Le cadre de l'étude

Dans un contexte de maîtrise médicalisée des dépenses de santé, l'évaluation médico-économique des soins psychiatriques sectorisés revêt un intérêt particulier lié à la place importante de la psychiatrie, à l'existence d'une offre organisée en réseau, globalement hétérogène, à l'absence de consensus sur la supériorité d'un mode de prise en charge et aux problèmes de transposition des méthodes d'évaluation étrangères.

1.1.1. La place importante de la psychiatrie

Trois éléments nous permettent d'apprécier la place tenue par la psychiatrie dans notre système de santé : la « demande », la dépense, l'offre.

Les troubles psychiatriques sont évolutifs, chroniques et invalidants mais surtout fréquents.. Selon l'OMS, ils se classent à l'heure actuelle, en terme de prévalence, au troisième rang des maladies (10,5 % du total) et devraient même devancer, dans les pays développés, les maladies cardio-vasculaires d'ici 2020 [1]. En France, la santé mentale concerne des millions de personnes :

- ⇒ en 1997, la morbidité déclarée des troubles mentaux et du sommeil est de 12 % [2] ;
- ⇒ on estime qu'au cours de son cycle de vie, un Français sur cinq est susceptible de connaître des troubles psychiques [3] ;
- ⇒ en 1997, environ 16 % des séances de médecine libérale concernent des troubles mentaux³ ;
- ⇒ en 1995, dans les 825 secteurs de psychiatrie générale, 920 000 adultes sont pris en charge. Cette file active⁴ correspond à une proportion de 22 patients pour 1 000 habitants, en progression de 30 % par rapport à 1989 [4] ;
- ⇒ enfin, les personnes atteintes de troubles psychiatriques ont une surmortalité importante, en particulier les schizophrènes, qui ont une mortalité 4,5 fois supérieure à celle de la population générale (2,5 fois plus de décès par mort naturelle et un risque de suicide 20 fois plus élevé) [5].

Du point de vue de la dépense relative aux troubles psychiques, il n'existe pas en France d'évaluation régulière. L'estimation la plus récente porte sur l'année 1990, pour laquelle la psychiatrie a engendré une dépense de 31,1 milliards de francs, représentant environ 5-6 % de la dépense nationale courante de santé [6]. Une extrapolation de ces données conduit à une estimation des dépenses de psychiatrie comprise entre 42 et 45 milliards de francs pour 1996 [7].

³ CREDES, données non publiées, IMS-Health, enquête permanente sur la prescription médicale, 1997.

⁴ La file active se définit comme le nombre des patients vus au moins une fois dans l'année civile.

Du côté de l'offre, au-delà de la spécificité de son organisation sectorisée, que nous détaillerons plus loin, la psychiatrie présente des caractéristiques propres à son domaine. La place tenue par la psychiatrie se traduit notamment par l'existence d'un équipement plus diversifié qu'en médecine, chirurgie, obstétrique. En termes d'activité et d'équipement dans les hôpitaux (tous les établissements confondus), la lutte contre les maladies mentales, la toxicomanie et l'alcoolisme représente 14 % du nombre total des journées et du nombre total des lits en hospitalisation complète, mais surtout 51 % du total des venues⁵ et 53 % des places en hospitalisation partielle [8]. En outre, et ceci constitue une deuxième caractéristique, le dispositif libéral en psychiatrie est conséquent. Les psychiatres représentent 13 % des médecins spécialistes et assurent environ 7 % de l'ensemble des actes libéraux.

1.1.2. La sectorisation : une offre organisée en réseau, globalement hétérogène

La « sectorisation » décrit l'organisation, depuis la circulaire du 15 mars 1960, de l'offre publique de soins psychiatriques en France. Elle repose sur la définition d'une aire géo-démographique unique, le secteur psychiatrique, d'environ 70 000 habitants pour les secteurs adultes. Il est desservi par une même équipe pluridisciplinaire, disposant de moyens diversifiés, qui assure l'intra⁶ et l'extra-hospitalier⁷. La sectorisation associe prévention, soins, post-cure et réinsertion. Au-delà de ses caractéristiques propres, elle s'inscrit dans un mouvement global des pays développés, de « désinstitutionnalisation » ou de promotion des soins dits « communautaires ».

On peut dire de la sectorisation qu'elle est à la fois novatrice, décisive et inachevée. Précisons :

- ⇒ novatrice, de par sa dimension organisationnelle pionnière en « réseaux ». Cette terminologie couvre en fait deux dimensions distinctes en psychiatrie : un réseau institutionnel (relations internes aux équipes de secteur) et un réseau relationnel (relations entre les équipes de secteurs et les partenaires extérieurs)⁸ ;
- ⇒ décisive, du fait des évolutions impulsées. Elle a eu pour conséquences manifestes : une réduction de moitié du nombre de lits d'hospitalisation depuis 1986 (56 673 lits d'hospitalisations en 1995), un développement généralisé des alternatives à l'hospitalisation et des échanges avec des partenaires extérieurs (71 % des patients de la file active des secteurs de psychiatrie générale ont bénéficié en 1995 d'une prise en charge extra-hospitalière, ambulatoire ou à temps partiel) ;

⁵ Nombre de passages non individualisés. Un malade est compté autant de fois qu'il vient dans l'année, mais on ne compte qu'une venue par jour.

⁶ L'intra-hospitalier, ou temps complet, comprend l'accueil en : hospitalisation plein temps, centre de post-cure, appartement thérapeutique, accueil familial thérapeutique, hospitalisation à domicile.

⁷ L'extra-hospitalier comprend :

- en ambulatoire, les soins ou interventions : au centre médico-psychologique ou en unité de consultation, à domicile, en institution substitutive au domicile, en unité d'hospitalisation somatique ;
- à temps partiel, l'accueil : en hospitalisation de nuit, hospitalisation de jour, atelier thérapeutique, centre d'accueil thérapeutique à temps partiel.

⁸ Pour une analyse de la notion de réseau en psychiatrie voir Baillon G. : « Le réseau, mot magique ou piège ? », *L'Information Psychiatrique*, février 1999, n°2, pp. 133-139 et Houver J. : « Les réseaux de soins en psychiatrie », *Pluriels, la lettre de la mission nationale d'appui en santé mentale*, avril 1999, n°17.

⇒ inachevée, compte tenu des problèmes persistants d'hétérogénéité de l'offre notamment. Entre deux régions extrêmes, on constate sur les données de 1995, pour l'estimation la plus basse, un écart de 3,4 en lits d'hospitalisation complète et de 5 en places d'hospitalisation partielle ainsi qu'en personnel non médical [9]. Ces chiffres illustrent en partie des conceptions et des pratiques différentes, reflets d'engagements variables pour les soins communautaires. Trois types de secteurs ont d'ailleurs été définis⁹ : « ouvert », « semi-ouvert » et « néo-asilaire ».

Les aspects novateurs et inachevés de la sectorisation induisent une exigence accrue des pouvoirs publics, quant à la définition de l'efficacité des soins psychiatriques sectorisés. En effet, en tant qu'innovation organisationnelle, il est logique de se tourner vers les secteurs psychiatriques pour apprécier certaines des difficultés et certains des effets inhérents aux nouveaux modes d'organisation des soins. Mais surtout, compte tenu de l'hétérogénéité de l'offre, les secteurs psychiatriques devront rendre des comptes en matière d'allocation des ressources, cette dernière reposant de façon croissante sur l'évaluation des performances des structures de soins. Or, l'outil informationnel en psychiatrie, actuellement et/ou bientôt disponible¹⁰, ne suffit pas à mettre en évidence le caractère optimal ou non de l'organisation de la prise en charge, compte tenu des moyens mis en œuvre, de la population traitée, de la qualité des soins et des résultats.

1.1.3. Une absence de consensus sur la supériorité d'un mode de prise en charge et un problème de transposition des méthodes étrangères

L'analyse de la littérature présentée dans un précédent rapport a permis de montrer que si la plupart des études médico-économiques soulignent le caractère moins coûteux des alternatives à l'hospitalisation, en termes de résultats leurs conclusions sont beaucoup plus contradictoires¹¹. On ne peut donc conclure à la supériorité médico-économique d'un mode de prise en charge particulier (cf. encadré : « Les études d'évaluation médico-économique en psychiatrie »).

A cette absence de consensus sur la supériorité d'un mode de prise en charge, se surajoute un problème de transposition des méthodes d'évaluation étrangères. En France, nous ne connaissons pas de situations aussi tranchées que la fermeture d'hôpitaux psychiatriques. Les hospitalisations et les alternatives font partie d'un système de prise en charge unifiée et complémentaire. Les modèles d'évaluation, dans leur très grande majorité d'origines étrangères, sont donc difficilement transposables tels quels.

Ainsi, de nombreuses questions relatives à la prise en charge des soins psychiatriques en France restent en suspens : quels soins et quels lieux, pour quels coûts et quels résultats ? Le besoin de critères de décision objectifs se fait cruellement sentir dans les débats entre promoteurs et détracteurs des soins communautaires.

⁹ La terminologie employée reprend la classification des secteurs utilisée par Massé G. : « La psychiatrie ouverte. Une dynamique nouvelle en santé mentale », Rapport au Ministre de la Santé, ENSP, 1992, 329 pages.

¹⁰ Constitué par les indicateurs nationaux et régionaux des rapports de secteur, la fiche patient, les démarches d'évaluation naissantes (accréditation, PMSI, conférence de consensus) et les enquêtes épidémiologiques.

¹¹ Pour une lecture détaillée de cette revue voir Lecomte T., Polton D., Raffy-Pihan N. et al. : « Evaluation médico-économique des soins psychiatriques sectorisés », CREDES, mars 1999, Biblio n° 1256, pp. 8-29.

Les études d'évaluation médico-économique en psychiatrie¹²

Etudes françaises

L'étude RCB psychiatrie a pour objectif de comparer le coût et l'efficacité de la psychiatrie de secteur et de la psychiatrie traditionnelle dans deux départements, la Vendée et l'Isère, et dans la ville de Lyon [13]. La méthode consiste à suivre une cohorte de patients pendant trois ans. En Vendée, une prise en charge asilaire (100 patients) est comparée à une prise en charge sectorielle (100 patients). En Isère comme à Lyon, il s'agit de comparer deux prises en charge sectorisées (Isère : 126 patients en extra-hospitalier versus 65 patients en secteur traditionnel ; Lyon : 42 patients en hospitalisation à domicile versus 42 patients en hôpital général). Les coûts sont calculés à partir du prix de journée pour les patients institutionnalisés ou du temps de consultation. Les résultats sont estimés en Vendée et à Lyon en termes d'intégration et en Isère en termes d'évolution de l'état de santé et des rapports avec l'entourage. Les soins extra-hospitaliers paraissent moins coûteux, pour des résultats similaires.

La comparaison de deux structures de soins pour schizophrènes chroniques au CHU de Dijon, dont l'objectif est de comparer les coûts et les résultats de l'hospitalisation classique versus l'hôpital de jour [14]. La méthode est basée sur le suivi de deux groupes restreints de patients sur un an (15 patients en hôpital versus 16 patients en hôpital de jour). L'inclusion concerne uniquement des patients schizophrènes chroniques dont les problèmes médicaux sont stabilisés, mais pour qui les difficultés relationnelles et d'insertion persistent. Les coûts sont estimés pour huit principaux postes de dépenses, les résultats par l'échelle de santé de Luborsky (mesurant l'état de santé général). Une fois encore, les résultats sont identiques pour des coûts sensiblement plus faibles en hôpital de jour.

Une étude pilote coût-utilité de deux modes de prise en charge psychiatrique au CHRU de St-Etienne, dont l'objectif est d'étudier les coûts et les effets comparés du maintien à l'hôpital ou de l'utilisation des alternatives à l'hospitalisation dans six secteurs de psychiatrie adulte [15]. La méthode consiste à suivre une cohorte de patients comparables (63 % de schizophrènes) pendant deux ans (44 patients hospitalisés versus 40 patients en alternatives). Les coûts sont évalués auprès de plusieurs acteurs (Assurance Maladie, Etat, mutuelles, associations, famille). Les résultats sont mesurés dans trois dimensions (utilité de la prise en charge appréciée par les échelles de Luborsky et de Darcourt, opinion des patients, opinion des familles). Aucune différence significative ne peut être dégagée.

Principaux résultats des études médico-économiques étrangères

Les études comparant une prise en charge communautaire à une prise en charge hospitalière classique aboutissent, pour la plupart, à la conclusion que les premières sont moins coûteuses. Ceci, quels que soient les alternatives et les coûts pris en compte. De plus, même si cette supériorité de la prise en charge communautaire tend à diminuer avec le temps, comme le montre certaines études, jamais elle ne vient à s'inverser [16], [17], [18]. Une seule étude ne conclut pas à la supériorité au niveau du coût de la prise en charge alternative sur la prise en charge hospitalière classique, la différence provenant des coûts directs (mais les alternatives sont supérieures du point de vue coût-bénéfice) [19]. **Mais la variabilité des coûts est très importante entre les différentes prises en charge ambulatoires** [20], [21], [22]. Cela s'explique par une grande variabilité des besoins, causée non pas par des différences de diagnostics mais par des différences de caractéristiques des patients (âge, antériorité des soins, fonctionnement etc.) et de leurs troubles (intensité, gravité etc.). Plus les besoins sont grands, plus les coûts sont importants et meilleurs sont les résultats.

Sur le plan des résultats, dans leur grande majorité, les études reconnaissent une efficacité identique, voire supérieure, des alternatives. En fait, une seule étude conclut à la supériorité de la prise en charge hospitalière [23], toutes les autres se répartissant de façon sensiblement égale entre supériorité et équivalence, des alternatives versus hospitalisation. Mais la permanence dans le temps des résultats, en cas de supériorité des alternatives, n'est pas avérée [24], [25].

¹² Pour une revue de la littérature détaillée confère Lecomte T., Polton D., Raffy-Pihan N. et al. : « Evaluation médico-économique des soins psychiatriques sectorisés », CREDES, mars 1999, Biblio n° 1256, 132 pages.

1.2. Les objectifs

Si l'intérêt de l'évaluation médico-économique de la prise en charge psychiatrique est indéniable, il convient d'en clarifier ses spécificités et ses contraintes, qui conditionnent en partie les objectifs de notre évaluation (cf. encadré : « L'évaluation économique »).

1.2.1. L'évaluation en psychiatrie : des spécificités et des contraintes non réductrices

Les caractéristiques de la santé mentale – de son objet, les troubles psychiques, et de son contexte, la sectorisation – font que l'évaluation en psychiatrie est peu adaptée à toute approche scientifique unidimensionnelle, dont l'archétype est l'expérimentation randomisée et contrôlée [10], [11], [12]. Ce cadre strict ne permet pas l'évaluation de la prise en charge globale d'un patient. D'un point de vue pratique il est quasi impossible de sortir du contexte dans lequel est donné le soin et, par là même, de tendre vers les conditions requises par l'expérimentation contrôlée. De plus, d'un point de vue méthodologique et éthique il n'est pas possible de randomiser et de mettre en place un placebo.

Pour autant, les démarches objectivantes peuvent reposer sur des modèles « pragmatiques » de type quasi-expérimental, le suivi de cohorte en est un exemple, dans un souci de validité et de faisabilité. Dans ce cas, c'est l'accumulation et la répétition des expériences dans le temps et l'espace qui produisent une information sur la validité de l'évaluation. Nous avons adopté cette démarche dans notre méthodologie. Elle prend en compte les faits suivants :

- ⇒ les hospitalisations et les alternatives font partie d'un système de prise en charge unifié au sein duquel il existe des complémentarités,
- ⇒ l'efficacité individuelle (concernant le patient) d'une prise en charge psychiatrique ne peut être appréciée par une mesure de résultat unique, mais par un ensemble « complet » de questionnaires et d'échelles, couvrant différentes dimensions.

Faits auxquels il convient d'ajouter les contraintes suivantes :

- ⇒ les informations contenues dans les rapports d'activité des secteurs ne permettent pas de décrire de façon détaillée le « type » organisationnel d'un secteur ;
- ⇒ la mesure des résultats d'une prise en charge psychiatrique est particulièrement délicate car elle repose sur des données plus « molles » que dans les autres branches de la médecine : absence de marqueurs objectifs de la maladie et de consensus sur les diagnostics ; évolution chronique, non linéaire et guérison peu probable, pour certaines pathologies mentales.

En résumé, les spécificités de la psychiatrie et ses contraintes, par rapport aux autres spécialités médicales, nous conduisent à penser que la prise en charge globale d'un patient ne peut être évaluée uniquement à travers ses modalités au niveau individuel (hospitalisation ou non, traitement médicamenteux, consultations...). La pratique « organisationnelle » du secteur nous semble être, aussi, l'une des dimensions importantes à prendre en compte pour cette évaluation. En effet, elle est le reflet de la conception globale de prise en charge thérapeutique prédominant au sein du secteur et a de ce fait, probablement, un impact sur l'évolution de l'état de santé global des patients du secteur. Notre hypothèse est donc qu'il existe des liens, sans préjuger du sens de ceux-ci, entre le type organisationnel, les coûts et les résultats.

L'évaluation économique¹³

Définition

L'évaluation économique, dans un contexte de ressources rares, **a pour objectif d'éclairer les choix entre des décisions alternatives**. Elle inventorie et mesure les coûts de différentes stratégies envisageables et les confronte aux résultats, pour que les décideurs puissent, en fonction de leurs préférences, prendre la décision la plus rationnelle. Bien que l'analyse des coûts soit commune à tous les types d'évaluation économique, des différences existent quant à la nature des résultats pris en compte.

Typologie des coûts

La typologie traditionnelle distingue les coûts directs, indirects, intangibles. On distingue deux types de coûts directs.

Les coûts directs marchands qui s'expriment par la valeur des ressources consacrées aux actions de santé. Il faut identifier pour chaque action les ressources mobilisées, puis préciser leur volume et leur prix afin de leur attribuer une valeur monétaire adéquate. **Les coûts directs non marchands** sont plus difficiles à valoriser. Il s'agit principalement du temps passé par l'entourage pour la prise en charge du patient. On peut valoriser monétairement ces coûts en appliquant, soit un prix inspiré du tarif des professionnels pour des tâches identiques, soit le salaire auquel on renonce sur le marché du travail.

Les coûts indirects sont des pertes de production à la suite d'interruptions d'activité des patients. La société se trouve privée des biens ou services qui auraient pu être produits. Ces pertes sont évaluées par actualisation des revenus futurs que le patient aurait gagnés s'il avait continué à travailler. Cette démarche sous-tend que les employeurs n'ont pas de capacité d'ajustement sur le marché du travail, ce qui n'est que partiellement le cas aujourd'hui.

Les coûts intangibles sont plus difficiles à prendre en compte. Il s'agit d'attribuer une valeur précise à l'angoisse, la souffrance, la douleur, etc.

Typologie des analyses

On distingue généralement quatre types d'évaluation économique en fonction de la nature des résultats pris en compte.

L'analyse de minimisation des coûts (AMC) est pertinente lorsque l'on sait que les deux options étudiées sont strictement identiques du point de vue des résultats. Ainsi, le problème se réduit à la comparaison des coûts, le choix devant être fait en faveur du programme le moins coûteux.

L'analyse coût-efficacité (ACE) est une analyse dans laquelle les coûts sont liés à un seul type d'effet, dont l'importance peut varier selon les options. Les résultats des comparaisons peuvent être mesurés en coût par unité d'effet ou en effet par unité de coût. L'ACE ne peut être utilisée que pour la comparaison du ratio coût/efficacité d'options ayant toutes le même critère d'efficacité, mais elle peut concerner des interventions totalement différentes.

L'analyse coût-utilité (ACU) mesure les conséquences d'un programme ajusté par des mesures de préférence sur l'état de santé. Elle est très intéressante quand il s'agit de faire un ajustement par la qualité de vie pour un ensemble de résultats ou quand il faut fournir une mesure de résultat générique. Le plus connu des indicateurs pondérés est le QALY (années de vie pondérées par leur qualité). Les ACU sont généralement exprimées en coûts par année de vie en bonne santé.

L'analyse coût-bénéfice (ACB) monétarise les conséquences. Souvent, les conséquences ne sont pas uniques ou identiques et ne peuvent pas être mesurées en une dimension commune. On s'intéresse alors soit à des effets communs à toutes les options mais multiples, soit à des effets uniques ou multiples qui ne sont pas communs à toutes les options. Pour comparer les options, on agrège les effets en une unité monétaire commune. Cette technique n'est pas toujours envisageable pour des raisons pratiques et éthiques. Les résultats s'expriment soit sous la forme d'un ratio du coût au bénéfice, soit comme une simple somme représentant un bénéfice net.

¹³ Pour une approche plus détaillée voir Drummond M.F., O'Brien B. J., Stoddart G.L., Torrance G.W. : « Méthodes d'évaluation économique des programmes de santé », *Economica*, 2^{ème} édition, 1997, 331 Pages.

1.2.2. Les objectifs

Compte tenu des spécificités de la prise en charge psychiatrique et de l'hypothèse retenue, l'objectif principal de cette étude est la comparaison « coût-résultat » de secteurs psychiatriques adultes ayant mis en place des pratiques organisationnelles différentes. La comparaison n'a pas pour but de produire une norme mais de poser des questions sur la performance de types d'organisation.

L'objectif secondaire est de proposer aux secteurs un outil d'auto-évaluation de leur activité. Celui-ci peut ne concerner que l'évaluation de la pratique organisationnelle. En effet, cet objectif d'auto-évaluation est articulé avec un élément fort de la politique de santé, la promotion du travail en réseau, considéré comme porteur d'une meilleure coordination et d'une continuité des soins pour le patient.

1.3. La démarche méthodologique

Les modifications apportées à la démarche méthodologique initiale sont issues d'une réflexion complémentaire ayant suivi la publication du premier rapport en mars 1999. La démarche d'évaluation est double compte tenu des objectifs présentés. Il s'agit :

- ⇒ d'une évaluation médico-économique de nature comparative entre les secteurs,
- ⇒ d'une auto-évaluation permettant aux secteurs de se doter d'un outil de suivi informationnel.

1.3.1. Le principe général

Nous proposons un modèle « quasi-expérimental » d'évaluation médico-économique des soins psychiatriques sectorisés qui prend en compte à la fois le « type » organisationnel, les coûts et les résultats au niveau des patients. Il comprend deux outils complémentaires, l'évaluation organisationnelle et l'évaluation coût-résultat (cf. schéma n°1). L'outil d'évaluation organisationnelle se présente sous la forme de questionnaires remplis pour chaque site (ou secteur) enquêté au cours de l'année civile de l'étude. Il permet d'éclairer l'interprétation de l'analyse coût-résultat. L'évaluation des résultats se présente sous la forme de questionnaires et d'échelles semi-standardisés. Ces derniers permettent de porter un jugement sur différentes dimensions de résultats individuels. L'analyse des résultats est basée sur le principe d'un suivi longitudinal de cohortes de patients de secteurs de psychiatrie adulte. Tous les patients inclus dans une période couvrant l'année civile seront évalués à deux échéances : à l'inclusion (t 0) et 12 mois plus tard (t 12).

L'organisation sera appréhendée à partir d'une batterie de données relatives à la pratique organisationnelle, complétant le relevé des indicateurs généraux inspiré du rapport annuel des secteurs de la Direction Générale de la Santé.

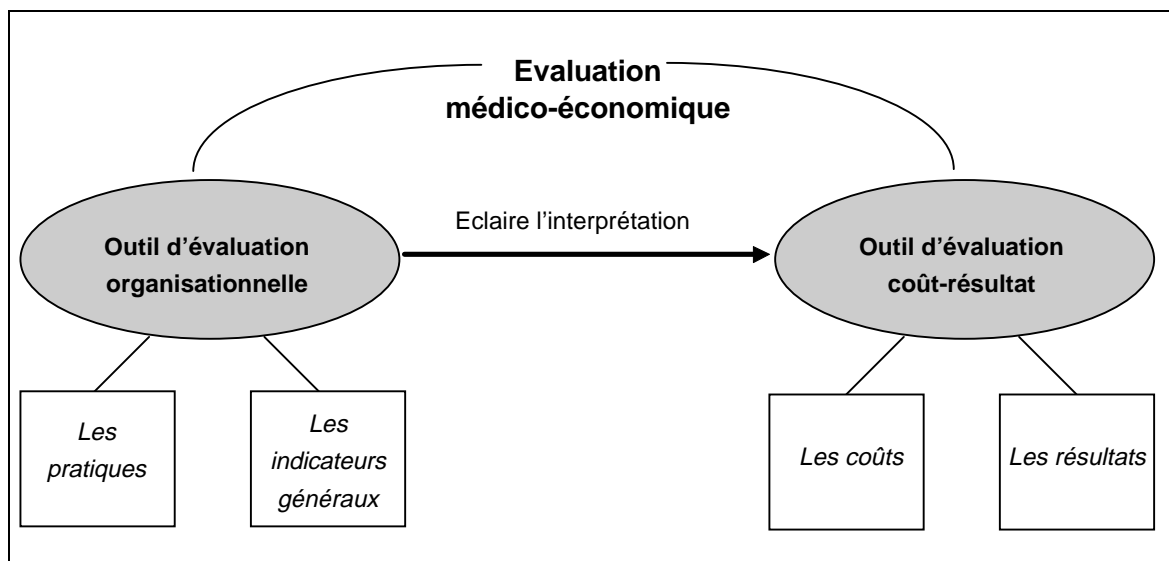
Les résultats seront mesurés :

- ⇒ sur une cohorte de patients schizophrènes. La schizophrénie est en effet considérée comme un « bon marqueur ». Il existe un relatif consensus sur son diagnostic, sa place parmi les pathologies mentales prises en charge dans les secteurs est importante (environ 23 % des patients des secteurs sont schizophrènes)¹⁴, les patients schizophrènes sont parmi les plus fidèles de la file active et utilisent l'ensemble des moyens offerts par le réseau de soins psychiatriques ;
- ⇒ sur une durée minimale d'un an. L'ensemble de la file active des schizophrènes sera étudiée, et non un échantillon de patients. On pourra ainsi mesurer un différentiel et une évolution sur chacun d'entre eux ;
- ⇒ à partir d'un ensemble de questionnaires et d'échelles de résultats.

Les coûts seront recensés, compte tenu de notre approche pour les principaux acteurs suivants : l'Assurance Maladie, la Caisse d'Allocations Familiales, l'Etat et la famille.

¹⁴ Enquête DGS/CCCOMC/INSERM, extrapolation d'une coupe transversale dans un seul secteur, chiffres 93.

Graphique n° 1
La démarche



1.3.2. Les modifications

Deux modifications peuvent être mises en avant par rapport à la démarche méthodologique initiale datant du rapport de mars 1999.

A l'origine seuls les indicateurs généraux permettaient d'éclairer l'analyse coût-résultat. Mais surtout l'analyse des résultats était quasi exclusivement transversale, en un instant " t ". Cette dernière approche avait pour objectif de mesurer des résultats traduisant les effets des soins antérieurs et permettait de s'affranchir de la contrainte liée au temps d'observation dans une analyse longitudinale.

Cette analyse transversale comportait deux limites principales :

- ⇒ l'évaluation des résultats ne comprenait pas une évaluation « clinique » en tant que telle. Elle ne permettait que de composer des groupes de patients homogènes, comparables en termes de satisfaction, de qualité de vie et de besoins ;
- ⇒ il semble difficile de recenser et de prendre en compte l'ensemble des variables de contrôle requises ; nous ne pouvions contrôler que l'âge, le diagnostic et l'antériorité des troubles.

C'est pourquoi dans la méthode définitive :

- ⇒ ce ne sont pas simplement les indicateurs généraux, mais des indicateurs sur l'ensemble de l'organisation qui sont recueillis afin d'éclairer l'évaluation coût-résultat ;
- ⇒ l'analyse transversale des résultats devient longitudinale. Cela offre la possibilité de mener une analyse différentielle aussi bien que transversale. Bien que limité à court terme, ce type de démarche prend tout son sens à moyen et long terme, voire en routine, d'autant plus que l'étude porte sur l'ensemble de la file active des schizophrènes.

2. Les outils méthodologiques

2. Les outils méthodologiques

2.1. Le test

L'élaboration des outils définitifs a nécessité le déroulement d'un test. Les objectifs sont d'apprécier la faisabilité de la méthode ou de l'évaluation. Il s'agit donc de savoir si l'outil est acceptable et pertinent d'un point de vue théorique ; s'il est envisageable d'un point de vue pratique (disponibilités des données, temps de recueil etc.). Nous n'avons donc pas cherché dans l'immédiat à réaliser une analyse des données recueillies.

Cinq sites ont accepté de participer au test méthodologique :

- ⇒ le secteur 78G08 à SARTROUVILLE, Docteur DELARUE,
- ⇒ le secteur 86G03 à POITIERS, Docteur GUIBERT,
- ⇒ le secteur 64G01 à PAU, Docteur LARRIVIERE,
- ⇒ le secteur 42G07 à ST ETIENNE, Professeur PELLET,
- ⇒ le secteur 59G21 à LILLE, Docteur ROELANDT.

Après un « briefing » avec chaque équipe, l'enquête-test a démarré au plus tôt début juin 1999. Sur le site de Pau, a été parallèlement organisée une journée de travail avec l'équipe afin d'analyser en direct les commentaires de chacun sur l'ensemble des questionnaires.

Trois questionnaires concernant les pratiques, les indicateurs généraux et les coûts ont été remis à chaque secteur ainsi qu'un questionnaire « résultats » par patient schizophrène. Le questionnaire « résultats » a été testé sous différentes versions (cf. tableau n°1). Dans chaque site, la période d'inclusion des patients est de un mois, à concurrence de 50 patients schizophrènes maximum. Les inclusions ont démarré au plus tôt en juin 1999, la deuxième phase de l'enquête ayant débuté trois mois plus tard. Au total, 150 patients ont été inclus dans cette enquête-test.

Les modifications apportées à la méthodologie, consécutive aux tests de faisabilité, seront abordées tout au long de la présentation des outils méthodologiques retenus. Nous pouvons néanmoins signaler ici que du point de vue de sa mise en pratique, la méthodologie impose une charge de travail conséquente aux équipes psychiatriques des secteurs. Cette charge est parfois même considérée comme très importante. Cependant, ce sentiment est en partie accentué par l'intervalle volontairement réduit, pour le test, entre les deux phases d'évaluation des résultats (3 mois). En fait, l'intervalle minimum prévu entre deux périodes d'évaluation des patients est de 12 mois, ce qui devrait permettre d'étaler d'autant la charge de travail.

Tableau n° 1
Les différentes versions du questionnaire « résultats » utilisées pour le test

	Secteur 86G03	Secteur 42G07	Secteur 59G21	Secteur 64G01	Secteur 78G08
Description du patient					
■ Fiche patient modifiée	X	X	X		X
■ Complément à la fiche patient				X	
Evaluation clinique et de l'autonomie sociale					
■ Echelle Globale de Fonctionnement (EGF)	X	X	X	X	X
■ Echelle d'Impressions Cliniques Globales	X	X	X	X	X
■ Echelle d'autonomie sociale (Leguay)	X		X		X
■ Questionnaire « Réseaux sociaux en psychiatrie » (Guitton)		X		X	
Evaluation des besoins					
■ Grille des besoins de soins : grille « CREDES » inspirée du NFCAS	X	X	X	X	X
■ Grille des besoins élémentaires	X	X		X	
Evaluation de la qualité de vie et de la satisfaction du patient					
■ Echelle de Satisfaction des Domaines de Vie (traduite de « Baker et Intagliata »)	X	X	X	X	X
■ Satisfaction des patients, soignants et familles : échelle utilisée dans l'étude européenne sur l'évaluation des soins psychiatriques des patients schizophrènes	X	X	X	X	X
Indicateurs d'aggravation					
■ Tentatives de suicides : nombre	X	X	X	X	X
■ Suicides : nombre	X	X	X	X	X
■ Nombre de réhospitalisations couplées avec la durée de séjour	X	X	X	X	X
■ Nombre de passages en services d'urgence	X	X	X	X	X

2.2. L'évaluation organisationnelle

Cet outil comprend des relevés d'indicateurs des pratiques organisationnelles (cf. annexe n° 1) et d'indicateurs généraux (cf. annexe n° 2), effectués dans chaque site.

Les modifications principales issues de l'enquête « test » portent sur le volet « pratiques ». Si le nombre de questions concernant les pratiques organisationnelles est au final sensiblement identique (une centaine), des reformulations de questions (20 % des questions), voire des extensions ou simplifications de certains thèmes, ont été effectuées.

2.2.1. Les pratiques

Elles concernent deux domaines : le réseau institutionnel et le réseau relationnel. L'appréhension du réseau institutionnel est réalisée à partir de trois groupes d'indicateurs relatifs à l'organisation des soins, l'adéquation entre l'offre et la demande et l'organisation des urgences (y compris la post-urgence). L'existence et le développement du réseau relationnel sont appréciés par le relevé des échanges avec les partenaires extérieurs, de types médicaux, sociaux, culturels et familiaux.

Compte tenu des problèmes de formulations incorrectes, inadaptées ou imprécises, environ 20 % des questions ont été modifiées. Le thème de l'organisation des urgences s'est étoffé de nouvelles questions sur l'existence et l'organisation d'un « service » de post-urgence. Le thème « partenaires du réseau », dans les parties relatives aux échanges sociaux et culturels, s'est allégé. Ces échanges ne sont généralement pas formalisés, si bien que des informations exhaustives et précises, quant à la date de début des échanges (date de convention etc.) et le nombre de personnes de la file active concernées, ne peuvent être recueillies. Nous nous contentons dorénavant de l'identification du partenaire, de l'année de début des échanges et d'une estimation du nombre de personnes de la file active concernées. Un organigramme du secteur représentant les réseaux institutionnels et relationnels est demandé en complément.

2.2.2. Les indicateurs généraux

Ce questionnaire n'a pas posé de problèmes particuliers, les données étant disponibles pour l'essentiel dans le rapport d'activité annuel des secteurs, destiné à la Direction Générale de la Santé. Il contient des informations relatives à la file active, à l'équipement et aux personnels des secteurs. Dans un souci d'analyse dynamique, le recueil de ces informations est rétrospectif ; sur plusieurs années. Cependant le mode de recueil et de collecte de données a changé en 1990 ; par conséquent nous n'allons pas au-delà. Des éléments externes d'homogénéité géographique, démographique et sociale, au niveau du secteur (récoltés par le secteur) et du département (récoltés par le CREDES), ont été ajoutés dans le but d'éclairer certains écarts, de coûts et/ou de résultats, entre les secteurs.

2.3. L'évaluation des résultats

Les résultats, appréhendés au travers de questionnaires ou d'échelles psychométriques toutes validées, sont explorés dans quatre dimensions différentes : l'état « clinique » et l'autonomie sociale, les besoins, la qualité de vie et la satisfaction (cf. encadré : « l'évaluation standardisée en psychiatrie », tableau n°2 et annexe n°3). En complément on trouve un questionnaire sur la description du patient.

Les modifications principales seront abordées tout au long de la présentation des échelles et questionnaires (cf. infra). De façon globale, nous avons modifié, par rapport à la méthodologie initiale la description du patient, l'évaluation de l'autonomie sociale et l'évaluation de la satisfaction.

2.3.1. La description du patient

La description du patient (cf. annexe n°3) s'effectue toujours à l'inclusion (t 0). Elle est construite sur le modèle de la fiche patient de la Direction Générale de la Santé, complétée par de nouveaux items. La fiche patient est une fiche de renseignement qui comprend à l'origine des informations socio-éco-démographiques (âge, sexe, mode de vie, protection civile, ressources sociales, activité professionnelle etc.) et médicales (antériorité du recours aux secteurs, diagnostic, relevé journalier des actes et journées d'hospitalisation).

Les compléments apportés par le CREDES concernent principalement les items suivants : l'estimation de l'antériorité des troubles psychiatriques, l'origine de l'orientation des patients vers le secteur, le niveau d'éducation, l'évaluation de l'aide apportée par la famille (en nombre d'heures par mois), l'estimation de la diminution du temps de travail de la personne de référence consécutive à l'aide apportée ainsi que sa catégorie socio-professionnelle.

2.3.2. L'évaluation des besoins

L'évaluation des besoins de soins et des besoins élémentaires (cf. annexe n°3) est réalisée à l'inclusion et 12 mois plus tard (t 0 et t 12). Les questionnaires relatifs à ces deux types de besoins sont inspirés du NFCAS¹⁵ et restent inchangés par rapport à la méthodologie initiale.

On évalue les besoins de soins par la présence, l'intensité et le contrôle de symptômes psychotiques (positifs et négatifs), d'effets secondaires, de maladies somatiques et de détresse. La mesure de la couverture des besoins élémentaires concerne des aspects de la vie quotidienne (logement, budget, relations sociales, hygiène, déplacements, médicaments, etc.). D'autre part, le questionnaire contient pour chaque item une question ouverte sur les propositions apportées par l'équipe soignante en cas de non couverture du besoin.

¹⁵ NFCAS : « Needs For Care Assessment Schedule ».

L'évaluation standardisée en psychiatrie¹⁶

Définition

Les échelles et questionnaires sont des outils de mesure de « l'évaluation standardisée en psychiatrie ». Celle-ci porte le nom de **psychométrie** et **permet d'évaluer des phénomènes psychiques**. Généralement utilisée en pratique ou en recherche clinique, elle se révèle utile pour l'aide au diagnostic, le suivi du patient (pour mettre en évidence des changements et leurs facteurs) et l'obtention de groupes de patients homogènes.

Les échelles et questionnaires sont en fait des mesures semi-standardisées (entretien, observation) : **l'observation va conduire à un jugement quant à la présence, l'intensité et/ou la fréquence de comportements ou d'une symptomatologie** (générale ou spécifique). On distingue comme échelles (ou questionnaires) :

- les échelles d'hétéro-évaluation, qui sont remplies par un ou plusieurs cotateurs entraînés,
- les échelles d'auto-évaluation, qui sont remplies par les patients.

Qualités métrologiques

On distingue comme qualité d'une échelle :

- **la sensibilité**, c'est-à-dire, la capacité à différencier un nombre suffisant de degrés (d'items) d'une même variable, ou la finesse discriminative (intra ou inter-individuelle) ;
- **la fidélité** où l'on distingue : la fidélité temporelle ou test-retest (à conditions externes identiques la répétition d'une même mesure doit donner des résultats équivalents) ; la fidélité inter-juges (deux observateurs utilisant le même instrument au même moment doivent obtenir un même résultat).
- **la consistance interne** ou homogénéité, qui permet de mesurer si les différents items d'une même échelle mesurent bien la même chose ;
- **la validité** qui de façon générale se définit comme la capacité de l'outil à évaluer ce qu'il est censé évaluer.

Dans les faits, on trouve dans la littérature **différents types de validité** :

- la validité de contenu mesure la capacité de l'outil à évaluer ce qu'il est censé évaluer ;
- la validité empirique mesure la correspondance des résultats aux classifications cliniques ;
- la validité de critère vérifie la performance obtenue au questionnaire par rapport à un critère ;
- la validité faciale mesure la compréhension de l'item par la population concernée ;
- la validité prédictive mesure la possibilité d'émettre un pronostic à partir des résultats ;
- la validité concurrente mesure la comparaison des résultats d'une échelle à ceux d'une autre censée mesurer la même chose ;
- la validité de construct ou théorique dépend de la validité convergente (recherche de corrélation entre deux outils cherchant à évaluer le même construct) et de la validité discriminante (absence de corrélation entre deux outils appartenant théoriquement à des constructs différents) ;
- la validité factorielle révèle la structure des items et permet un regroupement en sous-ensembles.

¹⁶ Bouvard M. et Cottraux J. : « Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie », Masson, 2^{ème} édition, 1998, pp.5-18 et Guelfi J.D. : « L'évaluation standardisée en psychiatrie », Tome I et II, Edition Médicale Pierre Fabre, 1994.

2.3.3. L'évaluation clinique et de l'autonomie sociale du patient

L'évaluation clinique et de l'autonomie sociale est réalisée à l'inclusion et à 12 mois (t 0 et t 12) (cf. annexe n°3) à l'aide de : l'Echelle Globale de Fonctionnement (EGF), un questionnaire de gravité des troubles mentaux psychiques inspiré de l'Echelle d'Impression Clinique Globale (ICG), l'Echelle d'Autonomie Sociale de Leguay (EAS) et des indicateurs d'aggravation relevés mensuellement.

L'EGF permet de porter une appréciation générale sur le rapport santé-maladie, elle reflète par là même le besoin de traitement et a une signification pronostique. Elle est cotée en dix intervalles, de 0 à 100, le 0 caractérisant une mauvaise appréciation. Cette échelle, bien validée [26], n'a pas posé de problèmes particuliers lors de son remplissage.

Le questionnaire de gravité des troubles mentaux, inspiré de l'ICG, permet de mesurer la « perception » du niveau de gravité des troubles psychiques du patient selon trois points de vue : les soignants, la famille et le patient. Il est coté en 8 niveaux de 0 à 7 (le 7 caractérisant les patients les plus malades).

L'EAS mesure une capacité d'autonomie effective ou potentielle (quand on ne peut juger de la première) par rapport à des domaines de la vie quotidienne et relationnelle. Elle est cotée en sept niveaux de 0 à 6 par ordre de performance croissante. Seuls les niveaux 0, 2, 4, 6 ont été « opérationnalisés », l'utilisation des niveaux intermédiaires étant laissée à la discrétion des cotateurs. Bien que cette échelle soit nouvelle et encore peu utilisée, les premiers éléments de validation sont de bonne qualité [27]. La distinction entre capacité d'autonomie effective ou potentielle, en l'absence de textes explicatifs, n'a pas toujours été bien comprise par les équipes. Cependant, après compléments d'informations, cette distinction n'a plus posé de problème. En conséquence, cette échelle sera toujours accompagnée d'un texte introductif. Elle a été bien appréciée par les équipes.

L'abandon du questionnaire du Docteur Guitton sur les « Réseaux sociaux en psychiatrie », qui couvre sensiblement les mêmes items que l'EAS mais de façon plus descriptive, est consécutive à son absence de validation et aux difficultés rencontrées par les équipes pour le remplir de façon complète et correcte. Ces difficultés se situaient à deux niveaux :

⇒ beaucoup de questions avaient pour réponse « sans objet » ou « non » ou « jamais » ou « problème inconnu », d'où une absence de discrimination ;

⇒ un mode de remplissage peu facile (un choix possible, deux choix possibles...).

Les indicateurs d'aggravation sont relevés mensuellement pour chaque patient : nombre de réhospitalisations, nombre de passages en services d'urgence psychiatriques ou en centres de crise (autres que ceux ayant conduit à une hospitalisation), nombre de tentatives de suicides, ainsi que la date éventuelle de décès (suicide ou autres).

2.3.4. L'évaluation de la qualité de vie et de la satisfaction

L'évaluation de la qualité de vie subjective est effectuée en t 0 et t 12. Elle permet d'apprécier le degré de satisfaction exprimé par le sujet dans différents domaines de la vie. Elle est réalisée par l'Echelle de Satisfaction des Domaines de Vie (ESDV) traduite et adaptée de l'échelle de Baker et Intagliata (cf. annexe n° 3). Elle comprend 21 items couvrant la vie quotidienne (habitat, alimentation, relations sociales etc.). Elle est cotée en sept niveaux, représentés par des visages allant du moins souriant (1) au plus souriant (7). Le patient désigne, pour chaque item, le visage correspondant à sa réponse à la question : « comment vous sentez-vous par rapport... ? ». Cette échelle est généralement bien acceptée par les patients et les équipes, de passation facile et bien validée [28].

L'évaluation de la satisfaction est réalisée uniquement en t 12. Elle permet de prendre en compte le patient en tant qu'individu. Ceci est d'autant plus important que l'organisation sectorielle limite le libre choix du patient et, par là même, la possibilité de « voter avec les pieds ». Initialement, l'évaluation de la satisfaction s'effectuait avec un questionnaire utilisé dans une étude européenne sur l'évaluation des soins psychiatriques des patients schizophrènes. En pratique, au cours du test, ce questionnaire s'est révélé inutilisable (mauvaise formulation des questions notamment). Devant l'absence de questionnaire ou d'échelle francophone, du territoire national, validés nous avons opté pour le Questionnaire de Satisfaction Client de M. Perreault (QSC) [29]. C'est une traduction québécoise validée de l'échelle de Distefano qui, bien que limitée au contexte national, permet de prendre en compte la satisfaction du patient. Le QSC comporte 22 items cotés sur une échelle en quatre points, dont les modalités de réponses sont hétérogènes. Ce questionnaire ne concerne que les patients hospitalisés. Cependant, en France, l'intra et l'extra-hospitalier sont gérés par la même équipe, ce qui atténue quelque peu cette réserve. Il est à noter qu'une autre échelle nous semble plus complète : la « Verona Service Satisfaction Scale » (VSSS) [30]. Cette dernière comporte, dans sa version courte, 32 items. Malheureusement la VSSS n'a pas encore été validé en français.

Tableau n° 2
Récapitulatif des échelles et questionnaires retenus à la suite du test

Types d'échelles ou de questionnaires	En T0	En T12
Description du patient		
■ Fiche patient modifiée	X	
Evaluation des besoins		
■ Besoins élémentaires : grille CREDES inspirée du NFCAS	X	X
■ Besoins de soins : grille CREDES inspirée du NFCAS	X	X
Evaluation de la qualité de vie et de la satisfaction		
■ Echelle de Baker et Intagliata	X	X
■ Satisfaction : questionnaire de « satisfaction client » (QCS) ou « Verona Service Satisfaction Scale » (VSSS)		X
Evaluation clinique et de l'autonomie sociale		
■ Echelle Globale de Fonctionnement (EGF)	X	X
■ Questionnaire de gravité globale des troubles mentaux, inspiré de l'échelle d'Impressions Cliniques Globales (ICG)	X	X
■ Echelle d'Autonomie Sociale (EAS)	X	X
■ Indicateurs d'aggravation : <ul style="list-style-type: none"> ■ Tentatives de suicides : nombre ■ Décès ■ Nombre de réhospitalisations couplées avec la durée de séjour ■ Nombre de passages en services d'urgence 	Mensuellement	

2.4. L'évaluation des coûts

L'objectif est de calculer un coût moyen par schizophrène. L'évaluation de ce coût (cf. annexe n°4) concerne plusieurs acteurs : l'Assurance Maladie, la CAF, l'Etat et la famille. Comme la plupart des patients schizophrènes sont pris en charge à 100 % (Affection de Longue Durée), le remboursement du ticket modérateur par les mutuelles reste très faible et ne sera donc pas pris en compte. Notre effort principal se porte cependant sur le coût hospitalier, compte tenu de son poids important.

La phase de test n'a pas généré de modifications profondes si ce n'est que nous abandonnons a priori, pour des raisons de disponibilité des données et de charge de travail, l'évaluation du coût pour les autres financeurs (collectivités locales et associations). En outre, le mode de calcul des coûts supportés par la famille a été approfondi. La prise en compte de ce coût est apparue très importante à l'ensemble des équipes. Enfin, pour le calcul du coût hospitalier, la phase de test a confirmé que, actuellement, les données d'une année n sont disponibles, au plus tôt en n+2.

2.4.1. Le coût pour la famille

Le coût pour la famille pourra être évalué de deux façons : à partir de l'estimation du nombre d'heures par mois pendant lesquelles la famille s'occupe du patient, que l'on multiplie par le tarif du placement familial (fixé de façon identique pour tous les secteurs), ou par l'estimation de la diminution d'activité en nombre d'heures par mois, conséquente à l'aide apportée par le référent, que l'on multiplie par le salaire moyen de sa catégorie socioprofessionnelle. Rappelons que ces deux informations sont collectées dans la partie « description du patient ».

2.4.2. Le coût pour l'hôpital

A 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 a été validée par les équipes des services financiers de l'hôpital « d'Armentières » (Nord), de l'Hôpital de « Moulins/Yseure » et du centre hospitalier de Saint-Germain-en-Laye.

La méthode utilisée consiste à repérer, par le relevé des « consommations » de la fiche patient (adjoint au questionnaire n°1, sous forme de fichier informatique anonymisé), pour chacun des patients, les soins reçus de chaque unité du secteur (quantifiés en nombre d'actes, de journées etc.). Il s'agira ensuite de valoriser ces consommations (en francs) en leur appliquant des coûts moyens obtenus selon une méthode classique de comptabilité analytique : découpage du secteur en unités de soins, calcul du coût total (direct et indirect) par unité de soins, choix des unités d'œuvre (actes, journées, etc.) pour chaque unité de soins et calcul des coûts moyens par unité d'œuvre. Ainsi, pour chaque patient schizophrène de l'étude, on pourra évaluer un coût annuel moyen et le mettre en relation avec différents résultats.

2.4.3. Le coût pour la CAF, l'Etat et les autres financeurs

Les coûts pour la CAF, l'Etat et les autres financeurs seront calculés en fonction des informations disponibles auprès de ces organismes et institutions. Le coût pour la CAF concerne les prestations versées (AAH, Allocation pour le logement) et les frais de gestion de la tutelle. Le coût pour l'Etat correspond aux sommes versées par les DDASS (RMI, FNS), au montant du forfait journalier pour les patients exonérés et au financement des tutelles et curatelles de l'Etat. Le coût pour les autres financeurs regroupe les participations des collectivités locales et des associations. Ce dernier semble difficilement évaluable.

3. La mise en œuvre et l'analyse statistique

3. La mise en œuvre et l'analyse statistique

3.1. La mise en œuvre

Avant sa mise en œuvre, ce type d'étude doit être soumis à l'avis du CCPPRB¹⁷ référent. Si celui-ci s'avère favorable, le traitement informatisé des données doit être soumis à l'autorisation de la CNIL¹⁸.

Cette étude se présente sous la forme de 4 questionnaires indépendants :

- ⇒ questionnaire n°1 : LES PRATIQUES,
- ⇒ questionnaire n°2 : LES INDICATEURS GENERAUX,
- ⇒ questionnaire n°3 : LES RESULTATS,
- ⇒ questionnaire n°4 : LES COUTS.

Elle est réalisée en plusieurs temps et couvre deux années civiles :

- ⇒ lors de la première année, on inclut tous les patients schizophrènes de la file active. L'évaluation des résultats est réalisée pour chaque patient, dans le mois suivant son inclusion t 0. Parallèlement, débute dès cette date d'inclusion le relevé de ses « consommations » ;
- ⇒ en outre pendant cette première année, les sites remplissent les questionnaires « pratiques » et « indicateurs généraux » ;
- ⇒ pour chaque patient, on réalise une nouvelle évaluation des résultats 12 mois plus tard (t 12), date à laquelle prend fin le relevé des « consommations » ;
- ⇒ enfin, pendant la deuxième année les services financiers calculent les coûts moyens par actes et journées (etc.) concernant l'exercice financier antérieur de deux années (soit n-1 par rapport à l'année d'inclusion).

Une double cotation des échelles pourrait être envisagée, concernant 10 % de la file active des schizophrènes. Elle serait réalisée par un cotateur extérieur aux secteurs et permettrait d'évaluer la variabilité inter-cotateur éventuelle.

La saisie des informations, préalablement récoltées sur questionnaires « papier », pourra se faire via une connexion internet sécurisée. A ce jour, le CREDES est capable de réceptionner et de transposer, via son site Web, des fichiers de saisie. Ce système de saisie présente au moins deux avantages. Il permet un pré-contrôle de saisie directement sur les sites psychiatriques et des modifications des questionnaires peuvent être effectuées à n'importe quel moment de l'étude (précision d'un libellé non explicite etc.).

¹⁷ Comité Consultatif de Protection des Personnes dans la Recherche Biomédicale.

¹⁸ Commission Nationale Informatique et Liberté.

3.2. L'analyse statistique des résultats

La structure multidimensionnelle de cette évaluation médico-économique nécessite une analyse statistique multivariée des liens éventuels entre coûts, résultats et indicateurs organisationnels.

3.2.1. L'agrégation des données organisationnelles

A partir de ces données organisationnelles, l'objectif est d'obtenir une typologie des secteurs étudiés, par exemple : ouverts, semi-ouverts, néo-asilaires. Devant le nombre d'indicateurs organisationnels disponibles, il convient de sélectionner les plus pertinents, et de réaliser une agrégation en un ou plusieurs indicateurs synthétiques. Pour les indicateurs des pratiques, nous sommes en cours de détermination des critères de choix. Les indicateurs généraux ne posent pas de problème particulier. Trois indicateurs synthétiques pourraient être construits et pris en compte dans la construction de la typologie :

- ⇒ un indicateur synthétique de moyen à partir du nombre de lits et places, nombre de psychiatres etc., rapportés éventuellement à la population du secteur,
- ⇒ un indicateur synthétique d'activité à partir de la file active totale, nombre total de nouveaux patients, durée moyenne de séjour etc.,
- ⇒ un indicateur synthétique de diversification à partir du nombre total de lits et places en extra-hospitalier etc.

Pour autant, il semble difficile de réaliser cette typologie avec un nombre limité de secteurs, choisis au regard de leurs différenciations. La seule option envisageable consiste à comparer les résultats des indicateurs généraux des secteurs étudiés, aux résultats nationaux. Notre typologie se construit dès cette étape. Dans un deuxième temps, on regarde quels sont les résultats au niveau des indicateurs de la pratique organisationnelle, pour chaque type de secteurs ainsi défini, ce qui permet d'affiner notre typologie.

3.2.2. L'analyse du ratio coût-résultat

On rappelle que notre démarche est celle d'une évaluation coût-efficacité. La décision dans ce cadre repose sur l'analyse du ratio coût/efficacité. Mais la réalisation d'un tel ratio n'est pas envisageable ici pour les raisons suivantes :

- ⇒ on ne peut faire la moyenne des différents scores ou les sommer parce que les mesures sont issues de différentes échelles ;
- ⇒ on ne peut choisir un seul résultat de référence, de dimension globale de préférence (par exemple le score EGF), car on retombe dans l'unidimensionnalité dont on voulait s'affranchir ;
- ⇒ on ne peut réaliser autant de ratios coût-résultat qu'il y a de dimensions de résultats parce qu'on laisse implicitement aux décideurs, en cas d'ambiguïté, le soin de pondérer les différentes dimensions de résultats en fonction de ses préférences.

C'est ainsi que les objectifs fixés nous conduisent à envisager des analyses multivariées sur les patients afin de mettre en évidence des liens entre les résultats, les coûts et les indicateurs organisationnels synthétiques. Les analyses statistiques multivariées sont nombreuses et parfois d'interprétation difficile. Parmi les développements intéressants, on peut noter les modèles conditionnels. L'idée sous-jacente est que n'importe quel lien statistique entre deux variables est en fait un lien conditionnel à des variables intermédiaires [31], [32]. Les développements allant dans ce sens semblent montrer que les coûts sont fortement liés à « l'état » du patient (fonctionnement global, symptomatologie etc.). Nous ne sommes qu'au début de nos réflexions sur le sujet, il conviendra donc par la suite d'explicitier les démarches statistiques appropriées.

Conclusion

Conclusion

La tendance actuelle, favorable aux alternatives à l'hospitalisation, semble être tout autant dogmatique que celle qui justifiait l'asile hier. Les bilans qui se succèdent depuis quelques années sur la sectorisation, aboutissent invariablement au même constat : elle est novatrice et décisive, mais surtout inachevée. L'hétérogénéité et l'inégalité de l'offre posent la question de l'optimalité de l'allocation des ressources. En l'absence d'outils informationnels, de nombreuses questions relatives à l'efficacité de la prise en charge des soins psychiatriques restent donc en suspens.

Le travail méthodologique, que nous avons engagé depuis plus d'un an, s'évertue à montrer que, si la psychiatrie connaît un certain nombre de contraintes et de spécificités, par rapport aux autres spécialités médicales, dans l'évaluation médico-économique, celles-ci ne sont pas, pour autant, rédhibitoires. Notre méthodologie - « pragmatique » - présente un double aspect d'évaluation interne et externe (comparative). L'objectif est d'estimer les liens, sans préjuger du sens et de la nature de ceux-ci, entre le type organisationnel, les coûts et les résultats. L'évaluation des résultats repose sur un ensemble complet de questionnaires et d'échelles couvrant différentes dimensions. Le test nous a permis de montrer que cette méthodologie répond à l'exigence de faisabilité.

Les prochaines étapes de notre travail devraient nous conduire à :

- ⇒ expliciter les traitements statistiques qui peuvent être mis en œuvre ;
- ⇒ envisager d'étendre la méthodologie à l'ensemble des pathologies mentales, ce qui nécessite notamment l'introduction d'échelles symptomatologiques ;
- ⇒ réfléchir à une meilleure prise en compte des reports de charges, financière et intangible, imputables aux soins communautaires. Cela implique vraisemblablement de construire un questionnaire « famille » étoffé.

Alors que des évaluations externes sont imposées aux établissements et aux secteurs, sans tenir compte, jusqu'à aujourd'hui, ni de la qualité ni des résultats obtenus, il nous semble que cette méthode prend tout son sens. Ceci d'autant plus que l'outil proposé, compte tenu de sa dimension participative, permet au secteur de s'emparer d'un outil de recueil d'information en routine. Ceci dans une logique d'amélioration de leur travail et de leurs pratiques.

Bibliographie

Bibliographie

- [1] Goldberg D. : « *Epidémiologie des affections psychiatriques* », Le Quotidien du Médecin, dossier : « *Psychiatrie : la clinique reprend ses droits* », 1.10.1999, cahier n°2, pp.1-2.
- [2] Bocognano A., Dumesnil S., Frérot L., Grandfils N., Le Fur P., Sermet C. : « *Santé, soins et protection sociale en 1998* », CREDES, Série Résultat, 1999, Biblio n°1282 et 1282 bis, décembre pp. 31-50 et pp. 25-46.
- [3] Vignat J-P. : « *La santé mentale en France : état des lieux* », Santé Publique, 1999, 11^{ème} année, n°2, pp. 127-35.
- [4] Boisguérin B. : « *Les secteurs de psychiatrie générale en 1995* », DGS-SESI, Documents Statistiques, 1998, n°304, 33 pages.
- [5] Casadebaig F. et Philippe A. : « *Mortalité chez les patients schizophrènes, trois ans de suivi d'une cohorte* », L'Encéphale, 1999, vol 25, pp. 329-37.
- [6] Antoine D. « *A propos de l'estimation des dépenses de soins psychiatriques* », Solidarité Santé, Etude Statistique, 1993, n°1, pp. 101-03.
- [7] Brun-Rousseau H. et Pénochet J-C. : « *Les dépenses de santé en France et plus particulièrement en psychiatrie* » dans Kovess V., Lopez A., Pénochet J-C., et Reynaud M. : « *Psychiatrie années 2000. Organisations, Evaluations, Accréditation* », Flammarion, juin 1999, pp. 125-33.
- [8] Deville A. et Lesdos-Cauhapé C. : « *L'activité des hôpitaux en 1997 et 1998* », Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques, Etudes et Résultats, juillet 1999, n°24.
- [9] Peldjak D. : « *Des inégalités entre hôpitaux...Les psys aussi* », Santé Publique, 1997, n°3, pp. 285-95.
- [10] Sous la direction de Knudsen H.C. et Thornicroft G. : « *Mental health service evaluation* », Cambridge University Press, 1996, 379 pages.
- [11] Speer D. : « *Mental Health outcome evaluation* », Academic Press, 1998, 121 pages.
- [12] Bouvard M. et Cottraux J. : « *Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie* », Masson, 2^{ème} édition, 1998, pp. 5-18.
- [13] Marielle B., Mermilliod C., Meuret D., Chapalain M-T : « *Le financement de l'activité extra-hospitalière en psychiatrie de secteur* », Ministère de la Santé, Section des Etudes de RCB et de Recherche opérationnelle, novembre 1975, 143 pages.
- [14] François I., Gadreau M., Gisselmann A., Favelier H. : « *Contribution à l'évaluation économique en psychiatrie - Une comparaison de deux structures de soins pour schizophrènes « chroniques » au CHRU de Dijon* », Journal d'Economie Médicale, juin 1993, 11^{ème} année, n°4, pp. 185-99.

- [15] Pellet J., Lang F., Decroocq A., Bouvy M. H., Guilhot J., Claveranne J. P., Pellet K. : « *Etude pilote coût-utilité de deux modes de prise en charge psychiatrique, CHRU de St Etienne* », 43^{ème} colloque internationale, Lyon, 7-8 juillet 1994.
- [16] Beecham J., Knapp M., Fenyo A. : « *Costs, needs and outcomes* », Schizophrenia Bulletin, 1991, volume 17, n°3, pp. 427-39.
- [17] 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, 1994, n° 165, pp. 195-203.
- [18] Knapp M., Marks I., Wolstenholme J., Beecham J., Astin J., Audini B., Connolly J., Watts V. : « *Home-based versus hospital-based care for people with serious mental illness* », British Journal of Psychiatry, 1998, n°172 , pp. 506-512.
- [19] Weisbrod B.A., Test M.A., Stein L.I. : « *Alternative to mental hospital treatment. Economic benefit-cost analysis.* », Archive of General Psychiatry, 1980, volume 37, pp. 400-05.
- [20] Knapp M., Beecham J., Fenyo A., Hallam A. : « *Community mental health care for former hospital in-patients. Predicting costs from needs and diagnoses* », British Journal of Psychiatry, 1995, n°166, supplément, pp. 10-18.
- [21] Knapp M., Chisholm D., Astin J., Lelliot P., Audini B. : « *The cost consequences of changing the hospital-community balance: the mental health residential care study* », Psychological Medecine, 1997, n°27, 681-92.
- [22] Ruggeri M., Biggeri A., Rucci P., Tansella M. : « *Multivariate analysis of outcome of mental health care using graphical chain models. The South-Verona Outcome Project 1* », Psychological Medecine, 1998, n°28, pp. 1421-31.
- [23] Thorton P.H., Godman H.H., Stegner B.L., Rappaport M., Sorensen J.E., Attkinson C.C. : « *Assessing the costs and outcomes together. Cost-effectiveness of two system of acute psychiatric care* », Evaluation and Program Planning, 1990, n°13, pp. 231-41.
- [24] Fenton F.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 psychiatric treatment* », Canadian Journal of Psychiatry, avril 1984, volume 29, pp. 205-11.
- [25] Marks I.M., Wolstenholme J., Beecham J., Astin J., Audini B., Connolly J., Watts V. : « *Home-based versus hospital-based care for people with serious mental illness. Controlled cost-effectiveness study over four years.* » British Journal of Psychiatry, 1998, n° 172, pp. 506-12.
- [26] Jones S. H., Thornicroft G., Coffey M. et Dunn G. : « *A brief mental health outcome scale. Reliability and validity of the Global assessment of Functioning (GAF)* », British Journal of Psychiatry, 1995, n°166, pp. 654-59.
- [27] Leguay D., Cochet A., Matillon G., Hairy A., Fortassin O. et Marion J.M. : « *L'Echelle d'Autonomie Sociale. Premiers éléments de validation* », L'Encéphale, 1998, vol 24, pp. 108-19.
- [28] Caron J., Mercier C. et Tempier R. : « *Une validation québécoise du Satisfaction with Life Domains Scale* », Santé Mentale au Québec, 1997, vol 22, n°2, pp. 195-217.

- [29] Perreault M., Leichner P, Sabourin S., Gendreau P. : « *Caractéristiques psychométriques de la version canadienne-française d'une échelle de satisfaction pour les patients hospitalisés en psychiatrie* », Revue Canadienne de Psychiatrie, mai 1992, vol 37, pp. 221-27.
- [30] Ruggeri M., Dall'agnola R., Agostini C., Bisoffi G. : « *Acceptability, sensitivity and content validity of the VECS and VSSS in measuring expectation and satisfaction in psychiatric patients and their relatives* », Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiological, 1994, vol 29, pp. 265-76.
- [31] Ruggeri M., Biggeri A., Rucci P., Tansella M. : « *Multivariate analysis of outcome of mental health care using graphical chain models* », Psychological Medicine, Cambridge University Press, 1998, vol. 28, pp. 1421-31.
- [32] Cox D.R. et Wermuth N. : « *Multivariate dependencies. Models, analysis, and interpretation* », Chapman&Hall/CRC, 1996, 254 pages.

Bibliographie complémentaire

La prise en charge de la psychiatrie en France

Foucault M. : « *Histoire de la folie à l'âge classique* », Gallimard, 1972, 688 pages.

Goumilloux R. : « *Législation psychiatrique* », Masson, 2^{ème} édition, 1991, pp. 1-50.

Haut Comité de la Santé Publique : « *Santé mentale : l'individu, les soins, le système* », Actualité et Dossier en Santé Publique, juin 1996, n°15, 32 pages.

Horassius-Jarrié N. : « *La psychiatrie en 1995...Et demain ? Une vision ambitieuse : le secteur* », L'information Psychiatrique, septembre 1995, n°7, pp. 658-60.

Joly P. : « *Prévention et soins des maladies mentales : bilan et perspectives* », Avis et Rapport du Conseil Economique et Social, Journal Officiel, 24 juillet 1997.

Kovess V., Lopez A., Pénochet J-C., M. Reynaud : « *Psychiatrie années 2000. Organisations, Evaluations, Accréditation* », Flammarion, juin 1999, pp. 125-33.

Le Pape A., Lecomte T. : « *Prévalence et prise en charge médicale de la dépression, France 1996-1997* », CREDES, septembre 1999, Biblio n°1277, 100 pages.

Massé G. : « *La psychiatrie ouverte. Une dynamique nouvelle en santé mentale* », Rapport au Ministre de la Santé, ENSP, 1992, 329 pages.

Pellé R., Mordelet P. : « *Psychiatrie communautaire et hôpital psychiatrique. La situation française au regard des réformes britannique, espagnole, italienne.* », Gestions Hospitalières, novembre 1997 n°370, pp. 724-28.

Postel J., Quérel C. et al. : « *Nouvelle histoire de la psychiatrie* », Privat, 1986, 774 pages.

Reynaud M., Lopez A. et al : « *Evaluation et organisation des soins en psychiatrie* », Frison-Roche, 1994, 475 pages.

Talbott J.A. : « *La désinstitutionnalisation et la réforme de la santé mentale aux Etats-Unis* », L'Information Psychiatrique, avril 1994, n°4, pp. 358-69.

Zarifian E. : « *Des paradis plein la tête* », Editons Odile Jacob, 1994, 244 pages.

L'évaluation en psychiatrie : généralités

Baker F., Intagliata J. : « *Quality of Life in the evaluation of community support systems.* », Evaluation Program Planning, 1982, n° 5, pp. 69-79.

Bell R.G. et al : « *Echantillon d'instruments de mesure de la qualité de la vie et de théories pour évaluer des services de psychiatrie* », Santé Mentale au Québec, 1993, vol 28, n°2, pp. 87-108.

Braun P., Kochansky G., Shapiro R., Grennberg S., Gudeman J.E., Johnson S. et Shore M.F. : « *Overview : Deinstitutionnalisation of psychiatric patients : a critical review of outcome studies* », American Journal of Psychiatry, juin 1981, n°138, pp. 736-49.

Dauwalder J.P., Ciompi L. : « *Cost-effectiveness over 10 years* », original paper, 1994.

Dauwalder J.P., Ciompi L., Hess D. : « *Coûts des alternatives à l'hospitalisation* », Confrontations Psychiatriques, 1990, n°32 pp. 93-110.

Drummond M.F., O'Brien B.J., Stoddart G.L., Torrance G.W. : « *Méthodes d'évaluation économique des programmes de santé* », Economica, 2^e édition, 1997, 331 pages.

Evers S. M. A. A. A., Van Wijk A.S., Ament J.H.A. : « *Economic evaluation of mental health care intervention. A review* », Health Economics, 1997, vol 6, n°2, pp. 161-77.

Frank R. : « *Cost benefit analysis in mental health care : a review of the literature* », Administration in Mental Health.

Geller J.L. et al : « *A national survey of mobile crisis services and their evaluation* », Psychiatric Services, 1995, vol 46, n°9, 1995, pp. 893-97.

Goldberg D. : « *Cost effectiveness studies in the treatment of schizophrenia : a review* », Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 1991, n° 26, pp.139-42.

Goldberg D. : « *Cost-effectivness studies in the evaluation of mental health services in the community : current knowledge and unsolved problems* », International Clinical Psychopharmacology, 1995, vol 9, suppl. 5, pp. 29-34.

Guelfi J.D. : « *L'évaluation standardisée en psychiatrie* », Tome I et II, Edition Médicale Pierre Fabre, 1994.

Guers-Guilhot J. : « *Alternatives en psychiatrie : de l'histoire à l'évaluation* », Thèse de doctorat en science de gestion, université Jean-Moulin, Lyon-III, présentée et soutenue publiquement le 22.05.92 , 500 pages.

Guers-Guilhot J., Pellet J., Claveranne J.P. : « *Un outil d'évaluation médico-économique en psychiatrie* », Journal d'économie médicale, 1993, tome 11, n°4, pp. 165-83.

Guers-Guilhot J., Laurent O., Pellet J., Vanderhaegue J.F., Giusti L., Chazel D., Apparicio J., Alamo-Boccoz M.C., Olivarès J.M., Terra J.L. : « *Etude qualitative de l'offre de soins en psychiatrie : propositions méthodologiques* », 1998, soumis à la Revue "Santé Publique".

Hargreaves W.A., Shumway M., Hu T-W., Cuffel B. : « *Cost-outcome method for mental health* », Academic Press, 1998, 242 pages.

Jones S.H., Thornicroft G., Coffey M., Dunn G. : « *A brief mental health outcome scale. Reliability and validity of the Global assessment of Functioning (GAF)* », British Journal of Psychiatry, 1995, n°166, pp. 654-59.

Launois R., Toumi M., Reboul-Marty J., Lançon C. : « *Le coût de la maladie : un labyrinthe inextricable ou une aide à la décision ? Le cas de la schizophrénie* », L'Encéphale, 1998, n°24, pp. 83-99.

Lecomte T., Polton D., Raffy-Pihan N. et al : « *Evaluation médico-économique des soins psychiatriques sectorisés* », CREDES, série méthode, Biblio n°1256, mars 1999, 132 pages.

Mercier C. : « *La méthodologie de l'évaluation de la qualité de vie subjective en psychiatrie* ». In Terra J-L : « *Qualité de Vie Subjective et Santé Mentale* », Ellipse, 1994.

Mercier C. : « *Qualité de vie et qualité des services* », Santé Mentale au Québec, 1993, vol 28, n°2, pp. 9-20.

Pellet J. : « *Le coût de prise en charge de la schizophrénie : questions et problèmes* », La lettre de la schizophrénie, Bulletin d'actualités sur les psychoses, juin 1999, n°15, pp. 2-7.

Rouillon F., Toumi M., Dansette G-Y., Benyama J., Auquier P. : « *Some of the aspect of the cost of schizophrenia in France* », Pharmacoeconomics, juin 1997, vol 6, n°11, pp. 578-94.

Ruggeri M. : « *Patients' and relatives' satisfaction with psychiatric services : the state of the art of its measurement* », Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiological, 1994, vol 29, pp. 212-27.

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.

Williams B., Wilkinson G. : « *Patient satisfaction in mental health care. Evaluating and evaluative method* », British Journal of Psychiatry, 1995, n°166, pp. 559-62.

L'évaluation en psychiatrie : les études françaises

Kapsambelis V., Delignières A., Macron-Noguès F. : « *Le coût de la désinstitutionnalisation, centre hospitalier Philippe-Pinel d'Amiens, 1989-1992* », L'information psychiatrique, avril 1995, vol 71, n°4, pp. 345-57.

L'évaluation en psychiatrie : les études étrangères

Endicott J., Herz M., Gibbon M. : « *Brief hospitalisation versus standard hospitalisation : the differential costs* », American Journal of Psychiatry, 1978, vol 135, n°6, pp. 707-12.

Fenton F.R., Tessier L., Contandriopoulos A-P., Nguyen H., Struening E.L., Smith A. : « *A comparative trial of home and hospital psychiatry treatment : financial costs* », Canadian Journal of Psychiatry, 1982, vol 27.

Fenton F. 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 psychiatric treatment* », Canadian Journal of Psychiatry, avril 1984, vol 29, pp. 205-11.

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, n° 26.

Jones R., Goldberg D., Hughes B. : « *A comparison of two services treating schizophrenia : a cost-benefit approach* », Psychological Medicine, 1980, n°10, pp. 493-505.

Knapp M., Beecham J. : « *Costing Mental Health services* », Psychological Medecine, 1990, n° 20, pp. 893-908.

Knapp M., Beecham J., Anderson J., Dayson D., Leff J., Margolius O., O'Driscoll C., Wills W. : « *The TAPS Project. 3 : Predicting the community costs of closing psychiatric hospitals* », British Journal of Psychiatry, 1990, n°157, pp. 661-70.

Olfson M.D. : « *Assertive Community Treatment. An Evaluation of the Experimental Evidence* », Hospital and Community Psychiatry, 1990, vol 41, n° 6, pp. 634-41.

Stein L.I., Test M.A. : « *Alternative to mental hospital treatment* », Archive of General psychiatry, avril 1980, vol 37, pp. 392-97.

Wiersma D., Kluiters F., Nienhuis F.J., Ruphan M., Giel R. : « *Costs and benefits of hospital and day treatment with Community Care of affective and schizophrenic disorders* », British Journal of Psychiatry, 1995, n° 166.

Annexe 1

Les pratiques

Questionnaire n° 1 Les pratiques

Qui remplit ce questionnaire ?

Ce questionnaire concerne l'ensemble de l'équipe soignante. Il doit donc être rempli avec la collaboration de tous.

Que comporte ce questionnaire ?

Il comporte quatre parties :

- ⇒ Indicateurs d'organisation des soins
- ⇒ Indicateurs d'adéquation entre l'offre et la demande
- ⇒ Organisation des urgences
- ⇒ Les partenaires du réseau

Numéro d'ordre, (à remplir par le Credes) : |__|__|

Codification du secteur : |__|__|__|__|__|

Adresse du site :
.....
.....
.....

Nom, fonction et n° de téléphone de la personne responsable du remplissage du questionnaire :
.....
.....

Date de remplissage : |__|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

(JJ MM AAAA)

1. INDICATEURS D'ORGANISATION DES SOINS

1. Les patients du secteur bénéficient-ils d'un accueil permanent 24h/24 assuré par l'équipe soignante du secteur ?

₁ oui ₂ non

2. Existe-t-il une permanence téléphonique 24h/24 ?

₁ oui ₂ non

3. Quels sont les horaires et jours d'ouverture des CMP sur le secteur (vous pouvez distinguer les différents CMP) ?

CMP 1 :

horaires : de |__| h |__| à |__| h |__|

jours : du au

horaires : de |__| h |__| à |__| h |__|

jours : du au

CMP 2 :

horaires : de |__| h |__| à |__| h |__|

jours : du au

horaires : de |__| h |__| à |__| h |__|

jours : du au

CMP 3 :

horaires : de |__| h |__| à |__| h |__|

jours : du au

horaires : de |__| h |__| à |__| h |__|

jours : du au

CMP 4 :

horaires : de |__| h |__| à |__| h |__|

jours : du au

horaires : de |__| h |__| à |__| h |__|

jours : du au

CMP 5 :

horaires : de |__| h |__| à |__| h |__|

jours : du au

horaires : de |__| h |__| à |__| h |__|

jours : du au

4. Y a-t-il un médecin, un infirmier ou un autre membre de l'équipe référent désigné pour chaque patient ? (plusieurs réponses possibles)

₁ un médecin,

↳ Si oui,

- est-il le référent unique ? ₁ oui ₂ non

- nombre de patients rattachés ? |_____|

- définition de son rôle de référent :

.....

₂ un infirmier

↳ Si oui,

- est-il le référent unique ? ₁ oui ₂ non

- nombre de patients rattachés ? |_____|

- définition de son rôle de référent :

.....

₃ autres, précisez

↳ Si oui,

- est-il le référent unique ? ₁ oui ₂ non

- nombre de patients rattachés ? |_____|

- définition de son rôle de référent :

.....

5. Les membres de l'équipe travaillent-ils aussi bien en unités de soins hospitalières à temps complet qu'en structures alternatives ?

₁ oui ₂ non

6. Des réunions soignants/soignés à propos de l'organisation des soins, à caractère non individuel, sont-elles organisées ?

₁ oui ₂ non

↳ Si oui, précisez, pour chaque unité de soins à temps complet ou structure alternative, leur périodicité :

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7. Des réunions soignants /soignants ne travaillant pas dans les mêmes unités de soins (temps complet ou structures alternatives) sont-elles organisées ?

1 oui 2 non

↳ Si oui,

- sont-elles relatives à l'organisation des soins ?

1 oui 2 non

- sont-elles relatives au suivi de patients en particulier ?

1 oui 2 non

8. Existe-t-il une ou des procédures de transmissions d'informations en cas de changement d'unité de soins hospitalière ou de structure alternative d'un patient ?

1 oui 2 non

↳ Si oui,

- sont-elles systématiques ?

1 oui 2 non

- par quel(s) moyen(s) ?

1 lettre

2 téléphone

3 réunion

4 autres, précisez

.....

9. Le médecin traitant est-il informé de l'évolution de l'état de santé de son patient en cas de nouveaux événements (changement de lieu de soins, de traitement, etc.) ?

1 oui, systématiquement

2 oui, parfois

3 non

↳ Si oui, par quel moyen en règle générale ?

1 téléphone

2 lettre

3 autres, précisez

.....

↳ Si non, par qui en règle générale ?

1 infirmier référent

2 médecin référent

3 autres, précisez

.....

10. Qui remplit la fiche par patient ? (plusieurs réponses possibles)

1 médecin

2 infirmier

3 administratif

4 autres, précisez

11. Sous quelle(s) forme(s) est remplie la fiche patient ?

1 dossier papier seul

2 support informatique seul

3 les deux moyens

12. Existe-t-il un contrôle interne des données informatisées ?

1 oui 2 non

13. Quel(s) moyen(s) utilisez-vous pour suivre la trajectoire du patient dans le secteur psychiatrique ?

1 dossier de soins unique entre intra et extra-hospitalier

2 dossiers de soins séparés entre intra et extra-hospitalier

3 autres, précisez

.....

14. Ce dossier de soins est-il informatisé ?

1 oui 2 non

15. Lorsqu'un patient ne vient pas à sa consultation ou à un autre rendez-vous, tentez-vous de le contacter ?

1 oui 2 non

↳ Si oui, par quel(s) moyen(s) ? (plusieurs réponses possibles)

1 envoi d'une lettre

2 téléphone

3 visite à domicile

4 contact avec le médecin traitant

5 autres, précisez

16. Appréciation par l'équipe du niveau de permanence et continuité des soins :

1 satisfaisant

2 globalement satisfaisant

3 peu satisfaisant

4 non satisfaisant

↳ Si non satisfaction, quelles sont les propositions envisagées :

.....

.....

2. INDICATEURS D'ADEQUATION ENTRE L'OFFRE ET LA DEMANDE

17. Aujourd'hui, quel est le délai d'attente pour un premier rendez-vous en ambulatoire hors urgence ?

- de 1 à 3 jours de 31 à 45 jours
 de 4 à 6 jours de 46 à 60 jours
 de 7 à 15 jours au delà de 60 jours
 de 16 à 30 jours

18. Une personne nécessitant d'être hospitalisée dans la journée peut-elle l'être tout de suite au sein du secteur ?

- oui non
↳ Si non, précisez

19. Etes-vous amené à faire prendre en charge des malades de votre secteur par d'autres secteurs psychiatriques ou établissements privés par manque de places ou délais d'attente trop longs ?

- oui non
↳ Si oui,
- nombre de malades concernés ? | | | | |
- nombre de malades dépendant de votre secteur pris en charge dans un autre secteur ? | | | | |
- nombre de malades dépendant de votre secteur pris en charge dans un établissement privé de santé mentale ?
| | | | |

20. Etes-vous amené à prendre en charge des malades venant d'autres secteurs psychiatriques ou établissements privés ?

- oui non
↳ Si oui, précisez le nombre de malades de la file active concernés ? | | | | |

21. Appréciation par l'équipe de l'adéquation entre l'offre et la demande :

- satisfaisante
 globalement satisfaisante
 peu satisfaisante
 non satisfaisante
↳ Si non satisfaction, quelles sont les propositions envisagées :
.....
.....

3. ORGANISATION DES URGENCES

22. L'accueil des urgences du secteur se fait-il à l'hôpital général ou en CHU ?

- oui non
↳ Si oui, sous quelle forme :
 garde psychiatrique appelante
 garde psychiatrique permanente
 centre d'accueil de crise
 autres précisez

23. L'accueil des urgences du secteur se fait-il au sein du secteur ?

- oui non
↳ Si oui, sous quelle forme :
 service porte déplacement des soignants
 centre d'accueil de crise autres précisez

24. Le secteur dispose-t-il d'une organisation particulière de post-urgence ?

- oui non
↳ Si oui précisez le type d'organisation mise en place :

25. Appréciation par l'équipe de l'organisation des urgences :

- satisfaisante
 globalement satisfaisante
 peu satisfaisante
 non satisfaisante
↳ Si non satisfaction, quelles sont les propositions envisagées :
.....
.....

26. Appréciation par l'équipe de l'organisation de la post-urgence :

- satisfaisante
 globalement satisfaisante
 peu satisfaisante
 non satisfaisante
↳ Si non satisfaction, quelles sont les propositions envisagées :
.....

4. LES PARTENAIRES DU RESEAU

Echanges de type médical

27. Etes-vous en relation avec le médecin traitant des patients ?

1 oui 2 non

↳ Si oui,

- nombre de médecins concernés en 1999 ? | | | | |

- sous quelle forme ? (plusieurs réponses possibles)

1 téléphone

2 courrier

3 autres, précisez

.....

- nombre de courriers envoyés par an ? | | | | |

28. La prescription pharmaceutique se fait-elle sur vos conseils par l'intermédiaire d'un médecin généraliste ?

1 oui 2 non

↳ Si oui,

1 systématiquement

2 le plus souvent

3 rarement

29. Y a-t-il des rencontres organisées avec deux ou trois médecins (médecins du secteur et de ville) à propos d'un patient ou avec le patient ?

1 oui 2 non

↳ Si oui, combien en 1999 ? | | | | |

30. Y a-t-il des rencontres organisées avec des médecins (médecins du secteur et de ville) à propos des problèmes d'organisation des soins ?

1 oui 2 non

↳ Si oui, combien en 1999 ? | | | | |

31. Etes-vous en relation avec les psychiatres libéraux de vos patients ?

1 oui 2 non

↳ Si oui,

- nombre de médecins concernés en 1999 ? | | | | |

- sous quelle forme ? (plusieurs réponses possibles)

1 téléphone

2 courrier

3 autres, précisez.....

.....

- nombre de courriers envoyés en 1999 ? | | | | |

32. L'équipe soignante développe-t-elle des échanges pour se faire connaître auprès des médecins ou professionnels de santé ne faisant pas partie de l'équipe soignante ?

1 oui 2 non

↳ Si oui,

- auprès de ? (plusieurs réponses possibles)

1 médecins généralistes

2 médecins spécialistes

3 professionnels de santé, précisez.....

- sous quelle(s) forme(s) ? (plusieurs réponses possibles)

1 réunions/débats

2 diffusion d'informations

3 autres, précisez.....

- quelle en est la fréquence ?

1 1 fois en 1999

2 2 à 5 fois en 1999

3 plus de 5 fois en 1999

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

.....

.....

.....

34. Prévoyez-vous un bilan de ces propositions dans un an ?

1 oui 2 non

Echanges de type social et familial

35. Quelle est la nature des relations avec la famille ou l'entourage au sens large ? (plusieurs réponses possibles)

un échange d'informations entre l'équipe et la famille

↳ **Si oui,** pour certains patients
 de façon systématique

une intégration de la famille à la prise en charge sous forme de soutien du patient

↳ **Si oui,** pour certains patients
 de façon systématique

aucune relation

36. L'équipe de secteur a-t-elle des échanges avec les centres communaux d'action sociale de la région?

oui non

↳ **Si oui,**
- combien en 1999 ? | | | | |
- année de début des échanges ? | | | | |
- nombre de personnes de la file active 1999 concernées ?
| | | | |

37. L'équipe de secteur a-t-elle des échanges avec les circonscriptions de service social ?

oui non

↳ **Si oui,** pouvez-vous préciser :
- le nombre d'échanges en 1999 ? | | | | |
- l'année de début des échanges ? | | | | |
- le nombre de personnes de la file active 1999 concernées ?
| | | | |

38. L'équipe de secteur a-t-elle développé des moyens de restauration pour les malades du secteur ?

oui non

↳ **Si oui,** pouvez-vous préciser :
- le type de moyens (restaurant, convention...) ?
1.
2.
- le nombre de places offertes par an ? 1. | | | | |
2. | | | | |
- l'année de la mise en place ? 1. | | | | |
2. | | | | |
- le nombre de personnes de la file active 1999 concernées ?
1. | | | | |
2. | | | | |

39. L'équipe de secteur organise-t-elle des rencontres patients/tuteurs ou curateurs ?

oui non

↳ **Si oui,** souvent
 occasionnellement

40. L'équipe de secteur a-t-elle des actions médicales (consultations, réunions...) avec le système judiciaire ?

oui non

↳ **Si oui,** pouvez-vous préciser :
- le type d'établissement ?
1.
2.
- le nombre de consultations en 1999 ? 1. | | | | |
2. | | | | |
- l'année de début de ces relations ? 1. | | | | |
2. | | | | |
- le nombre de personnes de la file active 1999 concernées ?
1. | | | | |
2. | | | | |

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

.....
.....
.....

42. Prévoyez-vous un bilan de ces propositions dans un an ?

oui non

43. A l'initiative de l'équipe du secteur, des associations de type social ont-elles été créées (aide au logement, réinsertion professionnelle) ?

oui non

➔ Si oui, pouvez-vous préciser :

Le nom et le type d'activité	L'année de création	L'estimation du nombre de personnes concernées de la file active 1999
1 ..... ..... .....	|_|_|_|_|	|_|_|_|_|
2 ..... ..... .....	|_|_|_|_|	|_|_|_|_|
3 ..... ..... .....	|_|_|_|_|	|_|_|_|_|
4 ..... ..... .....	|_|_|_|_|	|_|_|_|_|
5 ..... ..... .....	|_|_|_|_|	|_|_|_|_|
6 ..... ..... .....	|_|_|_|_|	|_|_|_|_|
7 ..... ..... .....	|_|_|_|_|	|_|_|_|_|
8 ..... ..... .....	|_|_|_|_|	|_|_|_|_|
9 ..... ..... .....	|_|_|_|_|	|_|_|_|_|
10..... ..... .....	|_|_|_|_|	|_|_|_|_|

44. L'équipe du secteur a-t-elle des échanges avec des associations extérieures de type social non créées par le secteur ?

1 oui 2 non

↳ Si oui, pouvez-vous préciser :

Le nom et le type d'activité	L'année de création	L'estimation du nombre de personnes concernées de la file active 1999
1 ..... ..... .....	|_|_|_|_|	|_|_|_|_|
2 ..... ..... .....	|_|_|_|_|	|_|_|_|_|
3 ..... ..... .....	|_|_|_|_|	|_|_|_|_|
4 ..... ..... .....	|_|_|_|_|	|_|_|_|_|
5 ..... ..... .....	|_|_|_|_|	|_|_|_|_|
6 ..... ..... .....	|_|_|_|_|	|_|_|_|_|
7 ..... ..... .....	|_|_|_|_|	|_|_|_|_|
8 ..... ..... .....	|_|_|_|_|	|_|_|_|_|
9 ..... ..... .....	|_|_|_|_|	|_|_|_|_|
10..... ..... .....	|_|_|_|_|	|_|_|_|_|

45. L'équipe du secteur a-t-elle des échanges avec des organisations ou associations de logement ou des bailleurs privés ?

1 oui 2 non

↳ Si oui, pouvez-vous préciser :

Le nom	L'année de création	L'estimation du nombre de personnes concernées de la file active 1999
1 ..... ..... .....	|_|_|_|_|	|_|_|_|_|
2 ..... ..... .....	|_|_|_|_|	|_|_|_|_|
3 ..... ..... .....	|_|_|_|_|	|_|_|_|_|
4 ..... ..... .....	|_|_|_|_|	|_|_|_|_|
5 ..... ..... .....	|_|_|_|_|	|_|_|_|_|
6 ..... ..... .....	|_|_|_|_|	|_|_|_|_|
7 ..... ..... .....	|_|_|_|_|	|_|_|_|_|

46. L'équipe du secteur a-t-elle des échanges avec un ou (des) organisme(s) de formation ou de réinsertion professionnelle ou CAT ?

1 oui 2 non

↳ Si oui, pouvez-vous préciser :

Le nom	L'année de création	L'estimation du nombre de personnes concernées de la file active 1999
1 ..... ..... .....	|_|_|_|_|	|_|_|_|_|
2 ..... ..... .....	|_|_|_|_|	|_|_|_|_|
3 ..... ..... .....	|_|_|_|_|	|_|_|_|_|
4 ..... ..... .....	|_|_|_|_|	|_|_|_|_|
5 ..... ..... .....	|_|_|_|_|	|_|_|_|_|
6 ..... ..... .....	|_|_|_|_|	|_|_|_|_|
7 ..... ..... .....	|_|_|_|_|	|_|_|_|_|

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

.....
.....

48. Prévoyez-vous un bilan de ces propositions dans un an ?

1 oui 2 non

Echanges de type culturel

49. A l'initiative de l'équipe du secteur des associations de type culturel ont-elles été créées ?

1 oui 2 non

↳ **Si oui**, pouvez-vous préciser :

Le nom et le domaine culturel	L'année de création	L'estimation du nombre de personnes concernées de la file active 1999
1 ..... ..... .....	|_|_|_|_|	|_|_|_|_|
2 ..... ..... .....	|_|_|_|_|	|_|_|_|_|
3 ..... ..... .....	|_|_|_|_|	|_|_|_|_|
4 ..... ..... .....	|_|_|_|_|	|_|_|_|_|

50. L'équipe du secteur a-t-elle des échanges avec des associations extérieures de type culturel ?

1 oui 2 non

↳ **Si oui**, pouvez-vous préciser :

Le nom et le domaine culturel	L'année de création	L'estimation du nombre de personnes concernées de la file active 1999
1 ..... ..... .....	|_|_|_|_|	|_|_|_|_|
2 ..... ..... .....	|_|_|_|_|	|_|_|_|_|
3 ..... ..... .....	|_|_|_|_|	|_|_|_|_|
4 ..... ..... .....	|_|_|_|_|	|_|_|_|_|

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

.....
.....

52. Prévoyez-vous un bilan de ces propositions dans un an ?

oui non

Autres échanges

53. L'équipe de secteur organise-t-elle des échanges d'informations avec le public sur la santé mentale ?

oui non

➔ Si oui, pouvez-vous préciser :

- le type d'échanges (*débats, expositions...*) :

.....

- le type de public (*ensemble de la population, lycéens...*) :

.....

.....

- l'année de début des échanges : | _ _ _ _ |

- le nombre d'échanges en 1999 | _ _ _ _ |

54. De façon ponctuelle, utilisez-vous des salles prêtées par les municipalité(s) ?

oui non

➔ Si oui, pouvez-vous préciser :

- le type de salles utilisées :

.....

- pour quelles activités utilisez-vous ces salles :

.....

- le nombre de salles utilisées en 1999 : | _ _ _ _ |

55. Y a-t-il des aides financières directes assurées par la ou les municipalités du secteur, le Conseil régional, le Fond Européen ?

oui non

➔ Si oui, pouvez-vous préciser :

- le type d'aide (*conventions, subventions ou garanties de prêt*) :

.....

.....

- le montant global de ces aides en 1999 :

56. Y a-t-il des aides financières indirectes assurées par la ou les municipalités du secteur ?

oui non

➔ Si oui, pouvez-vous :

- quantifier ces moyens (*en 1999*) :

.....

.....

.....

- qualifier ces moyens (*en 1999*) :

.....

.....

.....

57. Quels sont les divers métiers qui interviennent autour du malade à côté de l'équipe soignante (*artistes...*) ?

.....

.....

58. Y a-t-il intervention de bénévoles avec l'équipe soignante ?

oui non

➔ Si oui, quel est le nombre de bénévoles en 1999 : | _ _ _ _ |

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

.....

.....

60. Prévoyez-vous un bilan de ces propositions dans un an ?

oui non

Annexe 2

Les indicateurs généraux

Questionnaire n° 2 Les indicateurs généraux

Ce questionnaire est rempli sous la responsabilité du médecin chef de service ou de la surveillante générale. Il comporte quatre parties :

- ⇒ Indicateurs de moyens,
- ⇒ Indicateurs d'activité,
- ⇒ Indicateurs sur les caractéristiques démographiques, géographiques et sociales du secteur,
- ⇒ Indicateurs sur l'offre disponible dans le secteur ou sa périphérie.

Le remplissage de ce questionnaire se fait à l'aide des rapports d'activité et des fiches patient. Dans les deux premières parties du questionnaire, le relevé des informations se fait sur trois années (1997, 1993 et 1990). Les deux dernières parties font appel à vos connaissances sur le secteur.

Numéro d'ordre, (à remplir par le Credes) : |_|_|_|

Codification du secteur : |_|_|_|_|_|_|_|

Adresse du site :
.....
.....
.....

Nom, fonction et n° de téléphone de la personne responsable du remplissage du questionnaire :
.....
.....
.....

Date de remplissage : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

(JJ MM AAAA)

1. LES INDICATEURS DE MOYENS

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

➤ Les unités de soins	1997		1993		1990	
	Nombre d'unités	Nombre de places ou lits	Nombre d'unités	Nombre de places ou lits	Nombre d'unités	Nombre de places ou lits
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						

➤ Les moyens en personnel	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 :

2. LES INDICATEURS D'ACTIVITE

➤ Ensemble de la file active	1997	1993	1990
File active totale (y compris psychiatrie de liaison) <i>(nombre de patients vus au moins une fois dans l'année)</i>			
File active hors mono consultants <i>(file active totale moins le nombre de patients vus une seule fois dans l'année)</i>			
File active hors psychiatrie de liaison			
Nombre de patients vus une seule fois dans l'année			
Nombre de nouveaux patients			
Nombre de patients présents depuis plus d'un an en hospitalisation complète			
Âge des patients			
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
Sexe des patients			
Nombre de femmes
Nombre d'hommes
Répartition des diagnostics :			
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	1990
Durée moyenne de séjour en hospitalisation complète
Nombre total de journées réalisées en hospitalisation à temps complet
<i>dont :</i>			
. hospitalisation complète
. postcure ou réadaptation
. appartement thérapeutique
. accueil familial thérapeutique
. hospitalisation à domicile
. autre
Nombre total de journées réalisées en hospitalisation à temps partiel
<i>dont :</i>			
. hospitalisation de nuit
. hospitalisation de jour
. atelier thérapeutique
. CATTp
. autre
Nombre d'actes réalisés en ambulatoire
<i>dont :</i>			
. CMP ou unité de consultation
. à domicile
. en institution substitutive au domicile
. en unité d'hospitalisation somatique
. autre
Personnel soignant non médical :			
Nombre de journées d'absence		
Nombre de journées théoriques de travail		
Nombre d'embauches		
Nombre de démissions		

➤ La file active des schizophrènes (F20)	1997	
File active (nombre)	.....
Sexe Nombre d'hommes Nombre de femmes	..... .....
Âge 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	..... ..... ..... ..... .....
Prises en charge à temps complet	Nombre de patients	Nombre de journées
<i>dont :</i> . hospitalisation complète . postcure ou réadaptation . appartement thérapeutique . accueil familial thérapeutique . hospitalisation à domicile . autre	..............................	..............................
Prises en charge à temps partiel	Nombre de patients	Nombre de journées
<i>dont :</i> . hospitalisation de nuit . hospitalisation de jour . atelier thérapeutique . CATT . autre	.........................	.........................
Prises en charge en ambulatoire	Nombre de patients	Nombre d'actes
<i>dont :</i> . CMP ou unité de consultation . à domicile . en institution substitutive au domicile . en unité d'hospitalisation somatique . autre	.........................	.........................

3. LES INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, GEOGRAPHIQUES ET SOCIALES DU SECTEUR

HOMOGENEITE GEOGRAPHIQUE

1. Quelle est la superficie du secteur ?
|_|_|_|_|_| Km²
2. Combien de personnes résident sur le secteur ?
|_|_|_|_|_|
3. Quelle est la densité de la population en hab/km² dans le département ?
|_|_|_|_|_| hab/Km²
4. Quel est le nombre de communes de moins de 2 000 habitants dans votre secteur ?
|_|_|_|_|_|
5. Quel est le nombre de communes entre 2 000 et 20 000 habitants ?
|_|_|_|_|_|
6. Quel est le nombre de communes de plus de 20 000 habitants ?
|_|_|_|_|_|
7. 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
.....
.....
8. L'hôpital de rattachement est-il situé dans le secteur ?
 oui non
9. Quelle est la distance entre les deux unités de soins du secteur les plus éloignées ?
|_|_|_|_|_| km

HOMOGENEITE DEMOGRAPHIQUE

10. 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)

11. En connaissez-vous la répartition exacte ?

- oui non
- ↳ Si oui, combien (en %) de |_|_|_| % moins de 20 ans
|_|_|_| % 20-59 ans
|_|_|_| % 60 ans et plus

HOMOGENEITE SOCIALE

12. Le taux de chômage sur votre secteur est-il, par rapport à la moyenne nationale ?
 plus important
 plus faible
 dans la moyenne
13. La population du secteur est-elle homogène d'un point de vue social ?
 oui non
↳ Si oui, est-ce une population
 plutôt bourgeoise
 plutôt ouvrière
 plutôt intermédiaire (*employés, cadres moyens*)
↳ Si non, combien de zones définissez-vous et lesquelles ?
|_|_|_| zones
.....
.....
.....
.....
.....
14. Pouvez-vous faire une description de la qualité des liens communautaires ou de l'ambiance sociale globale de votre secteur ?
(vous pouvez distinguer plusieurs zones)
.....
.....
.....
.....
.....
15. Quels sont les autres critères spécifiques à votre secteur et que vous jugez importants à retenir ?
(évolution au cours des dix dernières années, tendances récentes)
.....
.....
.....

4. LES INDICATEURS SUR L'OFFRE DISPONIBLE DANS LE SECTEUR

16. Y a-t-il des psychiatres libéraux exerçant sur le secteur ?

oui non

➔ Si oui, estimez-vous qu'il y en a :

un peu beaucoup

Pouvez-vous en préciser le nombre ? |_____|

17. Y a-t-il sur le secteur des lits de psychiatrie non sectorisés en hôpital privé ?

oui non

➔ Si oui, ces lits sont-ils accessibles dans un délai de :

une semaine

un mois

plus d'un mois

18. Y a-t-il sur le secteur des lits de psychiatrie non sectorisés en hôpital public ?

oui non

➔ Si oui, ces lits sont-ils accessibles dans un délai de :

une semaine

un mois

plus d'un mois

19. Y a-t-il sur le secteur des structures pour personnes âgées ? (foyer-logement, maison de retraite)

oui non

➔ Si oui, ces structures sont-elles accessibles dans un délai de :

une semaine

un mois

plus d'un mois

20. Y a-t-il sur le secteur des lits médicalisés pour personnes âgées ? (lits en section de cure médicale, lits de soins longue durée)

oui non

➔ Si oui, ces lits sont-ils accessibles dans un délai de :

une semaine

un mois

plus d'un mois

21. Y a-t-il sur le secteur des maisons d'accueil spécialisées ?

oui non

➔ Si oui, sont-elles accessibles dans un délai de :

une semaine

un mois

plus d'un mois

22. Y a-t-il sur le secteur des foyers occupationnels et à double tarification ?

oui non

➔ Si oui, sont-ils accessibles dans un délai de :

une semaine

un mois

plus d'un mois

23. Y a-t-il sur le secteur des centres d'aide par le travail ?

oui non

➔ Si oui, sont-ils accessibles dans un délai de :

une semaine

un mois

plus d'un mois

24. Y a-t-il sur le secteur des ateliers protégés ?

oui non

➔ Si oui, sont-ils accessibles dans un délai de :

une semaine

un mois

plus d'un mois

25. Y a-t-il sur le secteur des entreprises d'insertion ?

oui non

➔ Si oui, combien ? |_____|

5. LES INDICATEURS A RECUEILLIR PAR DEPARTEMENT (PAR LE CREDES)

26. Caractéristiques démographiques au niveau départemental

- La population de votre département 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

27. Quel est le taux de chômage départemental ? |___|

28. Quel est le taux de migration étranger dans le département ?

|___|

29. Quel est le taux de migration français dans le département ?

|___|

30. Quel est le nombre de psychiatres libéraux dans le département ?

|___|

31. Quel est le taux d'équipement en lits de psychiatrie privée non sectorisés / 1 000 habitants dans le département ?

|___|

dont :

- en lits psychiatrie privée à but lucratif ? |___|

- en lits psychiatrie privée à but non lucratif non PSPH ? |___|

32. Quel est le taux d'équipement en lits de psychiatrie publique non sectorisés / 1 000 habitants dans le département ?

|___|

33. Quel est le taux d'équipement en structures pour personnes âgées dans le département ?

|___|

34. Quel est le taux d'équipement en lits médicalisés dans le département ? (lits en section de cure médicale, en maison de retraite, logement et foyers, lits de soins longue durée)

|___|

35. Quel est le taux d'équipement en maisons d'accueil spécialisées dans le département ?

|___|

36. Quel est le taux d'équipement en foyers occupationnels et à double tarification dans le département ?

|___|

37. Quel est le taux d'équipement en centres d'aide par le travail dans le département ?

|___|

38. Quel est le taux d'équipement en ateliers protégés dans le département ?

|___|

39. Quel est le taux d'équipement en entreprises d'insertion dans le département ?

|___|

Annexe 3

Les résultats

Questionnaire n° 3 Les résultats

Que comporte ce questionnaire ?

Ce questionnaire est rempli pour chaque patient schizophrène (F20 et non F2). Il donne quatre types d'informations concernant :

- ⇒ la description du patient
- ⇒ les besoins des patients
- ⇒ la satisfaction et la qualité de vie du patient
- ⇒ l'état de santé des patients

Pour quels patients schizophrènes ?

Tous les patients, âgés de 18 à 60 ans, rencontrés par une personne de l'équipe soignante au cours de l'année 2000.

Quand ? (définition de T0 et T12)

T0 = un jour de l'année 2000

T12 = un jour de l'année 2001 (12 mois après T0)

Mensuellement = chaque mois entre T0 et T12

Qui remplit ce questionnaire ?

- Ce questionnaire doit être rempli sous la responsabilité d'un médecin ou d'un(e) surveillant(e) général(e).
 - Plusieurs personnes interviennent dans son remplissage : soignant, patient et son entourage. La personne représentant l'entourage est la personne la plus proche du patient, celle qui le prend en charge régulièrement (famille, ami...).
- EGF : l'infirmier référent ou le soignant
 - ICG : l'infirmier référent, le patient et la famille
 - Besoins de soins : l'infirmier référent ou le soignant
 - Échelle d'Autonomie Sociale de Leguay : l'infirmier référent ou le soignant.
 - Baker et Intagliata : l'infirmier référent ou le soignant posent les questions au patient.

Types d'échelles ou de questionnaires	En T0	En T12
Description du patient		
Fiche patient modifiée	x	
Evaluation des besoins		
Besoins élémentaires : grille CREDES inspirée du NFCAS	x	x
Besoins de soins : grille CREDES inspirée du NFCAS	x	x
Evaluation de la qualité de vie et de la satisfaction		
Echelle de satisfaction des domaines de vie (ESDV)	x	x
Questionnaire de satisfaction client (QSC)		x
Evaluation clinique et de l'autonomie sociale		
Echelle Globale de Fonctionnement (EGF)	x	x
Questionnaire de gravité globale des troubles mentaux, inspiré de l'échelle d'Impressions Cliniques Globales (ICG)	x	x
Echelle d'Autonomie Sociale (EAS)	x	x
Indicateurs d'aggravation : Tentatives de suicides : nombre Décès Nombre de réhospitalisations couplées avec la durée de séjour Nombre de passages en services d'urgence		Mensuellement

Qu'est-ce qui doit être adjoint à ce questionnaire ?

Le relevé de consommation de soins par schizophrène et par unité ou structure de soins,

⇒ pour la période concernée, c'est-à-dire entre T0 et T12. Cela se fera sous la forme d'un fichier informatique anonymisé par le procédé décrit dans le volet 1 : description patient - identifiant anonyme du patient (p. 81).

⇒ pour l'année 1999 uniquement, concernant l'ensemble de la file active des schizophrènes.

Les résultats en T0

VOLET 1 - DESCRIPTION DU PATIENT EN T0

IDENTIFIANT ANONYME DU PATIENT

Adresse du site : N° d'identification du patient : |__| |__| |__| |__| |__| (fiche patient)
..... N° d'ordre du patient : |__| |__| |__| |__| (de 1 à n dans l'échantillon)
Numéro d'ordre du secteur : |__| |__| (rempli par le Credes) Prénom du patient : |_____|

Ces informations forment l'identifiant du patient. Elles sont à reporter sur la ligne ci-dessous et en tête de chaque questionnaire et dans le fichier informatique du relevé des consommations :

|__| |__| |_____|
N° du secteur N° d'ordre du patient Prénom du patient (saisir 15 caractères maximum)

FICHE PATIENT MODIFIEE

1. Date de naissance : |__| |__| |__| |__| |__| |__|
(JJ MM AAAA)
2. Sexe : ₁ masculin ₂ féminin
3. Depuis combien de temps (en nombre d'années) estimez-vous que ce patient souffre de troubles psychiatriques ?
|__| |__| |__| |__| années
4. A votre connaissance, en quelle année, ce patient a-t-il eu recours pour la première fois à des soins psychiatriques (sectorisés ou non) ? |__| |__| |__| |__|
5. En quelle année, le patient a-t-il eu recours aux soins psychiatriques dans ce secteur pour la première fois ?
|__| |__| |__| |__|
6. Par qui a été adressé le patient au secteur ?
₁ adressé par le médecin traitant
₂ adressé par le médecin de garde
₃ adressé par le psychiatre
₄ de façon spontanée individuelle
₅ de façon spontanée avec famille
₆ adressé par les services sociaux
₇ adressé par un service hospitalier
₈ autres, précisez
.....
7. Quel est le code postal de la résidence du patient ?
|__| |__| |__| |__| |__|
8. Le lieu de vie du patient est-il ?
₁ dans le secteur ₂ hors secteur
↳ plus précisément :
₁ en ville
₂ en zone rurale
₃ en zone péri-urbaine

9. Le patient est-il ?
₁ célibataire ₄ divorcé
₂ marié ₅ concubin
₃ veuf ₆ sans information
10. Quelles sont les ressources sociales du patient ? (plusieurs réponses possibles)
₁ AAH
₂ complément d'AAH
₃ pension d'invalidité
₄ allocation supplémentaire d'invalidité
₅ allocation compensatrice
₆ RMI
₇ PSD
₈ autres, précisez
11. Le patient a-t-il une aide de sa famille ou de son entourage proche ?
₁ oui ₂ non
↳ Si oui, nombre d'heures par mois : |__| |__| |__| |__| heures
12. Un membre de la famille ou de l'entourage a-t-il spécifiquement diminué son temps de travail pour apporter une aide au patient ?
₁ oui ₂ non
↳ si oui, nombre d'heures de travail volontairement non travaillées pour apporter cette aide : |__| |__| |__| |__| heures

précisez l'activité professionnelle de la personne
.....
.....
13. Le patient bénéficie-t-il d'une mesure de protection civile ?
₁ oui ₂ non
↳ Si oui, ₁ sauvegarde de justice
₂ curatelle
₃ tutelle
₄ autres, précisez

14. Quelle est la situation actuelle du patient ?

- exerce une activité professionnelle
- ➔ **Si oui**, en milieu ordinaire, précisez laquelle :
.....
- en milieu protégé
- est retraité
- est en invalidité, handicapé
- est demandeur d'emploi, n'ayant jamais travaillé
- est demandeur d'emploi ayant déjà travaillé
- est étudiant
- est homme ou femme au foyer
- autres, précisez (*formation...*).....
.....

15. Quel est le diplôme le plus élevé obtenu par le patient ?

- non scolarisé, jamais scolarisé
- maternelle, primaire, CEP
- premier cycle
(*6^{ème}, 5^{ème}, 4^{ème}, 3^{ème}, technique jusqu'au CAP et BEP*)
- second cycle
- études supérieures : 1^{er} cycle universitaire
- études supérieures : 2^{ème} cycle universitaire
(*licence, maîtrise*)
- études supérieures : 3^{ème} cycle universitaire
(*DESS, DEA, thèse, Grandes Ecoles*)

16. Le patient vit-il ? :

- en collectivité**
- ➔ **Si oui**, dans quel lieu ?
 - à l'hôpital
 - en appartement thérapeutique
 - en appartement associatif
 - en foyer d'hébergement (MASS...)
 - autres, précisez :
- en famille ou chez un proche**
- ➔ **Si oui**, quelle est la situation actuelle de la personne de référence ?
 - exerce une activité professionnelle, précisez laquelle :
.....
 - est retraitée
 - est en invalidité, handicapée
 - est demandeur d'emploi, n'ayant jamais travaillé
 - est demandeur d'emploi ayant déjà travaillé
 - est étudiante
 - est homme ou femme au foyer
 - autres, précisez
.....
- en famille d'accueil**
- à son domicile, seul**
- à son domicile, entouré (conjoint, ami)**
- ➔ **Si oui**, vit-il avec un conjoint ?
 - oui non
 - ➔ **Si oui**, quelle est la situation actuelle de ce dernier ?
 - exerce une activité professionnelle, précisez laquelle :
.....
 - est retraité
 - est en invalidité, handicapé
 - est demandeur d'emploi, n'ayant jamais travaillé
 - est demandeur d'emploi ayant déjà travaillé
 - est étudiant
 - est homme ou femme au foyer
 - autre, précisez
.....
- sans domicile fixe**
- autres**, précisez
.....

2. LES BESOINS ELEMENTAIRES

Nom et fonction de la personne qui remplit le questionnaire | _____ |

Date de remplissage | ____ | ____ | ____ | 2 | ____ | 0 | ____ | 0 | ____ | 0 | ____ |

Le logement

1. Le patient a-t-il un logement décent (*eau chaude, électricité, chauffage*) ?

oui non

➔ Si oui, a-t-il besoin pour cela d'une aide financière ?

oui non

➔ Si non, que propose l'équipe soignante ?

L'argent

2. Le patient dispose-t-il d'un petit budget ?

oui non

➔ Si oui, a-t-il une gestion efficace du budget pour l'achat de nourriture et d'articles essentiels ?

oui non

a-t-il pour cela besoin de l'aide d'une personne ?

oui non

➔ S'il ne sait pas gérer son budget, que propose l'équipe soignante ?

Le travail

3. 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

4. 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

5. 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

6. Le patient a-t-il une hygiène corporelle correcte (*se laver tous les jours*) ?

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 ?
.....

7. Le patient a-t-il une tenue non négligée, correcte ?

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 ?
.....

8. Le patient a-t-il une hygiène alimentaire correcte (*prend-il deux repas par jour*) ?

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 déplacements

9. Le patient peut-il se déplacer dans la ville ?

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 ?
.....

10. Le patient peut-il utiliser les transports en commun ?

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 médicaments

11. Le patient a-t-il un traitement médicamenteux ?

oui non

↳ Si oui, nom des médicaments prescrits ?
.....

12. Appréciation de l'observance du traitement : bonne

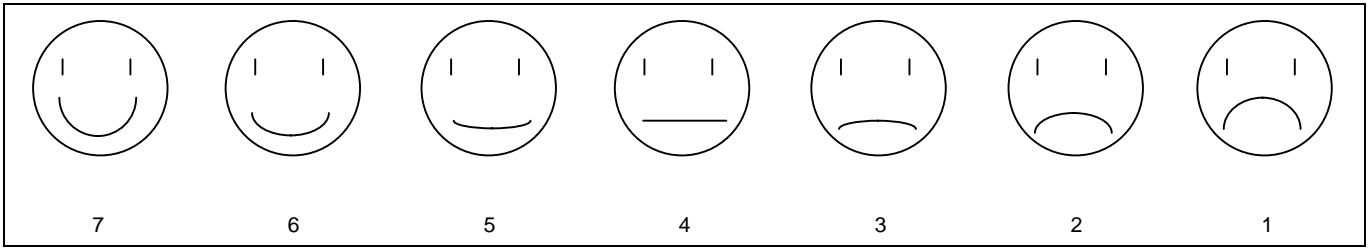
mauvaise

nulle (*traitement non pris ou rarement*)

↳ Si « bonne », a-t-il besoin pour cela de l'aide d'une personne ?

oui non

↳ Si « nulle », que propose l'équipe soignante ?
.....



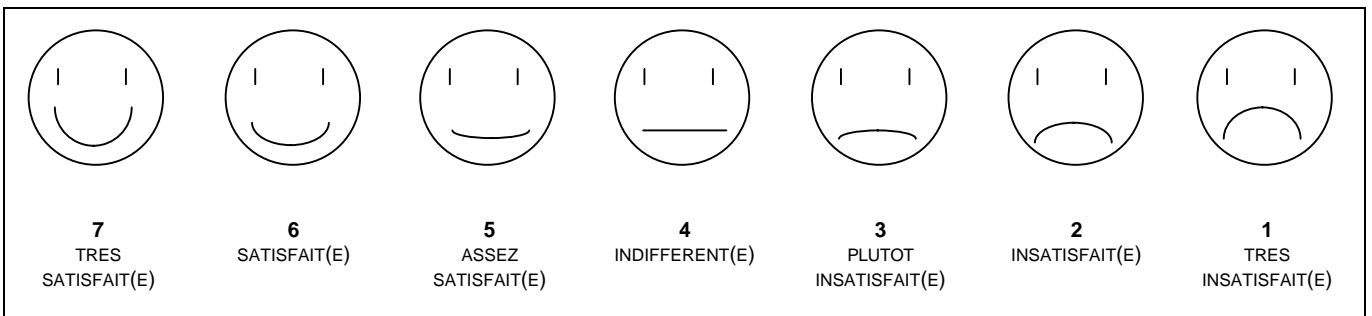
Parmi ces visages, lequel exprime le mieux comment vous vous sentez par rapport :

- 7) à vos amis ?.....
- 8) à votre vie sentimentale ?.....
- 9) à vos relations avec votre famille ?.....
- 10) à la façon dont vous vous entendez avec les autres ?
- 11) à vos occupations et à vos activités quotidiennes ?
- 12) à la façon dont vous occupez vos temps libre ?.....
- 13) à ce que vous faites à l'extérieur de chez vous pour vous divertir ?
- 14) aux services et aux commodités de votre quartier ?.....
- 15) à votre situation financière ?
- 16) à votre vie actuelle en général ?
- 17) à la confiance que vous avez en vous-même ?
- 18) à ce que les gens pensent de vous ?
- 19) aux libertés dont vous disposez actuellement ?
- 20) aux responsabilités qui vous sont laissées ?

Additionnez le score de chacune des 20 questions :
SCORE FINAL : |____|



VIGNETTE A DONNER AU PATIENT



VOLET 4 - EVALUATION CLINIQUE ET DE L'AUTONOMIE SOCIALE EN T0

N° du secteur	N° d'ordre du patient	Prénom du patient (saisir 15 caractères maximum)

1. EGF : ECHELLE GOBALE DE FONCTIONNEMENT

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.

Le médecin responsable du malade cotera, le jour de relevé, le fonctionnement psychologique, social et professionnel du patient, qu'il soit ou non hospitalisé, au moyen de l'échelle suivante (EGF) :

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

Nom et fonction de la personne qui remplit le questionnaire	_____
Date de remplissage	| | | 2 | 0 | 0 | 0 |

1. Votre cotation : | | | |

100 - 91	Absence de symptômes.
90 - 81	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).
80 - 71	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).
70 - 61	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).
60 - 51	Symptômes d'intensité moyenne (ex. : éroussement 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).
50 - 41	Symptômes importants (ex. : idéation suicidaire, rituels obsessionnels sévères, vols répétés dans les grands magasins) OU handicap important dans le fonctionnement social, professionnel ou scolaire (ex. : absence d'amis, incapacité à garder un emploi).
40 - 31	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).
30 - 21	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).
20 - 11	Existence d'un certain danger d'auto ou d'hétéro-agression (ex. : tentative de suicide sans attente précise de la mort, violence fréquente, excitation maniaque) 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).
10 - 1	Danger persistant d'hétéro-agression grave (ex. : accès répétés de violence) OU incapacité durable à maintenir une hygiène corporelle minimum ou geste suicidaire avec attente précise de la mort.

2. QUESTIONNAIRE DE GRAVITE GLOBALE DES TROUBLES MENTAUX INSPIREE DE L'ICG

Questionnaire soignant

Nom et fonction de la personne qui remplit le questionnaire | _____ |

Date de remplissage |__|_|_|_|_|20__0__0__|

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

- | | |
|--|---|
| non évalué..... 0 <input type="checkbox"/> | modérément malade..... 4 <input type="checkbox"/> |
| normal, pas du tout malade..... 1 <input type="checkbox"/> | manifestement malade 5 <input type="checkbox"/> |
| à la limite..... 2 <input type="checkbox"/> | gravement malade 6 <input type="checkbox"/> |
| légèrement malade..... 3 <input type="checkbox"/> | parmi les patients les plus malades..... 7 <input type="checkbox"/> |

Questionnaire famille

Nom et fonction de la personne qui remplit le questionnaire | _____ |

Lien de parenté du représentant de la famille | _____ |

Date de remplissage |__|_|_|_|_|20__0__0__|

2. Comment estimez-vous les troubles mentaux actuels de votre proche ?

- | | |
|--|---|
| non évalué..... 0 <input type="checkbox"/> | modérément malade..... 4 <input type="checkbox"/> |
| normal, pas du tout malade..... 1 <input type="checkbox"/> | manifestement malade 5 <input type="checkbox"/> |
| à la limite..... 2 <input type="checkbox"/> | gravement malade 6 <input type="checkbox"/> |
| légèrement malade..... 3 <input type="checkbox"/> | parmi les patients les plus malades..... 7 <input type="checkbox"/> |

Questionnaire patient

Nom et fonction de la personne qui remplit le questionnaire | _____ |

Date de remplissage |__|_|_|_|_|20__0__0__|

3. Comment vous sentez vous par rapport à vos troubles mentaux de santé ? (plutôt légèrement malade, modérément malade,.....gravement malade.....)?

- | | |
|--|---|
| non évalué..... 0 <input type="checkbox"/> | modérément malade..... 4 <input type="checkbox"/> |
| normal, pas du tout malade..... 1 <input type="checkbox"/> | manifestement malade 5 <input type="checkbox"/> |
| à la limite..... 2 <input type="checkbox"/> | gravement malade 6 <input type="checkbox"/> |
| légèrement malade..... 3 <input type="checkbox"/> | parmi les patients les plus malades..... 7 <input type="checkbox"/> |

3. EAS : ECHELLE D'AUTONOMIE SOCIALE

L'Echelle d'autonomie sociale (EAS) est une échelle d'hétéro-évaluation conçue pour explorer le niveau d'autonomie des personnes souffrant de troubles psychiatriques chroniques. Les dix-sept items retenus peuvent faire chacun l'objet d'une cotation de 0 à 6, la note la plus basse caractérisant la meilleure « performance ». Seuls les niveaux 0, 2, 4, 6 ont été opérationnalisés, l'utilisation des niveaux intermédiaires est laissée à la discrétion du cotateur.

L'EAS est conçue pour mesurer un niveau d'autonomie effectif, et non un potentiel. Il s'agit donc d'apprécier comment l'individu parvient à faire face à une situation de la vie quotidienne ou relationnelle. Cependant, dans les cas où il ne sera pas possible d'apprécier une autonomie factuelle (hospitalisation à temps complet...) une relative liberté de cotation est laissée au cotateur pour apprécier au mieux les potentialités non utilisées.

Nom et fonction de la personne qui remplit le questionnaire | _____ |

Date de remplissage | ____ | ____ | 20__ | 0__ | 0__ |

GESTION DE LA VIE QUOTIDIENNE

1. Toilette corporelle

- 0 Assurée seul, sans stimulation extérieure
- 1
- 2 Moyennement assurée seul et/ou nécessitant une stimulation extérieure épisodique
- 3
- 4 Assurée ou moyennement assurée seul avec stimulation constante
- 5
- 6 Effectuée par un tiers

2. Entretien des effets personnels

Au cas où le patient vit depuis longtemps en institution, on appréciera sa capacité à prendre soin de ses effets personnels et à assurer leur propreté au travers des moyens mis à sa disposition par l'institution.

- 0 Se prend en charge par lui-même avec efficacité
- 1
- 2 Se prend en charge par lui-même mais avec une efficacité moyenne ou faible
- 3
- 4 Doit être aidé, avec une bonne, moyenne ou faible efficacité
- 5
- 6 Prise en charge totale par un tiers

3. Capacité à s'alimenter

On appréciera la capacité éventuelle à organiser une alimentation régulière. A titre d'exemple, une personne hospitalisée pour une très courte durée devra être cotée sur sa capacité à s'alimenter chez elle. Une personne vivant en institution et qui ne se manifeste pas au niveau de l'organisation des repas devra être cotée au moins "4".

- 0 Prise de repas régulière avec équilibre alimentaire (ex. : bonne gestion d'un régime prescrit)
- 1
- 2 Prise de repas régulière avec absence de variété (ex. : alimentation à base de conserves ou surgelés)
- 3
- 4 Prise de repas irrégulière
- 5
- 6 Difficultés majeures par rapport à l'alimentation

GESTION DE LA VIE QUOTIDIENNE

4. Logement

- 0 Vit seul en appartement ou en maison
[ex. : vit en foyer (type foyer jeunes travailleurs, cité universitaire)]
- 1
- 2 Vit en foyer social (type maison Sonacotra et/ou en demi-pension) (ex. : vit en appartement associatif et protégé)
- 3
- 4 Vit en foyer d'hébergement ou foyer logement...
- 5
- 6 Vit en institution spécialisée

5. Entretien du logement

Lorsque quelqu'un vit de façon durable en institution, coter au moins "3"

- 0 Entretien son logement seul ou avec la participation d'un tiers qu'il rémunère
- 1
- 2 Entretien partiel du logement par une aide ménagère
- 3
- 4 Entretien total du logement par un tiers
- 5
- 6 Aucune demande d'aide

6. Niveau de complexité du moyen de transport personnel et utilisation qui en est faite

Il s'agit du moyen de transport personnel du patient lorsqu'il en possède un. Pour ceux qui sont véhiculés et qui n'ont aucun moyen de transport, coter au moins "3"

- 0 Usage rationnel d'un véhicule nécessitant un permis
- 1
- 2 Usage rationnel d'un véhicule ne nécessitant pas de permis
- 3
- 4 Usage non adapté au moyen de transport
- 5
- 6 Non utilisation des moyens de transport

7. Courses

- 0 Effectue ses courses seul avec respect de son projet
- 1
- 2 Effectue ses courses seul avec respect partiel de son projet
- 3
- 4 Effectue ses courses accompagné
- 5
- 6 N'effectue aucune course

GESTION DES RESSOURCES

8. Gestion du budget quotidien

On appréciera la capacité réelle à gérer de manière rationnelle le budget, même si la personne bénéficie d'une mesure de protection (tenir compte du degré de liberté laissé par le tuteur ou le curateur et de la capacité à respecter les contrats établis)

- 0 Gère son budget de manière autonome et le répartit équitablement entre les dépenses à effectuer (loyer, impôts, alimentation, transports, vêtements, loisirs)
- 1
- 2 Répartit plus ou moins bien son budget
- 3
- 4 Nécessite l'aide d'un tiers pour gérer son budget
- 5
- 6 Ne gère pas son budget

9. Conduite du patrimoine

- 0 Réalise des placements ou fait des projets en vue de se constituer un patrimoine et d'en assurer la pérennité
- 1
- 2 Effectue des placements hasardeux et/ou des dépenses irréfléchies (ex. : confie la conduite du patrimoine à un tiers)
- 3
- 4 Se désintéresse de son patrimoine (ex. : n'a pas de projets de placements)
- 5
- 6 La notion même de patrimoine est inaccessible

10. Conduite de la vie personnelle : capacité à gagner de l'argent

Coter au moins "5" ou "6" lorsque la totalité des revenus est assurée par une allocation.

- 0 Est capable de faire progresser ses revenus en maintenant une certaine qualité de vie
- 1
- 2 Fait progresser ses revenus au détriment de sa vie personnelle ou se satisfait de ses revenus
- 3
- 4 Eprouve des difficultés à maintenir des revenus stables
- 5
- 6 N'est pas acteur dans l'obtention de ses revenus

RELATIONS AVEC L'EXTERIEUR

11. Capacité de se déplacer d'un lieu à un autre

- 0 S'organise de façon à se déplacer dans les meilleures conditions d'un point à un autre
- 1
- 2 Nécessite l'aide d'un organisme ou d'un tiers pour réaliser ses déplacements
- 3
- 4 Ne peut se déplacer qu'accompagné
- 5
- 6 Ne se déplace pas

12. Capacité à organiser des sorties (loisirs) ou de voyager

- 0 Prend régulièrement en charge l'organisation de ses sorties et/ou voyages (ex. : s'adresser à un organisme, agence de voyages, pour l'organisation de ses sorties et/ou voyages)
- 1
- 2 S'adresse à un organisme social spécialisé pour ses sorties ou voyages (ex. : nécessite l'aide d'un tiers pour l'organisation de ses sorties et/ou voyages)
- 3
- 4 Les sorties ou voyages sont à l'initiative et organisés par un tiers (ex. : doit être accompagné par un tiers lors de ses sorties et/ou voyages)
- 5
- 6 N'effectue ni sorties, ni voyages

13. Capacité à utiliser des outils de communication et d'information

- 0 Utilise régulièrement des outils de communication et d'information (téléphone, courrier, minitel, TV, journaux)
- 1
- 2 Utilise partiellement des outils de communication et d'information (ex. : éprouve des difficultés à se servir sans aide des outils cités)
- 3
- 4 Nécessite l'aide systématique d'un tiers pour se servir d'un ou des outils cités (ex. : fait communiquer et s'informer un tiers pour lui-même)
- 5
- 6 N'utilise pas les outils de communication et d'information

14. Capacité à organiser une journée

Lorsque la personne dépend entièrement d'une institution pour l'organisation de ses journées, coter au moins "3"

- 0 Organise sa journée, de façon à répartir rationnellement les différentes activités qu'il a à accomplir
- 1
- 2 Organise plus ou moins ses activités journalières (ex. : a des difficultés sans l'aide d'un tiers à organiser une journée)
- 3
- 4 Organise avec ou sans l'aide d'un tiers une journée sans efficacité
- 5
- 6 Est passif dans l'organisation de sa journée

VIE AFFECTIVE ET RELATIONS SOCIALES

15. Relations familiales

On appréciera la dépendance "psychologique" dans la relation familiale

- 0 Entretient des relations de respect et d'équité par rapport au conjoint ou au parent
- 1
- 2 N'est pas suffisamment acteur dans les relations entretenues auprès du conjoint ou du parent
- 3
- 4 Est la plupart du temps passif dans ses relations familiales (ex. : est dépendant dans ses relations au conjoint ou au parent)
- 5
- 6 A rompu tout lien familial

16. Relations sociales

Au niveau "4" : pour "amis" entendre "relations amicales"

- 0 Est capable de se constituer un cercle de relations diversifié et durable
- 1
- 2 Entretient épisodiquement des relations durables ou non
- 3
- 4 A un réseau d'amis restreint issus ou non du milieu familial
- 5
- 6 N'entretient pas de relations que l'on pourrait considérer comme amicales ou sociales

17. Relations intimes

Coter "0" ou "1" pour les personnes qui n'ont jamais entretenu de relations intimes pour des questions d'ordre philosophique ou par conviction personnelle

- 0 Entretient une relation intime équilibrée et durable
- 1
- 2 A entretenu mais n'entretient pas actuellement de relation intime ou entretient une relation intime très problématique
- 3
- 4 N'entretient plus depuis longtemps de relation intime (ex. : est dans l'incapacité d'entretenir une relation intime)
- 5
- 6 Toute relation intime est impossible

Additionnez le score de chacune des 17 questions :

SCORE FINAL : | _ | _ | _ | _ |

4. INDICATEURS D'AGGRAVATION (relevés mensuellement)

Nom et fonction de la personne qui remplit le questionnaire | _____ |
Date de remplissage en t0 | ____|____|20__|0__0__|

	t0	t1	t2	t3
Nombre de réhospitalisations	|_|_|	|_|_|	|_|_|	|_|_|
Nombre de passages en services d'urgences psychiatriques ou centres de crise*	|_|_|	|_|_|	|_|_|	|_|_|
Nombre de tentatives de suicides	|_|_|	|_|_|	|_|_|	|_|_|
Suicide, date	|_|_|_|_|_|_|_|_|	|_|_|_|_|_|_|_|_|	|_|_|_|_|_|_|_|_|	|_|_|_|_|_|_|_|_|
Décès autre que suicide, date	|_|_|_|_|_|_|_|_|	|_|_|_|_|_|_|_|_|	|_|_|_|_|_|_|_|_|	|_|_|_|_|_|_|_|_|

	t4	t5	t6
Nombre de réhospitalisations	|_|_|	|_|_|	|_|_|
Nombre de passages en services d'urgences psychiatriques ou centres de crise*	|_|_|	|_|_|	|_|_|
Nombre de tentatives de suicides	|_|_|	|_|_|	|_|_|
Suicide, date	|_|_|_|_|_|_|_|_|	|_|_|_|_|_|_|_|_|	|_|_|_|_|_|_|_|_|
Décès autre que suicide, date	|_|_|_|_|_|_|_|_|	|_|_|_|_|_|_|_|_|	|_|_|_|_|_|_|_|_|

	t7	t8	t9
Nombre de réhospitalisations	|_|_|	|_|_|	|_|_|
Nombre de passages en services d'urgences psychiatriques ou centres de crise*	|_|_|	|_|_|	|_|_|
Nombre de tentatives de suicides	|_|_|	|_|_|	|_|_|
Suicide, date	|_|_|_|_|_|_|_|_|	|_|_|_|_|_|_|_|_|	|_|_|_|_|_|_|_|_|
Décès autre que suicide, date	|_|_|_|_|_|_|_|_|	|_|_|_|_|_|_|_|_|	|_|_|_|_|_|_|_|_|

	t10	t11	t12
Nombre de réhospitalisations	|_|_|	|_|_|	|_|_|
Nombre de passages en services d'urgences psychiatriques ou centres de crise*	|_|_|	|_|_|	|_|_|
Nombre de tentatives de suicides	|_|_|	|_|_|	|_|_|
Suicide, date	|_|_|_|_|_|_|_|_|	|_|_|_|_|_|_|_|_|	|_|_|_|_|_|_|_|_|
Décès autre que suicide, date	|_|_|_|_|_|_|_|_|	|_|_|_|_|_|_|_|_|	|_|_|_|_|_|_|_|_|

**ne sont pas pris en compte les « passages » ayant conduit à une hospitalisation*

Evaluation des résultats en T12

VOLET 2 bis - EVALUATION DES BESOINS EN T12

_ _	_ _ _	_____
N° du secteur	N° d'ordre du patient	Prénom du patient (<i>saisir 15 caractères maximum</i>)

1. LES BESOINS DE SOINS

Nom et fonction de la personne qui remplit le questionnaire |_____
Date de remplissage |_|_|_|_| 20|_|0|_|0|_|0|_|

1. 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 ?

1 oui 2 non 3 ne sait pas

2. Le patient souffre-t-il de ?

	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	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
2. Symptômes psychotiques négatifs	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
3. Effets secondaires, dyskinésies tardives	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
4. Maladies somatiques (<i>caries dentaires, diabète, obésité...</i>)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
5. Détresse face à des problèmes économiques et ou sociaux (<i>mésentente conjugale, familiale, problème de logement, d'argent, etc.</i>)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

3. 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.*) :
.....
.....

2. LES BESOINS ELEMENTAIRES

Nom et fonction de la personne qui remplit le questionnaire | _____ |

Date de remplissage |__|_|_|_|_| 2__0__0__0__|

Le logement

1. Le patient a-t-il un logement décent (*eau chaude, électricité, chauffage*) ? oui non

Si oui, a-t-il besoin pour cela d'une aide financière ? oui non

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

L'argent

2. Le patient dispose-t-il d'un petit budget ? oui non

Si oui a-t-il une gestion efficace du budget pour l'achat de nourriture et d'articles essentiels ? oui non

a-t-il pour cela besoin de l'aide d'une personne ? oui non

Si il ne sait pas gérer son budget, que propose l'équipe soignante ?
.....

Le travail

3. 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

4. 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

5. 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

6. Le patient a-t-il une hygiène corporelle correcte (*se laver tous les jours*) ?

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 ?
.....

7. Le patient a-t-il une tenue non négligée, correcte ?

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 ?
.....

8. Le patient a-t-il une hygiène alimentaire correcte (*prend-il deux repas par jour*) ?

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 déplacements

9. Le patient peut-il se déplacer dans la ville ?

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 ?
.....

10. Le patient peut-il utiliser les transports en commun ?

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 ?
.....

11. Les médicaments

Le patient a-t-il un traitement médicamenteux ?

oui non

Si oui, nom des médicaments prescrits ?
.....

12. Appréciation de l'observance du traitement : bonne

mauvaise

nulle (*traitement non pris ou rarement*)

Si « bonne », a-t-il besoin pour cela de l'aide d'une personne ?

oui non

Si « nulle », que propose l'équipe soignante ?
.....

**VOLET 3 bis - EVALUATION DE LA QUALITE DE VIE
ET DE LA SATISFACTION EN T12**

||_|

N° du secteur

||_|_|

N° d'ordre du patient

Prénom du patient (saisir 15 caractères maximum)

1. ECHELLE DE SATISFACTION DES DOMAINES DE VIE (TRADUITE DE « BAKER F. ET INTAGLIATA J. »).

Nom et fonction de la personne qui remplit le questionnaire |_____

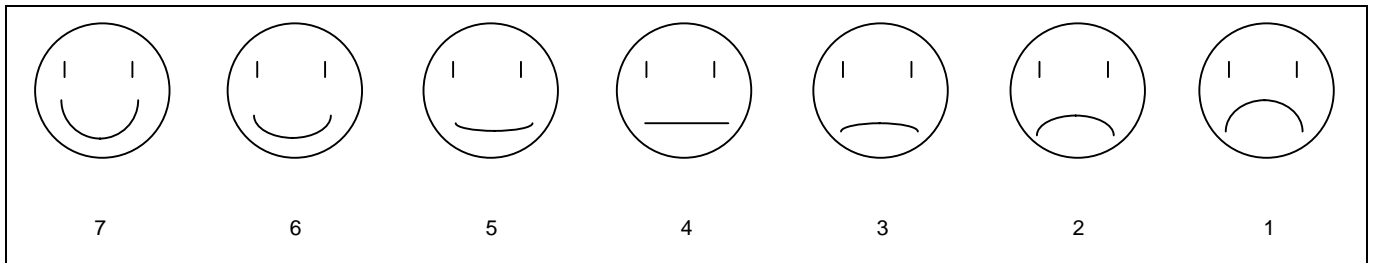
Date de remplissage |_|_|_|_|_|2_|0_|0_|0_|

Donner la vignette prédécoupée qui se trouve à la page suivante au répondant

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

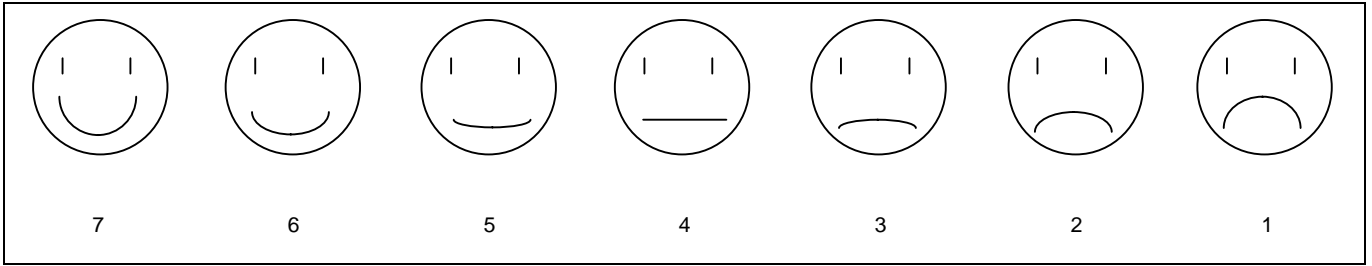
Je vais vous montrer 7 visages qui expriment différents sentiments. J'aimerais que vous utilisiez ces visages pour me dire comment vous vous sentez par rapport à une liste de choses que je vais vous nommer. Tout ce que vous avez à faire, c'est de me dire quel visage exprime le mieux comment vous vous 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 ?



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

- 1) à l'endroit où vous habitez ? (ex. : maison, appartement, chambre)..... |_|_|
- 2) au quartier où vous vivez ?..... |_|_|
- 3) à votre alimentation ? |_|_|
- 4) aux vêtements que vous portez ? |_|_|
- 5) à votre santé ? |_|_|
- 6) aux gens avec qui vous vivez ? |_|_|



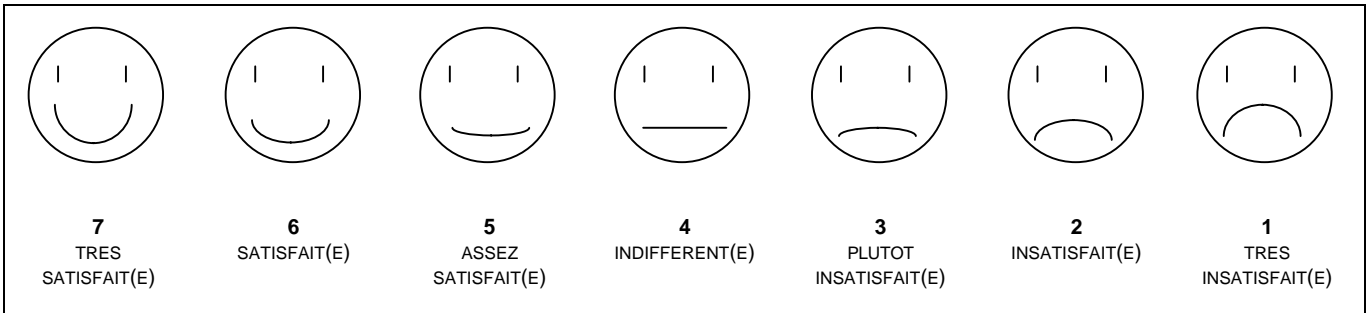
2. Parmi ces visages, lequel exprime le mieux comment vous vous sentez par rapport :

- 7) à vos amis ?
- 8) à votre vie sentimentale ?
- 9) à vos relations avec votre famille ?
- 10) à la façon dont vous vous entendez avec les autres ?
- 11) à vos occupations et à vos activités quotidiennes ?
- 12) à la façon dont vous occupez vos temps libre ?
- 13) à ce que vous faites à l'extérieur de chez vous pour vous divertir ?
- 14) aux services et aux commodités de votre quartier ?
- 15) à votre situation financière ?
- 16) à votre vie actuelle en général ?
- 17) à la confiance que vous avez en vous-même ?
- 18) à ce que les gens pensent de vous ?
- 19) aux libertés dont vous disposez actuellement ?
- 20) aux responsabilités qui vous sont laissées ?

Additionnez le score de chacune des 20 questions :
SCORE FINAL : | _ _ _ _ |



VIGNETTE A DONNER AU PATIENT



2. QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION CLIENT (M. PERREAULT)

Nom et fonction de la personne qui remplit le questionnaire	_____
Lien de parenté du représentant de la famille	_____
Date de remplissage	__/__/20__

1. **Que pensez-vous de la qualité des services que vous recevez ?**
 - 0 Excellente
 - 1 Bonne
 - 2 Passable
 - 3 Pauvre
2. **Recevez-vous le genre de services que vous désirez ?**
 - 0 Non, définitivement pas
 - 1 Non, pas vraiment
 - 2 Oui, en général
 - 3 Oui, définitivement
3. **Jusqu'à quel point notre service répond-il à vos besoins ?**
 - 0 Presque tous mes besoins sont satisfaits
 - 1 La plupart de mes besoins sont satisfaits
 - 2 Seulement quelques uns de mes besoins sont satisfaits
 - 3 Aucun de mes besoins n'est satisfait
4. **Si un ou une ami(e) avait besoin du même type d'aide, est-ce que vous lui recommanderiez l'hôpital ?**
 - 0 Non, définitivement pas
 - 1 Non, je ne pense pas
 - 2 Oui, je pense
 - 3 Oui, définitivement
5. **Quel est votre degré de satisfaction par rapport à la quantité d'aide que vous recevez ?**
 - 0 Très insatisfait(e)
 - 1 Indifférent ou un peu insatisfait(e)
 - 2 Assez satisfait(e)
 - 3 Très satisfait(e)
6. **Est-ce que les services que vous recevez vous aident à mieux affronter vos difficultés ?**
 - 0 Oui, ils m'aident beaucoup
 - 1 Oui, ils m'aident un peu
 - 2 Non, ils ne m'aident pas vraiment
 - 3 Non, mes difficultés se sont aggravées
7. **De façon générale et globale, quel est votre degré de satisfaction par rapport aux services que vous recevez ?**
 - 0 Très satisfait(e)
 - 1 Assez satisfait(e)
 - 2 Indifférent ou un peu insatisfait(e)
 - 3 Très insatisfait(e)
8. **Si vous aviez encore besoin d'aide, est-ce que vous reviendriez à l'hôpital.**
 - 0 Non, définitivement pas
 - 1 Non, je ne pense pas
 - 2 Oui, je pense
 - 3 Oui, définitivement
9. **Est-ce que votre unité vous semble agréable et propre ?**
 - 0 Non, définitivement pas
 - 1 Non, pas vraiment
 - 2 Oui, en général
 - 3 Oui, définitivement
10. **Etes-vous satisfait(e) de la nourriture de l'hôpital ?**
 - 0 Très satisfait(e)
 - 1 Assez satisfait(e)
 - 2 Indifférent ou un peu insatisfait(e)
 - 3 Très insatisfait(e)

- 11. Etes-vous satisfait(e) de la façon dont vous êtes traité(e) par le personnel ?**
- ₀ Oui, définitivement
₁ Oui, en général
₂ Non, pas vraiment
₃ Non, définitivement pas
- 12. Est-ce que l'endroit où se trouve votre lit vous semble suffisamment privé ?**
- ₀ Non, définitivement pas
₁ Non, je ne pense pas
₂ Oui, je pense
₃ Oui, définitivement
- 13. Etes-vous satisfait(e) de la façon dont les patients sont pris en charge lorsqu'ils deviennent perturbés ?**
- ₀ Non, définitivement pas
₁ Non, pas vraiment
₂ Oui, en général
₃ Oui, définitivement
- 14. Etes-vous satisfait(e) des salles de bains de votre unité ?**
- ₀ Oui, définitivement
₁ Oui, je pense
₂ Non, je ne pense pas
₃ Non, définitivement pas
- 15. Y-a-t-il suffisamment d'activités de loisirs ici en soirée et durant les fins de semaine**
- ₀ Non, définitivement pas
₁ Non, pas vraiment
₂ Oui, en général
₃ Oui, définitivement
- 16. Etes-vous satisfait(e) de ce qui est planifié pour le moment où vous quitterez l'hôpital ?**
- ₀ Très insatisfait(e)
₁ Indifférent ou un peu insatisfait(e)
₂ Assez satisfait(e)
₃ Très satisfait(e)
- 17. Quand vous avez le goût d'être seul(e), pouvez-vous trouver un endroit tranquille ?**
- ₀ Oui, définitivement
₁ Oui, en général
₂ Non, pas vraiment
₃ Non, définitivement pas
- 18. Avez-vous besoin de plus de soins thérapeutiques que ce que vous obtenez ici à l'hôpital ?**
- ₀ Non, définitivement pas
₁ Non, je ne pense pas
₂ Oui, je pense
₃ Oui, définitivement
- 19. Etes-vous satisfait(e) de vos médicaments ?**
- ₀ Très satisfait(e)
₁ Assez satisfait(e)
₂ Indifférent ou un peu insatisfait(e)
₃ Très insatisfait(e)
- 20. Est-ce que les règlements de votre unité vous semblent justes ?**
- ₀ Non, définitivement pas
₁ Non, pas vraiment
₂ Oui, en général
₃ Oui, définitivement
- 21. Est-ce qu'on vous indique comment vous progressez dans votre traitement ?**
- ₀ Non, définitivement pas
₁ Non, pas vraiment
₂ Oui, en général
₃ Oui, définitivement
- 22. Etes-vous satisfait(e) de l'endroit prévu pour les visites sur votre unité ?**
- ₀ Très satisfait(e)
₁ Assez satisfait(e)
₂ Indifférent ou un peu insatisfait(e)
₃ Très insatisfait(e)

VOLET 4 bis - EVALUATION CLINIQUE ET DE L'AUTONOMIE SOCIALE EN T12

N° du secteur	N° d'ordre du patient	Prénom du patient (saisir 15 caractères maximum)

1. EGF : ECHELLE GOBALE DE FONCTIONNEMENT

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.

Le médecin responsable du malade cotera, le jour de relevé, le fonctionnement psychologique, social et professionnel du patient, qu'il soit ou non hospitalisé, au moyen de l'échelle suivante (EGF) :

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

Nom et fonction de la personne qui remplit le questionnaire	_____
Date de remplissage	| | | 2 | 0 | 0 | 0 |

1. Votre cotation : | | | |

100 - 91	Absence de symptômes.
90 - 81	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).
80 - 71	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).
70 - 61	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).
60 - 51	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).
50 - 41	Symptômes importants (ex. : idéation suicidaire, rituels obsessionnels sévères, vols répétés dans les grands magasins) OU handicap important dans le fonctionnement social, professionnel ou scolaire (ex. : absence d'amis, incapacité à garder un emploi).
40 - 31	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).
30 - 21	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).
20 - 11	Existence d'un certain danger d'auto ou d'hétéro-agression (ex. : tentative de suicide sans attente précise de la mort, violence fréquente, excitation maniaque) 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).
10 - 1	Danger persistant d'hétéro-agression grave (ex. : accès répétés de violence) OU incapacité durable à maintenir une hygiène corporelle minimum ou geste suicidaire avec attente précise de la mort.

2. QUESTIONNAIRE DE GRAVITE GLOBALE DES TROUBLES MENTAUX INSPIRE DE L'ICG

Questionnaire soignant

Nom et fonction de la personne qui remplit le questionnaire | _____ |
Date de remplissage |__|_|__|_| 2__0__0__0__|

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

- | | | | |
|-------------------------------------|--------------------------|---|--------------------------|
| 0 : non évalué | <input type="checkbox"/> | 4 : modérément malade | <input type="checkbox"/> |
| 1 : normal, pas du tout malade..... | <input type="checkbox"/> | 5 : manifestement malade..... | <input type="checkbox"/> |
| 2 : à la limite..... | <input type="checkbox"/> | 6 : gravement malade..... | <input type="checkbox"/> |
| 3 : légèrement malade..... | <input type="checkbox"/> | 7 : parmi les patients les plus malades | <input type="checkbox"/> |

Questionnaire famille

Nom et fonction de la personne qui remplit le questionnaire | _____ |
Lien de parenté du représentant de la famille | _____ |
Date de remplissage |__|_|__|_| 2__0__0__0__|

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

- | | | | |
|-------------------------------------|--------------------------|---|--------------------------|
| 0 : non évalué | <input type="checkbox"/> | 4 : modérément malade | <input type="checkbox"/> |
| 1 : normal, pas du tout malade..... | <input type="checkbox"/> | 5 : manifestement malade..... | <input type="checkbox"/> |
| 2 : à la limite..... | <input type="checkbox"/> | 6 : gravement malade..... | <input type="checkbox"/> |
| 3 : légèrement malade..... | <input type="checkbox"/> | 7 : parmi les patients les plus malades | <input type="checkbox"/> |

Questionnaire patient

Nom et fonction de la personne qui remplit le questionnaire | _____ |
Date de remplissage |__|_|__|_| 2__0__0__0__|

3. Comment vous sentez vous par rapport à vos troubles mentaux de santé ? (plutôt légèrement malade,.....gravement malade.....)?

- | | | | |
|-------------------------------------|--------------------------|---|--------------------------|
| 0 : non évalué | <input type="checkbox"/> | 4 : modérément malade | <input type="checkbox"/> |
| 1 : normal, pas du tout malade..... | <input type="checkbox"/> | 5 : manifestement malade..... | <input type="checkbox"/> |
| 2 : à la limite..... | <input type="checkbox"/> | 6 : gravement malade..... | <input type="checkbox"/> |
| 3 : légèrement malade..... | <input type="checkbox"/> | 7 : parmi les patients les plus malades | <input type="checkbox"/> |

3. EAS : ECHELLE D'AUTONOMIE SOCIALE

L'Echelle d'autonomie sociale (EAS) est une échelle d'hétéro-évaluation conçue pour explorer le niveau d'autonomie des personnes souffrant de troubles psychiatriques chroniques. Les dix-sept items retenus peuvent faire chacun l'objet d'une cotation de 0 à 6, la note la plus basse caractérisant la meilleure « performance ». Seuls les niveaux 0, 2, 4, 6 ont été opérationnalisés, l'utilisation des niveaux intermédiaires est laissée à la discrétion du cotateur.

L'EAS est conçue pour mesurer un niveau d'autonomie effectif, et non un potentiel. Il s'agit donc d'apprécier comment l'individu parvient à faire face à une situation de la vie quotidienne ou relationnelle. Cependant, dans les cas où il ne sera pas possible d'apprécier une autonomie factuelle (hospitalisation à temps complet...) une relative liberté de cotation est laissée au cotateur pour apprécier au mieux les potentialités non utilisées.

Nom et fonction de la personne qui remplit le questionnaire | _____ |

Date de remplissage | ____/____/20__0__0__ |

GESTION DE LA VIE QUOTIDIENNE

1. Toilette corporelle

- 0 Assurée seul, sans stimulation extérieure
- 1
- 2 Moyennement assurée seul et/ou nécessitant une stimulation extérieure épisodique
- 3
- 4 Assurée ou moyennement assurée seul avec stimulation constante
- 5
- 6 Effectuée par un tiers

2. Entretien des effets personnels

Au cas où le patient vit depuis longtemps en institution, on appréciera sa capacité à prendre soin de ses effets personnels et à assurer leur propreté au travers des moyens mis à sa disposition par l'institution.

- 0 Se prend en charge par lui-même avec efficacité
- 1
- 2 Se prend en charge par lui-même mais avec une efficacité moyenne ou faible
- 3
- 4 Doit être aidé, avec une bonne, moyenne ou faible efficacité
- 5
- 6 Prise en charge totale par un tiers

3. Capacité à s'alimenter

On appréciera la capacité éventuelle à organiser une alimentation régulière. A titre d'exemple, une personne hospitalisée pour une très courte durée devra être cotée sur sa capacité à s'alimenter chez elle. Une personne vivant en institution et qui ne se manifeste pas au niveau de l'organisation des repas devra être cotée au moins "4".

- 0 Prise de repas régulière avec équilibre alimentaire (ex. : bonne gestion d'un régime prescrit)
- 1
- 2 Prise de repas régulière avec absence de variété (ex. : alimentation à base de conserves ou surgelés)
- 3
- 4 Prise de repas irrégulière
- 5
- 6 Difficultés majeures par rapport à l'alimentation

GESTION DE LA VIE QUOTIDIENNE

4. Logement

- 0 Vit seul en appartement ou en maison
[ex. : vit en foyer (type foyer jeunes travailleurs, cité universitaire)]
- 1
- 2 Vit en foyer social (type maison Sonacotra et/ou en demi-pension) (ex. : vit en appartement associatif et protégé)
- 3
- 4 Vit en foyer d'hébergement ou foyer logement...
- 5
- 6 Vit en institution spécialisée

5. Entretien du logement

Lorsque quelqu'un vit de façon durable en institution, coter au moins "3"

- 0 Entretien son logement seul ou avec la participation d'un tiers qu'il rémunère
- 1
- 2 Entretien partiel du logement par une aide ménagère
- 3
- 4 Entretien total du logement par un tiers
- 5
- 6 Aucune demande d'aide

6. Niveau de complexité du moyen de transport personnel et utilisation qui en est faite

Il s'agit du moyen de transport personnel du patient lorsqu'il en possède un. Pour ceux qui sont véhiculés et qui n'ont aucun moyen de transport, coter au moins "3"

- 0 Usage rationnel d'un véhicule nécessitant un permis
- 1
- 2 Usage rationnel d'un véhicule ne nécessitant pas de permis
- 3
- 4 Usage non adapté au moyen de transport
- 5
- 6 Non utilisation des moyens de transport

7. Courses

- Effectue ses courses seul avec respect de son projet
-
- Effectue ses courses seul avec respect partiel de son projet
-
- Effectue ses courses accompagné
-
- N'effectue aucune course

GESTION DES RESSOURCES

8. Gestion du budget quotidien

On appréciera la capacité réelle à gérer de manière rationnelle le budget, même si la personne bénéficie d'une mesure de protection (tenir compte du degré de liberté laissé par le tuteur ou le curateur et de la capacité à respecter les contrats établis)

- Gère son budget de manière autonome et le répartit équitablement entre les dépenses à effectuer (loyer, impôts, alimentation, transports, vêtements, loisirs)
-
- Répartit plus ou moins bien son budget
-
- Nécessite l'aide d'un tiers pour gérer son budget
-
- Ne gère pas son budget

9. Conduite du patrimoine

- Réalise des placements ou fait des projets en vue de se constituer un patrimoine et d'en assurer la pérennité
-
- Effectue des placements hasardeux et/ou des dépenses irréfléchies (ex. : confie la conduite du patrimoine à un tiers)
-
- Se désintéresse de son patrimoine (ex. : n'a pas de projets de placements)
-
- La notion même de patrimoine est inaccessible

10. Conduite de la vie personnelle : capacité à gagner de l'argent

Coter au moins "5" ou "6" lorsque la totalité des revenus est assurée par une allocation.

- Est capable de faire progresser ses revenus en maintenant une certaine qualité de vie
-
- Fait progresser ses revenus au détriment de sa vie personnelle ou se satisfait de ses revenus
-
- Epreuve des difficultés à maintenir des revenus stables
-
- N'est pas acteur dans l'obtention de ses revenus

RELATIONS AVEC L'EXTERIEUR

11. Capacité de se déplacer d'un lieu à un autre

- S'organise de façon à se déplacer dans les meilleures conditions d'un point à un autre
-
- Nécessite l'aide d'un organisme ou d'un tiers pour réaliser ses déplacements
-
- Ne peut se déplacer qu'accompagné
-
- Ne se déplace pas

12. Capacité à organiser des sorties (loisirs) ou de voyager

- Prend régulièrement en charge l'organisation de ses sorties et/ou voyages (ex. : s'adresser à un organisme, agence de voyages, pour l'organisation de ses sorties et/ou voyages)
-
- S'adresse à un organisme social spécialisé pour ses sorties ou voyages (ex. : nécessite l'aide d'un tiers pour l'organisation de ses sorties et/ou voyages)
-
- Les sorties ou voyages sont à l'initiative et organisés par un tiers (ex. : doit être accompagné par un tiers lors de ses sorties et/ou voyages)
-
- N'effectue ni sorties, ni voyages

13. Capacité à utiliser des outils de communication et d'information

- Utilise régulièrement des outils de communication et d'information (téléphone, courrier, minitel, TV, journaux)
-
- Utilise partiellement des outils de communication et d'information (ex. : éprouve des difficultés à se servir sans aide des outils cités)
-
- Nécessite l'aide systématique d'un tiers pour se servir d'un ou des outils cités (ex. : fait communiquer et s'informer un tiers pour lui-même)
-
- N'utilise pas les outils de communication et d'information

14. Capacité à organiser une journée

Lorsque la personne dépend entièrement d'une institution pour l'organisation de ses journées, coter au moins "3"

- Organise sa journée, de façon à répartir rationnellement les différentes activités qu'il a à accomplir
-
- Organise plus ou moins ses activités journalières (ex. : a des difficultés sans l'aide d'un tiers à organiser une journée)
-
- Organise avec ou sans l'aide d'un tiers une journée sans efficacité
-
- Est passif dans l'organisation de sa journée

VIE AFFECTIVE ET RELATIONS SOCIALES

15. Relations familiales

On appréciera la dépendance "psychologique" dans la relation familiale

- 0 Entretient des relations de respect et d'équité par rapport au conjoint ou au parent
- 1
- 2 N'est pas suffisamment acteur dans les relations entretenues auprès du conjoint ou du parent
- 3
- 4 Est la plupart du temps passif dans ses relations familiales (ex. : est dépendant dans ses relations au conjoint ou au parent)
- 5
- 6 A rompu tout lien familial

16. Relations sociales

Au niveau "4" : pour "amis" entendre "relations amicales"

- 0 Est capable de se constituer un cercle de relations diversifié et durable
- 1
- 2 Entretient épisodiquement des relations durables ou non
- 3
- 4 A un réseau d'amis restreint issu ou non du milieu familial
- 5
- 6 N'entretient pas de relations que l'on pourrait considérer comme amicales ou sociales

17. Relations intimes

Coter "0" ou "1" pour les personnes qui n'ont jamais entretenu de relations intimes pour des questions d'ordre philosophique ou par conviction personnelle

- 0 Entretient une relation intime équilibrée et durable
- 1
- 2 A entretenu mais n'entretient pas actuellement de relation intime ou entretient une relation intime très problématique
- 3
- 4 N'entretient plus depuis longtemps de relation intime (ex. : est dans l'incapacité d'entretenir une relation intime)
- 5
- 6 Toute relation intime est impossible

Additionnez le score de chacune des 17 questions :

SCORE FINAL : | _ _ _ _ |

Annexe 4

Les coûts

Evaluation des coûts Protocole de remplissage

L'objectif consiste à calculer le coût moyen pour chaque unité de soins en appliquant la 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 (cette étape sera réalisée par le CREDES).

1. Découpage du secteur en unités de soins *(première ligne du tableau)*

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.

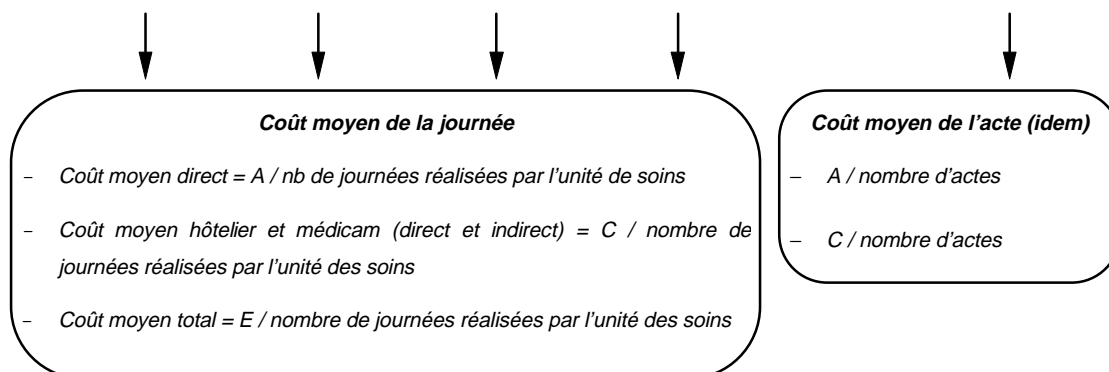
2. Répartition des charges entre ces unités de soins

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.

Les différentes catégories de dépenses et calcul des coûts pour chaque unité de soins

<u>SECTEUR X</u>	Unités de soins					
	Hôpital tps plein	hôpital de jour	Appartement thérapeutique	CATTP	.....	CMP + autres ambulatoires ¹⁹
.....
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



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 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.

¹⁹ Il s'agit de consultations (CO), de soins à domicile (SD), de soins en insitution substitutive au domicile (SI), de soins en unité d'hospitalisation somatique (SU) ou autres (AA)

A - LES DEPENSES 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 (infirmiers, surveillants, aides soignants, psychologues, kinésithérapeutes, éducateurs, orthoptistes, orthophonistes, ASH et secrétaires...).

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 affectées 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 (carburant, 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) ;
 - aux 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 DEPENSES INDIRECTES MEDICALES ET HOTELIERES

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 m² si cette clé de répartition est disponible,
- ou, à défaut, en fonction des francs de charges directes.

C - LES AUTRES DEPENSES 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

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

	Unité 1	Unité 2	Unité 3	Unité 4	Unité 5
1. Charges de personnel					
- Personnel médical					
- Personnel non médical <i>(infirmier, surveillante générale, aide soignant, AMP, ASH, psychologue, kinésithérapeute, éducateur, orthoptiste, orthophoniste, ASH, secrétaire..)</i>					
2. Charges à caractère médical					
- médicaments, produits sanguins, radiothérapie					
- fournitures médicales et petit matériel					
- entretien matériel médical (ex : systomographe)					
- examens faits à l'extérieur					
- sorties thérapeutiques					
3. Charges à caractère hôtelier et général					
- Transport					
- Subventions versées (poste 657)					
- Achats pour les activités psycho-socio thérapeutiques					
A - Total des dépenses directes (médicales et hôtelières) (Somme 1+2+3)					
4. Plateau technique					
5. Gestion de la pharmacie					
6. Blanchisserie					
7. Restauration					
8. Nettoyage					
B - Total des dépenses réparties (médicales + hôtelières) (Somme 4+5+6+7+8)					
C - Total des dépenses médicales et hôtelières (Somme A+B)					
D - Charges de structure et de gestion / logistique <i>(amortissements, entretien Direction générale, Gestion du personnel, gestion économique, accueil et gestion des malades, entretien maintenance)</i>					
DEPENSE TOTALE (Somme A+B+D)					

	Unité 6	Unité 7	Unité 8	Unité 9	Unité 10
1. Charges de personnel					
- Personnel médical					
- Personnel non médical <i>(infirmier, surveillante générale, aide soignant, AMP, ASH, psychologue, kinésithérapeute, éducateur, orthoptiste, orthophoniste, ASH, secrétaire..)</i>					
2. Charges à caractère médical					
- médicaments, produits sanguins, radiothérapie					
- fournitures médicales et petit matériel					
- entretien matériel médical (ex : systomographe)					
- examens faits à l'extérieur					
- sorties thérapeutiques					
3. Charges à caractère hôtelier et général					
- Transport					
- Subventions versées (poste 657)					
- Achats pour les activités psycho-socio thérapeutiques					
A - Total des dépenses directes (médicales et hôtelières) (Somme 1+2+3)					
4. Plateau technique					
5. Gestion de la pharmacie					
6. Blanchisserie					
7. Restauration					
8. Nettoyage					
B - Total des dépenses réparties (médicales + hôtelières) (Somme 4+5+6+7+8)					
C - Total des dépenses médicales et hôtelières (Somme A+B)					
D - Charges de structure et de gestion / logistique (amortissements, entretien Direction générale, Gestion du personnel, gestion économique, accueil et gestion des malades, entretien maintenance)					
DEPENSE TOTALE (Somme A+B+D)					

	Unité 1	Unité 2	Unité 3	Unité 4	Unité 5

Nombre de journées ou d'actes réalisés en 1997					

	Unité 6	Unité 7	Unité 8	Unité 9	Unité 10

Nombre de journées ou d'actes réalisés en 1997					

Liste des tableaux et graphiques

Liste des tableaux et des graphiques

Liste des tableaux

Tableau n° 1

Les différentes versions du questionnaire « résultats » utilisées pour le test..... 20

Tableau n° 2

Récapitulatif des échelles et questionnaires retenus à la suite du test..... 25

Liste des graphiques

Graphique n° 1

La démarche 15

Achevé d'imprimer le 27 avril 2000
Electrogelez, 58, rue Rochechouart
75009 PARIS
Dépôt légal : Avril 2000