

## FA5C

**Hôpital 2,0 : du virtuel au réel**

Y. Bubien

CHU d'Angers, Angers, France

Adresse e-mail : [yabubien@chu-angers.fr](mailto:yabubien@chu-angers.fr)

L'hôpital de demain sera 2,0 ou ne sera pas. Derrière ce constat prospectif et déterminé, il y a une réalité indéniable prenant ses racines dès à présent : la santé est déjà connectée et elle le restera. À l'heure des objets connectés, des patients connectés, des prémices de la médecine 2,0 et du *big data*, il faut dès aujourd'hui nous préparer à repenser nos façons de « panser ». Montres, bracelets, smartphones, balances, fourchettes, piluliers, vêtements ou même brosses à dents, pour chaque instant de votre journée, il y a un objet de santé connecté. Les objets de santé connectés sont en passe de révolutionner le quotidien mais aussi bientôt la conception du soin. Ainsi, d'après un sondage publié par l'institut Odoxa, 81 % des médecins estiment que « la santé connectée est une opportunité pour la qualité des soins » et 91 % jugent qu'elle est « une opportunité pour améliorer la prévention » des maladies. L'enjeu pour l'hôpital de demain est de s'adapter aux changements sociologiques de notre époque. La révolution numérique qui « digitalise » les modes d'interaction entre les patients et les établissements de santé (*facebook*, *twitter*, les objets connectés...) ne doit pas faire peur. Bien au contraire, elle doit être une opportunité pour adopter de nouveaux modèles de prise en charge sans doute moins unilatéraux et plus coopératifs. Ces nouvelles organisations devront être capables de mettre à profit les informations recueillies pour le médecin, mais aussi de pouvoir réceptionner de façon sécurisée et adaptée les données d'objets de santé connectés, en dehors de son enceinte. Le marché des *big data* est aujourd'hui dominé par les grands groupes américains comme google, par les mathématiciens, les informaticiens, les financiers. C'est aux hospitaliers et surtout aux médecins de reprendre la main pour façonner l'hôpital de demain à leur image, au service des patients et des citoyens.

**Mots clés** *Big data* ; Objets connectés ; Internet ; Réseaux sociaux ; Hôpital ; E-santé

**Déclaration de liens d'intérêts** L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

*Pour en savoir plus*

De la e-santé à la santé connectée, le livre blanc du Conseil national de l'Ordre des médecins, 2015. Sondage ODOXA sur la santé connectée, 2015.

D'un système de santé curatif à un modèle préventif grâce aux outils numériques. Renaissance numérique 2014.

Simon P. Quel service médical rendu aux patients par la « Mobile Health » ? *Rev Hosp France* 2013.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.342>

## FA6

**FFP – Données probantes en psychiatrie et santé mentale, les propositions de la FFP**J.-M. Thurin<sup>1,\*</sup>, M. Thurin<sup>1,\*</sup>, B. Odier<sup>2</sup><sup>1</sup> 9, rue Brantôme, Paris, France<sup>2</sup> ASM 13, 11, rue Albert-Bayet, Paris, France

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [jmthurin@internet-medical.com](mailto:jmthurin@internet-medical.com) (J.-M. Thurin)

La question de la preuve scientifique (qu'est-ce qui fait preuve et comment ?) appelle aujourd'hui une réflexion de fond et une discussion à rouvrir. Cette question ne se limite pas au champ de la psychiatrie, même si ces questions s'y posent de manière aiguë. Dans le cadre d'un partenariat scientifique avec la HAS, un groupe de travail a été constitué par la FFP pour les traiter. Les points de départ identifiés sont le travail antérieur de la HAS sur ce sujet, l'expérience de l'American Association of Psychology, l'évaluation des interventions complexes réalisées par le MRC (UK), ainsi que

différents textes qui introduisent la dimension épistémologique et présentent les nouvelles méthodologies qui réduisent la fracture entre pratique clinique et recherche. Après la présentation par J.-M. Thurin, des éléments issus de la réflexion documentée du groupe de travail et de ses premières propositions sur ces bases, M. Thurin partira du fait que les guides de traitement utilisés en santé mentale sont basés sur les troubles. Il faut en concevoir les limites dans le cadre de la clinique « ordinaire ». En effet, les cliniciens reçoivent des patients dont les comorbidités sont fréquentes. De plus, les problèmes qu'ils présentent vont bien souvent au-delà du simple diagnostic (problème familial ou professionnel, par exemple). Les données probantes ne doivent pas négliger ces aspects. Des critères permettant d'introduire la signification clinique au cœur des données probantes seront proposés. B. Odier montrera qu'en psychiatrie les tâches de description clinique sont inachevées. Certains chercheurs fondamentalistes pensent que la réponse viendra du génotype des maladies mentales. Les cliniciens chercheurs, modestement et patiemment, poursuivent les tâches de description clinique car ils pensent qu'elles sont des préliminaires incontournables aux travaux de classification, aux opérations diagnostiques, aux évaluations pronostiques, à l'étude des évolutions sans et sous traitement.

**Mots clés** Données probantes ; Clinique ; Méthodologies innovantes ; Épistémologie ; Description clinique ; Recommandations

**Déclaration de liens d'intérêts** Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

*Pour en savoir plus*

American Psychological Association. Criteria for evaluating treatment guidelines. *American Psychologist* 2002;57(12):1052–9.

Westen D, Novotny CM, Thompson-Brenner H. (2004). The empirical status of empirically supported psychotherapies: assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials. *Psychol Bull* 2004;130(4):631–63.

Craig P, et al. Developing and evaluating complex interventions: new guidance. Medical Research Council, 2008. HAS. Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique. État des lieux. 2013.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.343>

## FA7

**CNPP-CNQSP – Psychiatrie et psychothérapie – Psychiatrie est psychothérapie**

M. Bensoussan

11, allée du Périgord, Colomiers, France

Adresse e-mail : [maurice.bensoussan@wanadoo.fr](mailto:maurice.bensoussan@wanadoo.fr)

Ce débat prend aujourd'hui une acuité particulière. Les enjeux professionnels autour de la démarche qualité, du statut de psychothérapeute, de la place des acteurs de terrain dans l'évaluation de leurs pratiques professionnelles, en regard des exigences normatives des tutelles en général ont surement un rôle d'aiguillon. L'essentiel est ailleurs. Il concerne la clinique et la thérapeutique. Le Collège national pour la qualité des soins en psychiatrie donne la parole à ses sociétés savantes partenaires pour aborder ce débat. Il ne s'agit pas de présenter une technique, un moyen thérapeutique partiel ou absolu, mais de chercher à penser l'articulation entre psychiatrie et psychothérapie. La psychiatrie existe-t-elle sans une dimension psychothérapeutique ? Si la réponse est non, quelle est donc cette psychothérapie du psychiatre ? Que faire des modèles de recherche, voire de certaines pratiques qui visent à couper psychiatrie et psychothérapie ? Les thérapies bifocales ou combinées peuvent-elles être appliquées en dehors de grandes villes faute de praticiens ? Comment, en recherche et en pratique clinique, penser l'unité du psychique et du somatique ? Quelles sont les spécificités des psychothérapies structurées pratiquées par des psychiatres par rapport aux psychothérapeutes non psychiatres ? Le CNQSP a posé