



Pour la Recherche n° 19, décembre 1998 : Recherche en Psychiatrie



- [Éditorial](#), par le Comité de rédaction
- [L'évaluation et la recherche dans le domaine de la santé mentale](#), Dr J.-M. THURIN
- [Appel d'offre PHRC](#)
- [Echo des Journées d'Interface 98 FFP/INSERM](#)

Recherches cliniques sur l'autisme et les schizophrénies

Recherches cliniques sur le suicide

- [CR Journée de l'Institut Gustave Roussy](#), Dr A. GAUVAIN-PIQUARD
 - [Enquête INSEE : Handicaps, Incapacités, Dépendance](#), Dr F. CHAPIREAU
 - [abonnement](#)
-

Editorial le Comité de Rédaction

Il se passe - enfin - un véritable mouvement tangible de la recherche en psychiatrie en France. Il s'exprime dans un ensemble de réalisations et d'offres que vous allez retrouver (en partie) dans ce numéro.

D'abord, un retour sur les 5èmes Journées d'Interface FFP/INSERM. Elles auront été marquées par une évolution tant en quantité qu'en qualité des recherches présentées.

Il n'était pas possible de les éditer toutes (elles sont consultables intégralement sur *Psydoc-Fr*). Nous avons donc choisi celles qui illustraient particulièrement trois thèmes : schizophrénie, autisme et suicide.

Notre objectif est qu'elles puissent apporter au lecteur, non seulement une information sur les hypothèses qui y sont développées, les méthodes utilisées pour les tester et les résultats obtenus, mais aussi une présentation de l'infrastructure sur laquelle peut s'appuyer une étude multicentrique.

Vous trouverez également, dans ce numéro :

- 1 - Un compte-rendu de l'atelier *Evaluation et Recherche dans le domaine de la Santé Mentale*, qui s'est déroulé au Ministère de la Santé le 10 octobre dernier (p. 2 et 3). La diversité des appartenances et des exercices des participants a produit un ensemble de remarques et de propositions « évidentes »... l'expression d'une maturité ?
- 2 - L'appel d'offres PHRC 1998 qui vient d'être signé par Mr Kouchner et qui vous propose des thèmes intéressants pour la psychiatrie (p. 3).
- 3 - Le compte-rendu d'une Journée organisée à l'Institut Gustave Roussy sur le thème *Comment mesurer et analyser les données subjectives en santé ?* qui a eu lieu le 9 novembre (p. 8).
- 4 - Une information sur l'enquête INSEE, *Handicaps, Incapacités, Dépendance* qui est en cours et qui intéresse directement les psychiatres (p. 8).

Et bien entendu une incitation à consulter la **base recherche** sur *Psydoc-France*

Nous aurions voulu y ajouter, mais la place nous a manqué, la présentation de toute une série de rapports de recherche qui nous sont parvenus, un écho de la réunion organisée à l'initiative de la DGS (et que nous attendions depuis longtemps), réunissant des représentants de cette Direction mais aussi de l'INSERM, de la Direction des Hôpitaux, de la Mire, des Usagers, de la CNAM et de la FFP.

Nous présenterons aussi dans un prochain numéro les interventions de la Journée organisée par l'AFP sur le thème des « Classifications en psychiatrie ».

Nos colonnes sont ouvertes pour recueillir vos questions et commentaires.

Sommaire

L'évaluation et la recherche dans le domaine de la santé mentale

10 octobre 1998 , Journée sur la Santé Mentale au Ministère de la Santé . Un atelier consacré à "L'évaluation et la recherche dans le domaine de la santé mentale". En introduisant la journée, B. Kouchner situe le problème de la façon suivante : "La psychiatrie française a exploré et mis en œuvre au cours du dernier quart de siècle, de façon exclusive

ou intégrée, différentes approches : institutionnelle, communautaire, systémique, pharmacologique, psychothérapique pour ne citer que les principales. Tous ces domaines ont fait et font en France l'objet d'actions particulièrement innovantes. Malheureusement, elles ne sont qu'exceptionnellement évaluées, avec le risque de

n'être que des initiatives isolées. Il est aujourd'hui de la responsabilité des pouvoirs publics d'avoir une action volontariste en matière de recherche clinique et d'évaluation des pratiques."

Compte rendu des débats et recommandations.

La discussion au sein de cet atelier très interdisciplinaire* a permis de dégager un profond accord sur :

*** L'état des lieux**

- Le cadre général et le statut de la recherche

** Faire de la recherche est une obligation éthique.* La recherche est une façon rationnelle de réfléchir sur son métier. Le psychiatre se doit de faire évoluer les connaissances sur la maladie mentale et les thérapeutiques.

** La recherche fait partie intégrante du soin de qualité.* Dans d'autre pays, les psychiatres ont été capables d'évaluer des pratiques innovantes, ce qui est une façon de dégager des évidences pour pouvoir les implanter dans la pratique.

** L'évaluation est une dimension essentielle.* Il est important d'en différencier deux plans principaux : celui du progrès des connaissances et de la qualité (données qualitatives rapportées à des hypothèses) et celui de la régulation des dépenses (données quantitatives descriptives).

** La recherche doit porter sur l'ensemble des soins cliniques.* Cela implique naturellement chaque hôpital, mais aussi les soins ambulatoires ainsi que les activités de prévention et de réhabilitation.

** En recherche, il n'y a pas de sujet tabou.* On peut faire de la recherche en psychiatrie biologique, en psychothérapie, en psychanalyse. Le sujet dépendra des pratiques. Dans le travail d'un clinicien, il s'agit de poser des hypothèses, de concevoir une méthode, ce qui ouvre à une confrontation des résultats entre pairs.

** Tout clinicien devrait pouvoir bénéficier d'une formation à la recherche, notamment par la recherche.* Le rapport que l'on a au savoir n'est plus le même. La recherche introduit plus de souplesse par rapport au savoir et la possibilité de le remettre en question

** La recherche exige une collaboration étroite avec le patient et sa famille..* Le temps est révolu où le praticien faisait de la recherche à l'hôpital en catimini, sans relation avec le patient.

** Pas de recherche sans relations entre cliniciens et chercheurs.* Il existe souvent un fossé très large entre les chercheurs professionnels, les cliniciens et les familles. Les chercheurs doivent pouvoir faire passer le bien fondé de leurs recherches. Réciproquement, il est indispensable que les cliniciens puissent se tourner vers eux. L'investissement de nombreux chercheurs dans les lieux de soins aurait également des effets bénéfiques sur la politique de l'INSERM.

** Pas de recherche possible, non plus, sans participation de l'équipe infirmière.*

- Certaines difficultés et contraintes, désormais bien repérées :

Certaines sont associées à la spécialité :

* La psychiatrie se trouve à la confluence des sciences humaines, sociales et biologiques. Cela introduit différents niveaux d'approches et une nécessaire réflexion sur les interactions et les limites d'action de chacun des domaines. Les possibilités d'information réciproque et de travail en commun doivent être développées.

* Une recherche de type CNRS, telle qu'elle a pu être orientée par l'INSERM en médecine, y est particulièrement inadaptée.

* Il est difficile de publier en psychiatrie (le langage psychiatrique s'exporte mal, il n'est pas toujours évident de passer du français à l'anglais) ; l'évaluation du travail de chercheur ne peut se faire comme en gastro-entérologie, par exemple.

* Le système d'information en psychiatrie est limité. La part prévention-recherche est absente et devrait en faire partie.

D'autres tiennent à l'organisation professionnelle :

* Il existe un décalage entre les missions de secteur et la façon dont elles apparaissent dans les statuts professionnels.

* L'exploitation de la recherche demande des disponibilités. Il faut que les personnes qui font de la recherche aient un temps protégé. La recherche est encore vécue comme un luxe. Il faut du temps pour réaliser un projet. Les ratios d'encadrement devraient être conçus en fonction des programmes de recherche.

Plusieurs problèmes ont été particulièrement rencontrés avec les PHRC :

* Celui de la valorisation de la psychiatrie au niveau des autres disciplines.

* Celui de la faiblesse méthodologique de projets dont la thématique était intéressante. Les collaborations cliniciens-chercheurs devraient s'inscrire en amont, avant que les cliniciens ne déposent des projets déficients sur le plan méthodologique.

* Celui de l'Information et de la Documentation. Les programmes multi sites sont encouragés. Mais comment contacter d'autres équipes qui seraient intéressées à une recherche qu'on veut lancer ? Dans les appels d'offres, on pourrait stipuler que l'on peut demander une recherche bibliographique. Mais à qui : bibliothèque universitaire, INSERM, autre structure documentaire ?

Il existe une quasi-exclusion des psychiatres libéraux des programmes de recherche.

Il y a certes une question de disponibilité qui se pose dans l'absolu mais le problème se pose d'abord au niveau des appels d'offres "hospitaliers", ce qui ne correspond pas à l'organisation moderne des soins en psychiatrie et en terme de rétribution du travail de recherche.

- Les ouvertures actuelles :

Les difficultés et les retards qui les accompagnent ne doivent pas faire oublier une très grande évolution ces dernières années.

* L'intérêt pour la recherche et la demande des cliniciens ont beaucoup progressé.

Par exemple, 122 secteurs ont participé à une recherche collaborative. Cette recherche n'aurait pas pu être menée il y a vingt ans.

* Des outils professionnels se sont mis en place "*Pour la Recherche*", "*Psydoc-France*".

* Il y a manifestement une volonté de la part de l'INSERM et de la DGS d'avancer même si l'on peut regretter que ce mouvement ne soit pas plus rapide et qu'il ne mette à disposition pratiquement aucun moyen.

* **Les recommandations**

Il est important qu'il y ait une légitimité absolue de la recherche dans le temps de soin. Tous les acteurs de la psychiatrie et de la santé mentale doivent être concernés : psychiatres libéraux et médecins généralistes, doivent être associés aux praticiens de secteur public, ainsi que les infirmiers, les psychologues et les médico-sociaux.

C'est la condition si l'on veut vraiment créer une dynamique d'évaluation et à un moment où les prises en charge ambulatoires et les articulations entre intervenants sont au centre du dispositif de soin. L'implication directe des familles et des patients fait également partie des évolutions indispensables.

Ce développement peut s'appuyer sur *différentes incitations et quelques moyens* :

* inclusion systématique, dans l'initiation des programmes innovants, de leur évaluation

* inclusion des activités de recherche dans les indicateurs d'activité des services et leur prise en compte

* ouverture de postes, mise à disposition de temps pour les cliniciens désirant faire de la recherche évaluative, allocation de ressources pour que les personnes puissent être remplacées

* rétribution du travail des libéraux par vacations avec une articulation à une structure agréée recherche et à une structure de gestion.

Les problèmes de formation peuvent être résolus de différentes façons complémentaires :

*Participation à des recherches encadrées par des équipes compétentes qui ont un véritable devoir de formation dans ce domaine

*Diplômes universitaires avec mémoire sur un projet de recherche

*Utilisation optimale de "*Pour la Recherche*" et "*Psydoc-Fr*"

***Renforcement de la collaboration cliniciens - chercheurs**

- par une information de base sur les domaines particuliers
- en organisant, avant les appels d'offres, des réunions entre méthodologistes et cliniciens pour les inciter à collaborer sur certains projets
- par la possibilité de stages de 3 mois dans les unités ou de 3 demi-journées par semaine pendant un an

***ouverture de "contrats de définition" d'un an, encadrés et précédant pour les équipes l'inscription dans des projets plus ambitieux**

La bibliographie et la pratique documentaire représentent un problème méthodologique important.

***L'accès à l'information et son utilisation devraient d'abord être considérés comme un axe central. On n'imagine pas l'ampleur du désastre actuel dans ce domaine en psychiatrie.**

***Il faut obtenir la présence de personnel spécialisé en documentation dans les C.H.S., ce qui suppose statut et formation. Il y a besoin également de matériel (cf. *PLR* n° 18).**

***Les services actuels de documentation sont réservés aux psychiatres publics. Il faudrait favoriser la création d'un service commun de documentation pour les autres catégories : libéraux, médico-sociaux (exemple de *Toxibase*). Il s'appuierait sur les procédures de recherche électronique (*Psydoc-Fr* et bases internationales) et sur les structures locales qui devraient devenir de véritables relais documentaires ouverts aux différentes équipes de santé mentale, quelque soit leur statut institutionnel.**

Comment organiser une coordination et une animation nationales ? On souffre un peu de l'éparpillement INSERM, CNRS, DGS, MIRE.

***Il est urgent de créer une cellule de proposition et de suivi. Elle serait chargée d'une fonction d'observatoire et de l'organisation de Journées nationales de la recherche clinique en santé mentale, à la mise en œuvre desquelles la FFP est prête à apporter son concours.**

- *En conclusion, il est attendu :*

***Une reconnaissance de la recherche clinique comme une priorité éthique qui fait partie intégrante du soin.**

***L'utilisation de tous les moyens structurels et réglementaires pour transformer cette idée en réalité concrète.**

***La prise de conscience, à l'instar de ce qui se passe dans d'autres secteurs, que la recherche est un véritable investissement économique en plus de la production de connaissances qu'elle génère.**

Dr Jean-Michel THURIN

* Participants à l'atelier : Mme M.-C. Aubrée-Jour, Dr M. Botbol, Mme A. Caria, F. Casadebaig, Pr J.-M. Danion, Dr A. Dazord, Mr B. Escaig, Mr C. Gespert, Dr J. Glikman, Dr C. Gravelat, Mme C. Grolleau, Dr A. Haeringer-Cholet, Dr Y. Halimi, Pr J.P. Lépine, Mme G. Mondière-Lequin, Mme R. Pansard, Mme C. Polge, Mme Dr N. Quemada, Mme M. Raimond, Dr P. Thomas, Dr J.-M. Thurin, Mr J. Volant.

Y participaient en effet : 1 Représentant des familles, 8 Psychiatres, 4 Chercheurs INSERM, 5 Infirmiers, 2 Psychologues, 2 Médecins inspecteurs DASS.

*Dans sa conclusion, **B. Kouchner** a remercié l'atelier d'avoir rappelé l'obligation éthique qu'il y a à faire de la recherche en psychiatrie. Ayant pris bonne note du décalage entre les missions du secteur et celles des praticiens en matière de recherche, il s'est proposé de travailler à la reconnaissance de l'activité de recherche dans les indicateurs d'activité des services et de fournir des moyens et une aide méthodologique pour accéder aux financements, comme par exemple au PHRC.*

Agenda 2000

Congrès du Jubilé de l'Association Mondiale de Psychiatrie organisé par la F.F.P.

De la Clinique à la recherche : penser la psychiatrie

à Paris du 26 au 30 juin 2000

Si vous désirez être tenu informé, écrivez-nous

F.F.P. - 9 rue Brantôme - 75003 - Paris

[Sommaire](#)

Programme hospitalier de recherche clinique

Appel d'offres P.H.R.C. 1998

Six thématiques sont retenues sur des actions de recherche clinique en santé publique :

- **- La toxicomanie avec six thèmes de recherche (non exclusifs) :**
 - la pharmacologie des traitements de substitution

- l'étude de l'impact sur la situation sociale et la mortalité des individus bénéficiaires de ces traitements
- la grossesse (évaluation des traitements de substitution lors de la grossesse, morbidité maternelle, risques périnataux)
- les comorbidités avec virus VIH et VHC (étude des interactions médicamenteuses)
- l'évaluation des structures de prise en charge des patients concernés
- la sociologie de la toxicomanie.
- **- La lutte contre la douleur avec les thèmes :**
 - la mise au point de l'évaluation des outils de mesure de la douleur
 - l'épidémiologie
 - l'évaluation des stratégies thérapeutiques : médicamenteuses et non médicamenteuses
- **- Les soins palliatifs avec les thèmes :**
 - l'évaluation des stratégies médicamenteuses et non médicamenteuse sur le patient et son entourage
 - l'évaluation des structures de soins
- **- La recherche clinique en psychiatrie avec les thèmes**
 - le suicide : indices prédictifs, facteurs de risque et stratégie de prévention
 - la pharmaco-épidémiologie des psychotropes
 - la psychiatrie de l'adolescent et de l'adulte jeune (stratégie de prévention et de prise en charge des situations de crise, évaluation des troubles de l'enfance, troubles du comportement)
 - la psychiatrie périnatale (étude des troubles de la grossesse et du post partum, évaluation de leurs conséquences sur la mère, le nouveau né et le développement du jeune enfant)
 - les structures de prise en charge (réseaux de soins, approches transsectorielles)
- **- La recherche clinique en gériatrie avec les thèmes**
 - la prévention du vieillissement pathologique
 - la maladie d'Alzheimer et les démences apparentées
 - l'évaluation des réseaux de soins

- **- Les études d'impact**

- la première thématique concerne l'évaluation de l'impact des différentes stratégies diagnostique et thérapeutique sur la santé des patients, leur qualité de vie, les coûts.

- La deuxième thématique concerne l'évaluation de la performance et de l'organisation du système de soins : services hospitaliers et établissement de santé, disciplines médicales, pratiques de soins.

- La troisième thématique concerne enfin l'évaluation de l'application et du retentissement de la loi Huriet et des lois bioéthiques.

La Délégation à la Recherche clinique de chaque C.H.U. fixera la date limite de la remise du dossier et les transmettra au Ministère pour le 30 mars 1999. Vous devez donc prendre contact avec la DRC de votre établissement qui vous transmettra toute information.

[Sommaire](#)

Echo des Journées d'Interface Recherches cliniques sur l'autisme et la schizophrénie

- **Facteurs d'évolution chez le jeune enfant autiste**

Baghdadli A., Gasc B., Grisi S., Becache E., Borgnis Desbordes E., Aussilloux Ch., Hochman J., Bursztejn C., Lazartigues A.

L'évolution de l'autisme est caractérisée par une très grande diversité sur le plan de la symptomatologie comme sur le plan des conséquences en termes d'incapacités et de désavantages pour l'enfant et de retentissement sur la vie familiale. Les différences d'évolution apparaissent dès les premières années et s'accroissent par la suite.

Certains facteurs pronostiques sont reconnus par l'ensemble des études (sévérité du tableau clinique initial, déficience intellectuelle, âge d'apparition du langage) ; d'autres sont discutés (âge d'apparition des troubles, sexe, troubles somatiques associés).

Il est admis que, comme pour tout enfant en développement, ces facteurs individuels interagissent avec les facteurs d'environnement familial, social, scolaire ; s'y ajoutent les modalités de prise en charge spécifiques.

L'effet de ces facteurs d'environnement est mal connu, et, en ce qui concerne les facteurs thérapeutiques, il n'existe pas d'études permettant des comparaisons entre les différentes méthodes.

Notre étude vise à préciser le poids relatif des différents facteurs individuels sur l'évolution de l'autisme et à mettre en évidence l'impact des facteurs d'environnement sur cette évolution, seuls facteurs actuellement mobilisables

pour l'amélioration du devenir des sujets autistes.

Il s'agit d'une étude longitudinale commencée le 1er juin 1997, dans le cadre du **PHRC 96**, portant sur une cohorte de 172 enfants de moins de sept ans se déroulant en trois étapes :

1 - *inclusion et évaluation* par des procédures standardisées mettant en évidence les facteurs individuels potentiellement pronostiques (l'inclusion est réalisée, l'évaluation sera terminée le 30 mars 1998) ;

2 - *enregistrement en continu du cadre et du contenu des diverses modalités de prise en charge* (thérapeutique, d'éducation spéciale, pédagogique), sans modifier les choix des familles et des équipes ; enregistrement des ressources particulières mobilisées par la famille ;

3 - *évaluation finale* selon des procédures identiques à la première.

L'évolution du degré de sévérité des troubles et de ses conséquences sera mesurée par comparaison des deux évaluations dont la procédure est identique. Le type de cette évolution sera analysé en fonction des facteurs potentiellement pronostiques, mesurés en début d'étude et en fonction des facteurs d'environnement enregistrés en continu pendant la période de l'étude longitudinale.

L'étude est multicentrique, avec des équipes de pédopsychiatrie travaillant dans des régions et des cadres administratifs différents pour permettre de suivre un nombre suffisant d'enfants dans des tranches d'âge suffisamment homogènes et pour comparer des méthodes d'abord thérapeutiques différentes.

Cette étude est un préalable à une évaluation de la qualité des prises en charge de l'autisme infantile.

- **Etude au long cours des besoins de soins d'un groupe de 150 schizophrènes analyse des coûts directs des prises en charge (PHRC 1995 et 1996)**

J. Pellet*, F. Lang, J. Dubuis, M. H. Bouvy, J.P. Claveranne

Les études médico-économiques en psychiatrie, malgré le poids de cette dernière dans les coûts de santé sont rares en France. De plus, l'adéquation des dispositifs de soins aux besoins des malades n'a été que très rarement évaluée rigoureusement.

De 1990 à 1993, avec la CPAM de la Loire et le Laboratoire de recherche en gestion de l'Université Lyon III (GRAPHOS), nous avons, soutenu par divers contrats, mis au point un méta-modèle évaluatif articulant financeurs, description des diverses actions de prise en charge, résultats de ces dernières, et enfin coûts directs et indirects. Nous avons créé une base de données ad hoc

et effectué une étude pilote (étude I) ayant donné lieu à publications.

Les résultats d'une seconde étude (1994-1995, étude II) sont en cours de publication. Il s'agit d'une étude européenne associant 14 centres, dont 6 français. Elle concerne les besoins de soins de 50 schizophrènes par centre évalués pendant un an. Notre centre est le seul traitant de plus le volet économique.

Le présent projet (1995-1999) qui est la suite de l'Etude II, est du type enquête médico-économique et micro-économique. Il est pleinement en accord avec les tendances européennes actuelles en la matière. Il concerne 150 schizophrènes -100 inclus dans l'Etude précédente et 50 nouveaux- diagnostiqués à l'aide d'une procédure standardisée et du système automatisé CATEGO. Nos données seront recueillies pendant 32 à 48 mois suivant les dates d'inclusion.

Le caractère multicentrique limité de l'étude est justifié par des raisons de faisabilité et parce que très peu de centres en France ont actuellement la capacité de mettre en oeuvre dans un délai très rapproché des études médico-économiques dans le domaine de la schizophrénie.

Objectifs

- Etudier sur une durée de 32 à 48 mois un groupe de 150 patients schizophrènes (ICD 10) randomisés, de divers degrés évolutifs.
- Décrire de façon standardisée leurs besoins de soins et le degré de satisfaction de ces besoins.
- Décrire les conditions de la prise en charge en référence à tous les acteurs intervenant auprès des patients qu'il s'agisse ou non de soignants, faisant partie ou non du secteur psychiatrique.
- Décrire l'ensemble des actions dont les patients sont le point focal, déterminer leurs coûts directs, faute d'une comptabilité analytique fiable, par une approche marginale ; aboutir à une estimation du coût social général et à une analyse du financement.

Principaux instruments cliniques

- Schedule for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN) ; Need for care assessment schedule (NFCAS) : évaluation standardisée des besoins de soins et de la satisfaction de ces derniers, Echelle de Baker et d'Intagliata : évaluation de la qualité de vie.

Variables de Coûts

Charges de la famille/J	Sur la base du placement familial Allocation handicapé adulte, Forfait hospitalier, Tutelle, Prestations en nature, Aide Hospitalière.
-------------------------	---

Charges de la Direction de l'Action Sanitaire et Sociale/J	Coût direct hôpital : médicaments, examens, déplacements, coût des soins. Prestations espèces : indemnités journalière et invalidité.
Montant Assurances Sociales/J	Prestations en nature : médicaments, examens, déplacements, honoraires médicaux, autres dépenses, Tutelle d'Etat, Aide ménagère.
Caisse Allocations Familiales/J	Prestations en espèces, Tutelle, CAF.
Associations	Frais engagés par les associations.
Charges des mutuelles	Forfait hospitalier, ambulatoire.
Ressources	Ensemble des ressources.
Montant des aides	Ensemble des Aides.

État actuel du programme : 140 patients inclus, 4 décès, 10 sortis de l'étude.

Publications antérieures

* **Guilhot J., Pellet J., Claveranne J.P.,** Un outil d'évaluation médico-économique en psychiatrie. *Journal d'économie médicale*. 1993, T11, n°4, pp65-183.

* **Pellet J., Guilhot J., Claveranne J.P., Lang F.,** Problématiques des Etudes de Coûts en Psychiatrie. Application à une Etude Coût-Utilité de 2 Modes de Prise en Charge. *Contrat CNRS PPSH 72*, 1993, 188 pages.

* **Pellet J., Guilhot J., Claveranne J.P., Lang F., Decroocq A., Bouvy M.H., Pellet K.,** A pilot cost/effectiveness study comparing impatient and alternative care patients. *Applied Econometrics Association 43 rd International Conference - Lyon - July 7-8, 1994. (a).*

* **Pellet J., Guilhot J., Claveranne J.P., Pellet K., Lang F., Decroocq A., Bouvy M.H.,** A pilot cost/effectiveness study comparing impatient and alternative care schizophrenic patients. *Third Workshop on Costs and Assessment in Psychiatry. New Researchs, Methods, Health Policies. Venice - October 28-30, 1994. (b).*

Ce travail a rendu possible :

* Une Thèse (fin 1998) sur les qualités psychométriques de l'échelle de qualité de vie de Baker et Intagliata.

* L'obtention d'un programme de recherches de la DRC de Saint-Etienne sur la mise au point d'un instrument standardisé d'évaluation des besoins de soins des patients utilisable en routine par les services hospitaliers, première étape d'une démarche qualité des soins.

Premières publications médico-économiques prévues fin 1998

* CHU de Saint-Etienne - 42055 Cedex 2 - Saint-Etienne

Sommaire

Echo des Journées d'Interface : Quelques posters présentés par les équipes de recherche

- **Prévalence des idées délirantes dans la population générale et identification de sujets à risque.**

H. Verdoux, S. Maurice-Tison, B. Gay, J. van Os, R. Salamon, M. Bourgeois

Ce projet de recherche est actuellement en cours de réalisation en collaboration avec l'unité INSERM U 330 (Epidémiologie, Santé Publique et Développement) et le Réseau Sentinelle Aquitaine.

La première phase de l'étude a été conduite par les médecins généralistes de ce réseau, qui ont proposé à tous les patients consultants pendant 4 demi-journées de remplir un auto-questionnaire (PDI-2, Peters' Delusion Inventory - 21 items) destiné à évaluer les idées "délirantes" chez les sujets de la population générale.

Les généralistes, en aveugle par rapport aux résultats de l'auto questionnaire, ont fourni des informations sur les éventuels antécédents psychiatriques des patients. Les analyses préliminaires portant sur les 790 patients ayant rempli l'autoquestionnaire montrent que le PDI-21 a une bonne acceptabilité et qu'il discrimine les patients présentant un trouble psychotique des patients présentant d'autres troubles psychiatriques, ou indemnes de tels troubles.

Cette enquête montre d'autre part que la "propension à la psychose" est étroitement associée à l'âge, les sujets les plus jeunes ayant les scores les plus élevés, étayant l'hypothèse selon laquelle des facteurs de vulnérabilité non spécifiques interviennent dans l'expression symptomatique des troubles psychotiques.

La deuxième phase de l'étude évaluera le devenir des sujets jusqu'alors non identifiés comme "cas" par les généralistes, mais présentant des scores élevés à l'autoquestionnaire. L'objectif à moyen terme est de développer des instruments de dépistage pour les troubles psychotiques pouvant être utilisés en médecine générale

- **Neuroleptiques et récepteurs 5-HT2A : Une étude en tomographie par émission de positons**

C. Trichard, ML. Paillère-Martinot, D. Attar-Levy, C. Recassens,

F. Monnet et JL. Martinot

(INSERM U334, Service hospitalier F. Joliot - CEA, Orsay ; Hôpital de la Salpêtrière ; S.H.U. Hôpital Ste-Anne, Paris ; Hôpital A. Chenevier, Créteil ; Hôpital de Bicêtre, Kremlin-Bicêtre)

Un niveau élevé d'occupation des récepteurs sérotoninergiques 5-HT2A a été impliqué dans les propriétés cliniques de certains neuroleptiques atypiques comme la clozapine. Nous avons utilisé la tomographie par émission de positons et la [18F]setoperone, un radioligand sélectif des récepteurs 5-HT2A corticaux, afin de comparer le niveau d'occupation in vivo de ces récepteurs par des doses thérapeutiques : 1) de clozapine, 2) de chlorpromazine, un neuroleptique typique ayant une forte affinité in vitro pour les 5-HT2A, et 3) d'amisulpride, un neuroleptique sélectif des récepteurs dopaminergiques D2 D3

Méthode - 17 schizophrènes traités par chlorpromazine (75-700 mg/j), 4 traités par clozapine (200-600 mg/j) et 5 par amisulpride (200-1200 mg/j) ont été étudiés. L'occupation des récepteurs 5-HT2A a été estimée par la réduction du nombre de sites de liaison disponibles pour le radioligand chez les patients traités par rapport à un groupe de 14 schizophrènes non traités (2).

Résultats - Une réduction d'au moins 80% des sites disponibles a été observée chez les patients du groupe clozapine. Une réduction dose-dépendante a également été observée dans le groupe chlorpromazine avec, pour les doses les plus élevées, des taux comparables à ceux des patients sous clozapine. Les patients sous amisulpride ne se différenciaient pas du groupe référence.

Conclusion - Un niveau élevé d'occupation des récepteurs 5-HT2A n'apparaît pas spécifique de la clozapine par rapport à de fortes doses de chlorpromazine dans cette étude. Ce résultat suggère que les différences entre les propriétés cliniques de ces deux antipsychotiques ne sont pas directement liées à cet effet.

[Sommaire](#)

- **Etude des saccades oculaires chez des schizophrènes traités ou non traités**

MO. Krebs, A. Gut, I. Amado, D. Levy-Attar, MC. Bourdel, A. Berthoz, MF. Poirier,

H. Loo et JP. Olie (Service Hospitalo-Universitaire de Santé mentale et Thérapeutique. Hôpital Sainte Anne . 75014 Paris)

L'étude des mouvements oculaires a montré depuis longtemps l'existence fréquente de perturbations chez les patients schizophrènes, constituant ainsi un marqueur de vulnérabilité pouvant aider à la caractérisation phénotypique de

cette maladie. Cependant, les liens exacts de ces anomalies avec la physiopathologie des symptômes schizophréniques ou celle des troubles cognitifs ou moteurs associés restent incomplètement définis. De plus, l'influence des traitements sur les différents paramètres des saccades a peu été étudiée.

Dans une étude en cours, les saccades visuellement guidées sont étudiées chez des patients schizophrènes non traités ou sous monothérapie neuroleptique ainsi que chez des témoins. L'évaluation oculomotrice est couplée à une évaluation clinique complète incluant la recherche de signes neurologiques mineurs ainsi qu'à une évaluation neuropsychologique. Les patients initialement non traités sont réévalués après trois semaines de stabilisation. Les performances oculomotrices sont analysées en fonction de l'impact du traitement et des paramètres cliniques.

Une analyse préliminaire des premiers patients montre que, conformément à la littérature, les performances lors de saccades réflexes sont globalement peu perturbées chez les patients, qu'ils soient traités ou non, par comparaison à des sujets contrôles. Cependant, la latence des saccades réflexes est corrélée à la présence de signes neurologiques mineurs (d'autant plus longue que le score est élevé) et la précision du déplacement du regard est négativement corrélée au score positif et au score de désorganisation de la PANSS. Les tâches oculomotrices complexes sont perturbées.

Les tâches explorées et les résultats sur les 33 premiers sujets seront détaillés. L'influence du traitement sera évaluée par l'analyse des performances des patients initialement non traités qui auront pu être réévalués.

[Sommaire](#)

- **" MATQUID" - Troubles psychiatriques de la grossesse et du postpartum : influence sur l'établissement des liens mère-bébé et le développement ultérieur des enfants sur une durée de 2 ans**

M. Bourgeois, AL. Sutter, D. Dallay, J. Horowitz, JJ. Leng, P. Lafforgue,

JF. Dartigues, RC. Kumar, ML. Bruchon-Schweizer

L'étude proposée est multidisciplinaire (psychiatrie de l'adulte, gynécologie obstétrique, psychiatrie de l'enfant, psychologie de la santé), d'une durée totale de 4 ans. Elle a débuté en Janvier 1996 dans le cadre d'un Projet Hospitalier de Recherche Clinique (PHRC). Ce travail a donc actuellement 2 ans de vie.

Le but est d'étudier les troubles psychiques, et plus particulièrement la dépression et l'anxiété post-natales, leurs facteurs de risque, leur impact sur la vie sociale et familiale des femmes, et surtout l'influence possiblement pathogène sur le développement psycho-affectif de l'enfant. L'hypothèse est que la dépression et l'anxiété post-natales de la mère ont un retentissement, à moyen et long terme, sur le développement psycho-affectif de l'enfant. Sur le plan méthodologique, il était prévu d'inclure 1000 femmes enceintes, suivies

par les 3 services de Maternité concernés en 2 ans, au cours du troisième trimestre de leur grossesse. La pratique nous a permis de contacter 1000 femmes.

L'échantillon est actuellement d'environ 600 personnes. A l'inclusion, une évaluation de l'état de santé mentale de la femme, de ses antécédents médico-psychologiques, de son insertion socio-professionnelle est faite. La santé mentale des mères est réévaluée de façon globale, puis en recherchant plus spécifiquement un trouble dépressif et/ou anxieux au 3ème jour de post-partum (entretien à la maternité), à 6 semaines (entretien à domicile), 3 mois (entretien à domicile), 6 mois (entretien à domicile), 12 mois (entretien à domicile), 18 mois (entretien à domicile) et 24 mois (entretien à domicile). Le développement psycho-affectif des enfants est évalué par une batterie de tests au 3ème jour de vie à la maternité, puis à 6 semaines, 3 mois, 6 mois, 12 mois, 18 mois et 24 mois, à domicile.

Sommaire

Recherches cliniques sur le Suicide

- **Enquête épidémiologique prospective en Maine et Loire : suivi à 10 ans d'une population de 842 primo suicidants**

Prs R. Wartel (CHU d'Angers), J. B. Garre, Drs Ph. Duverger, J.P. Lhuillier, A. Lemoine, C. Ronceray, P. Six, C. Durand, P. Harry, A. Hamon, J. Mazaud

L'objectif général de la recherche est une étude épidémiologique prospective en Maine et Loire : suivi à 10 ans de 842 primo-suicidants. Il s'agit d'une enquête prolongeant un travail déjà réalisé en 1986-1987. En effet, à ce jour, aucune étude longitudinale n'a encore permis en France de suivre le devenir des patients suicidants et donc d'estimer le risque de récurrence suicidaire à long terme.

L'enquête 1986-1987 était un travail multidisciplinaire auquel participaient le Centre anti-poison, le service de Psychiatrie et de Psychologie Médicale, le département d'Information Médicale du CHU d'Angers ainsi que la D.D.A.S.S.. Les objectifs de cette étude étaient la description socio-démographique de la population des primo suicidants en Maine et Loire ainsi que celle de l'acte suicidaire et des antécédents somatiques, psychiatriques, personnels et familiaux des patients. Le suivi pendant deux ans (jusqu'au 31 décembre 1989) de chacun des 842 patients inclus dans l'étude a permis une première estimation des récurrences suicidaires et des suicides réussis.

L'objectif de la présente recherche est le suivi à 10 ans (à partir de la date de la première tentative de suicide) des 823 patients inclus en 1986 et 1987 et non décédés deux ans après la première tentative de suicide. Seront étudiés : le devenir des patients, les récurrences de tentatives de suicide, les facteurs de risques personnels ainsi que les facteurs de risque médicaux de tentatives de suicide.

Méthodologie : les informations recueillies pour cette enquête épidémiologique prospective s'effectueront selon plusieurs modalités :

- * Informations auprès du médecin traitant (généraliste et psychiatre) des patients inclus à partir de 1986 à l'aide d'un questionnaire qui leur sera envoyé. Ce questionnaire explore l'état de santé apparent, l'existence de troubles psychiatriques, les récurrences de tentatives de suicide et les décès par suicide dans cette population. Il est construit de façon à limiter le nombre de "perdus de vue" en recensant toutes les informations permettant de les retrouver.
- * Informations de l'État civil.
- * Base de données des admissions du CHU d'Angers.
- * Base de données des consultations externes du service de Psychiatrie et de Psychologie Médicale du CHU d'Angers.
- * Base de données des admissions et du Département d'Information Médicale du Centre de Santé Mentale (CESAME).
- * Fichiers des assurés sociaux de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie du Maine et Loire.
- * Avis de décès collationnés par la DDASS du Maine et Loire.
- * Causes des décès portées aux certificats de décès obtenus, via les Mairies, par la DDASS du Maine et Loire.
- * Fichier public minitel.

Ces renseignements obtenus auprès de ces différentes sources et anonymisés doivent contribuer, à travers la meilleure connaissance du devenir de la cohorte considérée, à une meilleure identification des facteurs de risque prédictifs de risque suicidaire.

Mots clés : *Epidémiologie, enquête prospective, tentative de suicide, suicide.*

Publications antérieures

- * **Garre, J.B., Six, P., Duverger, Ph, Lhuillier, JP, Harry, P.,** Manque de sensibilité de spécificité de l'échelle MADRS dans la prévisibilité d'un risque de récurrence suicidaire dans une cohorte de 842 primo-suicidants. *Compte-rendu du Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française (Pointe à Pitre), Masson, 1994; 310-314.*
- * **Harry, P., Six, P., Lhuillier, JP, Garre, J.B., Simon, B.,** Une enquête épidémiologique prospective départementale : Description et suivi à deux ans de 842 primo-suicidants. *Médecine et Hygiène, 1996; 54: 149-155.*

Le projet de recherche en cours fait l'objet d'un Programme Hospitalier de

Recherche Clinique (PHRC 1997).

Sommaire

- **Evaluation comparative multicentrique et prospective d'un protocole de prise en charge spécifique de suicidants de 15 à 34 ans : mesure de l'observance et de la réduction des récidives sur 1 an ; résultats partiels.**

Dr L. Dubois, L. Bleton, Y. Dejean, Pr M. Walter, Pr J-J. Kress, Pr A Lazartigues*

Objectifs : évaluer l'intérêt d'un protocole spécifique de prise en charge d'une cohorte de jeunes suicidants par la mesure de l'observance et des taux de récidives à 1 an, par rapport à une cohorte témoin traitée par un seul entretien psychiatrique obligatoire.

Méthodologie : deux groupes de 30 patients chacun, répartis par randomisation. L'un pris en charge classiquement avec un seul entretien psychiatrique, suivi d'une orientation aspécifique vers le psychiatre ou le généraliste habituel ; l'autre traité par un protocole spécifique de 5 entretiens dans le premier mois avec le même thérapeute selon le modèle de psychothérapie brève du Pr Gillieron.

Le recueil des données, est fait lors de l'inclusion et un an après. Il porte sur l'état clinique (entretien SCAN), les variables socio-démographiques, le fonctionnement global (échelle ESM de Luborsky).

Les critères d'observance portent sur la présence ou non lors des 5 entretiens dans le premier mois, le type de suivi (effectif ou non) dans l'année qui suit, et l'acceptation ou non de l'évaluation à un an.

Intérêts : évaluer le bénéfice thérapeutique d'un protocole spécifique de prise en charge d'une population de jeunes en terme de récidives et tenter de dégager des critères prédictifs d'observance.

* Equipe de Brest

Sommaire

Enquête INSEE : Handicaps, Incapacités, Dépendance

Comme nous l'avons annoncé en décembre 1995 (*PLR* n°7) et en juin 1998 (*PLR* n°17), l'INSEE effectue une enquête intitulée : "Handicaps, Incapacités, Dépendance". La Fédération Française de Psychiatrie a été représentée lors des 27 réunions durant les trois années de préparation. Le site internet de la Fédération comporte une abondante documentation.

Le but de cette enquête est de fournir des données de cadrage (qui n'existent pas encore dans notre pays) à propos des personnes souffrant d'incapacités, c'est-à-dire de gênes dans les gestes et activités de la vie ordinaire. Chez ces personnes, l'enquête recherche les causes des incapacités, en termes de déficiences lorsqu'il en existe, et de maladies, non pas avec un diagnostic précis, mais par grand groupe de pathologie déclarée. D'autre part, l'enquête recherche les conséquences des incapacités en termes de désavantage social. Est également décrite l'aide reçue, ainsi que la charge que représente cette aide pour la personne appelée "aidant principal". Il y a déjà eu plusieurs enquêtes sur les maladies dont souffrent les personnes vivant en France. C'est ici la première à propos des incapacités. Elle apportera des informations importantes sur les conséquences des maladies dans la vie ordinaire. En particulier ces informations aideront aux choix des politiques de santé à propos des aides nécessaires aux personnes en incapacité.

L'enquête portera sur un échantillon représentatif de la population générale. Au total, ce seront environ 35 000 personnes qui seront interrogées de façon approfondie, soit 20 000 en "ménages", et 15 000 dans les établissements et institutions de toutes sortes. En effet, il est important de ne pas se limiter aux personnes vivant "chez elles" : dans bien des établissements le séjour peut être surdéterminé par les difficultés de la vie quotidienne provenant de maladies.

Lorsque l'absence hors du "ménage" est brève, y compris pour une hospitalisation de peu de jours en médecine, chirurgie ou obstétrique, la personne sera tout de même enquêtée à ce niveau. Il convient donc d'ajouter à cet échantillon les personnes absentes du foyer au delà d'une brève période. Cette partie de l'enquête concerne tous les établissements : maisons de retraite, foyers de tous statuts, résidences universitaires, centres de rééducation, etc. Elle s'est déroulée en novembre 1998. Il est prévu également d'enquêter dans les prisons et d'aller dans les lieux d'hébergement précaire afin d'interroger les personnes sans domicile fixe. C'est donc pour obtenir un échantillon national aussi représentatif que possible qu'ont été prévus un certain nombre de lieux de soins dans lesquels la durée moyenne de séjour dépasse les quelques jours de médecine et de chirurgie. Ainsi, les services de soins en psychiatrie (anciens C.H.S., services en hôpital général, en C.H.U., cliniques...) ont été inclus dans le tirage au sort des 2075 établissements dans chacun desquels 8 personnes seront interrogées.

En 1999, le recensement sera l'occasion d'un questionnaire de filtrage distribué dans des zones tirées au sort. A la lecture de ce questionnaire, certaines personnes apparaîtront probablement concernées : c'est surtout elles qui seront ensuite interrogées. Le questionnaire sera également soumis à un certain nombre de personnes qui ne seront probablement pas concernées. Il s'agira ainsi d'estimer le taux de "faux négatifs" (écartés à tort lors du filtrage), mais aussi de calculer un taux d'incidence (nouveaux cas) lors d'un deuxième passage deux ans plus tard. Ce deuxième passage concernera l'ensemble de l'échantillon et permettra de chiffrer les aggravations et les améliorations. Ce point de vue dynamique permettra de tenir compte de l'évolution actuelle de la santé, alors que des données statiques reflètent en même temps les conditions de santé d'il y a une ou plusieurs décennies, et dont les effets sont manifestes maintenant. C'est pourquoi les personnes interrogées en établissement cette année sont invitées à donner les coordonnées d'une autre personne qui indiquera dans deux ans où elles peuvent être contactées. Au total, l'enquête aura donc lieu en quatre phases, de 1998 à 2001.

Cette enquête très importante a suscité beaucoup d'intérêt parmi les associations de malades et de familles. Le groupe de projet (déjà cité) a contribué à son élaboration, grâce à la participation de chercheurs de l'INSERM, de l'INED, du SESI, etc.. Pour les psychiatres, il est important que l'échantillon statistique soit bien constitué, en vue d'étudier les conséquences des maladies mentales dans la vie de tous les jours. Si cet échantillon n'était pas suffisamment représentatif, les résultats concernant nos patients seraient moins précis et moins exploitables. Il en résulterait que les décideurs auraient une raison supplémentaire pour sous estimer le poids des troubles mentaux. Malheureusement, cette raison là serait de notre fait.

Bien entendu l'enquête a reçu toutes les autorisations indispensables, à commencer par celle de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL).

Dr François Chapireau

Sommaire

Comment mesurer et analyser les données subjectives en santé ?

Telle est la question qui a été débattue à l'Institut Gustave Roussy le 9 Novembre dernier, sous la présidence du Pr F. Grémy, et l'animation du Dr B. Falissard.

Un séminaire, le matin, et les conférences de l'après-midi, ont permis à divers courants de pensée concernés (psychométrie, évaluation en psychiatrie, qualité de vie, évaluation de la douleur) d'échanger sur les concepts de validation, et les méthodes statistiques utilisables.

Il est clairement apparu 1) que le courant de la psychométrie, malheureusement très peu représenté en France (Pr P. Dickes, J.P. Rolland), est le plus expérimenté en gestion de variables subjectives ; 2) que les pratiques diffèrent selon les champs : ainsi les outils en psychiatrie font-ils l'objet de validations beaucoup moins approfondies que ceux d'autres secteurs (douleur, psychométrie...), notamment en ce qui concerne la "construct validity" ; 3) l'unidimensionnalité de certaines variables, présumées dans certains outils, n'est pas toujours confirmée par l'expérience : par exemple, l'agréable n'est pas en continuité avec le désagréable (D. Dubois).

Dr Annie Gauvain-Piquard

Sommaire

Directeur de la Publication :
Pr G. Darcourt

Rédacteur en chef :
Dr J-M Thurin

Rédacteurs en chef adjoints :
Dr M. Horassius, Pr Ph. Mazet

Comité de Rédaction
**Drs F. Chapireau, A. Gauvain-Piquard,
J. Garrabé, J-P Klein,
C.Veil**

Secrétaire de rédaction et maquette
M.Thurin

PLR électronique
Comité Technique
**Drs M. Botbol, L. Fineltain,
M. Grohens, M. Robin,
J.M. et M. Thurin**

[Sommaire](#)



ABONNEZ-VOUS !

Pour la Recherche

9, rue Brantôme - 75003 - Paris

tel : 01 48 04 73 41 - fax : 01 48 04 73 15



Remerciements

A la Direction Générale de la Santé
dont la subvention permet l'édition de ce bulletin.

Au Laboratoire Lilly 
qui assure le budget de sa diffusion aux psychiatres français.

A l'Association Française de Psychiatrie et à l'Association Française des
Psychiatres de Service Public pour leur soutien actif à la diffusion des abonnements.

Tirage 4000 exemplaires - ISSN : 1252-7695

Commission Paritaire n° 1199 G 75389 s

Imprimeur : MURAY-PRINT - 4, rue Louis Armand 92600 - ASNIERES