

Le fil rouge

Joséphine Caubel

DANS **L'INFORMATION PSYCHIATRIQUE 2018/7 Volume 94**, PAGES 551 À 553
ÉDITIONS **JLE**

ISSN 0020-0204

DOI 10.1684/ipe.2018.1840

Date de mise en ligne : 28/09/2018

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://stm.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2018-7-page-551?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour JLE.

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur cairn.info/copyright.

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

Le fil rouge

Joséphine Caubel

EPS Érasme
143 Av. Armand Guillebaud,
92160 Antony, France



© J. Caubel

La France s'est mise en marche vers une organisation des soins en filière de spécialisation à l'instar de certains de ses voisins européens et aujourd'hui, au sein des groupements hospitaliers de territoire (GHT), se créent des filières incluant les services hospitalo-universitaires [1]. Le secteur psychiatrique français, performant précurseur en Europe, permet cependant depuis longtemps des soins organisés en filière avant la lettre et couplés à une continuité des soins.

De quoi s'agit-il ? Il n'est pas facile d'en trouver une explication claire. Dans le *Lexique des parcours de A à Z* publié par l'ARS en 2016 [2] on trouve la définition suivante :

« Une filière est un ensemble coordonné d'acteurs ou structures, organisés et articulés autour d'une pathologie ou une population, sur un espace limité appelé territoire. La filière se fonde sur les professionnels de santé (...) pris au sens large, tandis que le parcours est centré sur le patient, usager ou citoyen. À chaque phase du parcours, l'ensemble d'une filière peut être sollicité, de même que pour chaque acteur d'une filière, l'ensemble du parcours peut être concerné directement ou indirectement. On ne peut bien organiser une filière de professionnels qu'avec une vision des parcours. »

Des réflexions véhémentes sont en cours sur l'organisation de ces filières, au sein des GHT et des commissions qui se penchent sur des projets territoriaux en santé mentale (PTSM). Sans entrer dans les détails de la délimitation des territoires et l'articulation entre acteurs, ces filières fonctionneront probablement comme ailleurs en Europe.

Les soins seront gradués en différents niveaux. Le fil conducteur étant qu'ils seront aussi simples et brefs que possible, fournis au plus proche du domicile de l'usager, dans la cité. Au besoin, sur indication, des soins intensifs et longs seront dispensés. Au niveau un, les médecins généralistes, « le » social et médicosocial seront à l'ouvrage. Les spécialistes travailleront essentiellement au niveau deux. Les universitaires assureront les soins superspécialisés ainsi que la recherche au niveau trois.

Décloisonner est le mot d'ordre, il faut passer outre les frontières institutionnelles : usagers, familles, aidants et professionnels du médicosocial, du social et du sanitaire. Les soins seront intégrés, le somatique et la psychiatrie marcheront de concert. Un système informatique territorial protégé et partagé favorisera la communication et l'échange de données.

Les recommandations, protocoles et arbres décisionnels vont se multiplier. L'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP) [3], organisme accompagnant le PTSM mentionne que « la faiblesse des outils de mesure fait obstacle à une objectivation du service rendu ». Nous utiliserons donc d'avantage d'échelles d'évaluation.

Le sujet est vaste et nous donnera du fil à retordre. Quelques risques sont :

– Un manque d'attention pour le niveau « zéro », rarement appelé ainsi, faisant partie intégrante des soins gradués : les usagers, leurs familles et aidants. L'autonomisation et l'accompagnement dans le « *self help* », par l'éducation thérapeutique et des moyens technologiques tels que des applications, doivent être davantage développés.

– Trop d'administration, des obligations de mesurer l'effet d'une prise en charge régulièrement en utilisant des échelles prédéfinies, une exigence de traçabilité de la qualité à outrance consomme désormais 50 % du temps

Correspondance : J. Caubel
<josephine.caubel@eps-erasme.fr>

médical chez certains de nos voisins. Inutile de dire que la qualité des soins en souffre.

– Trop de spécialisation, trop de recherche d'efficacité. Un cas clinique peut l'illustrer.

Dans une interview radiophonique [4], Jim van Os, professeur de psychiatrie à l'UMC Utrecht, Pays-Bas, lance un pavé dans la mare : « *notre façon de pratiquer la psychiatrie fait que les patients réclament de plus en plus souvent le moyen ultime qu'est l'euthanasie* ».

Sous conditions strictes, l'euthanasie est autorisée aux Pays-Bas en cas de souffrance insoutenable et sans perspective d'amélioration. Depuis 2012, les demandes venant de patients psychiatriques augmentent. Des cliniques de fin de vie avec des équipes mobiles répondent aux besoins.

Van Os explique que les soins actuels sont basés sur l'idée que les problèmes psychiques sont des maladies du cerveau, dont nous pouvons mesurer l'intensité des symptômes et que l'on peut améliorer en suivant des protocoles de soins spécialisés.

Il cite un cas clinique d'une jeune femme, souffrant d'anorexie mentale et de dépression, suivie en alternance dans deux filières de soins : celle des spécialistes de l'anorexie mentale, jusqu'au moment où son index de masse corporelle (IMC) augmentait suffisamment et où lorsque son « trouble de l'humeur » devenait alors son diagnostic principal, et vice-versa. Au fil des années, elle recevait des soins selon les règles de l'art protocolaire au niveau deux dans le secteur, puis au niveau trois, universitaire, sans réelle amélioration durable, jusqu'à ce que l'on lui fasse entendre qu'elle était au bout de ce que pouvaient lui proposer les filières spécialisées. La jeune femme a alors choisi de se faire euthanasier. Elle a pu aller au bout et n'est plus de ce monde.

Van Os parle « *d'escalade médicale* ». S'entendre dire que les traitements sont finis incite à penser que l'on est incurable, qu'il n'y a plus d'espoir. Il dénonce l'absence de lien, d'humanité et de recherche de perspective et plaide pour un accompagnement de ces gens dans l'acceptation de leur souffrance, d'aide à revoir les objectifs dans leur vie, à renforcer leurs ressources.

Ce type de soins est onéreux, hors, ce qui est demandé est l'efficacité des soins. Travailler avec des soignants jeunes, donc inexpérimentés, et suivre des protocoles pour pathologies légères qui s'améliorent facilement sur les échelles d'évaluation est efficace. En conséquence, dans un système trop axé sur l'aspect économique, il devient tentant d'éviter les problèmes complexes et chroniques.

La psychiatrie est bercée par ses éternels balancements entre ses influences psychanalytiques, cognitivo-comportementales ou biologiques. Nous sommes désormais contraints par un mouvement qui apportera peut-être des améliorations dans le fonctionnement, mais qui comme toujours, poussé à l'excès, risque d'altérer l'offre de soins.

Ce sera un défi d'imbriquer le secteur et les filières de spécialisation. Le fil rouge doit être l'usager. Malgré toutes les tourmentes organisationnelles, ses besoins ne changeront pas. L'alliance thérapeutique étant toujours la base indispensable de notre travail en psychiatrie, ne bradons pas trop rapidement les atouts du secteur en faveur de la spécialisation des filières. Des études solides récentes soutiennent scientifiquement cet appel à la prudence [5-7].

Liens d'intérêts L'auteure déclare ne pas avoir de lien d'intérêt en rapport avec cet éditorial.

Références

1. <https://www.apmnews.com/depeche/100816/323333/ap-hp-des-fusions-entre-groupes-hospitaliers-prevues-pour-fin-2019> (consulté le 09.09.2018).
2. ARS. Parcours de soins. Parcours de santé. Parcours de vie. Pour une prise en charge adaptée des patients et usagers. Lexique des parcours de A à Z. Janvier 2016. Paris : ministère des Affaires sociales, 2016. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2016-01-11_lexique_vf.pdf (consulté le 09.09.2018).

3. Poisson MA, Tajahmady A, Valon L, Servant B, Prout E. *Les parcours des personnes en psychiatrie et santé mentale - Première approche*. Paris : ANAP, 2015. <http://www.anap.fr/ressources/publications/detail/actualites/les-parcours-des-personnes-en-psychiatrie-et-sante-mentale-premiere-approche/>.
4. <https://www.nporadio1.nl/de-nieuws-bv/onderwerpen/422658-psychiatrische-zorg-levensgevaarlijk> (août 2017), lien de podcast (émission radio) consulté le 09.09.2018.
5. Omer S, Priebe S, Giacco D. Continuity across inpatient and outpatient mental health care or specialisation of teams? A systematic review. *European Psychiatry* 2014. *Eur Psychiatry* 2015 ; 30 : 258-70.
6. Wienke Totura CM, Fields SA, Karver MS. The Role of the Therapeutic Relationship in Psychopharmacological Treatment Outcomes : A Meta-analytic Review. *Psychiatric Services* 2018 ; 69 : 41-7.
7. Bruce A. ARNOW, DANA STEIDTMANN. Harnessing the potential of the therapeutic alliance *World Psychiatry* 13:3-October 2014 , Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Stanford University School of Medicine, Stanford, CA, USA.