

Compte rendu de la réunion du 31 janvier 2012 **(à Lussant - Charente Maritime)**

Présents : Elisabeth de Donceel, Sandrine Garcia, Fabrice Gilbert (animateur), Samuel Tourenne, Isabelle Schmitt, Jenny Liberge.

Ordre du jour proposé :

- Communication du coordinateur du Réseau / financements ARS et poste de DSP
- Mise en place de la collecte des données concernant la quantification de l'utilisation des 8 séances
- Mise en place de l'investigation auprès des médecins

Déroulement de la session

1° point :

Le coordinateur nous fait communication des avancées dans la mise en place de Réseau Régional, et des demandes de l'ARS (voir document 1 en annexe) ; les mesures préconisées par l'ARS nous confortent dans notre investigation et nos avancées méthodologiques, notamment pour ce qui concerne le principe des procédures d'évaluation. Les financements sont augmentés en volume.

2° point :

Le coordinateur nous propose la méthodologie de la mise en place technique de la collecte de données «Utilisation des 8 Séances» (document 2 de l'Annexe).

La proposition qui est faite découle du travail préalable de préparation de la commission du jour (document 3 de l'Annexe)

Point proposé à la réflexion : Quelle méthode privilégions-nous pour la collecte des données ?

Trois procédés principaux sont soumis à notre choix :

1 - Les feuilles de prescription ICARES sont complétées d'une grille en marge que le/la psychologue remplit à l'envoi au secrétariat . La marge rend compte : de la poursuite/ de l'arrêt du suivi ; du mode d'interruption ; de l'éventuel autofinancement et de sa modalité. Le secrétariat reçoit et entre les données collectées. Deux inconvénients : la saisie double (une fois par le/la psychologue ; une fois par le secrétariat) + la non-prise en compte des suivis ne donnant pas lieu à honoraires ICARES qui sont dans la poursuite autofinancement du travail psychothérapeutique entrepris.

2 - Mise au point d'un fichier informatique de type Excel qui regroupe les données retenues comme pertinentes et soumises à l'étude statistique (code patient ; date séance ; mode de financement ; suivi en cours/interrrompu ; mode d'interruption). Le fichier est rempli à chaque séance et envoyé à chaque fin de mois par courriel au secrétariat qui transfère les données dans un dossier central en lien avec le traitement informatique. Avantage : pas de saisie double des données.

3 - Mise en place d'une page dédiée aux psychologues sur le logiciel TALOS que le/la psychologue saisit à chaque entretien.

La commission s'oriente vers la 2° solution et demande à la coordination de solliciter le secrétariat pour proposer un fichier «base de données» type qui regroupe les données retenues comme pertinente :

- Code client

- Date entretien (qui donne le nombre de séances, la date de premier entretien, la fréquence des entretiens et la durée totale du suivi). Cette catégorie de données doit pouvoir permettre de signaler un rendez-vous manqué.
- Le type de financement : 3 catégories (prise en charge ; autofinancement partiel ; autonomie de financement)
- L'état du suivi : 5 catégories : en cours ; interrompu discuté consensuel ; interrompu discuté mais non consensuel ; interrompu sans discussion (simple message téléphonique par exemple) ; interrompu sans information (rendez-vous manqué sans message)

Chaque psychologue établira un fichier par patient et transmettra tous les fichiers en cours mensuellement. Le secrétariat traitera les données pour les intégrer dans la version modifiée de TALOS (la modification doit permettre de traiter statistiquement les données recueillies et de les mettre en corrélation avec les autres données d'autres natures)

3° point :

La commission planche sur la deuxième méthode d'investigation envisagée : Les données qui nous intéresseraient seraient celles qui président à la prescription. Elles sont à recueillir auprès du médecin.

Nous avons posé précédemment que, parmi les facteurs influents de la prise en charge psychologique qui distinguent de fait les patients qui voient un(e) psychologue de ceux qui n'en voient guère, le choix de prescrire le suivi psychothérapeutique ou non, les éléments de contexte présents au moment de la prescription et de son acceptation, sont probablement déterminants.

Nous nous sommes proposé d'établir une méthode de collecte des données concernant ces éléments.

Nous nous sommes fixés de proposer aux médecins de se charger de la collecte de ces données.

Nous en sommes à devoir déterminer sous quelle forme nous organisons cette collecte.

Nous avons choisi d'établir un questionnaire simple dont le médecin aurait charge et que lui seul remplirait.

La commission a proposé qu'un premier travail d'approche technique et méthodologique soit constitué auprès des médecins présents aux synthèses.

Pour la constitution de l'outil de recueil de données, il est discuté et rappelé plusieurs points, évoqués lors des précédentes commissions, sur le contenu :

1° Est-ce que la proposition de l'entretien psychothérapeutique est systématique ?

Ensuite les deux méthodologies distinctes envisagées :

Méthode 1 - Collecte des éléments déterminants au moment de la prescription ou de son acceptation :

Sous forme de 3 ou 4 questions :

- Ce qui concerne le médecin (ex : Je me sens démuni ; je suis fatigué ; je suis intéressé ; je suis inquiet.. etc)
- Ce que le médecin pense du patient (ex : il est dépressif ; il est mûr ; il est manifestement névrosé... Etc...)
- Les éléments de contexte (ex : la durée de la consultation ; la fréquence ; le jour ; le moment de la journée)

Méthode 2 - collecte des modifications de données subjectives et objectives présentes lors de la prescription et de son acceptation :

Le médecin sur une échelle de 1 à 10 : 1° cotation : à la prescription acceptée ; cotation suivantes : lors des entretiens à 6 mois, 12 mois... Etc

Échelles à coter (exemples)

Inquiétude

Ennui

Intérêt

Longueur (subjective) des entretiens

Fréquence (subjective) des entretiens

Sentiment d'impasse thérapeutique

Événement psychologique nouveau

Événement de vie nouveau

Etc....

Ces éléments rappelés, la commission propose que chaque psychologue réfléchisse à un questionnaire type, l'échange avec l'ensemble du groupe des psychologues, puis l'expérimente auprès des médecins en synthèse pour en rapporter les résultats lors de la prochaine commission :

Nous nous retrouvons pour la prochaine réunion de commission à Lussant le 27/03/12, 20 h 30 aux conditions habituelles.

Fin de réunion à 22 h 30

RESEAU REGIONAL ADDICTION
Rencontre des réseaux
ARS Poitiers

Le vendredi 27 01 2012 de 10h à 13h

Présents : BINDER Philippe , CHAVAGNAT Jean-Jacques, PAPET Nathalie

ADMINISTRATIF :

Le responsable du pôle ambulatoire est Stéphane BOUGES aidé de Line ROUGER
Le médecin inspecteur responsable Addiction est à venir prochainement.

- L'assemblée nationale vote le budget de l'ONDAM (Objectif national des dépenses de l'assurance maladie)
- Le CNP conseil national de pilotage des Agences Régionales de Santé contrôle toutes les instructions nationales. (participation de plusieurs ministres)
- L'ARS pilote les schémas régionaux SRP (prévention) SROMS (médico-social) et SROS (hôpital et ambulatoire dont nous relevons)
- Dans le SROS il y a une enveloppe « réseaux » fermée et étanche aux autres services de santé. Son enveloppe progresse de 2,7% en 2012 (mais le taux de charge spontané est autour de 3,5%) son montant est de 5 039 000 euros en 2011.
- Le thème addiction émerge à hauteur de 8%. Il a cependant été demandé un effort de baisse de 10% en 2011 pour dégager une enveloppe destinée à valoriser certaines actions nouvelles. (Nous en avons bénéficié pour financer le DSP). Les obligations comptables seront mieux réparties, leur calendrier est présenté.

ORIENTATIONS :

Après plus de 18 mois de mise en place, l'ARS a signé le premier PRS donnant une certaine stabilité aux orientations concernant notre région. Les priorités générales annoncées sont :

- Amélioration de l'articulation entre les secteurs ville hôpital, social et médico-social
- Extension pour une couverture régionale (concerne les réseaux géronto qui ont 5 ans pour couvrir 100%)

La méthode proposée est : après examen des besoins, encourager les initiatives locales et avancer en groupes de travail au sein du PRS (Plan Régional de Santé)

Le détail des priorités est :

- Préciser la définition de la « coordination »
- Décloisonner
- Consolider la place des premiers recours
- Diminuer le délai de début des prises en charge tout en augmentant leur qualité et l'observance
- Améliorer les conditions d'exercice des professionnels de santé
- Améliorer l'efficience (L'efficience est la qualité d'un **rendement** permettant de réaliser un objectif avec l'optimisation des moyens engagés¹. Autrement dit c'est l'efficacité de l'efficacité. L'efficience est un **anglicisme issu de (en) efficiency**. Il ne doit pas se confondre avec l'efficacité, qui ne mesure que l'atteinte d'un objectif sans précision des moyens utilisés (source : Wikipédia)
- Atteindre le plus grand nombre (en maintenant au mieux la qualité)
- Rendre les actions lisibles par les Professionnels de Santé et tout particulièrement les médecins généralistes pivots du système.
- Mutualiser pour réduire les coûts.
- Elaborer (avec l'ARS) et suivre des indicateurs d'évaluation.

Rédacteur Philippe Binder
Signataire JJ Chavagnat et Ph Binder

Objectif :

Rendre compte d'une amélioration de la situation des patients inclus dans le réseau quelle que soit leur situation à l'entrée dans le réseau.

Moyens

Cette amélioration est définie semestriellement par les critères TALOS. L'apport des séances de psychologue est à évaluer dans cette amélioration car elles mobilisent un financement conséquent.

Le médecin signale déjà avec TALOS de nbx éléments mais aucun ne concerne le partenariat « à priori ». Comme le principe d'inclusion est lié avec la collaboration avec un autre professionnel, il serait utile de le formaliser ainsi :

Nouveaux items :

objet	saisie	Finalité de la mesure
Définir le partenaire (hors pharmacien)	1- un confrère généraliste 2- un spécialiste 3- un psychologue Icares 4- psy institutionnel 5- autre à définir	Justification de l'inclusion pour une mise en soutien ICARES

Le psychologue, de son côté, peut participer à l'évaluation générale sans dévoiler le contenu du soutien.

Dans un 1^o temps il peut renseigner quelques éléments objectifs sur le document de prescription dérogatoire : ils seront saisis au secrétariat

objet	saisie	Finalité de la mesure
administratif	Le nom du psy Le code patient	
Projet en cours	Dates de RDV Lors de chaque séance : 1- absent non excusé 2- absent excusé valablement 3- prochain RDV programmé 4- proch RDV ouvert à appel 5- Suivi terminé : cette cotation génère automatiquement les catégories. /1 à 2. /4 complet / 4 à 8/ plus de 8	Fréquence de contact à corréliser avec le niveau d'amélioration.
Niveau d'investissement financier en cours	A la fin de chaque séance : 1- Icares total 2- Icares partiel 3- Personnel complet	Niveau d'investissement personnel
Mode d'interruption	Quand le projet est coté « 5 » 1- Par consensus 2- Sans consensus discuté 3- Sans consensus informé 4- Sans information. Perdu de vue	Etat de l'accord thérapeutique

COMMENT ORGANISER LA COLLECTE DES DONNÉES «UTILISATION DES 8 SÉANCES» AU SEIN DU RÉSEAU ?

- PROPOSITIONS -

Le travail de mise en corrélation des données liées à l'utilisation des 8 séances auprès d'un(e) psychologue avec les données autres obtenues par TALOS nécessite une définition des catégories pertinentes et une organisation de la collecte des données spécifique.

Tableau des catégories «utilisation des 8 séances» :

CATÉGORIE	Nombre de séances
1	1 à 2
2	4
3	4 à 8
4	8
5	Plus de 8 avec renouvellement
6	Plus de 8 avec autofinancement
7	Plus de 8 avec échéance de renouvellement

À ces distinctions en catégories, il faut ajouter :

L'état du suivi (2 catégories) :

En cours / interrompu (fixer un seuil pour les absences de nouvelles de la part du patient : catégorie 4 ci-dessous)

La nature de l'interruption (4 catégories) :

1. Consensuelle
2. Non consensuelle-discutée
3. Non consensuelle-message téléphonique
4. Non consensuelle-sans information

Un point reste à éclaircir :

L'autofinancement, partiel ou total peut apparaître avant l'échéance des 8 séances, et même dès la 1^{re} séance.

La catégorisation pourrait se faire selon deux axes :

1. Renouvellement au-delà des 8 séances annuelles
2. Autofinancement total
3. Autofinancement partiel, en alternance

ANNEXE

Le mode de saisie ne serait pas complexifié par la saisie par date ; le fonctionnement logiciel se chargerait du traitement des données.

Il y a à déterminer des cotations pour les catégories «en cours / interrompu», «mode d'interruption» et «mode de financement».

Exemplification :

Tel patient ABCDEF10123456 :

LE PSYCHOLOGUE SAISIT					LE LOGICIEL DÉTERMINE		
nb	Date entretien	En cours ?	Cot. interruption	Mode de financement	Fréquence	Catégorie «8 séances»	Durée totale : Dt
1							
2					2/Dt1		Entre 1 et 2 : Dt1
3					3/Dt2		Entre 1 et 3 : Dt2
4					4/Dt4		Entre 1 et 4 : Dt3
5					Etc...		Etc....
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
etc							

ANNEXE