

Étude qualitative de l'offre de soins en psychiatrie : propositions méthodologiques

A Qualitative Inventory Study of Psychiatric Care: Methodological Suggestions

Guilhot J¹, Laurent O², Pellet J³, Vanderhaegue J-F⁴, Giusti L⁵, Chazel D⁶, Apparicio J⁷,
Alamo-Boccoz M-C⁸, Olivarès J-M⁹, Terra J-L¹⁰

Résumé

Objectifs : Cet article présente les travaux d'un groupe d'experts missionné dans le cadre du premier schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) de psychiatrie de la région Rhône-Alpes pour participer au bilan qualitatif de l'offre de soins. Il s'agissait aussi de promouvoir l'esprit d'évaluation au sein des équipes et des établissements.

Méthodes : Le groupe a inscrit sa mission dans une perspective de démarche qualité, à l'aide de questionnaires d'auto-évaluation remplis par les professionnels eux-mêmes, administratifs et médicaux.

Résultats : Les principaux résultats sont présentés notamment autour du concept de « lignes de soins et de prévention » développé par le groupe d'experts. Il permet une description fine et qualitative de l'activité, dans ses finalités, son organisation et ses cibles.

Conclusion : Les réflexions théoriques ayant précédé la mise en œuvre de l'étude et motivé les choix des méthodes sont présentées. Les auteurs montrent qu'une évaluation de cette nature est possible en psychiatrie, qu'elle est bien acceptée, et qu'elle a un intérêt aussi bien pour les établissements que pour les équipes et les tutelles. Les conditions de sa reproductibilité sont envisagées.

Rev Med Ass Maladie 2002;33,4:291-299

Mots clés : ligne de soins, offre de soins, planification sanitaire, psychiatrie, qualité.

Summary

Aims: This article presents the findings of a group of experts who were invited to participate in elaborating a qualitative assessment of the inventory of care, within the framework of the psychiatric Regional Scheme of Healthcare Organization (SROS) of the Rhône-Alpes region. The aim was to encourage healthcare teams and institutions adopt a spirit of evaluation in their work.

Methods: The expert group accomplished this quality assurance mission by using self-evaluation questionnaires filled out by administrative and medical healthcare professionals themselves.

Results: The main results are presented in reference to the concept of «care and prevention production chain» which was elaborated by the group of experts. This concept allows a detailed qualitative description of the purpose, organization and targets of the activity studied.

Conclusion: We presented the theoretical background which preceded the study and helped in choosing the best method. The authors demonstrate that this type of evaluation is possible in psychiatry, that it is well accepted, and that it can be useful for institutions as well as healthcare teams and their tutelage. Future work should include insuring the reproducibility of results.

Rev Med Ass Maladie 2002;33,4:291-299

Key words: health inventory, health planning, production chain, psychiatry, quality.

¹ Médecin-conseil, Direction du service médical de l'Assurance maladie (CNAMTS).

² Psychiatre, Centre psychothérapique de l'Ain, Bourg-en-Bresse.

³ Psychiatre, Centre hospitalier universitaire, Saint-Étienne (Loire).

⁴ Psychiatre, Hôpital Saint-Jean-de-Dieu, Lyon (Rhône).

⁵ Psychiatre d'enfants, Hôpital de Saint-Laurent-du-Pont (Isère).

⁶ Médecin-conseil, Service médical régional de l'Assurance maladie des professions indépendantes des Alpes, Grenoble.

⁷ Psychologue, Centre hospitalier du Valmont, Valence (Drôme).

⁸ Sous-directeur, Caisse régionale d'Assurance maladie de Rhône-Alpes, Lyon.

⁹ Psychiatre, Hôpital Sainte-Marie, Privas (Ardèche).

¹⁰ Psychiatre, Centre hospitalier du Vinatier, Bron (Rhône).

Adresse pour correspondance : Dr Joëlle Guilhot, Direction du service médical, CNAMTS, 66, avenue du Maine, F-75694 Paris cedex 14. E-mail : joelle.guilhot@cnamts.fr

INTRODUCTION

L'élaboration du premier schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) de psychiatrie de la région Rhône-Alpes a fait appel à différents groupes de travail, notamment un groupe d'experts, appelé « Comité technique d'experts régionaux (COTER) évaluation », constitué de professionnels du secteur public et privé en psychiatrie générale et infanto-juvenile, et de représentants médicaux et administratifs de l'Assurance maladie.

La lettre de mission du COTER comportait deux axes et deux obligations :

- contribuer au bilan qualitatif de l'offre de soins, complémentaire du bilan quantitatif,
- promouvoir l'esprit d'évaluation au sein des équipes et des établissements.

Ses travaux se sont déroulés de 1995 à 1997, c'est-à-dire avant la mise en place effective des agences régionales de l'hospitalisation, et de l'accréditation des établissements hospitaliers.

Notre objectif était de montrer, à travers la méthode et les résultats de l'enquête réalisée par le COTER, comment celui-ci a construit sa réflexion sur l'évaluation de l'offre de soins en psychiatrie, passant d'une logique de planification à une logique de qualité, comment il a sollicité et obtenu la participation des établissements et des équipes en espérant les préparer ainsi à l'accréditation, et quelles pouvaient être les perspectives ouvertes par ce travail en terme de gestion des établissements, d'organisation de l'offre de soins et d'amélioration de sa qualité [1].

MÉTHODES

Le COTER a réalisé une enquête déclarative, qualitative, destinée d'une part aux directeurs d'établissements, et d'autre part aux responsables médicaux et à leurs équipes.

Cette enquête, présentée et adressée aux établissements sanitaires, publics et privés, de toute la région, à l'exclusion des établissements médico-sociaux, comportait trois volets :

- un questionnaire aux directeurs, ou questionnaire établissement,
- un questionnaire à chacun des responsables médicaux d'équipes, ou questionnaire structure, pratiquement identique au précédent,
- un questionnaire destiné aux médecins et leurs équipes, ou questionnaire lignes de soins, portant sur la description fine et qualitative de l'offre de soins ou de prévention.

Ces questionnaires et cette méthode ont été une création « originale » du COTER, qui n'a pu

trouver de travaux similaires dans la littérature à l'exception d'un ouvrage de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) [2].

1. Les questionnaires établissements et structures

Ils se rapprochaient dans leur esprit des guides d'accréditation [3] et nous semblaient moins originaux dans leur conception et leur utilisation que le questionnaire lignes de soins. Néanmoins, nous en avons souligné les aspects les plus intéressants.

Pour approcher la qualité des soins, dix-huit thèmes nous sont apparus pertinents : sécurité incendie, prise en charge de l'urgence, gardes et astreintes, fonctionnement des services administratifs et logistiques, accueil, qualité hôtelière, hygiène alimentaire, élimination des déchets, sécurité générale des patients, protection des biens et des droits des personnes, sécurité informatique, dossier patient, organisation des soins, hospitalisation sous contrainte, prise en charge des situations de violence, lutte contre les infections nosocomiales et les maladies sexuellement transmissibles, pharmacovigilance, médicament, examens biologiques, formation et enseignement, organisation de la recherche.

Pour chaque thème le questionnaire se présentait en trois parties :

- une première partie rappelait quelques textes de référence sur le sujet considéré : textes réglementaires représentant des normes auxquelles il était nécessaire de se conformer (logique normative de l'ordre de la certification ou contrôle qualité), circulaires ministérielles représentant plutôt des recommandations (logique de démarche qualité), ou documents de référence tels que dossiers de l'ANDEM¹ ou des sociétés savantes permettant de situer l'optimum dans le champ considéré (logique de qualité totale) ;
- une deuxième partie comportait les questions proprement dites, au nombre de 10 à 20 selon les sujets, libellées de telle sorte qu'elles permettaient une réponse par Oui, Non ou Sans objet : la réponse devait pouvoir être rapide, mais les questions, associées aux textes de référence, devaient être l'occasion d'engager une réflexion sur le thème considéré ;
- une troisième partie était l'auto-évaluation par le répondant : il devait situer, sur une échelle en six niveaux – de nul à excellent – le niveau de qualité qu'il estimait atteindre sur le thème considéré, dans son service ou son établissement.

En fin de questionnaire, le répondant classait les thèmes par ordre décroissant d'importance selon la place qu'il leur attribuait en tant que composante de la qualité des soins.

¹ Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale, devenue, depuis 1996, l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES)

La saisie des données a été réalisée avec le logiciel *Epi-info*[®] pour les tris à plat et les tableaux croisés et *Microsoft*[®] *Excel* pour les graphiques.

L'échantillon des répondants, constitué de volontaires, n'était pas représentatif des professionnels de la région. Aussi les pourcentages ont-ils été donnés en valeur brute et il n'a pas été procédé à des tests statistiques.

Les variables qualitatives du niveau de qualité ont fait l'objet d'un recodage numérique.

Pour l'exploitation de la hiérarchisation des priorités, le thème placé en tête a été affecté du numéro 1 et le dernier du numéro 18 et les numéros ont été traités comme des notes.

2. Le questionnaire lignes de soins

Son objectif était de décrire de la façon la plus exacte et la plus détaillée possible chaque offre de soins existante, description suffisamment explicite pour être accessible aux différents acteurs concernés par le soin, même non professionnels : patients et leurs familles, populations à risques, partenaires de la psychiatrie.

Il reposait sur la notion de « ligne de soins et de prévention » (LDS). Ce nouveau concept a été défini comme « toute offre de soin ou de prévention que l'on pouvait expliciter », sorte de « chaîne de production du soin de psychiatrie ».

Il s'agissait d'une offre différenciée qui admettait des réponses claires et explicites à des interrogations simples :

- Quoi : dénomination,
- Qui : acteurs de la réalisation, catégories socio-professionnelles, spécialisation,
- Où : lieu du soin,
- Quand : temps, durée, fréquence du soin,
- Comment : outils, techniques, bases théoriques du soin,
- Pour qui : population bénéficiaire du soin sur le plan de ses caractéristiques socio-démographiques et en terme de pathologie ou de facteur de risque,
- Pourquoi : mission de la ligne de soins,
- Avec qui : partenaires de la ligne de soins.

Une ligne de soins pouvait être, par exemple, un service entier, une unité telle qu'un centre médico-psychologique (CMP) ou un appartement thérapeutique, ou bien une activité telle que la prise en charge des conduites addictives ou la prévention des troubles de la relation mère-enfant dans les services de protection maternelle et infantile (PMI).

L'instruction de ce questionnaire était en quelque sorte une visite guidée de son service que le responsable faisait à son gré. Il lui revenait simplement de définir d'abord ce qu'il voulait montrer, puis de dénommer sa ligne de soins, puis de la décrire, en

répondant en texte libre aux quelques questions listées précédemment.

Pour exploiter les résultats, la nécessité d'un minimum de standardisation des données, nombreuses (plus de 1000 réponses) et en texte libre, s'est rapidement imposée, et nous a conduit à l'élaboration d'une grille de codage.

Nous avons défini les lignes de niveau global (tous les soins pour tous les patients), les lignes de niveau spécifique (affiner encore plus une ligne de niveau spécifique conduirait à décrire la prise en charge patient par patient), et les lignes de niveau intermédiaire.

Les autres variables codées étaient :

- Portes d'entrée : c'était le choix de l'accès retenu pour la description (lieu géographique, type de population accueillie, type de technique de soins, etc.),
- Age des patients,
- Type de population concernée par les soins ou la prévention (malades, famille, travailleurs sociaux, etc.),
- Objectifs, tels que déclarés spontanément par les responsables, et d'autre part tels qu'ils ressortaient de la lecture d'ensemble du questionnaire.

Certaines variables n'ont pu être traitées faute de pouvoir en faire une exploitation homogène et cohérente ; ce fut le cas en particulier pour les effectifs de médecins et d'autres personnels affectés aux lignes de soins en raison de l'incertitude manifeste qui ressortait soit de chiffres trop globaux, soit de chiffres trop détaillés, en l'absence de tout moyen raisonnable de validation.

RÉSULTATS

Il n'est pas question dans le cadre de cet article de rendre la totalité des résultats, mais de souligner l'intérêt que peut représenter la possibilité offerte à chaque établissement de se positionner par rapport à l'ensemble des établissements de la région tels qu'ils se sont auto-évalués.

1. Questionnaire établissements et structures

38 directeurs sur 44 interrogés ont répondu. Pour ce qui concernait les structures, les réponses étaient au nombre de 292 réparties dans 33 établissements. Ce nombre de réponses a permis une exploitation intéressante sans que l'on ait pu affirmer leur caractère représentatif de l'ensemble des structures.

Les questions chiffrées ont été renseignées de façon hétérogène, et par conséquent non exploitées.

Une représentation graphique a rendu compte du niveau de qualité atteint tel qu'il a été estimé par le répondant, et de l'ordre de priorité accordé à

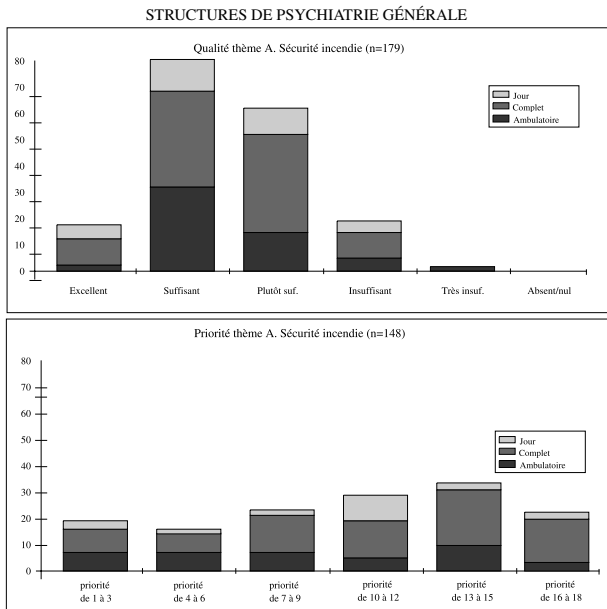


Figure 1 : Niveau de qualité estimé et hiérarchisation des priorités. Thème sécurité incendie

chacun des thèmes par les responsables médicaux et les directeurs (Figure 1).

Ces résultats tiennent compte en premier lieu, pour les structures, du pourcentage de réponses pour chaque thème : c'est ainsi que 93 % des répondants ont traité le thème « accueil », mais seulement 43 % le thème « recherche »

Le niveau estimé de qualité a été étudié pour chaque thème uniquement à partir des répondants sur ce thème, et présenté sur un graphique « en escargot », successivement pour l'ensemble des structures, puis pour l'hospitalisation complète, de jour et ambulatoire, enfin en comparant les appréciations des directeurs et des responsables médicaux.

La figure 2 montre que c'était l'hospitalisation sous contrainte qui était classée en tête pour le niveau de qualité atteinte, alors que la recherche, mais aussi la qualité hôtelière et la gestion des situations de violence ou le dossier du patient n'étaient pas très bien placés.

Les écarts entre directeurs et responsables médicaux demeuraient infimes sur les 8 premiers thèmes, du moins en moyenne.

La figure 3 montre que l'organisation des soins faisait l'unanimité en tant que composante prioritaire de la qualité des soins, suivie de près par l'accueil et les urgences ; de même, l'élimination des déchets, la sécurité informatique, mais aussi la lutte contre les infections nosocomiales ou la recherche faisaient l'unanimité dans l'autre sens.

Pour une analyse comparative du niveau de qualité estimé et des priorités, on a pu répartir les thèmes en deux catégories (Figure 4) :

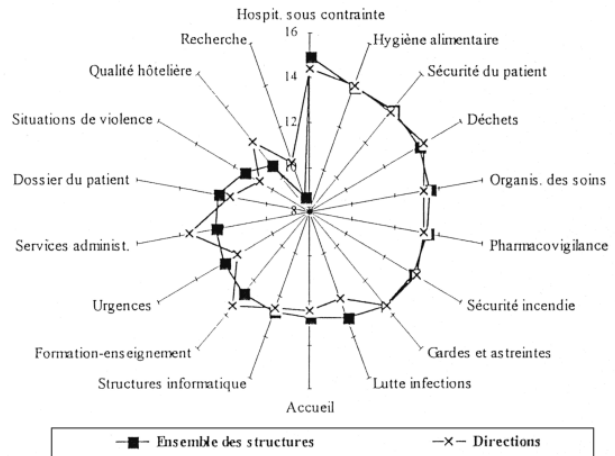


Figure 2 : Comparaison de l'appréciation du niveau de qualité entre les structures et les directions

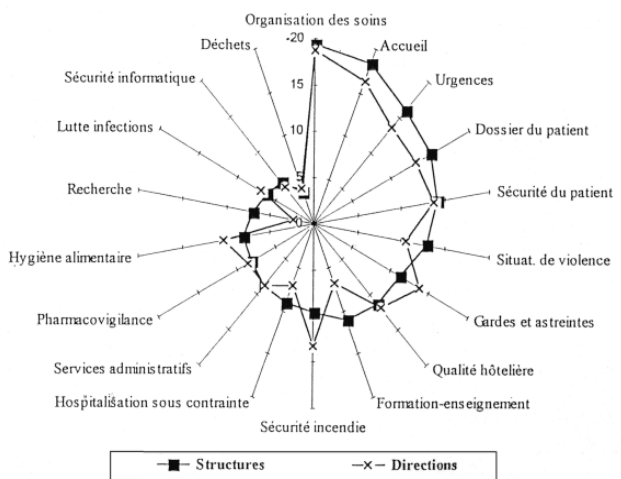


Figure 3 : Comparaison de la répartition des priorités entre les structures et les directions

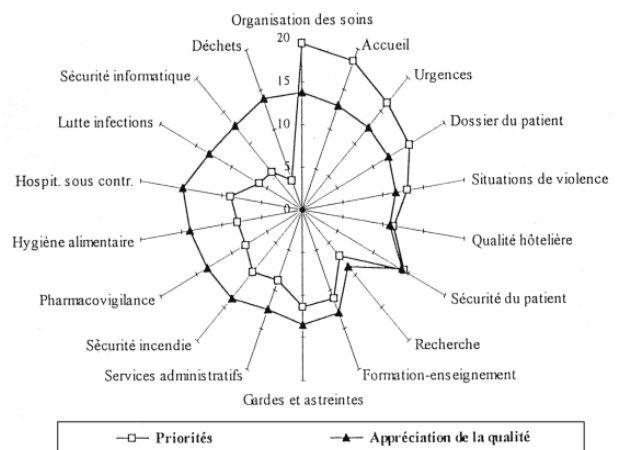


Figure 4 : Répartition des priorités et appréciation de la qualité par l'ensemble des structures

- les thèmes pour lesquels l'indice de priorité était supérieur ou sensiblement égal à l'indice de qualité (situés dans la moitié droite du graphique). Pour ces thèmes, les équipes soignantes seraient très probablement prêtes à faire prioritairement les efforts nécessaires pour tendre vers l'excellence,
- les thèmes pour lesquels l'indice de priorité était inférieur à l'indice de qualité (situés dans la moitié gauche du graphique), et pour lesquels les équipes seraient probablement plus difficiles à mobiliser.

2. Le questionnaire lignes de soins

Nous avons recueilli 993 réponses exploitables ainsi réparties :

- 470 lignes de niveau intermédiaire dont 119 en psychiatrie infanto-juvénile,
- 523 lignes de niveau spécifique dont 138 en psychiatrie infanto-juvénile.

L'analyse rubrique par rubrique a permis de dessiner le paysage du soin ; nous avons souligné les points qui, à notre sens, dépassaient le cadre de notre région et présentaient un intérêt pour l'ensemble de la discipline.

La description des portes d'entrée recouvrait assez largement la description par niveau : les lignes de niveau intermédiaire avaient plutôt comme porte d'entrée la structure (CMP, Hôpital de jour...) ou le type d'activité, alors que les lignes spécifiques avaient plutôt pour porte d'entrée le type de pathologie traitée, ou les techniques de soins mises en œuvre.

Pour toutes les lignes, qu'elles soient sectorisées ou non, ou intersectorielles, il existait une accélération sensible des créations à partir de 1985, plus encore à partir de 1992 pour les lignes de niveau spécifique.

Ce phénomène peut être interprété comme un signe de l'évolution de la conception du soin, qui évolue vers plus de spécificité, plus d'inter- ou de cosectorialité.

Les objectifs ont été déclinés par l'équipe en début de questionnaire, et ensuite ont été reformulés par le « codeur » quand il a pris connaissance de l'ensemble du document.

Plusieurs réponses étant possibles, on a constaté, en moyenne, deux objectifs par ligne intermédiaire, et 1,5 par ligne spécifique. Les objectifs les plus cités ont été :

- les soins actifs (75 % environ des citations),
- le suivi et la post-cure (30 % des citations environ),
- la réinsertion (25 % des citations).

Les objectifs cités par les équipes et les codeurs ont été assez homogènes, sauf pour la prévention : si 33 % des équipes déclaraient en faire un objectif, seules 14 % des lignes répondaient à cet objectif du point de vue des codeurs. Cela illustre les am-

bigüités liées à cette activité, et à sa définition en psychiatrie.

Dans l'immense majorité des cas, l'activité était centrée sur le patient et sur les soins divers qu'il pouvait recevoir. Les lignes centrées sur la population générale ou les aidants des malades étaient encore peu développées, ou mal décrites.

Les pathologies ont été renseignées avec précision dans seulement 80 % des lignes.

L'étude détaillée des lignes qui déclaraient prendre en charge des pathologies bien spécifiées (et non pas « toutes pathologies psychiatriques ») montrait l'écrasante majorité des troubles psychotiques (75 % des citations) en psychiatrie générale. En psychiatrie infanto-juvénile, les troubles psychotiques (30 % des citations) se partageaient le terrain avec les troubles du comportement, les troubles névrotiques et les troubles du développement. Ceci soulignait le nombre de lignes de soins consacré aux patients psychotiques, et celui relativement faible consacré à d'autres pathologies réputées pourtant plus fréquentes.

Soit il s'agissait véritablement d'une activité prépondérante, soit l'effort d'identification et de spécification a porté plus particulièrement sur cette pathologie (parce qu'elle faisait partie depuis longtemps du travail habituel des équipes, ou parce qu'elle était facile à identifier...). Une telle répartition pouvait amener à s'interroger sur la ventilation des moyens affectés aux différents types de patients au sein d'un secteur. Cette gestion des moyens devrait être réfléchiée en référence aux missions des secteurs vis-à-vis des différentes populations, et a posé le problème de la flexibilité de l'offre de soin au fil de l'évolution historique de ces missions.

Les équipes ont listé tous leurs partenaires, en amont de leur activité (ceux qui leur adressent les malades), en aval (ceux à qui elles les envoient) et elles ont listé leurs « copartenaires » ; les réponses multiples étaient possibles : les lignes intermédiaires avaient en moyenne de 2 à 3,5 partenaires, alors que les lignes spécifiques avaient en moyenne de 1 à 2 partenaires.

Si le nombre moyen de partenaires était plus faible pour les lignes spécifiques, on observait une similitude des profils, quel que soit le niveau de la ligne :

- faible représentation des partenaires « associations », « entourage » et « judiciaire » en psychiatrie infanto-juvénile ; à ceci qui restait vrai s'ajoutait en psychiatrie générale la faiblesse du partenaire « scolaire », et du partenaire « médico-social » ;

- forte représentation au contraire, en psychiatrie infanto-juvénile comme en psychiatrie générale, du partenaire « professionnel de santé », et notamment professionnel de l'entité à laquelle appartene-

nait la ligne ; le partenaire « scolaire » était très représenté en psychiatrie infanto-juvénile ;

– relative faiblesse de la représentation du partenaire aval par rapport au partenaire amont : le système de soins avait-il tendance à garder les patients qu'on lui adressait ?

Enfin, l'étude des partenariats a souligné une fois encore que le travail dans la communauté, avec d'autres acteurs que les patients et leurs correspondants naturels, était peu développé ou peu valorisé dans la description.

DISCUSSION

Nous avons montré quels résultats pouvaient être obtenus à partir de notre enquête ; comme description du soin en psychiatrie dans la région, ils présentent déjà un grand intérêt car ils permettent d'affiner notre connaissance qualitative des établissements et des équipes. Ces résultats sont utiles à tous les acteurs :

– pour la tutelle, la conjugaison globale des niveaux de qualité et des niveaux de priorité des établissements et des médecins lui permet de fixer les priorités régionales, ou de mesurer la pertinence de ses priorités ; l'analyse par établissement peut l'aider à proposer et négocier les contrats d'objectifs et de moyens,

– pour les établissements, il est important de pouvoir se positionner sur l'échelle de la région ; l'analyse conjointe directeurs-responsables médicaux est fertile et doit constituer une base de négociation pour les projets de service, les contrats internes, ainsi bien sûr que pour les projets médicaux ; l'analyse enfin des niveaux de qualité estimés par rapport aux priorités peut être, comme nous l'avons souligné, un outil de motivation des équipes dans une démarche de qualité.

Ces travaux ont déjà été exploités dans le cadre des projets d'établissements ou des préparations des contrats d'objectifs et de moyens à passer avec l'Agence régionale de l'hospitalisation. Nous pensons également que les établissements qui ont répondu aux questionnaires seront plus à même de répondre au guide d'autoévaluation qui sera fourni en préalable à la visite d'accréditation.

1. Planification sanitaire ou planification de la santé

La loi portant réforme hospitalière de 1991 fait explicitement référence à une planification sanitaire *via* un schéma d'organisation des établissements de santé. Elle n'occulte pas la dimension plus large de la santé, puisque ces schémas doivent reposer sur

l'évaluation quantitative et qualitative des besoins de la population.

Si l'on se place dans une perspective de planification de santé [4], le SROS doit faire référence à trois composantes principales :

– l'objectif de santé à atteindre, exprimé par rapport à l'état actuel de santé ; le différentiel entre les deux constitue les besoins de santé de la population cible du programme,

– les activités et les services à mettre en œuvre pour répondre aux besoins tels qu'évalués,

– les ressources humaines et financières nécessaires.

Le travail demandé au COTER dans ce contexte était de contribuer à la mesure de l'état de santé mentale de la population de la région, et d'en déduire ses besoins. Cela supposait donc :

– de conduire une étude des besoins en santé mentale de la population, ce qui paraissait difficile, tant au plan de la charge de travail qu'au plan de la méthode,

– de réaliser une évaluation externe des établissements, portant sur les structures et les populations accueillies, enquêtes longues et lourdes pour une approche qualitative, dans un domaine où il n'existe pratiquement pas de référence de bonne structure ou de bonne pratique.

2. La problématique de qualité

Elle a émergé dès que furent abordés le « comment » et le « pourquoi » des soins.

L'optimisation de l'offre de soins visée par la planification suppose implicitement une amélioration de la qualité des activités et des services proposés. Mais il s'agit dans ce cas d'une vision plutôt externe, normative et tutélaire de la qualité, les établissements dont le niveau de qualité est estimé suffisant obtenant autorisations et dotations financières.

Aborder le problème de la qualité par cet aspect normatif supposait de la part du COTER de réaliser un travail d'audit sur l'ensemble des établissements et sur l'ensemble de leur fonctionnement, alors que les référentiels n'existent pas dès que l'on s'éloigne des champs balisés que sont la logistique, la restauration, etc.

Les méthodologies d'audit clinique préconisées par l'ANDEM [5] étaient certes utilisables, de même que les méthodologies d'évaluation des résultats des différentes modalités thérapeutiques telles que la psychothérapie [6], mais elles représentaient une charge de travail excessive dans le temps imparti au groupe, et on pouvait s'interroger sur la légitimité du COTER à les mettre en œuvre [7, 8, 9].

Intriquée avec cette approche planificatrice macro-organisationnelle, l'approche qualité l'est également avec une approche micro-organisationnelle [10] : l'hôpital, au fil de ses réformes successives,

tend à être de moins en moins administré et de plus en plus « managé ». Projets de services, projets d'établissements, centres de responsabilité et contrats internes, toutes ces nouveautés incitent les responsables, et notamment médicaux et soignants, à optimiser leur organisation sous contrainte financière [11].

Cette vision de la qualité est plutôt interne, l'établissement y trouvant un intérêt, en terme de motivation des personnels, de satisfactions professionnelles, de reconnaissance par les pairs et les patients, et d'obtention de ressources.

Ces deux aspects de la démarche qualité ne sont pas totalement contradictoires, mais plutôt complémentaires et successifs dans le temps : le modèle externe est apparu en premier, suivi par le modèle interne, plus managérial, dans lequel la notion d'assurance qualité s'est imposée, en mettant en place des lieux de partage de l'information, des lieux de débat et de résolution de problèmes (cercles de qualité notamment). De la notion d'assurance qualité, on est passé ensuite à celle de « qualité totale », pour une amélioration permanente de la qualité au service du patient, où chacun doit s'approprier l'objectif qualité, à tout instant et en tout lieu.

De l'abondante littérature récente en ce domaine, P. Duprat [10] fait une synthèse opérationnelle pour la question qui nous occupe : « les attributs les plus fréquemment cités peuvent être classés en trois groupes qui reflètent chacun l'une des trois perspectives d'évaluation de la qualité. Le premier groupe concerne la perspective politique et sociale, centrée sur l'intérêt général et la réponse aux besoins : pertinence, équité, accessibilité, sécurité. Une perspective professionnelle, basée sur les compétences et les processus, mettrait sans doute en avant : efficacité, fiabilité, adéquation, et peut être efficacité. Enfin, la perspective du client/assuré/usager/citoyen, d'un point de vue individuel, pourrait retenir : réponse aux attentes, crédibilité, acceptabilité, continuité, confiance ».

L'approche qualité était pertinente, notamment pour répondre à la mission de développement de la culture d'évaluation chez les soignants de psychiatrie [12,13].

Le COTER a estimé qu'il lui appartenait de susciter l'interrogation de chaque équipe, ou individu, à partir d'une auto-évaluation de sa propre pratique, cette interrogation devenant génératrice de qualité par la prise de conscience qu'elle suscite et les modifications qu'elle induit. Le rôle du COTER était de déclencher cette démarche d'auto-formation, en fournissant aux sujets les outils nécessaires.

« Pour que l'appropriation se fasse, il paraît nécessaire de conduire le sujet à évaluer ses propres ap-

prentissages et ses propres processus, c'est-à-dire de le conduire à des auto-évaluations qui faciliteront l'accès au sens de ce qu'il fait et qui favoriseront les régulations nécessaires. Le formateur, le pédagogue, est un *passer* car il est médiateur entre les variables de l'individu et celles de la situation : il travaille à son inutilité » [14].

Un des intérêts de cette démarche est représenté par la préparation à l'accréditation [15].

L'accréditation est une démarche qualité un peu particulière [16] que l'on peut tenter de définir ainsi : « reconnaissance, délivrée par un organisme extérieur et indépendant, de la capacité de l'hôpital à produire un soin de qualité et à améliorer de façon continue la qualité ». Cette appréciation est portée à partir de l'auto-évaluation de l'hôpital, conduite à l'aide d'un guide précis fourni par l'organisme d'accréditation, et d'une visite ou audit externe, pratiquée par des professionnels du soin mandatés par l'organisme accréditeur.

Il n'existe pas de lien formel entre l'autorisation d'un établissement (qui relève de l'estimation de la réponse à un besoin), l'allocation de ressources (qui est fonction de son niveau d'activité et de son efficacité), et l'accréditation qui confirme sa capacité à rendre un service de qualité et à se doter de procédures de gestion permettant de maintenir ou de développer cette qualité. Cependant, il existe bien évidemment des liens implicites, et les trois dimensions ne sont pas étrangères l'une à l'autre [17].

Il est intéressant de noter que les contours de l'accréditation ont été précisés au cours des trois années qu'ont duré les travaux du COTER, ce qui a conforté le groupe dans la pertinence de ses choix : tendre vers une amélioration permanente de la qualité des soins, initiée et maintenue en dehors d'une tutelle, en dehors d'un contrôle, et dont les conséquences sont le service rendu aux patients, une meilleure dynamique des équipes par le partage d'objectifs communs, une amélioration de la négociation entre administratifs et médicaux, une amélioration de la négociation entre établissements et tutelle sur le positionnement de l'établissement et sur ses ressources [18].

L'ensemble de ces questions prend un relief particulier dans le champ de la psychiatrie, discipline que différents auteurs décrivent comme étant « en crise » : crise de recrutement (pour les psychiatres publics, tout au moins), crise organisationnelle touchant la place des établissements spécialisés dans le paysage sanitaire [19], la place du dispositif sectorisé dans le paysage du soin psychiatrique, la place de la psychiatrie libérale ambulatoire, crise enfin plus profonde des limites de la discipline face aux nouveaux enjeux sociaux, à l'émergence des besoins liés à la précarité sociale [20]. La psychiatrie est

également une discipline pour laquelle d'aucuns pensent à tort que l'évaluation y est impossible en raison du caractère moins objectivable des méthodes et des résultats, et de la diversité des positions théoriques [21].

Au moment de la publication des résultats, le nombre et la qualité des réponses obtenues montrent au contraire que cette démarche est possible, et réaliste, dans le milieu psychiatrique [22, 23].

3. Les limites de la méthode

Le COTER considère que cet outil est largement perfectible et il est nécessaire de faire le point des difficultés méthodologiques rencontrées, avant d'examiner quelles pourraient être les perspectives d'une utilisation plus régulière et plus systématique de ce type d'enquête, en complément des outils déjà existants tels que les rapports de secteur et les fiches patients, et des outils à venir tels que le PMSI.

Le libellé des questions du questionnaire « établissements et structures » a été réalisé par une petite équipe, ne comportant que des professionnels de santé, ce qui lui confère sans doute une relative absence de professionnalisme sur les domaines tels que la sécurité informatique, la logistique ou la qualité hôtelière. De même, la recherche des textes de référence n'a pas permis d'être exhaustif sur les sujets traités.

Lors de l'exploitation des résultats, il nous est apparu que le libellé de certaines questions laissait une part d'interprétation ; de même, le choix laissé pour les réponses, – oui/non/sans objet – excluant la réponse « sans information », a pu parfois contribuer à certaines incohérences que nous avons relevées entre les réponses à différentes questions sur le même sujet.

Si un tel outil devait être finalisé, il conviendrait donc de reprendre thème par thème le libellé des questions et leur agencement.

Pour ce qui concerne le questionnaire ligne de soins, il faut souligner la grande distorsion possible entre l'activité réelle et l'activité telle qu'elle apparaît dans nos résultats.

Pour des raisons diverses, les équipes n'ont pas toujours mis en place une organisation spécifique qui réponde à des besoins préalablement identifiés, et qui réponde à une ou des missions précisées et revendiquées. Le plus souvent il n'existe pas une politique prédéfinie de secteur ou d'établissement, mais plutôt une réponse aux demandes au coup par coup sous forme de prise en charge des patients qui se présentent.

Ceci est lié à l'introduction récente de la démarche projet dans les établissements de santé, qui n'appar-

tient pas encore complètement à la culture des établissements.

Les systèmes d'information disponibles et utilisés répondent à des besoins tels que le remplissage des rapports de secteur, qui sont des bilans plus quantitatifs que qualitatifs. Les systèmes d'information médicalisés sont d'introduction récente, voire expérimentale en psychiatrie ; leur finalité est d'ailleurs « médico-économique » et vise plus à mesurer l'efficacité globale du soin qu'à le décrire dans le détail et surtout à en analyser l'opportunité par rapport à des besoins.

C'est pourquoi, quand bien même un service ou un secteur mettrait en œuvre une organisation spécifique, il n'a pas toujours les moyens de l'objectiver de façon simple et automatique, comme le montre la difficulté à comptabiliser les moyens mis spécifiquement à disposition des lignes de soins existantes.

Enfin, nous avons souligné les pertes d'informations entraînées par le codage pourtant indispensable des données en texte libre.

4. Perspectives de la méthode

Nous avons montré comment et pourquoi le COTER Evaluation, chargé par la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS) dans le cadre des travaux du SROS de psychiatrie de contribuer à la description du plan qualitatif de l'offre de soins dans la région Rhône-Alpes, a choisi de se placer dans une problématique d'auto-évaluation des établissements eux-mêmes, afin de les aider à s'engager dans la voie de la démarche qualité et de se préparer à l'accréditation.

Nous avons présenté la méthode et ses difficultés, mais aussi les principaux résultats qui sont encourageants et montrent que la démarche a été acceptée, et surtout qu'elle est fertile.

L'ordonnance du 24 avril 1996² a concrétisé la pertinence de l'analyse en officialisant la procédure d'accréditation. Celle-ci se met en place et justifie *a posteriori* notre questionnaire établissements et structures.

Un autre objectif du COTER était de connaître le soin lui-même : à cet effet, il a proposé le concept de « ligne de soins », volontairement peu théorisé, permettant à chaque équipe de décrire son activité, dans ses finalités, son organisation et ses cibles.

Les résultats issus des réponses des équipes montrent la richesse potentielle de ce concept, sa simplicité d'utilisation et surtout son acceptabilité.

Ce paysage est celui des soins tels qu'ils sont écrits, et décrits ; certaines activités sont réalisées et non décrites, d'autres sont peut-être mieux décrites que

² Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée (JO 25 avril).

réalisées ; certaines sont très bien formalisées, d'autres moins bien.

Les résultats montrent la richesse de l'offre de soins pour les patients psychotiques, cœur des préoccupations de la politique de secteur et de ceux qui l'ont mise en place. On peut cependant s'étonner de la rareté des autres lignes de soins et de prévention quand on sait que les psychotiques représentent entre 0,5 et 1 % de la population. On ne retrouve en effet que peu de lignes concernant des missions pourtant traditionnelles et de surcroît réglementaires de la psychiatrie au moins publique, telles que sur la lutte contre le suicide, l'alcoolisme et les toxicomanies. On ne retrouve également que peu de lignes concernant les « nouvelles pathologies » que sont les troubles de l'adolescence, les troubles anxieux, les troubles des conduites alimentaires, les conduites psychopathiques, et les « nouvelles missions » telles qu'elles apparaissent dans le cadre des politiques de la ville, des politiques d'aide sociale, de prévention et de réinsertion.

Il n'en demeure pas moins que l'on voit clairement émerger une évolution, en particulier à partir des années quatre-vingt-dix, au travers du développement de processus « intersectoriels », ou « cosectoriels », de lignes de soins plus spécifiques, de prises en charges innovantes pour des populations moins habituelles.

Le questionnaire « lignes de soins », aménagé, précisé et standardisé pourrait être un outil d'abord qualitatif de l'offre de soins. Documenté régulièrement par les équipes, il pourrait être incitatif :

– pour mieux organiser les systèmes d'information au service de la gestion du soin, en interne à l'établissement, en externe à l'attention de ses partenaires,

– pour mieux organiser le soin lui-même dans la perspective d'une rationalisation des activités de la psychiatrie en fonction des besoins de la population, des objectifs de santé mentale et des moyens disponibles, et dans la perspective d'une amélioration continue de la qualité des soins.

Remerciements

Les auteurs remercient les autres membres du groupe qui ont collaboré sous des formes diverses et complémentaires à ce travail, ainsi que l'ensemble des directeurs, médecins et équipes des établissements de soins de la région Rhône-Alpes qui ont répondu aux questionnaires.

RÉFÉRENCES

1. Comité technique d'experts régionaux (COTER). *La description de l'offre de soins et du fonctionnement des structures comme préalable aux démarches qualité : l'exemple du COTER Evaluation de psychiatrie Rhône-Alpes*. In Kovess V, Lopez A, Pénochet JC, Reynaud M eds. *Psychiatrie années 2000. Organisations, Evaluation, Accréditation*. Paris Médecine-Sciences Flammarion ; 1999, p. 237-55.
2. OMS. *Assurance qualité en santé mentale*. Genève : OMS ; 1991.
3. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. *Manuel d'accréditation des établissements de santé (ANAES)*. Paris : ANAES ; 1999.
4. Pineault R, Daveluy C. *La planification de la santé*. Montréal : Editions nouvelles ; 1995.
5. Agence nationale d'évaluation médicale (ANDEM). *L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. L'audit clinique*. Paris : ANDEM 1994.
6. Gerin P. *L'évaluation des psychothérapies*. Paris : PUF, 1984.
7. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES). *Méthodes et outils des démarches qualité pour les établissements de santé*. Paris : ANAES ; 2000.
8. Michel P, Salmi LR, Sibé M, Salmi MT. *Evaluer les processus en santé : importance et limites actuelles*. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2000;48:571-82.
9. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES). *Principes de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé. Accréditation, Études d'évaluation en établissement de santé*. Paris : ANAES ; 2000.
10. Duprat Ph. *La qualité et l'organisation des pratiques de santé*. *Revue Fr Aff Soc* 1997;3-4:125-38.
11. Clément JM. *1900-2000 : La mutation de l'hôpital*. Bordeaux (France) : Les Études Hospitalières ; 2001.
12. Verpeaux M, Laboutiere JJ. *Qualité des pratiques médicales en psychiatrie et accréditation*. *Information Psychiatrique* 1997;73:654-9.
13. Caria A, Olivier JC, Aube G, Ochonisky A, Saragoussi S. *Comment améliorer la tenue du dossier du patient en psychiatrie ?*, *Information Psychiatrique* 2000;76:1166-74.
14. Genthon M. *Construire des situations d'apprentissage Cahiers Pédagogiques* 1990; 281:14.
15. Kovess V. *L'accréditation en psychiatrie*. *Gestions Hospitalières* 1997;370:766-72.
16. Segouin C. *L'accréditation des établissements de santé, de l'expérience internationale à l'application française*. Paris : Doïn ; 1994.
17. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES). *L'accréditation en 10 questions*. Paris : ANAES 1998.
18. Brun-Rousseau H. *Les enjeux de l'accréditation*. *Information Psychiatrique* 1999;75:141-4.
19. Bauduret JF, Reynaud M. *Les grandes directions de la politique de santé mentale française*. In : Reynaud M, Lopez A. *Evaluation et organisation des soins en psychiatrie*. Paris : Editions Frison-Roche ; 1994, p. 25-53.
20. Sicot F. *Maladie mentale et pauvreté*. Paris : Edition L'Harmattan, Collection Logiques Sociales ; 2001.
21. Langlois-Meurinne G. *Evaluation et auto-évaluation dans les établissements psychiatriques : dialogue pour tenter d'avancer*. *Information Psychiatrique* 1997;73:660-6.
22. Terra JL. *Méthodes d'évaluation des dispositifs de soins en psychiatrie*. *Journal d'économie médicale* 2001;19:415-24.
23. Matillon Y, Durieux P, eds. *L'évaluation médicale. Du concept à la pratique*. 2^e éd. Paris : Médecine-Sciences Flammarion ; 2000.