

Recommandations pour un meilleur accompagnement de soins somatiques des adultes avec un diagnostic psychiatrique connu

Flavio Coronado, Santana Despont, Alessio Fiorito, Sandrine Nadeau, Nour Naoum

Introduction

Les patient.e.s atteint.e.s de maladies psychiatriques perdent en moyenne 15 à 20 ans de vie, à cause de troubles somatiques, par rapport à la population générale (1). La littérature met en évidence des comportements différents adoptés par les professionnel.le.s de santé somatique vis-à-vis des patient.e.s avec un diagnostic psychiatrique, notamment dû aux stigmates qui entourent ces maladies. Ceci a pour conséquence des disparités dans les soins somatiques, entraînant un sentiment de négligence ainsi qu'une morbidité et une mortalité accrues chez ces patient.e.s (1, 2). La présence de cette discrimination est établie comme challenge mondial dans la littérature (1). Cependant, il y a peu de documentation concernant la construction de programmes anti-stigmatisation efficaces dans les milieux de santé (3). Ainsi, il est actuellement nécessaire d'investiguer les recommandations destinées aux professionnel.le.s en première ligne de soins dans le canton de Vaud, qui pourraient diminuer les disparités dans les soins somatiques auxquelles font face les personnes adultes avec un diagnostic psychiatrique connu.

Méthode

L'objectif de cette étude consiste à identifier des mesures susceptibles d'améliorer l'accompagnement de soins somatiques chez les patient.e.s adultes avec un diagnostic psychiatrique. Dans un premier temps, une revue de la littérature a été effectuée afin d'explorer les différents stigmates existant dans les milieux de santé à l'égard de cette population. Dans un deuxième temps, une recherche qualitative avec analyse de contenu de type déductive a été utilisée afin d'explorer la situation dans le canton de Vaud. 11 entretiens semi-structurés ont été réalisés avec des personnes de professions variées: une anthropologue, un médecin historien, un médecin éthicien, une infirmière, deux médecins généralistes, trois médecins psychiatres dont un adjoint à l'Office du Médecin Cantonal, ainsi que 2 associations (GRAAP et l'îlot). Un guide d'entretien a été utilisé, abordant les dimensions suivantes: origines et déterminants de la stigmatisation des maladies psychiatriques, expérience des soignant.e.s, et potentielles mesures dé-stigmatisantes. De ce fait, nous entendions émettre des recommandations qui pourraient améliorer les relations thérapeutiques ainsi que l'outcome pour les patient.e.s. Les propos retenus ont été dé-identifiés et résumés à l'aide d'une grille d'analyse, ce qui nous a permis de relever les tendances. Enfin, en complément, nous avons envoyé un court sondage anonyme à tou.te.s les étudiant.e.s de la faculté de médecine de Lausanne afin de récolter leurs avis concernant différentes mesures envisageables au sein du cursus.

Résultats

Les personnes interrogées s'accordent à dire que la stigmatisation autour des maladies psychiatriques découle d'un manque de connaissances et d'expérience à ce sujet. Ceci a pour conséquence des préjugés et des comportements discriminants envers les patient.e.s atteint.e.s de ces troubles. Les idées préconçues qui ressortent des entretiens sont l'imprévisibilité, l'agressivité, la non-compliance de ces personnes. Il y a aussi une notion de fatalisme avec la croyance que ce sont des malades incurables qui ne suivraient pas les recommandations. L'association entre maladie psychiatrique et déficit intellectuel ou manque de compréhension a parfois également été mise en avant comme source de stigmatisation. Certains les décrivent comme des patient.e.s vu.e.s au travers du prisme de la maladie psychiatrique et perçu.e.s par cette étiquette plutôt que des personnes à part entière. Ceci pourrait se traduire par une prévention et des propositions de traitements somatiques moindres, la santé somatique passant donc au deuxième plan. Néanmoins, au-delà des préjugés, la plupart des intervenant.e.s reconnaissent une réelle difficulté multi-factorielle de prise en charge de ces patient.e.s, qui peuvent par exemple avoir fait l'expérience de discrimination et être méfiant.e.s à l'égard du personnel soignant. Il apparaît donc nécessaire d'investir plus de temps de consultation afin d'établir une bonne relation thérapeutique et assurer une adhésion satisfaisante. Mais ce temps est souvent manquant dans les soins de premier recours, notamment dans un

service d'urgences. Par conséquent, certains soignant.e.s peuvent se sentir frustré.e.s, impuissant.e.s face à cette complexité. Un malaise peut s'installer par manque de compétences et d'outils.

Enfin, il ressort de plusieurs entretiens qu'il existe encore aujourd'hui une séparation entre les médecines somatique et psychiatrique, qui prend ses origines au 19^{ème} siècle avec la création de l'aliénisme et des médecins spéciaux dans les asiles. Ainsi, pour ce qui est des recommandations, il faudrait viser une médecine plus intégrative des maladies psychiatriques. Tou.te.s les intervenant.e.s convergent vers la formation comme axe principal des mesures dé-stigmatisantes chez les professionnel.le.s de santé, ceci à deux niveaux. Au niveau pré-gradué, tou.te.s s'accordent sur le fait que les stages en psychiatrie sont le meilleur moyen d'acquérir les compétences pratiques et le savoir-être nécessaires. Quant aux connaissances théoriques, la plupart confirment que la proportion de cours de psychiatrie dans tout le cursus par rapport à la proportion de patient.e.s concerné.e.s est insuffisante et que leur format pourrait être diversifié (revue de cas cliniques, patient.e.s intervenant.e.s). Concernant les résultats du sondage, les mesures auxquelles les répondants sont favorables au niveau pré-gradué sont: la réintroduction du stage obligatoire en psychiatrie en MMed3 (80%) nuancé par des propositions au niveau des cours blocs, des cours de psychiatrie supplémentaires et plus diversifiés au sein du cursus (84.9%) et des questionnaires périodiques (par exemple en BMed3 puis MMed3) pour mettre en évidence nos stigmates inconscients (86.6%). Au niveau des formations post-graduées, 5 participant.e.s ont mentionné l'utilité des groupes Balint et du CAS psycho-social. Malgré la connaissance de ses effets néfastes sur l'outcome thérapeutique, la stigmatisation est persistante. Selon les intervenant.e.s, ceci s'explique par le fait que la médecine est un reflet de la société, et qu'il y a tout un monde entre le savoir et l'application. Les soignant.e.s restent des êtres humains, teintés de stigmates inconscients comme le reste de la société. C'est pourquoi il est important d'envisager des mesures de sensibilisation et de prévention sociétales, comme le revendique la MAD PRIDE par exemple.

Discussion

Il ressort de nos entretiens une convergence des acteurs.trice.s interrogé.e.s vers l'idée que les stigmates originent d'un manque de connaissances et d'expérience autour des maladies psychiatriques. Ceci est en adéquation avec la littérature, de même que les conséquences de ces stigmates sur la santé somatique. En somme, l'axe d'intervention principal serait la formation des professionnel.le.s de santé, ce qui rejoint à nouveau la littérature (5). Cependant, les outils tels que les groupes Balint et le CAS psycho-social peuvent être contraignants de par leur durée, leur manque de flexibilité, et leur coût. Dans tous les cas, la sensibilisation est indispensable à tous les niveaux, y compris sociétal (par exemple dans les écoles), afin de susciter l'intérêt mais surtout de dé-stigmatiser. Il faut cependant ajouter que dans le cadre de ce travail, par souci d'éthique, nous n'avons pas le point de vue des patient.e.s concerné.e.s. Ceci serait indispensable pour évaluer l'efficacité des mesures sur l'outcome thérapeutique et l'expérience des patient.e.s. La situation précise sur la stigmatisation des maladies psychiatriques en Suisse pourrait être l'objet d'une future investigation étant donné que la majorité des études à ce sujet ont été effectuées à l'étranger. Il pourrait aussi être intéressant d'investiguer de possibles stigmas structurels (manque de fonds par exemple).

Références

1. Sølvhøj IN, Kusier AO, Pedersen PV, Nielsen MBD. Somatic health care professionals' stigmatization of patients with mental disorder: a scoping review. *BMC Psychiatry*. sept 2021;21:443. DOI : 10.1186/s12888-021-03415-8
2. Corrigan PW, Mittal D, Reaves CM, Haynes TF, Han X, Morris S, et al. Mental health stigma and primary health care decisions. *Psychiatry Research*. août 2014;218(1-2):35-8. DOI : 10.1016/j.psychres.2014.04.028
3. Ungar T, Knaak S, Szeto AC. Theoretical and Practical Considerations for Combating Mental Illness Stigma in Health Care. *Community Ment Health J*. 2016;52(3):262-271. doi:10.1007/s10597-015-9910-4
4. Knaak S, Mantler E, Szeto A. Mental illness-related stigma in healthcare: Barriers to access and care and evidence-based solutions. *Health Manage Forum*. 2017;30(2):111-116. doi:10.1177/0840470416679413
5. Henderson C, Noblett J, Parke H, et al. Mental health-related stigma in health care and mental health-care settings. *Lancet Psychiatry*. 2014;1(6):467-482. doi:10.1016/S2215-0366(14)00023-6

Mots clés : stigmatisation ; maladie psychiatrique ; recommandations ; soins somatiques.

Lausanne, le 29 juin 2022

Recommandations pour un meilleur accompagnement de soins somatiques des adultes avec un diagnostic psychiatrique connu

Flavio Coronado, Santana Despont, Alessio Fiorito, Sandrine Nadeau, Nour Naoum



Introduction

- ◇ **15 à 20 ans de vie perdus** pour causes somatiques chez les patient.e.s avec un diagnostic psychiatrique (1).
- ◇ Stigmatisation des maladies psychiatriques = **challenge mondial** (1).
- ◇ Comportements adoptés par les professionnel.le.s de santé différents.
- ◇ Manque de littérature concernant des programmes anti-stigmatisation dans les milieux de santé (3).

Méthode

Objectifs:

1. Explorer les stigmates qui influencent la prise de décisions dans l'accompagnement des soins de première ligne
2. Identifier des mesures susceptibles d'améliorer l'accompagnement en soins somatiques pour les patient.e.s connu.e.s pour un diagnostic psychiatrique

Revue de littérature.

11 entretiens semi-structurés :

- ◇ anthropologue
- ◇ médecin historien
- ◇ médecin éthicien
- ◇ infirmière
- ◇ 2 médecins généralistes
- ◇ 3 médecins psychiatres dont 1 adjoint à l'Office du Médecin Cantonal
- ◇ 2 associations (GRAAP et l'îlot).

Court **sondage** anonyme aux étudiant.e.s de la faculté de médecine de Lausanne

Résultats

Premier axe: origine et déterminants de la stigmatisation

- ◇ Manque de connaissances et d'expériences
- ◇ → préjugés et comportements discriminants:
 - Imprévisibilité, agressivité, non compliance
 - Fatalisme
 - Déficit intellectuel
- ◇ Patient = maladie psychiatrique
 - santé somatique au 2nd plan

Deuxième axe : expérience des soignant.e.s:

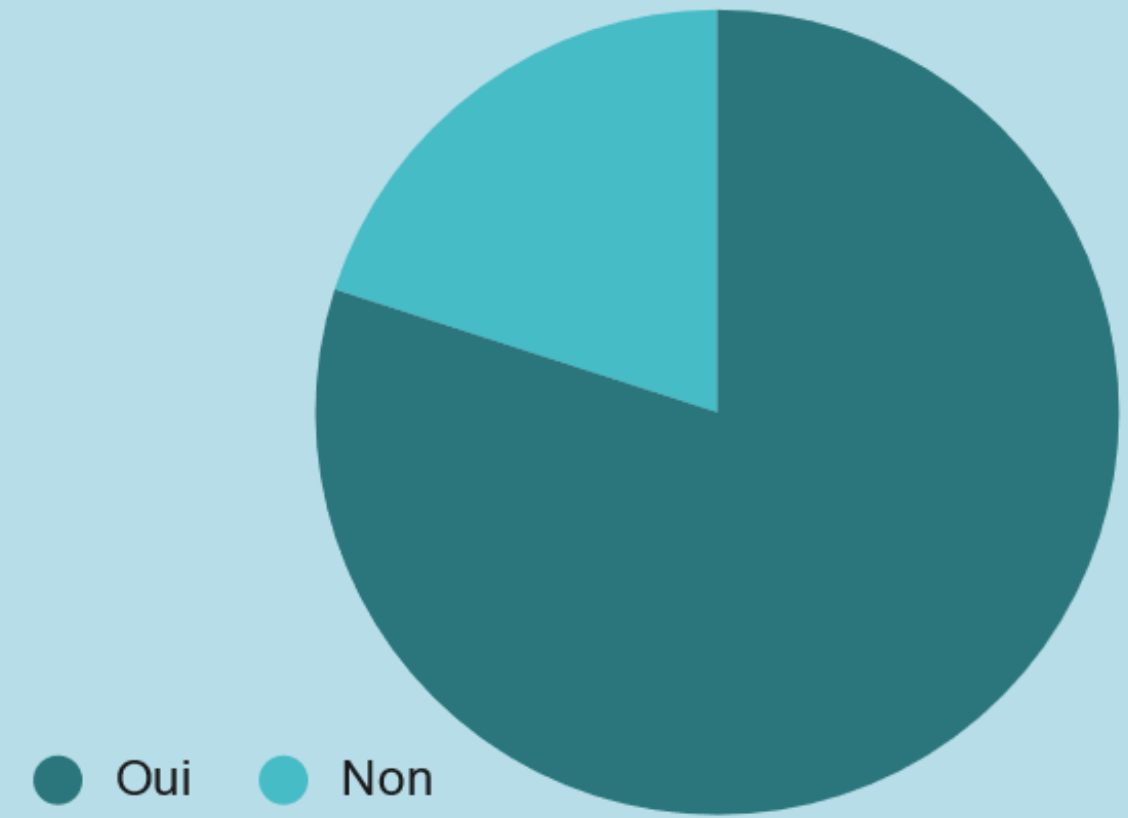
- ◇ Difficulté multifactorielle de prise en charge
- ◇ Expérience de discrimination, méfiance → relation thérapeutique, temps de consultation
- ◇ Frustration, impuissance, malaise

Troisième axe: mesures anti-stigmatisation

- ◇ Médecine intégrative
- ◇ **Formation pré-graduée :**
 - Stages → savoir-être + compétences pratiques
 - Augmentation du nombre de cours en psychiatrie et diversification
- ◇ **Formation post-graduée :**
 - Groupes Balint
 - CAS psycho-social
- ◇ **Sociétal :**
 - Campagnes de sensibilisation, prévention
 - Revendications MADPRIDE

**« la médecine est
le reflet de la
société »**
 - Médecin éthicien

Ré-introduction du stage psychiatrique obligatoire ?



Introduction d'un nouveau cours sur les stigmates ?



Mise en place de questionnaires pour conscientiser ses propres stigmates ?



Discussion

- ◇ Convergence des intervenant.e.s : cibler la formation
- ◇ Groupes Balint et CAS psycho-social : contrainte par la durée, manque de flexibilité, coût
- ◇ Sensibilisation à tous les niveaux, y compris sociétale → susciter intérêt + déstigmatiser
- ◇ Convergence avec littérature

Limitations

- ◇ Point de vue des patient.e.s concerné.e.s non évalué
- ◇ Manque d'études suisses sur la stigmatisation des maladies psychiatriques
- ◇ Manque d'investigation des stigmas structurels

Références:

- 1.Sølvhøj IN, Kusier AO, Pedersen PV, Nielsen MBD. Somatic health care professionals' stigmatization of patients with mental disorder: a scoping review. BMC Psychiatry. sept 2021;21:443. DOI : 10.1186/s12888-021-03415-8
- 2.Corrigan PW, Mittal D, Reaves CM, Haynes TF, Han X, Morris S, et al. Mental health stigma and primary health care decisions. Psychiatry Research. août 2014;218(1-2):35-8. DOI : 10.1016/j.psychres.2014.04.028
- 3.Ungar T, Knaak S, Szeto AC. Theoretical and Practical Considerations for Combating Mental Illness Stigma in Health Care. *Community Ment Health J.* 2016;52(3):262-271. doi:10.1007/s10597-015-9910-4
- 4.Knaak S, Mantler E, Szeto A. Mental illness-related stigma in healthcare: Barriers to access and care and evidence-based solutions. Healthc Manage Forum. 2017;30(2):111-116. doi:10.1177/0840470416679413
- 5.Henderson C, Noblett J, Parke H, et al. Mental health-related stigma in health care and mental health-care settings. Lancet Psychiatry. 2014;1(6):467-482. doi:10.1016/S2215-0366(14)00023-6

Remerciements: Nous tenons à remercier toutes les personnes interviewées pour leur disponibilité. Un grand merci à notre tutrice, Mme Elodie Schmutz, pour son soutien. Merci aux étudiant.e.s ayant répondu au sondage.

Contacts: flavio.coronado@unil.ch , santana.despont@unil.ch , alessio.fiorito@unil.ch , sandrine.nadeau@unil.ch , nour.naoum@unil.ch