

# la lettre du psychiatre® & ACTUALITÉS



## Organisation des soins Schizophrénies

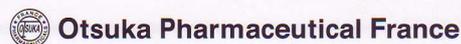
### COMITE SCIENTIFIQUE

- Pr Franck-Jean Baylé (Paris)
- Dr Philippe Courtet (Montpellier)
- Pr Christophe Lançon (Marseille)
- Pr Pierre-Michel Llorca (Clermont-Ferrand)
- Pr Bruno Millet (Rennes)
- Pr Charles-Siegfried Peretti (Paris)
- Pr Florence Thibaut (Rouen)
- Pr Pierre Thomas (Lille)
- Pr Hélène Verdoux (Bordeaux)
- Dr Pierre Vidailhet (Strasbourg)



Coordonné par C.S. Peretti

Ce numéro a été réalisé avec le soutien des laboratoires



INFOS **présentation**

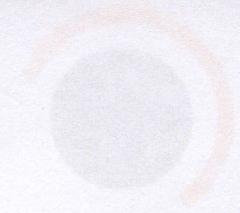
EDIMARK S.A.S.

© mars 2005  
CPPAP n° 0707 T 86854  
ISSN en cours

Directeur de la publication:  
Claudie Damour-Terrasson

Imprimé en France  
Differdange - 95100 Sannois  
Dépôt légal à parution

Les articles publiés dans  
"La lettre du psychiatre"  
le sont sous la seule responsabilité  
de leurs auteurs. Tous droits de  
traduction, d'adaptation et de  
reproduction par tous procédés  
réservés pour tous pays.



complète. L'objectif est une réponse plus cohérente avec le territoire de soins défini dans le champ sanitaire, avec la concertation et l'interdépendance de la prise en charge fréquente, de soins courts, par le intersectoriel, pour une plus grande diversification et différenciation des réponses, notamment en hospitalisation complète et en soins courts, la prise en charge de populations particulières (des adolescents, par exemple). Cette réponse globale doit être articulée avec des réponses plus spécialisées, au sein des départements, voire régionales ou interrégionales, dans le cas de réponses très spécialisées comme, par exemple, des unités pour malades difficiles ou des "centres de ressources uniques". Précisons les principes généraux à appliquer à la définition de ces trois niveaux territoriaux : le rapprochement des offres de soins somatique et psychiatrique, les coopé-

ration avec les établissements publics et privés, l'articulation avec les ressources sociales et médico-sociales et la coexistence de soins courts, la formalisation des complémentarités entre ces niveaux pour éviter l'éclatement d'une spécialisation ou d'une segmentation contradictoire avec le principe d'équité.

Dans les régions, et au sein des territoires définis, il existe une concertation de proximité structurée dans le cadre d'un conseil en réseau formalisé incluant les usagers et les acteurs sanitaires, sociaux, médico-sociaux, sous le pilotage des professionnels spécialisés (par exemple, les conseils locaux de santé mentale). Des conférences sanitaires sont en cours de définition au plan régional, les professionnels relatifs à la psychiatrie en sont partenaires et les professionnels de ce secteur

sont des acteurs incontournables pour faciliter le rapprochement des offres de soins somatique et psychiatrique au sein des territoires de santé. Enfin, il existe une concertation régionale sous l'égide de l'agence régionale d'hospitalisation, dans l'attente du décret relatif à la commission régionale de concertation en santé mentale qui se substitue au conseil départemental.

Pour conclure, en termes de calendrier, les SROS de troisième génération seront publiés au plus tard à la fin de l'automne 2005. La circulaire, qui est soumise depuis la mi-juillet 2004 à une large concertation, prépare l'évolution de l'offre de soins en psychiatrie et en soins mentaux, qui constitue l'un des axes du plan pluri-annuel global en santé publique, incluant la prévention, les soins, la réinsertion et la recherche.

## Les apports de l'économie de la santé

● R. Launois (Paris)

L'objectif de tous les acteurs du système de santé est d'offrir le meilleur service aux malades. Aussi, il convient bien sûr de prendre en compte les résultats, mais il faut également les rapporter aux sommes investies et donc introduire une notion de productivité. Pour connaître ce qui fonctionne, il faut réunir des informations. Les informations les plus fiables sont celles qui se basent sur les critères de l'*evidence-based medicine*. Le problème est que les résultats des essais cliniques sont difficilement généralisables à la pratique quotidienne. Ceux-ci sont en effet souvent

trop restrictifs, trop rigoureux ou trop limités dans le temps. De plus, les échelles économiques introduites dans ces essais cliniques sont trop fréquemment marginales et ne concernent que des volumes et pas de l'économie.

### L'évaluation économique au service de la santé publique

Défendre au mieux les intérêts des malades en privilégiant la mise en œuvre des interventions qui offrent les meilleurs bénéfices thérapeutiques, humains et collectifs par unité monétaire investie

### Les résultats des essais cliniques sont difficilement généralisables

Par rapport à la pratique quotidienne, les essais sont trop :

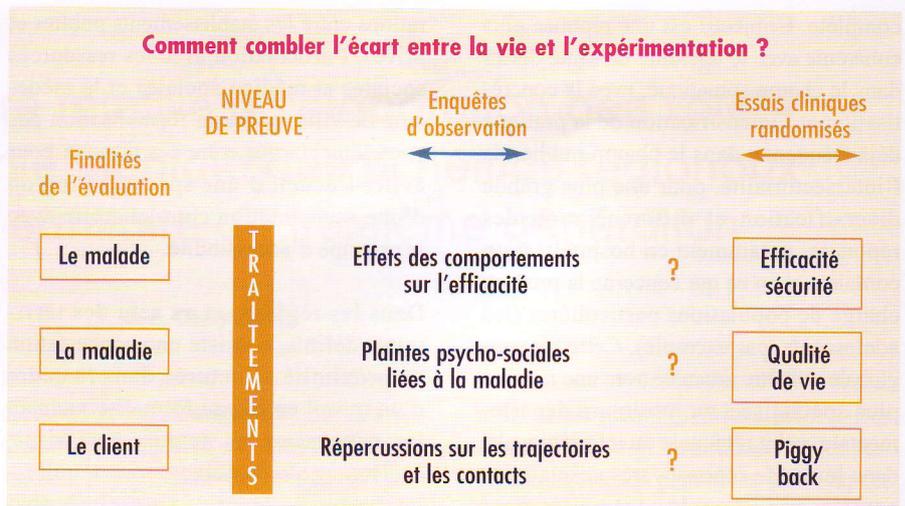
- Restrictifs dans leurs critères d'inclusion
- Étriqués dans leurs critères de jugement
- Temporellement limités dans leur suivi
- Rigoureux dans leurs protocoles de surveillance
- hOmogènes dans leur population

Les enquêtes dites "observationnelles" représentent une alternative ; elles veulent décrire les réalités quotidiennes de la façon la plus fidèle possible. Le problème de ces études est leur manque de comparateurs, ce qui ne permet pas d'identifier un différentiel d'efficacité. Elles sont, par ailleurs, peu publiées par les grandes revues internationales. Le travail de l'analyste est donc de combler l'écart entre la vie et l'expérimentation, c'est-à-dire de trouver quel est le bon plan d'expérience pour évaluer un besoin. Quels sont les outils du recueil d'informations ? Faut-il, par exemple, oublier les cahiers d'observations classiques et passer à des cahiers d'observations informatiques ? Quel doit être le nombre de variables étudiées ? Quelles sont les bonnes échelles de qualité de vie, comment surveiller la fiabilité du remplissage de l'information ? Toutes ces questions doivent être source de discussions avant de débiter une étude.

**Les enquêtes d'observation n'ont pas de comparateur**

- Une enquête est dite "observationnelle" lorsque tout se serait passé de la même façon s'il n'y avait pas eu d'étude
- Les études observationnelles partent des réalités de terrain pour les décrire de la manière la plus fidèle possible
- L'absence de plan expérimental augmente les risques de biais et rend plus difficile l'analyse de causalité

Le Pr R. Launois illustre brièvement ses propos par les travaux qu'il a menés sur deux cohortes, issues du PMSI en psychiatrie, de patients schizophrènes visant à étudier leur trajectoire de soins sur deux ans et demi. Le travail de l'analyste est donc d'avoir une démarche qualité : de choisir des critères de jugement perti-



nents, de proposer des recommandations et de le faire localement, en s'adaptant aux particularités locales du système de soins.

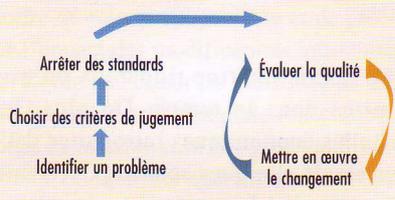
**La vraie mission de l'analyste : la démarche qualité**

- Qualité :
  - des plans d'expérience
  - des outils d'information
  - des pratiques
  - de vie
  - de la formation des patients
  - par rapport au prix

remplir, à lui seul, toutes ces nouvelles fonctions. À cet égard, l'exemple de la prise en charge par le secteur psychiatrique peut fournir un bon modèle, même si la circulation de l'information y est parfois difficile.

Le Pr Launois propose la création de cellules coopératives d'amélioration de la qualité du système de santé avec la participation de biostatisticiens.

**Le cycle de l'assurance qualité**



De même, le partage d'informations est primordial, bien que compliqué. Le malade doit être partenaire des soins. Surtout, l'exercice solitaire de la médecine est obsolète, un individu ne pouvant

**Conclusion (1)**

L'apparition de bases de données alimentées par les professionnels bouleverse les méthodes d'évaluation

- De nouveaux critères de jugement apparaissent : évaluation de la qualité de vie, répercussions financières de la décision vues du seul point de vue de celui qui la prend.
- Les schémas de collecte de l'information deviennent plus réalistes en procédant au recueil des données "au fil de l'eau".

**Conclusion (2)**

La démarche qualité ouvre une voie nouvelle à l'évaluation.

Elle constituera, dans l'avenir, une discipline indépendante de la recherche clinique et du marketing.