

CONTINUITÉ DES SOINS : QUELLES IMPLICATIONS POUR LA PSYCHIATRIE ?

Dr Pedro Planas, directeur médical – Dresse Héléne Beutler, médecin-chef du département de psychiatrie de l'enfant et adolescent –
Dr Umberto Giardini, médecin-chef du département de psychiatrie de l'âge avancé – Dr Stéphane Saillant, médecin-chef ad interim du département de psychiatrie de l'adulte

« *Qu'est-ce que la continuité des soins ?* »

Concrètement, le concept de continuité des soins peut être défini par la mise en évidence des composantes qui le définissent, à savoir :

L'information qui se transmet d'un soignant à l'autre sur les événements reliés à la maladie et au malade, afin d'être en mesure de prodiguer les soins. La relation thérapeutique médecin-patient dans sa singularité qui reflète les transitions s'effectuant entre les différents épisodes de soins. L'approche organisationnelle apte à garantir la coordination des soins. Cet aspect désigne la complémentarité des services afin qu'ils ne soient ni manquants, ni répétés, ni mal synchronisés.

« *La continuité des soins au CNP* »

La continuité des soins constitue un sujet d'actualité, une question de santé publique qui concerne les citoyens, les malades et leurs associations, les gestionnaires et les professionnels de santé. Vouloir implanter une continuité des soins efficace dans notre système de santé en cours de restructuration signifie le décloisonner et changer certaines habitudes, tout en préservant sa capacité de répondre aux besoins des patients. Cela constitue un enjeu de taille qui nécessite sur le terrain un travail de coordination. L'objectif est double : rester efficace dans le contexte d'une médecine qui devient toujours plus complexe, mais également contenir voire réduire les dépenses d'une médecine toujours plus coûteuse.

Pendant de nombreuses décennies, l'organisation des soins en psychiatrie se déclinait en des concepts bien différenciés, répartis entre lieux de soins hospitaliers et ambulatoires. Cette tendance binaire se vérifiait largement sur le plan international. La nécessité de répondre de manière plus large aux besoins de la population a conduit à la création de structures intermédiaires et au développement des soins communautaires, mouvement qui a été à l'origine de la création, en 2009, du CNP. Si dans un premier temps le CNP s'est attelé à modifier sa structure, les options stratégiques actuelles du CNP (2015-2022) mettent en avant la volonté de faire évoluer les modes de travail, en privilégiant notamment la continuité des soins et en mettant en place des structures adaptées aux besoins du patient tout au long de son parcours clinique.

Bien que dans le passé la psychiatrie ait souvent été « généraliste », l'évolution de la discipline nous amène à envisager une psychiatrie davantage spécialisée avec des approches de soins plus spécifiques. Cette tendance à favoriser la spécificité s'est concrétisée ces vingt dernières années avec par exemple l'essor de spécialités psychiatriques telles que la psychiatrie forensique, la psychiatrie de liaison ou encore la psychiatrie de la personne âgée. Cette manière d'approcher la discipline qui vise une meilleure continuité des soins nécessite un personnel qualifié, formé dans des domaines de compétences précis et ayant une bonne connaissance du réseau de soins.

Fort de ce constat, les trois départements du CNP (CNP âge avancé, CNP enfance-adolescence, CNP adulte) se sont progressivement transformés.

Pour le département de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, une réorganisation des consultations par filière par âge est en cours et aboutira en 2018 : enfants en bas âges (0-5 ans), enfance (6-12 ans), adolescence (13-18 ans). Ces filières par âges sont devenues nécessaires pour aborder les problématiques liées aux diagnostics, aux dispositifs thérapeutiques tenant compte du développement de l'enfant et pour renforcer le travail avec les intervenants du réseau qui diffèrent selon les âges. Parallèlement, la consultation spécialisée dans les troubles spécifiques du développement (par ex. troubles du spectre autistique TSA; trouble de l'hyperactivité et de l'attention TDAH) se verra renforcée dès le début 2018, une coopération plus structurée avec les pédiatres et les centres spécialisés du Canton étant également en cours. Le CNPea historiquement a toujours eu des liens étroits avec toutes les institutions socio-éducatives et de pédagogie spécialisée accueillant les enfants et les adolescents les plus vulnérables. Selon une volonté politique (arrêté de Loi/ aout 2017), les conventions entre le CNPea et les institutions seront revues avec autour des modèles ambulatoires ou de liaison, l'objectif étant une clarification des rôles des intervenants dans les situations les plus complexes. Finalement dans le secteur hospitalier également les dispositifs interdisciplinaire et de transition visant à développer la continuité des soins ont été renforcés : le service de liaison en pédiatrie a été renforcé et pour l'unité d'hospitalisation (UHPA) un dispositif de transition (équipes mobiles) a débuté au mois de novembre 2017 dans le cadre d'un projet pilote. Ce dispositif sera progressivement étendu aux consultations ambulatoires afin d'améliorer l'accueil en urgence et les interventions de crises, ce qui constitue une priorité pour l'année à venir.

Pour le département de psychiatrie adulte, un changement central va concerner la mise en place ces prochains mois de quatre filières de soins spécifiques (filières de psychiatrie générale, de psychiatrie communautaire, urgences-crise-liaison et forensique), appartenant désormais à deux départements adulte distincts (CNP adulte 1 et CNP adulte 2). Ces changements auront un impact majeur sur le plan de l'organisation. Premièrement, la mise sur pied de filières de soins va engendrer une redistribution des missions des unités hospitalières. Actuellement fonctionnant par groupes de pathologies psychiatriques (ex : « troubles affectifs et anxieux »), elles vont désormais chacune appartenir à une des filières de manière à renforcer le travail spécifique sur un modèle de soins défini. Cette organisation implique que ce ne sera pas la pathologie mais les besoins cliniques et les moyens mis à disposition qui dirigeront les choix thérapeutiques. Deuxièmement, chaque filière de soins comprendra aussi bien des unités hospitalières qu'ambulatoires. Enfin, chaque filière de soins sera sous la responsabilité d'un binôme médico-infirmier auquel viendra s'associer un cadre psychologue, de manière à donner un sens clinique clair au travail pratiqué sur le terrain. Cette réorganisation vise une meilleure communication ambulatoire-hospitalier, une meilleure connaissance des soignants



entre eux et en fine un parcours clinique du patient simplifié, au bénéfice de la qualité des soins.

Concernant le département de psychiatrie de l'âge avancé, le travail d'optimisation de la coordination et de la communication entre hospitalier et ambulatoire reste central. Un « épisode de soins » ne se résume pas à l'épisode hospitalier ou ambulatoire, mais il est défini par une problématique (un deuil compliqué par exemple) qu'il s'agit d'accompagner jusqu'à sa résolution. En d'autres termes, un même épisode clinique peut être constitué de soins ambulatoires entrecoupés de plusieurs épisodes hospitaliers. Un suivi thérapeutique où des objectifs de soins sont partagés et où règne une bonne communication entre les divers intervenants témoigne d'une continuité des soins efficiente. Chez les patients âgés, où le réseau est souvent important et la prise en charge multiple (soins somatiques, psychiatriques, soins à domicile, suivi social) cette continuité des soins offre d'une part la garantie de ne pas « perdre en route » des informations précieuses et d'autre part permet de définir un nombre réduit d'objectifs (par exemple : l'accompagnement vers un placement en EMS) autour desquels tous les collaborateurs travaillent de concert.

D'une manière générale et pour l'ensemble des départements, l'optimisation de la continuité des soins nécessite l'établissement d'un projet de soins cohérent, construit dès l'arrivée de la personne au sein de l'institution. Afin d'être gage de réussite, ce projet de soins doit impérativement être porté par l'ensemble des soignants, qu'ils soient du domaine ambulatoire ou hospitalier. Le projet de soins est spécifique à chaque individu et propre à la filière de soins à laquelle il appartient. Ceci nécessite une forte implication du réseau dans les soins au patient, en y intégrant systématiquement non seulement les proches du patient mais aussi nos interlocuteurs du réseau médico-social.

La continuité des soins ne peut notamment pas s'améliorer sans le développement d'équipes mobiles, axant les soins vers la communauté. Le CNP est convaincu de la nécessité de telles structures dites « intermédiaires » comme relais indispensables entre la communauté et le milieu psychiatrique. Ces structures existent déjà au sein du département de psychiatrie de l'âge avancé, elles se sont mises en place de manière « naturelle », en lien aux besoins de mobilité de cette population. La psychiatrie est donc amenée à exercer son art « extra-muros » de manière à se rapprocher le plus possible du lieu de vie et d'activités des patients souffrant de troubles de santé mentale.

L'optimisation de la continuité des soins passe également par des réaménagements qui sont en cours au CNP depuis déjà plusieurs années : favoriser l'accès aux soins (par exemple introduction des urgences psychiatriques), favoriser le travail avec les familles pour des patients souffrant de troubles psychiatriques importants (programme de soins « profamilles »), développer une meilleure continuité des soins entre psychiatrie et disciplines somatiques (essor de la psychiatrie de liaison, création d'une unité de soins mixtes psychiatriques et somatiques), création d'un service de médecine et de psychiatrie légale (SMPP). Ces exemples sont loin d'être exhaustifs mais ils mettent en lumière la préoccupation constante de l'institution face à ce défi.

Au CNP, la notion d'information se traduit par la nécessité d'informer et d'obtenir le consentement éclairé du patient non seulement comme une obligation légale et un devoir éthique, mais aussi comme une condition essentielle à l'alliance thérapeutique. Les

divisions fermées des hôpitaux psychiatriques sont en train de disparaître progressivement et les durées de séjour diminuent massivement, non sans créer parfois des tensions avec l'environnement jugeant les sorties hospitalières trop précoces ou mal préparées. Les « soins psychiatriques intensifs » se développent dans des espaces dédiés pour les situations cliniques aiguës. Des nouveaux paradigmes sont en train d'influencer la pratique psychiatrique. Ils ont largement inspiré le CNP dans ses décisions stratégiques et nous semblent particulièrement pertinents quand il s'agit d'expliquer le choix institutionnel en lien avec l'organisation par filières. Rétablissement, inclusion sociale et empowerment, situent l'usager de la psychiatrie comme moteur de sa propre vie, au sein d'une collectivité dans laquelle il est citoyen à part entière et où les services de santé mentale se donnent les moyens de soutenir son autonomie plutôt que de perpétuer son rôle traditionnel de « patient ». La notion de rétablissement rappelle que, même pour des pathologies lourdes comme la schizophrénie, les psychoses, la majorité des patients se rétablissent et mènent leur vie comme tout un chacun. L'inclusion sociale ajoute l'idée que, si la moitié du travail vers le rétablissement est l'affaire de l'usager, l'autre moitié du travail est à faire par la société elle-même. De même qu'on aménage la ville pour que la personne en fauteuil roulant puisse s'inclure dans la société, on doit aménager les esprits et l'organisation de la vie de tous les jours pour supprimer tout mécanisme d'exclusion sociale, toute stigmatisation, toute discrimination contre la personne handicapée psychique. Enfin l'empowerment consiste à mettre à la disposition de la personne les moyens pour acquérir les savoirs et pouvoirs nécessaires (notamment par l'accès à la formation tout au long de la vie) pour apprendre à vivre avec sa maladie et jouer un vrai rôle dans la société. Ces trois concepts mettent en avant d'une part la notion diachronique de la maladie et définissent des nouveaux rôles pour les soignants, ces derniers devenant principalement des accompagnants et des facilitateurs du changement. La continuité des soins, favorise l'évolution de la personne dans ce parcours la rendant responsable de ce processus.

La relation thérapeutique concerne l'évolution des connaissances et des moyens thérapeutiques : la recherche clinique et l'accroissement des exigences de formation ont largement contribué au développement d'une psychiatrie diversifiée et répondant aux besoins de la population avec des prestations de grande qualité.

Finalement, l'approche organisationnelle reflète l'évolution des réseaux de soins. Le développement de la psychiatrie a pu se réaliser grâce à l'évolution générale des réseaux de soins avec un fort développement de son secteur extrahospitalier comme les policliniques, les hôpitaux de jour, les structures intermédiaires de réadaptation et, dorénavant, les équipes mobiles. La psychiatrie, initialement centrée sur l'hôpital, s'est progressivement transformée pour devenir un vaste réseau qui s'articule avec l'ensemble du champ socio-sanitaire. Un des enjeux majeurs de la planification reste la coordination optimale entre ces espaces afin d'assurer des soins au niveau le plus approprié pour le malade et le plus proche de son milieu de vie. Souvent en partenariat avec les dispositifs d'action sociale, les programmes de réhabilitation psychiatrique constituent un exemple de cette évolution. Les centres de jour et les ateliers socio-thérapeutiques deviennent des plateformes d'évaluation, de traitement et de suivi des patients souffrant d'un handicap psychique chronique.

Le CNP se réjouit de cet important défi que représente la continuité des soins, prêt à accompagner les changements majeurs que notre société est en train de vivre.