



DEPARTEMENT UNIVERSITAIRE
DE PSYCHIATRIE ADULTE

HOSPICES CANTONAUX /
ETAT DE VAUD

SERVICE DE PSYCHIATRIE
GENERALE ET SPECIALISEE
PROF. PATRICE GUEX

Accueil temporaire psychiatrique (ATP) : évaluation d'une expérience pilote

Projet mandaté par Arcos - Filière psychiatrie communautaire

Publication du réseau ARCOS n° 7

Didier Camus
Charles Bonsack
Unité de Recherche Evaluative

Novembre 2004

UNITE DE RECHERCHE EVALUATIVE / Responsable : Dr Charles BONSACK, médecin associé, M.E.
Site de Cery, CH – 1008 Prilly, Tél. (++41 21) 643 61 11, Fax (++41 21) 643 64 69 – E-Mail : Charles.Bonsack@hospvd.ch

Sommaire

<i>Introduction</i>	<i>p 3</i>
<i>Méthode</i>	<i>p 4</i>
A) Modèle d'évaluation	p 4
B) Echantillon	p 4
C) Instruments	p 5
<i>Résultats</i>	<i>p 6</i>
A) Profil des patients à l'admission	p 6
1. Vignettes cliniques	p 6
2. Profil socio-démographique	p 7
3. Evaluation des problèmes des patients (HoNOS)	p 8
4. Evaluation des besoins (CAN/DIABAL)	p 9
5. Santé perçue (BASIS 32 et l' ESDV)	p 10
a. BASIS 32	p 10
b. ESDV	p 10
B) Evolution durant l'intervention	p 11
1. Evolution des problèmes (HoNOS)	p 11
2. Evolution des besoins (CAN/DIABAL)	p 12
3. Evolution subjective de la santé perçue et de la qualité de vie	p 13
a. ESDV	p 13
b. BASIS 32	p 13
C) Analyse des coûts selon CSSRI-EU et coûts des prestations ATP	p 13
1. Durée des interventions	p 13
2. Evaluation de l'utilisation des services de santé (CSSRI-EU)	p 14
3. Coûts des prestations ATP	p 14
a. Le temps consacré aux patients	p 14
b. Les coûts	p 14
D) Entretiens qualitatifs	p 15
1. Point de vue des patients	p 15
2. Point de vue du réseau familial	p 16
3. Point de vue du réseau professionnel	p 16
4. Point de vue des soignants de l'ATP	p 18
5. Limitations	p 18
E) Discussions	p 18
<i>Conclusion</i>	<i>p 20</i>
<i>Annexes</i>	<i>p 23</i>
<i>Bibliographie</i>	<i>p 28</i>

Introduction

Les personnes souffrant de troubles psychiatriques durables sont souvent isolées ou à risque de marginalisation. Les suivis ambulatoires classiques ne permettent pas de répondre suffisamment aux besoins de cette population, notamment dans des périodes de transition ou de crise. En particulier, un accompagnement psychiatrique intermédiaire apparaît nécessaire lorsque les patients quittent l'hôpital ou un placement résidentiel pour retourner à domicile. Les moyens offerts actuellement apparaissent insuffisants, et lorsqu'ils existent, ne sont pas reconnus, ni rémunérés (Grasset, 2001). Une évaluation des moyens d'hébergement à visée sociothérapique ou réhabilitative dans le canton de Vaud (Grasset, Therianos & Schneider, 2002) a également montré un besoin de modalités d'accueil temporaire spécialement adaptées à la psychiatrie adulte. Un groupe de travail mandaté par ARCOS a donc proposé un modèle d'accueil temporaire, dans le but de réaliser et d'évaluer une expérience pilote (Collectif, 2003).

L'accueil temporaire en psychiatrie est défini comme une modalité spécifique de prise en charge ambulatoire des patients psychiatriques adultes souffrant d'un handicap psychosocial important, orientée vers la réhabilitation, et complémentaire aux soins à domicile. Il donne la possibilité de bénéficier d'un étayage institutionnel momentané dans une structure de type EMS, pour participer à une ambiance conviviale et prendre des repas. Son but initial est de permettre une intégration dans un groupe et une participation à des occupations servant de tremplin vers une reprise de l'autonomie. Il se distingue (Grasset, 2001) de l'accueil résidentiel, que l'usager fréquente à plein temps, centré sur l'intégration participative à la vie communautaire institutionnelle. Il se différencie aussi de l'accueil temporaire de type UAT psychogériatrique, convivial et récréatif, sans objectif thérapeutique, ainsi que du traitement en hôpital de jour, orienté vers des mesures curatives.

L'accueil temporaire vise des patients psychiatriques d'âge adulte, souffrant de troubles psychiques durables et présentant un handicap psychosocial important, en situation de maintien à domicile dans un logement personnel. Il offre un soutien limité dans le temps lorsque les soins à domicile ou le suivi médico-social ambulatoire se déroulent dans des conditions difficiles, que ce soit à la suite d'une hospitalisation ou d'un hébergement institutionnel extrahospitalier ou lorsque des aléas existentiels particulièrement importants déstabilisent l'évolution de la personne concernée.

La question de la création de nouvelles structures intermédiaires reste néanmoins controversée (Bonsack, Schaffter, Singy, et al, 2003). D'une part, certains intervenants, afin de faciliter le maintien à domicile de personnes souffrant de troubles psychiatriques, suggèrent de créer de nouvelles structures, essentiellement ambulatoires et sous forme de centres d'accueil de jour, ainsi que de compléter les dispositifs existants. D'autre part, des intervenants différents mettent l'accent sur la richesse de l'infrastructure déjà existante et trouveraient plus fructueux, plutôt que de multiplier les dispositifs, de chercher des solutions dans l'ensemble des moyens déjà à disposition et d'optimiser les interventions des différents partenaires en les harmonisant. Les représentants des patients rêvent d'un projet de structure de vie communautaire qui permettrait aux personnes d'évoluer dans un environnement qui leur permette de maintenir et de développer leur autonomie. La question reste donc ouverte, et le projet "accueil temporaire en psychiatrie" suscite à cet égard beaucoup d'espoir, tant pour offrir de nouvelles prestations que pour mieux utiliser les structures existantes dans une perspective de réseau.

L'expérimentation du concept ATP a été réalisée dans l'institution mandatée par ARCOS, l'EMS « Foyer de la Borde » à Lausanne. L'évaluation du déroulement de l'expérience a été confiée à l'équipe de l'Unité de recherche évaluative du DUPA, mandatée également par ARCOS.

Le but de cette étude est d'évaluer l'expérience pilote d'ATP sous la forme d'une recherche-action selon quatre axes : l'évaluation (a) de la cohorte expérimentale et de son évolution, (b) de la mise en œuvre du concept de l'ATP, (c) de la place de l'ATP dans le réseau et (d) de la satisfaction des patients, des proches et des professionnels. Les résultats attendus sont la correspondance de la cohorte expérimentale par rapport à la population cible prévue et une amélioration des problèmes cliniques et sociaux. En terme de mise en œuvre, l'adéquation de l'offre et le coût des prestations seront évalués. Sur le plan qualitatif, particulièrement dans une phase initiale du projet, l'accent sera mis sur la place de l'ATP dans le réseau de soins et la satisfaction des usagers, des proches et des professionnels impliqués.

Méthode

A) Modèle d'évaluation :

Le mandat comporte une évaluation à plusieurs niveaux. Le modèle ci-après permet de différencier le niveau du rapport de l'ATP avec l'environnement, du niveau institutionnel et du niveau des usagers. « L'input » est l'examen de la situation de départ. Le « processus » la manière dont les événements se déroulent. On entend par « résultat » la différence entre la situation initiale et la situation finale. Dans ce cas particulier, l'ATP étant complémentaire à d'autres interventions, le résultat est attribuable à l'ensemble du processus.

Tableau 1 : Modèle d'évaluation

	Input	Processus	Résultat
Environnement	Volume de la demande Provenance des demandes	Place de l'ATP / autres intervenants	Satisfaction des autres intervenants impliqués
Institution	Correspondance des programmes de prestation avec le concept de l'ATP	Correspondance des programmes de prestation avec les besoins individuels	Satisfaction vis à vis des services des patients, des proches et des professionnels impliqués Utilisation des services
Usager	Diagnostic, paramètres socio-démographiques, status clinique initial Profil des besoins Evaluation des coûts sociaux initiaux	Coûts	Status clinique à 3 mois Besoins comblés Coûts sociaux finaux

B) Echantillon :

L'expérience pilote a été réalisée dans le cadre du foyer de la Borde. Le Foyer de la Borde est une structure intermédiaire psychiatrique pour jeunes adultes. Son objectif est de permettre le retour progressif à l'autonomie et au domicile par l'exercice des habiletés sociales et au travers de programmes cognitifs et comportementaux. Outre un hébergement de 25 lits de type C, il offre également des soins à domicile et une approche psycho-éducative des familles. Dans le cadre du foyer, des animations de type activités culturelles, atelier éducatif, activités sportives et de mise en forme, entraînement aux habiletés sociales, programme de réhabilitation sous forme de modules sont déjà offertes.

Le programme ATP a été développé sur la base de ces activités de base, pour une population de patients ne résidant pas au foyer, et ne bénéficiant pas d'un suivi de l'organisation de soins à domicile. Dans le cadre de l'expérience pilote, la demande devait initialement provenir de ou transiter par une infirmière de CMS, afin d'assurer une cohésion de réseau. Par la suite, au vu du faible nombre de demandes par ce biais, les conditions d'accès ont été assouplies, sans susciter toutefois plus de demandes.

L'expérience prévoyait une file active de 10 patients fréquentant l'ATP et ayant plusieurs activités programmées. Pour chaque patient, ces activités programmées pouvaient représenter plusieurs demi-journées par semaine.

Chaque activité pouvant accueillir au maximum 5 patients ATP simultanément, nous pouvions estimer que 20-30 patients pouvaient être évalués, sans échantillon de comparaison. Pourtant, compte tenu des difficultés de mise en œuvre et de recrutement (uniquement sept patients inclus dans l'étude durant la période d'évaluation), ce rapport final ne porte que sur ces patients intégrés dans le programme. Pour tenir compte du faible échantillon de patients, l'accent a été mis sur le volet qualitatif. A noter qu'une personne inscrite à l'ATP a refusé de participer à cette étude. L'évaluation a été réalisée au début de la prise en charge ATP (T0, juin 2003 - novembre 2003) puis à trois mois (T1, septembre 2003 - mars 2004), que le programme ATP soit terminé ou non.

C) Instruments :

Instrument	Descriptif
Health of Nation Outcome Scale (HoNOS)	Le HoNOS est une échelle qui évalue la sévérité des problèmes. Elle répertorie 12 problèmes fréquents dans 4 domaines (comportement, handicap, symptômes, social) chez les patients qui consultent un service de soins. Il présente l'avantage d'avoir des profils de comparaison pour des patients fréquentant des services psychiatriques hospitaliers et ambulatoires (Bonsack, Borgeat & Lesage, 2002).
DIABAL	Le DIABAL permet une évaluation des besoins dans 25 domaines selon l'intervenant et selon le patient. Pour chaque item, il précise 1) les difficultés et déficits du patient dans le domaine en question (selon patient et selon soignant), 2) le degré d'intervention professionnelle et 3) le degré d'ajustement entre le besoin subjectif d'aide exprimé par le patient et l'intervention effective.
BASIS-32	Le BASIS-32 est une échelle auto-administrée par le patient qui mesure ses niveaux de difficultés (symptômes, fonctionnement) à travers 32 questions qui correspondent à 5 axes (relation à soi et aux autres, fonctionnement au quotidien, Dépression/anxiété, Comportement impulsif ou addictif, éléments psychotiques). Chaque item est évalué sur une échelle qui va de 0 (aucune difficulté) à 4 (difficulté extrême). Cet outil permet de mesurer les changements statistiquement significatifs survenus pour un patient ambulatoire après 30 à 90 jours de traitement. (Eisen, 1999).
Echelle de satisfaction des domaines de la vie (ESDV)	L'échelle de satisfaction des domaines de la vie est une échelle développée pour mesurer la qualité de vie de la population générale. Elle a été adaptée pour les personnes avec des problèmes sévères et persistants de santé mentale. Elle comporte 20 items. Pour chacun des items, le répondant doit indiquer sur une échelle de sept visages, allant du plus souriant (score de 7) au plus triste (score de 1), sa réponse à la question. Ces items peuvent être interprétés comme un tout, par sous-échelles (vie quotidienne et relations sociales, milieu de vie, autonomie, relations intimes, loisirs) ou par domaine spécifique (par exemple finance, relation sociale, aspect domestique, etc...).(Caron et al, 1997). Cette échelle peut être remplie lors d'un entretien ou auto-administrée.
Clinical Global Impression	2 échelles permettant d'évaluer la sévérité globale des symptômes et leur amélioration.
Echelle de fonctionnement global (EGF)	Echelle de 0-100 permettant d'évaluer le niveau de fonctionnement social.
Diagnostic	Diagnostic clinique CIM – 10 à 1 position FX.
Inventaire socio-démographique du patient et des prestations reçues (CSSRI-EU)	Evaluation socio-démographique et des coûts sociaux (conditions de vie, situation professionnelle et salaire, prestations reçues, profil médicamenteux).
Etat du réseau	Evaluation de l'état général du réseau de soutien selon 5 modalités spécifiques

Instrument	Descriptif
Programme ATP	Description qualitative du programme ATP global
Prestations individuelles et coûts	Prestations individuelles fournies par patients
Satisfaction	Satisfaction vis à vis des services et données qualitatives.

Instrument	Descriptif
Provenance des demandes	Demandeur initial en amont et CMS responsable.
Autres intervenants impliqués	Extrait du CSSRI-EU.
Satisfaction des proches et autres intervenants	Entretien téléphonique avec un échantillon d'intervenants concernés par les situations. Récolte de données qualitatives selon 3 axes (attentes, ce qui a été apprécié, ce qui pourrait être amélioré).

Résultats

La présentation des résultats se fera en quatre parties.

Une première partie décrira, après une brève présentation des patients ayant participé à l'étude, le profil des patients au moment de l'admission à l'ATP. Cette partie a été élaborée à partir des données socio-démographiques et économiques et à partir des échelles d'évaluation présentées plus haut (HoNOS, CAN/DIABAL, BASIS 32, Echelle de Satisfaction des Domaines de la Vie).

Une deuxième partie traitera spécifiquement de l'évolution des patients entre les deux évaluations.

Les aspects financiers seront traités dans une troisième partie. Une quatrième partie, réalisée à partir d'entretiens semi-structurés, donnera le point de vue (opinion) des différents intervenants, (patient, famille ou proches, réseau professionnel ambulatoire, intervenants ATP) sur le programme ATP suivi.

Echantillon

Le volume de demandes pour l'ATP est resté faible tout au long du programme. Seuls 8 patients ont été adressés au programme, et un seul d'entre eux a refusé de participer à l'étude. Les demandes proviennent de cinq CMS (Montelly, Ecublens, Oron, La Sallaz, Vinet).

A) Profil des patients à l'admission à l'ATP

1) Vignettes Cliniques

Compte tenu du faible nombre de participants à cette étude, il nous a semblé intéressant de présenter trois vignettes cliniques, avec leurs conditions de vie, les problèmes liés à la maladie et le programme suivi à l'ATP. Afin de respecter l'anonymat des données, les vignettes ont été recomposées à partir de plusieurs situations réelles et en modifiant les données personnelles.

Vignette clinique : Mireille

Mireille est une jeune femme célibataire de 33 ans. Célibataire, sans enfant, elle vit seule dans un appartement subventionné. Elle a travaillé jusqu'en 2001. Après plusieurs arrêts de travail de longue durée, une demande de rente AI a été faite en 2002. Elle est soignée pour un trouble psychiatrique sévère avec persistance d'hallucinations. Une tentative de suicide par défenestration réalisée il y a quelques années lui a laissé des séquelles physiques. Du fait de son isolement social, elle se plaint de solitude et d'ennui. Mireille ne participe pas à la vie dans la société. Elle se lève en fin d'après-midi, se néglige tant vis à vis de son hygiène personnelle et domestique que vis à vis de son alimentation. Se plaint également d'une surcharge pondérale, cela « depuis qu'elle est malade ». Elle reçoit de l'aide au ménage (2h/15 jours), des repas à domicile (3 fois/semaine) et la visite régulière de l'infirmière du CMS. Lors de sa dernière hospitalisation, il a été envisagé un placement dans un foyer socio-éducatif. Compte tenu des ressources présumées de la patiente, son réseau ambulatoire a voulu tenter de la « réhabiliter », de « la faire avancer » avant la mise en place d'un projet résidentiel.

Mireille a été adressée à l'ATP par l'infirmière du CMS. Sa participation au programme de l'ATP visait plusieurs objectifs : La faire sortir de chez elle, l'aider à développer la prise d'initiatives dans ses relations sociales pour améliorer son état anxio-dépressif et l'aider à améliorer son hygiène personnelle et domestique.

A l'ATP, Mireille fait de la musculation. De plus, elle suit l'atelier « soins personnels » et « préparation du week-end ». Elle participe encore aux activités et sorties du soir.

Vignette clinique : Jacques

Jacques est un homme de 44 ans. Marié, il vit actuellement seul dans un appartement car est séparé de sa deuxième femme avec qui il a un enfant en âge de scolarité. Depuis un accident de voiture qui lui a laissé de lourdes séquelles physiques, il ne peut plus depuis exercer son métier de chauffeur-livreur et souffre d'une problématique psychique aussi invalidante que son handicap physique. Actuellement à l'AI, il souffre de dépression et d'une dépendance à l'alcool. Depuis sa séparation, il se plaint d'isolement social et de l'altération de son image de père. Jacques ne fait rien de ses journées. Il n'a aucune activités occupationnelles. Il se lève tard dans la journée, se néglige au niveau de son hygiène et s'alimente de manière incorrecte. Il se culpabilise de ne pas pouvoir s'occuper plus de son fils.

Jacques a été adressé à l'ATP par une assistante sociale du CMS. Sa participation au programme de l'ATP visait à lui redonner un cadre structuré (sortir de chez lui, augmenter le nombre de ses activités) et lui offrir un soutien personnel et amélioration de son image de soi par rapport au rôle de père.

Jacques vient à l'ATP 1 à 2 demi-journée par semaine. Il suit l'activité « goûter », l'activité « cinéma ». Il participe essentiellement au groupe « Affirmation de soi ». Les entretiens hebdomadaires avec sa référente ATP ont pour objectifs d'augmenter sa motivation à suivre le programme mais aussi d'aborder et de renforcer son rôle de père.

Vignette clinique : Monique

Monique est une jeune femme de 28 ans, célibataire, sans enfant. Elle souffre depuis une dizaine d'années d'un trouble dépressif important. Monique souffre de difficultés importantes dans la gestion de ses émotions qui peuvent générer des troubles du comportement. Se sentant dévalorisée, sans aucune confiance en elle, elle a beaucoup de difficultés à initier des activités. Au bénéfice de l'AI depuis quatre ans, elle a vécu deux ans en foyer et vit depuis un an dans un appartement. Son réseau social est décrit comme inexistant et ses relations sociales comme conflictuelles.

Monique a été adressée à l'ATP par le CMS de sa région. Son programme visait la participation à des activités pour qu'elle puisse développer des contacts sociaux. Il visait encore une amélioration de ses capacités dans la gestion de ses émotions et une amélioration de sa confiance en elle-même.

Monique participe à des animations de l'ATP sept demi-journées par semaine. En plus de l'entretien hebdomadaire avec sa référente, elle participe aux activités sportives (2 fois /semaine) et à divers ateliers (« Atelier poésie », « Atelier peinture », « Atelier communication », « Atelier : Comment se faire des amis » et l'« Atelier Goûter »).

2) Profil socio-démographique

L'analyse quantitative a été réalisée à partir des différents outils/échelles utilisé(e)s (voir tableau page 5 et 6). Compte tenu du nombre peu important de patients inclus dans l'étude, cette analyse ne permet pas une généralisation des résultats. Elle autorise néanmoins une représentation des patients fréquentant l'ATP (caractéristiques socio-démographiques et diagnostics) et de leurs problèmes (santé psychologique, vie sociale, gestion de la vie quotidienne, etc...).

Sur les 7 patients participant à l'étude, il y avait 5 femmes et 2 hommes. Tous de nationalité suisse, ils étaient âgés entre 27 et 49 ans (moyenne d'âge 38 ans).

La majorité d'entre eux sont célibataires (4), une personne est divorcée et deux sont mariées mais vivent séparées de leur conjoint.

Au moment de leur inscription dans le programme de l'ATP, six patient(e)s vivaient seul et un(e) patient(e) vivait dans sa famille.

Seule une personne était encore salariée par son employeur (mais une demande d'AI était en cours). Une autre vivait avec un RMR. Quatre patient(e)s touchaient une rente AI. Enfin, une personne vivait grâce à une pension alimentaire versée par son conjoint et d'une aide sociale. Une demande d'AI était également en cours. Les revenus bruts mensuels varient entre 1000/2000 et 3000/4000 francs. Deux patient(e)s reçoivent les subsides LAMal.

Aucun d'entre eux n'a eu de contacts avec les services judiciaires dans les trois mois qui précédaient leur inscription à l'ATP. Une patiente a eu un rendez-vous avec la justice de Paix.

Sur les sept patients, trois avaient comme un diagnostic de psychose (F2) et un patient un diagnostic de trouble de l'humeur (F3). Les autres patients présentaient un double diagnostic, trouble de l'humeur et trouble de la personnalité (F6). L'évaluation faite à partir de l'échelle « Impression clinique globale » montre que ces patients sont perçus par les soignants de l'ATP comme « modérément malade » (1 patient), « manifestement malade » (1 patient), ou « gravement malade » (4 patients). Un patient est perçu comme « parmi les patients les plus malades ».

L'évaluation du fonctionnement global réalisée à partir de l'Echelle d'évaluation globale du fonctionnement (EGF) indique que les patients intégrés dans le programme ATP présentent « des symptômes importants ou une altération importante du fonctionnement social, professionnel ou scolaire » (trois patients ont un EGF compris entre 50-41) voire pour trois autres patients « une certaine altération du sens de la réalité ou une déficience majeure dans plusieurs domaines » (EGF entre 40-31). Seule une personne présente des « symptômes d'intensité moyenne ou des difficultés d'intensité moyenne dans le fonctionnement social, professionnel ou scolaire » (EGF à 51).

L'évaluation du réseau par les soignants de l'ATP montre des difficultés en rapport avec le réseau de soutien. Au moment de l'admission, celui-ci est jugé le plus souvent comme « inadéquat-incompétent » (3 patients), comme « épuisé-dépassé » (1 patient) ou comme « inactif-instable » (1 patient). Dans deux situations seulement, le réseau de soutien est qualifié de « adéquat-disponible ».

Selon les intervenants ATP, cette structure représente une alternative à l'hospitalisation en psychiatrie pour un patient et une alternative à un hébergement pour trois autres personnes. Au moment de l'évaluation initiale, aucune hospitalisation imminente n'était envisagée, ni en psychiatrie, ni en milieu somatique. La question de l'alternative à un hébergement se posait plus particulièrement chez trois patientes, deux souffrant de psychose et la troisième d'un trouble de l'humeur. Pour l'une d'elle, l'ATP semblait, pour la patiente comme pour son réseau professionnel, une ultime tentative avant un hébergement en pension.

3) Evaluation des problèmes des patients (HoNOS)

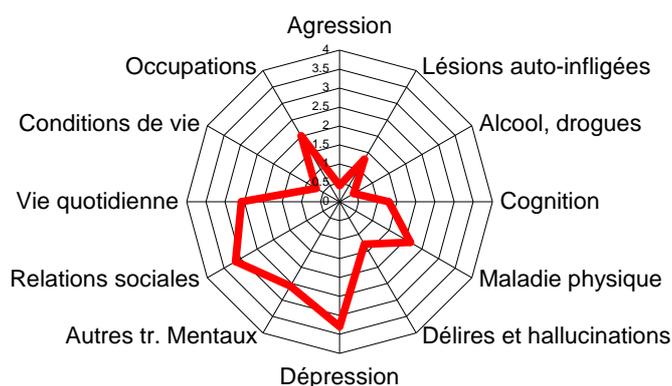
Cette évaluation présente l'avantage d'avoir des profils de comparaison pour des patients fréquentant des services psychiatriques hospitaliers et ambulatoires (Bonsack, Borgeat & Lesage, 2002). La figure I (voir page suivante) montre la moyenne des scores des sept patients inclus dans l'étude dans les différentes dimensions du HoNOS lors de l'évaluation initiale.

L'évaluation globale faite à partir du HoNOS montre que les patients sont, au moment de l'évaluation initiale, à 44% du score maximum¹ (le 0% correspondant alors à « aucun problème » pour tous les items, le 100% correspondant quant à lui à des « problème grave à très grave » pour tous les items).

Le HoNOS permettant une répartition des scores en fonction de sections particulières (A : problèmes comportementaux, B : handicaps, C. problèmes symptomatiques, D : problèmes sociaux), nous pouvons observer que les problèmes les plus importants concernent essentiellement les domaine sociaux (53% soit une moyenne par patient de 2.10) et les symptômes (60% soit une moyenne de 2.38). Les domaines « comportement » et « handicap » représentent des sections moins problématiques (respectivement 18%, moyenne par patient 0.71 et 43%, moyenne par patient 1.71).

¹ Les scores du HoNOS peuvent varier par item de 0 (aucun problème) à 4 (problème grave à très grave). Par patient, le score peut varier de 0 à (aucun problème dans les 12 items) à 48 (problème grave à très grave pour chacun des 12 items). Le score de 44% se situe donc entre « problème mineur ne requérant pas d'intervention » et « problème léger mais perturbateur ».

Figure I : Profil des problèmes des sept patients selon HoNOS à T0



L'analyse par item montre que les problèmes les plus importants concernent spécifiquement les «troubles liés à l'humeur dépressive » (48% soit 3,29 en moyenne par patient) et les «problèmes pour établir des relations sociales significatives » (46% soit 3,14 en moyenne par patient) qui sont citées comme problématiques, avant les items « autres troubles mentaux et comportementaux » et les «problèmes liés aux activités de la vie quotidienne » qui obtiennent chacun 37% (soit une moyenne par patient de 2,57). A l'inverse, les items « Comportement hyperactif, agressif, perturbateur ou agité », « Troubles liés à la consommation de drogue ou d'alcool » et les « Problèmes liés aux conditions de vie » ont des scores bas et ne sont pas signalés comme problématiques (entre 0.43 et 0.71 en moyenne par patient).

L'analyse par patient montre une variabilité importante : Si la moyenne globale par item est de 1.76, cette moyenne varie, en fonction des items considérés, de 0.43 (par exemple item « Lésions auto-infligées non accidentelles » ou item « Troubles liés à la consommation de drogues ou d'alcool ») à 3.29 (item « Troubles liés à l'humeur dépressive »).

Sur le plan symptomatique, tous les patients ont des problèmes sévères de dépression et/ou d'autres troubles mentaux non psychotiques. Deux personnes présentent des délires et hallucinations à un degré sévère. Des problèmes physiques sévères sont présents chez presque tous ces patients (5/7), ce qui contraste avec les patients habituels de psychiatrie adulte.

Les problèmes comportementaux sévères (« comportement hyperactif, agressif, perturbateur ou agité », « lésions auto-infligées » et « troubles liés à la consommation de drogues ou d'alcool ») sont présents chez deux patients. Un patient présente un problème d'auto-agression ayant un impact important sur son fonctionnement, un autre un problème sévère de consommation d'alcool.

4) Evaluation des besoins (CAN/DIABAL)²

L'utilisation du DIABAL permet une évaluation des difficultés ou déficits selon le patient mais aussi selon le soignant. Cet instrument mesure en outre le degré d'intervention professionnelle et l'ajustement entre le besoin subjectif exprimé par le patient et l'intervention effective.

Pour les sept patients considérés, le score global du DIABAL au moment de l'évaluation initiale, est de 24.5% du score maximum (le 100% correspondant à des difficultés ou déficits majeurs pour tous les items). Les difficultés ou déficits sont présents selon les patients au niveau des items « relations sociales » (65%), « activité professionnelle / occupationnelle » (57%), « santé psychologique » et « relation sentimentale » (52%). « La santé physique » et « l'entretien du ménage » (38%) sont légèrement moins problématiques. Les aspects les moins problématiques concernent les items « consommation de drogues et abus de médicaments »,

² Pour évaluer l'opinion des usagers et du personnel quant aux besoins et à l'aide reçue, nous avons initialement utilisé l'échelle d'évaluation des besoins de « Camberwell Assessment of Needs (CAN). Cette échelle comporte 22 items. Cet outil nous semblant insatisfaisant dans le cadre de cette étude, il a été remplacé pour les quatre derniers patients inclus par le DIABAL (échelle lausannoise d'évaluation des difficultés, des interventions et de l'ajustement au besoin d'aide des patients psychiatriques chroniques). Adapté de l'échelle d'évaluation des besoins de Camberwell, ce questionnaire comprend 25 items correspondant aux différents aspects de la vie quotidienne. Pour permettre des comparaisons, il a été nécessaire de supprimer plusieurs items et d'adapter les scores.

« consommation d'alcool », « accès aux aides sociales » et les connaissances de base « lecture, écriture et arithmétique de base ».

Au niveau individuel, les scores varient de 12% à 32%.

L'évaluation des difficultés et déficits réalisée par les soignants de l'ATP signale globalement un peu plus de difficultés ou déficits chez leurs patients. Le score global est de 26% (c'est à dire 115 points sur un maximum possible de 441). L'évaluation réalisée par les soignants confirme les difficultés ou déficits exprimés par les patients dans les items « activité professionnelle / occupationnelle », « santé psychologique » et « relations sociales ». Par contre, ils notent plus de difficultés que les patients dans les domaines tels que « l'alimentation » (52% pour les soignants, 28% pour les patients), la « santé physique » (57% et 38%) et les « relations sentimentales » (67% et 52%).

Pour les soignants, les interventions professionnelles ont lieu dans les domaines signalés préalablement comme difficiles. Il s'agit des items « activité professionnelle ou occupationnelle » (14/21), « relations sociales » (16/21), « santé psychologique » et « santé physique » (67%). Les interventions dans les items « sécurité personnelle » et des « relations sentimentales » (43% chacun) sont également d'importance, mais à un moindre niveau.

La quatrième partie du DIABAL interroge la perception des patients sur l'adéquation entre leurs difficultés/déficits et les ressources mises en jeu par les professionnels de l'ATP. Cette adéquation est relativement bonne pour la plupart des items. Pour les patients, des interventions supplémentaires sont nécessaires essentiellement dans les domaines signalés préalablement comme difficiles ou déficitaires par les patients comme par les soignants. Il s'agit des items « activité professionnelle/occupationnelle » (+ 5 points sur un total maximum de 21 points), « santé psychologique » (+ 4 points) et l'item « relation sentimentale » (+ 4 points). L'item « connaissance des troubles et de leur traitement » est signalé comme moyennement déficitaire par les patients (33%) et les soignants (24%). Les patients (4 patients /7) souhaiteraient légèrement plus d'interventions professionnelles.

5) Santé perçue (BASIS 32 et Satisfaction des domaines de la vie - ESDV).

Cette partie décrit l'impact subjectif des problèmes exprimés par les patients à partir de deux échelles, le BASIS 32 qui décrit les problèmes ou domaines d'activités dans lesquels les patients peuvent avoir du mal à fonctionner et l'Echelle de satisfaction des domaines de la vie (ESDV) qui mesure la qualité de vie.

a) BASIS 32

Le score global total du BASIS 32 à T0 est de 34% du score maximum (100% serait une perception par les patients de problèmes maximums dans tous les domaines).

Les axes signalés comme les plus problématiques sont « la relation à soi et aux autres » (46%), « la dépression/anxiété » (45%) et la « vie quotidienne » (37%). Les « comportements impulsifs et addictifs » (17%), de même que les « éléments psychotiques » (9%) sont par contre peu cités.

Les items les plus problématiques sont « se sentir satisfait de sa vie » (moyenne de l'item : 2.86), « l'isolement et le sentiment d'être seul » (moyenne : 2.71), « la dépression, le manque d'espoir » (moyenne : 2.57), « avoir des buts ou une direction dans la vie » (moyenne : 2.29), « reconnaître et exprimer ses émotions de façon appropriée » (moyenne : 2.14) et « être réaliste à propos de soi-même et des autres » (moyenne : 2). Tous ces items correspondent à « plus ou moins » voire « pas mal de difficultés ».

Si la moyenne par patient se situe à 37% (soit 4,7 points sur maximum possible de 128), cette évaluation présente une grande variabilité suivant les patients. Les scores individuels globaux varient en effet de 13,3% à 48,2%. Exprimé en point, cette moyenne par item varie donc de 0.53 (patient 007) à 2.53 (patient 002).

b) Echelle de satisfaction des domaines de la vie (ESDV)

Des 19 items retenus³ de l'échelle de satisfaction des domaines de la vie, le score par patient varie entre 42% et 60%, c'est à dire entre 60 et 85 points sur un maximum possible de 133 (« très grande satisfaction »).

L'item « La vie sentimentale » est largement signalé comme étant très problématique (16% soit 8 points sur un maximum possible de 49 correspondant à une très grande satisfaction). Il précède d'autres domaines comme

³ Compte tenu qu'un item (gens avec qui vous vivez) n'a concerné que deux personnes pour l'évaluation initiale (T0) et une personne pour la seconde évaluation (T1), il n'a pas été pris en compte pour cette analyse.

« la vie en général » (39%), « la confiance en soi »(43%), « les divertissements »(45%), « la santé »(45%), « la situation financière » (47%) et « l'occupation du temps libre »(49%) qui sont décrits comme peu satisfaisant. A l'inverse, « l'endroit de vie »(80%), « le quartier » (78%), « les relations avec la famille » (65%), « les responsabilités » (65%) et « la liberté » (61%) sont perçus comme satisfaisants.

Au niveau individuel, les scores globaux évoluent entre 45.1% et 60.2% (soit 60 points à 85 points sur un maximum possible de 133 points correspondant à une « très grande satisfaction » pour tous les items).

B) Evolution durant l'intervention

Comme déjà évoqué dans la partie A, les résultats présentés ici seront beaucoup plus descriptifs qu'analytiques. Le nombre d'observation ne permettant pas de mettre en évidence des différences significatives, les résultats doivent donc être tenu pour relatifs.

1) Evolution des problèmes (HoNOS)

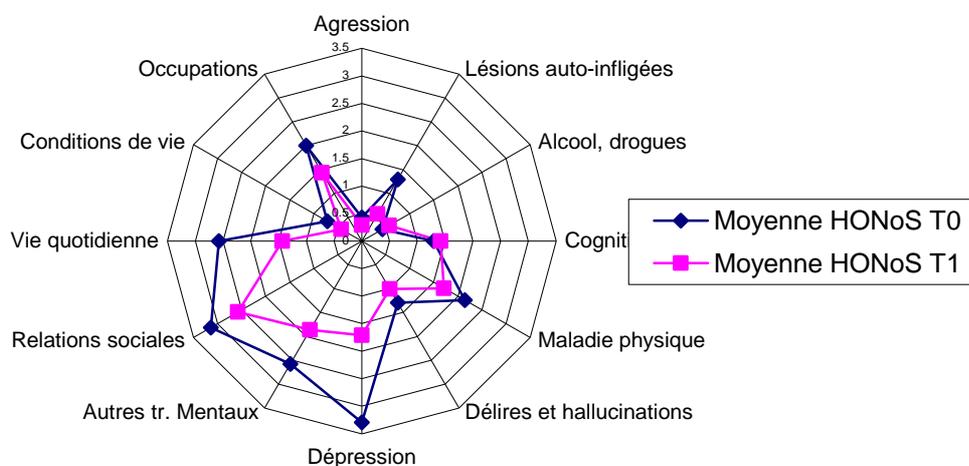
L'évaluation globale du HoNOS réalisée par les soignants de l'ATP montre que les patients souffrent légèrement moins de difficultés au moment de la deuxième évaluation. Le score global est passé de 148 points à 105 points soit 31,2 % du score maximum. (Rappelons que le 100% signale des problèmes graves à très graves pour tous les items de l'échelle). Par rapport à l'évaluation initiale, on peut noter une amélioration globale du HoNOS de 29%. Le score moyen par item est passé de 1.76 à 1.25.

L'analyse par sections nous montre que les problèmes les plus importants concernent toujours, mais à un moindre niveau de gravité, les domaine sociaux (41 points une moyenne par patient de 1.46) et les symptômes (32 points soit une moyenne par patient de 1.52). Le domaines « handicap » reste encore problématique (22 points soit une moyenne par patient de 1.57). Le domaine « comportement » représentent encore le domaine le moins problématique (10 points et une moyenne par patient de 0.48).

Les domaines « symptômes » (36% d'amélioration), « comportement » (33%) et « problèmes sociaux » (30% d'amélioration) évoluent favorablement, comme celui du « handicap » qui évolue moins rapidement (8%).

L'analyse par items (voir Figure II ci-dessous) montre que les problèmes les plus importants concernent toujours « les problèmes pour établir des relations sociales significatives » (moyenne par patient de 2.57), les « autres troubles mentaux et comportementaux » (moyenne par patient de 1.86), les « troubles associés à une maladie physique ou un handicap» et les « troubles liés à l'humeur dépressive » (1.71). Les items « problèmes liés aux activités de la vie quotidienne », « problèmes liés à l'occupation et aux activités » et les « troubles cognitifs » restent encore relativement problématiques (moyenne par patient de 1.43).

Figure II : Profil des problèmes des sept patients selon HoNOS à T0 et T1



L'amélioration entre les deux périodes d'évaluation est importante pour les items « Troubles liés à l'humeur dépressive » (47% d'amélioration), « Problèmes liés aux activités de la vie quotidienne » (44% d'amélioration).

Elle reste importante mais à un moindre niveau pour les items « Autres troubles mentaux » (27% d'amélioration), « Problèmes pour établir des relations sociales » (amélioration de 18%) et l'item « Problèmes liés à l'occupation et aux activités » (amélioration de 28%).

Deux items (« Troubles liés à la consommation de drogues ou d'alcool » et « Troubles cognitifs ») se sont légèrement péjorés entre les évaluations (péjoration de 25% et de 10%).

Comme pour l'évaluation initiale, l'évaluation à T1 montre une certaine disparité entre les patients. A T1, la moyenne par patient par item s'échelonne entre 1 et 1.67.

Un patient reste avec un score identique (une moyenne par item de 1.17). Pour les autres patients, le HoNOS évolue favorablement. L'amélioration varie de 13% à 37% selon les patients.

2) Evolution des besoins (CAN/DIABAL)

Lors de la deuxième évaluation, le DIABAL montre globalement une amélioration légère des difficultés. Pourtant, l'analyse des résultats montre que l'évolution globalement positive doit être tempérée en fonction des domaines ou à un niveau individuel

Selon les patients, les scores à T1 varient entre 16% et 30% (rappelons ici que le 100% correspondrait à des difficultés majeures pour tous les items). Les patients signalent une amélioration globale des difficultés de l'ordre de 16%.

Cinq patients notent une amélioration globale de leur état. Cette amélioration varie de 13% à 33% selon les patients. Un patient obtient le même score (relativement élevé) que lors de l'évaluation initiale (30%). Enfin, un patient signale une aggravation de son état (-50%).

En général, ils notent toujours de grandes difficultés dans de nombreux domaines comme ceux des « relations sentimentales » (62%), les « relations sociales » (57%), l'« activité professionnelle / occupationnelle » (52%), la « santé psychologique » (42%) et la « santé physique » (38%). L'évolution par rapport à la première évaluation reste en général très modérée dans beaucoup de domaines dans lesquels les patients expriment des difficultés (« activité professionnelle / occupationnelle », « santé psychologique », « relations sociales ») comme dans ceux qui sont moins problématiques.

Les patients ne notent pas de modifications à propos de leur « santé physique » mais signalent au contraire une légère aggravation quant à leurs « relations sentimentales » (-15%).

Les soignants notent une évolution globale de 13% (100 points à T1 pour 115 points à T0). Ils confirment encore les domaines signalés par les patients comme étant difficiles ou déficitaires (« relations sociales », « santé physique », « santé psychologique » et « relations sentimentales ») et notent une très légère amélioration. Le domaine de l'« activité professionnelle / occupationnelle », signalé lors de l'évaluation initiale comme fortement problématique (57%) se péjore encore légèrement (62%).

« L'alimentation », moins cité par les patients, reste encore aux yeux des soignants comme un domaine relativement déficitaire (43%).

Le degré d'intervention professionnelle reste toujours important et ne baisse que de 5% (110 points à T0, 104 points à T1). Le degré d'intervention professionnelle est important dans principalement cinq domaines que sont les « relations sentimentales » (81% à T1), les « relations sociales » (80%), l'« activité professionnelle / occupationnelle » (71%), la « santé psychologique » (52%), la « santé physique » (38%). L'intervention professionnelle reste également nécessaire dans d'autres domaines tels que « la sécurité personnelle » (33%) et « l'hygiène personnelle » (29%).

Pour les patients, la perception de l'adéquation des ressources évolue favorablement (37% d'amélioration soit 12 points en moins).

Les domaines qui nécessiteraient plus d'interventions sont les domaines « relations sentimentales » (+3 sur un maximum possible de 21) et l'« entretien du ménage » (+3), avant « l'alimentation », la « sécurité personnelle », les « relations sociales » et celui des « connaissances des troubles et de leur traitement » (+2).

Tous les patients aimeraient un peu plus d'intervention mais à des degrés différents (entre +1 et +5 points). Les interventions professionnelles restent néanmoins insuffisantes (+4 et plus) pour trois patients.

Si aucune intervention n'est jugée comme « nettement inférieure au besoin subjectif d'aide » (cotée +2 dans le questionnaire), les patients souhaiteraient néanmoins légèrement plus d'interventions professionnelles dans les

domaines des « relations sentimentales » (3 patients), des « relations sociales » (2 patients) et de l' « entretien du ménage » (3 patients).

Des sept patients, un seul souhaitait globalement, lors de la deuxième évaluation, plus d'intervention que lors de l'évaluation initiale.

3) Evolution subjective de la santé perçue et de la qualité de vie (BASIS 32 et ESDV)

a) L'Echelle de Satisfaction des Domaines de la Vie (ESDV)

A T1, le pourcentage de satisfaction moyen de l'ESDV est de 60% (588 points/ maximum possible de 931 points). Il s'améliore de 26% entre les deux périodes, passant de 52% à 60% de satisfaction.

Les domaines particulièrement satisfaisants sont encore liés au quartier («endroit de vie », « quartier », « commodités du quartier ») et aux « responsabilités » qui sont laissées aux patients.

Certains domaines comme la « relation avec la famille » se sont légèrement dégradés (-12%).

Par patient, le pourcentage de satisfaction à T1 varie de 45% à 72%. On note en général une amélioration de la satisfaction (entre 7 et 52% d'amélioration). Un patient est néanmoins moins satisfait de sa vie lors de la deuxième évaluation (- 11% de sa satisfaction).

b) Le BASIS 32

Pour la deuxième évaluation, le BASIS 32 montre une amélioration des problèmes de 26%, le score total passant de 306 points à 225 points, soit un pourcentage d'insatisfaction qui est passé de 34% à 25%.

L'analyse par domaine montre que sur les cinq axes auxquels se réfère l'échelle, 4 axes évoluent favorablement (amélioration entre 24% et 33% selon les axes) (voir Tableau. 2 ci-dessous); cette tendance ne reste pas statistiquement significative après correction de Bonferoni pour comparaisons multiples. Seul l'axe « Eléments psychotiques » s'est péjoré entre les deux évaluations (péjoration de 19%). L'analyse par item montre que la plupart des items se sont améliorés. Les items « l'isolement ou le sentiment d'être seul » et « vous sentir satisfait de votre vie » restent encore, malgré leur amélioration, encore problématique. L'analyse selon les patients montre encore de grandes différences. Le score par patient à T1 varie, de 20 points pour le plus satisfait (soit 16% « d'insatisfaction ») à 57 points (45%) pour le moins satisfait..

Tableau 2: Test statistiques avec les cinq axes du BASIS et « item 16 »de l'ESDV

		Pourcentage meilleur score		Test Wilcoxon
		T0	T1	
Paire 1	Relation à soi et aux autres	13.1	10	0.07*
Paire 2	Vie quotidienne	13.3	8.9	0.03*
Paire 3	Dépression, anxiété	10.9	7.7	0.03*
Paire4	Comportements impulsifs et addictifs	4.1	2.9	0.20*
Paire 5	Eléments psychotiques	2.3	2.7	0.18*
Paire 6	Total BASIS	43.7	32.1	0.04*
Paire 7	Dsvt BASIS total	73	84	0.06*
Paire 8	DVST item 16 ESDV	2.7	3.7	0.66

* Non significatif après correction de Bonferoni pour comparaisons multiples

C) Analyse des coûts selon CSSRI-EU et coûts des prestations ATP

Cette évaluation prend en compte, d'une part 1) l'utilisation des services de santé trois mois avant et après l'intervention (voir annexe 1) et, d'autre part, 2) les coûts des prestations ATP par patient sur une période de 3 mois.(annexe 2).

1) Durée des interventions

Pour les sept patients inclus, l'ATP n'est pas limité dans le temps. Il s'agit dans tous les cas d'intervention de plus de trois mois, avec une perspective à long terme.

2) Evaluation de l'utilisation des services de santé (CSSRI-EU)

Cette évaluation a été réalisée à partir de la partie « Prestations reçues » du questionnaire CSSRI-EU. L'ATP ne semble pas diminuer l'utilisation des services de santé telle qu'elle l'était avant l'intervention. Au contraire, l'utilisation de ressources apparaît plus importante ou équivalente. L'intervention elle-même s'ajoute aux autres prestations antérieures, mais ne les remplace pas. Une patiente, qui avait été hospitalisée en psychiatrie aiguë (76 jours) dans les trois mois précédant l'entretien a été réhospitalisée (87 jours) pendant la prise en charge à l'ATP et a continué à fréquenter l'ATP depuis l'hôpital. L'utilisation des centres communautaires en santé mentale a été globalement légèrement accrue. Si le temps d'intervention avec les médecins psychiatres ou avec les infirmières des CMS a légèrement diminué, l'utilisation des centres de soins de jours, des travailleurs sociaux et des aides et soins à domicile s'est par contre accrue.

3) Coûts des prestations ATP⁴

a) Le temps consacré aux patients

L'évaluation du temps consacré aux patients sur une période de 3 mois montre une légère différence entre intervenants spécialisés et intervenants auxiliaires. Sur les 313 heures répertoriées (équivalent à 1251 $\frac{1}{4}$ d'heures), plus de la moitié (58%) sont réalisées par les intervenants auxiliaires (voir tableau Utilisation des services en annexe).

Les intervenants spécialisés consacrent une grande partie du temps avec les patients au soutien personnel (7% de leur temps), aux activités sportives (34%) et à l'encadrement (14%). L'évaluation, la coordination et l'administration ne représentent qu'une part peu importante du temps consacré aux patients. Les intervenants auxiliaires interviennent essentiellement autour des activités (98% du temps des intervenants auxiliaires). Ces activités sont sportives (32%), socioculturelles (31%) ou artistiques (17%).

L'évaluation par patient montre des variations importantes. Trois patients ont ainsi utilisé les $\frac{2}{3}$ du temps total consacrés aux sept patients de l'ATP.

Certains ont passé une plus grande partie de leur temps à l'ATP avec des intervenants auxiliaires. C'est le cas pour deux patients qui ont passé quatre fois plus de leur temps avec les intervenants auxiliaires qu'avec des intervenants spécialisés. A l'inverse, pour trois patients, le temps passé avec les intervenants spécialisés représente globalement $\frac{2}{3}$ du temps passé à l'ATP.

b) Les coûts⁵

Contrairement à l'évaluation du temps, les coûts sont légèrement plus équilibrés entre les deux catégories d'intervenants. Des 10339 CHF facturés pour la période étudiée, les coûts relatifs aux interventions du personnel spécialisé s'élèvent à 5535 CHF soit 54% du montant total. Mais là encore, nous pouvons observer certaines disparités en fonction des patients. Pour 5 des 7 patients, le coût consacré aux interventions avec les intervenants spécialisés est plus important que celui concernant les intervenants auxiliaires. Le pourcentage varie selon les patients entre 76% et 58% du coût total. A l'inverse, pour 2 patients, les coûts facturés pour les interventions avec le personnel auxiliaire sont plus importants. Les pourcentages sont respectivement de 70% et 66% du coût total.

L'évaluation des prestations facturées par patient montre encore une certaine hétérogénéité. Pour trois patients, les prestations facturées représentent 65% du total des coûts, soit environ 20% par patient, quand les quatre autres patients, les prestations facturées s'élèvent à 10% environ par patient.

Une analyse suivant les différents postes budgétaires montre que les activités représentent le coût le plus important. Il peut s'agir des activités réalisées en présence d'un intervenant spécialisé (comme par exemple le groupe préparation au week-end) ou d'un intervenant auxiliaire.

⁴ L'évaluation des prestations ATP a été réalisée à partir des données fournies par l'ATP. Ces données couvrent les mois de juillet 2003 à février 2004. Réalisée pour chaque patient sur une durée de 3 mois, elle a tenu compte des dates d'admission à l'ATP.

⁵ Pour la phase d'expérimentation, le réseau ARCOS a défini en accord avec le foyer de La Borde un système simple de tarification des prestations effectuées. Cette tarification repose sur la base d'un coût horaire moyen par type de professionnels impliqués. Elle ne prend pas en compte les coûts complets de l'activité et ne doit donc pas être considérée comme une base de tarification définitive ou applicable à d'autres contextes et établissements qui seraient amenés à développer des activités d'Accueil Temporaire Psychiatrique. Voir à cet effet le document Projet 3.2, daté du 8 avril 2003, relatif à l'Accueil Temporaire Psychiatrique (ATP).

D) Entretiens qualitatifs

Les entretiens qualitatifs ont été réalisés entre le mois de septembre 2003 et avril 2004. Ils ont été effectués auprès des patients eux-mêmes, du personnel soignant de l'ATP, des membres de la famille ou de proches et des différents professionnels du réseau de santé impliqués dans le suivi ambulatoire après au moins 3 mois de suivi à l'ATP. Ces différents entretiens et/ou contacts ont été faits après information et accord du patient qui pouvait nommer les personnes qu'il désirait voir interviewer.

Cette synthèse reprend l'analyse de la grille d'entretien semi-structuré (outil commun pour chaque groupe) qui questionnait 1) les objectifs du patient en venant à l'ATP, 2) ce qui a été particulièrement apprécié et 3) ce qui pourrait être amélioré dans les services offerts par l'ATP.

1) Point de vue des patients

Des entretiens réalisés auprès des patients, quatre objectifs ressortent de l'analyse. Ils traitent :

1) du développement de contacts sociaux (« *Développer mes contacts sociaux* », « *enrichir ma vie* », « *rencontrer des gens* »)

2) des activités proposées (« *s'occuper pendant la journée* », « *Avoir une occupation, des activités dans la journée* », « *Etre stimulée dans les activités, travail sur les activités* », « *Me stimuler à prendre soin de moi en participant à une activité* », « *Me mobiliser, retrouver un but, quelque chose à faire (quelque chose d'agréable...)* »),

3) du soutien des professionnels pendant le temps de présence à l'ATP (« *être renforcée psychologiquement à travers les entretiens* », « *Trouver de l'aide* »),

4) du partage avec d'autres patients (« *surtout pouvoir rencontrer des gens de mon âge, avec des situations comparables* », « *avoir des discussions, des conseils par rapport à la maladie, les finances* », « *Croiser du monde qui comprenne mes difficultés* », « *Partager avec les autres patients nos vécus* ».)

Les patients apprécient d'abord le personnel, qu'il s'agisse des infirmières (« *Les infirmières : bons rapports avec elles* », « *beaucoup de compréhension avec Patricia* », « *Caroline, je sens que je peux compter dessus* ».) ou des animateurs (« *Jeunesse, dynamisme, sourire, sentiment d'être agréée* », « *aimée* », « *Personnel sympathique* »).

Ils jugent aussi favorablement les activités proposées (« *activité fitness et stretching* », « *activité goûter* », « *faire la cuisine* », « *jouer aux échecs* », « *peinture* », « *atelier séduction* », « *atelier poésie* » « *groupe week-end* »), les sorties (« *Musée de l'Elysée* »), les entretiens de soutien (« *Les entretiens avec mon infirmière référente* », « *Je me sens à l'aise, bien. Je sens que j'ai besoin d'être ici* », « *je ne me sens pas critiquée, pas jugée* », « *Je me suis sentie soutenue par les personnel* ») et le contact avec d'autres personnes (« *Les encouragements des autres patients dans les activités* », « *Les discussions entre patients* », « *Avoir pu rencontrer des gens* »).

Concernant l'amélioration des services proposés, sur les sept personnes interrogées, une personne ne trouve au moment de l'entretien rien à améliorer (« *pas pour le moment, rien qui me vient* »).

Pour les six autres patients, les points à améliorer ont trait :

1) à l'accessibilité, soit de l'ATP (« *Accessibilité difficile depuis chez moi jusqu'à La Borde (Train, Bus). Cela me prend environ 1 heure (aller) pour une activité de 2h30 environ* »), soit à une activité (« *J'aimerais aller au cours de « Séduction » mais je n'ai pu le faire car était en même temps que le groupe « Estime de soi* ». Deux autres patients aimeraient pouvoir bénéficier d'un choix d'activités plus large (« *Un choix d'activités plus large mais quoi ?* », « *activités le week-end ou le soir* »).

2) à l'occupation. 3 patients souhaiteraient une meilleure occupation du temps passé à l'ATP (« *l'occupation du temps de présencecela d'autant plus que le temps de trajet est long* »).

3) à l'accompagnement psychologique : Deux patients souhaiteraient qu'il y ait soit plus d'entretiens personnels (« *avoir plus d'entretiens personnels avec l'infirmière référente : conseils, soutien, information au traitement* »), une que la durée des entretiens soit plus long (« *J'aimerais avoir plus de 50 minutes d'entretien* »). Une personne aurait aimé avoir plus de soutien dans de l'ATP dans la recherche d'un groupe de parole autour de l'automutilation.

De même, l'ambiance générale, l'équilibre entre les gens venant de l'extérieur et ceux venant de la pension La Borde sont cités par deux personnes comme pouvant être amélioré (« *J'ai préféré les activités dans lesquelles il n'y avait pas les patients du foyer. (les problèmes sont différents entre la vie dans un foyer et la vie dans un appartement)* ». Enfin, la qualité de la cuisine, le manque de chauffage dans les locaux, le mélange Homme/Femme pour certaines activités comme le groupe « Soins personnels » (« *Difficile pour moi d'utiliser ce*

matérielHygiène ? ») et l'âge des animateurs (« *Jeunesse des stagiaires qui manquent d'expérience et de savoir-faire avec les patientes pour cette activité « soins personnels »* ») ont été cités une fois comme pouvant être amélioré.

2) Point de vue du réseau familial

Des sept patients inclus dans cette évaluation, seuls quatre d'entre eux nous ont donné leur accord pour prendre contact avec leur famille et/ou un proche. Pour ceux qui ont refusé ce contact auprès de leur famille et/ou proche, les motifs du refus, quand ils étaient exprimés, étaient liés à l'éloignement géographique de la famille et un contexte de séparation parentale. Les frères, les sœurs comme les voisins et amis (à l'exception d'un cas) n'ont jamais été choisis par les patients pour répondre à nos questions.

Des personnes contactées (6), deux (1 mère, 1 amie) ont été incapables de répondre à nos questions car n'avaient pas revu la personne depuis plusieurs mois. Une personne n'a pas souhaité nous répondre, souhaitant prendre ses distances avec son ex-conjointe.

Finalement, nous n'avons pu interroger les membres de la famille (deux mères et un père) que pour trois d'entre elles.

Ces personnes interrogées ne sont pas vraiment au courant des objectifs de l'ATP. S'ils ont du mal à répondre sur les attentes qu'ils pouvaient avoir pour leur parent (« *Je ne suis pas vraiment au courant* », « *Je n'ai pas de détails sur les buts de sa participation* », « *difficile pour moi de répondre, je n'ai pas d'attentes particulières* »), deux notent néanmoins que l'impact du programme thérapeutique est positif avec une amélioration dans le comportement (« *Il/elle est beaucoup mieux maintenant, a plus de goût à vivre, est mieux en lui-même, dans sa peau, dans sa tête* », « *Je trouve qu'il y a une amélioration, est plus ouvert(e), vient plus facilement vers moi* », « *Est bien dans la réalité des choses, moins nerveux. Gros progrès sur le plan psychiatrique* »). Une personne, n'ayant pas d'information de sa/son fille/fils, ne peut répondre à cette question.

Concernant l'amélioration des services, une personne ne trouve « *rien de particulier* » à améliorer. Une autre souhaiterait voir son fils « *être encore plus occupé car se complait dans son invalidité, en attendant d'avoir une formation avec l'AI* ».

Une mère évoquera l'évaluation initiale et son sentiment que, compte tenu de l'état psychique de sa fille (« *Dans l'état dans lequel elle était, (trop décompensée, très dispersée, elle ne pouvait pas tenir ses horaires et profiter à 100% du programme. Avait encore beaucoup besoin du personnel soignant* »).

3) Point de vue du réseau professionnel

Après obtention du consentement du patient pour interroger les professionnels externes à l'ATP, nous avons pu interviewer par téléphone les infirmières des CMS (6), les psychiatres et/ou psychologues traitants (6) et deux assistantes sociales soit 14 personnes.

Concernant le réseau professionnel extérieur, les attentes étaient de différents ordres selon le/la patient(e) impliqué(e). Néanmoins, certains éléments, que l'on pourrait qualifier de psycho-sociaux, ressortent de l'analyse. Il peut s'agir de :

- Sortir de chez soi (« *sortir régulièrement de chez elle* » ; « *qu'il sorte de chez lui, rencontrer du monde* », « *Voir du monde, faire connaissance avec d'autres personnes* » « *Sortir plus de chez elle car très solitaire* »),
- d'occupation du temps (« *le faire se lever et aller à l'ATP* » ; « *travailler les loisirs* », « *remise en activité* », « *d'occupation dans la journée* »),
- de structuration du temps (« *avoir une activité régulière* » ; « *structurer son temps; lui faire prendre un rythme* », « *lui redonner un cadre* », « *structurer son temps* »).

La notion de plaisir et de soutien en dehors d'un cadre hospitalier sont également présents mais de façon moins nettes (« *Relancer le pôle Stimulation / Plaisir / Maîtrise* ») (« *Ancrer M/Mme X. en ville de Lausanne* », « *La soutenir dans sa recherche d'appartement* », « *Décrocher de l'atelier peinture du CES* »).

Plusieurs intervenants ont fait état qu'ils ont été pas ou peu informés avant l'inscription de leur patient au programme ATP (« *Ce n'est pas moi qui l'ai inscrite à ce programme. Je n'ai rien demandé* », « *C'est le CMS qui a organisé le passage de M/Mme Y à l'ATP* », « *Je n'ai été informé qu'après son inscription à l'ATP...* »).

Pourtant, ils reconnaissent « une démarche adéquate », « une adhésion au programme malgré ma méfiance (craintes de surstimulations) ».

Bien que n'ayant pas ou peu fait le point avec le patient ou avec les soignants de l'ATP sur le programme suivi, les professionnels interrogés notent en général dans le comportement des patients un impact positif dû à leur participation au programme.

Il peut s'agir:

- une amélioration dans les activités de base (« a une meilleure hygiène personnelle »; « essaie de ranger, de réparer son appartement »), une meilleure présence (« est plus présente dans les entretiens »),
- une bonne évolution générale (« plus d'horaire fixe; a pris des contacts avec d'autres personnes, des anciens amis d'école »; « prises d'initiative; satisfait de son évolution: va démarrer une activité occupationnelle à la garderie du Graap », « La patiente a plus d'autonomie », « Petite évolution (lente) mais beaux résultats (3 activités / semaine », « A trouvé un moyen pour passer une partie du temps à l'extérieur et rompre sa solitude malgré une famille difficile »).

Il peut s'agir encore

- d'une amélioration de l'humeur (« moins triste, baisse de ses angoisses et de sa dépression; plus souriante, plus d'intérêts; est plus positif; se projette plus dans l'avenir », « Melle Z. s'est améliorée (moral, ouverture vers l'extérieur »),
- d'une meilleure collaboration (« relation plus dynamique; semble compliant, collaborante avec les propositions », « bonne insertion en dehors de la famille. A pu redécouvrir certaines choses, se stimuler, rentrer en contact, tolérer d'autres milieux », « S'ouvre plus avec le personnel »).

Pour eux, les patients apprécient les activités (« M. X. a trouvé du plaisir avec l'atelier « Affirmation de soi, il y va régulièrement », « semble apprécier », « L'ATP est bien présent dans ses références, ses repères ». Deux intervenantes interrogées soulignent néanmoins la difficulté de savoir avec précision pourquoi un patient va mieux (« Difficile de dire ce qui fait de l'effet car a en plus une thérapie de groupe tous les mercredis, cela en plus de son suivi individuel », « M.W s'est amélioré mais difficile de dire grâce à quoi (cellule de prière, GRAAP... ?).

Les intervenants extérieurs apprécient cette structure ou bien encore les personnes qui y travaillent. Ils notent les capacités de l'ATP dans le soutien aux patients (« Capacité de l'ATP à soutenir la patiente »), la qualité du personnel soignant quant à leurs compétences et leurs prises d'initiative (« Qualité des contacts entre les intervenants (Patiente/ ATP, Intervenants hospitaliers/ ATP », « Contact avec l'infirmière (Patricia) de l'ATP par rapport à son état dépressif et l'introduction éventuelle d'un antidépresseur (ce qui était bien car le patient refusait jusque là ! », « La collaboration avec Caroline Gigon (écoute, participation au réseau, compétences cliniques, communication », « Contact Caroline Gigon au début de la prise en charge »).

Deux médecins soulignent l'importance de cette structure. (« Je trouve cette structure vraiment bien et vitale en ville pour les patients qui auraient tendance à s'accrocher à Cery et à ses offres en soins », « Appoint adéquat. On a besoin. C'est très bien qu'il y ait des structures comme cela »). Un autre médecin traitant évoque la situation d'une patiente pour qui le projet de vie dans un appartement a du être remis en question durant la prise en charge de l'ATP et le rôle de l'ATP dans cette évaluation (« Capacité de l'ATP à mettre en éclairage les limites de Mme P. pour la période considérée »).

En ce qui concerne ce qui pourrait être amélioré, quatre personnes interrogées trouvent difficile de répondre étant donné leur manque d'informations (« Difficile de répondre, ne parle pas de l'ATP pendant les entretiens »; « Ne peux y répondre, pas de feedback précis pour l'instant », « Je ne connaît pas assez l'ATP. Pas de critiques... », « Pas assez de contacts avec l'ATP »).

Une personne pense qu'il ne faut rien changer (« Rien à changer, son programme thérapeutique a été modifié deux fois depuis son arrivée à l'ATP ». Une autre est satisfaite et trouve que « les choses se passent bien, sont satisfaisantes, la patiente ne se plaint pas »).

Quelques critiques ont pu néanmoins être formulées. Elles concernent essentiellement un manque d'information et de communication au sein du réseau (« Une suggestion peut être: d'être informé avant l'inscription... »; « Le lien insuffisant entre l'ATP et moi-même.. J'y ai ma part de responsabilité ») et les activités proposées, qu'il s'agisse d'une augmentation des activités ou d'activités qui ne correspondraient pas ou plus au patient (« L'atelier « soins personnels » ne correspondait peut être pas aux besoins de la patiente mais pour des patients qui auraient besoin de travailler l'image de soi »; « L'offre en soins proposée par l'ATP semble plutôt adaptée à

des patients jeunes. » ; « Un épisode de stimulations excessives ? (Proposition de l'infirmière de créer un groupe pour patients). Cela a généré une augmentation de ses angoisses ».

D'autres critiques plus individuelles sont encore citées. L'une d'entre elle à trait à la sectorisation et au problème de distance entre le domicile et l'ATP (« Avec la sectorisation, Oron dépend de Lausanne »)..

« Le mélange entre patients de l'ATP et ceux de La Borde (plus à caractère psychiatrique) » est cité par une personne comme problématique. Enfin, « le respect du règlement » a aussi questionné un intervenant extérieur (« A un petit chien. Avait arrêté/ne voulait plus aller à l'ATP car refus de l'ATP de le prendre. Règlement rigide sur un point mais le reste est adéquat »).

4) Point de vue des soignants de l'ATP⁶

Les attentes des soignants de l'ATP reprennent les objectifs et attentes des autres parties du réseau (patients, familles et/ou amis, professionnels). Le développement des aspects sociaux (« Augmentation des activités sociales pour le sortir de son isolement » ; « Augmentation de ses compétences sociales »), la mise en place d'un programme structurant (« Qu'elle puisse s'inscrire dans un programme d'activités régulières »), de même que la gestion des émotions, la recherche de plaisir (« retrouver du plaisir par des relations sociales éventuelles ») et l'amélioration de l'image de soi sont cités par les soignants.

Ils apprécient l'engagement des patients dans leurs activités (« L'engagement de la patiente - régularité, augmentation de ses activités, efforts pour parler d'elle » ; « Vient aux activités même quand elle ne va pas bien alors qu'avant, elle ne serait pas venue », la mise en place du lien de confiance (« La création du lien de confiance avec la patiente compte tenu de son tableau clinique ») comme l'évolution des patients observable dans le cadre de la participation aux activités proposées (« Bonne avance par rapport aux objectifs fixés, travail sur estime de soi, sur son isolement social, qui a diminué »)

Ils signalent des difficultés dans plusieurs domaines : (1) la collaboration avec le réseau, (2) la limitation du champ d'activité (3) les contraintes et les incertitudes liées aux modifications du financement de l'ATP.

Les échanges avec les familles mériteraient d'être développés (« Besoin d'intensifier les liens avec le réseau familial, dans les limites d'acceptation de la patiente »). La collaboration avec les CMS (« Collaboration avec CMS déficitaire, insuffisante de part et d'autre ») a été ressentie au départ comme insatisfaisante. Les règles de collaboration instaurées entre les CMS et l'ATP limitent le champ d'activités (en particulier dans le domaine de l'information sur la médication). Les incertitudes concernant le plan du financement et sa pérennité ont perturbé le recrutement des patients et accru la charge de travail administrative.

5) Limitations

Compte tenu du faible nombre de participants, les résultats de l'analyse quantitative ne peuvent être généralisés. Les résultats de l'analyse qualitative sont également limités par le peu de contacts établis avec le réseau familial. Sur les sept patients inclus dans l'étude, seuls quatre ont accepté que l'on prenne contact avec la famille ou des proches et nous n'avons pu interroger que trois parents. Plusieurs des intervenants extérieurs professionnels manquaient également d'information et n'ont pas eu de feedback spécifique sur l'ATP, avec leur patient ou avec l'ATP elle-même. Les questions pouvaient leur sembler difficile.

E) Discussion

La discussion des résultats reprend le modèle d'évaluation exposé en page 4.

Volume et provenance des demandes

Le faible nombre de patients inscrit dans le programme ATP contraste avec les attentes supposées du réseau sur cette nouvelle structure. Malgré des informations répétées, peu d'intervenants des CMS ont adressé des patients à l'ATP, et le nombre total est resté bien en dessous des estimations initiales (8 patients adressés à l'ATP au lieu des 20 à 30 estimés). Trois hypothèses peuvent être formulées pour

⁶ Cette évaluation est une synthèse du point de vue de la responsable ATP réalisée pour le rapport intermédiaire et des entretiens des soignants de l'ATP effectués pour les patients 004 à 007.

expliquer cette situation. La première hypothèse aurait trait au moment choisi pour évaluer cette nouvelle structure. Il s'agit d'une activité nouvelle dont le démarrage peut être plus ou moins long. Le temps d'évaluation correspond ici de fait à l'évaluation du démarrage de cette structure. La deuxième hypothèse aurait trait aux contraintes liées à l'inscription des patients dans le programme ATP, qui, dans cette première phase, devait obligatoirement passer par un CMS. Enfin, le nombre de personnes réellement concernées par l'offre de l'ATP pourrait être inférieur à celui attendu ou difficilement mobilisables pour participer à un programme de ce type, du moins pour les patients suivis par les CMS. La provenance des patients ne peut pas être discutée, étant donné que l'accès via un CMS a finalement été une contrainte imposée dans l'expérience pilote. Bien que les intervenants étaient convaincus du bien fondé d'un tel programme, nous avons pu noter les difficultés du réseau à mobiliser les patients pour une participation à l'ATP. Cette mobilisation nécessite un certain accompagnement, un important travail sur la motivation, comme c'est le cas pour d'autres activités de jour. Cet effort nécessaire du réseau pour amener l'utilisateur à l'ATP pourrait constituer un obstacle sérieux, notamment pour les patients *en crise*.

Le profil des patients

Les patients accueillis dans le cadre de l'ATP présentent tous des troubles psychiques durables et un handicap psychosocial important, et sont en situation de maintien à domicile dans un logement personnel. Ils ont des problèmes plus sévères que les patients ambulatoires habituels, notamment dans les dimensions sociales : il s'agit de personnes isolées pour lesquelles l'ATP amène une structuration du temps et des contacts sociaux. L'ATP représentait une alternative à un hébergement en pension pour trois patients et une alternative à une hospitalisation pour un autre patient. Durant la période étudiée, une personne a dû être réhospitalisée et a été vivre par la suite dans une pension. Ce profil de problème correspond partiellement à la population cible définie dans le projet initial, sans toutefois les aspects de transition entre une hospitalisation ou un hébergement et le domicile. Ces patients n'exercent pas de pression particulière sur le réseau : ils sont au contraire « silencieux » et isolés.

Les objectifs

Ceux-ci sont bien connus des trois parties en présence, qu'il s'agisse du patient, des soignants de l'ATP et du réseau professionnel extérieur. Le plus souvent, il s'agit de redonner un cadre, de rencontrer des gens, et de lutter contre l'isolement. Le modèle utilisé semble donc favoriser la mise en place d'objectifs clairs et partagés (au moins entre patients, intervenants de l'ATP et les CMS), et apparaît bien intégré dans l'activité clinique. Cette concordance des objectifs entre les différents intervenants nous semble d'autant plus remarquable qu'il s'agit d'un problème habituellement majeur relevé dans le travail en réseau en psychiatrie.

Durée de l'intervention

L'intervention est de longue durée sans limitation de temps pour tous les patients évalués. Ne s'agissant ni d'une crise évolutive, ni d'une transition au sortir d'une hospitalisation ou d'un hébergement, le projet reste essentiellement réhabilitatif et de longue durée. D'une manière générale, il manque dans les contrats une perspective temporelle. L'évaluation à trois mois montre que les traitements ne sont pas terminés et qu'il n'y a pas d'indication pour une fin prochaine. La suite après l'ATP n'est également pas discutée, sauf pour une patiente qui a débuté une activité occupationnelle durant l'ATP, activité qu'elle compte poursuivre et développer par la suite.

Adéquation des programmes de prestation avec les besoins individuels

Les programmes sont clairement adaptés aux besoins et varient en fonction des objectifs fixés individuellement. Les limitations dans le rôle entre l'ATP et les CMS (réhabilitatif versus curatif) paraissent artificielles et limitatives dans certaines situations à l'ATP. Ainsi, les infirmières de l'ATP doivent rester dans l'aspect réhabilitatif, en excluant les « soins », et n'agissent en rien pas exemple sur la médication. De même, les entretiens ne sont que des entretiens de soutien.

Coûts directs

L'ATP s'ajoute aux autres interventions mais ne les remplace pas. Il est possible que l'ATP prévienne le recours à des ressources plus coûteuses telles qu'un hébergement dans deux situations et une hospitalisation dans une situation.

L'amélioration des patients

Pour les sept patients inclus dans l'étude, nous pouvons noter une tendance à l'amélioration de leur symptomatologie et de leur capacité à faire face aux événements de la vie. Cela a pu être relevé par les patients (questionnaires et entretiens qualitatifs), les soignants de l'ATP (questionnaires) et le réseau extérieur professionnel (entretiens qualitatifs). Notons néanmoins que ces améliorations sont peu importantes et ne sont pas statistiquement significatives. De plus, les domaines signalés comme problématiques lors de l'évaluation initiale le sont encore lors de la deuxième évaluation. Ces constats confirment que les patients adressés à l'ATP ne semblent pas pour la plupart dans une situation de crise évolutive ou une transition, mais présentent plutôt un handicap durable, qui nécessite un processus de réhabilitation de longue durée.

Satisfaction des patients, des proches et des professionnels

Dans l'ensemble, les patients sont satisfaits de cette nouvelle structure. Ils notent en premier lieu le développement de contacts sociaux, les activités et le soutien apporté par les intervenants de l'ATP. Ils souhaiteraient néanmoins une meilleure accessibilité (géographique ou de temps) et une meilleure occupation du temps passé dans la structure. Les professionnels du réseau sont également satisfaits de l'intervention. Ils notent une bonne évolution générale de leur patient. Ils notent également des améliorations dans les activités de base, dans la symptomatologie et la collaboration. Les intervenants de l'ATP apprécient l'engagement des patients et leur évolution à travers les champs d'activité. Ils signalent des difficultés la collaboration et les limitations des champs d'activité avec le réseau. Ils souhaiteraient développer plus d'échanges avec les familles et les CMS. La famille et/ou les proches notent également une amélioration dans le comportement de leur proche (plus ouvert, dans la réalité, plus présent). A signaler qu'une parente questionne l'inscription de sa fille à l'ATP à un moment elle ne pouvait suivre, en raison de sa symptomatologie psychiatrique, le programme défini initialement.

Contact avec les réseaux extérieurs

Durant l'ATP, il y a eu peu de contacts dans le réseau. Les liens entre l'ATP et les CMS, s'ils sont existants et formalisés par un contrat en début de prise en charge, sont plus irréguliers en cours de traitement. La responsable ATP a pu signaler ses difficultés à être intégrée dans le réseau déjà existant. Les autres intervenants rencontrés (médecins psychiatres, psychologues) constatent des changements auprès de leur patient, mais reconnaissent qu'ils ont par contre peu de contacts avec l'ATP. La dimension réseau de cette intervention reste donc fragmentaire. Pour développer la dimension réseau de l'intervention, les contacts entre l'ATP et le réseau devraient être développés au cours de l'intervention, à l'occasion de bilans périodiques. Ces bilans permettraient également de faire le point sur l'atteinte des objectifs fixés initialement, d'introduire une dimension temporelle, d'évoquer les perspectives après l'intervention et de mieux affirmer la place de l'intervenante ATP comme partie intégrante du réseau.

Conclusion

L'évaluation du programme pilote de l'ATP montre que la mise en place du programme clinique dans le cadre du foyer de la Borde a été réalisé avec professionnalisme et conformément aux attentes. Les patients ayant accédé au programme sont globalement satisfaits des prestations reçues, se sentent subjectivement améliorés. Cette amélioration est confirmée par leur entourage, même si les problèmes et les besoins qui les ont amenés à suivre le programme restent relativement sévères à trois mois.

Néanmoins, au-delà des processus cliniques et des prestations fournies, de nombreuses questions restent ouvertes. Ces questions concernent le volume de demandes, l'adéquation aux attentes du réseau, la durée du programme et l'insertion dans le réseau. Les problèmes de mise en œuvre et les barrières mises à l'accès aux soins dans le cadre de l'expérience pilote ne permettent pas de déterminer si le volume de demande est aussi élevé qu'imaginé initialement ou aussi faible que réalisé durant l'expérience pilote. Les mêmes raisons ne permettent pas de savoir si un programme tel que l'ATP peut répondre aux attentes exprimées dans le réseau pour recevoir des patients dans une période de crise ou de transition après une hospitalisation ou un hébergement, ou plutôt des personnes nécessitant la réactivation de contacts sociaux dans un processus de réhabilitation de longue durée comme cela aura été le cas durant l'expérience pilote. Enfin, la reconnaissance comme partenaire et les échanges avec les autres acteurs impliqués n'ont pas été suffisants dans cette première phase pour parler d'une véritable insertion du programme dans une perspective de réseau, peut-être là aussi par une limitation trop sévère des partenaires reconnus et des prestations possibles dans les conditions de

l'expérience pilote. Dans une perspective d'élargissement d'une forme d'Accueil Temporaire Psychiatrique à d'autres structures en conditions réelles, les résultats de l'expérience pilote permettent de cibler ces différentes questions lors d'un prochain bilan de fonctionnement.

En résumé :

L'évaluation montre :

- Les patients inclus dans l'étude sont des patients dont les problèmes sont plus sévères que les patients suivis habituellement en ambulatoire, notamment pour ce qui est des dimensions sociales et qui nécessitent un long processus de réhabilitation
- L'évolution subjective est favorable, avec une amélioration de la thymie et de leur capacité à faire face aux événements de la vie. Cette évolution paraît néanmoins, à trois mois, peu importante dans les domaines signalés comme initialement problématiques
- Les patients, familles et professionnels sont globalement satisfaits des prestations fournies dans le cadre de l'ATP en dépit de critiques sur l'accessibilité et la communication
- Compte tenu de la clientèle touchée par le programme, isolée et en retrait, on constate une augmentation des prestations fournies, l'ATP ne remplaçant pas des prestations existantes, mais se surajoutant à celles-ci
- Les prestations sont individualisées et varient du simple au double selon les patients, avec des répartitions variables entre intervenants spécialisés et non spécialisés
- L'ATP représente une alternative à l'hébergement.

L'évaluation pose les questions suivantes :

- La mise en œuvre du concept soulève plusieurs questions autour de la place de l'ATP dans le réseau et les limitations des champs d'activités entre les différentes structures (notamment l'accompagnement et les soins)
- Le volume de la demande ne correspond pas aux attentes
- L'insertion dans le réseau et la reconnaissance par les partenaires sont restées faibles
- Les programmes proposés ont été de plus de trois mois, généralement sans terme ni perspective ultérieure

Limitations

- Le faible nombre de patients inclus dans le programme et évalués, malgré un taux de participation élevé à l'étude (7/8)
- L'absence de groupe contrôle
- La période d'évaluation qui correspond à la période d'initiation du projet.
- Les limitations d'accès au programme pilote

L'équipe de l'Unité de Recherche Evaluative et Clinique du DUPA remercie l'équipe du Foyer de la Borde, et plus particulièrement Patricia Cretelot et Caroline Gigon, pour le travail de coordination et les échanges fructueux qui ont eu lieu durant cette évaluation. Elle remercie Michel Perreault pour son aide dans le choix des instruments d'évaluation de satisfaction et Valentino Pomini pour les instruments d'évaluation des besoins.

ANNEXES

<i>Tableau Utilisation des services de santé</i>	<i>p 24</i>
<i>Tableaux HoNOS</i>	<i>p 25</i>
<i>Tableau BASIS 32</i>	<i>p 26</i>
<i>Tableau Echelle de satisfaction des domaines de la vie (ESDV)</i>	<i>p 27</i>

Tableau Utilisation des services de santé

	001 T0	001 T1	002 T0	002 T1	003 T0	003 T1	004 T0	004T1	005 T0	005 T1	006 T0	006 T1	007 T0	007 T1	Total T0	Total T1
Services hospitaliers																
Unité psychiatrique aigue	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
Unité psychiatrique de réhabilitation	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Unité de long séjour	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Urgences / Centre de crises	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Unité de soins généraux	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
nombre d'admission	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
nombre de jour d'hospitalisation	0	0	0	0	2	0	0	0	76	87	0	0	0	0	76	87
Autre	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Services ambulatoires																
Visite psychiatrique ambulatoire	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1h30mn	0	0	0	1h30	0
Autre visite ambulatoire à l'hôpital	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Journée d'hospitalisation	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1h30mn	0	0	0	1h30	0
Autre	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Services de jour dans la communauté																
	1h30mn	1h10mn	30h	40h30mn	160h	151h35mn	43h45mn	30h45mn	22h30mn	46h	22h30mn	64h30mn	9h15mn	15h	289h30mn	349h30mn
Centre communautaire	0	0	0	0	0	0	20h	12h30mn	0	0	6h	0	0	0	26h	12h30mn
Centre de soins de jour	1h30mn	1h10mn	12h	25h30mn	16	43h35mn	23h45mn	18h15	22h30	46h	16h30	64h30mn	9h15mn	15h	101h30mn	214h
Thérapie de groupe	0	0	18h	15h	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	18h	15h
Atelier protégé	0	0	0	0	144	108	0	0	0	0	0	0	0	0	144h	108h
Psycho éducation auprès d'un spécialiste	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Autre	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Services de santé communautaire ou générale																
	35h10mn	33h	32h	20h40mn	24h45mn	35h30mn	20h45mn	22h 15mn	22h	36h40mn	23h50mn	17h35mn	2h30mn	0h30mn	161h	166h10mn
Psychiatre (secteur public)	6h	2h	0	0	0	0	2h15mn	1h30mn	1h	2h	0	0	0	0	9h15	5h30
Psychiatre (privé)	0	0	9h	0h30mn	9h	8h	0	0	0	0	10h	8h20mn	0h30mn	0h20mn	28h30mn	17h10mn
Psychologue privé	0	0	3h	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3h	3h
Généraliste (secteur public)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Généraliste (privé)	0h10mn	1h	0	40mn	45mn	0h30mn	0	0	0	0	0	1h	0	0	0h55mn	3h10mn
Infirmière CMS	3h	6h	20h	12h	9h	12h	9h	6h45mn	0	0	6h	6h	2h	0h10mn	49h	42h55mn
Infirmière psychiatrique dans la communauté	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Travailleur social	0	0	0	0	0	3h	0h30mn	0h30mn	20h	34h	1h	0	0	0	21h30	37h30mn
Ergothérapeute	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Aide/soins à domicile (public)	26h	24h	0	0	6h	12h	9h	13h30mn	0	0	0	0	0	0	41h	49h30
physiothérapeute (privé)	0	0	0	4h30mn	0	0	0	0	0	0	5h30mn	0h30mn	0	0	5h30mn	5h
Autre	0	0	0	0	0	0	0	0	1h	0	0	0	0	0	1h	0
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0h20mn	0	0	0	0	0	0h20mn
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0h20mn	0	0	0	0	0	0h20mn
oui (1) non (2)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1h	0	0	0	1h	0
contacts police	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0h20mn	0h15mn	0	0	0h20mn	0h15mn
Nuits en garde à vue ou prison	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1h30mn	0	0	0	1h30mn
Evaluations psychiatriques durant la détention																
Nombre de comparutions devant tribunal criminel																
Nombre de comparutions devant tribunal civil	non	Oui (justice de paix)	non	non	non	non	non	non	non	non	non	non	non	non	non	non

Tableaux HoNOS

	001 T0	001 T1	002 T0	002 T1	003 T0	003 T1	004 T0	004 T1	005 T0	005 T1	006 T0	006 T1	007 T0	007 T1	HoNOS Global T0	HoNOS Global T1	HoNOS moyen /patient T0	HoNOS moyen /patient T1	Moyenne par item par patient T0	Moyenne par item par patient T1
Agression	0	0	1	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	3	2	0.43	0.29		
Lésions auto-infligées	0	0	2	0	1	0	0	0	2	0	4	3	0	1	9	4	1.29	0.57		
Alcool, drogues	0	0	3	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	4	0.43	0.57		
Cognition	2	2	1	1	2	0	1	2	3	3	0	0		2	9	10	1.29	1.43		
Maladie physique	3	2	4	3	3	3	3	3	2	1	0	0	0	0	15	12	2.14	1.71		
Délires et hallucinations	3	3	0	0	0	0	2	2	3	1	1	1	0		9	7	1.29	1.00		
Dépression	3	1	4	1	3	2	3	1	4	3	3	2	3	2	23	12	3.29	1.71		
Autres tr. Mentaux	2	1	3	2	3	2	2	0	3	3	3	3	2	2	18	13	2.57	1.86		
Relations sociales	3	2	3	3	3	2	3	2	4	4	2	2	4	3	22	18	3.14	2.57		
Vie quotidienne	3	1	4	2	2	2	1	1	3	1	2	2	3	1	18	10	2.57	1.43		
Conditions de vie	1	1	0	0	0	0			4	2	0	0	0	0	5	3	0.71	0.43		
Occupations	3	2	3	2	2	1	2	2	2	0	0	0	2	3	14	10	2.00	1.43		
Total	23	15	28	18	19	12	17	13	32	20	15	13	14	14	148	105	21.14	15.00	1.76	1.25
Moyenne des items par patient	1.9167	1.25	2.3333	1.5	1.58333	1	1.4167	1.0833	2.6667	1.6667	1.25	1.0833	1.1667	1.1667	44% score max.	31.25% score max.				

Code patient	HoNOS Global T0	HoNOS Global T1	T1-T0	T0%	T1%	Diff T1-T0/T0
1	23	15	-8	47.9	53.6	-35
2	28	18	-10	58.3	64.3	-36
3	19	12	-7	39.6	42.9	-37
4	17	13	-4	35.4	46.4	-24
5	32	20	-12	66.7	71.4	-38
6	15	13	-2	31.3	46.4	-13
7	14	14	0	29.2	50	0
Total	148	105	-43	44	31.3	-29

Sections	T0	T1	T1-T0	% T0	% T1	T1-T0/T0 en %
Comportement	15	10	-5	17.9	11.9	-33.33
Handicap	24	22	-2	42.9	39.3	-8.333
Symptômes	50	32	-18	59.5	38.1	-36
Sociaux	59	41	-18	52.7	36.6	-30.51

Tableau BASIS 32 (selon les différents axes) périodes T0-T1

Questions BASIS	7,8,10,11,12,14,15	1,2,3,4,5,13,16,21,32	6, 9, 17, 18, 19, 20	25, 26, 28,29,30, 31,	22,23,24,27	
<i>Numéro de l'étude patient</i>	<i>Axe 1: relation à soi et aux autres</i>	<i>Axe 2: Fonctionnement au quotidien</i>	<i>Axe 3: dépression, anxiété</i>	<i>Axe 4: Comportements impulsifs et addictifs</i>	<i>Axe 5: Eléments psychotiques</i>	<i>Total axes</i>
1	13	11	7	2	5	38
2	21	24	22	11	3	81
3	14	11	9	0	3	37
4	7	9	6	0	2	24
5	19	19	16	6	1	61
6	13	13	10	10	2	48
7	5	6	6	0	0	17
Total	92	93	76	29	16	306

Questions BASIS	7,8,10,11,12,14,15	1,2,3,4,5,13,16,21,32	6, 9, 17, 18, 19, 20	25, 26, 28,29,30, 31,	22,23,24,27	
<i>Numéro de l'étude patient</i>	<i>Axe 1: relation à soi et aux autres</i>	<i>Axe 2: Fonctionnement au quotidien</i>	<i>Axe 3: dépression, anxiété</i>	<i>Axe 4: Comportements impulsifs et addictifs</i>	<i>Axe 5: Eléments psychotiques</i>	<i>Total axes</i>
1	6	5	6	1	7	25
2	16	17	15	5	4	57
3	10	7	4	0	3	24
4	7	8	3	0	2	20
5	12	8	12	3	1	36
6	12	10	7	10	2	41
7	7	1	7	1	0	22
Total	70	62	54	20	19	225

Echelle de satisfaction des domaines de la vie(ESDV)

Echelle de satisfaction des domaines de la vie (sans item F)

Numéro de l'étude patient	endroit de vie	quartier	alimentation	vêtements	santé	gens	amis	vie sentimentale	famille	s'entendre avec les autres	occupations, activités quotidiennes	occupation temps libre	divertissement extérieur	services commodités quartier	situation financière	vie en général	confiance en soi	ce que les gens pensent de vous	liberté	responsabilité	Total par patient
1	3	5	3	3	3		5	1	3	5	5	5	3	5	3	3	3	3	5	5	71
2	7	6	5	5	4		4	1	4	3	3	2	3	6	1	2	3	2	4	5	70
3	7	5	5	5	3		3	1	6	6	5	3	3	7	2	3	4	5	6	6	85
4	6	6	5	3	2		3	2	4	4	2	2	3	6	5	3	3	5	4	5	73
5	3	5	4	2	2		5	1	2	5	5	4	2	5	3	2	4	4	1	1	60
6	7	6	2	2	3		2	1	7	2	5	4	4	7	5	2	1	2	5	5	72
7	6	5	3	5	5		3	1	6	5	4	4	4	5	4	4	3	3	5	5	80
Total	39	38	27	25	22	0	25	8	32	30	29	24	22	41	23	19	21	24	30	32	511

Numéro de l'étude patient	Endroit t de vie	quartier	alimentation	vêtements	santé	gens	amis	vie sentimentale	famille	s'entendre avec les autres	occupations, activités quotidiennes	occupation temps libre	divertissement extérieur	services commodités quartier	situation financière	vie en général	confiance en soi	ce que les gens pensent de vous	liberté	responsabilité	Total par patient
1	7	5	5	3	3		6	1	2	3	2	2	2	5	3	3	1	2	3	5	63
2	7	7	5	5	5		4	1	4	4	5	5	4	7	3	4	4	2	4	5	85
3	6	7	5	6	4		5	1	6	5	5	4	5	7	1	4	4	4	6	6	91
4	6	6	6	6	3		4	2	3	4	3	3	3	6	5	4	4	5	4	5	82
5	5	7	5	5	4		5	2	2	5	2	5	5	7	4	2	6	6	5	6	88
6	5	4	1	4	3		5	1	4	3	6	6	5	7	6	5	1	2	4	6	78
7	6	6	6	6	6		5	5	7	6	5	5	4	6	6	4	3	3	6	6	101
Total	42	42	33	35	28		34	13	28	30	28	30	28	45	28	26	23	24	32	39	588

T1 - T0	3	4	6	10	6	0	9	5	-4	0	-1	6	6	4	5	7	2	0	2	7	77
----------------	----------	----------	----------	-----------	----------	----------	----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------

Bibliographie

- Bonsack, C., Borgeat, F. & Lesage, A. (2002)** Mesurer la sévérité des problèmes des patients et leur évolution dans un secteur psychiatrique : une étude sur le terrain du Health of Nation Outcome Scales en français (HoNOS-F). *Annales Médico-Psychologiques*, 483-488.
- Bonsack, C., Schaffter, M., Singy, P., Charbon, Y., Eggimann, A., Favrod, J. & Guimera, J. (2003)** L'évaluation des attentes du réseau de soins pour le maintien à domicile des troubles psychiatriques sévères: rencontre entre la recherche évaluative et la communauté. In *Journée de recherche en psychiatrie Vaud - Genève*. Lausanne.
- Caron, J., Mercier C., Tempier R. (1997)** Une validation québécoise du Satisfaction with Life Domains Scale. In *Santé Mentale au Québec*, XXII, 2, 195-217
- Chisholm, D., Knapp, M.R.J., Knudsen, H.C., Amaddeo, F., Gaité, L., van Wijngaarden, B., and the Epsilon Study Group (2000),**
Client Socio-Demographic and Service Receipt Inventory- European Version: development of an instrument for international research. Br J Psychiatry Suppl. 2000;(39):s28-33.
- Collectif (2003)** Accueil temporaire en psychiatrie: document de base destiné à la mise en oeuvre d'une expérience ATP contrôlée et évaluée. Lausanne: ARCOS, filière psychiatrie communautaire.
- Eisen Susan V., Wilcox Marsha, Leff Stephen H., Schaefer Elizabeth, Culhane Melissa A. (1999):** Assessing Behavioral Health Outcomes in Outpatient Programs: Reliability and Validity of the BASIS-32. *The journal of Behavioral Health services and research*, 26:1 February 1999
- Grasset, F., Therianos, D. & Schneider, S. (2002)** Evaluation des moyens d'hébergement à visée sociothérapeutique ou réhabilitative mises en oeuvre dans le canton de Vaud à l'intention des patients psychiatriques adultes. Lausanne: Unité de réhabilitation du DUPA.
- Grasset, F. (2001)** Accueil temporaire psychiatrique : présentation de l'état des travaux. Lausanne: ARCOS, filière psychiatrie communautaire.
- Pomini, V.(2003)** Rapport de recherche de l'Unité de Réhabilitation : Batterie d'évaluation psychosociale approfondie (BEP-A) pour patients psychiatriques chroniques. Etudes de validation. Unité de Réhabilitation. DUPA. Site de Cery. Prilly/Lausanne. Suisse.
- Russo, J., Roy-Byrne, P., Jaffe, C, Ries, R., Dagadakis, C., Dwyer-O'Connor, E., Reeder, D. (1997):** The relationship of patient-administered outcome assessments to quality of life and physician ratings: validity of the BASIS-32, *Journal Mental Health Administration*, 1997, Spring;24(2):200-14