### Enjeux

Le tableau de bord a été construit dans le cadre de la phase d’élaboration du diagnostic territorial. Il vise à outiller la démarche en apportant des éléments quantitatifs, mesurés ou calculés de façon uniforme, qui permettront de lancer ou d’animer les échanges qualitatifs sur les portes d’entrée. Les indicateurs du tableau de bord n’ont pas vocation à apporter des réponses « clés en main » mais à orienter le questionnement des acteurs.

La défiance que rencontre la notion de mesure dans un domaine qui s’intéresse principalement à l’ « humain » constitue un obstacle à toute perspective de prévention de situations indésirables, puisque précisément on s’interdit d’en prendre la mesure (cf. les perdus de vue, les rendez-vous non honorés, les hospitalisations trop prolongées, le non enregistrement des évaluations périodiques, etc…).

**Ces indicateurs ne sont pas faits pour « normer » des valeurs que l’on considèrerait comme optimales, mais pour amener les professionnels eux-mêmes à s’interroger sur le service rendu à partir de certains repères indicatifs.**

### Description

Pour des raisons de simplification, un seul tableau de bord est proposé pour répondre à deux descriptions différentes du territoire :

* La carte d’identité (fiche outil n° 2), (1er onglet du tableau de bord) qui vise à décrire le territoire au regard de ses spécificité géo démographiques, mais également au regard des acteurs qui y interviennent. La carte d’identité présente des indicateurs de contexte mesurés à l’échelle du territoire concerné et en mis en regard des valeurs départementale et régionales. Ces indicateurs permettront de disposer d’une « toile de fond » lors des échanges et de percevoir des signaux « d’alerte » éventuels ;
* Les caractéristiques du parcours (2nd onglet du tableau de bord) prennent comme point focal la personne dans son parcours, au sein du territoire. Selon cette approche, les indicateurs du parcours sont structurés en fonction des portes d’entrée. Ils veulent témoigner de façon objectivée des points de rupture que rencontrent les usagers et les familles, points de rupture induits par les organisations mises en place par et entre les professionnels.

## ***Critères de sélection des indicateurs***

Le tableau de bord s’appuie sur les principes suivants :

* Il convient de privilégier l’utilisation les sources de données disponibles ;
* Le choix de recueillir des informations ad hoc ou de réaliser des traitements supplémentaires est fait pour apporter une information supplémentaire nécessaire ;
* L’interprétation des données doit être la plus simple possible et se rapprocher de la représentation des acteurs de terrain.

Il convient de préciser qu’il s’agit d’un socle minimal d’indicateurs et que le cas échéant, toute donnée disponible susceptible d’apporter une information pertinente peut être prise en compte dans la démarche de diagnostic territorial.

## ***Les limites***

Le travail d’inventaire par porte d’entrée s’est soldé par l’élimination d’un certain nombre de propositions, ce qui réduit à 3 (à 5) le nombre d’indicateurs par porte.

La principale raison réside dans la non disponibilité des données dans les bases, au cloisonnement dans l’enregistrement des données (pas de chainage possible entre service d’urgences et hospitalisation ; entre suivi ambulatoire et hospitalisation). Il n’en demeure pas moins que certains seraient très utiles dans le cadre de politiques publiques.

## ***Les données concernées : Les indicateurs par porte d’entrée :***

Pour chaque porte d’entrée, et pour chaque indicateur qui fait l’objet d’une enquête ad hoc, une fiche vient préciser les définitions, le mode de calcul, les attendus[[1]](#footnote-1). Les indicateurs qui ne font pas l’objet d’une fiche descriptive (ci-dessous) sont directement accessibles ou calculables à partir des sources d’information disponibles.

* **PE 1 : Accès au diagnostic et aux soins psychiatriques**

Les 3 indicateurs proposés sont obtenus à partir de données fournies par les établissements sanitaires dans leur composante centres médico-psychologiques (CMP) qui constitue avec la médecine de ville générale ou spécialisée en psychiatrie la principale voie d’accès au diagnostic et aux soins ; ils proviennent de l’étude réalisée en 2008 par la MEAH (les fiches de présentation font suite à la fiche de l’indicateur[[2]](#footnote-2)).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PE1 - Délai de 1er rendez-vous en CMP avec un professionnel du soin** | | | |
| 1. **Définir :** Nombre de patients pris en charge dans un délai inférieur à 7 jours/ total de premiers RV fixés (hors urgence) | | | |
| Expliquer l’indicateur | Le CMP constitue le niveau de premier recours proposé par le secteur psychiatrique. Le délai d’obtention d’un premier rendez-vous avec un professionnel du soin (médecin, infirmier, psychologue) vise à mesurer l’accessibilité concrète au diagnostic et aux soins. | | |
| Type d’indicateur |  | | Taux |
| Objectif quantifié à atteindre | Le délai doit être inférieur à 7 jours | | |
| Facteurs pouvant affecter la valeur mesurée | Absence de relevé d’appels des usagers | | |
| Interprétation (enjeux, précautions) | - Peut déboucher sur un indicateur de routine pour les établissements  - Enjeu d’harmonisation des pratiques entre secteurs en fonction des résultats observés | | |
| 1. **S’assurer de la productibilité** | | | |
| ***Numérateur****: nombre de rendez-vous fixé dans un délai <7jours* | | | |
| Définition précise de la donnée à recueillir | Date du premier appel  Et date du contact eu au CMP avec un soignant, toutes catégories confondues | | |
| Modalités pratiques : relevés des appels et agendas des professionnels | | | |
| Pour les données produites en routine | Quel service la produit ?  CMP | Personne responsable du transfert et contact |  |
| Pour les données produites ad hoc | Quel outil de recueil ?  Outil ANAP Ad hoc données anonymisées | Qui recueille ?  IDE/Secrétaire | Qui traite ?  CMP |
| Périodicité  Unique sur 28 jours ouvrables | Source des données AD HOC | Recueil exhaustif. | Echantillonnage.  Lequel ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ***Dénominateur****: nombre d’appels d’usagers ou de professionnels sollicitant une 1ère consultation en CMP* ***hors contexte d’urgence*** *auprès du secrétariat du CMP* | | | |
| Définition précise de la donnée à recueillir | Enregistrement exhaustif par le secrétariat du CMP (avec outil ANAP) de l’ensemble des demandes téléphoniques de 1er rdv sur une période de 28 jours ouvrables consécutifs.  =>4 données à renseigner pour chaque appel:  date de l’appel –rdv fixé ou non (motif)– date de rdv fixé – avec quel professionnel. | | |
| Modalités pratiques | | | |
| Pour les données produites en routine | Quel service la produit ?  CMP | Personne responsable du transfert et contact |  |
| Pour les données produites ad hoc | Quel outil de recueil ?  Outil ANAP Ad hoc données anonymisées | Qui recueille ?  IDE/Secrétaire | Qui traite ?  CMP |
| Périodicité de la mesure :  Unique sur 28 jours ouvrables | Source des données  AD HOC | Recueil exhaustif. |  |
| 1. **Suivi** | | | |
| Valeur de départ | Inconnue | Valeur cible | inconnue |
| Evolution attendue sans le projet (estimation) |  | | |
| Evolution attendue avec le projet (estimation) | Augmentation du % de rendez-vous fixés dans un délai<7 jours | | |
| Evolution observée |  | | |
| Commentaires |  | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PE1 - % de premiers rendez-vous non honorés en CMP** | | | |
| 1. **Définir :** Taux de premiers RV non honorés (découverts le jour même) sur l’ensemble des premiers RV programmés en CMP | | | |
| Expliquer l’indicateur | Un % important de RV non honorés peut renvoyer à un problème d’organisation (délais trop importants par ex)A mettre en corrélation avec l’indicateur de délai. | | |
| Type d’indicateur |  | | Taux |
| Objectif quantifié à atteindre | Evaluer le nombre d’heures perdues (plages mobilisables) pour d’autres rendez-vous | | |
| Facteurs pouvant affecter la valeur mesurée | Absence de codification des non venus | | |
| Interprétation (enjeux, précautions) | * Prospectif, 4 données à recueillir AD HOC : nombre total de rdv programmés – nb de 1er rdv – nb de rdv non honorés total – nb de 1er rdv non honorés * Attention : un premier RDV renvoie à un premier RDV avec la structure CMP et non premier RDV avec l’interlocuteur * Moduler l’interprétation en fonction de la catégorie de personnels soignants (psychiatre, infirmiers, psychologues) | | |
| 1. **S’assurer de la productibilité** | | | |
| ***Numérateur****: nombre de non venues à un premier RV* | | | |
| Définition précise de la donnée à recueillir | Nombre de premiers RV non honorés tous personnels soignants confondus | | |
| Modalités pratiques : relevés et les agendas des professionnels | | | |
| Pour les données produites en routine | Quel service la produit ?  CMP | Personne responsable du transfert et contact |  |
| Pour les données produites ad hoc | Quel outil de recueil ?  AGENDAS | Qui recueille ?  IDE/SECRETAIRE | Qui traite ?  Equipe projet du CMP (Cadre et médecin) en lien avec l’équipe du territoire |
| Périodicité  Les 3 derniers mois de manière rétrospective | Source des données | Recueil exhaustif.  Recueil rétrospectif sur les 3 derniers mois |  |
| ***Dénominateur*** | | | |
| Définition précise de la donnée à recueillir | Nombre de 1er RV programmés | | |
| Modalités pratiques | | | |
| Pour les données produites en routine | Quel service la produit ?  CMP | Personne responsable du transfert et contact |  |
| Pour les données produites ad hoc | Quel outil de recueil ?  AGENDAS | Qui recueille ?  IDE/Secrétaire | Qui traite ?  Equipe projet du CMP (Cadre et médecin) en lien avec l’équipe du territoire |
| Périodicité de la mesure :  Les 3 derniers mois de manière rétrospective | Source des données | Recueil exhaustif. |  |
| 1. **Suivi** | | | |
| Valeur de départ | entre 10% et 20% | Valeur cible : 10% à moins | inconnue |
| Evolution attendue sans le projet (estimation) | Pas d’évolution | | |
| Evolution attendue avec le projet (estimation) | Diminution | | |
| Evolution observée |  | | |
| Commentaires |  | | |

* **PE2 : Situations inadéquates**

Bien qu’introduit depuis plusieurs années dans la littérature[[3]](#footnote-3) et dans les PRS des ARS, cette mesure des hospitalisations de longue durée (supérieure à 292 jours : soit un an déduction faire de permissions de sortie) ne donne pas lieu à un recueil standardisé. Strictement, une hospitalisation inadéquate est une hospitalisation qui ne se justifie plus médicalement. Pour les uns, cette vérification s’obtient à dire d’experts (avis du chef de service), pour d’autres, tout patient hospitalisé en attente d’une structure après orientation MDPH relève de cette catégorie, pour d’autres enfin, ce sont des personnes hospitalisées au long cours (depuis plus de 292j) alors qu’elles bénéficient d’une orientation MDPH. C’est pourquoi, nous avons préféré dans un premier temps ne retenir que le critère de la durée afin d’évaluer la part des personnes hospitalisées qui le sont au long cours sans préjuger du caractère adéquat ou non de l’hospitalisation. Il s’agit simplement à ce stade de valoriser l’importance de cette population dans la file active annuelle comme marqueur d’un risque de désaffiliation pour le patient.

Pour autant, il serait réducteur de s’en tenir à une valeur en soi : il faudra questionner entre autres les capacités de réponse des établissements médico-sociaux, les pratiques des équipes de secteur, le rôle joué par la MDPH. Il s’agit bien d’un indicateur d’appel qui doit interroger toute la chaîne des acteurs du parcours bien au-delà des établissements où cette mesure est effectuée.

Les ré-hospitalisations constituent une part non négligeable des hospitalisations. Pour certaines, programmées à l’avance, ces épisodes ne posent pas de questions particulières. Il n’en va pas de même pour des ré-hospitalisations non programmées. La MEAH n’a pas proposé d’indicateur en routine, même si elle avait évoqué les ré-hospitalisations dans un délai de 5 jours. Nous proposons de retenir dans une première analyse les ré-hospitalisations non programmées enregistrées pour un même patient au cours d’une année. Là encore, il s’agit d’une base pour questionner les équipes sur leurs pratiques.

Par ailleurs et selon une même approche, l’institutionnalisation en milieu médicosocial doit être interrogée, vis-à-vis des possibilités de maintien à domicile des personnes concernées. Les situations peuvent être également considérées comme inadéquates selon le profil de la personne et le niveau de spécialisation de l’institution accueillante. Par ailleurs, les personnes peuvent pouvoir bénéficier d’un accompagnement adapté à domicile alors qu’elles restent maintenues en institution.

Ce sont autant de situations inadéquates que l’ANAP a exploré via des fiches thématiques spécifiques.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PE2 - Taux d’hospitalisations temps plein prolongées** | | | |
| 1. **Définir :** le nombre de personnes hospitalisées depuis 292 jours ou plus en psychiatrie et présents au moins un jour en hospitalisation dans l’année précédente sur le nombre de personnes hospitalisées à temps plein en psychiatrie sur l’année | | | |
| Expliquer l’indicateur | Les hospitalisations prolongées peuvent avoir des effets négatifs sur la réinsertion sociale des patients. Même si la longue durée en tant que telle n’est pas un indicateur d’inadéquation, la fréquence de cette situation peut constituer un indicateur *de risque* qu’il est intéressant de mesurer. Le seuil retenu est de 292 jours (en discontinu) sur une année.  **Et ce, par secteur.** | | |
| Type d’indicateur |  | | Taux |
| Objectif quantifié à atteindre |  | | |
| Facteurs pouvant affecter la valeur mesurée | * Le type de pathologies prises en charge et l’orientation thérapeutique des praticiens * Les hospitalisations sous contrainte | | |
| Interprétation (enjeux, précautions) | * Ne pas confondre hospitalisations longues et hospitalisations inadéquates. Il s’agit d’évaluer un risque de désaffiliation associé aux hospitalisations particulièrement longues * Avoir la base de l’année précédente disponible * Qualité et exhaustivité du codage du PMSI * Attention à la psychiatrie en MCO étant codée dans le PMSI de l’établissement MCO ou recueil RIM-P distinct ? | | |
| 1. **S’assurer de la productibilité** | | | |
| ***Numérateur*** | | | |
| Définition précise de la donnée à recueillir | Nombre de personnes hospitalisées à temps plein pendant plus de 292 jours et hospitalisées dans l’année précédente en psychiatrie sur l’année | | |
| Modalités pratiques | | | |
| Pour les données produites en routine | Quel service la produit ?  DIM | Personne responsable du transfert et contact | Qui traite ?  ATIH ? |
| Périodicité:  Annuel rétrospectif (les 3 dernières années) | Source des données  PMSI | Recueil exhaustif. | Qui recueille ?  DIM |
| ***Dénominateur*** | | | |
| Définition précise de la donnée à recueillir | La file active des personnes hospitalisées sur l’année (complète et temps partiel), à l’exclusion de l’activité ambulatoire | | |
| Modalités pratiques | | | |
| Pour les données produites en routine | Quel service la produit ? DIM | Personne responsable du transfert et contact | Qui traite ?  ATIH ? |
| Périodicité de la mesure:  Annuel rétrospectif (les 3 dernières années) | Source des données PMSI | Recueil exhaustif. | Qui recueille ?  DIM |
| 1. **Suivi** | | | |
| Valeur de départ | Première mesure | Valeur cible | ? |
| Evolution attendue sans le projet (estimation) | Stagnation | | |
| Evolution attendue avec le projet (estimation) | diminution | | |
| Evolution observée | Indicateur à suivre régulièrement et à administrer de manière périodique | | |
| Commentaires | Peut permettre de mesurer l’impact des mesures de prévention en vue de limiter le phénomène au strict nécessaire | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PE2 - Taux de personnes ayant eu au moins une ré-hospitalisation non programmée après passage aux urgences** | | | |
| 1. **Définir :** nombre de ré-hospitalisations temps plein sur un an en psychiatrie après passage aux urgences /le nombre de personnes hospitalisées à temps plein sur la même période. | | | |
| Expliquer l’indicateur | La ré-hospitalisation est un évènement affectant une personne déjà hospitalisée au moins une fois dans l’année. Les ré-hospitalisations non programmées après passage aux urgences sont peu renseignées et questionnent la prise en charge du patient.  **Et ce par secteur.** | | |
| Type d’indicateur |  | | Taux |
| Objectif quantifié à atteindre |  | | |
| Facteurs pouvant affecter la valeur mesurée | Le type de pathologies prises en charge et l’orientation thérapeutique des praticiens | | |
| Interprétation (enjeux, précautions) | * Attention à la qualité du codage et des données * Dans l’analyse, faire attention aux délais entre sortie et hospitalisation * Le décompte commence le jour de la première sortie * Dépend des organisations des urgences | | |
| 1. **S’assurer de la productibilité** | | | |
| ***Numérateur*** | | | |
| Définition précise de la donnée à recueillir | nombre de ré-hospitalisations temps plein en psychiatrie après passage aux urgences sur un an | | |
| Modalités pratiques | | | |
| Pour les données produites en routine | Quel service la produit ?  DIM | Personne responsable du transfert et contact |  |
| Pour les données produites ad hoc | Quel outil de recueil ?  AD HOC | Qui recueille ?  DIM | Qui traite ?  DIM |
| Périodicité:  Annuelle | Source des données:  PMSI | Recueil exhaustif. |  |
| ***Dénominateur*** | | | |
| Définition précise de la donnée à recueillir | La file active des personnes hospitalisées sur l’année (complète et temps partiel) | | |
| Modalités pratiques | | | |
| Pour les données produites en routine | Quel service la produit ?  DIM | Personne responsable du transfert et contact |  |
| Pour les données produites ad hoc | Quel outil de recueil ?  EXCEL ou ACCESS | Qui recueille ?  DIM | Qui traite ?  DIM |
| Périodicité de la mesure:  Annuelle | Source des données:  PMSI | Recueil exhaustif. |  |
| 1. **Suivi** | | | |
| Valeur de départ | ? | Valeur cible | ? |
| Evolution attendue sans le projet (estimation) | Stagnation | | |
| Evolution attendue avec le projet (estimation) | Diminution | | |
| Evolution observée |  | | |
| Commentaires |  | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PE2 - Nombre de ré-hospitalisations par patient ré-hospitalisé** | | | | | |
| 1. **Définir :** nombre moyen de ré-hospitalisations non programmées en psychiatrie par personneet par an | | | | | |
| Expliquer l’indicateur | Pointer les difficultés d’organisation du parcours de soins  S’apprécie par secteur | | | | |
| Type d’indicateur | Nombre absolu (dans ce cas, remplir uniquement la session « numérateur » ci-dessous) | |  | | Distribution si possible |
| Objectif quantifié à atteindre | Le nombre de ré-hospitalisations non programmées doit tendre vers 0 | | | | |
| Facteurs pouvant affecter la valeur mesurée | * Le type de pathologie et l’orientation thérapeutique de l’hôpital * Les organisations du territoire peuvent aussi l’influencer | | | | |
| Interpretation (enjeux, précautions) | Attention: il est possible de retrouver un même patient sous des identifiants différents = risque de minoration des ré-hospitalisations   * A interpréter en lien avec l’indicateur précédent | | | | |
| 1. **S’assurer de la productibilité** | | | | | |
| ***Numérateur*** | | | | | |
| Définition précise de la donnée à recueillir | nombre de ré-hospitalisations en psychiatrie (après passage aux urgences) sur une année | | | | |
| Modalités pratiques | | | | | |
| Pour les données produites en routine | Quel service la produit ?  DIM | Personne responsable du transfert et contact | |  | |
| Pour les données produites ad hoc | Quel outil de recueil ?  AD HOC | Qui recueille ?  DIM | | Qui traite ? DIM | |
| Périodicité  Annuelle | Source des données  PMSI | Recueil exhaustif. | |  | |
| ***Dénominateur*** | | | | | |
| Définition précise de la donnée à recueillir | nombre de patients ré-hospitalisés en psychiatrie (après passage aux urgences) sur une année | | | | |
| Modalités pratiques | | | | | |
| Pour les données produites en routine | Quel service la produit ?  DIM | Personne responsable du transfert et contact | |  | |
| Pour les données produites ad hoc | Quel outil de recueil ?  AD HOC | Qui recueille ?  DIM | | Qui traite ?  DIM | |
| Périodicité  Annuelle | Source des données  PMSI | Recueil exhaustif. | |  | |
| 1. **Suivi** | | | | | |
| Valeur de départ |  | Valeur cible | | 0 | |
| Evolution attendue sans le projet (estimation) | Stagnation, voire augmentation | | | | |
| Evolution attendue avec le projet (estimation) | Stagnation voire diminution | | | | |
| Evolution observée |  | | | | |
| Commentaires | Cet indicateur est un indicateur d’appel permettant de voir les difficultés organisationnelles et n’a pas de vocation normative. | | | | |
|  |  | | | | |

* **PE3 : Accès aux accompagnements sociaux et médicosociaux**

Pour aborder cette question, il n’existe pas d’indicateurs disponibles, l’information mobilisable dans les établissements étant très lacunaire, aujourd’hui, dans l’attente de la généralisation des Tableaux de bord médicosociaux élaborés par l’ANAP et gérés par l’ATIH. Dans la logique du « parcours », nous nous sommes intéressés prioritairement à la question des sorties d’hospitalisation pour les personnes en attente de structure médico-sociale. Par ailleurs, depuis 2005 la MDPH est l’instance d’orientation qui conditionne l’accès aux établissement et services médico-sociaux. D’où l’identification de deux indicateurs en direction des MDPH, partenaire incontournable de toute démarche de diagnostic territorial des parcours en psychiatrie et santé mentale.

Ces quelques éléments permettent d’approcher par des enquêtes ad hoc la question de l’accessibilité aux structures et services à travers le temps nécessaire pour enclencher une nouvelle étape du parcours (cf. Fiche outil n°4 enquête MDPH).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PE3 – Nombre de personnes hospitalisées qui ont une orientation MDPH en attente de structure** | | | |
| 1. **Définir:** identifier le nombre de personnesencore hospitalisées sans justification thérapeutiques ou de soins (ayant eu une orientation MDPH et en attente de structure) | | | |
| Expliquer l’indicateur | Cet indicateur vise à permettre d’alerter les établissements sur les dysfonctionnements des parcours de soins et parcours de vie des personnes puisque la personne est identifiée comme devant quitter l’hospitalisation. | | |
| Type d’indicateur | Taux  le nombre de personnes ayant une orientation MDPH connue sur le nombre moyen de personnes hospitalisées | |  |
| Objectif quantifié à atteindre | L’objectif idéal à atteindre est de 0, ce qui signifierait que l’ensemble des personnes a pu bénéficier de l’orientation décidée. C’est l’un des critères de mesure de la fluidité du système sur un territoire. | | |
| Facteurs pouvant affecter la valeur mesurée | * Certains services n’établissent pas de demande d’orientation auprès de la MDPH * Disponibilité de l’information dans le dossier du patient * Le cas des personnes revenant en établissement hospitalier parce qu’elles ont connu un échec d’adaptation dans la structure cible doit être traité | | |
| Interprétation (enjeux, précautions) | * Information non accessible dans le PMSI * Besoin de croiser avec les données MDPH * La possibilité de croiser les données issues de champs institutionnels distincts (enjeux juridiques) | | |
| 1. **S’assurer de la productibilité** | | | |
| ***Numérateur*** | | | |
| Définition précise de la donnée à recueillir | Nombre de personnes hospitalisées un jour donné ayant fait l’objet d’une orientation MDPH connue de l’hôpital en attente de solution de sortie | | |
| Modalités pratiques | | | |
| Pour les données produites en routine | Quel service la produit ?  Le service d’hospitalisation | Personne responsable du transfert et contact  Cadre de santé |  |
| Pour les données produites ad hoc | Quel outil de recueil ?  AD HOC | Qui recueille ?  Pour l’établissement de santé, Cadre de santé ou secrétaire médicale de l’unité de soins | Qui traite ?  L’équipe projet de l’établissement |
| Périodicité  Trimestrielle | Source des données  Dossier patient er dossier de l’assistante sociale et registre administratif de l’hôpital |  | Echantillonnage.  Lequel ? \_\_un jour donné\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ***Dénominateur*** | | | |
| Définition précise de la donnée à recueillir | Nombre de personnes hospitalisées à temps plein sur le même jour donné | | |
| Modalités pratiques | | | |
| Pour les données produites en routine | Quel service la produit ?  Le service d’hospitalisation | Personne responsable du transfert et contact  Cadre de santé |  |
| Pour les données produites ad hoc | Quel outil de recueil ?  AD HOC | Qui recueille ?  Pour l’établissement de santé, Cadre de santé ou secrétaire médicale de l’unité de soins | Qui traite ?  L’équipe projet de l’établissement |
| Périodicité de la mesure  Trimestrielle | Source des données  Registre administratif de l’hôpital |  | Echantillonnage.  Lequel ? \_\_Un jour donné\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 1. **Suivi** | | | |
| Valeur de départ |  | Valeur cible |  |
| Evolution attendue sans le projet (estimation) |  | | |
| Evolution attendue avec le projet (estimation) |  | | |
| Evolution observée |  | | |
| Commentaires | Examiner le délai entre l’observation et la décision d’orientation de la MDPH | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PE3 - Délai de traitement des dossiers par la MDPH** | | | |
| 1. **Définir:** délai mesuré en jours entre la date du dépôt du dossier en MDPH et la date de notification | | | |
| Expliquer l’indicateur | Le délai de traitement peut jouer sur la fluidité des parcours | | |
| Type d’indicateur | ⊠ Nombre absolu (dans ce cas, remplir uniquement la session « numérateur » ci-dessous. | | Taux |
| Objectif quantifié à atteindre | L’objectif est à définir pour chaque MDPH en fonction des moyens dont elle dispose. Toutefois, il est envisageable que cet indicateur puisse être remonté à un niveau national pour comparaison. | | |
| Facteurs pouvant affecter la valeur mesurée | * Définir si le délai commence à courir à partir du moment où le dossier est complet ou à partir du dépôt du dossier par la famille/la personne. | | |
| Interprétation (enjeux, précautions) | A préciser à partir des résultats de l’enquête complémentaire auprès des MDPH des 3 territoires expérimentaux | | |
| 1. **S’assurer de la productibilité** | | | |
| ***Numérateur*** moyenne de délais à partir d’un échantillon de dossiers extraits sur 3 mois | | | |
| Définition précise de la donnée à recueillir | Echantillon extrait partir de 3 critères (adultes, prestations hors demande de stationnement uniquement, dates de dépôt (3 mois écoulés) | | |
| Modalités pratiques | | | |
| Pour les données produites en routine | Quel service la produit ? | Personne responsable du transfert et contact |  |
| Pour les données produites **ad hoc** | Quel outil de recueil ? | Qui recueille ? | Qui traite ? |
| Périodicité : enquête ad hoc rétrospective sur 3 mois écoulés. Ponctuelle | Source des données : MDPH (IODAS, MDPH35) | Recueil exhaustif. | Echantillonnage.  Lequel ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ***Dénominateur*** | | | |
| Définition précise de la donnée à recueillir |  | | |
| Modalités pratiques | | | |
| Pour les données produites en routine | Quel service la produit ? | Personne responsable du transfert et contact |  |
| Pour les données produites ad hoc | Quel outil de recueil ? | Qui recueille ? | Qui traite ? |
| Périodicité de la mesure : | Source des données | Recueil exhaustif. | Echantillonnage.  Lequel ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 1. **Suivi** | | | |
| Valeur de départ | Non connue | Valeur cible : non connue |  |
| Evolution attendue sans le projet (estimation) | ? | | |
| Evolution attendue avec le projet (estimation) | ? | | |
| Evolution observée | ? | | |
| Commentaires | Cet indicateur a une finalité principale de connaissance permettant d’enrichir ‘état des lieux d’entrée du diagnostic, quitte à susciter des démarches de réduction de délai si nécessaire. | | |

* **PE4 : Accès aux soins somatiques**

Cet aspect du parcours des personnes atteintes de troubles psychiques chroniques est le moins outillé au plan des indicateurs. Si la littérature tend à accréditer l’idée que ces patients ne bénéficient pas de toute l’attention requise- ce qui se traduit par une surmortalité concrète avérée -, aucun élément concret de mesure ne permet de l’étayer. D’où la proposition de prendre connaissance sans a priori de la consommations en soins de ville et hospitaliers non psychiatriques de ces personnes en les comparant à la consommation observée en population générale adulte pour le territoire considéré. La mobilisation de ces données recueillies dans le SNIIRAM nécessite l’accord de la CNAMTS.

Par ailleurs, il paraît utile de vérifier ce qu’il en est de l’existence ou non d’un médecin traitant pour les patients inclus dans la file active (enquête ad hoc) du secteur ou de l’établissement.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PE4 - Consommation en soins de ville (hors psychiatrie) par les personnes présentant une ALD psychiatrique (ALD 23) par rapport à la population générale** | | | |
| 1. **Définir :** Consommation de soins de ville définies par les dépenses engagées pour les consultations, les dépenses médicamenteuses, les examens médico-techniques des patients présentant une ALD 23 | | | |
| Expliquer l’indicateur | L’accès aux soins somatiques est considéré comme une difficulté pour les personnes atteintes de troubles psychiatriques chroniques. Il s’agit de comparer la consommation en soins de ville de ces patients par rapport à la population générale adulte. | | |
| Type d’indicateur |  | | Taux |
| Objectif quantifié à atteindre |  | | |
| Facteurs pouvant affecter la valeur mesurée | Le fait que le médecin traitant remplisse les demandes d’ALD. Par ailleurs, le médecin de ville peut consacrer une consultation à faire du soutien psychologique lors de ses consultations sans appréhender l’aspect somatique. | | |
| Interprétation (enjeux, précautions) | * l’autorisation de l’assurance maladie afin d’accéder à ses bases * Cet indicateur sera à interpréter avec beaucoup de précautions car les personnes ayant une ALD sont suivies par un médecin traitant (remplissant la demande) * Il peut être intéressant de comparer ensuite les taux de personnes ALD 23 suivies par un médecin traitant et le taux de personnes ALD ayant un médecin traitant. * Intéressant de regarder la consommation en soins de ville (médecine générale et soins spécialisés) pour les ALD 23 et comparer avec la population générale | | |
| 1. **S’assurer de la productibilité** | | | |
| ***Numérateur*** | | | |
| Définition précise de la donnée à recueillir | dépenses en euros selon le poste de dépenses envisagées pour les personnes présentant une ALD 23 | | |
| Modalités pratiques | | | |
| Pour les données produites en routine | Quel service la produit ?  Assurance maladie | Personne responsable du transfert et contact |  |
| Pour les données produites ad hoc | Quel outil de recueil ? | Qui recueille ?  CNAMTS | Qui traite ?  CNAMTS |
| Périodicité  Les 3 dernières années? | Source des données  SNIIRAM | Recueil exhaustif. |  |
| ***Dénominateur*** | | | |
| Définition précise de la donnée à recueillir | dépenses en euros selon le poste de dépenses envisagées pour la population générale | | |
| Modalités pratiques | | | |
| Pour les données produites en routine | Quel service la produit ?  Assurance maladie | Personne responsable du transfert et contact |  |
| Pour les données produites ad hoc | Quel outil de recueil ? | Qui recueille ?  CNAMTS | Qui traite ?  CNAMTS |
| Périodicité de la mesure  Les 3 dernières années? | Source des données  SNIIRAM | Recueil exhaustif. |  |
| 1. **Suivi** | | | |
| Valeur de départ |  | Valeur cible | 100% |
| Evolution attendue sans le projet (estimation) | Stagnation | | |
| Evolution attendue avec le projet (estimation) | Augmentation du suivi et de la consommation de soins de ville des personnes ayant des pathologies psychiatriques chroniques/ALD 23 | | |
| Evolution observée |  | | |
| Commentaires | Cette fiche se combine avec la suivante | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PE4 - Consommation de soins hospitaliers MCO hors psychiatrie par les personnes présentant une ALD psychiatrique (ALD 23) par rapport à la population générale** | | | |
| 1. **Définir :** dépenses hospitalières MCO engagées par des personnes présentant une ALD 23 par rapport aux dépenses hospitalières enregistrées pour la population générale | | | |
| Expliquer l’indicateur | Cet indicateur cherche à évaluer le recours aux soins somatiques hospitaliers (hors psychiatrie) des personnes atteintes de maladies psychiques chroniques | | |
| Type d’indicateur | Nombre absolu (dans ce cas, remplir uniquement la session « numérateur » ci-dessous. | | Taux |
| Objectif quantifié à atteindre |  | | |
| Facteurs pouvant affecter la valeur mesurée |  | | |
| Interprétation (enjeux, précautions) |  | | |
| 1. **S’assurer de la productibilité** | | | |
| ***Numérateur*** | | | |
| Définition précise de la donnée à recueillir | Dépenses hospitalières MCO de personnes présentant une ALD23 pendant une année sur le territoire concerné | | |
| Modalités pratiques | | | |
| Pour les données produites en routine | Quel service la produit ?  Assurance maladie | Personne responsable du transfert et contact |  |
| Pour les données produites ad hoc | Quel outil de recueil ? | Qui recueille ? | Qui traite ? |
| Périodicité | Source des données | Recueil exhaustif. | Echantillonnage.  Lequel ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ***Dénominateur*** | | | |
| Définition précise de la donnée à recueillir | Dépenses hospitalières MCO de la population générale adulte du trerritoire concerné | | |
| Modalités pratiques | | | |
| Pour les données produites en routine | Quel service la produit ?  Assurance maladie | Personne responsable du transfert et contact |  |
| Pour les données produites ad hoc | Quel outil de recueil ? | Qui recueille ? | Qui traite ? |
| Périodicité de la mesure | Source des données | Recueil exhaustif. | Echantillonnage.  Lequel ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 1. **Suivi** | | | |
| Valeur de départ |  | Valeur cible |  |
| Evolution attendue sans le projet (estimation) |  | | |
| Evolution attendue avec le projet (estimation) |  | | |
| Evolution observée |  | | |
| Commentaires |  | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PE4-Pourcentage de patients de la file active hospitalière du secteur sans médecin traitant** | | | |
| 1. **Définir :**   proportion de personnes de la file active ne bénéficiant pas de médecin traitant. | | | |
| Expliquer l’indicateur | Vérifier l’accès concret des personnes aux soins somatiques selon le droit commun | | |
| Type d’indicateur | Nombre absolu (dans ce cas, remplir uniquement la session « numérateur » ci-dessous. | | Taux |
| Objectif quantifié à atteindre | 0% | | |
| Facteurs pouvant affecter la valeur mesurée | -Données non recueillies exhaustivement | | |
| Interprétation (enjeux, précautions) | Estimation de la difficulté d’accès aux soins somatiques. Information recueillie au niveau des secteurs. A consolider au niveau de l’établissement | | |
| 1. **S’assurer de la productibilité** | | | |
| ***Numérateur*** | | | |
| Définition précise de la donnée à recueillir | Le nombre de personnes de la file active suivies par un médecin traitant connu par l’établissement un jour donné par service/pôle et/ou secteur | | |
| Modalités pratiques | | | |
| Pour les données produites en routine | Quel service la produit ?  Service de psy concerné | Personne responsable du transfert et contact |  |
| Pour les données produites ad hoc | Quel outil de recueil ? | Qui recueille ? | Qui traite ?  L’équipe projet |
| Périodicité  Un jour donné | Source des données  Dossiers patient | Recueil exhaustif. | Echantillonnage.  Lequel ? \_\_\_\_\_Un jour donné\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ***Dénominateur*** | | | |
| Définition précise de la donnée à recueillir | Le nombre de personnes de la file active du secteur sur le même jour donné | | |
| Modalités pratiques | | | |
| Pour les données produites en routine | Quel service la produit ?  Service de psy concerné | Personne responsable du transfert et contact |  |
| Pour les données produites ad hoc | Quel outil de recueil ? | Qui recueille ? | Qui traite ? |
| Périodicité de la mesure  Un jour donné | Source des données  Dossiers patient | Recueil exhaustif. | Echantillonnage.  Lequel ? \_Un jour donné\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 1. **Suivi** | | | |
| Valeur de départ |  | Valeur cible |  |
| Evolution attendue sans le projet (estimation) | Déclencher un questionnement systématique de l’équipe et faire évoluer les pratiques, les équipes cherchant à trouver un médecin traitant | | |
| Evolution attendue avec le projet (estimation) | Augmentation de nombres de personnes de la file active suivies par un médecin traitant et donc un accès facilité aux soins somatiques | | |
| Evolution observée |  | | |
| Commentaires | A consolider au niveau de l’établissement – variabilité d’un secteur à l’autre ? | | |

* **PE 5 : Prévention et gestion des situations de crise**

Très fréquemment évoquée en raison de son impact traumatique, la situation de crise ne fait pas l’objet d’une définition précise. Tout au plus peut-on approcher le phénomène en considérant les hospitalisations en urgence et les hospitalisations sans consentement comme des marqueurs d’une situation aggravée nécessitant une intervention rapide.

Il s’agit de mesurer la prévalence de ce type d’accès aux soins psychiatriques parmi la population hospitalisée du territoire concerné.

S’agissant de la prévention, il a paru intéressant de configurer un indicateur approchant la notion de « perdus de vue » en considérant comme tels les personnes qui font l’objet d’une ré-hospitalisation non programmée alors qu’elles n’avaient eu aucun contact avec le service (hospitalisation et CMP) depuis au moins 1an.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PE5 -% d’hospitalisations temps plein suite à un passage aux urgences générales ou psychiatriques** | | | |
| 1. **Définir :** Part que représentent les admissions via les urgences dans les admissions en hospitalisation temps plein psychiatriques | | | |
| Expliquer l’indicateur | Il s’agit d’approcher la place des situations dites « de crise » dans le recours à l’hospitalisation | | |
| Type d’indicateur | Nombre absolu (dans ce cas, remplir uniquement la session « numérateur » ci-dessous. | | Taux |
| Objectif quantifié à atteindre | Pas de valeur cible assignée, si ce n’est de minimiser la part des hospitalisations non programmées | | |
| Facteurs pouvant affecter la valeur mesurée | Efficacité des dispositifs de prévention et de suivi, se traduisant par une meilleure détection des signaux et une intervention précoce au domicile | | |
| Interprétation (enjeux, précautions) | Dépend des contextes territoriaux.  Intéressant de suivre l’évolution de l’indicateur dans la durée, secteur par secteur pour un établissement donné.  Les patients consécutivement hospitalisés en psychiatrie après passage aux urgences  Ne concerne pas toutes les situations de crise, car certaines situations passent par d’autres services (ex traumato – réa, etc…)  Attention au codage des médecins DIM ; risque sous-sestimation du phénomène du fait des circuits d’organisation et de codage. | | |
| 1. **S’assurer de la productibilité** | | | |
| ***Numérateur*** | | | |
| Définition précise de la donnée à recueillir | Nombre de personnes admises en hospitalisation à temps plein sur une année en provenance d’un service d’urgence | | |
| Modalités pratiques | | | |
| Pour les données produites en routine | Quel service la produit ? DIM | Personne responsable du transfert et contact |  |
| Périodicité: annuelle | Source des données PMSI | Recueil exhaustif. | Echantillonnage.  Lequel ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ***Dénominateur*** | | | |
| Définition précise de la donnée à recueillir | Nombre de personnes hospitalisées dans l’année | | |
| Modalités pratiques | | | |
| Pour les données produites en routine | Quel service la produit ? DIM | Personne responsable du transfert et contact |  |
| Périodicité de la mesure:  annuelle | Source des données PMSI | Recueil exhaustif. | Echantillonnage.  Lequel ? \_\_un jour donné |
| 1. **Suivi** | | | |
| Valeur de départ |  | Valeur cible | ? |
| Evolution attendue sans le projet (estimation) |  | | |
| Evolution attendue avec le projet (estimation) |  | | |
| Evolution observée |  | | |
| Commentaires | Indicateur construit pour le projet. Pas de valeurs de référence. A utiliser dans une perspective de comparaison inter-établissements et d’évolution dans le temps. | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PE5**- **% de personnes hospitalisées sans consentement dans la file active** | | | |
| 1. **Définir :** Mesure de la prévalence des hospitalisations SRDE dans le recours à l’hospitalisation temps plein | | | |
| Expliquer l’indicateur | Les hospitalisations sans consentement (SRDE, péril imminent) désignent des situations de crise qui ne transitent pas par les services d’urgence générales. | | |
| Type d’indicateur | Nombre absolu (dans ce cas, remplir uniquement la session « numérateur » ci-dessous. | | Taux |
| Objectif quantifié à atteindre | Absence de valeurs de référence | | |
| Facteurs pouvant affecter la valeur mesurée | L’appréciation de la situation par le représentant de l’Etat peut varier sensiblement d’un département à un autre. | | |
| Interprétation (enjeux, précautions) | Il est important de mesurer l’évolution de ces hospitalisations en valeur absolue pour observer les tendances (évolution dans le temps). | | |
| 1. **S’assurer de la productibilité** | | | |
| ***Numérateur*** | | | |
| Définition précise de la donnée à recueillir | Nombre de personnes hospitalisés sans consentement dans l’année | | |
| Modalités pratiques | | | |
| Pour les données produites en routine | Quel service la produit ?  DIM | Personne responsable du transfert et contact |  |
| Pour les données produites ad hoc | Quel outil de recueil ? | Qui recueille ? DIM | Qui traite ? DIM |
| Périodicité:  Annuelle | Source des données:  PMSI | Recueil exhaustif. | Echantillonnage.  Lequel ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ***Dénominateur*** | | | |
| Définition précise de la donnée à recueillir | Nombre de personnes hospitalisées à temps plein en psychiatrie sur un an | | |
| Modalités pratiques | | | |
| Pour les données produites en routine | Quel service la produit ?  DIM | Personne responsable du transfert et contact |  |
| Pour les données produites ad hoc | Quel outil d’analyse ?  E | Qui recueille ? DIM | Qui traite ? DIM |
| Périodicité de la mesure:  Annuelle | Source des données:  PMSI | Recueil exhaustif. | Echantillonnage.  Lequel ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 1. **Suivi** | | | |
| Valeur de départ | ? | Valeur cible |  |
| Evolution attendue sans le projet (estimation) | Stagnation | | |
| Evolution attendue avec le projet (estimation) | Diminution | | |
| Evolution observée |  | | |
| Commentaires | Pas de valeur de référence. Il s’agit d’établir une base pour interroger les organisations (à suivre dans le temps) | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PE5- % de personnes hospitalisées à temps plein en psychiatrie après passage aux urgences générales et ou psychiatrie dans l'année et non suivies en psychiatrie ambulatoire de secteur depuis 1 an/ file active** | | | |
| 1. **Définir :** L’indicateur rapporte une population de personnes, sans suivi sur une période d’1an au moment de leur hospitalisation, à la file active HTP | | | |
| Expliquer l’indicateur | Cet indicateur vise à mesurer l’incidence du suivi en ambulatoire sur le recours non programmé à l’hospitalisation temps plein ; il approfondit l’information apportée par l’indicateur précédent. Il repose sur l’hypothèse selon laquelle une interruption du suivi de la personne « perdue de vue » peut conduire à une situation de crise à l’origine d’une hospitalisation non programmée. Il s’agit de vérifier cette hypothèse | | |
| Type d’indicateur | Nombre absolu (dans ce cas, remplir uniquement la session « numérateur » ci-dessous. | | Taux |
| Objectif quantifié à atteindre |  | | |
| Facteurs pouvant affecter la valeur mesurée |  | | |
| Interprétation (enjeux, précautions) | Utile au sein d’un établissement dans une perspective comparative entre secteurs ou pour observer l’évolution dans le temps.  NB : Un suivi peut avoir été réalisé par un service d'accompagnement ne dépendant pas de l’équipe de secteur : la personne apparaîtra comme n’ayant pas été suivie par l’équipe de secteur, alors qu’elle aura bénéficié d’un accompagnement.  Non suivi en CMP CATTP, hôpital de jour  Besoin de 3 informations :  - personnes qui sont hospitalisées ou ont eu une hospitalisation au moins une fois dans l’année  - Hospitalisation consécutive à un passage aux urgences psychiatrie ou générales  - on regarde dans l’année qui précède l’hospitalisation date d’hospitalisation – 365 jours et l’on regarde le nombre d’actes (CMP, temps partiel, etc….) rapportés au nombre de personnes | | |
| 1. **S’assurer de la productibilité** | | | |
| ***Numérateur*** | | | |
| Définition précise de la donnée à recueillir | Nombre de personnes hospitalisées temps plein en psychiatrie ou ayant été hospitalisées au moins une fois consécutivement à un passage aux urgences (psychiatrie ou générales) non vues en ambulatoire ou à temps partiel dans l’année précédente cette hospitalisation | | |
| Modalités pratiques | | | |
| Pour les données produites en routine | Quel service la produit ?  DIM | Personne responsable du transfert et contact |  |
| Pour les données produites ad hoc | Quel outil de recueil ? RIM P | Qui recueille ? DIM | Qui traite ? DIM |
| Périodicité:  Une année | Source des données:  PMSI | Recueil exhaustif. | Echantillonnage.  Lequel ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ***Dénominateur*** | | | |
| Définition précise de la donnée à recueillir | Nombre de personnes hospitalisées à temps plein en psychiatrie ou ayant été hospitalisées au moins une fois consécutivement à un passage aux urgences (psychiatrie ou générales) suivies en ambulatoire ou à temps partiel dans l’année précédente cette hospitalisation | | |
| Modalités pratiques | | | |
| Pour les données produites en routine | Quel service la produit ?  DIM | Personne responsable du transfert et contact |  |
| Pour les données produites ad hoc | Quel outil d’analyse ?  Access ? | Qui recueille ? DIM | Qui traite ? DIM |
| Périodicité de la mesure:  Une année | Source des données:  PMSI | Recueil exhaustif. | Echantillonnage.  Lequel ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 1. **Suivi** | | | |
| Valeur de départ | ? | Valeur cible |  |
| Evolution attendue sans le projet (estimation) | Stagnation | | |
| Evolution attendue avec le projet (estimation) | Diminution | | |
| Evolution observée |  | | |
| Commentaires | Il s’agit de donner une base d’évaluation qui permettra par la suite de vérifier si une mesure de réduction des situations “perdues de vue” réduit ou non le nombre d’hospitalisations non programmées. | | |

**(bouton cliquable :)**

[**Accédez à l’outil carte d’identité**](Indicateurs-données%20territoriales_V02EPR.xlsx)

### Moyens

**Utilisation des ressources internes**(cf. fiche n°6)

* Service documentation pour la veille documentaire,
* Cellule d’analyse de l’activité
* Services ou pôles de la régulation

**A l’extérieur :**

* Les établissements de santé
* Les établissements médicosociaux
* La CPAM
* La MDPH
* …

### Acteurs concernés

* L’équipe projet ou groupe projet en tant que commanditaire,
* Les établissements de santé (DIM)
* Les établissements médicosociaux (TDBS)
* Les partenaires extérieurs :
  + MDPH,
  + CPAM
  + Organismes Crepsy, ORS, CREAI, …

### Facteurs clés de succès

Les indicateurs du parcours sont des valeurs qui doivent appeler l’attention sur un dysfonctionnement possible. C’est moins leur valeur intrinsèque que leur évolution dans le temps ou leur hétérogénéité entre secteurs qui doit retenir l’observateur. Par ailleurs ces indicateurs doivent appeler d’autres questionnements au-delà de la seule sphère des établissements sanitaires qui se trouvent aujourd’hui être les principaux fournisseurs de données exploitables. Ces indicateurs appellent donc d’autres questions qu’il s’agira d’aborder sur un mode qualitatif.

Ces indicateurs sont peu nombreux, et conçus pour être rapidement mobilisables afin de nourrir l’état des lieux d’entrée du diagnostic sur un territoire donné.

### Fiches associées

* Fiche 3 : le chef de projet
* Fiche 4 : l’équipe-projet ou groupe-projet
* Fiche 5 : La liste des acteurs incontournables et son annuaire
* Fiche 6 : L’aide au repérage des démarches locales
* Fiche 7 : le plan de communication – un exemple
* Fiche 8 : l’implication des usagers
* Support : trame de lettre de cadrage
* Support : la plénière de lancement

### outils associés

* Fiche Outil 2 : la carte d’identité du territoire et sa grille d’indicateurs
* Fiche Outil 3 : les caractéristiques du parcours et sa grille d’indicateurs
* Fiche Outil 4 : la grille MDPH et sa notice d’utilisation

1. Les indicateurs issus de tableaux de bord en routine ne font l’objet d’aucune spécification particulière. [↑](#footnote-ref-1)
2. L’organisation des centres médico-psychologiques –Bonnes pratiques organisationnelles & retours d’expérience, 99p. – Voir aussi « rapport final  - résultats et évaluation – Février 2008. [↑](#footnote-ref-2)
3. *Guide pour une démarche plurielle de conduite du changement* – Comment mobiliser le projet de vie et de soins des personnes longuement hospitalisées en psychiatrie, MNASM, juin 2011 [↑](#footnote-ref-3)