

Identité du patient

Nom

Prénom

<input type="radio"/> Établissement	<input type="radio"/> UF/Secteur/Pôle.....
<input type="radio"/> Nom d'une personne référente.....	<input type="radio"/> Fonction.....
<input type="radio"/> Tél.	<input type="radio"/> Mail
En cas d'enquête à partir de ces données, l'utilisateur et/ou son représentant a-t-il (ont-ils) été bien informé(s) ?	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
<input type="radio"/> Fiche n°	

DONNÉES GÉNÉRALES

1. ÉTAT CIVIL :

- 1.1. Sexe : masculin féminin
- 1.2. Année de naissance : |__| |__| |__| |__| (mois – année)
- 1.3. Mode de vie
- | | | | | | |
|------------------|--------------------------|------------------|--------------------------|-----------|--------------------------|
| seul | <input type="checkbox"/> | en couple | <input type="checkbox"/> | autre cas | <input type="checkbox"/> |
| chez les enfants | <input type="checkbox"/> | chez les parents | <input type="checkbox"/> | | |
- 1.4. Code postal du domicile (résidence habituelle ou dernier domicile connu) |__| |__| |__| |__|

2. PARCOURS DE SOINS :

- 2.1. **Date de début des soins :** _____ (mois – année)
- 2.2. **Hospitalisations :**
- 2.2.1. Date de début de l'hospitalisation en cours : _____ (mois – année)
- 2.2.2. Mode d'hospitalisation : HL HO HDT D398
- 2.2.3. Nombre de journées d'hospitalisation par an :
 ○ Année en cours N : _____ jours Année N -1 : _____ jours
- 2.2.4. Nombre d'hospitalisations antérieures en psychiatrie : 0 ≤ 2 entre 3 et 5 ≥ 6
- 2.3. **Traitement avant l'admission :**
- 2.3.1. Suivi médical OUI NON
- 2.3.2. Suivi psychiatrique si interrompu depuis : _____ mois
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> CMP | <input type="checkbox"/> Psychologue libéral |
| <input type="checkbox"/> CATTP | <input type="checkbox"/> Psychiatre libéral |
| <input type="checkbox"/> Hôpital de jour | <input type="checkbox"/> Pas de prise en charge antérieure |
| <input type="checkbox"/> Inconnu | <input type="checkbox"/> Autres : |

3. SITUATION SOCIALE :

- 3.1. **Mode de logement ou d'hébergement au moment de l'hospitalisation** (plusieurs cases peuvent être cochées) :
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Logement individuel | <input type="checkbox"/> Logement collectif adapté (incluant une aide humaine, ex résidence accueil) |
| <input type="checkbox"/> Famille | <input type="checkbox"/> Établissement médico-social : |
| <input type="checkbox"/> Habitat social (FJT, CHRS, CADA, accueil de nuit) | <input type="checkbox"/> Foyer de vie <input type="checkbox"/> Foyer d'hébergement |
| <input type="checkbox"/> EHPAD | <input type="checkbox"/> FAM <input type="checkbox"/> MAS |
| <input type="checkbox"/> Maison de retraite | <input type="checkbox"/> Structure de soins avec hébergement |
| <input type="checkbox"/> Appartement associatif | <input type="checkbox"/> Appartement thérapeutique <input type="checkbox"/> Foyer de post-cure |
| <input type="checkbox"/> Accueil familial social | <input type="checkbox"/> Famille d'accueil thérapeutique |
| <input type="checkbox"/> Autre, à préciser | |
- 3.2. **Maintien du domicile**, la personne dispose-t-elle toujours :
- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> d'un domicile personnel | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> d'un domicile familial | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> d'une place réservée en institution | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
- 3.3. **Activité professionnelle** si interrompue, précisez depuis combien de temps (en mois) - depuis : _____ mois
- Activité professionnelle précédant l'hospitalisation : OUI NON
(métier, fonction à préciser) :
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Travail en milieu normal | <input type="checkbox"/> Invalidité |
| <input type="checkbox"/> Emploi protégé en milieu ordinaire | <input type="checkbox"/> Retraite |
| <input type="checkbox"/> ESAT | <input type="checkbox"/> En cours de formation |
| <input type="checkbox"/> Entreprise de travail adapté | <input type="checkbox"/> En cours d'insertion |
| <input type="checkbox"/> Chômage/ Sans travail | <input type="checkbox"/> N'a jamais travaillé |
- A déjà bénéficié d'un organisme de réadaptation socioprofessionnelle OUI NON ne sait pas
Lequel ?
- 3.4. **Ressources :**
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Revenus du travail | <input type="checkbox"/> Pension invalidité |
| <input type="checkbox"/> ASSEDIC | <input type="checkbox"/> Retraite |
| <input type="checkbox"/> Indemnités journalières (ALD, AT) | <input type="checkbox"/> Ressources familiales |
| <input type="checkbox"/> AAH | <input type="checkbox"/> Sans ressources |
| <input type="checkbox"/> RMI-RSA | <input type="checkbox"/> Autres : |
- 3.5. **Protection juridique :**
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Pas de protection | <input type="checkbox"/> Mesure d'accompagnement social personnalisé (MASP) |
| <input type="checkbox"/> Tutelle | <input type="checkbox"/> Mesure d'accompagnement judiciaire (MAJ, ex-TPSA) |
| <input type="checkbox"/> Curatelle | |

Pathologies somatiques associées OUI NON
Lesquelles :

5.5. **Conduites addictives** OUI NON
Lesquelles :

5.6. **Risque suicidaire** : OUI NON
Comment a-t-il été apprécié ?

5.7. **Attitudes vis-à-vis de la maladie et des soins**

	À l'admission		le		le	
Acceptation de l'hospitalisation	plutôt OUI <input type="checkbox"/>	plutôt OUI <input type="checkbox"/>	plutôt NON <input type="checkbox"/>	plutôt NON <input type="checkbox"/>	plutôt OUI <input type="checkbox"/>	plutôt NON <input type="checkbox"/>
Conscience de l'état de santé	plutôt OUI <input type="checkbox"/>	plutôt OUI <input type="checkbox"/>	plutôt NON <input type="checkbox"/>	plutôt NON <input type="checkbox"/>	plutôt OUI <input type="checkbox"/>	plutôt NON <input type="checkbox"/>
Refus ou réticence aux soins	plutôt OUI <input type="checkbox"/>	plutôt OUI <input type="checkbox"/>	plutôt NON <input type="checkbox"/>	plutôt NON <input type="checkbox"/>	plutôt OUI <input type="checkbox"/>	plutôt NON <input type="checkbox"/>

6. TRAITEMENTS AU DECOURS DE L'HOSPITALISATION :

6.1 **Type de soins actuellement dispensés à la personne hospitalisée :**

Fréquence	quotidienne	hebdomadaire	mensuelle	prescrit et refusé
Consultation psychiatrique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entretiens avec un psychologue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soins infirmiers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Groupes thérapeutiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ergothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychomotricité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orthophonie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinésithérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychothérapie individuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychothérapie de groupe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre (précisez) :				

6.2 **Travail avec la famille**

Fréquence :	hebdomadaire	mensuelle	prescrit et refusé par elle
Entretiens familiaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thérapie familiale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Groupe de parents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres (préciser) :			

6.3 **Soins dispensés hors de l'unité, pendant l'hospitalisation**

9.1.1. Consultation psychiatrique		
<input type="checkbox"/> pas de consultation hors de l'unité	<input type="checkbox"/> Psychiatre libéral
<input type="checkbox"/> CMP	<input type="checkbox"/> Autres.....
9.1.2. Psychothérapie		
<input type="checkbox"/> pas de consultation hors de l'unité	<input type="checkbox"/> Psychothérapeute libéral
<input type="checkbox"/> CMP	<input type="checkbox"/> Autre.....
9.1.3. Soins infirmiers et activités thérapeutiques		
<input type="checkbox"/> pas de soins hors de l'unité	<input type="checkbox"/> Hôpital de jour
<input type="checkbox"/> CMP	<input type="checkbox"/> Autres
<input type="checkbox"/> CATTP	

6.4 **Traitements médicamenteux** OUI NON

6.4.1. Grandes catégories de médicaments : neuroleptiques, antidépresseurs, régulateurs de l'humeur, anxiolytiques, etc. :

.....

.....

.....

ÉVALUATIONS

8. BILANS ET ÉVALUATIONS DÉJÀ EFFECTUÉS

8.1. O Des bilans ont-ils été effectués ?

	À l'admission	le	le	Lesquels ?
Psychométrique	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>			
Projectifs	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>			
Psychomoteur	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>			
Ergothérapeutique	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>			
Cognitif	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>			
Communicationnel	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>			
Somatique	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>			

Autres, préciser.....

8.2. O Recours à un centre de référence ou à un centre expert :

- Centre ressources Autisme
- Consultation mémoire
- Centre de référence Alzheimer
- Autres, préciser

.....

**9. ÉVALUATION DES BESOINS D'AIDE ET D'ACCOMPAGNEMENT DANS LA VIE
QUOTIDIENNE LE**

9.1. O Répercussions de la pathologie psychiatrique sur le fonctionnement intellectuel, les relations avec autrui, la communication et l'apprentissage

	Pas de Problème	Répercussion mineure Autonomie en rapport avec l'âge si sollicitation ou environnement approprié	Répercussion majeure Faible autonomie, besoin d'un tiers pour accomplir l'activité	Préciser si la répercussion varie dans le temps ou est permanente	
				variable	permanente
S'orienter dans le temps (lire l'heure, repérer jour, mois, année, respecter un horaire)					
S'orienter dans l'espace (lieux connus)					
Mémoriser					
Raisonner– organiser des idées simples					
Prendre des décisions					
Prendre des initiatives pour réaliser des activités					

Demander de l'aide si nécessaire (y compris en termes de soins)					
Ne pas mettre sa vie ou celle des autres en danger					
Réagir de façon adaptée à une situation risquée					
Respecter les règles de vie					
Maîtriser son comportement dans ses relations avec					
Avoir des relations avec ses pairs					
Parler					
Comprendre une phrase simple					
Mener une conversation					

9.2. O Limitations effectives dans la réalisation des activités quotidiennes (constatées actuellement en cours d'hospitalisation)

	Activité réalisée seul et sans difficulté	Activité réalisée partiellement avec l'aide d'un tiers ou sur sollicitation	Activité réalisée avec l'aide répétée d'un tiers ou une surveillance continue	Activité non réalisée par lui-même (substitution ou renoncement)	Question sans objet
Se laver					
S'habiller					
Manger des repas préparés					
Se déplacer au sein de l'établissement					
Se déplacer hors de l'établissement					
Utiliser les transports en commun					
Utiliser le téléphone					

Continence urinaire oui non
 Continence fécale oui non
 Difficulté motrice oui non fauteuil roulant manuel électrique

9.3. O Potentialités de la personne (estimées par l'équipe psychiatrique. *Exemple, s'il devait faire ses courses, il le ferait : seul et sans difficulté / cela nécessiterait qu'on le lui rappelle ou qu'on l'accompagne la première fois / il serait nécessaire de l'accompagner systématiquement, il n'est pas possible de le faire participer à cette activité*).

	Peut réaliser cette activité seul et sans difficulté	Peut réaliser cette activité si un tiers l'aide ponctuellement ou si quelqu'un le sollicite	La réalisation de cette activité nécessite l'aide répétée d'un tiers ou une surveillance continue	Ne peut pas du tout participer à cette activité (substitution ou renoncement)	Question sans objet
Faire ses courses					
Préparer ses repas					

Faire ses activités domestiques (ménage, linge)					
Avoir des relations adaptées avec le voisinage					
Prendre ses médicaments					
Avoir des loisirs					
Partir en vacances					
Démarches administratives					
Gérer son argent quotidien					
Gérer son budget (factures)					

9.4. ○ Retentissement sur la vie sociale et familiale :

9.4.1. Sur la vie sociale de la personne

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

9.4.2. Sur sa vie familiale et celle de ses proches :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

10. CAPACITÉS D'ADAPTATION PROFESSIONNELLE LE

10.1. ○ Retentissement cognitif :

Attention	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	:	Raisonnement	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Apprentissage	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	:	Vitesse d'exécution	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Praxies	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	:	Fatigabilité	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

10.2. ○ Dernière scolarité suivie :

<input type="checkbox"/> École élémentaire	:	<input type="checkbox"/> Enseignement technique ou professionnel court (CAP, BEP ou équivalent)
<input type="checkbox"/> Scolarité en établissement médico-social (IME, IMPRO, ITEP, ...)	:	<input type="checkbox"/> Enseignement technique ou professionnel long (brevet de technicien, BAC pro, etc.)
<input type="checkbox"/> Collège	:	<input type="checkbox"/> Université ou études supérieures (y compris technique supérieur)
<input type="checkbox"/> Lycée :	:	
<input type="checkbox"/> Autres, préciser :	:	

Diplôme obtenu : OUI NON Précisez :

Niveau de formation actuel :

10.3. ○ Projet professionnel exprimé par la personne

Pas de projet exprimé par la personne

Projet professionnel exprimé par la personne, préciser :

.....

10.4. ○ Capacités d'insertion professionnelle :

Milieu ordinaire Milieu protégé (type à préciser)

Aucune : raisons à préciser (âge, polyhandicap, etc.) :

.....

PROJET DE FIN D'HOSPITALISATION À TEMPS COMPLET

Un projet est une projection dans l'avenir qu'il est toujours souhaitable d'avoir même si sa réalisation dans le temps semble lointaine

11. MODALITÉS ENVISAGEABLES ET CONDITIONS DE RÉALISATION D'UN PROJET DE FIN D'HOSPITALISATION :

11.1. **O Les modalités de prise en charge psychiatrique** actuelle à temps complet vous semblent-elles aujourd'hui adaptées aux besoins de cette personne ? OUI NON

11.2. **O Si une autre formule vous apparaît souhaitable**, quelles seraient, selon vous, les modalités de réponses idéales, tant en termes de logement, de soins et d'accompagnement à la vie quotidienne, sociale ou professionnelle ?

Logement	Soins en santé mentale	Activités	Accompagnement à la vie quotidienne, sociale et professionnelle
<input type="checkbox"/> Logement individuel de droit commun <input type="checkbox"/> avec accompagnement ou aide à domicile <input type="checkbox"/> sans accompagnement particulier	<input type="checkbox"/> Soins ambulatoires individuels <input type="checkbox"/> Consultation CMP <input type="checkbox"/> Soins infirmiers <input type="checkbox"/> Remédiation cognitive <input type="checkbox"/> Psychothérapie <input type="checkbox"/> Psychiatre libéral	<input type="checkbox"/> Activité professionnelle <input type="checkbox"/> Emploi en milieu ordinaire <input type="checkbox"/> Chantier d'insertion <input type="checkbox"/> Entreprise de travail adapté <input type="checkbox"/> ESAT (ex-CAT)	<input type="checkbox"/> Accompagnement professionnelle <input type="checkbox"/> Accompagnement pour la recherche d'emploi en milieu ordinaire (CAP Emploi) <input type="checkbox"/> Accompagnement pour élaborer un projet professionnel (centre de pré orientation professionnelle)
<input type="checkbox"/> Logement regroupé <input type="checkbox"/> Appartement collectif / associatif <input type="checkbox"/> Résidence sociale / Maison relais	<input type="checkbox"/> Traitement <input type="checkbox"/> Injection retard <input type="checkbox"/> Suivi infirmier quotidien pour la prise du traitement <input type="checkbox"/> Suivi par le médecin traitant (MG ou gériatre) pour le renouvellement des ordonnances	<input type="checkbox"/> Formation professionnelle <input type="checkbox"/> Centre de rééducation professionnelle (CRP) <input type="checkbox"/> Formations de droit commun qualifiantes (AFPA, GRETA)	<input type="checkbox"/> Entretien personnel et vie quotidienne <input type="checkbox"/> Aide à domicile (SAAD) <input type="checkbox"/> Soins à domicile (SSIAD, infirmière libérale)
<input type="checkbox"/> Logement en famille <input type="checkbox"/> Hébergement dans sa famille <input type="checkbox"/> Famille d'accueil social	<input type="checkbox"/> Activités thérapeutiques <input type="checkbox"/> Hôpital de jour à temps complet <input type="checkbox"/> Hôpital de jour à temps partiel <input type="checkbox"/> CATTP	<input type="checkbox"/> Activités occupationnelles, vie sociale et citoyenne <input type="checkbox"/> Accueil de jour pour personnes handicapées <input type="checkbox"/> Structures de loisirs adaptés <input type="checkbox"/> Groupe d'entraide mutuelle ou club	<input type="checkbox"/> Accompagnement à la vie sociale <input type="checkbox"/> Accompagnement à la vie sociale (SAVS) <input type="checkbox"/> Aaaccompagnement médico-social (SAMSAH)
<input type="checkbox"/> Hébergement pour personnes en difficulté sociale (CHRS, CADA, FJT)	<input type="checkbox"/> Actions de prévention et de veille pour la prévention des crises et des réhospitalisations	<input type="checkbox"/> Autres , préciser :	<input type="checkbox"/> Mesure de protection juridique <input type="checkbox"/> Tutelle <input type="checkbox"/> Curatelle renforcée <input type="checkbox"/> Curatelle simple
<input type="checkbox"/> Hébergement médico-social pour personnes handicapées <input type="checkbox"/> autonomes dans les actes essentiels de la vie quotidienne (Foyer d'hébergement) <input type="checkbox"/> nécessitant une aide dans la vie quotidienne (foyer de vie) <input type="checkbox"/> dépendantes et nécessitant des soins ou une surveillance constante (FAM et MAS)			

<p><input type="checkbox"/> Hébergement dans un établissement pour personnes âgées (> 60 ans)</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> autonomes dans les actes essentiels de la vie quotidienne (Foyer logement, studios regroupés)</p> <p><input type="checkbox"/> dépendantes et nécessitant des soins ou une surveillance constante (EHPAD)</p>	<p><input type="checkbox"/> Participation des soignants aux synthèses de la structure d'hébergement</p> <p><input type="checkbox"/> Visites régulières des soignants au sein du lieu d'hébergement</p> <p><input type="checkbox"/> Interventions dans la structure d'accueil en cas d'urgence ou de crise</p> <p><input type="checkbox"/> Équipe mobile de liaison ou d'intervention de crise</p> <p><input type="checkbox"/> Autres, préciser :</p>		<p><input type="checkbox"/> Autres, préciser :</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p><input type="checkbox"/> Hébergement dans une institution comprenant des soins psychiatriques</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> Hôpital de nuit</p> <p><input type="checkbox"/> Appartement thérapeutique</p> <p><input type="checkbox"/> Centre médicalisé de post-cure</p> <p><input type="checkbox"/> Famille d'accueil thérapeutique</p> <p><input type="checkbox"/> Autres, préciser :</p> <p>.....</p> <p>.....</p>			

11.3. Ressources attendues de la structure envisagée :

Compétences psychologiques et psychiatriques	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Compétences pour maladie somatique lourde	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Présence infirmière de jour	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Présence de professionnel jour/nuit	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Compétence éducative	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Compétence pédagogique	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

12. DÉMARCHES ENTREPRISES A LA DATE DU

12.1 Des démarches ont-elles déjà été effectuées à la recherche d'une alternative à la prise en charge actuelle ?
OUI NON

12.2 À quand remonte la première démarche de sortie engagée? |_|_|. (en nombre de mois)

12.3 Demande d'hébergement en attente ? OUI NON

1.1.1. adressée le :

1.1.2. pour un retour

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> dans un logement individuel | ⋮ | <input type="checkbox"/> en structure sociale |
| <input type="checkbox"/> dans un logement collectif | ⋮ | <input type="checkbox"/> en structure sanitaire autre |
| <input type="checkbox"/> en structure médico-sociale | ⋮ | <input type="checkbox"/> Autres..... |

12.4 Y a-t-il eu une notification d'orientation par la MDPH ? OUI NON

(en termes d'hébergement, de formation, de travail, d'aide financière, matérielle ou humaine) ; si oui, laquelle (lesquelles)

12.4.1 Pour quel type de structure ou de prestation : Pas de notification

- | | | |
|--|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Foyer d'hébergement | ⋮ | <input type="checkbox"/> Foyer de vie |
| | ⋮ | |

RECUEIL D'INFORMATIONS POUR LES PERSONNES ADULTES
HOSPITALISÉES À TEMPS COMPLET EN PSYCHIATRIE

- FAM
- MAS

PCH

⋮
 Service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS)

⋮
 Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH)

12.4.2 Type de travail envisagé :

- Travail en milieu ordinaire RQTH (reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé)
- orientation de travail MO assortie d'une préconisation d'orientation vers une formation de droit commun
 orientation de travail MO assortie d'une préconisation d'orientation vers une entreprise adaptée
 orientation ESAT
 orientation CRP
 orientation CPO

Inaptitude

12.5 L'orientation est-elle conforme au projet envisagé?

OUI NON

12.5.1 S'agit-il d'une orientation par défaut ?

OUI NON

12.5.2 Nombre de refus ou d'échecs antérieurs

____.

12.5.3 L'hospitalisation se prolonge-t-elle par défaut ?

OUI NON

Depuis

____. mois ou ____ années

12.6 Quels ont été, ou quels seraient, selon vous, les obstacles à l'accès une solution plus adaptée (que des démarches effectives aient été entreprises ou non) ?

Logement	Soins en santé mentale	Activités	Accompagnement à la vie quotidienne, sociale et professionnelle
<input type="checkbox"/> Pas de place dans les structures adaptées (<i>structures existantes, mais liste d'attente</i>)	<input type="checkbox"/> Pas de place dans les structures adaptées (<i>structures existantes, mais liste d'attente</i>)	<input type="checkbox"/> Pas de place dans les structures adaptées (<i>structures existantes, mais liste d'attente</i>)	<input type="checkbox"/> Pas de place dans les SAVS/SAMSAH sollicités
<input type="checkbox"/> Pas de structure adaptée existante dans le secteur géographique (<i>ex : pas de SAVS/SAMSAH « handicap psychique » dans le département</i>)	<input type="checkbox"/> Pas de structure adaptée existante dans le secteur psychiatrique (<i>ex : pas de remédiation cognitive</i>)	<input type="checkbox"/> Pas de structure adaptée existante dans le secteur géographique (<i>ex : pas de d'ESAT « handicap psychique » dans le département</i>)	<input type="checkbox"/> Pas de SAVS/SAMSAH « handicap psychique » existant à proximité du logement de la personne.
<input type="checkbox"/> Obstacles financiers pour trouver un logement dans le parc locatif privé	<input type="checkbox"/> Pas de personnel suffisant pour proposer les soins infirmiers nécessaires	<input type="checkbox"/> Les structures sollicitées ont refusé la situation en raison de difficultés/troubles présentés par la personne pour lesquelles elles ont jugé ne pouvoir être en mesure d'apporter l'accompagnement nécessaire	<input type="checkbox"/> Pas d'organismes de loisirs adaptés
<input type="checkbox"/> Obstacles pour accéder à un logement social	<input type="checkbox"/> Autres, préciser :	<input type="checkbox"/> troubles du comportement <input type="checkbox"/> Limitations trop importantes dans les activités quotidiennes <input type="checkbox"/> Besoin de surveillance constante <input type="checkbox"/> Soins somatiques <input type="checkbox"/> Surveillance d'un traitement médicamenteux <input type="checkbox"/> Autres : préciser :	<input type="checkbox"/> Pas de places en SSIAD
<input type="checkbox"/> Les structures sollicitées ont refusé la situation en raison de difficultés/troubles présentés par la personne pour lesquelles elles ont jugé ne pouvoir être en mesure d'apporter l'accompagnement nécessaire			

<input type="checkbox"/> troubles du comportement <input type="checkbox"/> Limitations trop importantes dans les activités quotidiennes <input type="checkbox"/> Besoin de surveillance constante <input type="checkbox"/> Soins somatiques <input type="checkbox"/> Surveillance d'un traitement médicamenteux <input type="checkbox"/> Autres : préciser :		<input type="checkbox"/> La personne refuse	<input type="checkbox"/> Refus du SSIAD ou du SAD sollicité d'intervenir auprès de ce public
<input type="checkbox"/> La personne refuse		<input type="checkbox"/> La famille refuse les prises en charge proposées <input type="checkbox"/> car trop éloignées <input type="checkbox"/> ne veut pas d'hébergement institutionnel <input type="checkbox"/> ne veut pas d'établissement pour personnes handicapées <input type="checkbox"/> ne souhaitent pas la sortie de l'hôpital	<input type="checkbox"/> Autres, préciser
<input type="checkbox"/> La famille refuse les prises en charge proposées <input type="checkbox"/> car trop éloignées <input type="checkbox"/> ne veut pas d'hébergement institutionnel <input type="checkbox"/> ne veut pas d'établissement pour personnes handicapées <input type="checkbox"/> ne souhaitent pas la sortie de l'hôpital		<input type="checkbox"/> Autres, précisez:.....	
<input type="checkbox"/> Autres, précisez :.....			

12.7 ○ Quels seraient, selon vous, les facteurs facilitant l'accès à une solution plus adaptée pour cette personne (que des démarches effectives aient été entreprises ou non) ?

12.7.1 En termes d'hébergement :.....

12.7.2 En termes de soins.....

12.7.3 En termes d'activités

GUIDE DE REMPLISSAGE DU RECUEIL D'INFORMATIONS SUR LE PARCOURS ET LE PROJET DES PERSONNES HOSPITALISÉES

Cette étude a pour ambition de mieux **repérer le parcours d'hospitalisation complète et son contexte**, de mobiliser des projets appropriables par les personnes devenues dépendantes de l'institution hospitalière ainsi que celles en risque de le devenir.

Ce questionnaire pourra faire partie du dossier du patient. Certains éléments pourront faire l'objet de recueil de données périodiquement. Dans tous les cas, l'information, l'avis et consentement de la personne et de son entourage seront sollicités et obtenus.

RECUEIL D'INFORMATIONS REMPLI PAR

IDENTIFICATION DE L'ÉTABLISSEMENT ET DE L'UNITÉ DE SÉJOUR DE LA PERSONNE

Les différentes informations demandées dans cette fiche servent à retrouver, s'il en est besoin, la ou les personnes ayant rempli le document.

NUMÉROTATION:

Elle sert de base d'anonymat à des enquêtes un jour donné réalisées par unité. Elle doit y être conservée afin de pouvoir constituer une base de données évolutive concernant la personne dont le dossier est étudié, et faciliter les enquêtes ultérieures. En cas d'enquête, une table de concordance entre le numéro d'identification et le dossier doit être établie afin de pouvoir corriger d'éventuelles erreurs de saisie.

DATE DE REMPLISSAGE :

Toutes les données n'ont pas vocation à être reprises, mais la possibilité de répétition d'enquêtes partielles un jour donné permettra de suivre le parcours des personnes et, à terme, de mieux repérer les éléments communs.

RESPONSABILITÉ DE L'INFORMATION :

Son responsable est un médecin de l'unité d'hospitalisation. Il lui appartient de vérifier que chaque numéro de fiche patient est unique : pour une même unité, il existe autant de numéros d'identification que de personnes recensées. Le responsable de l'unité conserve la table de concordance.

1. ÉTAT CIVIL

1.1. *Mode de vie*

Ces items concernent les membres de l'entourage de la personne, vivants au moment de l'étude.

1.4. *Code postal*

Il s'agit du domicile ou du lieu de résidence antérieur à l'hospitalisation.

2. PARCOURS DE SOINS

2.1. Date de début des soins

La date de début des soins apportés à la personne concernée est indiquée comme suit : pour l'année, nombre à 4 chiffres, ex : 1998, pour le mois, nombre à 2 chiffres.

La prise en charge par l'équipe actuelle peut paraître récente par rapport à l'ancienneté du suivi psychiatrique et ne pas bien refléter, par conséquent, la trajectoire de soins de la personne. Il est donc intéressant de connaître l'année de début de la première prise en charge en psychiatrie (la plus ancienne retrouvée dans le dossier du patient). Dans le cas où la personne concernée est suivie récemment par l'équipe il faut indiquer, si possible, l'année de début des troubles ayant justifié des soins en psychiatrie.

2.2. L'hospitalisation

2.2.1. Début de l'hospitalisation actuelle

Indiquer le mois et l'année de début du séjour actuel en hospitalisation complète dans l'unité où la personne est accueillie ou dans celle à temps complet dont elle viendrait sans transition par transfert.

2.2.2. Mode d'hospitalisation actuel

2.2.3. Nombre de journées annuelles d'hospitalisation

Il s'agit du nombre de journées cumulées en hospitalisation complète par an, quel que soit le motif de ces hospitalisations : indiquer le nombre de jours d'hospitalisation dans l'année en cours : année N, et celui de l'année précédente (année N-1), qu'il s'agisse d'un seul ou de plusieurs séjours.

2.2.4. Nombre d'hospitalisations antérieures

D'autres hospitalisations ont pu avoir lieu avant l'hospitalisation actuelle.

2.3. Traitements antérieurs à l'hospitalisation

2.3.1. Suivi médical

Il s'agit du suivi par le médecin traitant

2.3.2. Suivi psychiatrique

L'interruption des soins est un facteur fréquent de la répétition d'hospitalisations pour des durées susceptibles de devenir de plus en plus longues. N'indiquer le nombre de mois écoulés depuis l'interruption de suivi antérieur à l'hospitalisation que s'il semble pertinent de les mettre en rapport.

3. SITUATION SOCIALE :

3.1. Hébergement au moment de l'hospitalisation

Indiquer si, au moment de l'hospitalisation, la personne :

- Dispose d'un logement personnel : logement individuel de droit commun à son nom, logement collectif adapté (comme les pensions de famille, résidences accueil, résidences avec familles gouvernantes), appartement associatif, maison de retraite
- Est logée dans sa famille
- Est hébergée dans une structure d'hébergement social (FJT, CHRS, CADA, accueil de nuit) ou en famille d'accueil social, ou en établissement médico-social : établissement pour personnes handicapées (foyer d'hébergement, foyer de vie, foyer d'accueil médicalisé (FAM)) ou maison d'accueil spécialisé (MAS) ou établissement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

- Est hébergée en structure de soins (appartement thérapeutique, foyer de post-cure, famille d'accueil thérapeutique).

3.2. Maintien du domicile

Lorsque l'hospitalisation se prolonge, il est fréquent que la personne perde le domicile antérieur. Indiquer si la personne dispose encore d'un domicile personnel ou familial, ou d'une place réservée en institution sociale ou médico-sociale.

3.3. Activité professionnelle avant l'hospitalisation

L'interruption du travail peut être le premier signe d'une aggravation. N'indiquer le nombre de mois écoulés depuis l'interruption du travail antérieur à l'hospitalisation que s'il semble pertinent de la mettre en rapport avec celle-ci. Indiquer le type d'activité professionnelle éventuelle immédiatement antérieure à l'hospitalisation.

3.4. Ressources

Indiquer les différentes ressources du patient. RMI : Revenu Minimum d'Insertion ; RSA : Revenu de Solidarité Active ; IJ : indemnités journalières ; ALD : Affection de Longue Durée ; AT : Accident du Travail ; AAH : Allocation pour Adulte Handicapé.

3.5. Protection juridique

Outre les mesures de protection habituelles, indiquer les mesures d'accompagnement. MASP : Mesure d'Accompagnement Social Personnalisé : *lorsqu'une personne « dont la santé ou la sécurité risque d'être compromise du fait de ses difficultés à assurer seule la gestion de ses ressources », il peut être mis en place par le Département, à sa demande ou à celle de la personne concernée, une Mesure d'Accompagnement Social Personnalisé [MASP]. Celle-ci est constituée d'une aide à la gestion des prestations et d'un accompagnement social individualisé.* MAJ : Mesure d'accompagnement judiciaire, remplaçant la TPSA : *celle-ci peut être ordonnée par le juge des tutelles en cas d'échec de la MASP et si la personne se trouve en danger. Son financement est assuré par les organismes débiteurs de prestations sociales. Son exercice est assuré par un mandataire judiciaire de la protection des majeurs¹.*

3.6. Prestations de compensation du handicap :

Indiquer les prestations attribuées au titre de la compensation du handicap : ACTP : Allocation Compensatrice pour Tierce Personne ; PCH : Prestation de Compensation du Handicap.

3.7. Taux d'incapacité

3.8. Suivi à domicile avant l'hospitalisation

On distinguera les services d'accompagnement pour personnes handicapées : SAVS (service d'accompagnement à la vie sociale) et SAMSAH (service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés), les services de soins infirmiers à domicile, et les services d'aide à domicile.

3.9. Conservation des liens sociaux

Contacts familiaux et/ou avec des proches à l'hôpital : l'évaluation de la fréquence et de l'incidence de ces contacts qui justifient de cocher la case est réalisée à partir des propos rapportés par la

¹ xxx

personne elle-même (en tenant compte des contacts lors des permissions de sortie) ainsi que par l'équipe soignante : visites, courrier, contacts sollicités par la famille avec l'équipe.

Visites : les proches et/ou la famille se déplacent à l'hôpital pour rendre visite au patient.

Courriers : correspondances destinées à la personne, adressées par la famille et/ou les proches.

Contacts avec l'équipe : ensemble des démarches effectuées par la famille ou des proches auprès de l'équipe soignante (courriers, rendez-vous, etc.).

Relations amicales : la personne entretient-elle des relations sociales avec des amis, son voisinage, etc.. Existe-t-il des liens avec d'autres personnes ayant été hospitalisées, ou l'étant encore ?

Relations de travail : la personne entretient-elle des relations avec des personnes rencontrées dans le cadre d'une activité professionnelle ?

Relations de loisirs : la personne entretient-elle des relations avec des personnes rencontrées dans le cadre d'une activité de loisirs ?

GEM : la personne fréquente-t-elle un GEM (Groupe d'Entraide Mutuelle) ?

Attaches géographiques : la personne désigne-t-elle une aire géographique spécifique comme lieu d'attache et de repère ?

4. PROJET D'HOSPITALISATION

4.1. Origine de la demande d'hospitalisation

Deux items peuvent être cochés simultanément. N'indiquer la personne elle-même, ou la famille, que si l'une ou l'autre ont pris une part active dans la demande d'hospitalisation comme mode d'accès aux soins.

4.2. Distance entre le lieu d'hospitalisation et le dernier domicile habituel

Le dernier domicile habituel correspond à celui dont le code postal a été indiqué ci-dessus. La durée du trajet fait intervenir le moyen de transport habituel utilisé pour permettre à la personne de s'y rendre, seule ou accompagnée de sa famille ou de son représentant légal.

4.3. Attentes des demandeurs

4.4. Solution adaptée ou non

Il s'agit, pour l'équipe de soins, de donner son avis sur l'indication de l'hospitalisation comme mode de soins au moment de l'admission.

5. ÉVOLUTION DE LA PATHOLOGIE :

Les éléments de ce chapitre serviront à remplir le certificat médical accompagnant une demande susceptible d'être adressée à la Maison Départementale des Personnes Handicapées. Ils correspondent aux rubriques de ce certificat, avec quelques autres qui seront vues ultérieurement.

5.1. Diagnostic

Indiquer le diagnostic psychiatrique principal des troubles mentaux (chapitre 5 de la CIM 10) et, si besoin, un code d'environnement (code Z), qui est en rapport avec l'hospitalisation ou sa durée.

5.2. Troubles du comportement

Il s'agit de mentionner le ou les symptômes les plus importants, qui nécessitent un effort soignant tout particulier au cours de la prise en charge.

5.3. Déficience intellectuelle

N'indiquer l'existence d'une déficience intellectuelle ou d'un retard mental que s'ils sont au premier plan du tableau clinique.

5.4. Pathologies associée

Cet item a pour objectif d'identifier des pathologies non psychiatriques nécessitant des soins continus et appropriés susceptibles de retentir sur les possibilités de fin d'hospitalisation ou de réorientation de la personne : vieillissement prématuré des personnes handicapées, atteintes neurologiques ou dégénératives : paralysie, maladie d'Alzheimer, syndrome de Korsakoff, etc., ou xxx pathologie somatique associée : diabète, SIDA, etc., ou bien pathologie acquise, congénitale ou génétique : séquelles de souffrance fœtale, malformation congénitale, syndrome de l'X fragile, etc..

5.5. Conduites addictives ou usages nocifs pour la santé

Noter, parmi les conduites addictives, celles particulièrement nocives pour la santé, dont les manifestations retentissent sur les soins ou leur durée.

5.7. Attitudes vis-à-vis des de la maladie et des soins

Le manque d'adhésion aux soins est un facteur de difficultés dans le déroulement du parcours de soins. La personne peut estimer qu'elle n'est pas malade et/ou qu'elle n'a pas besoin de soins, ou bien elle peut refuser les soins ou être opposante en général. Il s'agit de mentionner les personnes qui s'opposent aux traitements, quels qu'ils soient, ou qui cherchent à quitter l'hôpital par refus de l'hospitalisation

6. TRAITEMENTS AU DÉCOURS DE L'HOSPITALISATION :

Il s'agit des différents types et fréquences de soins dispensés à la personne. Ces éléments sont utiles à l'équipe soignante pour faire le point à propos du plan thérapeutique, de l'évolution de celui-ci et des soins nécessaires à poursuivre en cas de fin de l'hospitalisation. Ils sont également utiles à l'appréciation du volet soins du GÉVA et du plan de compensation. Ils doivent figurer dans le certificat médical susceptible d'être adressé à la MDPH.

6.1. Types de soins dans l'unité d'hospitalisation

Consultations psychiatriques, psychothérapie individuelle et de groupe : soins dispensés exclusivement par des médecins ou des psychologues.

Soins infirmiers/relations : Il s'agit des soins à dimension relationnelle.

Ergothérapie, Psychomotricité, Orthophonie, Kinésithérapie : en individuel ou en groupe.

Groupes thérapeutiques utilisant la médiation d'une activité. Ces groupes sont animés par des professionnels de qualifications différentes utilisant des médiations diverses (artistique, parole, écriture, etc.).

6.2. Travail avec les familles

Thérapie familiale et entretiens familiaux, consultation thérapeutique familiale : on distinguera les entretiens réguliers en présence de la famille, qui font partie d'un accompagnement thérapeutique continu normal, de la thérapie familiale, qui fait appel à des techniques précises inscrites dans la durée.

VAD : pour maintenir, susciter/relancer, évaluer l'implication des proches dans leur participation au projet de vie de la personne.

Groupes de parents et psychoéducation familiale

6.3. Soins dispensés hors de l'unité d'hospitalisation au décours de l'hospitalisation

Au cas des soins ambulatoires sont associés à l'hospitalisation.

6.4. Traitements médicamenteux

Il s'agit de souligner si le patient se voit prescrire un traitement complexe nécessitant un suivi particulier.

6.4.1. Catégories thérapeutiques des psychotropes prescrits, dosages et modes d'administration.

6.4.2. Retentissement non souhaitable sur le comportement et les capacités : somnolence, ralentissement psychomoteur, impatiences...

6.4.3. Retentissement somatique non souhaitable nécessitant une surveillance régulière : prise de poids/obésité, tension artérielle, diabète et autres troubles endocriniens, troubles cardiovasculaires, problèmes dentaires, ophtalmologiques...

6.5. Interventions spécifiques

6.5.1. Recours à l'isolement

6.5.2. Sismothérapie

6.5.3. Suivi somatique ou gériatrique

Il s'agit de mentionner le recours habituel à ce type de soins.

6.8. Activités de réhabilitation, de suivi social et de scolarisation au décours de l'hospitalisation :

La personne est-elle inscrite dans une activité liée :

- à l'éducation : scolarisation, apprentissage, formation professionnelle ou autres formations,
- au logement: recherche de logement, essais,
- au travail : recherche d'emploi et occupation rémunérée,
- aux loisirs et à la vie associative : pratique régulière d'un sport, d'une activité artistique, culturelle ou récréative.

6.9. La personne est-elle activement suivie par un service social autre que celui de l'établissement ?

7. OBJECTIFS DE LA POURSUITE DE L'HOSPITALISATION

Il s'agit, à échéances régulières, de noter si les objectifs de l'hospitalisation ont été atteints et de formuler les objectifs pour la suite du projet de soins.

8. BILANS ET ÉVALUATIONS

8.1. Bilans réalisés

Indiquer les bilans déterminants pour la conduite du projet de soins.

8.2. Recours à un centre de ressources ou un centre de référence

Des bilans complémentaires et l'avis d'une équipe spécialisée peuvent avoir été requis. Indiquer s'il y a eu recours à un centre de ressources pour l'autisme et les TED (CRA), un centre de référence pour la maladie d'Alzheimer ou une consultation mémoire, ou encore un autre centre spécialisé.

9. ÉVALUATION DES BESOINS D'AIDE ET D'ACCOMPAGNEMENT DANS LA VIE QUOTIDIENNE

Les éléments étudiés dans ce chapitre sont « GÉVA compatibles », les questions posées correspondant à celles figurant dans le Guide d'Évaluation de la Vie Autonome utilisé par l'Équipe pluridisciplinaire de la Maison Départementale des Personnes Handicapées. Elles permettent de participer à l'élaboration d'un Plan de Compensation en rapport avec les besoins et les attentes de la personne.

Il peut cependant être difficile d'apprécier les aptitudes et l'activité d'une personne en milieu hospitalier, celui-ci ne lui laissant quasiment aucune autonomie dans les actes de la vie quotidienne et dans la vie sociale; dans la mesure du possible, il faudra s'appuyer sur les séjours à l'extérieur, des mises en situation réelle, l'avis des proches...

9.1. Répercussions de la pathologie sur les aptitudes

Une aptitude est définie comme la capacité d'une personne à accomplir une activité physique ou mentale, quel que soit l'environnement considéré. Les aptitudes, dans ce recueil de données, concernent les capacités reliées aux activités intellectuelles, au langage et au comportement.

Si la personne se comporte de façon autonome habituellement, il sera indiqué pour cet item : « pas de problème ».

Si la personne peut réaliser l'activité seule, mais à condition qu'on la guide, qu'on prépare ses affaires ou qu'on l'accompagne..., il faudra indiquer : « répercussion mineure : autonomie partielle ».

Si un tiers se substitue complètement à la personne, cela se traduira par la modalité : « répercussion majeure : faible autonomie ».

La variabilité de l'expression des troubles et de leurs répercussions sur les comportements est une particularité des troubles psychiques, par exemple : si la personne n'accepte de réaliser l'activité que de temps à autre ou se comporte de façon inégale dans le temps, il faudra indiquer : « répercussion inconstante ».

Si la personne présente une attitude systématiquement opposante, hostile, on l'indiquera par la modalité : « répercussion permanente ».

9.2. Limitations effectives dans la réalisation des activités quotidiennes

Dans ce chapitre, il est demandé à l'équipe soignante de consigner ce que réalise effectivement la personne dans les activités de la vie quotidienne et d'observer si elle effectue, ou non, les principaux actes de la vie courante, et quelle aide lui est éventuellement apportée pour les accomplir.

Si la personne réalise habituellement l'activité de façon autonome, il sera indiqué pour cet item : « activité réalisée seul et sans difficulté ».

Si elle réalise l'activité à condition qu'on lui rappelle, qu'on prépare ses affaires, qu'on l'accompagne..., ou si la personne peut réaliser cette activité si un tiers l'aide ponctuellement ou si quelqu'un le sollicite, il faudra indiquer : « Activité réalisée avec l'aide répétée d'un tiers ou une surveillance continue ».

Si la personne a besoin d'une aide matérielle pour accomplir certains gestes requis pour la prise du repas ou si une tierce personne doit se substituer en partie à elle : on lui coupe sa viande, on lui sert à boire, par exemple, ou si la personne présente une attitude systématiquement opposante, ou bien si la réalisation de cette activité nécessite l'aide répétée d'un tiers ou une surveillance constante, l'item choisi correspondra à « activité réalisée avec l'aide répétée d'un tiers ou une surveillance continue ».

Si un tiers se substitue régulièrement et complètement à la personne, cela se traduira par la modalité : « ne peut pas du tout participer à cette activité (substitution ou renoncement) ».

La question peut être « sans objet » par rapport à ce qui est attendu pour l'âge.

Noter si la personne présente des problèmes d'incontinence ou des difficultés motrices nécessitant éventuellement un appareillage.

9.3. Potentialités de la personne

Dans ce chapitre, il est demandé à l'équipe soignante d'estimer les potentialités de la personne pour qu'elle vive de façon autonome dans un milieu différent de l'hôpital. Si elle peut accomplir, ou non, les principales activités courantes nécessaires à une autonomie de vie et quelle aide lui est éventuellement nécessaire pour les accomplir. Les catégories sont les mêmes que ci-dessus.

9.4. Retentissement de la pathologie psychiatrique sur la vie sociale et familiale

9.4.1. Sur la vie sociale de la personne

Question ouverte : pour la personne elle-même, le retentissement sur l'accès au logement ou sa conservation, (l'hospitalisation ne pouvant tenir lieu de domiciliation), sur l'existence ou la conservation de ses droits en général, peut être apprécié.

9.4.2. Sur sa vie familiale et celle de ses proches :

Question ouverte : il est indispensable d'apprécier les conséquences d'une hospitalisation prolongée sur le conjoint, la fratrie, les parents, les enfants, s'ils existent : en termes émotionnels, de santé et matériels.

10. CAPACITÉS D'ADAPTATION PROFESSIONNELLE OU SCOLAIRE :

Cette rubrique a pour but de réunir les éléments utiles à l'appréciation des aides nécessaires à une reprise de travail ou d'études. L'estimation des capacités d'insertion doit tenir compte, entre autres, du niveau de formation acquis, de l'expérience antérieure d'insertion et des difficultés cognitives actuelles.

10.1. Retentissement cognitif

Les items suivants sont ceux figurant dans le certificat médical à adresser à la MDPH. Ils peuvent sembler redondants avec le tableau précédent, mais recherchent plus spécifiquement les capacités en jeu dans les activités professionnelles ou de scolarisation. On ne notera ici que les difficultés entravant de façon importante le travail ou l'accès à une formation.

10.2. Niveau scolaire ou de formation

Il s'agit du niveau de formation scolaire acquis avant l'hospitalisation. Pour rappel, définition des niveaux 1 à 5 de qualification professionnelle :

Niveau 5 : Personnel occupant des emplois exigeant normalement un niveau de formation équivalent à celui du brevet d'études professionnelles² (BEP) ou du certificat d'aptitude professionnelle (CAP) et, par assimilation, du certificat de formation professionnelle des adultes (CFPA) du premier degré.

² Voir la définition de tous les mots soulignés par le lien : <http://fr.wikipedia>

Niveau 4 : Personnel occupant des emplois de maîtrise ou d'ouvrier hautement qualifié et pouvant attester d'un niveau de formation équivalent à celui du brevet professionnel (BP), du brevet de technicien (BT), du baccalauréat professionnel ou du baccalauréat technologique.

Niveau 3 : Personnel occupant des emplois exigeant normalement des formations du niveau du diplôme des Instituts Universitaires de Technologie (DUT) ou du brevet de technicien supérieur (BTS) ou de fin de premier cycle de l'enseignement supérieur.

Niveau 2 : Personnel occupant des emplois exigeant normalement une formation d'un niveau comparable à celui de la licence ou de la maîtrise.

Niveau 1 : Personnel occupant des emplois exigeant normalement une formation de niveau supérieur à celui de la maîtrise.

10.3. *Projet professionnel exprimé par la personne*

10.4. *Capacités d'insertion professionnelle*

11. MODALITÉS ENVISAGEABLES ET CONDITIONS DE RÉALISATION DU PROJET DE FIN D'HOSPITALISATION

11.1. *Adaptation de la prise en charge actuelle aux besoins de cette personne*

11.2. *Description d'une alternative idéale*

Il est demandé de préciser, en vue d'une orientation, quels éléments de traitement et d'accompagnement de la personne doivent être réunis pour apporter une réponse adaptée aux besoins.

Si l'état de la personne justifie son maintien dans la structure de soins actuelle car non compatible, actuellement, avec une autre orientation, l'équipe soignante fera figurer le projet de soins envisageable en se projetant vers une amélioration de la pathologie qui laisserait envisager une sortie.

- **En termes d'hébergement**
- **En termes de soins**
- **En termes d'activités**

11.3. *Ressources attendues de la structure d'accueil envisagée*

Il s'agit de préciser les compétences attendues de la structure d'accueil éventuelle pour que l'accueil de la personne soit possible avec, éventuellement, le niveau de soins nécessaire sur place, indépendamment de ceux maintenus par l'équipe psychiatrique au-delà de l'hospitalisation.

12. DÉMARCHES ENTREPRISES :

Il s'agit ici d'actualiser ce qui a déjà été entrepris, ce qui reste en attente et ce qui doit encore être fait pour qu'une réorientation devienne envisageable.

12.1 à 12.5 *Démarches et essais de sortie* :

La MDPH n'est pas le seul interlocuteur pour la mise en place d'un projet de réorientation. Plusieurs formes d'hébergement, concernant des interlocuteurs différents, peuvent être envisagées, même si l'accompagnement dépend d'une notification de la CDAPH.

Le dossier peut avoir été refusé par un établissement malgré la notification de la CDAPH et plusieurs essais de sortie ont pu avoir été déjà tentés.

12.6. Obstacles à la réalisation d'un projet plus adapté :

Cet item a pour objectif de repérer des projets antérieurs qui, après de nombreuses démarches, n'auraient finalement pu aboutir, notamment en raison :

- de l'absence de structures ou de services d'accueil correspondant aux besoins de la personne
- du manque de places dans les structures déjà existantes
- de l'opposition de la personne au projet, de ses proches ou de son représentant légal
- de l'absence d'adéquation entre le projet/limites de la structure d'accueil et les besoins de la personne, après admission

12.7. Éléments facilitateurs de la réalisation d'un projet plus adapté

13. L'INFORMATION ET LE CONSENTEMENT DE LA PERSONNE, DE SON ENTOURAGE ET/OU DE SON REPRESENTANT LEGAL ET AVIS DE LA PERSONNE

L'équipe soignante doit informer la personne lorsqu'une étude est envisagée, de ses objectifs et de ses étapes de réalisation, dès lors qu'il semble possible qu'elle comprenne cette information et donne son consentement si elle en est capable. La même démarche doit être entreprise auprès de l'entourage du patient et/ou du représentant légal ou de la personne de confiance s'ils existent. Une fois la personne informée et consentante, de même que les proches ou le représentant légal, l'équipe soignante associe la personne et ses proches au remplissage du questionnaire, notamment des questions concernant son réseau social, ses ressources, ses habitudes de vie et les types de soins dispensés. Même si la personne n'a pas participé directement au remplissage du questionnaire, elle peut être en mesure d'expliquer les raisons pour lesquelles, d'après elle, elle fréquente cet établissement.

TYPE DE SÉJOUR

Ce recueil de données peut être utilisé pour toute personne hospitalisée, quelle que soit la durée de l'hospitalisation au moment où il est rempli.

Cependant, pour des études ayant pour objet de porter une attention particulière aux hospitalisations prolongées « par défaut », il peut être utile de distinguer différents types de séjour.

Le mode de prise en charge et sa durée étant souvent des indicateurs déterminants, il semble important de recenser toutes les personnes traitées pendant de longues périodes (une grande partie de l'année) dans une structure de soins psychiatriques à temps complet ou au sein d'un dispositif psychiatrique comportant un hébergement associé : le critère proposé a déjà été utilisé dans de précédentes enquêtes: personnes hospitalisées depuis plus de neuf mois (270 j) de façon continue au jour de l'enquête, ou ayant été hospitalisées plus de 80 % du temps l'année précédant le jour de l'enquête (292[7]j).

La durée de séjour à l'hôpital n'est cependant pas le seul critère d'appréciation du caractère éventuellement inopportun de l'hospitalisation d'une personne. Certaines personnes, bien que non présentes à l'hôpital le jour donné, peuvent recevoir des soins psychiatriques continus, parfois depuis de nombreuses années; elles peuvent ainsi bénéficier, au moment de l'enquête, d'un suivi ambulatoire momentané ou d'une réhospitalisation récente, dans le cadre d'une trajectoire de soins marquée par des allers et retours réguliers

entre l'hospitalisation psychiatrique à temps complet et d'autres formes de prise en charge. D'autres personnes peuvent être considérées par l'équipe qui les prend en charge comme hospitalisées d'emblée par défaut.

En d'autres termes, pour de telles études, le recensement devrait inclure les personnes adultes inscrites dans un processus de dépendance institutionnelle et ce, quels que soient les durées de séjour, les types et les modalités de prise en charge.

C'est pourquoi il est proposé de distinguer trois types de séjour:

A1: Prise en charge à temps complet en psychiatrie de moins de 9 mois (270 jours), considérées par l'équipe comme adaptée

A2: Prise en charge à temps complet en psychiatrie de moins de 9 mois (270 jours), considérées par l'équipe comme maintenue par défaut

B: Prise en charge à temps complet en psychiatrie de neuf mois (270 j) ou plus de façon continue, ou de plus de 292 jours discontinus au cours de l'année précédente

ANCIENNETÉ DE LA PRISE EN CHARGE

Il convient d'indiquer, pour l'unité d'accueil de la personne au moment de l'étude, l'ancienneté de la prise en charge : en nombre de mois pour les adultes.

NATURE DU SÉJOUR HOSPITALIER :

Sont distinguées, dans les prises en charge, les modalités suivantes :

- l'hospitalisation à temps complet³, comprenant l'hospitalisation à temps plein, l'accueil en appartement thérapeutique, en centre de crise, y inclus les centres d'accueil permanent et les centres d'accueil et de crise.

- l'hospitalisation de semaine, l'analyse de l'hospitalisation complète un jour donné pouvant faire apparaître la présence de personnes en soins séquentiels.

- le placement familial thérapeutique.

- l'accueil en centre de post-cure psychiatrique ou en unité soins-études.

- l'hospitalisation à domicile.

- l'association de plusieurs structures de prises en charge en hospitalisation à temps partiel dont la fréquentation simultanée équivaut à une prise en charge en hospitalisation complète (même si la facturation ne le fait pas apparaître) : appartement associatif + hôpital de jour par exemple.

- d'autres formes de présence peuvent apparaître, tels les séjours thérapeutiques. Elles seront précisées dans la rubrique : « autre ».

³ Voir définition sur le lien : www.ch-charcot56.fr/dossiers/pmsi/recueil-sequences.htm