

23 mar 2021 -01:00

En psychiatrie, la santé physique compte aussi

Les personnes atteintes de maladies mentales telles que la schizophrénie, les troubles psychotiques, les troubles bipolaires ou la dépression grave décèdent beaucoup plus précocement et ont un accès plus difficile aux soins de santé que la population générale. Le Centre fédéral d'Expertise des Soins de santé (KCE) a tenté de comprendre pourquoi. Une étude qualitative menée auprès de patients et d'équipes soignantes de soins psychiatriques résidentiels montre que les limitations rencontrées peuvent être dues à la fois à des préjugés et à des considérations administratives distinguant la santé physique de la santé mentale. Or, de nos jours, tous les guidelines internationaux s'accordent à dire que cette distinction est obsolète et que l'hospitalisation psychiatrique doit être vue comme un moment et un lieu où l'objectif principal est la santé globale du patient, dans un esprit de rétablissement et d'autonomisation. Le KCE propose donc quelques pistes en ce sens et souligne que les réformes en cours de la nomenclature et du financement des hôpitaux sont des opportunités à saisir pour faire évoluer la situation.

Une catégorie de la population à risque de décès prématuré

Les personnes atteintes de maladies mentales telles que la schizophrénie, les troubles psychotiques, les troubles bipolaires ou la dépression grave décèdent beaucoup plus précocement que la population générale. Les chiffres à ce sujet varient, mais la différence est toujours supérieure à 10 années de vie. Une grande partie de cette surmortalité est due à des problèmes cardiovasculaires, qui sont liés aux effets secondaires des médicaments psychiatriques et au mode de vie (p. ex. sédentarité, tabagisme...). C'est d'ailleurs pour cette raison que plusieurs pays ont considéré qu'il s'agit de personnes à risque, à vacciner en priorité contre le COVID-19. On sait également que ces personnes ont généralement un accès plus difficile aux soins de santé que la population générale.

En 2017, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a décrété un objectif de réduction d'un tiers de cette mortalité prématurée d'ici 2030. Différents guidelines internationaux ont été développés sur la question. En Belgique, la question retient l'attention depuis une quinzaine d'années mais, malgré un intérêt certain des professionnels du secteur psychiatrique, la situation n'évolue guère. Les soins somatiques restent actuellement sous-optimaux dans les institutions psychiatriques et le KCE a tenté de comprendre pourquoi.

Préjugés et méconnaissances respectives

Il apparaît que des obstacles de différentes natures entravent l'accès des patients psychiatriques à des soignants « somaticiens ». D'une part, tant les patients que les professionnels des soins psychiatriques ressentent des préjugés de la part des autres soignants, qu'ils attribuent à un sentiment de malaise à l'égard des soins psychiatriques en général, et à un manque de connaissances et de confiance en eux. En miroir, les soignants psychiatriques reconnaissent volontiers l'insuffisance de leurs compétences en matière de soins somatiques. L'enseignement d'une vision holistique dans la formation des (futurs) professionnels de la santé permettrait certainement d'améliorer cette situation.

Trop de limitations à l'accès aux soins

Par ailleurs, il est ressorti de l'enquête qualitative menée par les chercheurs que l'organisation des soins somatiques souffre de limitations administratives (souvent historiques) et financières (en termes d'honoraires, de matériel, de logistique, etc.). Ainsi, de nombreux hôpitaux psychiatriques font appel à des médecins généralistes pour s'occuper de la santé somatique de leurs patients, mais le financement actuel de cette fonction est insuffisant pour assurer à la fois la prise en charge somatique de chaque patient, la tenue d'un dossier médical, la participation aux réunions d'équipe, la continuité des soins et la collaboration avec la première ligne extérieure et/ou les spécialistes hospitaliers, sans parler d'activités de prévention ou de promotion de la santé. Quant aux consultations de 'spécialistes somatiques' (cardiologues, pneumologues, urologues, etc.), elles sont structurellement limitées.

Il apparaît également que le personnel infirmier est en nombre insuffisant pour pouvoir gérer les soins somatiques des patients psychiatriques, et ce d'autant plus que la temporalité est différente en psychiatrie : il faut pouvoir prendre plus de temps pour écouter le patient, le mettre à l'aise pour exprimer sa plainte, et ensuite décoder cette plainte.

Considérer le patient dans sa globalité

Les guidelines internationaux considèrent tous que les soins aux personnes atteintes de maladie mentale doivent se faire selon une approche holistique ; la dichotomie entre soins psychiatriques et somatiques est une conception ancienne qui doit être abandonnée. On sait en effet que la santé psychique de ces personnes s'améliore lorsque leur santé somatique est également prise en charge, et vice-versa. L'hospitalisation psychiatrique doit donc être vue comme un moment et un lieu où l'objectif principal est la santé globale du patient, dans un esprit de rétablissement et d'autonomisation.

Mettre en œuvre les guidelines requiert également que les services psychiatriques soient organisés, structurés et outillés à cet effet. Les réformes actuellement en cours de la nomenclature et du financement des hôpitaux sont des opportunités à saisir pour faire évoluer la situation.

L'approche du patient doit également respecter ses choix et ses volontés, comme le stipule la loi sur les droits du patient. Cela implique qu'il soit correctement informé de son état de santé et de son traitement, et que les décisions posées résultent d'une concertation avec lui.

Un plan de traitement et de suivi pour chaque patient

Le KCE souligne d'entrée de jeu que, selon les guidelines internationaux, tout patient entrant dans une institution psychiatrique devrait recevoir aussitôt un 'plan de traitement et de suivi' individuel, couvrant à la fois ses soins psychiatriques et somatiques.

Ce plan devrait à tout le moins prévoir une visite médicale à l'admission, un suivi attentif des effets secondaires des médicaments prescrits pendant toute la durée de l'hospitalisation, et des activités visant à réduire les facteurs de risque (notamment un suivi diététique et de la kinésithérapie ou un coaching sportif dès le début du traitement, et un accompagnement individuel de l'arrêt du tabagisme si souhaité).

Par ailleurs, le plan devrait prévoir des interventions de santé similaires à celles qui peuvent être offertes à la population générale (vaccinations, soins dentaires, dépistage du cancer, consultations de santé sexuelle...). Une consultation de préparation de la sortie devrait également être systématiquement

organisée pour assurer la continuité des soins.

Encore des pistes à explorer

Le rapport se conclut par une série de questions pour lesquelles des recherches sont encore nécessaires : comment assurer la continuité des soins somatiques entre l'institution psychiatrique et la vie 'au dehors', quelles seraient les possibilités de créer une fonction de 'liaison somatique' dans les services psychiatriques des hôpitaux généraux, ou une fonction de case manager dans les hôpitaux psychiatriques, quelle importance donner aux nouvelles technologies de communication (p. ex. téléconsultation), etc.

Il reste donc encore beaucoup à faire pour pouvoir offrir aux personnes atteintes de maladie mentale un même accès aux soins de santé qu'au reste de la population. Mais les professionnels et les patients sont demandeurs et tout le monde est convaincu que les choses doivent changer.

Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé
Centre Administratif du Botanique, Door Building (10ème
étage)
Boulevard du Jardin Botanique 55
1000 Bruxelles
Belgique
+32 2 287 33 88 (nl) / +32 2 287 3354 (fr)
<http://kce.fgov.be>

Gudrun Briat
Communication scientifique
+32 475 274 115
press@kce.fgov.be